

Stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening en hoe HR dit tegen kan gaan

Aukje Smit
Dorien Verhoeven
Tinka van Vuuren

Het verzuim en de instroom in de WIA als gevolg van een psychische aandoening zijn hoog. Dat komt niet alleen door de aandoening, maar ook doordat werknemers met een psychische aandoening daar vaak niet open over durven te zijn. Ze zijn bijvoorbeeld bang dat collega's en leidinggevenden hen buitensluiten of dat ze hun baan verliezen, als bekend wordt wat er aan de hand is. Deze angst is terecht want er bestaan veel vooroordelen over werken met een psychische aandoening en er is sprake van stigmatisering. Het gevolg van niet-open erover zijn is echter dat de werkgever er ook geen rekening mee kan houden. Veel medewerkers met een psychische aandoening staan er daardoor alleen voor, lopen op hun tenen of gaan onderpresteren. Eventuele klachten worden daardoor erger. Werkgevers en HR-professionals kunnen daar wat aan doen. In dit artikel bespreken Aukje Smit, Dorien Verhoeven en Tinka van Vuuren de vooroordelen, de benodigde maatregelen en de strategieën om werkgevers (en dus ook HR-professionals) in beweging te krijgen aan de hand van een literatuuronderzoek naar stigmatisering van werkenden met een psychische aandoening.

Inleiding

Ongeveer twintig procent van de beroepsbevolking heeft een lichte of matige psychische aandoening die veelal goed behandelbaar is, zoals angst of depressie (OECD, 2011). Volgens de OECD (2014) werkt 68 procent van hen en is hun arbeidsparticipatie slechts tien tot vijftien procent lager dan die van mensen zonder een psychische aandoening. Mensen met een ernstige psychische aandoening (zie kader 1 voor een beschrijving van wat onder licht, matig en ernstig wordt verstaan) werken veel minder vaak. Van hen heeft slechts zestien procent een betaalde baan van meer dan twaalf uur per week.

Drs. Aukje Smit is socioloog en sinds 2014 zelfstandig onderzoeker en adviseur voor de inclusieve arbeidsmarkt, en op projectbasis verbonden aan het Kenniscentrum Innovatie & Business van de Hogeschool Utrecht.

Dorien Verhoeven is projectmanager van het project Stigma & Werk van Samen Sterk zonder Stigma. Prof. dr. Tinka van Vuuren is bijzonder hoogleraar Vitaliteitsmanagement aan de Open Universiteit te Heerlen en senior consultant bij Loyalis.

Het is zinvol om onderscheid te maken in lichte, matige en ernstige psychische aandoeningen:

- Lichte tot matige psychische aandoeningen. Deze gaan gepaard met aanpassingsstoornissen (spanningsklachten, overspanning en burn-out), geen of beperkt disfunctioneren en een natuurlijk herstel in de loop van enkele dagen tot enkele maanden.
- Matige tot ernstige psychische aandoeningen. Deze gaan gepaard met angst en stemmingsstoornissen (zoals een depressie), misbruik van middelen (alcohol, drugs, medicijnen), meer disfunctioneren en meer verzuim en een groter risico op chroniciteit. Een professionele behandeling is noodzakelijk.
- Ernstige en langdurige psychische aandoeningen. Hier is sprake van een psychiatrische aandoening die gepaard gaat met ernstige beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren en die niet van voorbijgaande aard is (tenminste enkele jaren).

Bron: Schene, Van Weeghel, Van Dijk & Van der Klink, 2005; Van Weeghel, 2013

Kader 1. Lichte, matige en ernstige psychische aandoeningen

Werknemers met een psychische aandoening hebben vaak moeite om hun werk te behouden. Ze melden zich vaker ziek dan werknemers zonder psychische aandoening en als ze ziek zijn duurt het langer (OECD, 2011). Dat betekent overigens niet dat alle werknemers met een psychische aandoening zich vaak ziek melden. Wel zijn psychische aandoeningen in Nederland de belangrijkste oorzaak van langdurig verzuim. De kosten van verzuim als gevolg van een psychische aandoening bedragen zo'n 2,7 miljard euro. Depressie is de aandoening met de hoogste verzuimkosten, namelijk 1818 miljoen euro (De Graaf, Tuithof, Van Dorsselaer & Ten Have, 2011).

Er zijn verschillende redenen voor het hogere ziekteverzuim van mensen met een psychische aandoening. Uiteraard speelt de aandoening zelf een rol. Een andere reden is dat werkgevers vaak niet goed weten hoe om te gaan met psychische aandoeningen en nog weinig doen aan preventie. Nog een reden is een gebrek aan openheid en stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening (OECD, 2011; OECD, 2014). In dit artikel gaan we nader in op deze laatste reden en bespreken we wat werkgevers en HR-professionals kunnen doen om de situatie te verbeteren. En wel op zo'n wijze dat werknemers geen gevaar lopen dat openheid over hun aandoening juist leidt tot stigmatisering en daardoor meer uitval. Ook gaan we in op strategieën om werkgevers, en dus ook HR-professionals zover te krijgen dat ze de benodigde maatregelen nemen.

Stigmatisering

Ondanks het feit dat psychische aandoeningen veel voorkomen en de behandeling en de prognose in de afgelopen zestig jaar duidelijk zijn verbeterd, bestaan er nog veel vooroordelen en misverstanden (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2016). Mensen met een psychische aandoening worden als anders gezien, gevaarlijk, onvoorspelbaar of niet in staat om te werken. Ze worden daardoor vaak gemeden, gediscrimineerd en uitgesloten. Deze problematiek wordt ook wel stigmatisering genoemd: een proces waarin een groep personen negatief gelabeld, veroordeeld en uitgesloten wordt op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen en waarvoor de betrokkenen min of meer verantwoordelijk worden gehouden (Kienhorst, 2014). Er zijn verschillende vormen van stigma (zie kader 2).

