



"The only true wisdom is in knowing you know nothing"

- *Socrates*

Een onderzoek naar stigmavermindering onder beginnende hulpverleners binnen de minor ggz-agoog aan Avans Hogeschool te 's-Hertogenbosch.

Barbara Koppes

28 mei 2018

Studentnummer: 2091554

Begeleidend docent: Maria Kennis

Groep: 5017-425

Eerste beoordelaar: Nimrod Pieters

Tweede beoordelaar: Pascal Schwab

Bachelor scriptie Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Academie voor sociale studies 's-Hertogenbosch
Avans Hogeschool

Voorwoord

Na een klein half jaar hard te hebben gewerkt is het nu dan toch echt af: het onderzoek is voltooid en mijn afstudeerscriptie is klaar. Ik kan nauwelijks geloven dat ik het voorwoord aan het schrijven ben; het laatste van het onderzoek. Er waren momenten dat ik dacht dat het nooit af zou komen en op andere momenten stond ik er versteld van hoe snel het onderzoek ging. Het uitvoeren van dit onderzoek was leuk, moeilijk, vermoeiend, verwarrend, interessant, boeiend en saai tegelijk.

Dit onderzoek gaat over stigmatisering binnen de hulpverlening. Een onderwerp dat me blijft boeien en ik heb het gevoel dat ik ook na het doen van dit onderzoek nog veel meer over het onderwerp kan leren en ik wil me er graag in blijven verdiepen. Gelukkig vond ik het onderwerp super interessant, want ik heb een aantal keer gemerkt dat ik het doen van onderzoek niet zo leuk vind. Soms was het wel leuk, bijvoorbeeld als ik tijdens interviews interessante ideeën van respondenten kreeg en hoorde wat zij van het onderwerp vonden. Het formuleren van een goede hoofdvraag zal nooit mijn hobby worden, maar hier heb ik in geleerd en ik ben het nut van onderzoek doen binnen de opleiding en de sociale sector meer in gaan zien.

Ik heb ervoor gekozen om mij niet te binden aan een opdrachtgever maar zelf het onderzoek te schrijven en het beroepsproduct te overhandigen aan de praktijk. Dat bracht soms onzekerheden met zich mee maar ik ben blij dat ik het gewoon gedaan heb. Daardoor kon ik doen wat ik belangrijk vind. Soms miste ik een opdrachtgever om vragen aan te stellen en een koers van te krijgen, maar ik ben trots op mezelf dat ik mijn eigen weg heb gevolgd.

Zoals de meeste mensen wil ik ook graag een aantal mensen bedanken die voor mij een bijzondere bijdrage hebben gehad tijdens het schrijven van dit onderzoek. In de eerste plaats alle respondenten die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek. Zonder hun waren er geen resultaten geweest en zij hebben allemaal tijdens de drukke periode van hun eigen scriptie tijd gemaakt om mee te werken. Ook de docenten die als respondent hebben meegewerkt hebben tijd in hun agenda's weten te vinden om mij kritisch naar hun werk te laten kijken. Daarvoor mijn grote dank. Graag bedank ik de docenten van de minor ggz-agoog die mijn beroepsproduct en aanbevelingen in ontvangst hebben genomen: Ap Gootjes, Mariette van Erp en Mari van den Broek. Ook mijn afstudeerbegeleider: Maria Kennis bedank ik voor alle eerlijke en duidelijke feedback waar ik echt meer verder kon. Mijn medestudenten waarmee ik in een afstudeergroepje zat. In het bijzonder Anne Konings, die mij steeds feedback heeft gegeven tijdens het schrijven van het onderzoek. Het groepje meiden die ik tijdens vier jaar SPH heb leren kennen en waarmee we in de WhatsApp groep altijd onze frustraties konden delen als we vastliepen in ons onderzoek en we elkaar verder konden helpen. Henriette van Balkom, docent SPH die mij voornamelijk in de beginfase van het onderzoek meerdere keren opgevangen heeft om te sparren over mijn onderzoek, wanneer ik vastliep of niet meer wist wat ik moest doen.

En last but not least, mijn vrienden en familie voor de steun en bemoedigende woorden tijdens de periode van mijn onderzoek. In het bijzonder mijn moeder, die thee voor me zette en tosti's maakte als ik aan mijn scriptie aan het werken was.

Dan rest mij alleen nog te zeggen: Veel leesplezier!

Barbara Koppes
's-Hertogenbosch, 24 mei 2018

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd voor de academie voor sociale studies in 's-Hertogenbosch (ASH). Er is onderzocht hoe binnen de minor ggz-agoog, die aangeboden wordt binnen de academie, het lesprogramma aangepast kan worden zodat stigmatisering onder beginnende hulpverleners tegengegaan kan worden. De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt: *"Hoe kan de minor ggz-agoog bijdragen aan destigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheden onder beginnende hulpverleners?"*

Stigmatisering in de hulpverlening is een groot probleem. Onderzoek toont aan dat hulpverleners vaak niet minder stigmatiseren dan de rest van de maatschappij. Dit terwijl stigmatisering een grote impact kan hebben op het leven van cliënten. Zo gaan mensen door (angst voor) stigmatisering minder snel relaties aan, solliciteren ze minder snel en belemmert hierdoor uiteindelijk hun functioneren in de maatschappij en hun herstel. Omdat hulpverleners beogen het herstel van cliënten juist zoveel mogelijk te bevorderen is het belangrijk dat beginnende hulpverleners leren om zo min mogelijk stigmatiserend te werk te gaan.

De hoofdvraag is beantwoord door middel van literatuuronderzoek, groepsgesprekken en individuele interviews met zowel studenten die de minor ggz-agoog hebben gevolgd als met docenten die doceren binnen deze minor. Uit de literatuur blijkt dat een aantal factoren stigmatisering tegen kunnen gaan. In dit rapport zijn uitgewerkt: het doorbreken van het taboe dat nog altijd op psychische kwetsbaarheden en stigmatisering ligt, het wegnemen van vooroordelen over psychische kwetsbaarheden en herstelondersteunend werken, waarbij ook de rol van ervaringsdeskundigheid aan bod komt.

In de groepsgesprekken is onderzocht wat studenten op dit moment stigmatiserend of destigmatiserend ervaren in de minor ggz-agoog. Hieruit bleek dat er nog veel in DSM-diagnoses gedacht wordt, wat stigmatiserend werkt. Dat neemt niet weg dat leren over psychopathologie ook belangrijk gevonden wordt. Les over herstelondersteunend werken en rehabilitatie wordt als destigmatiserend ervaren. Het meest destigmatiserend werkt de uitwisseling tussen studenten onderling over ervaringen met psychische kwetsbaarheden. Hiervoor is het creëren van een veilige sfeer van groot belang, waar de docent een leidende rol in heeft.

In individuele interviews is bevraagd hoe studenten en docenten denken dat stigmatisering meer tegengegaan kan worden. De belangrijkste bevinding hieruit is dat studenten meer geconfronteerd moeten worden met hun eigen stigma's en moeten leren hoe hiermee om te gaan. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen kan uitgebreid worden binnen de minor omdat dit zeer destigmatiserend kan werken, mits op de juiste manier ingezet.

Het belangrijkste advies dat uit het onderzoek voortvloeit is een training destigmatiserend werken. Stigmatisering is iets menselijks, waar hulpverleners dus ook zeker tegenaan zullen gaan lopen in hun werk. Daarom is het belangrijk dat hier meer expliciete aandacht voor komt in de minor ggz-agoog. Door studenten op de juiste manier te confronteren met hun eigen stigma's leren zij deze herkennen. Vervolgens is het belangrijk om te weten wat te doen op het moment dat zij stigmatiserende ideeën ervaren. Inzet van ervaringsdeskundigheid is hierbij een pré.

Om dit te realiseren is in het beroepsproduct een *training destigmatiserend werken* uitgewerkt die door de docenten van de minor gebruikt kan worden om het onderwerp aandacht te geven binnen de minor.

Andere adviezen die aan de docenten van de minor ggz-agoog gegeven zijn, zijn: de inzet van ervaringsdeskundigheid verder ontwikkelen en uitbreiden, zorgvuldig omgaan met DSM diagnoses en het lesgeven hierover en er zijn handvatten geboden voor het creëren van een veilige sfeer waardoor het onderwerp stigmatisering in de les besproken kan worden.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
1. Context.....	7
§ 1.1 Beroepspraktijk.....	7
§ 1.2 Doelgroep	9
2. Aanleiding tot onderzoek.....	10
3. Probleemanalyse	11
§ 3.1 Stigmatisering in Nederland.....	11
§ 3.2 Stigmatisering door hulpverleners binnen de GGZ	12
§ 3.3 Stigmatisering in het HBO onderwijs.....	13
4. Probleemstelling & Doelstelling.....	14
§ 4.1 Hoofdvraag & Deelvragen.....	14
§ 4.2 Doelstelling	14
§ 4.3 Begripsafbakening	14
5. Onderzoeksontwerp	16
§ 5.1 Onderzoeksmethode	16
§ 5.2 Dataverzamelingsmethoden.....	16
§ 5.3 Dataverzamelings analyse	17
§ 5.4 Populatie en steekproef.....	18
§ 5.5 Kwaliteitscriteria	19
6. Onderzoeksinstrument	21
§ 6.1 Operationalisatie deelvraag 1.....	21
§ 6.2 Operationalisatie deelvraag 2.....	21
§ 6.3 Operationalisatie deelvraag 3 & 4.....	22
7. Resultaten Literatuuronderzoek	23
§ 7.1 Taboe doorbreken	23
§ 7.2 Vooroordelen wegnemen	24
§ 7.3 Herstelondersteunend werken.....	24
§ 7.4 Interventie destigmatisering	26
8. Resultaten bevragend onderzoek	27
§ 8.1 Resultaten deelvraag 2	27
§ 8.2 Resultaten deelvraag 3	29
§ 8.3 Resultaten deelvraag 4	30
9. Conclusies	33
§ 9.1 Deelconclusie deelvraag 1:	33
§ 9.2 Deelconclusie deelvraag 2:	33
§ 9.3 Deelconclusie deelvraag 3:	33
§ 9.4 Deelconclusie deelvraag 4:	34
§ 9.5 Eindconclusie	34

10. Discussie	35
§ 10.1 Betrouwbaarheid	35
§ 10.2 Validiteit.....	35
§ 10.3 Bruikbaarheid	36
11. Aanbevelingen.....	37
§ 11.1 Training destigmatiserend werken	37
§ 11.2 Inzet ervaringsdeskundigheid.....	37
§ 11.3 Omgaan met DSM-diagnoses en lessen psychopathologie	37
§ 11.4 Creëren veilige sfeer	38
12. Beroepsproduct	39
§ 12.1 Meerwaarde beroepspraktijk	39
§ 12.1 Overdracht beroepsproduct.....	39
13. Reflectie	41
Bibliografie.....	43
Bijlagen	47
Bijlage 1: Feedback onderzoeksplan.....	47
Bijlage 2: Topiclijsten interviews	48
Bijlage 3: Voorbeelden van codering	50
Bijlage 4: Presentatie beroepsproduct	52
Bijlage 5: Handleiding training destigmatiserend werken	61
Bijlage 6: Feedback beroepsproduct beroepspraktijk	64

Inleiding

Dit onderzoeksrapport is geschreven in het kader van het afstudeerproject voor de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH). Het onderzoek heeft plaatsgevonden aan Avans Hogeschool en onderzocht is hoe de minor ggz-agoog aangepast zou kunnen worden om stigmatisering richting mensen met een psychische kwetsbaarheid onder beginnende hulpverleners tegen te gaan.

Het onderzoek is gedaan omdat stigmatisering een groot probleem vormt binnen de hulpverlening. Van hulpverleners wordt vaak verwacht dat zij door hun kennis en kunde over het vakgebied minder stigmatiserende ideeën over mensen met een psychische kwetsbaarheid hebben. Dit is echter lang niet altijd het geval (Samen Sterk zonder Stigma, z.d.). Het is daarom belangrijk om ook binnen het onderwijs te kijken hoe het fenomeen stigmatisering tegen gegaan kan worden, om zo mensen al in de eerste fase van hun loopbaan te leren hoe ze hiermee om kunnen gaan.

Leeswijzer

Dit rapport begint met een schets van de context waarin het onderzoek plaatsvond. Hierin komen de beroepspraktijk (Avans Hogeschool en de minor ggz-agoog) en de doelgroep aan bod. Hierna volgt in hoofdstuk twee een aanleiding tot onderzoek waarin toegelicht wordt waarom het belangrijk is om onderzoek te doen naar het onderwerp stigmatisering. Dit wordt gevolgd door een probleemanalyse in hoofdstuk drie.

Hoofdstuk vier bevat de probleemstelling en doelstelling die opgesteld zijn voor het onderzoek. In dit hoofdstuk komen ook de deelvragen en de begripsafbakening aan bod. Hierna volgt in hoofdstuk vijf het onderzoek ontwerp waarin beschreven is hoe de data voor het onderzoek verzameld en geanalyseerd zijn. Bovendien worden de populatie en steekproef en de kwaliteitscriteria beschreven. In hoofdstuk zes komt aan de hand van operationalisatie het gebruikte onderzoeksinstrument aan bod en wordt uitgelegd hoe deze tot stand is gekomen.

Vanaf hoofdstuk zeven worden de resultaten beschreven. Dit begint met de resultaten van het literatuuronderzoek en wordt gevolgd door de resultaten van het bevragende onderzoek. Hierna worden in hoofdstuk negen conclusies getrokken op basis van de resultaten. Eerst wordt per deelvraag een conclusie getrokken waarna een eindconclusie en daarmee een antwoord op de probleemstelling volgt. In hoofdstuk tien worden de kwaliteitscriteria herhaald en wordt in de discussie uitgelegd hoe deze tijdens het onderzoek aan bod zijn gekomen en wat dit betekent voor de resultaten. Hoofdstuk elf bevat de aanbevelingen voor de beroepspraktijk. Eén van de aanbevelingen is in hoofdstuk twaalf uitgewerkt in het beroepsproduct. Het rapport sluit af met een kritische reflectie van de onderzoeker in hoofdstuk dertien.

1. Context

In dit hoofdstuk wordt de context beschreven waarin in het onderzoek plaatsvindt. Hierin komt de beroepspraktijk en de doelgroep aan bod.

§ 1.1 Beroepspraktijk

1.1.1 Avans Hogeschool

Volgens de website van Avans Hogeschool (z.d.) biedt de school 54 opleidingen in 10 verschillende interessegebieden (Economie en Bedrijf, Techniek, Gedrag en Maatschappij, Gezondheid, Exact en Informatica, Kunst en Cultuur, Recht en Bestuur, Onderwijs en Opvoeding, Aarde en milieu en Taal en Communicatie) aan. Op 1 oktober 2017 stonden er 29.932 studenten inschreven bij Avans. Op 1 september 2017 werkten er 2.854 medewerkers. De 9 locaties van Avans zijn verdeeld over drie steden in Noord-Brabant: Tilburg, Breda en 's-Hertogenbosch.

Avans wil graag studenten afleveren met een lerende, onderzoekende, ondernemende en verantwoordelijke houding. Op deze manier verwerven zij een kritische houding. Multidisciplinair samenwerken is hierin van belang. Zo komen studenten en medewerkers tot creatieve oplossingen die maatschappelijk van waarde zijn (Avans Hogeschool, z.d.).

Visie Avans Hogeschool

De visie van Avans Hogeschool luidt als volgt:

"Het verschil maken, dat willen we bij Avans Hogeschool. Door wat we doen en door hoe we het doen. Dat doen we allemaal: onze studenten, onze alumni en onze medewerkers. Wij dagen onze studenten uit. Helpen hen om het maximale uit zichzelf te halen. Zich te ontwikkelen tot personen die een duurzame bijdrage leveren aan de complexe samenleving waarin zij leven en gaan werken. Wij leveren een structurele en leidende bijdrage aan de kennisontwikkeling en -deling op de thema's waar de regio zich in specialiseert en ontwikkelt. Bij elke keuze maken we een bewuste afweging waarin de aspecten toekomstgericht, leefbaar en rechtvaardig een rol spelen." (Avans Hogeschool, z.d.).

1.1.2 Academie voor Sociale Studies in 's-Hertogenbosch

De minor ggz-agoog wordt gegeven aan de Academie voor Sociale Studies aan Avans Hogeschool in 's-Hertogenbosch (ASH). Sinds het schooljaar 2017-2018 is het curriculum voor de opleidingen aan de academie ingrijpend veranderd. Voorheen bestond de academie uit de opleidingen Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH), Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) en Culturele en Maatschappelijke Vorming (CMV). Deze drie opleidingen zijn met ingang van het studiejaar 2017-2018 samengevoegd in de opleiding Social Work. Dit geldt alleen voor de studenten die in dit schooljaar zijn begonnen aan de opleiding. De minor ggz-agoog wordt gegeven in het vierde leerjaar. Deze studenten volgden in het schooljaar 2017-2018 nog het oude curriculum (Avans Hogeschool, z.d.).

Volgens Avans Hogeschool (z.d.) leren studenten binnen de opleiding Social Work hoe ze mensen zo kunnen begeleiden zodat deze zo zelfstandig mogelijk kunnen participeren in de maatschappij. Voorbeelden van doelgroepen waar studenten mee kunnen gaan werken zijn: gehandicaptenzorg, ouderenzorg, verslavingszorg, jeugdzorg, reguliere psychiatrie, preventief jongerenwerk en forensische psychiatrie.

Doel van de begeleiding is uiteindelijk om mensen te verbinden, in hun kracht te zetten en hun gevoel van welzijn vergroten.

Volgens Avans Hogeschool (z.d.) verandert het werkveld van de Social Worker. De samenleving is constant in beweging en vanuit het werkveld is er behoefte naar breed opgeleide hulpverleners. Specialismen verdwijnen steeds meer, maar de vraagstukken worden complexer, hier moeten

hulpverleners ook op voorbereid zijn. De ASH wil dan ook een opleidingsaanbod bieden waarin dit gestalte krijgt.

In de propedeusefase wordt de generalistische basis voor studenten gelegd. Hierbij komen zowel opleiding specifieke als generieke onderwijsvormen terug, die je ook in andere opleidingen ziet. Voorbeelden van generieke onderwijsvormen zijn studieloopbaanbegeleiding, beroepspraktijkvorming en onderzoek vaardigheden. In het verdere verloop van de opleiding kunnen studenten ervoor kiezen om zich door middel van stage, minor en het afstudeeronderzoek te specialiseren in een bepaalde doelgroep of juist hun blikveld te verbreden. De ASH beoogt hiermee studenten op te leiden tot generieke hulpverleners, die ook specialistisch kunnen werken en bovendien 'over de schotten' van hun specifieke opleiding en beroep heen te kunnen kijken. Daarnaast hecht de ASH veel waarde aan het ontwikkelen van normatieve en persoonlijke professionaliteit. Hiermee wordt bedoeld dat de ASH beoogt studenten te leren om hun eigen normatieve en persoonlijke kaders goed te leren kennen en in te zetten in het werk. Het gaat hierbij om 'doen wat goed is' en handelen naar persoonlijke normen en waarden in verhouding tot maatschappelijke maatstaven (Grootdoonk, 2009).

Missie ASH

De missie van de ASH luidt als volgt:

"Het opleiden van maatschappelijk geëngageerde en kritische professionals in het sociaalagogisch werk, die op duurzame wijze hun bijdrage leveren aan de verdergaande professionalisering in de sector zorg en welzijn c.q. de hulp- en dienstverlening op het gebied van leidinggeven, onderzoek, beleidsvorming en beroepsontwikkeling." (Avans Hogeschool, 2018).

In aansluiting op deze missie wil de ASH:

- als academie een toonaangevende speler zijn in het brede debat over Social Work;
- dat de drie opleidingen, naar het oordeel van studenten, beroepenveld en alumni, kwalitatief tot de beste van Nederland behoren;
- studenten opleiden die maatschappelijk geëngageerd zijn en kritisch betrokken op diversiteit in werkveld en samenleving;
- met onderwijs en onderzoek bijdragen aan de professionalisering in de sector zorg en welzijn c.q. hulp- en dienstverlening;
- vanuit betrokken begeleiding sturing geven aan de ontwikkeling van autonome en zelfregulerende professionals;
- het werkveld en studenten nadrukkelijk betrekken bij de uitvoering en ontwikkeling van ons onderwijs;
- nadruk leggen bij duurzame ontwikkeling van 'onderwijs', 'beleid', 'bedrijfsvoering' en 'personeel' en professionals opleiden die kunnen bijdragen aan duurzame ontwikkeling.

(Avans Hogeschool, 2018)

1.1.3 Minor ggz-agoog

Dit onderzoek is bedoeld voor de minor ggz-agoog. De laatste keer dat de minor aangeboden werd was van 2017 tot februari 2018. Volgens Kies op Maat (z.d.) is het doel van de minor om studenten meer inzicht te geven in de psychopathologie en de complexe problematiek die hierbij komt kijken. Studenten leren om zoveel mogelijk in samenspraak met het cliëntsysteem een benaderingswijze te kiezen die recht doet aan het eigen probleemoplossend vermogen, eigen waarde en identiteit. Het unieke ontwikkelingsperspectief van de cliënt staat hierbij centraal. Binnen de minor komen verschillende thema's aan bod, zoals: volwassenenpsychiatrie, forensische psychiatrie, dwang & drang en sociale netwerkbenadering. Ook ligt er naast de psychopathologie binnen de minor een nadruk op herstelondersteunende zorg en rehabilitatie.

Uit informatie van Avans Hogeschool (z.d.) blijkt dat de minor bestaat uit hoorcolleges, basisgroepen waarin de theorie toegepast wordt in casuïstiek en trainingen in de studiegroep waarin met vaardigheden geoefend wordt. Er wordt veel in de praktijk gewerkt aan de hand van praktijkopdrachten en interviews. Naast de docenten wordt er gebruik gemaakt van gastcolleges van hulpverleners uit de praktijk en ervaringsdeskundigen. Ook wordt er gebruik gemaakt van acteurs om in de training mee de oefenen aan de hand van zelf ingebrachte casuïstiek.

