

Psychische
diversiteit op het
werk en de rol
van de werkgever:
**een literatuur
onderzoek**



**SAMEN
STERK
ZONDER
STIGMA**

OPENHEID
OVER
PSYCHISCHE
GEZONDHEID
WERKT

**ZIE
MIJ**





**SAMEN
STERK
ZONDER
STIGMA**

OPENHEID
OVER
PSYCHISCHE
GEZONDHEID
WERKT

**ZIE
MIJ**

COLOFON

November 2014

Drs. Aukje Smit in opdracht van Samen Sterk zonder Stigma

Redactie: Tekstase, Eexterveen

Design: Studio SAZZA

Druk: Drukkerij de Letter

Samen Sterk zonder Stigma

Stationsplein 125

3818 LE Amersfoort

www.samensterkzonderstigma.nl

Rapport en samenvatting kunt u downloaden via

www.samensterkzonderstigma.nl

VOORWOORD

Door Harry van de Kraats, algemeen directeur AWWN

Dit door Samen Sterk zonder Stigma gefaciliteerde onderzoek, is het eerste uitgebreide literatuuronderzoek in Nederland naar psychische diversiteit op het werk en de rol van de werkgever. Alle relevante (wetenschappelijke) Nederlandse en Engelstalige literatuur van de afgelopen tien jaar is tegen het licht gehouden en gelokaliseerd. De belangrijkste conclusie van het onderzoek: er is nog relatief weinig aandacht voor werknemers met psychische aandoeningen op de werkvloer.

Kennis over wat nodig is om deze werknemers optimaal te laten functioneren ontbreekt nog. Zowel werkgevers als werknemers vinden het lastig het onderwerp bespreekbaar te maken. Terwijl beide partijen erbij gebaat zijn als het even normaal wordt om te praten over psychische problematiek als over andere aandoeningen. Mensen zoeken dan sneller hulp en herstellen eerder. Onnodig verzuim wordt voorkomen en het welzijn van medewerkers wordt vergroot zodat ze optimaal kunnen presteren. Alle reden dus om te investeren in een beleid dat openheid over psychische gezondheid ondersteunt.

De cijfers liegen er niet om. Bijna de helft van alle Nederlanders krijgt tijdens zijn leven direct of indirect te maken met psychische aandoeningen. Ongeveer 20% van de beroepsbevolking heeft een lichte of matige psychische aandoening, zoals angst of depressie. Stigmatisering is één van de belangrijkste problemen die mensen met een psychische aandoening ervaren. Het is een proces, waarin een groep personen negatief gelabeld, veroordeeld en uitgesloten wordt. Dit weerhoudt veel werknemers ervan om open te zijn over hun aandoening. Daardoor vormen ze te vaak nog een onzichtbare groep.

Door de flexibilisering van de arbeidsmarkt en de nieuwe wet-en regelgeving krijgt de werkgever meer verantwoordelijkheid om ziekteverzuim te beperken en te voorkomen. Daarom en uit oogpunt van goed werkgeverschap moeten organisaties duurzaam omgaan met hun belangrijkste kapitaal: hun werknemers. In mijn werk als HR-directeur van NS ben ik ook aangelopen tegen medewerkers met een psychische aandoening. Werknemers en leidinggevenden die in onderling overleg zoeken naar oplossingen voor hun problemen bereiken de meest positieve resultaten. Dit hoort bij vernieuwend werkgeven.

Psychische aandoeningen veroorzaken een hoog verzuim en presenteïsme. Bij presenteïsme melden werknemers zich niet ziek maar presteren ze minder goed. Het ziekteverzuim alleen kost de werkgevers naar schatting al 2,7 miljard euro per jaar. Daarbij zijn de kosten van verminderde productiviteit nog niet meegerekend. Maar behandeling is vaak mogelijk en meer acceptatie blijkt effectief. Dat biedt perspectief voor een betere en open samenwerking tussen werkgever en de betreffende werknemer.

Dit literatuuronderzoek van Samen Sterk zonder Stigma bevestigt de noodzaak van het ontwikkelen van aanvullend diversiteitsbeleid voor werknemers met een psychische aandoening. Aandacht voor werkstress staat momenteel hoog op de agenda. Het is belangrijk om openheid over psychische aandoeningen op de werkvloer aan de agenda toe te voegen. En om de verantwoordelijkheid voor de realisatie van beleid hierop bij beide partijen neer te leggen. Dat zorgt voor een duurzame verandering in de organisatie.

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	6	6	STRATEGIEËN OM WERKGEVERS TE BEÏNVLOEDEN	26	
1.1	Achtergrond	6		6.1	Wet- en regelgeving	26
1.2	Stichting Samen Sterk zonder Stigma	6		6.1.1	Arbeid en gezondheid	26
1.3	Literatuurstudie	7		6.1.2	Anti-discriminatiewetgeving	28
1.4	Leeswijzer	7		6.2	Stimulerende maatregelen	29
2	OPZET LITERATUURSTUDIE	8		6.2.1	Stimuleren en belonen	29
2.1	Theoretisch kader	8		6.2.2	Loonkostensubsidies	30
2.2	Wat zijn psychische aandoeningen?	8		6.2.3	Nudging	30
2.3	Aanpak van de search	9		6.3	Strategieën gericht op het beïnvloeden van de beeldvorming	30
3	PROBLEMSCHETS	10		6.3.1	Anti-stigmacampagnes	30
4	WAT IS DE HOUDING EN HET GEDRAG VAN WERKGEVERS?	13		6.3.2	Contact en dialoog	31
4.1	Model stigma op het werk	13		6.4	Randvoorwaarden	32
4.2	Aannames van werkgevers en andere sleutelpersonen op het werk	13		6.4.1	Bewustwording van urgentie, business case	32
4.3	Intensiteit van de aannames	15		6.4.2	Werkgevers ondersteunen	32
4.4	Specifieke kenmerken: werksituatie en rol sleutelpersonen	16		7	SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	34
4.5	Invloeden van buiten die stigma op het werk bestendigen	17		7.1	Het onderzoek	34
4.6	Specifieke aannames in de context van werk	18		7.2	Wat is de houding en het gedrag van werkgevers?	35
4.7	Gevolgen van de aannames voor gedrag op het werk	18		7.3	Wat is het gewenste werkgeversgedrag?	36
5	WAT IS HET GEWENSTE WERKGEVERSGEDRAG?	19		7.4	Wat zijn strategieën om werkgevers te beïnvloeden?	37
5.1	Diversiteitsbeleid	19		7.5	Aanbevelingen	38
5.1.1	Wat is diversiteitsbeleid?	19			LITERATUUR	40
5.1.2	Inclusieve organisatiecultuur	21				
5.1.3	Ondersteunende organisatorische condities	22				
5.1.4	Managen van psychische diversiteit	22				
5.2	Mentaal gezondheidsbeleid	24				

1 INLEIDING

1.1 ACHTERGROND

Arbeidsparticipatie draagt in belangrijke mate bij aan het welbevinden van mensen en leidt tot meer kwaliteit van leven. Dat geldt ook voor mensen met een psychische aandoening. De meesten van hen hebben gelukkig werk, maar zij leveren vaak wel een strijd om dat werk te behouden.

Stigmatisering is één van de belangrijkste problemen die mensen met een psychische aandoening ervaren. Het is een proces waarin een groep personen negatief gelabeld wordt, veroordeeld en uitgesloten op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen en waarvoor de betrokkenen meer of minder verantwoordelijk worden gehouden (Kienhorst, 2014). Mensen met een psychische aandoening worden als anders gezien, gevaarlijk, onvoorspelbaar of niet in staat om te werken. Ze worden vaak gemeden, gediscrimineerd en uitgesloten.

De verwachting gestigmatiseerd te worden kan reden zijn om geen of te laat hulp te zoeken. Het kan ook leiden tot het verzwijgen van de aandoening uit schaamte of angst afgewezen te worden. Op het werk leidt stigmatisering of de vrees ervoor tot een lagere productiviteit en een grotere kans op verzuim en uitval. Werkgevers worden daardoor bevestigd in hun vooroordelen, terwijl meer openheid en een adequate ondersteuning juist bijdragen aan een duurzame inzetbaarheid van de doelgroep.