- Publiek stigma: stigmatisering vanuit de maatschappij. Mensen worden onder andere beïnvloed door wat de diverse media laten zien over personen met een psychische aandoening. Vaak is dat niet zo positief. Dat iedereen een psychische aandoening kan krijgen en dat herstel vaak goed mogelijk is, blijft in de mediaberichtgeving juist onderbelicht.
- Structureel stigma: ongelijkheid die is verankerd in cultuur en wet- en regelgeving. Een voorbeeld is discriminatie bij verzekeringen als gevolg van het hebben van een psychische aandoening.
- Zelfstigma: personen in kwestie hebben de veronderstelde negatieve oordelen van anderen verinnerlijkt. Naarmate iemand het stigma meer internaliseert, kan het meer nadelige effecten hebben op iemands zelfvertrouwen, geloof in eigen kunnen en het onderhouden van sociale contacten.

Bron: Van Weeghel et al., 2016

Kader 1. Vormen van stigma

Stigmatisering is één van de belangrijkste problemen die mensen met een psychische aandoening ervaren. Het is een zeer hardnekkig fenomeen en moeilijk te doorbreken. Om deze reden hebben het Landelijk Platform GGZ (LPGGz), Fonds Psychische Gezondheid (FPG), GGZ Nederland, en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in 2013 Samen Sterk zonder Stigma opgericht. Deze organisatie werkt aan een samenleving waarin iedereen open kan zijn over psychische aandoeningen door mensen bewust te maken van vooroordelen en de impact ervan. Voor het project Stigma & Werk liet Samen Sterk zonder Stigma een literatuurstudie uitvoeren (Smit, 2014). Deze studie van Smit (2014) vormt de basis voor dit artikel, en was gericht op de volgende vragen:

1. Wat zijn vooroordelen van werkgevers en leidinggevenden over werknemers met een psychische aandoening?

2. Welke maatregelen kunnen werkgevers nemen om stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening tegen te gaan?
3. Welke strategieën bevorderen dat werkgevers die maatregelen nemen?

Methode

Bij de opzet van de literatuurstudie is gekozen voor een pragmatische, maar wel gedegen aanpak. Hieronder wordt de aanpak nader toegelicht.

Voorbereiden

De eerste fase betreft het voorbereiden van de literatuurstudie. De volgende activiteiten zijn ondernomen:

- Experts benaderen met de vraag wat volgens hen belangrijke kernpublicaties zijn. In totaal hebben zeven experts van het Trimbos-Instituut, TNO, ZonMw, Samen Sterk zonder Stigma en UWV input gegeven.
- Zoekterrein nader afbakenen. De literatuurstudie omvatte alleen op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde artikelen, boeken en rapporten die de afgelopen tien jaar in binnen- en buitenland (Nederlands en Engelstalig) zijn verschenen.
- Opstellen zoektermen. Hiervoor is gebruik gemaakt van verschillende hulpbronnen: woordenboeken, encyclopedie en termen in de al beschikbare literatuur. Gehanteerde Nederlandse zoektermen waren bijvoorbeeld de combinatie psychische aandoeningen – werkgever – vooroordelen. Gehanteerde Engelse zoektermen waren bijvoorbeeld de combinatie van people with mental illness – employer – stigma.

Systematisch zoeken

In deze fase is relevante literatuur verzameld. Daarvoor is gebruik gemaakt van tips van de experts, secundaire publicaties, Google en Google Scholar. Secundaire publicaties bieden een overzicht van wat in een bepaald vakgebied over een bepaald onderwerp verschenen is – in bijvoorbeeld wetenschappelijke tijdschriftartikelen, boeken, open access publicaties en proefschriften – en zijn goed te vinden op Google Scholar. Deze zoekmachine doorzoekt geselecteerde databases en websites waardoor wetenschappelijke publicaties gemakkelijk gevonden kunnen worden.

De literatuur is geselecteerd op basis van (1) de titel, (2) samenvattingen die ingaan op de zoektermen (3) beschikbaarheid en toegankelijkheid van de publicatie en (4) de volledige tekst.

Bestuderen literatuur

In deze fase is alle verzamelde literatuur gescand en zijn referenties gecheckt op relevantie voor de onderhavige literatuurstudie. Daarbij zijn de volgende criteria gehanteerd:

- De publicaties zijn in het Nederlands of Engels verschenen.
- De publicaties zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.
- In alle studies moet aandacht worden besteed aan vooroordelen over

of stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening, maatregelen die werkgevers kunnen nemen om stigmatisering tegen te gaan en/of strategieën om werkgevers zover te krijgen deze maatregelen te nemen.

In totaal waren ruim negentig publicaties geselecteerd voor nadere analyse. Daarvan werden op basis van bovenstaande criteria elf publicaties als niet relevant gedefinieerd. In de literatuur over stigma en vooroordelen over psychische aandoeningen wordt namelijk niet altijd duidelijk onderscheid gemaakt tussen ervaringen van werkzoekenden vs. werknemers met zo'n aandoening. Literatuur die duidelijk alléén over de ervaringen van werkzoekenden met een psychische aandoening ging en/of het aannamegedrag van werkgevers is buiten beschouwing gelaten.