§ 1.2 Doelgroep

De doelgroep waar dit onderzoek voor bedoeld is, is de minor ggz-agoog. De voorstellen die gedaan worden voor het onderwijs zijn bedoeld om het onderwijs voor de studenten van de minor ggz-agoog te optimaliseren. Er wordt eerst een beschrijving geschetst van de studenten van de ASH in het algemeen, hierna komen de studenten en docenten van de minor ggz-agoog aan bod. Alle studenten die deelnemen aan de minor zijn studenten die binnen of buiten de ASH geschoold worden als Social Worker.

1.2.1 Studenten ASH

In het collegejaar 2015-2016 schreven zich in totaal 339 eerstejaars studenten in voor de opleiding Social Work aan de ASH. Dit zijn de meest recente openbare cijfers over het aantal eerstejaars studenten (Avans Hogeschool, z.d.).

Het Sectoraal Adviescollege Hogere Sociale Studies (2017) heeft een beroepsprofiel ontwikkeld voor studenten Social Work. Volgens het landelijke opleidingsdocument waarin dit beroepsprofiel is opgenomen leren studenten Social Work iemand te ondersteunen om zo optimaal mogelijk te kunnen participeren in de maatschappij. Zij bevorderen het sociaal functioneren en sociale kwaliteit. In het landelijk opleidingsdocument worden drie contexten beschreven waar vanuit de sociaal werker te werk gaat. De eerste is de primaire leefomgeving. Hierbij gaat het om de thuisomgeving. Dit een gezinssituatie zijn, maar bijvoorbeeld ook een alleenstaande. Er is altijd sprake van een primaire leefomgeving waar je je als sociaal werker tot moet verhouden. De tweede sociale context is het netwerk. Hieronder verstaan we de familie, vrienden, informele en formele contacten die iemand heeft. Als sociaal werker houd je rekening met dit netwerk, kijk je naar de wisselwerking en groepsdynamica en probeer je mensen met elkaar te verbinden. De laatste sociale context is gemeenschappen. Hierbij wordt gekeken naar de straat, wijk of stad waar iemand woont. Professionals versterken bestaande gemeenschappen, signaleren sociale verschijnselen en interveniëren op deze signalen.

1.2.2 Studenten van de minor ggz-agoog

Er waren dit jaar 86 studenten die de minor volgden. Er is een maximum van 90 studenten.

Om toegelaten te worden tot de minor moet een student SPH, MWD, CMV, Social Work of een verwante opleiding volgen. De 3^e jaars stage moet voldoende afgesloten zijn om deel te mogen nemen aan de minor. Basiskennis van psychiatrie en psychopathologie is een vereiste vooraf.

Het studentprofiel van de ggz-agoog:

- *"Je hebt interesse in menselijk gedrag en psychiatrie.*
- *Je wilt je bekwamen in een van de werkerterreinen van de GGZ.*
- *Je neemt een actieve leerhouding aan.*
- *Je bent bereid sensitiviteit te ontwikkelen om de kwetsbaarheid van de cliënt te kunnen begrijpen.*
- *Je wilt samenwerken met verschillende instellingen en organisaties, beroepskrachten en cliënten"*

(Avans Hogeschool, z.d.)

1.2.3 Docenten van de minor ggz-agoog

De aanbevelingen die uit dit onderzoek komen worden overgedragen aan de docenten van de minor ggz-agoog. Zij kunnen hier het onderwijsprogramma eventueel op aanpassen. Dit jaar waren er zeven docenten die de minor verzorgden (Avans Hogeschool, z.d.). Zij geven hoorcolleges, begeleiden basisgroepen en geven trainingen. Studenten worden in groepjes van vijftien onderverdeeld bij één vaste begeleidende docent die de trainingen verzorgt en het eerste aanspreekpunt is voor studenten. Alle docenten hebben ruime ervaring en kennis binnen de psychiatrie. Alle docenten hebben een terrein waar zij specifiek in gespecialiseerd zijn (Kies op Maat, z.d.).

2. Aanleiding tot onderzoek

Ruim vier op de tien Nederlanders voldoet in zijn leven op enig moment aan de criteria van minstens één psychische aandoening. In alle westerse landen, en dus ook in Nederland, is het beleid erop gericht om mensen met een psychische kwetsbaarheid (zie hoofdstuk drie voor begripsafbakening) zoveel mogelijk te laten participeren in de maatschappij. Hierbij heerst het ideaal dat mensen niet vanwege hun psychische problemen gediscrimineerd of benadeeld worden. In praktijk lukt dit vaak niet. Er bestaan nog veel vooroordelen en misverstanden over psychische kwetsbaarheden. Het hebben van een psychische kwetsbaarheid wordt dan ook wel eens 'een tweesnijdend zwaard' genoemd. Mensen moeten leren omgaan met de aandoening en moeten zich tegelijkertijd wapenen tegen afwijzende reacties en stigmatisering (van Weeghel, Pijnenborg, van 't Veer & Kienhorst, 2016). Met stigmatisering worden vooroordelen en discriminatie richting mensen met psychische kwetsbaarheden bedoeld (Samen Sterk zonder Stigma, z.d.). Stigmatisering kan ernstige gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. Er wordt soms zelfs gesteld dat het ervaren van stigmatisering net zo erg is als de aandoening zelf (Samen Sterk zonder Stigma, z.d.).

Het hebben van vooroordelen en stigmatiserende ideeën is iets menselijks en zit in onze natuur. Stigmatisering zit diepgeworteld in onze biologie, (neuro)psychologie en cultuur. Vroeger werden mensen met afwijkend gedrag geweerd uit groepen uit veiligheidsoverwegingen. Om te overleven moest een groep zoveel mogelijk uit dezelfde soort mensen bestaan. Het zelfbeeld van de groep was hierbij dan ook erg belangrijk om een goede status te behouden (Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.).

Ook hulpverleners zijn niet vrij van stigmatiserende ideeën. Uit cijfers van Samen Sterk zonder Stigma (z.d.) blijkt dat stigmatisering in de hulpverlening veel voorkomt. Uit onderzoek van Schulze (2007) blijkt dat hulpverleners net zoveel stigmatiseren als de rest van de samenleving. 58% van de cliënten binnen de GGZ ervaart negatieve bejegening door hulpverleners. Bijvoorbeeld omdat ze incompetent geacht worden iets te doen door hun stoornis. (Samen Sterk zonder Stigma, z.d.). Cliënten voelen zich soms zelfs respectloos behandeld, voelen zich niet geaccepteerd als persoon en merken dat hulpverleners hen associëren met geweld. Dit kan gevoelens van stigmatisering oproepen. Deze gevoelens kunnen participeren binnen de samenleving en herstel ernstig belemmeren. Omdat herstel van cliënten het primaire doel is binnen de GGZ en omdat stigmatisering zo diepgeworteld in onze natuur zit (en dus ook in de natuur van hulpverleners), moet stigmatisering juist binnen de sector zelf aandacht krijgen (Castelein, Slooff, van Boekel & Lohuis, 2016).

Al deze hulpverleners zijn ooit opgeleid tot hulpverlener. Het is niet aannemelijk dat deze mensen in hun opleiding helemaal niet stigmatiseerden en dit zijn gaan doen toen zij eenmaal het werkveld ingingen. Dit roept de vraag op welke rol het onderwijs speelt in het al dan niet stigmatiserend denken van hulpverleners. Door destigmatisering al in het onderwijsprogramma op te nemen kan dit al in de vroegste fase van de loopbaan beperkt worden. Gezien het tijdsbestek van dit onderzoek en de grootte van de ASH is ervoor gekozen om het onderzoek uitsluitend te richten op de minor ggz-agoog. Dit onderzoek is specifiek bedoeld voor destigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheden. Dit onderzoek sluit daarom goed aan op de minor waarin studenten zich specialiseren in het werken met deze doelgroep.

Uit verschillende gesprekken met zowel studenten als docenten blijkt dat ook zij denken dat dit van meerwaarde kan zijn voor het onderwijs. Zo geeft een vierdejaars student die de minor in de laatste lichting gevolgd heeft, aan te denken dat er stappen gemaakt worden in het tegengaan van stigma, door bijvoorbeeld de inzet van ervaringsdeskundigen en empowerment, maar dat er meer mee gedaan mag worden (M. Heyms, persoonlijke communicatie, februari 2018). Een andere student geeft aan dat er nog altijd wel veel uitgegaan wordt van de psychopathologie en dat dit juist stigma bevorderend is. Zij geeft aan dat doordat de nadruk nog soms nog erg ligt op symptomen en diagnoses studenten leren om hier vanuit te gaan werken en minder te kijken naar de persoon zelf. Ook zegt zij te denken dat er toch nog een taboe heerst op het onderwerp (V. Bakx, persoonlijke communicatie, februari 2018).

3. Probleemanalyse

In dit hoofdstuk wordt een probleemanalyse geschetst rondom het probleem stigmatisering, om zo een volledig beeld te geven van het belang van aandacht voor stigmatisering. Hierin wordt eerst de stigmatisering in Nederland besproken, gevolgd door stigmatisering binnen de GGZ. Het hoofdstuk wordt afgesloten met stigmatisering binnen het HBO onderwijs.

§ 3.1 Stigmatisering in Nederland

3.1.1 Oorsprong van stigmatisering

Volgens Droës & Witsenburg (2012) zijn er door de eeuwen heen veel verschillende groepen mensen gestigmatiseerd (joden, moslims, homoseksuelen, etc.) Tegen dit soort groeperingen wordt van oudsher opgetreden met uitsluiting of opsluiting. De psychiatrie is hierop geen uitzondering. Lang werden mensen met psychische kwetsbaarheden als 'zieke geesten' gezien en werden zij verantwoordelijk gehouden voor hun gedrag. Ook werden mensen buitengesloten en waren zij niet welkom in opvang- en werkhuisen. Hierdoor kwamen veel mensen met psychische kwetsbaarheden op straat terecht en waren ze aangewezen op bedelen of stelen. Er werd weinig onderscheid gemaakt tussen verschillende groepen. Lichamelijk en verstandelijk gehandicapten, armen, criminelen en mensen met een psychische stoornis werden over één kam geschoren als zijnde mensen die niet bijdragen aan de vooruitgang van de samenleving. Deze mensen werden tot ongeveer 1930 vaak voor de rest van hun leven in inrichtingen geplaatst.

Het moet niet vergeten worden dat de oorzaken van psychische kwetsbaarheden destijds nog volledig onbekend waren. De oorzaken werden alleen lichamelijk gezocht. Er heerste theorieën over de erfelijkheid van psychische kwetsbaarheden en dat stoornissen van generatie op generatie overdragen werden en per generatie ernstiger en frequenter voorkwamen. Mensen met psychische kwetsbaarheden werden gezien als een ander soort mens en ze werden vaak bejegend met medelijden en afkeer. De ziekte is de mens en de mens is de ziekte was jarenlang het uitgangspunt binnen de samenleving. En niet zelden is dat nog altijd het geval (Droës & Witsenburg, 2012).

3.1.2 Hedendaagse stigmatisering

Ondanks de hoge prevalentie van het aantal mensen met psychische kwetsbaarheden (zie hoofdstuk twee) heerst er nog altijd een groot taboe op het hebben van een psychische kwetsbaarheid. Dit taboe zorgt voor stigmatisering. Stigmatisering wordt de laatste tijd steeds meer gezien als knelpunt en er wordt dan ook steeds meer aandacht besteed aan het tegengaan van dit fenomeen (Psychiatrie Nederland, 2015).

Stigmatiseren is het geven van een krachtig negatief stempel aan een persoon op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen. Dit beïnvloedt de manier waarop mensen zichzelf zien en gezien worden. Mensen krijgen hierdoor te maken met onbegrip, vooroordelen, buitensluiting en discriminatie. Vaak is er bij stigmatisering sprake van overdrijven (Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.). Ook wordt het gedrag van een enkeling of individu als representatief gezien voor de gehele groep (Psychiatrie Nederland, 2015).

Er zijn drie soorten stigma te onderscheiden. Deze drie soorten zijn:

- "Publiek stigma: verzamelnaam voor stigmatisering vanuit de maatschappij.
- Zelfstigma of geïnternaliseerd stigma: de gestigmatiseerde past de – veronderstelde – negatieve oordelen van anderen toe op zichzelf en houdt deze voor waar.
- Structureel stigma: stigma verankerd in cultuur en wet- en regelgeving."

(Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.).

Volgens Vlaams onderzoek zijn er verschillende redenen te noemen waarom mensen stigmatiseren. Veel mensen denken dat mensen met psychische kwetsbaarheden gevaarlijk zijn. Ze worden vaak als onvoorspelbaar gezien en zouden niet in staat zijn om sociaal aanvaarde rollen te vervullen. Ook worden mensen met een psychische kwetsbaarheid nog altijd vaak zelf verantwoordelijk

gehouden voor hun psychische toestand en het wordt vaak gezien als iets chronisch (Stevaert, 2016). Andere mogelijke oorzaken van stigmatisering zijn dat mensen niet geconfronteerd willen worden met de kwetsbaarheid van anderen, omdat ze daarmee ook indirect geconfronteerd worden met hun eigen kwetsbaarheid. Of dat mensen liever niet omgaan met mensen die als zwakker beoordeeld worden, omdat ze graag tot een succesvolle groep behoren (Helmus & de Jager, 2015).

Stigmatisering kan grote impact hebben op iemands kwaliteit van leven. Ten gevolge van stigma's verliezen mensen eerder werk, vrienden, respect en daarmee zelfvertrouwen (Helmus & de Jager, 2015). Uit onderzoek is gebleken dat ruim 70% van de mensen geen bezwaar zou hebben om een (ex-)psychiatrische patiënt als buurman, vriend of collega te hebben. Daartegen accepteert slechts 30% een psychiatrisch cliënt als schoonzoon of babysitter (Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.).

Ook stigmatiseren veel mensen zichzelf. Dit zelfstigma komt vaak voort uit het gevoel gestigmatiseerd te worden door anderen en kan ook grote gevolgen hebben. Mensen gaan bijvoorbeeld minder makkelijk solliciteren uit angst niet aangenomen te worden vanwege een psychische kwetsbaarheid. Van Weeghel, Pijnenborg, van 't Veer & Kienhorst (2015) stellen dat twee van de drie mensen die stigma ervaren (90% van de totale respondenten) stopt met bepaalde activiteiten (werk, hobby's etc.) uit angst voor stigma. 68% van de respondenten voelt zich gehinderd om te solliciteren of een opleiding te volgen vanwege de diagnose. 56% geeft aan het lastig te vinden een intieme persoonlijke relatie te beginnen. Ook voelen respondenten zich gedwongen de diagnose (in sommige gelegenheden) te verbergen (66%). 62% zei gemeden te worden door mensen die van hun diagnose op de hoogte waren en 80% zegt geen vriendschappen aan te gaan buiten de GGZ (Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.).

Verhaeghe (2008) zegt dat de impact van stigmatiseren net zo schadelijk is voor iemands leven als de directe gevolgen van de aandoening zelf. Het zoeken van hulp is vaak ook lastiger voor mensen met psychiatrische aandoeningen. Ze zijn bang voor oordelen van mensen om hun heen en blijven daardoor langer rondlopen met klachten. Herstellen duurt hierdoor vaak langer en het functioneren wordt vaak nog meer belemmerd. Ook leiden vooroordelen vaak tot discriminatie. Men wordt vaker benadeeld door instanties, het is bijvoorbeeld lastiger om een aanvullende zorgverzekering of hypotheek af te sluiten (Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.).

§ 3.2 Stigmatisering door hulpverleners binnen de GGZ

In hoofdstuk twee is te lezen dat hulpverleners niet minder stigmatiseren dan de rest van de maatschappij. Uit onderzoek van Schulze (2007) blijkt dat de ervaring van cliënten met stigmatisering voor 22,3% uit stigmatisering van hulpverleners bestaat (Helmus & de Jager, 2015). Dit percentage is vergelijkbaar met het publiek stigma dat deze mensen ervaren. Te verwachten zou zijn dat hulpverleners binnen de GGZ vanwege hun kennis en kunde binnen de psychiatrie en het contact dat zij met cliënten hebben minder stigmatiseren. Toch moet niet vergeten worden dat ook hulpverleners gewoon mensen zijn die net zo vatbaar geacht worden voor stigmatisering als de rest van de maatschappij (Castelein et.al., 2016). Er zijn meer redenen te noemen waarom hulpverleners stigmatiserende ideeën hebben. Een theorie over stigmatisering is dat mensen die stigmatiseren vaak een hogere machtspositie hebben dan de gestigmatiseerde. In de hulpverlening is de hulpverlener altijd (op papier) machtiger dan de cliënt. Dit machtsverschil is een mogelijke verklaring voor stigmatiserende ideeën (van 't Veer, Sercu & van Weeghel, 2016). Ook zijn veel hulpverleners bang voor geweld van cliënten. Daarnaast ervaren hulpverleners hun werk vaak als lastig en stressvol wat gevoelens van frustratie en onmacht oproept. Een andere mogelijke verklaring voor stigmatiserende ideeën onder hulpverleners is dat hulpverleners cliënten vaak zien op momenten van crisis en in de lastigste fasen van hun herstel. In verhouding zien hulpverleners veel minder vaak mensen die al veel verder in hun herstel zijn (Castelein et.al., 2016).

Volgens Slooff & van Alphen (2010) heeft de GGZ ook een belangrijke functie in het ontstaan van stigmatisering. Zij stellen dat de oorzaak van stigmatisering niet alleen buiten de GGZ gezocht moet worden, maar juist ook daarbinnen. Het is volgens hun dan ook belangrijk dat deze oorzaken binnen de GGZ meer aan het licht komen en dat hulpverleners meer zelfonderzoek doen naar hun eigen stigmatisering.

Van oudsher is de psychiatrie vooral geïsoleerd. Vroeger werden de 'krankzinnigen' vooral opgesloten en in tehuizen geplaatst. In het begin van de vorige eeuw werden mensen soms met 4000 of 5000 mensen tegelijk in een instelling geplaatst. De omstandigheden moeten er verschrikkelijk zijn geweest. Ook werden er barbaarse behandelmethoden toegepast en werd er volop mee geëxperimenteerd. Uiteindelijk werden deze instituten te duur en kwam er meer verzet tegen de wantoestanden binnen de psychiatrie. Deze protesten kwamen nauwelijks vanuit de GGZ zelf, maar voornamelijk vanuit de samenleving (Droës & Witsenburg, 2012).

De tendens om mensen met psychiatrische kwetsbaarheden meer te laten participeren in de maatschappij en mensen langer bijvoorbeeld ambulant te behandelen en begeleiden is pas sinds de laatste twee decennia in ontwikkeling. Nu dit isolement meer doorbroken wordt, is de GGZ meer zichtbaar in de samenleving. Het is nog te vroeg om hieruit te concluderen dat dit ook daadwerkelijk stigma tegen gaat (Castelein et.al., 2016).

In hoofdstuk twee is beschreven dat 58% van de cliënten zich negatief bejegend voelt door minstens één hulpverlener. Terwijl uit onderzoek ook is gebleken dat 76% van de cliënten binnen de psychiatrie tenminste één van zijn hulpverleners ziet als belangrijkste persoon in zijn leven. (Castelein et.al., 2016).

Castelein (2016) stelt dat hulpverleners nog altijd veel diagnostische labels gebruiken. Ze handelen naar de diagnose die bij een cliënt gesteld is. Deze 'labels' zijn bedoeld om diagnoses te stellen, maar worden ook vaak te pas en te onpas gebruikt. Hierbij wordt vaak geen rekening gehouden met eventuele stigma's die aan de diagnose of het label kleeft en hierdoor kunnen cliënten en hun familie zich gestigmatiseerd voelen.

§ 3.3 Stigmatisering in het HBO onderwijs

In de literatuur is weinig bekend over de rol van het onderwijs als het gaat om stigmatiseren. Wel is er in 2016 door van Hove, Schippers, Cardol & de Schauwer (2016) onderzoek gedaan naar een manier om het onderwijs bij te laten dragen aan meer begrip voor mensen met een beperking. Het gaat hierbij specifiek om HBO opleidingen in de gezondheidszorg. Uit het onderzoek bleek dat ervaringsverhalen van mensen met een beperking bij kunnen dragen aan meer begrip voor iemands situatie. Op het moment dat de aankomend professional luistert naar het ervaringsverhaal van een cliënt, zal ze beter in staat zijn om werkelijk cliënt-gericht te werken en hiermee kunnen zij bijdragen aan de kwaliteit van leven. Uit onderzoek blijkt dat studenten door hun opleiding in de gezondheidszorg het belangrijk vinden om hun vooroordelen over mensen met een beperking aan de kant te zetten vanwege de opleiding die zij volgen, maar dat de opleiding zelf hier geen grote rol in speelt. De opvattingen van de studenten zijn voornamelijk gebaseerd op wat zij van thuis uit mee hebben gekregen, privé ervaringen met mensen met een beperking of omdat zij dit tegengekomen zijn in hun stage.