Het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van anti-stigmastrategieën is schaars. Het is een complexe problematiek. Op basis van de evidentie uit de laatste vijftien jaar pleiten onderzoekers er inmiddels voor om bij anti-stigma programma's geen genoegen meer te nemen met alleen een verbetering in kennis en houding of gedragsintentie. Programma's zijn pas succesvol als er daadwerkelijk sprake is van ander gedrag, zoals minder ongelijke behandeling en meer inclusie.

1.2 STICHTING SAMEN STERK ZONDER STIGMA

Samen Sterk zonder Stigma werkt aan een samenleving

waarin iedereen open kan zijn over psychische aandoeningen. Dat doet zij door mensen bewust te maken van vooroordelen en de impact ervan. De stichting zet het issue op de maatschappelijke agenda, activeert en verbindt mensen en organisaties, en ondersteunt initiatieven.

In haar korte bestaan was Samen Sterk partner bij de SIRE-campagne 'Hulplijn voor mensen zonder psychische ziekte' en ook van de nationale conferentie 'Anders kijken naar psychische aandoeningen'. Daarnaast worden projecten ontwikkeld en gerealiseerd. Ten tijde van dit onderzoek voert Samen Sterk drie projecten uit in het kader van het Bestuurlijk Akkoord GGZ. Dit zijn Stigma & Ambulantisering, Stigma binnen de GGZ en Stigma & Werk. In de stichting werken Landelijk Platform GGZ, GGZ Nederland, Fonds Psychische Gezondheid, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Zorgverzekeraars Nederland samen.

Het project Stigma & Werk maakt openheid over psychische aandoeningen op de werkvloer vanzelfsprekend. Dat draagt bij aan de psychische gezondheid, het welzijn en de productiviteit van werknemers. Het project omvat activiteiten voor werknemers met een psychische aandoening en voor werkgevers.

Spoor 1: Werknemers

Het eerste spoor richt zich op ondersteuning van werknemers met een psychische aandoening (werkambassadeurs) die intervisienetwerken oprichten op hun werkplek. Deze netwerken zijn vooral bedoeld als uitvalsbasis om 'uit de kast te komen' en in gesprek te gaan met collega's en het management. De werkambassadeurs geven presentaties en workshops (ook extern) en gebruiken hun persoonlijke ervaring voor meer openheid op de werkvloer. Stigma & Werk ondersteunt en faciliteert deze werknemers en hun werkgevers bij activiteiten die nodig zijn om openheid te bevorderen en passend beleid te stimuleren. Het aanbod bestaat onder andere uit training en intervisiebijeenkomsten voor werknemers, het ontsluiten van informatie en inspirerende verhalen van ervaringsdeskundigen en gesprekken met werknemers en hun werkgever.

Spoor 2: Werkgevers

In het tweede spoor worden bedrijven benaderd om

psychische diversiteit te agenderen in het bredere perspectief van diversiteitsbeleid, beleid rond psychische gezondheid en vitaliteit of duurzame inzetbaarheid. Ook worden activiteiten ontwikkeld gericht op voorlichting en agendasetting bij partijen zoals VNO-NCW, AWWN, MKB Nederland, MVO-Nederland, grote bedrijven, ondernemingsraden en vakbonden.

Het aanbod richting werkgevers bestaat onder andere uit:

- een Business Box met een breed aanbod instrumenten om de bedrijfscultuur te verbeteren;
- een e-learning tool die awareness vergroot en handvatten biedt om het onderwerp bespreekbaar te maken in de organisatie;
- voorlichting aan bedrijven over de businesscase voor hun organisatie;
- netwerkbijeenkomsten waar werkgevers hun ervaringen kunnen delen;
- literatuuronderzoek naar psychische diversiteit op het werk en de rol van de werkgever.

De combinatie van activiteiten op beide sporen voert naar een beleid dat rekening houdt met psychische diversiteit van werknemers. Goede ondersteuning van werknemers met een psychische aandoening leidt tot vermindering van ziekteverzuim, behoud van werk en arbeidsproductiviteit, het voorkomen van presentisme en verhoging van de arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening.

1.3 LITERAATUURSTUDIE

Om het huidige activiteitenplan te kunnen onderbouwen en zeker te weten dat geen belangrijke strategieën over het hoofd worden gezien, heeft Stichting Samen Sterk zonder Stigma in de periode juli – november 2014 een literatuurstudie laten uitvoeren ten behoeve van het project Stigma & Werk. De studie was gericht op factoren aan werkgeverszijde die een rol spelen bij het al dan niet openstaan voor werknemers met een psychische aandoening en strategieën om daar in positieve zin invloed op uit te oefenen. 'Openstaan voor' kan bijvoorbeeld zijn: het in dienst willen houden, deze groep expliciet meenemen in beleid, openheid over psychische diversiteit op de werkvloer

willen bevorderen of überhaupt de relevantie inzien van het onderwerp.

Het literatuuronderzoek omvat wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke artikelen die de afgelopen tien jaar in binnen- en buitenland (Nederlands en Engelstalig) zijn verschenen en bij voorkeur betrekking hebben op de situatie in Nederland. Het gaat niet alleen om werknemers met een ernstige psychische aandoening, maar ook om milde aandoeningen en psychische klachten in het algemeen (burn-out, stress). De focus ligt op grote bedrijven (> 250 medewerkers) en werknemers met een psychische aandoening in functies op MBO+-, HBO- en academisch niveau.

De *vraagstelling* voor het onderzoek is:

1. Wat is de houding en het gedrag van werkgevers ten opzichte van werknemers met een psychische aandoening?
2. Wat is het gewenste gedrag van deze werkgevers ten opzichte van werknemers met een psychische aandoening?
3. Wat zijn strategieën om de houding en het gedrag van deze werkgevers in positieve zin te beïnvloeden?

1.4 LEESWIJZER

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk twee beschrijft de aanpak van de literatuurstudie en hoofdstuk drie bevat een schets van de problematiek van psychische diversiteit op het werk. In hoofdstuk vier gaan we in op de houding en het gedrag van werkgevers ten opzichte van werknemers met een psychische aandoening. Hoofdstuk vijf bespreekt het gewenste gedrag van werkgevers, namelijk het bevorderen van openheid op de werkvloer, diversiteitsbeleid en een mentaal gezondheidsbeleid. In hoofdstuk zes komt daarna aan de orde wat er bekend is over strategieën om de houding en het gedrag van werkgevers in positieve zin te beïnvloeden: wet- en regelgeving, stimulerende maatregelen, communicatiestrategieën en de benodigde randvoorwaarden. Tot slot geven we in hoofdstuk zeven een samenvatting met antwoorden op de onderzoeksvragen en enkele aanbevelingen.

2 OPZET

LITERATUURSTUDIE

2.1 THEORETISCH KADER

Het theoretisch kader voor de literatuurstudie wordt gevormd door de theorie van beredeneerd gedrag van Fishbein & Ajzen (1975). Deze theorie gaat ervan uit dat de opgebouwde intentie de beste voorspeller van gedrag is. De intentie wordt bepaald door:

1. De verwachtingen of attitudes van individuen aangaande de consequenties die aan bepaald gedrag verbonden zijn, naast evaluatie van de voor- en nadelen.
2. De invloed van anderen uit de omgeving (sociale omgeving). Veel voorkomend gedrag in de omgeving zet vaak aan tot navolging van gedrag.
3. Ervaren gedragscontrole: de mate waarin de persoon denkt controle te hebben op het eigen gedrag of dit met enig succes denkt te kunnen sturen. Hierbij spelen vroegere ervaringen vaak een rol.

Later voegde Fishbein nog vier andere determinanten van intentioneel gedrag aan de theorie toe (Renes & Van de Putte, 2011):

- Omgevingsinvloeden: de kans dat het gewenste gedrag wordt uitgevoerd neemt toe wanneer er geen barrières vanuit de omgeving zijn, of – positief geformuleerd – wanneer de omgeving het gedrag faciliteert.
- Benodigde vaardigheden: om gedrag uit te kunnen voeren moeten mensen wel de juiste vaardigheden en capaciteiten hebben.
- Consistentie met het zelfbeeld: de kans op gedragsverandering neemt toe als een persoon van mening is dat het gewenste gedrag consistent is met zijn eigen zelfbeeld (of in ieder geval niet in strijd is met persoonlijke waarden).
- Emoties: wanneer positieve emoties ten aanzien van het gewenste gedrag groter zijn dan negatieve emoties, versterkt dit de kans dat men ook daadwerkelijk tot actie overgaat.