Analyse en rapportage

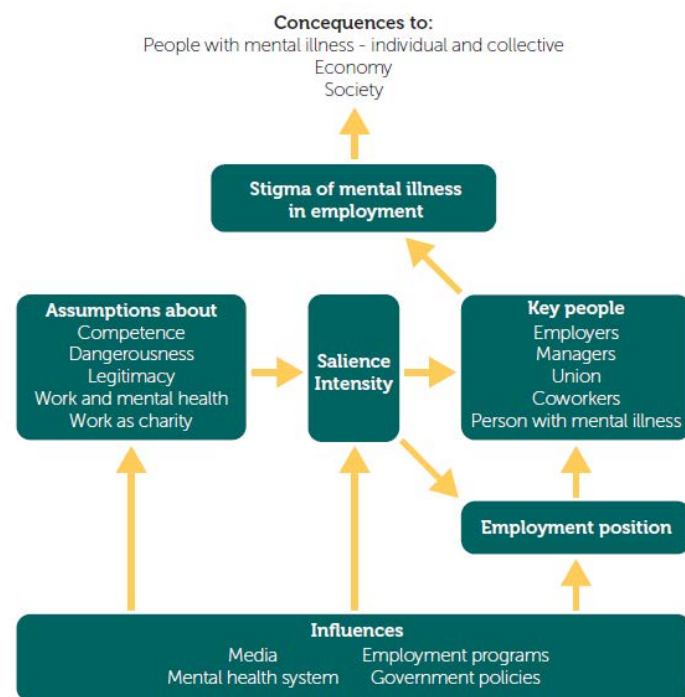
Bij het bestuderen van de literatuur zijn de relevante bevindingen voor de verschillende onderzoeksvragen in een schema geplaatst. Vervolgens zijn de bevindingen per onderzoeksvraag beschreven in een rapport.

Resultaten

We bespreken de resultaten van de literatuurstudie aan de hand van de drie onderzoeksvragen. Achtereenvolgens gaan we in op (1) vooroordelen over werknemers met een psychische aandoening, (2) maatregelen die werkgevers, en dus ook HR-professionals, kunnen nemen en (3) strategieën om werkgevers zover te krijgen dat ze die maatregelen gaan nemen.

1. Vooroordelen over werknemers met een psychische aandoening

Aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan naar stigma in de werkcontext, ontwikkelden Krupa, Kirsh, Cockburn en Gewurtz (2009) op basis



Bron: Krupa et al. (2009)

Figuur 1. Theoretisch kader

van een analyse van Canadese literatuur en interviews bij sleutelpersonen een theoretisch kader (figuur 1). Het kader laat zien dat stigma op het werk niet op zichzelf staat, maar wordt beïnvloed door zowel de media, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), re-integratiepraktijk als de overheid. Volgens Krupa et al. (2009) zijn de media zelfs een drijvende kracht bij het ontstaan van stigma in de samenleving. Met name zorgelijk is het beeld in de media dat mensen met een psychische aandoening gevaarlijk zijn. Ook van Weeghel et al. (2016) wijzen op de rol van de media en de hulpverlening bij het ontstaan van stigmatisering, al gaan zij niet specifiek in op de gevolgen voor werknemers met een psychische aandoening.

De intensiteit van vooroordelen op het werk kan verschillen, afhankelijk van de positie en de verantwoordelijkheid van de persoon met vooroordelen. Krupa et al. (2009) onderscheiden werkgevers, managers, leden van ondernemingsraden, collega's en de werknemers met een psychische aandoening zelf (zelfstigma). In de bestudeerde literatuur worden deze rollen meestal niet apart benoemd. Het onderzoek is veelal gericht op de werkgever, vaak in de persoon van de leidinggevenden.

Uit de literatuur blijkt dat de volgende vooroordelen over werknemers met een psychische aandoening veel voorkomen:

Vooroordeel 1: Werknemers met een psychische aandoening zijn gevaarlijk of onvoorspelbaar

Het meest voorkomende vooroordeel dat leeft onder werkgevers is dat werknemers met een psychische aandoening agressief en emotioneel instabiel zijn en bizar gedrag vertonen (Van Beek, Henderikse & Van Doorne-Huiskes, 2011; Schultz, Krupa & Rogers, 2011). Ook zouden werknemers met een psychische aandoening niet betrouwbaar zijn, onvoorspelbaar en moeilijk te begeleiden. Daarnaast denkt men dat stressfactoren die bij regulier werk horen, bij de doelgroep agressie kunnen oproepen (Krupa et al., 2009). Tot slot is men bang dat een psychische aandoening de mogelijkheid om veilig te werken belemmert (Krupa et al., 2009; Gates & Akabas, 2011).

Vooroordeel 2: Werknemers met een psychische aandoening kunnen niet goed voldoen aan de eisen die het werk stelt

Veel werkgevers denken dat werknemers met een psychische aandoening minder goed presteren dan werknemers zonder psychische aandoening (Gates & Akabas, 2011; Krupa et al., 2009). Zo denken ze dat deze werknemers weinig flexibel en veel afwezig zijn, veel supervisie nodig hebben en moeite hebben met kritiek. Ook zouden ze ongeschikt zijn voor banen waarin hoge eisen worden gesteld en waarbij sprake is van beslissingsbevoegdheid en/of interactie met klanten. Dat laatste komt doordat werkgevers denken dat werknemers met een psychische aandoening niet goed kunnen samenwerken en (te) weinig sociale vaardigheden hebben (Van Beek et al., 2011; Verveen & Van Petersen, 2007; Van Petersen, Vonk & Bouwmeester, 2004).

Vooroordeel 3: Een psychische aandoening is geen legitieme, wettelijk erkende aandoening

Uit de literatuur blijkt dat veel werkgevers denken dat werknemers met een psychische aandoening hun label zien als goedkeuring om verantwoordelijkheden te ontduiken of speciale privileges te ontvangen. Werk gerelateerde problemen worden nogal eens beschouwd als gebrek aan doorzettingsvermogen en een zwak karakter (Krupa et al., 2009; Schultz et al., 2011). De onzichtbaarheid van de aandoening versterkt deze aannames, evenals het feit dat de collega's zelf ook last hebben van stress op het werk (Krupa et al., 2009).

Vooroordeel 4: Werk is stressvol en daarom niet gezond voor werknemers met een psychische aandoening

Het huidige werk is behoorlijk stressvol en juist de doelgroep zou daar niet goed mee kunnen omgaan (Schultz et al., 2011, Verveen & Van Petersen, 2007; Van Petersen, Vonk & Bouwmeester, 2004). Werknemers met een psychische aandoening melden zich volgens een meerderheid van leidinggevendenden daarom vaker ziek dan werknemers zonder zo'n aandoening (Krupa et al., 2009; Verveen & Petersen, 2007; Petersen et al., 2004). Ook bestaat de veronderstelling dat ze veel privileges en werkaanpassingen nodig hebben (Gates & Akabas, 2011).