Als het gaat om stigmavermindering wordt in de literatuur vooral veel gepraat over de HBO opleidingen die opleiden tot ervaringsdeskundigen. Zij zouden namelijk een grote rol kunnen spelen in het tegengaan van stigmatisering, bij zowel cliënten als collega's (HOED, z.d.). Ook blijkt uit onderzoek dat het inzetten van ervaringsdeskundigen in het onderwijs een goede methode kan zijn om stigmatisering onder beginnende hulpverleners tegen te gaan. Het integreren van ervaringsdeskundigheid in de opleiding Social Work kan helpen om studenten te leren cliënten in hun eigen kracht te zetten. Het kan bijdragen om studenten al in een vroeg stadium te laten kennismaken met herstelgericht, krachtgericht en empowermentgericht werken. De ervaringsdeskundige kan een rol vervullen in het leren herstel ondersteunend werken, wat een steeds prominentere rol krijgt binnen de hulpverlening. Bovendien kunnen ervaringsdeskundigen studenten helpen om hun eigen professionaliteit vorm te geven. Ook kunnen ervaringsdeskundigen meedenken over het verbeteren van het curriculum en kunnen ze eventueel ondersteuning bieden aan studenten die zelf nog in een herstelproces zitten (Dekker & Bijman, 2015).

4. Probleemstelling & Doelstelling

In dit hoofdstuk komen de hoofdvraag en de deelvragen die voor dit onderzoek gesteld zijn aan bod. Ook de doelstelling die voor dit onderzoek is gesteld wordt beschreven en er wordt een begripsafbakening gegeven waarin de belangrijkste begrippen vastgesteld en uitgelegd worden.

§ 4.1 Hoofdvraag & Deelvragen

4.1.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt:

Hoe kan de minor ggz-agoog bijdragen aan destigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheden onder beginnende hulpverleners?

4.1.2 Deelvragen

De deelvragen die voor dit onderzoek zijn opgesteld zijn:

1. Op welke manieren kan volgens de literatuur aan destigmatisering onder hulpverleners bijgedragen worden?
2. Wat zijn de ervaringen van studenten ten opzichte van het beperken of bijdragen aan stigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog?
3. Welke aspecten kunnen volgens studenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?
4. Welke aspecten kunnen volgens docenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?

§ 4.2 Doelstelling

De doelstelling die is gesteld binnen dit onderzoek is:

"Handvatten bieden aan de minor ggz-agoog binnen de ASH voor een eventuele aanpassing van het lesprogramma van de minor ggz-agoog om stigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheden onder beginnende hulpverleners te beperken."

§ 4.3 Begripsafbakening

Stigmatisering: "Een krachtig negatief sociaal stempel dat de manier beïnvloedt waarop mensen zichzelf zien en gezien worden. Ze krijgen te maken met onbegrip, vooroordelen, buitensluiting en discriminatie." (Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.)

Studenten: In dit onderzoek worden de studenten bedoeld die de minor ggz-agoog volgden.

Docenten: In dit onderzoek worden de docenten bedoeld die doceren bij de minor ggz-agoog.

Beginnende hulpverleners: In dit onderzoek worden vierdejaars studenten Social Work (of een verwante opleiding) bedoeld.

Psychische aandoening/stoornis: Syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden." (American Psychiatric Association, 2014, p.72).

Psychische kwetsbaarheid: Voor dit onderzoek is gekozen om de term psychische kwetsbaarheid te gebruiken. In de literatuur wordt vaak gesproken over mensen met psychische aandoeningen of stoornissen. In de basis betreffen de begrippen psychische aandoening/stoornis en psychische kwetsbaarheid dezelfde personen. De connotatie (ervaring bij het woord) is anders (Trimbos instituut, 2016). De term psychische kwetsbaarheid is gebaseerd op de herstelondersteunende zorg. Vanuit de herstelondersteunende zorg wordt een cultuurverandering beoogt ten aanzien van het omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dit houdt in dat mensen met psychische kwetsbaarheden gezien worden als personen met een eigen leven, met mogelijkheden tot groei, met voorkeuren en wensen en met eigen beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de hulp die zij willen krijgen voor hun herstel (Boevink et. al., 2012).

GGZ: "Geestelijke gezondheidszorg. GGZ richt zich op: het voorkómen van psychische aandoeningen, het behandelen en genezen van psychische aandoeningen, het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving, het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken." (Dienst Gezondheid & Jeugd, z.d.)

5. Onderzoeksontwerp

In dit hoofdstuk is een schets gegeven van hoe het onderzoek vormgegeven wordt. De onderzoeksmethode, dataverzameling, data-analyse, populatie & steekproef en de kwaliteitscriteria komen aan bod.

§ 5.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek is een kwalitatief praktijkonderzoek. Het onderzoek is kwalitatief omdat het niet gebonden is aan enkel cijfermatige gegevens. De onderzoeker kan zich verder aanpassen aan de omstandigheden van het onderzoek en gaandeweg eventueel aanpassingen doorvoeren. De beleving van de respondenten staat centraal, dit wordt ook wel subjectieve betekenisverlening genoemd. Bij kwalitatief onderzoek gaat de onderzoeker 'het veld' in (Verhoeven, 2014).

Praktijkonderzoek kenmerkt zich in *“een professionele leerstrategie om de dagelijkse beroepspraktijk beter te leren begrijpen en te kunnen verbeteren”* (van der Donk & van Lanen, 2015, p.32). Op deze manier kunnen zorgverleners concrete, handelingsgerichte kennis ontwikkelen en integreren in de beroepspraktijk. Bij praktijkonderzoek is het belangrijk om de praktijksituatie vanuit meerdere invalshoeken en perspectieven te belichten. Ook vakliteratuur heeft een grote relevantie in het doen van praktijkonderzoek om meer inzicht te verwerven in het probleem (van der Donk & van Lanen, 2015).

§ 5.2 Dataverzamelingsmethoden

5.2.1 Literatuuronderzoek

Als eerste is er voor dit onderzoek gekozen voor literatuuronderzoek. Literatuurstudie geeft een overzicht van bestaande kennis en inzichten uit de vakliteratuur over het praktijkprobleem (van der Donk & van Lanen, 2015). Bij literatuuronderzoek in kwalitatief onderzoek wordt voornamelijk de betekenis van de beschreven tekst geanalyseerd. Literatuuronderzoek is belangrijk in het maken van een goede opzet van het onderzoek en ook erg belangrijk voor de uitvoering (Verhoeven, 2014). Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Dit wordt brontriangulatie genoemd (van der Donk & van Lanen, 2015). Er is gebruik gemaakt van verschillende artikelen uit vakbladen, via de databank van Avans (Kaluga), verschillende boeken en websites van relevante organisaties en partijen. Literatuuronderzoek is voornamelijk gebruikt om het fenomeen stigmatisering beter te onderzoeken.

5.2.2 Groepsgesprek

Voor dit onderzoek is ervoor gekozen om te starten met twee groepsgesprekken met ieder vier studenten. Bij een groepsinterview worden meerdere respondenten tegelijk bevestigd en heeft de onderzoeker een leidende rol. Groepsinterviews kunnen in vele vormen voorkomen en kunnen bedoeld zijn om één conclusie te trekken of juist om verschillende invalshoeken te belichten (Verhoeven, 2014).

Er is voor gekozen om een groep studenten samen te stellen die de minor ggz-agoog hebben gevolgd. In groepsverband worden samen met de onderzoeker stellingen besproken. De stellingen zijn afkomstig uit het spel *'een steekje los'*. Dit is een spel dat bedoeld is voor cliënten, hulpverleners, ervaringsdeskundigen en naasten in de psychiatrie. Aan de hand hiervan kunnen gesprekken over psychiatrische kwetsbaarheden aan worden gegaan, met als doel om de belevingswereld en beeldvorming vanuit diverse invalshoeken spelenderwijs bespreekbaar te maken (Zorgbelang Gelderland & Utrecht, z.d.). Aan de hand van deze stellingen wordt in de groep stigmatisering bespreekbaar gemaakt. Aan bod komt hoe studenten zelf over stigmatisering denken en waar deze opvattingen vandaan komen. Komt dit voort uit hun eigen opvattingen, of speelt de opleiding hier ook een rol in?

Voor deze vorm is gekozen om het onderwerp stigmatisering bespreekbaar te maken voordat interviews afgenomen worden. Ten eerste geldt het spel als een introductie op het onderwerp en brengt het in kaart hoe studenten over het onderwerp stigmatisering denken. Stigmatisering kan een gevoelig onderwerp zijn om te bespreken. Ook bestaat de kans dat er in enkele interviews veel sociaal wenselijke antwoorden gegeven zullen worden. Bij het onderwerp stigmatisering weten veel mensen wel hoe ze zouden moeten denken maar in praktijk gebeurt dit niet altijd. Door het onderwerp op speelse manier te introduceren en bespreekbaar te maken wordt beoogt de sociaal wenselijkheid van de antwoorden te beperken. De groepsgesprekken zijn gebruikt om deelvraag twee te beantwoorden: *Wat zijn de ervaringen van studenten ten opzichte van het beperken of bijdragen van stigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog?* Omdat deze deelvraag alleen betrekking heeft op studenten zijn er alleen bij studenten groepsgesprekken afgenomen.

Het kan zijn dat de respondenten door elkaar beïnvloed worden in het groepsgesprek. Dit kan een nadeel zijn. Voordelen van groepsinterviews zijn op de eerste plaats dat het veel tijd bespaard. Ook kan het juist een voordeel zijn als respondenten op elkaar kunnen reageren. Omdat het onderwerp stigmatisering erg samenhangt met normen, waarden en persoonlijke opvattingen kunnen respondenten elkaar op deze manier ook aan het denken zetten (van der Donk & van Lanen, 2015).

5.2.3 Interviews

Na het groepsgesprek aan de hand van het spel 'een steekje los' worden met de helft van de studenten (vier) individueel interviews afgenomen. Hier is voor gekozen om deelnemers ook individueel te kunnen bevragen over hun ideeën over het onderwerp. Bij individuele interviews is er op dat moment geen sprake van beïnvloeding van anderen. Ook kan het thema stigmatisering gevoelig liggen en ook in dat geval kan het verstandig zijn om de respondenten ook individueel de kans te geven hun mening te geven (van der Donk & van Lanen, 2015). Bij de docenten zijn alleen individuele interviews afgenomen.

Er is gekozen voor het afnemen van half-gestructureerde interviews. Bij half-gestructureerde interviews maakt de onderzoeker geen gebruik van een vaste vragenlijst, zoals dat bij een gestructureerd interview het geval is (Verhoeven, 2014). Nadeel van enkel gestructureerde interviews is dat je veel data kan missen en de respondent niet goed kan benadrukken wat hij/zij belangrijk vindt. Wel geeft het afnemen van een interview met structuur makkelijker te analyseren data en kun je als onderzoeker meer sturing geven in het gesprek en de onderwerpen waarop antwoord nodig is (van der Donk & van Lanen, 2015).

In de individuele interviews worden studenten en docenten bevraagd hoe het onderwerp stigmatisering nu aan bod komt binnen de minor ggz-agoog en welke aanpassingen er volgens hen gedaan zouden kunnen worden binnen de minor om stigmatisering tegen te gaan. Aan de hand van operationalisatie zijn topiclijsten opgesteld om antwoord te krijgen op de deelvragen drie en vier (zie hoofdstuk zes) De volledige topiclijst is te vinden in bijlage twee.

Voor studenten was er tijdens de interviews ruimte om terug te komen op de groepsgesprekken. Er is ingespeeld op wat een respondent in het groepsgesprek heeft gezegd, bijvoorbeeld door door te vragen.

§ 5.3 Dataverzamelings analyse

De groepsgesprekken zijn gefilmd, waardoor de onderzoeker achteraf goed terug kon kijken wat er gezegd is en door wie. De individuele interviews werden opgenomen met geluidsapparatuur. Zowel de groepsgesprekken als de individuele interviews zijn vervolgens getranscribeerd.

Voor de individuele interviews is er gebruik gemaakt van horizontaal vergelijken. Aan alle respondenten zijn tijdens de interviews dezelfde topics voorgelegd. Het gegeven antwoord over dit topic is per respondent samengevat. Door deze naast elkaar te plaatsen in een tabel kan de onderzoeker op zoek gaan naar de meest belangrijke overeenkomsten en verschillen. In de laatste

kolom wordt een samenvatting gegeven van de meest opvallende overeenkomsten en verschillen (van der Donk & van Lanen, 2015).

Voor het groeps gesprek was het niet mogelijk om gebruik te maken van horizontaal vergelijken. Deze methode is alleen bruikbaar voor een beperkte groep respondenten (van der Donk & van Lanen, 2015). Bij de individuele interviews is dit het geval, in het groeps gesprek echter niet. Voor de groeps gesprekken is voor het analyseren gebruik gemaakt van categorieën. Per indicator in het groeps gesprek is ervoor gekozen om te analyseren hoeveel studenten deze indicator binnen het onderwijs stigmatiserend of destigmatiserend vonden, en hoe vaak dit tijdens het gesprek benoemd werd. Een laatste optie is dat een student hier neutraal tegenover staat. Hierna zijn de meest opvallende bevindingen of opvallende citaten van respondenten genoteerd. Voorbeelden van de uitwerkingen van de coderingen zijn terug te vinden in bijlage drie.

§ 5.4 Populatie en steekproef

5.4.1 Populatie

De populatie bevat alle eenheden waarover het onderzoek gedaan wordt (Verhoeven, 2014). In het geval van dit onderzoek is dat de minor ggz-agoog. Het gaat hierbij over alle studenten die deze minor gaan volgen en alle docenten die lesgeven binnen de minor en/of de minor ontwerpen of op een andere manier direct betrokken zijn bij de minor. Omdat de doelgroep van alle ASH docenten en studenten erg groot werd is ervoor gekozen om dit te beperken tot de minor ggz-agoog. Voor deze minor is gekozen omdat het onderzoek gaat over stigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheden onder beginnende hulpverleners te beperken. Omdat de minor ggz-agoog opleidt tot specialisatie van beginnende hulpverleners binnen de psychiatrie sluit dit goed op elkaar aan. Omdat de populatie meer afgebakend is, spreken we van een operationele populatie (Verhoeven, 2014).

5.4.2 Steekproef

Omdat het niet mogelijk is om alle studenten en alle docenten van de minor ggz-agoog te interviewen is een steekproef samengesteld. Een steekproef is een kleinere groep die een afspiegeling geeft van een grotere groep (van der Donk & van Lanen, 2015). Bij studenten gaat het hierbij om studenten die tijdens de laatste lichting van de minor, de minor hebben gevolgd (september 2017 tot februari 2018).

Het werven van de steekproef heeft plaatsgevonden via de onderzoeker. De onderzoeker is bekend met mensen die binnen deze doelgroep behoren en heeft hen persoonlijk gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Op deze manier vindt er ook weer een sneeuwbal effect plaats. De respondenten kunnen ook anderen aanwijzen om eventueel deel te nemen aan het onderzoek (Verhoeven, 2014).

Uiteindelijk is er een aselecte steekproef samengesteld van acht studenten en drie docenten. Met de acht studenten hebben groeps gesprekken plaatsgevonden. De drie docenten zijn individueel bevestigd. Bij vier studenten is een individueel interview afgenomen. Dit zijn studenten die ook hebben meegedaan aan de groeps gesprekken.

Op basis van de verkregen informatie uit de groeps gesprekken is voor de individuele interviews met studenten een representatieve steekproef samengesteld (van der Donk & van Lanen, 2015). Daarbij is rekening gehouden met leeftijd en geslacht maar ook met inhoudelijke zaken. Zo is er rekening gehouden met de eigen ervaring van respondenten in de psychiatrie. Ook is rekening gehouden met de in het groeps gesprek verkregen informatie. Er is geprobeerd zoveel mogelijk een combinatie te maken van studenten met verschillende meningen en opvattingen over het onderwerp.

§ 5.5 Kwaliteitscriteria

5.5.1 Betrouwbaarheid

Volgens van der Donk & van Lanen (2015) is er sprake van een betrouwbaar onderzoek als de resultaten bij een herhaling van hetzelfde onderzoek door een andere onderzoeker hetzelfde zijn. Een betrouwbaar onderzoek is zoveel mogelijk vrij van toevallige fouten. Zeker in de sociale beroepscontext is het erg moeilijk om een onderzoek uit te voeren waarin toevallige fouten niet voorkomen.

Om het onderzoek toch zo betrouwbaar mogelijk te maken is het van belang om triangulatie toe te passen. Bij triangulatie maakt de onderzoeker gebruik van verschillende bronnen, methoden en wordt de data door verschillende personen verzameld en geanalyseerd (van der Donk & van Lanen, 2015). Binnen dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van verschillende bronnen uit de vakliteratuur en ook de data is op verschillende manieren verzameld. Alleen het laatste punt is niet van toepassing omdat het onderzoek uitgevoerd wordt door één onderzoeker.

Andere aspecten die belangrijk zijn voor de betrouwbaarheid en die toegepast worden in dit onderzoek zijn: Transparantie over het onderzoek door keuzes goed te verantwoorden en door de bevindingen te delen met een onafhankelijk persoon. En het probleem is benaderd vanuit verschillende perspectieven van verschillende partijen.

5.5.2 Validiteit

Van der Donk & van Lanen (2015) beschrijven validiteit als datgene onderzoeken wat je als onderzoeker wilt weten. Het onderzoek bevat dan zo min mogelijk systematische verstoringen. Als onderzoeker weet je nog niet precies welke factoren van invloed zijn op het onderzoek, en zelfs als je je daar bewust van bent is het onmogelijk om te weten welke invloed deze factoren exact hebben op het onderzoek. Er wordt bij onderzoek onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit heeft betrekking op de planning en uitvoering van het onderzoek. Externe validiteit gaat over de resultaten. De betrouwbaarheid van de resultaten als je deze buiten de context van het specifieke onderzoek bekijkt, wordt de generaliseerbaarheid van het onderzoek genoemd. Bij praktijkonderzoek is het onderwerp en de context vaak zo specifiek dat het lastig is om deze in een andere praktijk te gebruiken. Dit komt terug in de discussie in hoofdstuk 10.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is het van belang om duidelijke, bruikbare oplossingen van het probleem aan te dragen. Ook is het belangrijk om verschillende partijen te bevragen over het onderwerp en te overleggen met verschillende partijen die belang hebben bij het oplossen van het praktijkprobleem (van der Donk & van Lanen, 2015). In dit onderzoek gebeurt dat door met verschillende belanghebbende, namelijk studenten en docenten in gesprek te gaan. Dit gebeurt zowel in het vooronderzoek als in het daadwerkelijk uitvoeren van het onderzoek. Ook is dialogische validiteit van belang. Dit betekent dat het onderzoek gevolgd wordt door anderen en er uitwisseling plaatsvindt (van der Donk & van Lanen, 2015). Dat gebeurde in dit onderzoek door het onderzoeksproces gaandeweg met zowel medestudenten als docenten te overleggen. Ook worden de onderzoeksresultaten alleen betrokken op de beroepscontext waar het binnen dit onderzoek over gaat, namelijk de minor ggz-agoog.

5.5.3 Bruikbaarheid

Het is van belang dat het onderzoek zo uitgevoerd wordt dat de resultaten bruikbaar zijn voor de beroepspraktijk. Van der Donk & van Lanen (2015) noemen een aantal zaken die zorgen voor een hogere bruikbaarheid van het onderzoek. Als eerste is het van belang dat de onderzoeksresultaten en de aanbevelingen daadwerkelijk van meerwaarde zijn voor de beroepspraktijk. De uiteindelijke doelgroep moet er op vooruitgaan door de resultaten van het onderzoek. Ook is het van belang dat de aanbevelingen niet te complex zijn, want hierdoor wordt het moeilijker om ze uit te voeren. Ook is het belangrijk dat de beroepspraktijk het gevoel heeft dat het onderzoek op een goede manier is uitgevoerd en dat de resultaten en aanbevelingen duidelijk, helder en concreet overgedragen worden.

Het kan zo zijn dat de onderzoeksresultaten weerstand oproepen omdat er gevraagd wordt om verandering en de doelgroep in bepaalde mate bekritiseerd kan worden op hetgeen zij nu doen. Met dit onderzoek wordt een kritische blik geworpen op de manier waarop het onderwijs op dit moment ingericht is en hiermee wordt kritisch gekeken naar de beroepspraktijk. Het is daarom belangrijk om te zorgen voor goede communicatie tijdens het onderzoek en het stimuleren van betrokkenheid. Dit gebeurt door te blijven communiceren en door om feedback te vragen. Ook helpt het als juist de positieve kant van de verandering benadrukt wordt en de nadruk niet zo zeer ligt op het huidige probleem (van der Donk & van Lanen, 2015).

6. Onderzoeksinstrument

Voor het beantwoorden van de deelvragen zijn de belangrijkste begrippen uit de deelvragen geoperationaliseerd. Deelvraag één wordt beantwoord aan de hand van relevantie literatuur, om te bepalen welke onderwerpen aan bod komen is deze deelvraag geoperationaliseerd. Voor deelvraag twee tot en met vier is gebruik gemaakt van interviews waar topiclijsten voor zijn opgesteld. Deze topiclijsten zijn tot stand gekomen met behulp van operationalisatie. De volledige topiclijsten zijn terug te vinden in bijlage twee.

§ 6.1 Operationalisatie deelvraag 1

De eerste deelvraag wordt beantwoord aan de hand van literatuuronderzoek. Hiervoor is het begrip 'destigmatisering' uitgewerkt omdat bij deze deelvraag gemeten dient te worden hoe aan destigmatisering bijgedragen kan worden. Dit begrip is uitgewerkt in dimensies die terug komen in de probleemanalyse en volgens reeds verzamelde literatuur relevant zijn voor destigmatiserend werken. Deze dimensies zijn weer uitgewerkt in indicatoren die voorkomen uit relevantie literatuur over de dimensies.