Uitgaand van bepaald gewenst gedrag biedt de theorie op verschillende manieren aangrijpingspunten voor gedragsverandering. Beïnvloeding van de intentie kan plaatsvinden door de belangrijkste determinanten van intenties – attitudes, sociale normen en ervaren gedragscontrole – te veranderen, of door het relatieve

gewicht van deze drie determinanten te veranderen. Als daarna ook de barrières die bepaald gedrag belemmeren, worden weggenomen en de vaardigheden worden bevorderd, kan het gedrag werkelijk optreden. Het betekent echter niet dat het gedrag dan ook automatisch optreedt. Van belang bij de verandering van attitudes is namelijk ook of men daartoe een noodzaak ervaart.

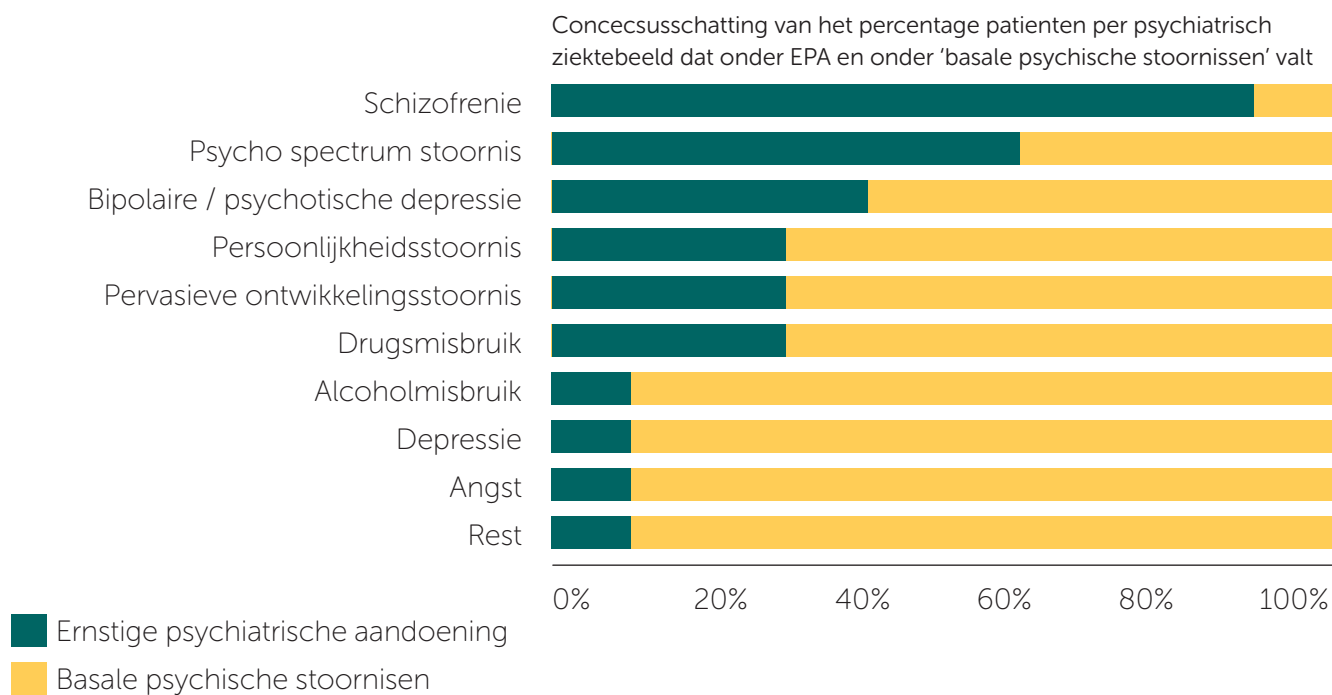
2.2 WAT ZIJN PSYCHISCHE AANDOENINGEN?

Hoewel wetenschappelijke consensus over de precieze afbakening ontbreekt, wordt breed erkend dat het zinvol is om mensen met een ernstige psychische aandoening te onderscheiden van mensen met milde aandoeningen (Van Weeghel et al., 2013). Een mogelijk onderscheid is een indeling in lichte, matige en ernstige aandoeningen (Schene et al., 2005; Van Weeghel, 2013):

- 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 dagen tot enkele maanden.
- Matige tot ernstige psychische aandoeningen. Deze gaan gepaard met angst en stemmingsstoornissen of aandoeningen gekoppeld aan misbruik van middelen (alcohol, drugs en medicijnen), meer disfunctioneren en meer verzuim en een groter risico op chroniciteit. Het natuurlijk beloop is minder gunstig en professionele behandeling is noodzakelijk.
- Ernstige en langdurige psychische aandoeningen (Delespaul et al., 2013). Hier is sprake van een psychiatrische aandoening die gepaard gaat met ernstige beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische aandoening en deze niet van voorbijgaande aard is (tenminste enkele jaren). Gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken is geïndiceerd om het behandelplan te realiseren.

Ernstige psychische aandoeningen zijn niet beperkt tot

FIGUUR 1 Expertschattingen psychische ziektebeelden



Bron: Delespaul et al. (2013)

bepaalde psychiatrische diagnoses. Toch komen bepaalde diagnoses bijna uitsluitend bij ernstige aandoeningen voor, met name schizofrenie en psychosespectrumstoornis (zie figuur 1).

2.3 AANPAK VAN DE SEARCH

Bij de opzet van de studie is gekozen voor een pragmatische, maar wel gedegen aanpak. Allereerst zijn een aantal experts en medewerkers van Samen Sterk zonder Stigma benaderd met de vraag wat volgens hen belangrijke kernpublicaties zijn:

- Dorien Verhoeven, projectmanager Stigma & Werk.
- Cobi van Vugt, projectmedewerker Stigma & Werk.
- Jaap van Weeghel, directeur wetenschap Kenniscentrum Phrenos en bijzonder hoogleraar rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen bij Tranzo, Tilburg University.
- Irene Houtman, senior onderzoeker TNO.
- Femke Reijenga, wetenschappelijk onderzoeker, Erasmus MC.
- Wouter van Ginkel, directeur Nationaal Platform Duurzame Inzetbaarheid.
- Romy Steenbeek, onderzoeker TNO.

Daarna zijn zoektermen en synoniemen opgesteld,

zowel in het Nederlands als in het Engels. Hiervoor is vooral gebruik gemaakt van termen in de al beschikbare literatuur. Vervolgens is gezocht naar Nederlandstalige en Engelse wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke publicaties in de afgelopen tien jaar. Daarvoor is met name gebruik gemaakt van het internet (Google, Google Scholar, relevante websites). Alle verzamelde literatuur is gescand en de relevante publicaties zijn geselecteerd om nader te bestuderen. Daarbij zijn de referenties gecheckt op relevantie voor de onderhavige literatuurstudie (sneeuwbalmethode). In totaal zijn ruim 90 publicaties geselecteerd voor nadere analyse. Bij het bestuderen van de literatuur zijn relevante bevindingen per onderzoeksvraag in dit rapport opgenomen.

Beschikbare literatuur

Studies die specifiek ingaan op de houding en het gedrag van werkgevers tegenover werknemers met een psychische aandoening zijn schaars, zeker in Nederland. Gedurende de search werd echter al vrij snel duidelijk dat het gewenste gedrag van werkgevers niet zozeer doelgroepgericht is, maar vooral bestaat uit het bevorderen van een inclusieve organisatiecultuur, het voeren van een diversiteitsbeleid met daarin nadrukkelijk ook aandacht voor psychische diversiteit en een mentaal gezondheidsbeleid. Daarom is ervoor gekozen om de search ook te richten op publicaties die daarover gaan.

3 PROBLEEM- SCHETS

Veel aspecten van psychische diversiteit zijn nog onbekend of worden niet goed begrepen. Ook zijn er misverstanden als gevolg van het stigma waarmee mensen met een psychische aandoening te maken hebben. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD, 2011) liet daarom de mythen en feiten rond psychische aandoeningen en werk onderzoeken. In dit hoofdstuk gaan we in op de resultaten van het onderzoek, zo veel mogelijk aangevuld met cijfers voor de situatie in Nederland. Ook bespreken we de kosten van psychische aandoeningen voor werkgevers en de samenleving als geheel. De belangrijkste bevindingen van het OECD-onderzoek worden hieronder opgesomd.