Vooroordeel 5: Werknemers met een psychische aandoening in dienst houden kost de werkgever extra tijd en geld en is daarom een vorm van liefdadigheid

Het in dienst hebben van iemand met een psychische aandoening zou haaks staan op het primaire doel van werkgevers: productiviteit, winst maken, efficiënt werken. Werkgevers maken zich vooral zorgen over de extra tijd en kosten die werknemers met een psychische aandoening met zich meebrengen voor de leidinggevende en HR-functionaris. Een deel van de werkgevers geeft expliciet aan dat hun bedrijf geen sociale werkplaats is (Krupa et al., 2009).

De aannames zijn heel krachtig omdat ze impliciet zijn en er over psychische aandoeningen op het werk niet gesproken wordt. De mening van werkgevers is veel negatiever over werknemers met een psychische aandoening, dan over werknemers met een fysieke aandoening (Petersen et al., 2004; Verveen & Petersen, 2007). De intensiteit van de aannames loopt wel uiteen: van overtuigingen die diep geworteld en resistent tegen verandering zijn, tot overtuigingen die primair wijzen op een gebrek aan bewustzijn en kennis. Zo maakt het uit wat voor aandoening iemand heeft en de mate van kennis daarover (Manning & White, 1995). Er zijn studies waaruit blijkt dat personeelsmanagers en leidinggevendenden met meer informatie over psychische aandoeningen, minder vooroordelen hebben (Biggs, Hovey, Tyson & Macdonald, 2010; Kay, Jans & Jones, 2011). Meer kennis van depressie en angst leidde bijvoorbeeld tot betere reacties van werkgevers tegenover werknemers met deze problemen. Het voorspelt echter niet een betere houding tegenover mensen met andere psychische aandoeningen (Manning & White, 1995). Werkgevers zijn ook vaker positief of minder negatief als ze iemand met een psychische aandoening

kennen en/of er positieve ervaringen mee hebben (Van Beek, Van Geel, Oortwijn, Pickles & Versteegh, 2014; Brohan, Henderson, Wheat et al., 2012; Schultz et al., 2011).

Gevolgen van de vooroordelen: een vicieuze cirkel

De vooroordelen hebben veel gevolgen voor werknemers met een psychische aandoening. Uit recent onderzoek in 35 landen blijkt dat 62,5% van de mensen met een depressie in een werkomgeving discriminatie heeft ervaren en/of daarop had geanticipeerd (Brouwers, Matijssen, van Bortel et al., 2016). Onderzoeken laten zien dat de vooroordelen tot minder promotiemogelijkheden leiden, dat fouten worden toegeschreven aan de aandoening, tot roddelen en subtiele vormen van uitsluiting (Krupa et al., 2009). Uit onderzoek in Nederland blijkt dat mensen met een psychische aandoening na verzuim vaak vijandig benaderd worden en minder verantwoordelijkheden krijgen. In een tijdelijke baan maken ze, vergeleken met werknemers zonder psychische aandoening, weinig kans op contractverlenging, behoud van werk bij een reorganisatie en (extra) inzet van de werkgever bij re-integratie (Houtman, Kok, Van der Klauw, Lammers, Jansen & Van Ginkel, 2012). Ook negatieve loonverschillen als gevolg van stigma komen voor (Baldwin & Marcus, 2011).

Uit angst voor dit soort consequenties durven werknemers met een psychische aandoening vaak niet te zeggen wat er met hen aan de hand is. Ze blijven dan werken in onbevredigende situaties, waarbij ze bijvoorbeeld meer uren werken dan hun gezondheid toelaat en ze mijden collegiale vriendschappen (Harder, Wagner & Rash, 2014). Het gevolg is dat ze er alleen voor staan, op hun tenen moeten lopen of gaan onderpresteren en eventuele klachten erger kunnen worden (Stuart, 2004; Stuart, 2006). Uiteindelijk leidt deze situatie ook tot een lagere productiviteit, meer verzuim en een bevestiging van de vooroordelen (OECD, 2011).

2. Maatregelen die werkgevers kunnen nemen om stigmatisering tegen te gaan

Om deze vicieuze cirkel te doorbreken is het cruciaal dat de aandoening bij de werkgever bekend is. Alleen dan kan hij de steun en eventuele werk-aanpassingen bieden die de werknemer nodig heeft om goed te functioneren (Gates & Akabas, 2011; Kirsch & Gewurtz, 2011; Schultz, Krupa & Rogers, 2011). Dat betekent dat de werkomgeving tolerantie en openheid moet bevorderen zodat 'uit de kast komen' meer voordelen dan nadelen oplevert. Daarnaast moet voorkomen worden dat het werk de oorzaak is van (erger worden van) psychische klachten (OECD, 2011).

Mentaal gezondheidsbeleid en diversiteitsbeleid

Veel aanbevelingen in de literatuur gaan over het (in)voeren van een goed mentaal gezondheidsbeleid en een diversiteitsbeleid. Een mentaal gezondheidsbeleid bestaat uit maatregelen gericht op reductie van psychosociale risico's in het werk (zoals discriminatie), het bevorderen van psychische gezondheid, verminderen van psychische klachten en bevorderen van terugkeer naar werk na verzuim (Houtman & Gründemann, 2014). Preventie is een heel belangrijk onderdeel van mentaal gezondheidsbeleid. Voordeel van een preventieve benadering is dat er nog geen

probleem is. Dat maakt het voor werknemers met en zonder psychische aandoening laagdrempeliger om aan interventies mee te doen (Harder, Wagner & Rash, 2014).