Deelvraag	Begrip	Dimensie	Indicator
Op welke manieren kan volgens de literatuur aan destigmatisering onder hulpverleners bijgedragen worden?	Destigmatisering	Taboe doorbreken	Bewustwording
			Bespreekbaar maken
		Vooroordelen wegnemen	Contactstrategie
			Mythes ontkrachten
			Confrontatie aangaan
		Herstelondersteunend werken	Ervaringsdeskundigheid
			Hoop en Optimisme
			Presentie

Tabel 1: Operationalisatie deelvraag 1

§ 6.2 Operationalisatie deelvraag 2

Voor het beantwoorden van de tweede deelvraag is gebruik gemaakt van groepsgesprekken met studenten. Hiervoor zijn stellingen gebruikt om het onderwerp stigmatisering te introduceren. Hierbij wordt doorgevraagd op het ontstaan van ideeën en welke rol zowel het persoonlijke deel heeft bij stigmatiserende ideeën als welke rol de opleiding hierin heeft. Er zijn wel topics opgesteld voor het groepsgesprek om te meten waar al dan niet stigmatiserende ideeën van studenten vandaan komen. Voor het operationaliseren van deze deelvraag is gekozen om het begrip ervaringen uit te werken. Voor dit begrip is gekozen omdat bij deze deelvraag centraal staat wat de ervaringen van studenten zijn als het gaat om al dan niet stigmatiserend lesgeven. Hierbij is het onderscheid gemaakt tussen persoonlijke ervaringen en het didactische aanbod vanuit de opleiding. Vinden studenten dat dit bijgedragen heeft aan stigmatiserende ideeën of deze ideeën juist heeft weten te beperken?

Deelvraag	Begrip	Dimensie	Indicator
Wat zijn de ervaringen van studenten ten opzichte van het beperken of bijdragen aan (de)stigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog?	Ervaringen	Persoonlijk	Stage ervaringen
			Persoonlijke ervaringen
			Uitwisseling medestudenten
		Didactisch aanbod	Lessen
			Docenten/Gastsprekers
			Lesmateriaal

Tabel 2: Operationalisatie deelvraag 2

§ 6.3 Operationalisatie deelvraag 3 & 4

Voor het beantwoorden van de derde en vierde deelvraag zijn bijna dezelfde topiclijsten gebruikt. Hier is voor gekozen omdat het enige verschil tussen de deelvragen is dat deelvraag drie over studenten gaat en deelvraag vier over docenten. Het begrip aspecten is bij beide als hoofdbegrip gekozen omdat het de bedoeling is om te meten wat volgens studenten en docenten exact de aspecten zijn waar verbetering op zou kunnen zijn als het gaat om destigmatisering binnen de minor.

Het onderscheid tussen praktische en emotionele aspecten is gemaakt omdat juist bij een onderwerp als stigmatisering niet alleen gekeken moet worden naar wat de opleiding anders kan doen. De opleiding kan met alle beste intenties een lesprogramma aanbieden waarin het onderwerp besproken wordt en er aanbevelingen gedaan worden waar studenten praktisch mee aan de slag kunnen. (Wat kan je feitelijk doen om destigmatiserend te werk te gaan?) Maar het is ook belangrijk om naar het draagvlak van studenten te kijken. Het is goed om te weten of zij open staan om over dit onderwerp te praten bijvoorbeeld. Bij de docenten ligt de nadruk meer op of zij de indruk hebben dat studenten hiervoor open staan en of zij er zelf ook open voor staan. Hierbij wordt ook gekeken naar wat de opleiding kan doen op dit draagvlak te vergroten.

Deelvraag	Begrip	Dimensie	Indicator
Welke aspecten kunnen volgens studenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?	Aspecten	Informatie	Aanbevelingen vanuit de opleiding
			Inzet ervaringsdeskundigen
			Literatuur
			Toetsing
		Emotie	Draagvlak
			Reflectievermogen
			Eigen ervaringen

Tabel 3: Operationalisatie deelvraag 3

Deelvraag	Begrip	Dimensie	Indicator
Welke aspecten kunnen volgens docenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?	Aspecten	Informatie	Aanbevelingen vanuit de opleiding
			Inzet ervaringsdeskundigen
			Literatuur
			Toetsing
		Emotie	Draagvlak onder studenten
			Gevoel van competentie
			Eigen ervaringen

Tabel 4: Operationalisatie deelvraag 4

7. Resultaten Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt de eerste deelvraag beantwoord aan de hand van vakliteratuur. Deze deelvraag luidt: *Op welke manieren kan volgens de literatuur aan destigmatisering onder hulpverleners bijgedragen worden?*

§ 7.1 Taboe doorbreken

Één van de belangrijkste aspecten in het tegengaan van stigmatisering binnen de GGZ is de erkenning dat stigmatisering daadwerkelijk een probleem is. En dat de sector van de psychiatrie nu vooral nog een onderdeel van het probleem van stigmatisering is, en dat het zaak is om een onderdeel van de oplossing te worden. Hiervoor moeten hulpverleners bereid zijn tot bewustwording van ervaren stigma en leren welke effecten hun bejegening eventueel kan hebben (Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk Zonder Stigma & GGZ Drenthe, 2015).

7.1.1 Bewustwording

De eerste belangrijke stap om stigma tegen te gaan is bewustwording van hulpverlening over hun eigen stigmatiserende ideeën. Hulpverleners zijn ook gewoon mensen en zijn daarmee niet immuun voor stigmatisering (Castelein et al., 2016). Het is belangrijk om bewust om te gaan met het feit dat sommige opvattingen door cliënten als stigmatiserend ervaren kunnen worden. Hulpverleners kunnen elkaar aanspreken op het moment dat de indruk bestaat dat een collega bepaalde stigmatiserende ideeën heeft en deze eventueel in de houding naar cliënten terugkomen. Ook is het belangrijk om alert te zijn op de machtspositie die je als hulpverlener tegenover een cliënt hebt en hoe je je hier tot verhoudt in het contact (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

7.1.2 Praten over

Als hulpverlener is het belangrijk om stigmatisering niet te verzwijgen. Cliënten kunnen het als een grote opluchting ervaren als het onderwerp besproken wordt en er naar hun eigen ervaringen met stigma's gevraagd wordt. Als hulpverlener kun je dit ook doen zonder direct de term stigmatisering te gebruiken. Bijvoorbeeld door vragen te stellen als: *"Heb je het gevoel dat mensen je wel eens uit de weg gaan?"* of *"Heb je het gevoel dat je soms niet serieus genomen wordt?"* Als hulpverlener kun je deze vragen ook richten op de GGZ en vragen of ze binnen de hulpverlening deze ervaringen hebben (Samen Sterk Zonder Stigma, z.d.).

Daarnaast is het belangrijk om psychische kwetsbaarheden in een breder perspectief te plaatsen. Hier bestaan echter wel verschillende opvattingen over. Uit sommige onderzoeken blijkt dat het normaliseren van psychische kwetsbaarheden en de nadruk op 'het gewone leven' belangrijker is dan de focus te leggen op de ernst van de symptomen. Vanuit de herstelbeweging bestaat echter de opvatting dat het niet mogelijk is om 'het gewone leven' te scheiden van de symptomen en psychisch lijden. Deze zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden en maakt voor de cliënt een erg groot deel uit van zijn bestaan (de Goei, Plooy & van Weeghel, 2006).

Wel kun je al hulpverlener benadrukken dat de gevoelens (zoals angst en somberheid) menselijk zijn en dat iedereen hier last van heeft. Het is hierbij wel van belang om te benadrukken dat iemand door een psychische kwetsbaarheid zoveel last van deze gevoelens kan hebben dat het functioneren belemmerd kan worden. Als hulpverlener kun je benadrukken dat ieder mens vatbaar is voor psychische kwetsbaarheden en dat het ons allemaal kan overkomen. De cliënt is niet zijn ziekte en de ziekte is niet de cliënt. Het is dan ook belangrijk om de cliënt in te laten zien dat hij een volwaardig persoon is. Door hier bewust van te zijn als hulpverlener kunnen stigmatiserende ideeën verminderen en door het bespreekbaar te maken kan bij een cliënt het zelfstigma afnemen (Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk Zonder Stigma & GGZ Drenthe, 2015).

§ 7.2 Vooroordelen wegnemen

Als het gaat om anti-stigma strategieën zijn er diverse factoren die helpend kunnen zijn om vooroordelen, en dus stigmatiserende ideeën, weg te nemen.

7.2.1 Mythes ontkrachten

In anti-stigmacampanjes wordt veelal gebruik gemaakt van voorlichting en educatie over psychische kwetsbaarheden. Het is hierbij de bedoeling dat emotioneel beladen mythes over ziektebeelden weggenomen worden door meer informatie te verschaffen over de feiten. Een voorbeeld van zo'n mythe: Mensen met schizofrenie zijn gevaarlijk en gewelddadig (de mythe). De meesten van hen zijn niet gevaarlijker of gewelddadiger dan de rest van de bevolking (de feiten).

Uit onderzoek is gebleken dat het ontkrachten van mythes voor meer kennis zorgt bij hulpverleners maar hiermee niet per definitie destigmatiserend werkt (de Goei, Plooy & van Weeghel, 2006). Het probleem ligt in het feit dat stereotypering vaak te diep geworteld is, waar voorlichting niet effectief genoeg tegenin gaat (Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk Zonder Stigma & GGZ Drenthe, 2015).

7.2.2 Contactstrategieën

Uit onderzoek blijkt dat contactstrategieën zeer effectief kunnen bijdragen aan destigmatisering. De effecten hiervan zijn beter en blijvender dan bij voorlichting bijvoorbeeld. Bij één op één contact zien mensen dat iemand met een psychische kwetsbaarheid meer is dan zijn aandoening en een compleet mens is (de Goei, Plooy & van Weeghel, 2006). Ook blijkt dat als er contact is met mensen met een psychische kwetsbaarheid er meer begrip komt voor de gehele groep. Contactstrategie is het effectiefst bij mensen van gelijke rollen (Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk Zonder Stigma & GGZ Drenthe, 2015). Voor het inzetten van contactstrategieën wordt vaak gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen (zie paragraaf 7.3).

7.2.3 Confronteren

Onderzoek van Horsfall, Cleary & Hunt (2010) stelt dat het belangrijk is om professionals om te leren gaan met ongemakkelijke gevoelens of angstige gevoelens richting cliënten. Veel professionals hebben deze gevoelens en dit kan lijden tot ontwijking, defensieve reacties of negatieve attitudes richting de cliënt. Dit kan potentieel stigmatiserend werken. Onderzoek van Lauber, Nordt, Braunschweig & Rossler (2006) voegt hieraan toe dat het belangrijk is dat professionals bewust moeten worden van hun eigen stigmatiserende ideeën. Soms wordt gedacht dat de discussie hierover aangaan stigmatiserende ideeën bevordert omdat er juist over de labels gepraat wordt. Uit onderzoek is gebleken dat het tegenovergestelde waar is. Door de discussie aan te gaan worden stigmatiserende ideeën niet erger, maar juist minder. Het is hierbij wel van belang dat de stigmatiserende ideeën als 'erg' ervaren worden. Anders is het confronteren met stigmatiserende ideeën niet effectief. Ook kan het een vervelend gevoel oproepen bij de persoon die geconfronteerd wordt met zijn stigma's. Hoewel het vervelend kan zijn, is het wel erg waardevol. Mits ook de koppeling gemaakt wordt met wat belangrijk is om te doen op het moment dat je bij jezelf stigmatiserende ideeën hebt (Felten, 2016).

Een manier om mensen met stigmatiserende ideeën te confronteren is bijvoorbeeld door foto's van verschillende mensen te laten zien, die er allemaal erg anders uit zien. En hierop vooroordelen met elkaar vooroordelen op 'af te vuren'. Aan de hand hiervan kunnen de verschillende vooroordelen genuanceerd worden door andere deelnemers en kan het gesprek hierover met elkaar aangegaan worden (School & Veiligheid, z.d.).

§ 7.3 Herstelondersteunend werken

Het kan erg destigmatiserend werken om de herstelondersteunende zorg uitgangspunt te laten zijn voor de manier waarop begeleiding vormgegeven wordt. Het is belangrijk dat behandeling en begeleiding gericht is op empowerment, zelfwaardering en versterking van de sociale positie van

cliënten. Op het moment dat zelfwaardering groeit, vermindert het gevoel van stigmatisering en zelfstigma bij cliënten (van Zelst et al., 2014).

7.3.1 Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie

Binnen de herstelondersteunende zorg is het inzetten van ervaringsdeskundigheid een belangrijke factor. Een belangrijke rol van ervaringsdeskundigen binnen de psychiatrie is het verminderen van stigmatisering onder 'reguliere' hulpverleners en het bevorderen van empowerment. Ervaringsdeskundigen vormen vaak een kritische rol naar hun collega's en kunnen hen wijzen op stigmatiserende werkwijzen. Naast deze kritische rol kan een ervaringsdeskundige ook een goede rol spelen in het bevorderen van begrip en herkenning. Door het herstelverhaal van de ervaringsdeskundige zien anderen dat dit vol herkenbare en normale emoties en begrijpelijke reacties zit (van Erp, Boertien, van Rooijen, van Bakel & Smulders, 2015). Ook vermindert de inzet van ervaringsdeskundigheid het zelfstigma bij cliënten, omdat ervaringsdeskundigen als een voorbeeld gezien worden (hij kan er dus ook bovenop komen) en omdat ze niet bang zijn om hun eigen kwetsbaarheid professioneel in te zetten (den Oude, van Oosterum & de Leeuw, 2011).

7.3.2 Ervaringsdeskundigheid in het onderwijs

Ook binnen het onderwijs kan ervaringsdeskundigheid destigmatiserend werken. Door studenten wordt de rol van ervaringsdeskundigen vooral gewaardeerd omdat het vaak destigmatiserend werkt. De positie van de cliënt wordt beter in beeld gebracht en er is meer dialoog mogelijk met cliënten (Karbouniaris & Brettschneider, 2009).

Ervaringsdeskundigen kunnen een goede rol spelen om studenten te leren cliëntgericht, herstelgericht en krachtgericht te leren werken. Ook kan de ervaringsdeskundige een belangrijke rol spelen in het vormgeven van de herstelgerichte benadering. Het werken aan herstel hangt samen met de eigen regie over het leven en verantwoordelijkheid kunnen nemen. Als de ervaringen met de hulpverlening en het herstelverhaal van een ervaringsdeskundige gedeeld worden, draagt dit bij aan de beeldvorming van de herstelbenadering. Dit hangt samen met destigmatiserend werken. Op het moment dat er nog erg stigmatiserend gedacht wordt, is het vele malen moeilijker om herstelgericht te werken en de cliënt in zijn eigen kracht te zetten (Dekker & Bijman, 2015).

Vaak wordt er bij de inzet van ervaringsdeskundigen gebruik gemaakt van een gastspreker die tijdens een (hoor)college komt vertellen over zijn herstelverhaal. Aan de Karel de Grote-Hogeschool in Antwerpen is een onderzoek uitgevoerd waarbij een volledig lesprogramma verzorgd werd door een docent en een ervaringsdeskundige samen. De verwachting was dat deze zogenaamde 'tandemmodule' zou zorgen voor meer begrip en inzicht in het cliëntperspectief en het zou de ontwikkeling van een respectvolle, herstelgerichte basishouding bevorderen.

De resultaten waren positief. Het overgrote deel van de studenten ervoer de participatie van de ervaringsdeskundige aan het volledige vak als een meerwaarde. Door de inkijk in hun specifieke leefwereld groeide het begrip van de studenten. In het begin werden de lessen vaak als wat onwennig ervaren maar na een aantal lessen ontstond er een klimaat van openheid, respect en diepgaande dialoog (Driessens, Reaymaeckers, Sebrechts, Tirions & Wouters, 2015).

7.3.3 Hoop en optimisme

Het begrip herstel wordt op verschillende manieren gedefinieerd. Boevink et. al. (2014) definiëren herstel als *"Het vinden van een zinvol en bevredigend bestaan met of zonder psychiatrische aandoening."* Het eigen herstelproces en herstelverhaal staan hierbij voorop. Als hulpverlener is het belangrijk om de cliënt in zijn eigen kracht te zetten. De hulpverlener heeft hierbij een attitude van hoop en optimisme, is present, gaat zijn eigen gevoelens en emoties niet uit de weg, reageert en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt en is gericht op het vergroten van autonomie en eigen regie. Door vanuit krachten te denken en iemand zoveel mogelijk de eigen regie over zijn eigen leven te laten behouden kan (zelf)stigma tegengegaan worden. Op deze manier wordt er vanuit mogelijkheden gedacht in plaats van uit beperkingen (Droës, 2014).

DSM-5 diagnoses kunnen door cliënten als stigmatiserend ervaren worden. Enerzijds biedt de diagnose toegang tot hulp en erkenning, anderzijds vormt het angst voor discriminatie en kan het schaamte met zich mee brengen. Het is dan ook belangrijk om vanuit de hulpverlening terughoudend om te gaan met diagnostische classificatie en ze niet te gebruiken buiten de context van het diagnosticeren. Om zo onbedoelde en onbewuste stigmatisering tegen te gaan (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

§ 7.4 Interventie destigmatisering

Beyond the label is een Canadese antistigma interventie die ingezet kan worden bij hulpverleners binnen het werkveld van de GGZ. Volgens Gibson, Munn, Beaty & Pugh (2005) zijn de belangrijkste doelen van deze methode het bespreekbaar maken van het onderwerp stigma onder hulpverleners en richting cliënten. Ander doel is concrete handvatten te bieden om stigma tegen te gaan.

Hulpverleners worden in verschillende vormen geïnformeerd over stigmatisering. De activiteiten die binnen de methode aan bod komen zijn: Het benadrukken van de impact van stigmatiserende ideeën over psychische kwetsbaarheden, het tegengaan van mythes en veelvoorkomende misvattingen die nog altijd rondom psychische kwetsbaarheden hangen, het benadrukken van positieve herstelverhalen en de bijdrage die aanwezige ervaringsdeskundigen nu leveren aan de samenleving, uitleg over en benadrukken van oplossingsgericht werken en ondersteuning bieden aan hulpverleners om hun stigmatiserende ideeën te elimineren.

Het is een interactieve methode waarbij de deelnemers samen het fenomeen stigmatisering gaan ontdekken door verschillende oefeningen. Zo zijn er oefeningen waarbij iedereen een label krijgt en de anderen hier vooroordelen over kunnen delen, op deze manier voelen de deelnemers hoe het is om stigma te ervaren. Ook is er ruimte voor discussie over mythes en vooroordelen over psychische kwetsbaarheden (Gibson, Munn, Beaty & Pugh, 2005).

8. Resultaten bevragend onderzoek

In dit hoofdstuk zijn aan de hand van groepsgesprekken en individuele interviews de resultaten van deelvraag twee tot en met vier beantwoord. Deze deelvragen zijn:

2. Wat zijn de ervaringen van studenten ten opzichte van het beperken of bijdragen van stigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog?
3. Welke aspecten kunnen volgens studenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?
4. Welke aspecten kunnen volgens docenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?

§ 8.1 Resultaten deelvraag 2: Beperkende en bijdragende factoren binnen de minor ggz-agoog

Door middel van groepsinterviews met studenten die de minor ggz-agoog hebben gevolgd is in kaart gebracht welke factoren (indicatoren) binnen de minor ggz-agoog invloed hebben in het beperken of bijdragen aan stigmatisering. In totaal zijn acht studenten bevroegd. Er zijn twee groepsgesprekken afgenomen, deze zijn samen verwerkt in de resultaten. De resultaten zijn per indicator beschreven.

8.1.1 Persoonlijke ervaringen

Tijdens de groepsgesprekken is vijf keer benoemd dat persoonlijke ervaringen met psychiatrische aandoeningen destigmatiserend kunnen werken. Het gaat hierbij om zowel het zelf hebben van een stoornis als bij personen in de eigen omgeving van de respondent (familie, vrienden etc.). Een respondent geeft hierover aan dat door de combinatie van persoonlijke ervaring en het volgen van de minor ze meer inzicht heeft gekregen in de stoornis en hoe hiermee om te gaan. Ook zegt een respondent: *"Door persoonlijke ervaringen merk je dat het in praktijk nooit zo is zoals je uit het boek of in de les leert"* en *"Het helpt als je ziet dat ook mensen naast je het kan overkomen, en dus iedereen wel."* Één respondent geeft aan dat het juist ook stigma bevordert door negatieve ervaringen in haar omgeving met een persoon met een stoornis. Hierdoor kreeg zij een negatiever beeld van de stoornis.

8.1.2 Stage ervaringen

Twee respondenten gaven aan dat ze door hun stage in de psychiatrie al veel kennis over de psychiatrie hadden opgedaan en hierdoor weinig nieuws leerde binnen de minor. Dit heeft voor hun niet stigmatiserend of destigmatiserend gewerkt. Een andere respondent geeft aan dat door stage ervaring in de psychiatrie ze juist minder stigmatiserende ideeën heeft. Ze geeft hierbij aan dat stage haar bewuster heeft gemaakt van de manier waarop over cliënten gepraat wordt en dat ze in de minor terugzag dat dit niet altijd gebeurde, waardoor ze haar medestudenten hierop aan kon spreken. Ook geven twee respondenten aan dat ervaring binnen de psychiatrie juist een bijdrage kan leveren aan stigmatisering. Een respondent zegt hierover: *"Door stage in de psychiatrie kan je beeld van psychiatrisch cliënten negatief worden omdat je vaak de negatieve kant ziet en de kritieke fase van het proces."*

8.1.3 Uitwisseling medestudenten

Tijdens de groepsgesprekken is zeven keer benoemd dat de uitwisseling van persoonlijke ervaringen destigmatiserend werkt. Geen enkele respondent vond dat hierdoor stigmatisering groter werd. Een respondent zegt hierover: *"Doordat mensen persoonlijke dingen delen, worden stigma's doorbroken. Juist omdat je ziet dat iemand waarvan je het niet verwacht ook een diagnose heeft. En dat je de kenmerken van die stoornis die je leert soms helemaal niet terug ziet."* Volgens alle acht respondenten is het wel van belang dat voor het delen van persoonlijke ervaringen een veilige sfeer gecreëerd wordt. Hierover komt meer terug in paragraaf 8.1.5 en paragraaf 8.2.