Psychische aandoeningen komen veel voor

Psychische aandoeningen kunnen licht, matig of ernstig zijn (zie paragraaf 2.2). Ongeveer vier op de tien Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar krijgt ooit te maken met een diagnose van een psychische aandoening (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaar, 2010). Bij driekwart van hen gaat het om een matige aandoening en bij een kwart om een ernstige aandoening (OECD, 2011).

Ongeveer 20 procent van de beroepsbevolking heeft een lichte of matige psychische aandoening die veelal goed behandelbaar is, zoals angst of depressie (OECD, 2011). Niet iedereen komt echter voor de aandoening uit of is in behandeling. Bovendien tellen de lichte aandoeningen niet mee in het internationale classificatiesysteem DSM-4. De totale populatie mensen met een psychische aandoening is dan ook onbekend.

De meeste mensen met een psychische aandoening werken, maar hebben moeite dat werk te behouden

De arbeidsparticipatie van mensen met een matige psychische aandoening is niet veel lager dan die van de rest van de beroepsbevolking (www.kenniscentrumfhrenos.nl). Volgens de OECD (2011) werkt 60-70 procent van hen en is de arbeidsparticipatie 10-15 procent lager dan die van mensen zonder een psychische aandoening. Van de mensen met een ernstige aandoening heeft ongeveer 16 procent een betaalde baan (van >12 uur per week).

Mensen met een lichte of matige psychische aandoening zijn niet vaker langdurig werkloos dan de gemiddelde populatie werklozen. Dat betekent dat zij in geval van werkloosheid net

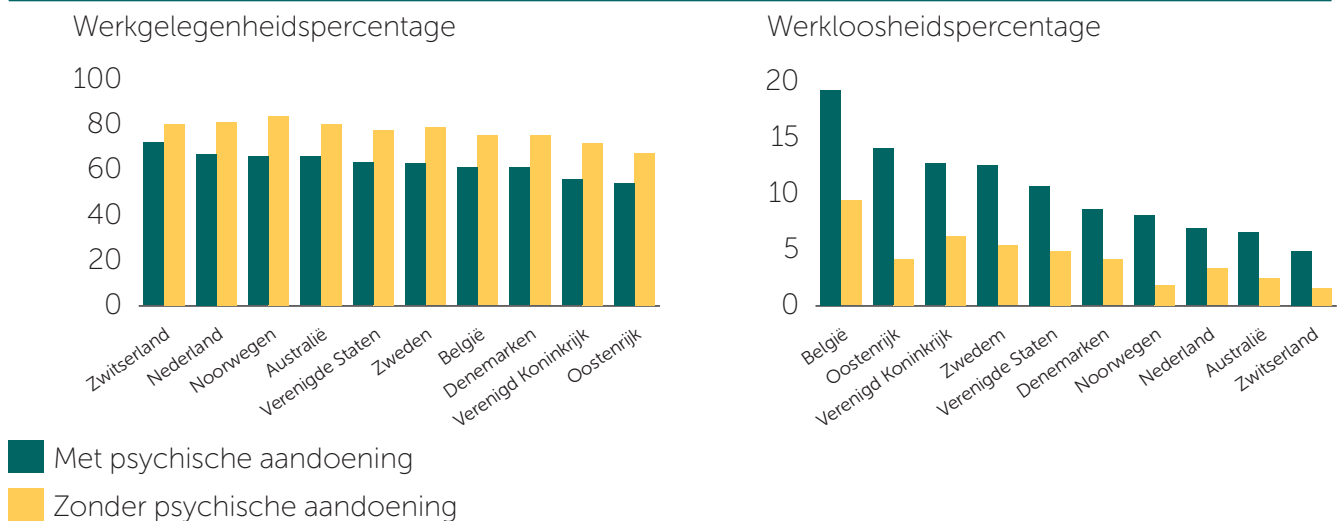
zoals andere werklozen in staat zijn werk te vinden, maar ze verliezen dat werk wel weer snel. Het is voor hen vergeleken met de gemiddelde populatie werklozen moeilijker om werk te behouden.

Werk is goed voor de psychische gezondheid, maar niet altijd

Mensen met een psychische aandoening werken vaker in banen die niet goed matchen met hun vaardigheden. Ze doen ook vaker laaggeschoold werk (OECD, 2011). Deze banen kunnen hoge psychologische eisen stellen terwijl er weinig regelmogelijkheden zijn hetgeen kan leiden tot ongezonde werkgerelateerde stress. Meer in het algemeen is werkstress de afgelopen jaren in veel beroepen toegenomen. Werkgebonden psychische aandoeningen vormen de meest voorkomende beroepsziekte (Asscher, 2013).

De belangrijkste variabele die ertoe bijdraagt dat de psychische gezondheid niet verslechtert, is goed management: een manager die de medewerker ondersteunt, goede feedback geeft en zijn werkprestaties erkent. Werknemers met een psychische aandoening hebben minder vaak zo'n manager dan werknemers zonder zo'n aandoening (OECD, 2011). Krupa constateert:

Ook psychiaters worden meer geconfronteerd met patiënten die slachtoffer zijn van stressoren in de moderne werkomgeving. Steeds meer werknemers ervaren stress als gevolg van hard werken terwijl dat niet leidt tot meer werkzekerheid, en het constant moeten ontwikkelen van hun werkvaardigheden in de huidige globaliserende economie. In een werkomgeving die niet ondersteunend is, kan stress transformeren in symptomen van angst en depressie.

FIGUUR 2 Percentages mensen met/zonder werk en met/zonder psychische aandoening

Bron: OECD (2011)

Een aantal ontwikkelingen die de kans op werkgerelateerde psychische klachten doet toenemen, is in Nederland sterker dan in andere EU-landen (Houtman & Grundemann, 2014). Zo is de stijging van het aantal werknemers met een tijdelijk contract in Nederland veel groter. Werknemers met een tijdelijk contract hebben een hoger risico op verlies van hun baan. Ook is in Nederland de groei van de dienstensector sterker. Werknemers in de dienstensector rapporteren een relatief hoger niveau van agressie en geweld op het werk. Beide factoren – meer tijdelijke contracten en groei van de dienstensector – kunnen een negatief effect hebben op de psychische gezondheid van werknemers.

Productiviteitsverlies door psychische aandoeningen is hoog

Werknemers met een psychische aandoening melden zich vaker ziek dan werknemers zonder psychische aandoening en als ze ziek zijn dan duurt het langer (OECD, 2011). Psychische aandoeningen zijn ook in Nederland de belangrijkste oorzaak van langdurig verzuim (Houtman & Grundemann, 2014). Het verzuimpercentage als gevolg van een psychische aandoening is bij vrouwen hoger dan bij mannen, maar voor beide groepen flink gestegen in de periode 2010-2013. Bij mannen van 15 naar 30 procent en bij vrouwen van 25 naar 41 procent (www.nationaalkompas.nl).

Veel werknemers met een psychische aandoening melden zich echter niet ziek, maar werken door terwijl

ze onderpresteren (OECD, 2011). Dit is een vorm van presentisme. Het productiviteitsverlies tijdens het werk is in potentie hoog. Uit onderzoek blijkt dat 88 procent van de mensen met een ernstige psychische aandoening en 69 procent van de mensen met een matige aandoening aangeeft dat hun productiviteit verminderd was in de laatste weken ten tijde van het onderzoek. Bij mensen zonder een psychische aandoening is het percentage 26 procent.

Beter beleid wordt belemmerd door 'niet uit de kast komen'

Mensen zijn zich vaak niet bewust van hun psychische aandoening (OECD, 2011). Als ze zich er wel bewust van zijn, dan kiezen ze er nogal eens voor om de aandoening niet bekend te maken. Dat komt vooral door stigma, angst voor discriminatie en negatieve ervaringen in het verleden. Als het nodig is om een uitkering te krijgen, maken veel mensen hun aandoening wel bekend. Dat is echter in een erg laat stadium en op een moment dat re-integratieprogramma's weinig kans van slagen meer hebben. Het blijkt dat deze programma's meer kans hebben wanneer deze zo vroeg mogelijk bij het eerste langdurig verzuim worden ingezet en het liefst op het moment dat de motivatie om te werken hoog is.