Diversiteitsbeleid betreft alle activiteiten binnen een organisatie die bijdragen aan het optimaal en duurzaam benutten van de talenten van alle medewerkers, rekening houdend met hun onderlinge verschillen én overeenkomsten (De Vries, Van der Ven, Nuyens, Stark, Van Schie & Van Sloten, 2005). Dit betekent dat niet de psychische aandoening centraal staat maar het achterliggende probleem, bijvoorbeeld vooroordelen van collega's of het niet geconcentreerd kunnen werken in een kantoortuin. Een groot voordeel van goed diversiteitsbeleid is dat niet alleen werknemers met een psychische aandoening, maar alle werknemers daar profijt van hebben (Bell, 2012; Gates & Akabas, 2011; Kirsch & Gewurtz, 2011; Schultz, Krupa & Rogers, 2011; De Vries et al., 2005; Harder, Hawley & Steward, 2011).

Veilige inclusieve cultuur

Bij zowel diversiteitsbeleid als mentaal gezondheidsbeleid is een veilige inclusieve organisatiecultuur een belangrijke succesfactor. Werknemers zijn veel eerder open over hun psychische aandoening in een ondersteunende werkomgeving waar ze zich gewaardeerd en geaccepteerd voelen (Wheat, Brohan, Henderson & Thornicroft, 2012; Harder, Wagner & Rash, 2014; Plaisier, De Bruijn & Smit, 2005). De literatuur gaat echter weinig in op de kenmerken van diversiteits- en mentaal gezondheidsbeleid die bijdragen aan een veilige inclusieve cultuur voor werknemers met een psychische aandoening. De volgende aanknopingspunten komen wel naar voren:

- Direct en positief contact tussen mensen mét en zonder psychische aandoening is het effectiefst bij destigmatisering (Kienhorst, 2014; Thornicroft, 2006; Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007). Diversiteit gaat echter gepaard met emotie, en daarom is het belangrijk dat men in dialoog komt en blijft. Er ontstaat alleen draagvlak voor verandering als er ook ruimte is om deze emoties bespreekbaar te maken. Er zijn verschillende, in de praktijk getoetste methoden om zo'n dialoog te voeren (De Vries, 2010).
- Het is belangrijk dat niet alleen de top, maar alle leidinggevenden openlijk commitment tonen aan diversiteit, waaronder psychische diversiteit. Dit wordt ook als zodanig ervaren door werknemers uit de doelgroep (o.a. Schultz et al., 2011).
- Informatie over psychische aandoeningen en stereotypering is belangrijk om mythes en negatieve stereotypen door feiten en adequate informatie te ontkrachten (Kienhorst, 2014). 'Disability awareness' trainingen kunnen stereotypering verminderen. Trainingen van een slechte kwaliteit kunnen echter een averechts effect hebben. De kwaliteit van de trainingen behoeft daarom speciale aandacht (Bell, 2012).
- Transformationeel leiderschap verbetert de prestaties van werknemers, met name als de diversiteit groot is (Bohm et al., 2011; Harder, Wagner

& Rash, 2014). Daarbij geeft de leidinggevende het goede voorbeeld, geeft hij richting aan teamvisie en –doelen en houdt hij tegelijkertijd ook goed rekening met de individuele behoeften van medewerkers. Voor de medewerker met een psychische aandoening is het daarbij heel belangrijk dat een leidinggevende hulp aanbiedt (maatwerk in de aansturing). Het verlaagt de kans dat de werknemer zich ziek meldt en verhoogt de kans op ‘uit de kast komen’ (Evans-Lacko & Knapp, 2014).

- Werkgevers kunnen aan werknemers informatie geven over CORAL (Conceal or Reveal). Dit is een effectief bewezen beslissingsmethode die werknemers met een psychische aandoening helpt te bepalen of en hoe ‘uit de kast komen’ verstandig is (Harder, Wagner & Rash, 2014; Henderson, Williams, Little & Thornicroft, 2013).

Helaas hebben nog maar weinig organisaties een diversiteitsbeleid waarbij ook aandacht is voor openheid over psychische diversiteit. Ook een goed mentaal gezondheidsbeleid, waaronder een preventief verzuimbeleid, staat in veel organisaties nog in de kinderschoenen. Er zijn dus ook nog maar weinig goede voorbeelden waar we van kunnen leren. Werk-aanpassingen zijn in de praktijk bijvoorbeeld vaak alleen gericht op de werknemer met een psychische aandoening, terwijl de rest van de medewerkers er weinig aan heeft. Een belangrijke voorwaarde voor inclusie is juist dat aanpassingen door collega's als rechtvaardig worden beschouwd. Aanpassingen, zoals de mogelijkheid om thuis te werken, ook toegankelijk maken voor andere medewerkers leidt veel eerder tot draagvlak en inclusieve interactieprocessen (Thornicroft, 2006; Bohm, Dwertmann & Baumgartner, 2011).

3. Strategieën die bevorderen dat werkgevers de maatregelen nemen

Er zijn verschillende strategieën om te bevorderen dat werkgevers maatregelen nemen die stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening tegengaan. De effecten zijn echter niet altijd positief of substantieel, of ze zijn afhankelijk van bepaalde factoren. Houtman et al. (2012) laten dat goed zien in hun onderzoek naar redenen waarom werkgevers wel en niet maatregelen nemen om werk gerelateerde risico's aan te pakken, gezondheid van werknemers te verbeteren en verzuim te verminderen. Het blijkt dat werkgevers ‘gevoelig’ zijn voor (wettelijke) verplichtingen (al dan niet afhankelijk van de mate van handhaving), maar dat intrinsieke of extrinsieke motivatie ook een reden is om maatregelen wel of niet te nemen. De financiële kant van maatregelen is een issue waarvoor alle werkgevers gevoelig zijn. Ze kunnen daar echter heel verschillend naar kijken, zowel positief als negatief. Als het probleem gevoelig ligt of moeilijk is aan te pakken, zoals bij werkdruk, dan is dat ook een reden om geen maatregelen te treffen.