8.1.4 Lessen

Tijdens de groepsgesprekken is zeven keer aan bod gekomen dat bepaalde lessen bijdragen aan stigmatisering. Het gaat hierbij over de lessen over diagnostiek en bepaalde stoornissen. Hierover zeggen respondenten dat zij erg in hokjes leren denken door de kenmerken van stoornissen te leren. Ook geeft een respondent aan dat er vaak over 'de autist' of 'de borderliner' gepraat wordt. Dit ervaart zij als stigmatiserend. Zes respondenten geven aan ook te snappen dat kennis van diagnostiek belangrijk is, maar dat het soms op een andere manier gebracht kan worden. Hierover komt meer terug in paragraaf 8.2. Een respondent geeft aan te vinden dat je als hulpverlener ook een signalerende functie hebt en op die manier kritisch kan kijken naar of een diagnose nog wel klopt, wat ook weer destigmatiserend werkt. Eén respondent geeft aan het nut van het kennen van diagnoses in het vakgebied niet in te zien en geeft aan het vooral stigmatiserend te vinden en geeft hierbij aan dat de tijd van de minor te kort is om echt veel kennis over psychopathologie te vergaren. Over dit onderwerp wordt ook de andere kant belicht. Een respondent geeft hierbij aan: *"Ik vind ook wel dat we de boodschap hebben gekregen van: luister vooral naar de persoon die tegenover je zit."* Er wordt tijdens de groepsgesprekken vier keer benoemd dat de lessen over herstelondersteunende zorg destigmatiserend werken. Volgens deze respondenten worden hierin de lessen over diagnoses genuanceerd en biedt het een breder kijkperspectief, ook drie respondenten die lessen over psychopathologie als stigmatiserend ervaren geven dit aan. Een andere respondent geeft hierbij aan: *"Het lijkt soms wel alsof ze zichzelf tegenspreken, dat roept verwarring op."*

8.1.5 Docenten

Vier respondenten geven aan te denken dat de rol van de docent van groot belang kan zijn voor stigmatisering. Een respondent zegt hierover: *"Ik denk dat iedereen wel stigmatiseert, en dus docenten ook. Dat gebeurt vaak onbewust maar het kan je wel beïnvloeden."* Zeven respondenten geven aan de rol van docenten als destigmatiserend te hebben ervaren. Hierover zegt een respondent: *"Ik heb bij geen enkele docent het idee gehad dat hij/zij echt aan stigmatiseren deed, of in ieder geval niet bewust."*

Één respondent zegt niet tevreden te zijn over een docent als het gaat over stigmatisering. Volgens deze respondent slaagde de docent er niet in om een veilige sfeer te creëren waardoor er onderling weinig ervaringen gedeeld werden. Ook geeft deze respondent aan het idee te hebben dat hier geen goede onderlinge afspraken over zijn binnen het docententeam. Vijf respondenten geven aan dat als het lukt om een goede sfeer te creëren er meer gedeeld wordt en stigma's doorbroken kunnen worden. Deze sfeer is voornamelijk belangrijk in de trainingsgroep. Deze veilige sfeer wordt door respondenten gecreëerd door een open houding van de docent waarbij geen alwetende houding aangenomen wordt en niet afgekeurd wordt wat studenten zeggen. Ook het delen van persoonlijke en professionele ervaringen is volgens respondenten destigmatiserend en wekt een veilige sfeer.

8.1.6 Gastsprekers

Tijdens de groepsgesprekken is vijf keer aan bod gekomen dat ervaringsdeskundige gastsprekers een destigmatiserende rol kunnen hebben. Hierover wordt gezegd: *"Door ervaringsdeskundigen zie je de mens achter de diagnoses die wij leren"* en een andere respondent zegt: *"Ik ben best wel een zwart-wit denker, ervaringsdeskundigen weten mij in dat grijze gedeelte te duwen"*. Wel geven twee respondenten aan dat soms niet genoeg de koppeling gemaakt wordt tussen theorie en ervaringsdeskundige. Daardoor blijven het interessante verhalen, maar is het leerrendement laag. Ook geeft een respondent aan dat de ervaringsdeskundigen soms ver weg van de studenten lijken te staan, wat toch stigmatiserend kan werken.

8.1.7 Lesmateriaal & Toetsing

Tijdens de minor moeten studenten een interviewdag houden waarbij ze onbekende mensen (bijvoorbeeld op straat) bevragen over hun ervaring met psychische kwetsbaarheden. Volgens vier respondenten werkte dit destigmatiserend omdat het als erg taboedoorbrekend ervaren werd. Ook

een andere opdracht, het empowerment initiatief, waarbij studenten een initiatief bedenken in de samenleving om empowerment te bevorderen, wordt door twee respondenten als destigmatiserend benoemd. Een andere respondent benoemt dat stigmatisering niet terugkomt in het lesmateriaal (bijvoorbeeld in literatuur) maar benoemt ook het geen onderwerp te vinden om uit een boek te leren.

Vijf respondenten benoemen een toetsvraag in de eerste periode stigmatiserend te vinden. In deze toetsvraag moeten studenten aan de hand van een casus een diagnose van een cliënt aanpassen waar nodig. Hierover zegt een respondent: *"Dan zeggen ze eerst dat je niet zomaar teveel in hokjes moet denken, en vervolgens moet je aan de hand van twee a4'tjes een diagnose opstellen."* Een respondent geeft aan te snappen dat dit door anderen als stigmatiserend ervaren wordt, maar vindt het zelf een prettige manier van leren.

§ 8.2 Resultaten deelvraag 3: Bijdragen aan destigmatisering volgens studenten

Na de groepsgesprekken is met de helft van de studenten (vier) een individueel interview gehouden. Aan de hand van verschillende indicatoren is gekeken op welke gebieden zij eventueel verandering zouden willen zien om zo stigmatisering te beperken. De resultaten zijn per indicator uitgewerkt.

8.2.1 Aanbevelingen vanuit de opleiding

Alle vier de respondenten geven aan dat het onderwerp stigmatisering terugkomt binnen de minor ggz-agoog. Ook geven ze alle vier aan dat het niet altijd genoeg of op de juiste manier aan de orde komt. Zo benoemen twee respondenten dat het voornamelijk impliciet aan de orde komt en dat dat niet zoveel oplevert voor de bewustwording van stigmatisering. Ook geven twee respondenten aan dat het leren van de kenmerken van diagnoses vanuit de DSM als stigma bevorderend ervaren wordt en dat hierin meer de koppeling gemaakt zou kunnen worden met stigma en herstel. Ook benoemt een andere respondent dat het gevaar van stigmatisering bij het leren vanuit de DSM meer benadrukt kan worden.

Alle respondenten zeggen het een belangrijk onderwerp te vinden waar expliciet aandacht naar uit mag gaan. Alle respondenten geven aan dat dit kan door middel van een training waarin studenten geconfronteerd worden met hun eigen stigma's, waarnaar ze kunnen leren hoe met deze ideeën om te gaan. Één respondent benoemt hierin de rol die ervaringsdeskundigen zouden kunnen spelen. Ook benoemt één van de respondenten dat het belangrijk is om te leren omgaan met stigma's die je ziet bij collega's als je het werkveld in gaat en hoe hiermee om te gaan. Wel benoemen drie van de vier respondenten dat tijd een belangrijke factor is. Zij geven aan deze aanpassingen graag binnen de minor te zien maar ook in te zien dat hier iets anders binnen de minor voor zal moeten wijken.

8.2.2 Inzet ervaringsdeskundigen

Alle respondenten benoemen het belang van ervaringsdeskundigheid als het gaat om destigmatisering en dat ze de ervaringsverhalen als destigmatiserend hebben ervaren. Twee van de vier benoemen dat dit uitgebreid zou mogen worden en dat het één op één gesprek meer aangegaan kan worden. Omdat ervaringsdeskundigen in hoorcolleges komen vinden deze twee respondenten dat lastig. Een respondent zegt hierover: *"Ervaringsdeskundigen kun je misschien wel meer uitnodigen in de les en niet alleen het hoorcollege. Want dan ga je toch minder makkelijker het gesprek aan met iemand, wat juist destigmatiserend werkt."* Ook benoemt één respondent dat de koppeling naar wat stigmatisering met een ervaringsdeskundige gedaan heeft meer gemaakt mag worden. Één respondent vond de inzet van ervaringsdeskundigen fijn maar is van mening dat dit niet uitgebreid hoeft te worden.

8.2.3 Literatuur

Literatuur inzetten over destigmatiserend te werk gaan wordt door alle vier de respondenten niet als oplossing gezien om stigmatisering onder hulpverleners tegen te gaan. Allen benoemen zij dat

het niet persoonlijk genoeg is en dat het gesprek aangaan beter werkt. Ook benoemt een respondent dat er al veel dure literatuur aangeschaft dient te worden terwijl het grootste deel van de studenten niet de tijd neemt om dit te lezen.

8.2.4 Toetsing

Alle vier de respondenten benoemen dat het toetsen van stigmatisering bijna niet te doen is. Wel benoemen twee van de vier dat het eventueel terug zou kunnen komen in een reflectie. Ook benoemt een respondent dat het wel terug komt in de toets van het empowerment initiatief (zie ook paragraaf 8.1.7). Twee van de vier respondenten benoemen dat de toetsvraag over de DSM symptomen en de diagnose die aangepast moest worden wel anders zou moeten omdat het als stigmatiserend ervaren wordt. Eén respondent benoemt dat dit genuanceerder zou kunnen door te vragen wat opvallend is of wat je meeneemt in de casus. Eén respondent geeft aan dat de vraag het beste uit de toets gehaald kan worden.

8.2.5 Draagvlak

Alle vier de respondenten geven aan ervoor open te staan om over dit onderwerp het gesprek aan te gaan. Hiervoor is het wel belangrijk dat er een veilige sfeer is in de groep. Alle respondenten vinden het hiervoor belangrijk dat dit in een kleine setting gebeurt, zoals de trainingsgroep. Ook speelt volgens alle respondenten de docent een belangrijke rol. Een respondent benoemt het belang van een goede kennismaking, een andere respondent benoemt dat het fijn is om van te voren een ontspanningsoefening of spel te doen. Alle respondenten benoemen het belang van privacy en dat je weet dat die gerespecteerd wordt. Drie respondenten benoemen dat het fijn is als docenten persoonlijke en professionele ervaringen delen en zich kwetsbaar opstellen, bijvoorbeeld door het delen van eigen stigma's. Wel benoemt één respondent hierbij dat het belangrijk is dat de docent zich hier prettig bij voelt en het anders niet moet doen.

8.2.6 Reflectievermogen

Alle respondenten geven aan te denken te beschikken over een goed reflectievermogen. Ze vinden dat ze durven te reflecteren over hun eigen stigmatiserende ideeën. Twee van de vier benoemen dat zij vinden dat vierdejaars studenten Social Work dat wel moeten kunnen. Allemaal benoemen ze dat het al veel vaker terug is gekomen in de opleiding en te verwachten dat medestudenten dit ook kunnen.

8.2.7 Eigen ervaringen

Twee van de vier respondenten geven aan dat zij door hun stage ervaringen en persoonlijke ervaringen wel anders de minor ingingen en anders tegen het onderwerp stigma aankijken. Eén respondent denkt dat haar ervaringen geen invloed hebben op hoe zij de minor heeft gevolgd en haar ideeën over het onderwerp stigmatisering. Alle respondenten geven aan geen moeite te hebben met het delen van hun eigen ervaringen. Eén respondent benoemt hierin dat het goed is om ervaringen uit te wisselen. Deze respondent geeft ook aan het gevoel te hebben dat opgepast moet worden dat er niet van studenten verwacht wordt dat zij persoonlijke ervaringskennis hebben en deze delen.

§ 8.3 Resultaten deelvraag 4: Bijdragen aan destigmatisering volgens docenten

Er zijn drie docenten die lesgeven binnen de minor ggz-agoog bevestigd over hun ideeën als het gaat om stigmatisering binnen de minor en hoe dit beperkt zou kunnen worden. Aan de hand van verschillende indicatoren is gekeken op welke gebieden zij eventueel verandering zouden willen zien om zo stigmatisering te beperken. De resultaten zijn per indicator uitgewerkt.

8.3.1 Aanbevelingen vanuit de opleiding

Alle drie de respondenten geven aan dat het onderwerp stigmatisering alleen impliciet aan bod komt. Dit gebeurt door onderwerpen als herstelondersteunend werken en rehabilitatie. Alle

respondenten geven aan dat het goed zou zijn om dit meer expliciet te benoemen. Dit zou kunnen door in een training aandacht te geven aan het onderwerp en hierin studenten te confronteren met hun eigen stigma's. Twee respondenten geven hierbij wel als kanttekening dat dit lastig kan zijn in verband met tijd, omdat er veel onderwerpen aan bod moeten komen. Ook benoemt een respondent dat het belangrijk is om de koppeling te maken tussen stigmatisering en herstel van de cliënt. Deze respondent geeft aan te vinden dat als studenten de kern van herstel en presentie goed begrijpen dit inherent is aan destigmatisering. Wel geeft deze respondent aan dat het goed kan zijn om dit meer expliciet te benadrukken en aan te geven. Ook geven alle respondenten aan dat het lastig is om de balans te vinden tussen DSM en stigmatisering. Ze geven aan te beseffen dat het denken vanuit diagnoses stigmatiserend kan zijn, maar het ook belangrijk te vinden om dit studenten ook mee te geven. Één respondent geeft hierbij aan dat hierin misschien meer de koppeling gemaakt kan worden met hoe de DSM ook stigmatiserend kan zijn.

8.3.2 Inzet ervaringsdeskundigheid

Alle respondenten geven aan ervaringsdeskundigen erg belangrijk te vinden als het gaat om destigmatisering. Het contact tussen ervaringsdeskundigen en student wordt door allen benoemd als belangrijk. Één respondent geeft aan dat er meer onderscheid gemaakt dient te worden tussen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, omdat dit twee verschillende dingen zijn. Zij spreekt hierbij een voorkeur uit voor ervaringsdeskundigen in plaats van mensen met ervaringskennis: *"Ervaringsdeskundigen kunnen misschien net een stapje verder maken. Zij kunnen ook goed confronteren over stigma."* Een andere respondent geeft aan dat het belangrijk is om meer de koppeling met de theorie te maken, als samenwerking tussen docent en ervaringsdeskundige. Een andere respondent geeft aan dat er meer aandacht kan zijn voor wat de cliënt belangrijk vindt van zijn hulpverlener als het gaat om stigmatisering.

8.3.3 Literatuur

Literatuur wordt door alle respondenten niet gezien als de oplossing voor stigma's onder studenten. Hierover zegt een respondent: *"Met literatuur wordt het denk ik snel een ver van je bed show. Ik denk dat je het beter dichtbij kan halen door het in een training te bespreken."*

8.3.4 Toetsing

Toetsen op stigmatisering is volgens alle respondenten lastig. Volgens één respondent zou je het wel terug kunnen komen in een reflectie die studenten aan het eind van de trainingen volgen. Een andere respondent geeft aan dat het getoetst zou kunnen worden in de herstelondersteunende houding, hierover moeten studenten op dit moment ook al op terugkomen in de toetsing. Volgens alle respondenten ligt bij het onderwerp stigmatisering niet de nadruk op toetsing.

8.3.5 Draagvlak studenten

Alle respondenten denken dat er voldoende draagvlak is onder studenten om dit onderwerp te bespreken en hiervoor open staan. Twee van de drie respondenten geven hierbij wel aan dat het belangrijk is om een goede sfeer te creëren om dit te doen. Allebei geven zij aan dat het hierbij belangrijk is om een stukje van zichzelf te laten zien en voorbeelden vanuit zichzelf te geven. Ook de letterlijke setting wordt genoemd. Zo benoemt een respondent dat dit het beste kan in een kleine setting, zoals de trainingsgroep. Een andere respondent benoemt dat studenten dan niet achter bureaus moeten zitten maar bij elkaar in een kring bijvoorbeeld. Ook benoemen de respondenten privacy. Één respondent benoemt dat het goed is om ook af en toe humor in de les te gebruiken en dat pauzes tussendoor belangrijk zijn om een goede setting te creëren om een onderwerp als stigmatisering te bespreken.

8.3.6 Gevoel van competentie

Alle respondenten geven aan het gevoel te hebben competent genoeg te zijn om les te geven over een onderwerp als stigmatisering. Twee respondenten noemen als reden hiervoor hun kennis en

ervaring met het onderwerp. Ook benoemen twee respondenten te denken dit te kunnen omdat ze het geen probleem vinden om zichzelf in open te stellen.

8.3.7 Eigen ervaringen

Alle drie de respondenten geven aan te denken dat het goed helpt om eigen ervaringen te delen tijdens het lesgeven om openheid te creëren. Twee respondenten geven aan geen probleem te hebben met het delen van deze ervaringen. Het gaat hierbij om zowel persoonlijke ervaringen als eigen stigmatiserende ideeën delen met studenten. Een respondent zegt hierover: *"Als ik het van mijn studenten verwacht moet ik het zelf ook kunnen."* Één respondent geeft aan het lastig te vinden eigen ervaringen te delen. Hierover zegt deze respondent: *"Ik denk dat schaamte daarin wel heel erg meespeelt. Ook omdat ik al zoveel ervaring heb en ik probeer zo genuanceerd mogelijk te zijn. Dus dat doe ik niet zoveel."*

9. Conclusies

In dit hoofdstuk worden over alle deelvragen deelconclusies getrokken. In de laatste paragraaf wordt een eindconclusie getrokken die antwoord geeft op de hoofdvraag van dit onderzoek.

§ 9.1 Deelconclusie deelvraag 1: Op welke manieren kan volgens de literatuur aan destigmatisering onder hulpverleners bijgedragen worden?

Uit de literatuur blijken verschillende aspecten belangrijk om stigmatisering binnen de hulpverlening tegen te gaan. Eén van de belangrijkste aspecten in stigmatisering binnen de hulpverlening is dat er meer erkenning komt voor het feit dat hulpverleners stigmatiserende ideeën hebben. Belangrijk is om hier bewust mee om te gaan en het onderwerp niet te verzwijgen. Het gesprek hierover moet aangegaan worden onder hulpverleners onderling en met cliënten. De contactstrategie is misschien wel het belangrijkste als het gaat om destigmatiserend werken. Door het gesprek aan te gaan te gaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid zien mensen dat deze persoon meer is dan alleen zijn stoornis. Informatie verschaffen over mythes is niet de beste manier om destigmatiserend te werken. Mensen confronteren met hun eigen stigmatiserende ideeën wél. Mits de stigmatiserende ideeën als 'erg' ervaren worden en handvatten geboden worden hoe hiermee om te gaan. Negatieve gevoelens (als angst of afkeer) richting cliënten zijn menselijke gevoelens en komen veel voor onder hulpverleners en het is belangrijk hulpverleners hiermee om te leren gaan omdat deze anders vaak leiden tot ontwijkende of defensieve reacties.

Herstelondersteunend werken wordt ook veel genoemd als destigmatiserend werken. Door herstelondersteund werken groeit empowerment bij cliënten, waardoor zelfwaardering groeit en (zelf)stigma afneemt. Ervaringsdeskundigheid kan hier een belangrijke rol in spelen, ook binnen het onderwijs. Ervaringsdeskundigen worden nu nog vaak ingezet als gastspreker, terwijl één op één contact een nog destigmatiserender effect heeft. Hoewel psychisch lijden en de symptomen van de stoornis vaak niet te onderscheiden zijn van 'het gewone leven' is het wel belangrijk om zorgvuldig met diagnoses om te gaan en deze niet te gebruiken buiten de context van het diagnosticeren.

§ 9.2 Deelconclusie deelvraag 2: Wat zijn de ervaringen van studenten ten opzichte van het beperken of bijdragen bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog?

Het leren van diagnoses en psychopathologie is belangrijk, maar wordt door studenten ook als stigmatiserend ervaren. Hoewel ook de andere kant belicht wordt door kritisch te kijken naar de DSM en in herstelondersteunde zorg en rehabilitatie, lijken deze twee aspecten nog erg tegenover elkaar te staan en het is belangrijk dat deze meer samengevoegd worden binnen de lessen. Persoonlijke en professionele ervaringen binnen de psychiatrie kunnen zowel stigmatiserend als destigmatiserend werken. Opvallend hierbij is dat studenten die zelf stage hebben gelopen binnen de psychiatrie vinden dat zij hierdoor minder stigmatiserende ideeën hebben, terwijl studenten die geen stage in de psychiatrie hebben gelopen eerder denken dat dit stigmatiserende ideeën kan bevorderen. Uitwisseling met medestudenten werkt voor studenten het meest destigmatiserend, belangrijk is hierbij dat een veilige sfeer gecreëerd wordt. De docent heeft hierin een leidende rol. Over het algemeen zijn studenten erg tevreden over hoe docenten dit doen. Ook het contact met ervaringsdeskundigen wordt als destigmatiserend ervaren maar kan uitgebreid worden. Eén toetstsvraag over het aanpassen van de DSM-diagnose wordt als zeer stigmatiserend ervaren.

§ 9.3 Deelconclusie deelvraag 3: Welke aspecten kunnen volgens studenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?

Het onderwerp stigmatisering komt aan bod binnen de minor, maar niet altijd op de juiste manier. Het is belangrijk om dit meer expliciet aan bod te laten komen. Dit kan door middel van een training over destigmatiserend werken waarin studenten geconfronteerd worden met hun eigen

stigma's en waarin geleerd wordt hoe hiermee om te gaan. De tijd die deze training kost wordt als kanttekening geplaatst.

Ook kan bij het behandelen van psychopathologie meer de koppeling gemaakt worden met herstelondersteunend werken en het gevaar van stigmatisering. De inzet van ervaringsdeskundigen kan meer uitgebreid worden door meer de koppeling te maken met de theorie door de docent en/of door het onderwerp stigmatisering concreet te laten behandelen door een ervaringsdeskundige. Literatuur en toetsing lijken niet de manier om stigmatisering te behandelen in de minor. Wel wordt een kritische kanttekening geplaatst bij de toetsvraag over het aanpassen van de DSM-diagnose. Deze zou zorgvuldiger geformuleerd kunnen worden.