Meer instroom in de WIA als gevolg van psychische aandoeningen

In tegenstelling tot wat vaak wordt aangenomen, komen

psychische aandoeningen niet vaker voor (OECD 2011). Er worden wel meer uitkeringen verstrekt als gevolg van een psychische aandoening (Asscher, 2013). In 2013 was in bijna 50 procent van de gevallen een psychische aandoening de oorzaak van arbeidsongeschiktheid (tegen ruim 30 procent in 1998). Deze stijging speelt ook in andere landen. De OECD (2011) geeft als verklaring een langzame afname van stigma en discriminatie, meer kennis over psychische diversiteit bij het publiek en betere diagnostische tools. Daardoor zouden meer aandoeningen geïdentificeerd en openbaar gemaakt worden. Maar tegelijkertijd zijn de eisen op de werkvloer ook zwaarder geworden en veranderd. Door hogere eisen aan sociale en cognitieve vaardigheden is het voor veel mensen met een psychische aandoening moeilijker om goed te functioneren.

De kosten van psychische aandoeningen zijn enorm

Psychische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor hoge werkloosheid, een hoog ziekteverzuim, veel presentisme (verminderde productiviteit op het werk) en een hoge instroom in uitkeringen. Verzuim als gevolg van een psychische aandoening kost zo'n 2,7 miljard euro. Depressie is de aandoening met de hoogste verzuimkosten, namelijk 1818 miljoen euro (De Graaf et al., 2011). De kosten van productiviteitsverlies als gevolg van presentisme zijn moeilijk te berekenen en worden daarom meestal niet meegenomen in studies. Ze zijn naar verwachting erg hoog.

Problemen als gevolg van presentisme, verzuim en werkloosheid doen zich óók voor bij mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening. Behandeling is echter vaak goed mogelijk en effectief (Harder, Rash & Wagner, 2014). Werkgevers kunnen ervoor zorgen dat werknemers met psychische klachten hulp vragen. Ook kunnen ze een goed mentaal gezondheidsbeleid voeren en er op die manier voor zorgen dat klachten niet optreden of niet erger worden. Nog niet veel werkgevers hebben een dergelijk goed beleid (Houtman en Grundeman, 2014).

4 WAT IS DE HOUDING EN HET GEDRAG VAN WERKGEVERS?

We hebben gezien dat het grootste deel van de mensen met een psychische aandoening aan het werk is, maar vaak wel een strijd moet leveren om dat werk te behouden. Enerzijds durven veel mensen niet open te zijn over de aandoening vanwege angst voor negatieve reacties van anderen (stigma) en discriminatie. Anderzijds zijn de risico's op werkstress toegenomen en hebben nog maar weinig werkgevers een goed mentaal gezondheidsbeleid. Verzuim, presentisme en instroom in de WIA als gevolg van een psychische aandoening nemen dan ook toe. Om deze ontwikkeling tegen te gaan is het belangrijk meer te weten over de houding en het gedrag van werkgevers tegenover werknemers met een psychische aandoening.

In dit hoofdstuk gaan we na wat hierover bekend is. We gaan in op aannames van werkgevers en andere sleutelpersonen op het werk, specifieke kenmerken van de werkcontext, verschillen in positie en verantwoordelijkheden van sleutelpersonen en invloeden van buiten. Ook gaan we in op de gevolgen van stigmatisering voor het gedrag van werkgevers en de andere sleutelpersonen op het werk.

4.1 MODEL 'STIGMA OP HET WERK'

Pogingen om stigma aan te pakken werken beter als ze gericht zijn op de werking ervan binnen de specifieke

context. Aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan naar stigma in de context van werk ontwikkelden Krupa et al. (2009) een theoretisch kader op basis van een zeer uitgebreide analyse van Canadese literatuur en interviews bij sleutelpersonen (zie figuur 3).

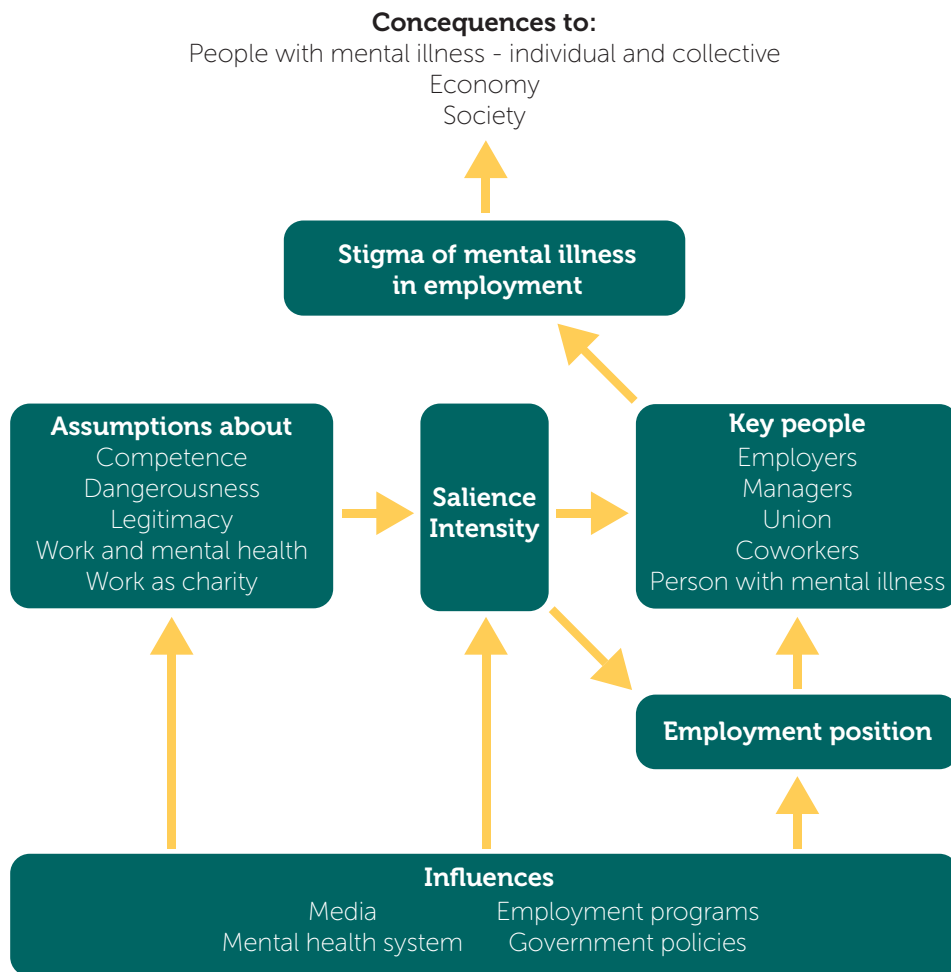
In de volgende paragrafen bespreken we de verschillende elementen uit het bovenstaande model.

4.2 AANNAMES VAN WERKGEVERS EN ANDERE SLEUTELPERSONEN OP HET WERK

In deze paragraaf komen de aannames aan de orde die bij personen in verschillende sleutelposities binnen organisaties bestaan over werknemers met een psychische aandoening. Uit de bestudeerde literatuur blijkt dat een meerderheid van de respondenten in onderzoek in meer of mindere mate de volgende aannames heeft.

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

De aanname is dat mensen met een psychische aandoening minder goed presteren in het werk (Gates & Akabas, 2011; Krupa et al., 2009). Hun productiviteit zou lager zijn dan die van mensen met een fysieke handicap of chronische ziekte (Verveen et al., 2007; Petersen et al., 2004). Werkgevers

FIGUUR 3 Model 'Stigma en Werk'

Bron: Krupa et al. (2009)

denken dat ze weinig flexibel zijn en veel afwezig, veel supervisie nodig hebben en moeite hebben met kritiek (Krupa et al., 2009). Werknemers met een psychische aandoening zouden ook niet goed kunnen samenwerken met collega's en (te) weinig sociale vaardigheden hebben (van Beek et al., 2014; Verveen et al., 2007; Petersen et al., 2004). Er wordt verondersteld dat ze ongeschikt zijn voor banen waarin hoge eisen worden gesteld en waarbij sprake is van beslissingsbevoegdheid en/of interactie met klanten (Krupa et al., 2009).