De onderzochte strategieën om stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening tegen te gaan, zijn discriminatiewetgeving en anti-stigma campagnes.

Discriminatiewetgeving

Stigmaonderzoekers pleiten voor een focus op discriminatiewetgeving omdat gebleken is dat meer kennis over psychische aandoeningen niet voldoende is voor een positievere houding (Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007). Een andere reden is dat werkgevers er beter mee uit de voeten kunnen. Everett (2004, p.p. 114) verwoordt het als volgt: *“Als je het over anti-stigma hebt dan gaat het over ‘normale’ mensen die aardig moeten zijn voor ‘niet-normale’ mensen. Het is tijd om de term stigma te vervangen door discriminatie. Dat opent een dialoog over rechten en verantwoordelijkheden. Werkgevers en werknemers snappen de term”*.

Echter, het is nog maar de vraag of een focus op discriminatie in combinatie met anti-discriminatiewetgeving de beste strategie is. Bedrijven zetten in het buitenland althans eerder maatregelen in om rechtszaken te vermijden en tegemoet te komen aan wetgeving, dan dat ze het doen vanwege een positieve attitude tegenover mensen met een psychische aandoening (Angermeyer & Dietrich, 2006). Scheid (2005) ziet daarbij wel verschil tussen werkgevers. Bij anti-discriminatiewetgeving zou de helft van de werkgevers zich aanpassen omdat ze bang zijn voor een rechtszaak, en de andere helft uit normatieve overwegingen omdat ze denken dat het juist is om te doen. Uit zijn onderzoek blijkt dat werkgevers die normatief zijn het een goede zaak vinden dat ze eraan herinnerd werden dat ze mensen met psychische aandoening niet moeten discrimineren. Werkgevers die bang zijn voor een rechtszaak zijn meer geneigd tot stigmatisering en vinden ook vaker dat ze geen verantwoordelijkheid hebben voor de psychische gezondheid van hun werknemers. Ze zijn het er ook niet mee eens dat stress op het werk een belangrijke oorzaak van psychische ziekte is.

Anti-stigmacampagnes

Op verschillende plekken in de wereld zijn grote anti-stigmaprogramma's uitgevoerd. Uit de resultaten worden wisselende conclusies getrokken. Vaak wordt geconstateerd dat het een kwestie is van twee stappen vooruit en een stap terug. Eén van de oorzaken daarvan is dat educatie over stereotypen wel werkt in de zin dat de kennis blijft hangen, maar dat het nog geen effect heeft op het gedrag (Harder, Hawley & Steward, 2014; Stuart, Arboleda-Florez & Sartorius, 2012). Volgens Kienhorst (2014) is voorlichting effectiever als deze doelgroepgericht is, dus specifiek gericht op werkgevers. Dat is onder andere het geval bij de Engelse communicatiecampagne Time-To-Change. In deze campagne wordt openheid en praten over psychische aandoeningen actief gestimuleerd. Adviseurs helpen werkgevers bij het tegengaan van discriminatie en geven voorlichting over mentale gezondheid op het werk. Bedrijven kunnen ook lid worden van een netwerk en ervaringen met elkaar delen. De resultaten van de campagne zijn geëvalueerd voor de periode 2006-2010. De kosten waren 24,8 miljoen euro en het resultaat was enkele procenten minder discriminatie (Kienhorst, 2014). Het blijkt dat de campagne het bewustzijn heeft vergroot, ook bij werkgevers. Ze zien werknemers met een psychische aandoening minder vaak als een risico wat betreft hun betrouwbaarheid, direct klantcontact of met betrekking tot reacties van directe collega's.

Verder is er meer sprake van formeel beleid voor psychische gezondheid en zijn werkplekaanpassingen normaler.

Henderson et al. (2013) geven aan dat een belangrijke beperking van de evaluatie bij werkgevers was dat het niet mogelijk was om te bepalen of de veranderingen echt het gevolg waren van Time-To-Change. Toch acht zij de resultaten bemoedigend, ook omdat er sprake is van consistentie tussen verbeteringen in kennis, houding en gedrag. Stigma-onderzoekers hebben de resultaten echter kritisch besproken omdat de campagne gezien de hoge kosten toch relatief weinig heeft opgeleverd.

Randvoorwaarden

Een belangrijke randvoorwaarde om werkgevers maatregelen te laten nemen is dat een beroep gedaan kan worden op middelen, informatie en steun. Ook moeten bedrijven de noodzaak inzien van de maatregelen en een zekere mate van urgentie voelen (Houtman et al, 2012; Kay, Jans & Jones, 2011). Het verminderen van psychosociale arbeidsbelasting levert een lager verzuim, meer productiviteit en minder uitval op (Harder, Rash & Wagner, 2014). Studies tonen aan dat de meeste werkaanpassingen weinig tot niets kosten, en tot verbetering leiden op het gebied van productiviteit, interacties met collega's, stressniveaus, attitudes en werkklimaat (Von Schrader, Malzer & Bruyere, 2013).

Discussie

Het tegengaan van stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening is een redelijk onontgonnen onderzoeksterrein. Veel literatuur komt uit het buitenland. Het is belangrijk om dit ook voor de Nederlandse context goed te onderzoeken zodat strategieën en beleid daarop kunnen aansluiten. Kenmerkend voor Nederland is bijvoorbeeld de lange verplichting tot loondoorbetaling bij ziekte (twee jaar). Het is goed mogelijk dat dit bijdraagt aan de stigmatisering door werkgevers. Ook kan het de aanpak ervan belemmeren.

Een klein duwtje kan intrinsiek gemotiveerde werkgevers al in beweging brengen (Houtman et al., 2013). Stimulerende maatregelen zijn er echter niet, ook al zouden die heel goed effectief kunnen zijn. Experimenten en onderzoek naar 'nudges' (dit zijn subtiele duwtjes in de goede richting) zijn daarom aan te raden, bijvoorbeeld een korting bij bewezen effectieve trainingen, een prijs voor werkgevers die het goede voorbeeld geven of stimulerende projecten van A&O-fondsen.