Studenten staan er erg voor open om het onderwerp stigmatisering te bespreken en persoonlijke ervaringen te delen. De docent speelt een belangrijke rol in het creëren van een veilige sfeer die hiervoor vereist is. Het belang van privacy en het delen persoonlijke ervaringen door de docent zijn hierbij de belangrijkste factoren.

§ 9.4 Deelconclusie deelvraag 4: Welke aspecten kunnen volgens docenten bijdragen aan destigmatisering bij psychische kwetsbaarheden binnen de minor ggz-agoog aan de ASH?

Ook door docenten wordt aangegeven dat het onderwerp stigmatisering voornamelijk impliciet terugkomt binnen de minor en dat het onderwerp explicieter behandeld mag worden. Ook door docenten wordt de kanttekening geplaatst dat het ten koste zou gaan van andere onderwerpen. Docenten vinden het belangrijk om studenten te leren over psychopathologie en hoewel dit genuanceerd wordt met herstelondersteunende zorg, kan de koppeling tussen deze onderwerpen meer worden gemaakt. Docenten denken dat studenten ervoor open staan om het onderwerp stigmatisering te bespreken. Ook zij benoemen hierbij het belang van een veilige sfeer. Docenten voelen zich competent genoeg om les te geven over het onderwerp. Hoewel alle docenten het belang ervan inzien, vindt één docent het lastig om persoonlijke ervaringen te delen met studenten.

§ 9.5 Eindconclusie

In deze paragraaf wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord: *Hoe kan de minor ggz-agoog bijdragen aan destigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheden onder beginnende hulpverleners?*

Zowel in de interviews als in de literatuur wordt benoemd dat het behandelen van herstelondersteunende zorg destigmatiserend werkt. Dit is echter niet voldoende om destigmatisering écht tegen te gaan. Omdat het hebben van negatieve gevoelens en stigmatiserende ideeën menselijk is, is het onvermijdelijk dat beginnende hulpverleners hier in het werkveld mee te maken krijgen. Als hulpverlener is het belangrijk je hier bewust van te zijn en te weten hoe hiermee om te gaan. De beste manier volgens respondenten en de literatuur is om de confrontatie met eigen stigmatiserende ideeën aan te gaan. Bijvoorbeeld door een training destigmatiserend werken. Hoewel dit relatief veel tijd vraagt binnen de minor lijkt het wel de beste manier te zijn om het onderwerp explicieter aan de orde te stellen. Studenten staan er ook voor open om dit onderwerp te bespreken. Belangrijk hierbij is dat een veilige sfeer gecreëerd wordt.

Ook de contactstrategie kan meer ingezet worden. Ook dit is iets wat bij zowel de interviews als binnen de literatuur terugkomt. Zo kan de inzet van ervaringsdeskundigen, die erg destigmatiserend werkt, uitgebreid worden door meer één op één contact en betere samenwerking tussen docent en ervaringsdeskundigen. De contactstrategie kan ook ingezet worden bij studenten onderling, door het uitwisselen van persoonlijke ervaringen. Dit werkt zeer destigmatiserend. Hierbij komt terug dat de veilige sfeer van groot belang is. Als laatste is het belangrijk dat er kritisch gekeken de lessen psychopathologie en dat hierin meer aandacht moet komen voor stigmatisering en de koppeling tussen DSM-diagnoses en herstelondersteunend werken en stigmatisering.

10. Discussie

In dit hoofdstuk worden de kwaliteitscriteria die in hoofdstuk 5 al beschreven staan nogmaals aangehaald. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe deze criteria terugkijkend op het onderzoek aan de orde zijn gekomen.

§ 10.1 Betrouwbaarheid

Een belangrijk criterium bij de betrouwbaarheid van een onderzoek is dat het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Dit betekent dat bij herhaling van het onderzoek de resultaten ongeveer hetzelfde zouden moeten zijn (van der Donk & van Lanen, 2015). Het is lastig om te zeggen of er geen toevallige fouten zijn gemaakt tijdens het onderzoek. Binnen het onderzoek zijn specifieke meningen en ervaringen van respondenten bevestigd, omdat de groep respondenten vrij klein was, wordt de betrouwbaarheid verkleind, bij herhaling met andere respondenten is het goed mogelijk dat er andere antwoorden gegeven worden (Verhoeven, 2015).

Om de betrouwbaarheid te vergroten zijn zowel de groepsinterviews als de individuele interviews gefilmd of opgenomen en daarna verbatim (woord voor woord) uitgetypt. Op deze manier is interpretatie van de antwoorden zoveel mogelijk voorkomen. Alle interviews waren goed verstaanbaar. Ook in het uitwerken van de resultaten is gebruik gemaakt van quotes van respondenten, om zo het gevaar van interpretatie van de uitspraken zoveel mogelijk te voorkomen.

Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende bronnen uit de vakliteratuur (brontriangulatie) en ook de data zijn op verschillende manieren verzameld (methodische triangulatie). Er is ook gebruik gemaakt van triangulatie door de resultaten afzonderlijk van elkaar te beschrijven voor er een eindconclusie uit te trekken. Ook is het onderwerp onderzocht vanuit zowel de invalshoek van docenten als studenten, wat de betrouwbaarheid over de mening over het onderwerp vergroot (van der Donk & van Lanen, 2015).

Hoe groter de steekproef, hoe betrouwbaarder het resultaat (Verhoeven, 2014). Uiteindelijk is er gebruik gemaakt van een steekproef van acht studenten en drie docenten. Omdat het team van docenten vrij klein is, was een grotere steekproef van docenten nauwelijks mogelijk. De populatie studenten is groter, echter is het lastig om de gehele groep te bevragen en is er in het kader van tijd en bereidheid van respondenten gekozen om acht studenten te bevragen voor het groepsinterview.

§ 10.2 Validiteit

Validiteit betekent dat het onderzoek zo min mogelijk systematische verstoringen bevat. Valide onderzoek meet wat je wilt weten (van der Donk & van Lanen, 2015).

10.2.1 Interne validiteit

Interne validiteit verwijst naar de kwaliteit van de planning en uitvoering van het onderzoek. Van der Donk & van Lanen (2015) benoemen een aantal factoren die van belang zijn voor de interne validiteit. Zo is resultaatvaliditeit de mate waarin de onderzoeksmethode en het onderzoeksproces resultaten opleveren die een oplossing voor het probleem bieden. Het onderzoek biedt concrete aanbevelingen die bijdragen aan de oplossing van het probleem. Ook is het onderzoek gevolgd door studenten en docenten wat de dialogische validiteit verhoogt (van der Donk & van Lanen, 2015).

Omdat er tijdens het onderzoek gebruik is gemaakt van groepsgesprekken treedt het gevaar van 'group thinking' op waarbij respondenten antwoorden kunnen geven gebaseerd op groepsnormen of groepsdruk (Verschuuren, 2011). Dit is nooit geheel te voorkomen. Wel is ervoor gekozen om een zo gevarieerd mogelijke groep te creëren waarin zo min mogelijk respondenten elkaar

persoonlijk zouden kennen. Waardoor de groepsdynamica zo min mogelijk van tevoren beïnvloed is. Ook sociale wenselijkheid is hierbij belangrijk om mee te nemen. Respondenten kunnen geneigd zijn om sociaal wenselijke antwoorden te geven omdat zij in het groepsgesprek te maken hebben met anderen, opvattingen die niet volgens de normatieve maatstaven zijn blijven hierin sneller onuitgesproken (Verschuuren, 2011). Omdat het onderwerp stigmatisering schaamte op kan roepen bij respondenten is het mogelijk dat respondenten het lastiger vonden om dit te delen. Om de sociaal wenselijkheid van stigmatiserende ideeën zoveel mogelijk te beperken is tijdens het groepsgesprek gebruik gemaakt van stellingen waardoor het gesprek over stigmatisering op gang gebracht werd.

Voorafgaand aan het onderzoek was het de bedoeling om met deze acht studenten samen een groepsgesprek te organiseren. Vanwege ieders drukke agenda en de relatief korte termijn waarin het gesprek plaats moest vinden was het lastig om alle acht studenten in één keer in één ruimte te krijgen. Daarom is ervoor gekozen om het groepsgesprek op te delen in twee groepen van vier. Het is mogelijk dat in het geval dat dit wel in één gesprek plaats had gevonden de resultaten iets anders waren geweest vanwege beïnvloeding en omdat het groepsgesprek vrij ongestructureerd was, waardoor de onderwerpen die aan bod kwamen niet precies hetzelfde waren. Om de validiteit te vergroten is er bij beide groepsgesprekken gebruik gemaakt van de dezelfde topiclijst. Dit geldt ook voor alle individuele interviews (Verhoeven, 2014). In de resultaten van de twee groepsgesprekken zaten geen aanzienlijk grote verschillen, wat de validiteit vergroot. Ook is er tijdens de individuele interviews aan de respondenten gevraagd of zij nog vragen en/of opmerkingen hadden over het groepsgesprek om zo de validiteit te vergroten.

10.2.1 Externe validiteit

Bij externe validiteit is de vraag of de resultaten die binnen de steekproef zijn afgenomen representatief zijn voor de gehele populatie, dit wordt ook wel populatievaliditeit genoemd (Verhoeven, 2014). Bij het samenstellen van de steekproef voor de individuele interviews is zoveel mogelijk rekening gehouden met een mix tussen sekse, ervaring binnen de psychiatrie en tegenoverstaande meningen uit het groepsgesprek. Door een gevarieerde groep respondenten te bevragen wordt beoogd om de steekproef zo representatief mogelijk te laten zijn voor de populatie. Bij kwalitatief onderzoek wordt er bij externe validiteit vaak gesproken over inhoudelijke generaliseerbaarheid. Dit betekent in hoeverre het onderzoek te betrekken is op andere situaties (Verhoeven, 2014). Dit onderzoek is gericht op de minor ggz-agoog aan de ASH. Deze resultaten zijn niet te gebruiken voor andere opleidingen of andere minoren die opleiden tot ggz-agoog omdat de lesprogramma's anders kunnen zijn waardoor de resultaten uit dit onderzoek niet toepasbaar zijn.

§ 10.3 Bruikbaarheid

Het is van belang dat het onderzoek zoveel mogelijk zo uitgevoerd wordt dat de beroepspraktijk de resultaten daadwerkelijk kan gebruiken.

Het kan zo zijn dat de onderzoeksresultaten weerstand oproepen omdat er gevraagd wordt om verandering en de doelgroep in bepaalde mate bekritiseerd kan worden op hetgeen zij nu doen. Met dit onderzoek wordt een kritische blik geworpen op de manier waarop het onderwijs op dit moment ingericht is en hiermee wordt kritisch gekeken naar de beroepspraktijk. (van der Donk & van Lanen, 2015). Omdat het onderzoek in eerste instantie niet is uitgevoerd in opdracht van de beroepspraktijk kan dit weerstand oproepen bij de betrokkenen. Om dit zo veel mogelijk te voorkomen is voor de overdracht van de uiteindelijke aanbevelingen gezorgd voor één op één contact waarbij ook de betrokkenen hun mening kunnen geven en waardoor er goed gecommuniceerd kan worden over de aanbevelingen. Ook waren alle betrokkenen vanuit de minor ggz-agoog tijdens het onderzoek erg welwillend om mee te werken aan het onderzoek en waren meerdere betrokkenen bereid om het beroepsproduct in ontvangst te nemen. Meerdere betrokkenen gaven aan erg benieuwd te zijn naar de uitkomsten en waren positief te spreken over het feit dat er onderzoek gedaan werd naar dit thema. Ook zijn er concrete en praktische aanbevelingen gedaan (onder andere in de vorm van het beroepsproduct) naar de beroepspraktijk wat de bruikbaarheid van het onderzoek vergroot (van der Donk & van Lanen, 2015).

11. Aanbevelingen

§ 11.1 Training destigmatiserend werken

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er behoefte is naar een specifieke training binnen de minor over destigmatiserend werken. Omdat uit literatuur blijkt dat het confronteren van mensen met hun stigmatiserende ideeën destigmatiserend kan werken wordt aangeraden om hier een training op in te richten. Hierbij worden studenten geconfronteerd met hun eigen stigma's en is het de bedoeling dat aan de hand hiervan het gesprek met elkaar aangegaan wordt. Voor de training kan gebruik gemaakt worden van foto's van verschillende mensen. Aan de hand hiervan kan het gesprek aangegaan worden op wat bepaalde foto's bij studenten oproept en waarom. Hierna kan ook de koppeling gemaakt worden naar psychische kwetsbaarheden en welke stigmatiserende ideeën hierover heersen bij studenten. Deze training is volledig uitgewerkt in het beroepsproduct en terug te vinden in hoofdstuk 12.

Kanttekening bij het geven van een dergelijke training is de tijd en dat hiervoor een bestaande training zal moeten wijken. Het is ook mogelijk om delen van de training over te nemen in bestaande trainingen of lessen. Als het onderwerp belangrijk genoeg gevonden wordt, kan een training uit het lesprogramma gehaald worden en deze training worden toegevoegd.

§ 11.2 Inzet ervaringsdeskundigheid

Hoewel respondenten over het algemeen erg tevreden zijn over de inzet van ervaringsdeskundigen wordt ook vaak benoemd dat dit op een andere manier ingezet kan worden. Voorgesteld wordt dan ook om de inzet van ervaringsdeskundigen uit te breiden. Ervaringsdeskundigen zouden meer aan kunnen sluiten bij trainingslessen waardoor het één op één gesprek tussen ervaringsdeskundigen en studenten meer op gang kan komen. Hoe dit praktisch te realiseren is vraagt om verdere verdieping in het onderwerp. Een vervolgonderzoek zou meer inzicht kunnen geven in hoe dit precies vorm te geven.

Omdat het veel tijd kost om ervaringsdeskundigen extra in te zetten kan er in het kader van destigmatisering ook op een andere manier gebruik gemaakt worden van ervaringsdeskundigheid. Zo kunnen ervaringsdeskundigen in gastcolleges wat vertellen over hun ervaringen met stigmatisering (vanuit de hulpverlening) en hoe hulpverleners hiermee om kunnen gaan. Daarnaast kunnen ervaringsdeskundigen uitleggen wat goed is te doen op het moment dat je als hulpverlener merkt dat je stigmatiserende ideeën hebt en hoe dit bespreekbaar te maken in het team als je het bij collega's ziet gebeuren. Op deze manier wordt het onderwerp wel vanuit de ervaringsdeskundige besproken, maar vraagt het geen grote aanpassingen binnen het lesprogramma.

§ 11.3 Omgaan met DSM-diagnoses en lessen psychopathologie

Het omgaan met DSM-diagnoses is een lastig onderwerp binnen de minor. Enerzijds moeten ze niet genegeerd worden en anderzijds is het belangrijk dat er zorgvuldig mee omgegaan wordt om stigmatisering te voorkomen. Daarom wordt aangeraden om tijdens de lessen over psychopathologie meer aandacht te besteden aan het gevaar van stigmatisering en meer de koppeling te maken tussen herstelondersteunend werken en diagnostiek. Hierin kan met studenten besproken worden hoe zij om denken te gaan met diagnoses en hoe diagnostiek en herstelondersteunend werken samen kunnen gaan. Op dit moment lijken deze twee onderwerpen soms erg tegenover elkaar te staan. Hierbij kan benoemd worden dat het belangrijk is om terughoudend om te gaan met het gebruik van diagnoses en deze niet leidend te laten zijn in begeleiding en bejegening van cliënten. Daarnaast kan studenten bijgebracht worden dat het belangrijk is om hierover de dialoog aan te gaan met de cliënt. Wat vind de cliënt prettig in de omgang met zijn diagnose, en hoe wil hij dat de hulpverlener zich hiertoe verhoudt? (Hendriksen-Favier, Nijnsen & van Rooijen, 2012). Ook is het belangrijk dat docenten niet praten in termen als

'een borderliner' en 'de autist'. Het gaat om mensen met autisme en mensen met borderline. Dit lijkt een nuanceverschil in de term, maar dit nuanceverschil kan erg destigmatiserend werken.

Ook in de toetsing over kennis van DSM-diagnoses kunnen aanpassingen gemaakt worden omdat deze door studenten als erg stigmatiserend ervaren worden. Omdat wel begrepen wordt dat het belangrijk is om deze kennis te toetsen zit de aanbeveling bij dit onderwerp hem vooral in een verschil in vraagstelling. Zo zou genuanceerder gevraagd kunnen worden wat studenten opvalt en waar zij rekening mee zouden willen houden in de casus. Op deze manier wordt de kennis wel getoetst maar voorkom je te erg stigmatiserende ideeën over diagnoses.

§ 11.4 Creëren veilige sfeer

In de meeste gevallen lukt het docenten goed om een veilige sfeer te creëren die zo belangrijk is voor het bespreken van het onderwerp stigmatisering. Er zijn aanbevelingen opgesteld zodat docenten goed weten wat studenten hierin belangrijk vinden en dit mee kunnen nemen in hun lessen. Als eerste is het belangrijk dat privacy over wat er gezegd wordt gewaarborgd wordt en dat dit door de docent bevestigd wordt. Ook is het belangrijk dat studenten serieus genomen worden in wat zij zeggen. Dit vraagt van docenten dat ze de inbreng van studenten niet afkeuren en geen alwetende houding aannemen. Bij gesprekken over stigmatisering is het belangrijk dat de docent bij studenten checkt hoe verschillende meningen bij elkaar overkomen. Als laatste wordt het door studenten erg gewaardeerd als docenten vertellen over persoonlijke ervaringen of bijvoorbeeld hun eigen stigmatiserende ideeën. Er wordt dus ook aangeraden waar mogelijk dit te doen. Het is hierbij wel belangrijk dat ook de docent ervoor open staat om dit te delen. Op het moment dat dit niet geval is mag niet verwacht worden dat een docent het toch deelt.

12. Beroepsproduct

Om de aanbevelingen zo concreet mogelijk te maken, is voor één van de aanbevelingen het beroepsproduct uitgewerkt. Voor het beroepsproduct bij dit onderzoek is gekozen voor een training destigmatiserend werken. Voor dit beroepsproduct is gekozen omdat alle respondenten binnen het onderzoek aangegeven hebben dat zij een dergelijke training als meerwaarde zouden zien. Hierbij werd aangegeven dat het belangrijk is om studenten te confronteren met hun eigen stigma's. In het beroepsproduct is een training uitgewerkt waarbij beoogt wordt dit zoveel mogelijk te doen. Er zijn verschillende tools ontwikkeld om stigmatisering bespreekbaar te maken. Deze tools worden allen nog getest in Nederland. De verwachting is dat er eind 2018 verschillende tools beschikbaar zijn om stigmatisering te bespreken (Samen Sterk zonder Stigma, z.d). De training voor dit beroepsproduct is samengesteld door de onderzoeker. Alle onderdelen zijn ofwel afkomstig uit literatuur over het onderwerp of komen voort uit suggesties van respondenten uit het onderzoek. Zo hebben respondenten aangegeven dat er tijdens een hoorcollege gebruik is gemaakt van foto's waarbij de vraag gesteld werd welke reactie dit opriep. Het gesprek hierover werd door studentsen gewaardeerd en als destigmatiserend ervaren. Er was echter te weinig tijd om hierover het gesprek verder uit te bouwen waardoor dit erg aan de oppervlakte bleef. Ook het feit dat het in een hoorcollegezaal besproken werd maakte dit lastiger voor studenten. Deze werkvorm is verder uitgewerkt in het beroepsproduct. Ook is er op suggesties van respondenten gebruik gemaakt van een rollenspel en het noemen van eigen stigma's. Vanuit de interventie 'understanding the impact of stigma', die voornamelijk in Canada ingezet wordt, zijn een aantal principes overgenomen. Bijvoorbeeld het laten zien van foto's van bekende mensen en het in kleine groepje discussiëren over stigma's (Kopp, Knaak & Patten, 2013). De volledige training is te vinden in bijlage vier en vijf.

§ 12.1 Meerwaarde beroepspraktijk

Tijdens het onderzoek bleek dat veel respondenten behoefte hebben aan een training over het onderwerp stigmatisering waarbij studenten geconfronteerd worden met hun eigen stigma's. In hoofdstuk drie is al teruggekomen dat stigmatisering (ook binnen de ggz) nog altijd een groot probleem is. Ook is aan de orde gekomen dat het voor het tegengaan van stigmatisering belangrijk is om mensen te confronteren met hun eigen stigmatiserende ideeën. Door dit beroepsproduct ligt er voor de beroepspraktijk een praktisch voorbeeld van hoe een dergelijke training verzorgd kan worden. Op deze manier hoeft het docententeam van de minor ggz-agoog dit niet volledig zelf te ontwikkelen. Ook kunnen zij eventueel delen van de training overnemen binnen bestaande trainingen/basisgroepen. Dit kan als er geen ruimte is om de volledige training binnen de minor aan te bieden.

Uiteindelijk wordt met dit beroepsproduct beoogt beginnende hulpverleners zo op te leiden dat zij minder stigmatiserende ideeën hebben en/of weten wat hun stigma's zijn en hoe hiermee om te gaan. Stigmatisering is iets menselijks waar hulpverleners niet immuun voor zijn. In het werkveld gaan hulpverleners er dus tegenaan lopen. Omdat stigmatisering zo'n grote impact kan hebben op cliënten is het van belang dat hier aandacht voor is. Als het gaat om stigmatisering hebben we het vaak over publiek stigma, terwijl voor mensen met psychische kwetsbaarheden hulpverleners vaak belangrijke mensen in hun leven zijn. De cijfers die aangeven dat zij zich nog erg gestigmatiseerd voelen door hun hulpverlener behoeven dan ook aandacht (Castelein et. al., 2016). Juist daarom is het belangrijk dat beginnende hulpverleners dit herkennen en hier op in weten te spelen. Door middel van deze training is er concrete aandacht voor het herkennen, voorkomen en handelen op stigmatiserende ideeën.