Werknemers met een psychische aandoening zijn gevaarlijk of onvoorspelbaar

Het meest voorkomende vooroordeel dat leeft onder werkgevers is dat personen met een psychische aandoening agressief zijn (Van Beek et al., 2014). Werkgevers hebben de meeste zorgen over en zijn handelingsonzeker bij emotionele instabiliteit, bizar gedrag en gewelddadigheid (Schultz et al., 2011). Werknemers met een psychische aandoening zouden niet betrouwbaar zijn, onvoorspelbaar

en moeilijk te begeleiden (Krupa et al., 2009). Daarnaast gaat men ervan uit dat stressfactoren die bij regulier werk horen, bij de doelgroep agressie kunnen oproepen. En er zijn zorgen dat de aandoening de mogelijkheid om veilig te werken verstoort en de eigen veiligheid of die van collega's beïnvloedt (Krupa et al., 2009; Gates & Akabas, 2011).

De aannames komen vaak niet overeen met de werkelijkheid. Zo komt depressie het meeste voor en de klinische symptomen die daarbij horen zijn niet consistent met het voorkomen van bizar gedrag of agressie (Schultz et al., 2011).

Een psychische aandoening is geen legitieme, wettelijk erkende aandoening

Mensen met een psychische aandoening zouden het label zien als goedkeuring om verantwoordelijkheden te ontduiken of speciale privileges te ontvangen. Werkgerelateerde problemen worden beschouwd als gebrek aan doorzettingsvermogen en een zwak karakter (Krupa

et al., 2009; Schultz et al., 2011). De onzichtbaarheid van de aandoening versterkt deze aanname, evenals het feit dat de collega's ook last hebben van stress op het werk. Professionals uit de GGZ of andere hulpverleningsinstanties worden gewantrouwd (Krupa et al., 2009).

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

Het werk dat de doelgroep uitvoert, is behoorlijk stressvol en juist deze groep zou daar niet goed mee kunnen omgaan en extra kwetsbaar voor stress zijn. De aanname is ook dat werknemers met een psychische aandoening werkdruk niet aankunnen (Schultz et al., 2011, Verveen & Petersen, 2007; Petersen et al., 2004). Er zijn zorgen over een hoger verzuim bij de doelgroep (Krupa et al., 2009). Werknemers met een psychische aandoening melden zich volgens een meerderheid van leidinggevendenden vaker ziek dan werknemers zonder zo'n aandoening (Verveen & Petersen, 2007; Petersen et al., 2004). Ze zouden veel privileges en aanpassingen nodig hebben (Gates & Akabas, 2011).

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

Vanuit dit perspectief staat het in dienst hebben van iemand met een psychische aandoening haaks op het primaire doel van de werkgever: productiviteit, winst maken, efficiënt werken. Werkgevers geven aan dat ze geen sociale werkplaats zijn (Krupa et al., 2009). Er zijn vooral zorgen over de extra tijd en kosten die werknemers met een psychische aandoening met zich meebrengen met als gevolg het gevoel dat zo'n werknemer een last is voor de leidinggevende en HR functionaris. In de praktijk komt bij werkaanpassingen voor de doelgroep een averechts effect regelmatig voor. Bijvoorbeeld als een aanpassing redelijk en nodig is, maar tot weerstand leidt omdat collega's of de leidinggevende daardoor meer moeite moeten doen om het werk af te krijgen.

Werkgevers hebben de volgende zorgen (Krupa et al., 2009; Kay, Jans & Jones, 2011; Van Beek et al., 2014):

- Negatieve houding van andere werknemers.
- Lagere productiviteit van werknemers met een psychische aandoening.
- Werkaanpassingen en/of angst dat de hele afdeling aangepast moet worden.

- Hoger ziekteverzuim (vervangingskosten).
- Benodigd toezicht en noodzakelijke begeleiding.
- Rechtszaken als gevolg van claims van werknemers die vallen onder specifieke beschermende wetgeving.
- Papierwerk, monitoring en bureaucratische details.
- Niet-passende of tijdelijke compensatieregelingen.
- Onmogelijkheid iemand weer te ontslaan als blijkt dat hij het werk niet aan kan.

4.3 INTENSITEIT VAN DE AANNAMES

De aannames zijn bijzonder krachtig omdat ze impliciet zijn en er geen dialoog is over een psychische aandoening op het werk (Krupa et al., 2009):

*Psychische ziekten
zijn de enige ziekten
waar mensen niet over
praten en omdat
mensen er niet over
praten is er meer
angst en verondersteld
gevaar.*

De intensiteit van aannames kan wel per persoon verschillen: van diep geworteld en resistent tegen verandering tot overtuigingen die primair wijzen op een gebrek aan bewustzijn en kennis.

Beeldvorming vergeleken met andere groepen

De mening van werkgevers en leidinggevendenden is minder positief over werknemers met een psychische aandoening dan over werknemers met een fysieke aandoening of chronische ziekte (Petersen et al., 2004; Verveen et al., 2007). Leidinggevendenden zijn het minst positief over de productiviteit en het verzuimgedrag van werknemers met een psychische aandoening. Ook voelen ze zich bij hen (en bij verstandelijk gehandicapten) het minst op hun gemak.

Werkgevers begrijpen veel beter de behoeften van werknemers met fysieke problemen dan die van

werknemers met een psychische aandoening (Schultz et al., 2011). Het maakt wel uit wat voor aandoening de werknemer heeft. Zo worden mensen met autisme bijvoorbeeld makkelijker geaccepteerd dan mensen die doof of blind zijn, kanker hebben en ex-gedetineerde zijn (Koster, 2014).

Onderzoek wijst uit dat psychische aandoeningen beschouwd worden als beter beheersbaar en beter zelf in de hand te houden dan fysieke aandoeningen. Dat kan verklaren waarom mensen uit de doelgroep minder makkelijk geaccepteerd worden (Baldwin & Marcus, 2011). Personen van wie gedacht wordt dat ze de negatieve uitkomst van de handicap niet zelf in de hand hebben (zoals bij kanker) ontvangen medelijden en ondersteunend gedrag. Personen van wie gedacht wordt dat ze de uitkomsten wel zelf in de hand hebben (zoals bij alcohol- en drugsverslaving), worden er vaker verantwoordelijk voor geacht en worden meer geconfronteerd met boosheid en bestraffend gedrag.

Kennis over psychische diversiteit

Er zijn studies waaruit blijkt dat personeelsmanagers en leidinggevendenden met meer informatie over psychische aandoeningen, minder vooroordelen hebben (Biggs, 2010; Kay, Jans & Jones, 2011). Onderzoek van Manning & White (1995) laat ook zien dat discriminatie varieert afhankelijk van iemands diagnose en de mate van kennis daarover. Meer bewustwording van depressie en angst leidde tot verbeterde reacties van werkgevers tegenover werknemers met deze problemen. Het voorspelt echter niet een betere houding tegenover mensen met andere bekende diagnoses.

Ervaring met de doelgroep

Een aspect dat Krupa et al. (2009) niet noemen, betreft ervaring met de doelgroep. Werkgevers zijn vaker positief of minder negatief als ze iemand met een psychische aandoening kennen en/of positieve ervaringen hebben met zo'n werknemer (Van Beek et al., 2014; Brohan et al., 2012; Petersen et al., 2004; Koster, 2014; Tse, 2004; Schultz et al., 2011; Verveen et al., 2007). Volgens Schultz et al. (2011) zijn werkgevers ook positiever als ze vrouw zijn, een hoger opleidingsniveau hebben en training hebben gehad over stereotypen en psychische diversiteit. Werkgevers met positieve ervaringen begrijpen de psychische problemen en erkennen prestaties van werknemers met een psychische

aandoening. Hun ervaring is dat mensen uit de doelgroep in staat zijn om het werk te behouden en dat, als de conditie van de persoon stabiel is, deze net zo goed presteert als iemand zonder psychische aandoening (Tse, 2003).

Aan de andere kant blijkt dat ervaring niet automatisch leidt tot meer vertrouwen bij de werkgever in zijn mogelijkheden om effectief te reageren op symptomen van een psychische aandoening (Brohan et al., 2010).