Opvallend is dat veel onderzoekers aanbevelen om een diversiteitsbeleid en mentaal gezondheidsbeleid te voeren, en daarbij aangeven dat het vooral gaat om een veilige inclusieve organisatiecultuur. Er wordt echter maar weinig uitgewerkt wat de aandachtspunten daarbij zijn als het gaat om de problematiek van werknemers met een psychische aandoening. Ook maken de onderzoekers geen onderscheid tussen maatregelen naar de verschillende vooroordelen die er zijn. Relevant onderzoek naar best practices van werkgeversbeleid is ook niet gevonden.

In veel onderzoek worden ‘werknemers met een psychische aandoening’ als een grote, eenvormige groep beschreven. We veronderstellen dat er zeker verschillen zijn, bijvoorbeeld in de vooroordelen en de mate van stigmatisering, afhankelijk van het soort en de ernst van de aandoening. Het gevaar van het label ‘psychische aandoening’ kan zijn dat men daarbij vooral de heftiger vormen voor ogen heeft en daar dus op reageert. Dat kan het beeld flink vertekenen.

Kortom, nader onderzoek is hard nodig naar stigmatisering van werknemers met een psychische aandoening in Nederland, naar succesfactoren bij goed werkgeversbeleid en effectieve beïnvloedingsstrategieën om werkgevers - en dus ook HR-functionarissen - daarvoor in beweging te krijgen.

Conclusie

Psychische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een verminderde productiviteit op het werk en een hoog ziekteverzuim. Gebrek aan openheid en stigmatisering zorgen voor veel persoonlijk leed en nog meer verzuim. Vanuit bedrijfsmatig belang is het zeer wenselijk dat werkgevers meer rekening houden met werknemers met een psychische aandoening. Hiervoor is het echter nodig dat deze werknemers open zijn over hun psychische aandoening. Werknemers zijn echter bang dat deze openheid zich tegen hen keert en dat zij gestigmatiseerd worden. Stigmatisering betreft het negatief labelen, veroordelen en uitsluiten op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen en waarvoor de betrokkenen min of meer verantwoordelijk worden gehouden. Werknemers met psychische aandoeningen vrezen vooral dat zij, als zij open zijn over hun aandoening, gezien worden als gevaarlijk, onvoorspelbaar of niet in staat om te werken. Het is van belang dat deze stigmatisering tegen wordt gegaan. Als dat het geval is dan kunnen werknemers open zijn, zonder dat zij bang hoeven te zijn negatief te worden bejegend en hun werk te verliezen.

HR-professionals kunnen een belangrijke rol spelen door het invoeren van een goed diversiteits- en mentaal gezondheidsbeleid, zorgen voor steun voor werknemers met een psychische aandoening en het in huis halen van de benodigde kennis en advisering. Bovenal kunnen zij dit doen door het bewerkstelligen van een veilige inclusieve organisatiecultuur. Een dergelijke cultuur is bij diversiteits- en mentaal gezondheidsbeleid een belangrijke succesfactor. Toch staat nog slechts een handvol werkgevers hier bewust bij stil.

Strategieën die bevorderen dat werkgevers dergelijke maatregelen nemen en die ook onderzocht zijn, zijn anti-discriminatiewetgeving en anti-stigma campagnes. De effecten van deze strategieën zijn echter niet altijd positief of substantieel. Meer onderzoek naar de vooroordelen en succesfactoren van deze en andere strategieën en het genereren van goede praktijkvoorbeelden is dan ook hard nodig.

SUMMARY

This article concerns the results of a literature study on the stigmatization of employees with a mental disorder. The study shows that fear of stigma will lead employees to being secretive about their disease. This leads to a vicious circle resulting in decreased productivity, sick leave and self-fulfilling prejudices. In order to break this circle it is crucial that a mental disorder is communicated to the employer. Only then will this enable employers to make the necessary adaptations to the work(place). However, workers fear that this openness works against them, and that they will get a stigma. Employees with a mental disorder especially fear to be seen as dangerous, unpredictable or unable to work. It is therefore important that this stigma is counteracted, so employees do not have to be afraid of negative prejudices, and (even worse) losing their jobs. The most important challenge for employers is therefore to provide an inclusive organization culture. HR has a major role in discussing psychic diversity and prejudices at the workplace, in providing training, advice and education for employers, and in the development and implementation of a program for diversity and mental health and work. The article ends with practical implications for HR to make this possible.

Literatuur

- Angermeyer, M.C., Dietrich, S. (2006) *Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies*. In: Acta Psychiatrica Scand., 113: pp. 163 – 179.
- Baldwin, M. & Marcus, S. (2011). Stigma, discrimination and employment outcomes among persons with mental disabilities. In: Schultz, I. & Robers., E. (red.): *Work accommodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Beek, L. van, Van Geel, S., Oortwijn, W., Pickles, A., Versteegh, M. (2014). *Zo gek nog niet, aan het werk met een psychische stoornis. Vooronderzoek: literatuurstudie*. Rotterdam: Ecorys.
- Beek, A. van, Henderikse, W. & Van Doorne Huisjes, A. (2011). *Diversiteit en kwaliteit. Een literatuuronderzoek naar nieuwe bevindingen op het gebied van kwaliteit en diversiteit*. Zeist: VanDoorneHuisjes en partners.
- Bell, M. (2012). *Diversity in organizations*. Arlington: University of Texas.
- Biggs, D., Hovey, N., Tyson, P.J. & Macdonald, S. (2010). Employer and employment

agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. In: *Journal of mental health*, 19(6), pp. 505-16.

Bohm, S., Dwertmann, D. & Baumgartner, M. (2011). How to deal with disability-related diversity: opportunities and pitfalls. In: *Disability management and workplace integration*. Burlington: Gower Publishing Company.

Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., et al. (2012). *Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated work disclosure of a mental health problem in the workforce*. The British Journal of Psychiatry, 12(11).

Brouwers, E., P., M., Matijssen, J., Bortel van, T. et al. (2016). *Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries*. BMJ Open, 6(2), (e009961), 10.1136/bmjopen-2015-009961.

Evans-Lacko, S. & Knapp, M. (2014) *Importance of social and cultural factors for attitudes, disclosure and time off work for depression: findings from a seven country european study on depression in the workplace*. PLOS ONE, www.plosone.org, volume 9, issue 3, e91053.

Everett, B. (2004). *Best practices in workplace mental health: An area for expanded research*. In: *Healthcare papers*. Vol. 5, No 2, Special issue.

Gates, L. & Akabas, S. (2011). Inclusion of people with mental health disabilities into the workplace: accommodations as a social process. In: I. Schultz & E. Rogers (red.), *Work accommodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.

Graaf, R. de, Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., & Ten Have, M. (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Harder, H., Hawley, J. & Steward, A. (2011). Disability management approach to job accommodation for mental health disability. In: I. Schultz & E. Rogers (red.), *Work accommodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.

Harder, H., Wagner, S. & Rash, J. (2014). *Mental illness in the workplace. Psychological disability management*. Wey Court East: Gower Publishing Limited.

Henderson, C., Williams, P., Little K. & Thornicroft, G. (2013). Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010. In: *The British Journal of Psychiatry*, pp. 70-76.

Houtman, I. & Grundemann, R. *Joint action on mental health and well-being*, WP 'Work'. Hoofddorp: TNO.

- Houtman, I., Kok, L., Van der Klauw, M., Lammers, M., Jansen, Y. & Van Ginkel, W. (2012). *Waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen wel of niet nemen: resultaten van een kwalitatief onderzoek*. Hoofddorp: TNO.
- Kay, H., Jans, L.H. & Jones, E.C. (2011). Why don't employers hire and retain workers with disabilities? In: *Occupational Rehabilitation* 21(4), pp. 526-536.
- Kirsch, B. & Gewurtz, K. (2011). Organizational culture and work issues for individuals with mental health disabilities. In: I. Schultz & E. Rogers (red.), *Work accommodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Kienhorst, G. (2014). *Wegwijzer stigmabestrijding in de ggz. Gids naar praktijken die werken. Lessen, praktijken en voorbeelden*. Kenniscentrum Phrenos, Stichting Samen Sterk zonder Stigma, GGZ Drenthe, Kim Helmus.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L. & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. In: *Work*, 33(4), pp. 413-425.
- Manning, C. & White, P. (1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin* 19, pp. 541-543.
- OECD (2011). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. OECD.
- OECD (2014). *Fit mind, fit job. From evidence to practice in mental health and work*. OECD.
- Petersen, A. van, Vonk, M. & Bouwmeester, J. (2004). *Onbekend maakt onbemind. Attitude onderzoek naar de positie van arbeidsgehandicapten op de arbeidsmarkt*. Leiden: Research voor Beleid.
- Plaisier, I., De Bruijn & Smit, H. (2005). Gek op je werk? Een onderzoek naar factoren voor werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, nr. 2, pp. 143-155.
- Scheid, T.L. (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disability Act. *International Journal of the Law and Psychiatry*, 28, 670-690.
- Schene, A., Van Weeghel, J., Van Dijk, F. & Van der Klink, J. (2005). *Psychische aandoeningen en arbeid. I. de achtergronden. II. de interventies*. In: Schene et al. (red.). *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum: pp. 233-272.
- Schrader, S. von, Malzer, V. & Bruyere, S. (2013). Perspectives on disability disclosure: The importance of employer practices and workplace climate. In: *Em-*

ployee Respons Rights Journal, DOI 10.1007/s10672-013-9227-09.

- Schultz, I., Duplassie, D., Hanson, D. & Winter, A. (2011). Systematic barriers and facilitators to job accommodations in mental health: Experts' consensus. In: Schultz, I. & Rogers, E. (red.): *Work accommodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Schultz, I., Krupa, T. & Rogers, E. (2011). Best practices in accommodation and retaining persons with mental health disabilities at work: answered and unanswered questions. In: *Work accommodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Smit, A. (2014). *Psychische diversiteit op het werk en de rol van de werkgever*. Amersfoort: Samen Sterk zonder Stigma.
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. In: *Healthcare papers*. Vol. 5, No 2, Special issue.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*. 19(5), pp. 533-526.
- Stuart, H.L., Arboleda-Florez, J & Sartorius, N. (2012). *Paradigms Lost: Fighting Stigma and the Lessons Learned*. New York: Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? In: *The British Journal of Psychiatry*, 190, pp. 192-193.
- Verveen, E. & Van Petersen, A. (2007). *Weerbarstige denkbeelden. De beeldvorming van leidinggevend en werknemers over mensen met een arbeidsbeperking*. Leiden: Research voor Beleid.
- Vries, S. de (red.) (2010). *Diversiteit: hoofd, hart en buik. De inclusieve aanpak*. Assen: van Gorcum.
- Vries, S. de, Van der Ven, C., Nuyens, M., Stark, K., Van Schie, J. & Van Sloten, G.C. (2005). *Diversiteit op de werkvloer: hoe werkt dat?* TNO: Hoofddorp.
- Weeghel, J. Van (2013). *De inclusie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Presentatie voor het congres Naar een inclusieve arbeidsmarkt*. Amersfoort, 13 november 2013.
- Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Van 't Veer, J & Kienhorst G (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Wheat, K., Brohan, E., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2012). *Mental illness and the workplace: conceal or reveal?* In: *Journal of the royal society of medicine*, 103 (3): pp. 83-86.

Wheat, K., Brohan, E., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2012). *Mental illness and the workplace: conceal or reveal?* In: *Journal of the royal society of medicine*, 103 (3), pp. 83-86.