Bibliografie

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Avans Hogeschool. (2018). *Studiegids: sociale studies 2017-2018*. Geraadpleegd op 7 februari 2018, van <http://studiegids.avans.nl/ash/gids/158/2/eerste-pagina>
- Avans Hogeschool. (z.d.). *De minor ggz-agoog*. Geraadpleegd op 22 februari 2018, van file:///C:/Users/Eigenaar/Downloads/A5%20flyer%20ggz%20agoog%20(1).pdf
- Avans Hogeschool. (z.d.). *Onderwijs en kwaliteit*. Geraadpleegd op 17 februari 2018, van <http://www.avans.nl/over-avans/organisatie/avans-hogeschool>
- Avans Hogeschool. (z.d.). *Social Work: Voltijdopleiding in 's-Hertogenbosch*. Geraadpleegd op 17 februari 2018, van <http://www.avans.nl/opleidingen/opleidingzoeker/social-work-s-hertogenbosch-voltijd-bachelor/introductie>
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Droës, J., Tiber, M., & Wilryckx, G. (2012). Herstelondersteunende zorg. In J. Droës & C. Witsenburg (Reds.) *Herstelondersteunende zorg: behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (p.57-69). Amsterdam: SWP.
- Castelein, S., Slooff, C., Boekel, L. de., & Lohuis, G. (2016). Stigmatisering binnen de hulpverlening. In J. van Weeghel, M. Pijnenborg, J. van 't Veer, & G. Kienhorst (Reds.). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken* (pp. 183-198). Bussum: Coutinho.
- Castelein, S., Slooff, C., Boekel, L. van., Lohuis, G. (2016). *Stigmatisering binnen de (geestelijke) gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 20 februari 2018, van <http://docplayer.nl/31997944-Stigmatisering-binnen-de-geestelijke-gezondheidszorg.html>
- Dekker, I. & Bijman, S. (2015). *Pleitnota werken met ervaringsdeskundigen: persoonlijke ervaring als bron van kennis en professionaliteit*. Geraadpleegd op 20 februari 2018, van file:///H:/Downloads/Pleitnota%20Werken%20met%20Ervaringsdeskundigheid.pdf
- Dienst Gezondheid & Jeugd. (z.d.) *Definitie GGZ*. Geraadpleegd op 6 maart 2018, van <https://www.dienstgezondheidjeugd.nl/onderzoekencijfers/thema-s/ziekte-zorg/zorg-ondersteuningsaanbod/ggz/definitie-ggz>
- Donk, C. van der., & Lanen, B., van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (tweede druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Driessens, K., Reaymaeckers, P., Sebrechts, L., Tirions, M., & Wouters, E. (2015). *Een caleidoscoop van sociaalwerkonderzoek: Een sociaal-wetenschappelijke benadering*. Leuven: ACCO Uitgeverij.
- Droës, J. (2014). Behandeling en rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. In J. Droës & C. Witsenburg (Reds.) *Herstelondersteunende zorg: behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (p.70-79). Amsterdam: SWP.
- Droës, J., & Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende zorg: behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Erp, N. van., Boertien, D. Rooijen, S. van., Bakel, M. van., & Smulders, R. (2015). *Basiscurriculum Ervaringsdeskundigheid: Bouwstenen voor onderwijs en opleidingen voor ervaringsdeskundigen*. Geraadpleegd op 28 maart 2018 van, <https://assets.trimbos.nl/docs/c341208c-1c20-41a3-a11c-af6aac4c5c2f.pdf>

Felten, H. (2016). *Confrontatie met vooroordelen kan discriminatie tegengaan, maar is geen panacee*. Geraadpleegd op 11 mei 2017, van <https://www.socialevraagstukken.nl/confrontatie-met-vooroordelen-kan-discriminatie-tegengaan-maar-is-geen-panacee/>

Gibson, M., Munn, E., Beaty, D., & Pugh, G. (2005). *BEYOND THE LABEL: An Educational Kit to Promote Awareness and Understanding of the Impact of Stigma on People Living with Concurrent Mental Health and Substance Use Problems*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Goei, L. de., Plooy A., & Weeghel, J. van. (2006). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegen een psychische handicap*. Utrecht: Trimbos instituut/Kenniscentrum Rehabilitatie.

Grootdoonk, E. (2009). *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Geraadpleegd op 23 mei 2018, van <https://www.journalsi.org/articles/10.18352/jsi.126/galley/136/download/>

Helmus, K., & Jager, J. de. (2015). *De GGZ als speler in de strijd tegen stigma*. Geraadpleegd op 19 februari 2018, van <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp111/sp111-hoofd02.pdf>

HOED. (z.d.). *Proefschrift Dr. Weerman pleit voor inzet ervaringsdeskundige sociaal werkers*. Geraadpleegd op 22 februari 2018, van <https://husite.nl/hoed/2016/11/18/hello-world/>

Hendriksen-Favier, A., Nijmens., K., & Rooijen, S. van. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Geraadpleegd op 16 mei 2018, van <https://assets.trimbos.nl/docs/3bc38e33-b8ca-4bbc-ab90-413ccf3dbd60.pdf>

Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. (2010). Stigma in mental health: Clients and professionals. *Issues in mental health nursing*, 31(7), 450-455.

Hove, G. van., Schippers, A., Cardol, M., & Schauwer, E., D. (2016). *Disability studies in de lage landen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Karbouniaris, S., & Brettschneider, E. (2009). *Ervaringsdeskundigheid en onderwijs*. Geraadpleegd op 29 maart 2018, van <http://www.deervaringsdeskundige.nl/media/20158/7222.pdf>

Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk Zonder Stigma, GGZ Drenthe. (2015). *Wegwijzer stigmabestrijding in de GGZ: Gids naar praktijken die werken. Lessen, praktijken en voorbeelden*. Geraadpleegd op 22 maart, van https://www.ggzcentraal.nl/wp-content/uploads/2017/12/Wegwijzer-stigmabestrijding_def_voor_web.pdf

Kies op Maat. (z.d.). *De ggz-agoog, Den Bosch voltijd*. Geraadpleegd op 22 februari 2018, van <https://www.kiesopmaat.nl/modules/avans/-/51096/>

Kopp, B., Knaak, S., & Patten, S. (2013). *Evaluation of IWK's Understanding the Impact of Stigma Program*. Ottawa, Canada: Mental Health Commission of Canada.

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Generieke modules: destigmatisering*. Geraadpleegd op 22 maart 2018, van <https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/167/GM-Destigmatisering-web.pdf>

Landelijk Opleidingsoverleg SPH. (2014). *De creatieve professional – met afstand het meest nabij: opleidingsprofiel en opleidingskwalificaties Sociaal Pedagogische Hulpverlening* (vijfde druk). Amsterdam: SWP.

Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta psychiatrica Scandinavica*. 429, 51-59.

Oost, H. (2012). *Een onderzoek uitvoeren*. Amersfoort: ThiemenMeulenhoff.

Ouwde, T. den., Oosterum, L. van., & Leeuw, R. de. (2011). *Inzet ervaringsdeskundigheid in de ggz: van stigma naar succes*. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <http://nicolehoeymans.nl/wp-content/uploads/2016/03/Van-stigma-naar-succes1.pdf>

Plooi, F. (2011). *Onderzoek doen: een praktische inleiding in onderzoeksvaardigheden*. Amsterdam: Pearson Benelux BV.

Psychiatrie Nederland. (2015). *Psychiatrische aandoeningen, stigmatisering én de invloed van media*. Geraadpleegd op 19 februari 2018, van <http://psychiatrie-nederland.nl/nieuws/psychiatrische-aandoeningen-stigmatisering-en-de-invloed-van-media/>

Samen Sterk Zonder Stigma. (z.d.). *Cijfers*. Geraadpleegd op 19 februari 2018, van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/over-stigma/>

Samen Sterk Zonder Stigma. (z.d.). *Over Stigma*. Geraadpleegd op 19 februari 2018, van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/over-stigma/>

Samen Sterk Zonder Stigma. (z.d.). *Tips en Tools*. Geraadpleegd op 20 mei 2018, van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-en-de-ggz/tips-en-tools/>

Samen Sterk Zonder Stigma. (z.d.). *Verminder negatieve effecten*. Geraadpleegd op 20 mei 2018, van <https://www.samensterkzonderstigma.nl/stigma-en-de-ggz/tips-en-tools/professionaliteit-in-de-ggz/>

School & Veiligheid. (z.d.) *Op her eerste gezicht*. Geraadpleegd op 11 mei 2018, van <https://www.schoolenveiligheid.nl/po-vo/kennisbank/op-eerste-gezicht/>

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

Sectoraal adviescollege hogere sociale studies. (2017). *Landelijk opleidingsdocument sociaal werk*. Amsterdam: SWP.

Slooff, C. & Alphen, H. van. (2010). *Over de contraproductieve houding van de psychiatrie en de ggz bij stigmatisering*. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 19, 6-15

Stevaert, J. (2016). *Stigma in de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 19 februari 2018, van https://www.canonsociaalwerk.eu/be_ggz/details.php?cps=5

Trimbos Instituut. (2016). *Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg: Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda*. Geraadpleegd op 9 maart 2018, van <https://assets.trimbos.nl/docs/6f5a1415-4d7c-4bd7-8540-12d7d3608c18.pdf>

Trinitas. (z.d.). *Onderzoeksvaardigheden*. Geraadpleegd op 25 mei 2018, van <http://webdata.trinitasedu.nl/hfpublic/vaardigheden/pws/onderzoeksvaardigheden%20stappenplan%20uitgewerkt.pdf>

Veer, J. van 't., Sercu, C., & Weeghel, J. van. (2016). Stigmatisering van psychische problemen. In J. van Weeghel, M. Pijnenborg, J. van 't Veer, & G. Kienhorst (Reds.). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken* (pp. 43-74). Bussum: Coutinho.

Verhaeghe, M (2008). *Stigma, een wereld van verschil?: een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg* (Proefschrift, Universiteit Gent, 2008). Geraadpleegd op 19 februari 2018, van https://www.canonsociaalwerk.eu/1971_stigma_VL/2008%20Verhaeghe%20stigma%20wereld%20van%20verschil.pdf

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek: praktijkboek voor methoden en technieken* (5e druk). Den Haag: Boom Lemme uitgevers.

Verschuuren, P. (2011). *Praktijkgericht onderzoek: ontwerp van organisatie- en beleidsonderzoek* (2e druk). Boom Lemma uitgevers: Amsterdam.

Weeghel, J. van., Pijnenborg, M., Veer, J. van 't., & Kienhorst, G. (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Zelst, C. van., Nierop, M. van., Oorschot, M., Myin-Germeyns, I., Os, J. van., Delespaul, P., & for GROUP. *Stereotype Awareness, Self-Esteem and Psychopathology in People with Psychosis*.

Geraadpleegd op 27 maart 2018, van

<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0088586&type=printable>

Zorgbelang Gelderland & Utrecht. (z.d.). *Een steekje los?* Geraadpleegd op 22 februari 2018, van

<https://www.zorgbelang gelderland.nl/ons-werk/langdurige-zorg/een-steekje-los/>

Bijlagen

Bijlage 1: Feedback onderzoeksplan

Inhoudelijke feedbackpunten	Feedback:
1. In hoeverre zijn de <u>beroepspraktijk</u> en de <u>doelgroep</u> waarop de afstudeeropdracht van toepassing is duidelijk beschreven en onderbouwd met verschillende bronnen?	Houd er rekening mee dat iemand die de context niet kent, niet weet dat het nieuwe curriculum alleen voor de huidige eerstejaars geldt. En dus niet voor de vierdejaars. Het onderzoek gaat over de minor die in het vierde jaar plaatsvindt.
2. In hoeverre zijn de <u>aanleiding tot onderzoek</u> en de <u>analyse</u> logisch onderbouwd vanuit een breed perspectief met verschillende bronnen?	Voor deze fase prima, alleen begint de analyse met de huidige situatie, hoe was dit vroeger? Start met macro, dan micro.
3. In hoeverre zijn, aansluitend op de analyse, een concrete <u>hoofdvraag</u> en <u>doelstelling</u> geformuleerd? In hoeverre zijn de belangrijkste begrippen in een <u>begripsafbakening</u> helder uitgewerkt en onderbouwd met verschillende bronnen?	Prima hoofdvraag. Zinsopbouw in de deelvragen 3 & 4 iets aanpassen dat ze beter aansluiten bij de hoofdvraag. Doelstelling aanpassen naar het bieden van handvatten, of ze het aanpassen is aan hen. Begrip beginnende hulpverleners toevoegen. Psychische stoornis en psychische kwetsbaarheid van elkaar afbakenen. Dit sluit beter aan op het onderwerp.
4. In hoeverre sluiten het onderzoekstype, de dataverzamelmethode(n), de analysemethode(n) en de populatie en de steekproef aan bij de geformuleerde hoofdvraag? (Een gedeelte van de onderzoeksvraag wordt in elk geval beantwoord met literatuuronderzoek.) In hoeverre is de verantwoording van bovenstaande keuzes onderbouwd met verschillende bronnen?	Omdat er gebruik gemaakt wordt van groepsgesprekken is het voldoende om ongeveer de helft (4) van deze deelnemers individueel te interviewen. Als het goed voorbereid wordt, is het prima om 2 docenten te interviewen maar dan is het belangrijk dit goed voor te bereiden en het interview kort te houden. En hoe zorg je voor een representatieve steekproef? Verder is dit voor deze fase prima.
5. In hoeverre is er een realistisch <i>tijdpad</i> (planning) uitgewerkt voor de uitvoerings- en rapportagefase van het onderzoek.	Houd er rekening mee met dat je pas kunt starten met de interviews als je de groepsgesprekken uitgewerkt hebt.

Overige feedback:

Gebruik goede bronnen, voornamelijk bij de begripsafbakening

Bijlage 2: Topiclijsten interviews

2.1 Groepsgesprek

"Psychiatrisch cliënten zijn te gecompliceerd om mantelzorg te ontvangen."

"Als je een Borderline Persoonlijkheidsstoornis hebt, kun je beter geen relatie aangaan."

"Mensen met een Autisme Spectrum Stoornis hebben bijna geen empathisch vermogen."

"Als je lijdt aan een zware depressie, moet je antidepressiva slikken, anders kan je niet herstellen."

Vanuit hier naar welke rol heeft de minor gehad in hoe je tegen deze stellingen en het onderwerp stigmatisering aankijkt:

Persoonlijk: Eigen professionele ervaringen, persoonlijke ervaringen, uitwisseling medestudenten

Didactisch aanbod: Lessen, docenten/gastsprekers, lesmateriaal

In welke vormen is dit alles stigma bevorderend ofwel destigmatiserend?

2.2 Topiclijst studenten

1. Introductie

- Benoemen van het doel
- Opbouw van het interview
- Privacy maatregelen

2. Algemene vragen

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding
- Ervaring in de psychiatrie

3. (de)stigmatisering bevorderen binnen de minor

- Mate waarin stigmatisering aan bod komt in de minor
- Aanvullingen op groepsgesprek

Bijdragen aan destigmatisering: Deze vragen gaan over wat er eventueel zou kunnen veranderen binnen de minor om stigmatisering tegen te gaan.

4. Informatie

- Aanbevelingen vanuit de opleiding
- Inzet ervaringsdeskundigen
- Literatuur
- Toetsing

5. Emotie

- Draagvlak
- Reflectievermogen
- Eigen ervaringen

2.3 Topiclijst docenten

1. Introductie

- Benoemen van het doel

- Opbouw van het interview
- Privacy maatregelen

2. Algemene vragen

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding
- Ervaring in de psychiatrie

3. (de)stigmatisering bevorderen binnen de minor

- Mate waarin stigmatisering aan bod komt in de minor
- Inleiding op stigmatisering

Bijdragen aan destigmatisering: Deze vragen gaan over wat er eventueel zou kunnen veranderen binnen de minor om stigmatisering tegen te gaan.

4. Praktische aspecten

- Aanbevelingen vanuit de opleiding
- Inzet ervaringsdeskundigen
- Literatuur
- Toetsing

5. Emotionele aspecten

- Draagvlak onder studenten
- Gevoel van competentie

Eigen ervaringen

Bijlage 3: Voorbeelden van codering

3.1 Voorbeeld codering groeps gesprekken (Deelvraag 2)

Indicator	Bijdrage aan stigmatisering	Beperken stigmatisering	Neutraal	Opvallend
Persoonlijke ervaringen	I	I I I I I	I	Respondent snapt door de combinatie persoonlijke ervaringen/leren over de stoornis meer van de stoornis en kan er daardoor beter mee omgaan. Andere respondent geeft aan het erg per persoon te vinden verschillen. Ook zegt een respondent "Door persoonlijke ervaringen merk je dat het in praktijk nooit zo is zoals je uit het boek of in de les leert" "Het helpt als je ziet dat ook mensen naast je het kan overkomen, en dus iedereen wel."
Stage ervaringen	I I	I	I I	"Door stage in de psychiatrie kan je beeld van psychiatrisch cliënten negatief worden omdat je vaak de negatieve kant ziet en de kritieke fase van het proces." "Stage heeft mij bewuster gemaakt van de manier waarop ik over cliënten praat". Respondent geeft aan dat door stage een beeld gevormd wordt over stoornissen, bij een bepaalde cliënt. Neutrale respondenten vonden dat ze door hun ervaring in de psychiatrie weinig nieuws leerde.

3.2 Voorbeeld codering individuele interviews studenten (Deelvraag 3)

Indicator	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Meest opvallend
Aanbevelingen vanuit de opleiding	Niet perse een bewust onderwerp. Er zou wel meer mee mogen gebeuren qua bewustwording onder professionals. Maar dan moet je andere dingen opofferen misschien, dus tijd is wel een ding. Misschien wel een goede toevoeging om een training toe te voegen waarin je naar je eigen stigmatiserende ideeën gaat kijken. Bijvoorbeeld door een ervaringsdeskundige te vragen met een diagnose. Dat studenten hun stigma's over die diagnose kunnen delen en de ervaringsdeskundige daarop kan reageren hoe dat is, hoe hij het terug ziet in zijn leven. Misschien in ieder geval als opleiding aandacht besteden aan het feit dat het bestaat en dat je er mee te maken krijgt.	Komt aan de orde, maar miss niet op de juiste manier. Als het gaat over stigma wordt niet de koppeling gemaakt met de theorie over DSM bv. Dat kan meer (bv meer fasen van herstel, valkuil benoemen). Misschien ook iets over hoe je stigma bespreekbaar maakt in het werkveld als je het ziet gebeuren. Ze zouden meer kunnen doen met oefeningen zoals die foto's om mensen te confronteren met hun stigma's. Maar tijd is hierbij ook belangrijk, dus ik weet niet of dat kan. Maar ze kunnen bij de diagnoses wel meer het gevaar van stigma benoemen en meer benoemen hoe verschillend het zich kan uiten. Misschien in het begin die stigma's al wat uitdagen zodat je je er meer bewust van bent tijdens de minor	Ik denk dat dit wel gebeurt, je moet ook opassen dat je er niet te lang in blijft hangen denk ik. Ik denk dat de balans gezocht wordt. Maar ik ben er zelf niet zo vaak bewust mee bezig, dus dat zou misschien wel meer kunnen. Ze hebben mijn ideeën niet echt positief of negatief bijgesteld. In de training zou je daar veel meer over van elkaar kunnen leren denk ik. Door bv zo'n oefening als met die foto's. Stigma's uitdagen. Dat doe je in een hc niet zo snel. Dat zou trouwens misschien wel al veel eerder kunnen dan het 4e jaar pas. Maar daar moet ook de tijd voor zijn.	Het komt wel terug, maar ik weet niet of het genoeg is. Het zou meer kunnen. Zeker omdat we nog altijd veel rijtjes leren. Ik denk dat de balans tussen de DSM en herstel bijvoorbeeld nog niet echt genoeg is. Dat zouden ze meer kunnen doen door het samen te pakken en in 1 hc de koppeling te maken (bv met ervaringsdeskundigen) Ook omdat je dan meer gaat zien dat niet alle symptomen bij iedereen met die stoornis terugkomen. Ik heb ook wel gemist dat er niet verteld is wat je moet doen als je stigma's merkt bij jezelf. Soms stigmatiseren hulpverleners nog meer dan andere mensen denk ik. Misschien kunnen we dat meer bij elkaar zoeken. Dat we elkaar uit moeten dagen over elkaars stigma's ofzo en hoe je er dan mee omgaat. Dat je er ook mee geconfronteerd wordt.	Iedereen vindt dat het aan de orde komt. Niet altijd genoeg of op de juiste manier. Ook geeft iedereen aan dat een confronterende training over je eigen stigma's goed zou zijn. Alleen is de tijd die er is wel een kanttekening. 2 van de 4 praten over hoe stigmatiserend het rijtjes leren kan zijn. Gevaar van stigma in elk geval benoemen komt bij alle 4 terug.