4.4 SPECIFIEKE KENMERKEN: WERKSITUATIE EN ROL SLEUTELPERSONEN

Specifieke kenmerken van de werksituatie hebben invloed op de impact van de aannames. Zo zouden issues rond de productiviteit en competentie van mensen met een psychische aandoening minder problematisch zijn bij de overheid omdat daar minder focus is op winst maken, al is er wel druk om efficiënt te werken (Krupa et al., 2009; Schultz et al., 2011). Ook de grootte van het bedrijf speelt een rol. Vooral grote bedrijven hebben werknemers met een psychische aandoening in dienst (gehad).

Er zijn ook aanwijzingen dat de impact van vooroordelen per functie van de sleutelpersoon kan verschillen, afhankelijk van positie en verantwoordelijkheid. Krupa et al. (2009) onderscheiden werkgevers, managers, vakbonden, collega's en werknemers met een psychische aandoening.

Werkgevers

Werkgevers zijn verantwoordelijk voor het behalen van economische doelen en daarom zijn kosten-baten afwegingen over de productiviteit van medewerkers erg belangrijk. Hun houding en voorbeeldgedrag is van grote invloed op de organisatiecultuur (Krupa et al., 2009). Ze moeten zich houden aan wettelijke verplichtingen ten aanzien van de werknemer, mogen niet discrimineren en zijn onder andere twee jaar verantwoordelijk voor doorbetaling van het loon bij ziekte. Werkgevers vinden maatregelen om werkdruk, agressie en geweld aan te pakken lastig en zijn ook bang voor extra kosten (Houtman et al., 2012).

Managers

Managers, onder wie direct leidinggevendenden, zijn verantwoordelijk voor het behalen van productiviteitsdoelen en de dagelijkse leiding aan werknemers (Krupa et al.,

Direct leidinggevenden staan **het dichtst op de werkvloer** en de medewerkers en dat kan **hun houding beïnvloeden**



2009). Hun overtuigingen en gedrag met betrekking tot de doelgroep worden sterk beïnvloed door de mate waarin zij ondersteund worden door de afdeling HR, bijvoorbeeld in geval van conflicten en bij het dagelijkse werk. Direct leidinggevenden staan het dichtst op de werkvloer en de medewerkers en dat kan hun houding beïnvloeden: *“Dit project vereist tien mensen, ik krijg er maar zes en nu heeft een van hen een handicap?”*

Weinig managers hebben voldoende kennis om een psychische aandoening te herkennen en de vaardigheden om er goed mee om te gaan (Stuart, 2006). Het gevolg is dat problemen niet snel herkend worden en oplossingen niet snel geregeld.

Vakbonden en ondernemingsraden

Vakbonden en ondernemingsraden zijn verantwoordelijk voor het bewaken en bevorderen van onder andere de plicht van de werkgever om goede aanpassingen voor de doelgroep te realiseren. Door onvoldoende kennis van stigma en de gevolgen ervan voor werknemers met een psychische aandoening kunnen ze deze taak niet volledig uitvoeren (Krupa et al., 2009).

Collega's

Werknemers zijn individueel of met elkaar verantwoordelijk voor het voldoen aan productiviteitseisen. Collega's van werknemers met een psychische aandoening worden sterk beïnvloed door negatieve labels op het werk. Het idee dat mensen met een psychische aandoening onder eisen proberen uit te komen is hier ook van invloed (Krupa et al., 2009). Collega's hebben verder moeite met wat zij zien als een voorkeursbehandeling die werknemers uit de doelgroep zouden krijgen. Ze vermijden contact met werknemers met een psychische aandoening (Schultz et al., 2011).

Werknemers met een psychische aandoening

Werknemers met een psychische aandoening internaliseren negatieve overtuigingen en aannames over henzelf en dat ondermijnt hun motivatie om werk te krijgen en te behouden. Een groot dilemma is of ze de aandoening aan de werkgever onthullen (Krupa et al., 2009). Op het werk uit de kast komen is een persoonlijke, complexe en potentieel moeilijke beslissing waar zorgprofessionals vaak vragen over krijgen. Dikwijls leidt het tot discriminatie in de vorm van ontslag of slechte carrièreperspectieven. Anticiperen op

discriminatie vormt ook een barrière om psychische hulp te zoeken. Het gevolg is dat veel werknemers niet durven te zeggen dat ze psychische klachten hebben, op hun tenen lopen of zich vaker ziek melden (Henderson et al., 2013). Ze staan er alleen voor op het werk.

4.5 INVLOEDEN VAN BUITEN DIE STIGMA OP HET WERK BESTENDIGEN

Stigma's worden bestendigd door activiteiten en gedragingen binnen het bredere sociale systeem:

- Media. De media zijn een drijvende kracht bij het ontstaan van stigma in de samenleving. Werkgevers en werknemers worden beïnvloed door wat de diverse media laten zien over psychische diversiteit. Met name zorgelijk is het beeld in de media dat de doelgroep gevaarlijk is (Krupa et al., 2009). De door mediaberichtgeving versterkte stereotype beelden over psychiatrische cliënten zijn hardnekkig (Kienhorst, 2014).
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De GGZ heeft meestal weinig ervaring met het bedrijfsleven en de arbeidsmarkt, resulterend in onbegrip en onduidelijke boodschappen. Hulpverleners hebben de neiging om situaties vanuit een medisch perspectief te interpreteren, waardoor pathologie en tekortkomingen dominant zijn dan arbeidsvermogen en capaciteiten. Ze raden mensen met een psychische aandoening soms af om te gaan werken (Krupa et al., 2009). Stigmatisering komt bij GGZ-hulpverleners minstens zo veel voor als bij het algemene publiek (Kienhorst, 2014).
- Arbeidsintegratieprogramma's en -diensten. Deze programma's vervullen een belangrijke behoefte, maar kunnen ook de aanname ondersteunen dat mensen met een psychische aandoening niet geschikt zijn voor het reguliere bedrijfsleven. Bijvoorbeeld door

het bieden van de mogelijkheid van beschut werk en de boodschap dat dit een betere optie is (Krupa et al., 2009).

- Overheid. De overheid doet al veel, maar veel ook nog niet. Een belangrijke rol is positieve en succesvolle voorbeelden van werknemers met een psychische aandoening presenteren en financiële middelen verschaffen om stigma te bestrijden. Ook moet ze fungeren als rolmodel voor andere werkgevers (het goede voorbeeld geven) en richtlijnen voor werkgevers opstellen hoe ze aan verplichtingen kunnen voldoen (Krupa et al., 2009).

4.6 SPECIFIEKE AANNAMES IN DE CONTEXT VAN WERK

Sommige aannames zijn meer van betekenis in de context van werk en vragen daarom speciale aandacht. Zo zijn aannames over de competenties van mensen met een psychische aandoening extra belangrijk in een wereld waar productiviteit, winst maken en efficiency voorop staan. In het algemeen denken mensen vaak dat de doelgroep zelf verantwoordelijk is voor het krijgen van de aandoening (Krupa et al., 2009). Deze aanname komt echter niet naar voren in de context van werk. Daarvoor in de plaats is er zorg over authenticiteit van de aandoening. Dat heeft ook te maken met het feit dat deze niet zichtbaar en episodisch is. Nergens is die twijfel zo groot als in de literatuur over een psychische aandoening en werk (Krupa et al., 2009). Twijfel over de authenticiteit van de aandoening is hardnekkig omdat collega's vaak van elkaar afhankelijk zijn bij de uitvoering van het werk. Werknemers die samenwerken met iemand met een psychische aandoening maken zich zorgen over een eerlijke verdeling van de werklast en verantwoordelijkheid. Ook maken ze zich zorgen over het kunnen voldoen aan de productiviteitseisen door de werknemer met een psychische aandoening. Hulpverleners uit de GGZ die inconsistente boodschappen afgeven over de employability van mensen met een psychische aandoening worden gewantrouwd.

Kosten-batenafwegingen kunnen leiden tot discriminatie van mensen uit de doelgroep, ook al waren de intenties goed. Het leidt tot spanning tussen de noodzaak efficiënt te opereren en het beeld bij werkgevers dat het ondersteunen van werknemers met een psychische aandoening duur is.