3.3 Voorbeeld codering individuele interviews docenten (Deelvraag 4)

Indicator	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Meest opvallend
Inzet ervaringsdeskundigen	Door ervaringsdeskundigen te laten vertellen over hun eigen leven kun je denk ik stigma tegengaan. Als aan bod komt hoe de omgeving reageert en wat helpend en belemmerd is. Misschien kan hier meer de koppeling in gemaakt worden wat de hulpverlener kan doen, ook rondom het thema stigma. Omdat het vaak nog onbewust gebeurt denk ik.	Is denk ik heel belangrijk. Als jij door je eigen ervaringen slechte ervaringen hebt met een bepaalde doelgroep kan een ervaringsdeskundige dat beeld heel erg nuanceren. Soms zou dat misschien meer mogen maar dat is organisatorisch ook gewoon lastig. En er moet een koppeling zijn met de theorie, dat proberen we ook zoveel mogelijk te doen met docent en ervaringsdeskundige	Contactstrategie is erg belangrijk in het tegengaan van stigma. Daarvoor is contact met de ervaringsdeskundige erg belangrijk. Het verschil tussen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid zou wel beter benoemd moeten worden. Ervaringsdeskundige kunnen misschien net een stapje verder maken. Ik denk dat je die nog beter in kan zetten dan mensen met ervaringskennis. Zij kunnen ook goed confronteren over stigma. Misschien kan dat meer. En ik zou graag de student meer naar buiten brengen ipv die ervaringsdeskundige naar binnen.	Alle docenten geven aan ervaringsdeskundigen erg belangrijk te vinden als het gaat om destigmatisering. Het contact tussen ervaringsdeskundige en docenten wordt door allen benoemd als belangrijk. één docent geeft aan dat er meer onderscheid gemaakt dient te worden tussen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Een andere docent geeft aan dat het belangrijk is om meer de koppeling met de theorie te maken, als samenwerking tussen docent en ervaringsdeskundige. Een andere geeft aan dat er meer aandacht kan zijn voor wat de cliënt belangrijk vindt van zijn hulpverlener als het gaat om stigma.

Bijlage 4: Presentatie beroepsproduct



Youtube filmpje: <https://www.youtube.com/watch?v=BeTgtRdOt1I>

Stigmatisering

“Een krachtig negatief sociaal stempel dat de manier beïnvloedt waarop mensen zichzelf zien en gezien worden. Ze krijgen te maken met onbegrip, vooroordelen, buitensluiting en discriminatie.”

Waarom het onderwerp stigma?

- Stigmatisering heeft grote impact
- Hulpverleners stigmatiseren óók
- 58% van de cliënten zich negatief bejegend voelt door een hulpverlener
- 76% van de cliënten ziet tenminste één van zijn hulpverleners ziet als belangrijkste persoon in zijn leven
- Opleidingen?

Onderzoeksproces

Hoe kan de minor ggz-agoog bijdragen aan destigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheden onder beginnende hulpverleners?

- Literatuuronderzoek, groepsgesprek, individuele interviews
- Studenten & Docenten
- Groepsgesprekken
 - Stellingen over psychische kwetsbaarheden
 - Hoe bevordert de opleiding stigma of beperkt het?
- Individuele interviews
 - Wat kan er gebeuren om stigmatisering meer tegen te gaan?

Resultaten

- Onderwerp stigma komt terug
 - Herstelondersteunend werken/Rehabilitatie
 - Kritisch kijken naar diagnoses
- Niet expliciet genoeg
 - Training v.s Tijd
- Draagvlak & Reflectievermogen
- Veilige sfeer
- Ervaringsdeskundigen
- DSM/Psychopathologie
- Toetsing & Literatuur

Aanbevelingen

- Training destigmatiserend werken
 - Beroepsproduct
- Inzet ervaringsdeskundigen
 - Meer één op één contact
 - Vervolgonderzoek
 - Koppeling naar stigmatisering
- Omgaan met DSM-Diagnoses
 - Koppeling met HOZ en stigmatisering
 - Termen als 'de autist' vermijden
 - Toetsvraag DSM-diagnose

Aanbevelingen (2)

- Creëren veilige sfeer
 - Privacy waarborgen
 - Niet afkeuren wat gezegd wordt
 - Geen alwetende houding
 - Persoonlijke ervaringen
 - Eigen stigma's

Beroepsproduct

TRAINING DESTIGMATISEREND WERKEN

Raadsel

Vader en zoon rijden in de auto, en krijgen een ongeluk. De vader is op slag dood, de zoon gaat per ambulance naar 't ziekenhuis. De chirurg buigt zich over het slachtoffer, maar zegt niet te kunnen opereren: "Het is mijn zoon."

- Hoe kan dit?

Wat roepen de volgende foto's bij je op?

Wat roept deze persoon bij je op?



Wat roept deze persoon bij je op?



Wat roept deze persoon bij je op?



Wat roept deze persoon bij je op?



Wat roept deze persoon bij je op?



Rollenspel

- Tweetallen
- Eén hulpverlener, Eén cliënt
- Cliënt krijgt casus
- Kennismakingsgesprek rollenspel wordt gespeeld
- Wat valt de hulpverlener op?
- Welke diagnose zit hieraan vast?

Casus

Michelle is een meisje van 20 jaar oud. Ze heeft lang in pleeggezinnen gewoond en woont nu sinds 2 jaar op zichzelf. Ze krijgt hulp van een psychiatrische instelling. Begeleiding komt twee keer per week langs.

Michelle is erg gesteld op haar eigen plekje. Ze zorgt er altijd voor dat het opgeruimd is, ze wordt er zenuwachtig van als dingen niet schoon zijn of op de goede plek liggen. Michelle heeft niet heel veel vrienden, maar een aantal goede vrienden en voor haar is het genoeg. Ze werkt bij de dagbesteding van de instelling waar ze woont en gaat binnenkort een BBL-Horeca opleiding volgen.

Er verandert binnenkort veel in Michelle's leven. Hierdoor ervaart ze veel spanning. Michelle moet binnenkort gaan verhuizen en dat zorgt voor veel spanning. Ook de opleiding die ze gaat starten zorgt voor spanning omdat eerdere opleidingen niet gelukt zijn om af te maken. Michelle vindt het lastig om hulp te vragen aan begeleiding. Ze is op zichzelf gesteld en vindt dat ze het zelf moet kunnen oplossen.

Stigmatisering

“Een krachtig negatief sociaal stempel dat de manier beïnvloedt waarop mensen zichzelf zien en gezien worden. Ze krijgen te maken met onbegrip, vooroordelen, buitensluiting en discriminatie.”

- Stigmatisering heeft grote impact
- Hulpverleners stigmatiseren óók
- 58% van de cliënten zich negatief bejegend voelt door een hulpverlener
- 76% van de cliënten ziet tenminste één van zijn hulpverleners ziet als belangrijkste persoon in zijn leven

Wat zijn jou stigma's?

- Schrijf drie stigma's op
- Bespreek in groepjes van 3 of 4
- Plenair bespreken
- Welke stigma's worden bevestigd of ontkracht?

Stigmatisering tegengaan

- Durf het aan te geven als je stigma's bij jezelf ontdekt
- Bespreek stigmatisering met collega's en wijs ook hun op stigma's
- Kijk naar succeservaringen en probeer naar positieve doelen toe te werken
- Sluit in taalgebruik aan bij de cliënt en wees genuanceerd
- Vertel in je privéomgeving over succesverhalen over cliënten
- Maak (zelf)stigma bespreekbaar met de cliënt
 - Merk je dat mensen (hulpverleners) je wel eens anders behandelen?
- Meer tips? → samensterkzonderstigma.nl

Belangrijke aanvullingen

- Houdt rekening met de veilige sfeer
- Maak hierover concrete afspraken binnen het team
- Eventueel ervaringsdeskundigheid

Vragen?
Opmerkingen?

Toegevoegde dia's na feedback:

Waar komt stigma vandaan?

- Menselijk
- Zit in onze natuur
- Evolutionair → survival of the fittest
- Associatie met 'minderen'
- Van oudsher mensen 'wegstoppen'
- Weinig bekend over de oorzaak van psychische kwetsbaarheden

Stigmatisering onder hulpverleners

- Hulpverleners zijn ook mensen!
- Machtspositie
- Angst voor geweld
- Door hoge werkdruk frustratie en onmacht
- Zien vaak de meest kwetsbare periode van herstel

Stellingen

- "Met psychische klachten is het moeilijk een zinvol leven te leiden"
- "Psychiatrisch cliënten zijn te gecompliceerd om mantelzorg te ontvangen"
- "Als je zoon een psychische kwetsbaarheid heeft moet je als vader extra veel leuke dingen met hem gaan doen"
- "Als je een hypotheek af wilt sluiten, moet je een psychiatrisch verleden verzwijgen"
- "Als je een depressie hebt, zijn antidepressiva essentieel om te herstellen"

Destigmatiserende initiatieven

- Zelfstigmatest: <https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/tips-en-tools/zelfstigma-doe-de-test/>
- Vind je het gek! → documentaire
- Sportclubs zonder stigma → de kracht van sport destigmatiserend gebruiken
- Anti-stigma opvang
- Klopt of kletsboek
- Let's talk about seks → bespreekbaar maken van (zelf)stigma rondom intimiteit en relaties
- Samensterkzonderstigma.nl → voor nog veel meer initiatieven

Bijlage 5: Handleiding training destigmatiserend werken

Opdracht 1: Raadsel

De training begint met een raadsel. *'Vader en zoon rijden in de auto, en krijgen een ongeluk. De vader is op slag dood, de zoon gaat per ambulance naar 't ziekenhuis. De chirurg buigt zich over het slachtoffer, maar zegt niet te kunnen opereren: "Het is mijn zoon."'*

Mochten studenten het raadsel al kennen moeten zij dit even voor zich houden zodat de studenten die het nog niet kennen de kans krijgen om te antwoorden.

De meeste mensen zullen het juiste antwoord op dit raadsel niet zo snel weten. Het goede antwoord is: De chirurg is de moeder. Dit raadsel is bedoeld als inleiding van het onderwerp stigmatisering om mensen al snel te confronteren met stigma's en de studenten aan het denken te zetten.

Opdracht 2: Wat roepen de foto's op?

In deze opdracht worden foto's van verschillende mensen getoond. Aan de hand hiervan wordt het gesprek aan gegaan wat bepaalde foto's bij wie oproepen. Hierover kan een gesprek/discussie ontstaan tussen studenten onderling. De docent heeft een sturende rol en lijdt het geheel in goede banen. De foto's beginnen met een blonde, jonge vrouw. Maar er zijn ook bewust foto's gekozen van bijvoorbeeld de meest getatoeëerde man ter wereld in een foto met en zonder zijn tattoo's. Aan de hand hiervan kan het gesprek aangegaan worden over welke reactie welke foto oproept. Wat is het verschil in reactie bij exact dezelfde man met en zonder tattoo's?

Ook is een gekozen voor een foto van Oprah Winfrey. De studenten zullen haar waarschijnlijk kennen en hebben een bepaald beeld bij haar. De vraag is of studenten ook weten dat Oprah lijdt aan een angststoornis. Hierover kan het gesprek aan gegaan worden wat studenten hierover denken en of zij dit verwacht hadden.

Voor deze vorm is gekozen omdat studenten tijdens de groepsgesprekken aangegeven hebben dat deze werkvorm in kleine mate in een hoorcollege gebruikt is. Dit werd als positief en destigmatiserend ervaren. Echter werd de setting van een hoorcollege niet als prettig ervaren voor een dergelijke oefening. Ook vonden studenten dat er maar erg kort aandacht voor was.

Opdracht 3: Rollenspel

Na het bespreken van de foto's gaat de training verder met een rollenspel. Studenten worden in groepjes van twee verdeeld waarbij de één cliënt is en de ander hulpverlener. De student die cliënt speelt krijgt een casus, de hulpverlener mag deze niet lezen. De twee spelen een kennismakingsgesprek uit aan de hand van de casus. Daarna wordt besproken wat de hulpverlener opvallend vindt aan de casus en wat hij meeneemt in de begeleiding. Ook wordt er aan de hulpverlener gevraagd welke diagnose hij/zij denkt dat deze cliënt heeft. De gebruikte casus is een echt praktijkvoorbeeld. Deze opdracht is bedoeld om studenten in te laten zien dat bepaalde opvallendheden misschien niks te maken hebben met iemands diagnose en bij iemand horen. Ook wordt hiermee aangetoond hoe lastig het is om na één casus iets te kunnen zeggen over een ziektebeeld of situatie.

Casus: *"Michelle is een meisje van 20 jaar oud. Ze heeft lang in pleeggezinnen gewoond en woont nu sinds 2 jaar op zichzelf. Ze krijgt hulp van een psychiatrische instelling. Begeleiding komt twee keer per week langs.*

Michelle is erg gesteld op haar eigen plekje. Ze zorgt er altijd voor dat het opgeruimd is, ze wordt er zenuwachtig van als dingen niet schoon zijn of op de goede plek liggen. Michelle heeft niet heel veel vrienden, maar een aantal goede vrienden en voor haar is het genoeg. Ze werkt bij de dagbesteding van de instelling waar ze woont en gaat binnenkort een BBL-Horeca opleiding volgen. Er verandert binnenkort veel in Michelle's leven. Hierdoor ervaart ze veel spanning. Michelle moet binnenkort gaan verhuizen en dat zorgt voor veel spanning. Ook de opleiding die ze gaat starten zorgt voor spanning omdat eerdere opleidingen niet gelukt zijn om af te maken. Michelle vindt het

lastig om hulp te vragen aan begeleiding. Ze is op zichzelf gesteld en vind dat ze het zelf moet kunnen oplossen."

Juiste diagnose: Hechtingsproblematiek en vermoedens van borderline.

Informatie: Wat is Stigma?

Na deze opdrachten wordt er informatie gegeven over het onderwerp stigmatisering. In dit gedeelte van de training wordt uitleg gegeven over wat stigmatisering is, waarom het zo'n groot probleem is en dat het ook onder hulpverleners een groot probleem is.

Stigmatisering

"Een krachtig negatief sociaal stempel dat de manier beïnvloedt waarop mensen zichzelf zien en gezien worden. Ze krijgen te maken met onbegrip, vooroordelen, buitensluiting en discriminatie."

- Stigmatisering heeft grote impact
- Hulpverleners stigmatiseren óók
- 58% van de cliënten zich negatief bejegend voelt door een hulpverlener
- 76% van de cliënten ziet tenminste één van zijn hulpverleners ziet als belangrijkste persoon in zijn leven

- Impact: Net zo erg als aandoening, lastiger solliciteren, opleidingen zoeken, relaties aangaan functioneren en herstel wordt belemmerd

- Hulpverleners: Vaak wordt gedacht dat ze minder stigmatiseren omdat ze er meer verstand van hebben, uit onderzoek blijkt van niet.

Er is bewust voor gekozen om dit pas na een aantal opdrachten uit te leggen, en niet al aan het begin van de training. Zo worden studenten eerst geprikkeld om zelf over stigmatisering na te gaan denken en worden ze een beetje geconfronteerd met hun manier van denken. Vervolgens wordt pas meer ingegaan op de theorie over dit onderwerp.

Opdracht 4: Eigen Stigma's

De vierde en laatste opdracht is een opdracht waarin studenten zelf aan de slag gaan met hun stigmatiserende ideeën. Studenten krijgen de opdracht om voor zichzelf drie stigma's die zij hebben op te schrijven. (Bijvoorbeeld: *'verslaving is eigen schuld, dikke bult'*, of *'Mensen met autisme kunnen geen vriendschappen onderhouden'*) In deze stigma's mag een beetje overdreven worden en dingen mogen iets zwart-witter neergezet worden dan ze zijn. Het gaat erom dat erkent wordt dat iedereen stigma's heeft en dat hier over gepraat wordt. De studenten worden eerst in groepjes van 3 of 4 studenten onderverdeeld, vervolgens wordt klassikaal het gesprek aangegaan over de stigma's. Op deze manier kunnen studenten van elkaar leren over hun stigma's en kunnen ervaringen uit de persoonlijke omgeving of vanuit stage uitgewisseld worden.

Informatie: Hoe omgaan met stigma?

De training sluit af met hoe met stigma's om te gaan. Hierin worden tips gegeven hoe met stigmatisering om te gaan als hulpverlener en er wordt verwezen naar de website van Samen Sterk zonder Stigma, waar nog veel meer tips te vinden zijn.

Stigmatisering tegengaan

- Durf het aan te geven als je stigma's bij jezelf ontdekt
- Bespreek stigmatisering met collega's en wijs ook hun op stigma's
- Kijk naar succeservaringen en probeer naar positieve doelen toe te werken
- Sluit in taalgebruik aan bij de cliënt en wees genuanceerd
- Vertel in je privéomgeving over succesverhalen over cliënten
- Maak (zelf)stigma bespreekbaar met de cliënt
 - Merk je dat mensen (hulpverleners) je wel eens anders behandelen?
- Meer tips? → samensterkzonderstigma.nl

- Aangeven aan zowel cliënten als collega's

Toegevoegde dia's na de feedback van beroepspraktijk:

Informatie: Waar komt stigma vandaan?

Een dia met verklaringen van waar stigmatisering vandaan komt. Dit zit diepgeworteld in onze natuur en heeft evolutionaire verklaringen. Het is hierbij vooral belangrijk om aan te geven dat stigmatiseren iets menselijks is, wat we allemaal doen. Mensen sluiten mindere groepen uit, omdat dit evolutionair gezien niet goed is voor onze voortplanting en het voortbestaan met het menselijk ras, dit is de evolutietheorie van survival of the fittest. Ook associeren mensen zich liever niet die zij als 'minder' beschouwen omdat we graag bij de beste groep willen horen. Van oudsher werden psychiatrisch cliënten vaak 'weggestopt' in tehuizen en ze maakte weinig deel uit van de samenleving. Juist daarom werden zij als anders gezien. Omdat er vroeger (en eigenlijk nog steeds) weinig bekend was over de oorzaak van psychische problemen waren hier theorieën waarvan we nu weten dat ze niet waar zijn. Zoals dat psychiatrische problemen erfelijk waren en in elke generatie heftiger voorkomen. Dit heeft binnen de samenleving voor een groter publiek stigma gezorgd wat ook nog in de hulpverlening voorkomt. De tendens is steeds meer op psychiatrisch cliënten meer te laten participeren in de maatschappij, het is nog te vroeg om conclusies te trekken over of dit daadwerkelijk stigmatisering tegen gaat.

Informatie: Stigmatisering binnen de hulpverlening

Ten eerste zijn hulpverleners ook gewoon mensen. En zitten hun stigmatiserende net zo diepgeworteld als bij anderen. Daarnaast zijn er ook redenen te noemen waarom hulpverleners extra gaan stigmatiseren. Zo heeft een hulpverlener altijd een machtigere positie dan zijn cliënt, en mensen zijn sneller geneigd te gaan stigmatiseren als zij zich in een hogere positie bevinden dan de ander. Daarnaast krijgen hulpverleners vaak te maken met geweld van cliënten, waardoor ze in de toekomst banger zijn voor geweld en eerder denken dat cliënten gewelddadig kunnen zijn. Dit kan ontwijkende en defensieve reacties oproepen wat op cliënten als stigmatiserend ervaren kan worden. Een andere verklaring is de hoge werkdruk waardoor cliënten sneller frustratie richting cliënten voelen en uiten wat ook stigmatiserend kan werken. Als laatste belangrijke reden wordt genoemd dat hulpverleners mensen met psychische kwetsbaarheden vaak zien in de kwetsbaarste periode van herstel. Ze zijn dag in dag uit bezig met mensen die nog erg kwetsbaar zijn en veel last ervaren van hun stoornis. Dit kan juist stigma veroorzaken omdat je mensen niet ziet als ze al veel verder hersteld zijn.

Opdracht: stellingen

In deze opdracht zijn stellingen uit het spel 'een steekje los' verwerkt. Aan de hand van deze stellingen kan met studenten het gesprek aangegaan worden over hoe zij hierover denken en waar deze opvattingen vandaan komen.

Informatie: Destigmatiserende initiatieven

In deze dia worden meerdere destigmatiserende initiatieven aangeboden. Zoals de zelfstimgatest die bijvoorbeeld met cliënten gedaan kan worden, een anti-stigma opvang die bijeenkomsten organiseert waarbij je bijvoorbeeld kan ervaren hoe het is om een psychische stoornis te hebben en ervaren hoe het voelt om gestigmatiseerd te worden. En 'klopt of kletsboek' waarin stellingen over psychische stoornissen besproken worden en wordt gekeken of deze waar zijn of mythe. Al deze initiatieven, en nog veel meer. Zijn te vinden op:
<https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/goede-voorbeelden/>

Bijlage 6: Feedback beroepsproduct beroepspraktijk

Het beroepsproduct is in de eerste plaats in ontvangst genomen door Ap Gootjes, docent binnen de minor ggz-agoog. Bij de presentatie van het beroepsproduct waren ook Mariette van Erp en Mari van den Broek aanwezig, beide ook docent binnen de minor ggz-agoog. Alle drie de docenten hebben feedback gegeven welke hieronder beschreven is.

Alle drie de docenten hebben aangegeven het erg goed te vinden dat het onderwerp stigmatisering is onderzocht en dat nu ook maar weer eens duidelijk wordt dat het nog echt een groot probleem is wat ook zeker binnen de opleiding aandacht behoeft. Ze staan dan ook positief tegenover een training over het onderwerp en vinden het goed dat dit ontwikkeld is. Over de inzet over ervaringsdeskundigheid zeggen docenten dat zij het goed vinden dat dit kritisch bekeken moet worden en dat het niet de bedoeling is dat de inzet van ervaringsdeskundigen nu af en toe een beetje op 'aapjes kijken' lijkt. Het is dus goed dat er gekeken wordt naar hoe ervaringsdeskundigheid nog beter ingezet kan worden binnen de minor om stigmatisering tegen te gaan.

Als feedback wat nog aangepast kan worden is gezegd dat de training nu nog wel wat te algemeen is. Dingen die toegevoegd kunnen worden zijn: in de training meer aandacht bieden voor de oorzaak van stigmatisering bij hulpverleners, een opdracht toevoegen met stellingen en meer verwijzingen naar websites en anti-stigma initiatieven. Ook wordt aangegeven dat door het onderzoek volledig te richten op de minor ggz-agoog voorbij gegaat wordt aan waar er elders binnen het curriculum van de opleiding aandacht voor het onderwerp is.