4.7 GEVOLGEN VAN DE AANNAMES VOOR GEDRAG OP HET WERK

Volgens Krupa et al. (2009) is het belangrijk om te benadrukken dat stigma kan leiden tot uitsluiting van mensen met een psychische aandoening van werk. Ook benadrukt hij een prioritering van de gedragsmatige uitdrukking van stigma: discriminatie. Uitsluiting wordt door hem in bredere zin gedefinieerd en gaat dus niet alleen over aangenomen worden voor een baan, maar ook over promotie, gelijke behandeling bij organisatiebeleid, toegang tot alle voorzieningen en sociale activiteiten. De bestending van stigma en discriminatie wordt beschouwd als een schending van de mensenrechten.

Stigmatisering op het werk uit zich in minder promotiemogelijkheden, fouten toeschrijven aan de aandoening, roddelen en subtiele vormen van uitsluiting. Op de werkplek beperkt stigma de mogelijkheid om deel te nemen aan sociale interacties en bijeenkomsten die belangrijk zijn voor goede werkrelaties (Krupa et al., 2009). Onderzoek van Baldwin & Marcus (2011) laat zien dat werknemers met een psychische aandoening te maken hebben met een hoog niveau van negatieve loonverschillen en dat dit verschil verklaard kan worden door stigma. Angst voor uitsluiting zorgt er voor dat werknemers met een psychische aandoening blijven werken in onbevredigende situaties en geen collegiale vriendschappen aangaan (Harder, Wagner & Rash, 2014).

Als mensen met een psychische aandoening na ziekte terugkeren op het werk worden ze vaak vijandig benaderd en krijgen ze minder verantwoordelijkheden. Resultaat kan zelf-stigma zijn en versterking van de aandoening (Stuart, 2004; 2006). Psychische klachten zijn de belangrijkste factor die bepaalt of een werkgever een werknemer voor zijn bedrijf wil behouden (Houtman et al., 2013). Wanneer werknemers in tijdelijke banen psychische gezondheidsproblemen krijgen en verzuimen, wil gemiddeld slechts een op de tien werkgevers investeren in hun terugkeer op het werk, terwijl dat geen issue is voor werknemers met een vast contract. Als de functie zowel fysiek als mentaal belastend is, geeft men (potentiële) werknemers met psychische klachten geen enkele kans op terugkeer. Deze werknemers maken ook weinig kans in geval van contractverlenging, behoud bij reorganisatie of de (extra) inzet van re-integratie-inspanningen.

5 WAT IS HET GEWENSTE WERKGEVERS-GEDRAG?

Om te bepalen welke strategieën kunnen helpen om het gedrag van werkgevers tegenover werknemers met een psychische aandoening positief te beïnvloeden, moeten we eerst weten wat dat gewenste gedrag is. In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat werkgevers en andere sleutelpersonen op het werk vaak vooroordelen hebben over de doelgroep die kunnen leiden tot discriminatie. Werknemers met een psychische aandoening durven daarom niet altijd hun aandoening bekend te maken. Het gevolg is dat zij er alleen voor staan, op hun tenen lopen om het werk te behouden of onderpresteren. Dat kan leiden tot een lagere productiviteit en verzuim en een bevestiging van de vooroordelen van de werkgever.

Om deze vicieuze cirkel te doorbreken is het cruciaal dat de aandoening bij de werkgever bekend is. Alleen dan kan hij eventueel benodigde werkaanpassingen doorvoeren (Gates & Akabas, 2011; Kirsch & Gewurtz, 2011; Schultz et al., 2011). Dat betekent dat de werkomgeving tolerantie en openheid moet bevorderen zodat uit de kast komen meer voordelen dan nadelen oplevert. Ook moet voorkomen worden dat werknemers psychische klachten krijgen of dat deze als gevolg van het werk erger worden (OECD, 2011).

Veel aanbevelingen in de literatuur zijn gericht op wat dit alles van werkgevers vraagt: een goed diversiteitsbeleid, waaronder een inclusieve cultuur, en een mentaal gezondheidsbeleid. Waar diversiteitsbeleid zich vooral richt op verschillen tussen werknemers en gelijke behandeling door oog te hebben voor individuele behoeften, richt mentaal gezondheidsbeleid zich meer op preventie en aandacht voor tijdelijke, al dan niet werkgerelateerde psychische aandoeningen en -klachten. Er is echter zeker

overlap, aangezien bij diversiteitsbeleid 'gezondheid' wordt beschouwd als een kenmerk waarop mensen van elkaar kunnen verschillen en bij beide een inclusieve organisatiecultuur een belangrijke succesfactor is. In dit hoofdstuk stellen we beide beleidslijnen aan de orde.

Eerst bespreken we de inzichten uit de literatuur op het gebied van diversiteitsbeleid met betrekking tot werknemers met een psychische aandoening. Vervolgens gaan we in op mentaal gezondheidsbeleid. Daar is heel veel over te zeggen, maar dat voert te ver voor dit rapport. In het kader van deze studie benadrukken we vooral dat het belangrijk is en geven we enkele aandachtspunten inzake psychische diversiteit.

5.1 DIVERSITEITSBELEID

5.1.1 Wat is diversiteitsbeleid?

Diversiteit wordt gedefinieerd als echte of gepercipieerde verschillen tussen mensen in ras, etniciteit, geslacht, leeftijd, fysieke en mentale mogelijkheden, seksuele oriëntatie, religie, gewicht en uiterlijk en andere op identiteit gebaseerde kenmerken die interacties en relaties kunnen beïnvloeden (Bell, 2012). Naast diversiteit is ook het concept inclusie belangrijk voor de wijze waarop mensen met verschillende achtergronden worden behandeld. Werken aan diversiteit gaat samen met werken aan inclusie. Bij een inclusieve organisatiecultuur voelen werknemers zich geaccepteerd en in staat om een bijdrage te leveren aan de besluitvorming.

Een goed diversiteitsbeleid zorgt ervoor dat optimaal gebruik

wordt gemaakt van verschillen tussen medewerkers. Alleen benoemen werkgevers fysieke en mentale aandoeningen over het algemeen (nog) niet in hun definitie van diversiteit (Gates & Akabas, 2011).

We zien in de literatuur twee benaderingen bij diversiteitsbeleid: 'equal opportunities' en 'managing diversity' (Van Beek, Henderikse & van Doorne-Huiskes, 2011). Bij diversiteit in de zin van *equal opportunities* gaat men ervan uit dat iedereen recht heeft op gelijke kansen. Verschillen, zoals sekse of handicap, worden gezien als bron van discriminerende praktijken die moeten worden opgeheven. Diversiteitsbeleid is in deze benadering een route om discriminatie uit te bannen. Ook de SER houdt in het recente advies 'Discriminatie werkt niet' (2014) een pleidooi voor diversiteitsbeleid. Veel van de gevonden literatuur uit het buitenland (Canada, VS, Australië) beveelt diversiteitsbeleid aan vanuit het 'equal opportunity'-perspectief. Soms wordt daarbij ook gewezen op voordelen voor de organisatie die bij 'managing diversity' vooropstaan.

Managing diversity heeft als uitgangspunt dat individuele medewerkers over unieke kenmerken beschikken en dat die een kracht zijn in plaats van een probleem (Van Beek, Henderikse & Van Doorne-Huiskes, 2011). In deze benadering wordt ervan uitgegaan dat diversiteit, mits het proces goed gemanaged wordt, een aantal voordelen heeft, zoals gekwalificeerde, gemotiveerde en betrokken medewerkers, hogere arbeidsproductiviteit, minder verzuim, minder ongewenste uitstroom, betere en veiliger arbeidsomstandigheden en voldoende instroom van nieuwe medewerkers (De Vries et al., 2005).

Aanpak bij diversiteit

Een toename van diversiteit kan problemen met zich meebrengen, maar die problemen kunnen gemanaged worden (Bell, 2012). Onderzoek wijst uit dat werknemers positief reageren op diversiteit als de werkgever diversiteit waardeert. Er is echter geen standaardaanpak voor diversiteitsbeleid. Daarvoor in de plaats kan men beter focussen op de issues die van belang zijn in de specifieke context, bijvoorbeeld psychische diversiteit.

De literatuur geeft wel aanbevelingen om de organisatie inclusief te maken, ook voor werknemers met een psychische aandoening (Bell, 2012; Gates & Akabas, 2011; Kirsch & Gewurtz, 2011; Schultz et al., 2011; De Vries et al.,

2005; Harder, Hawley & Stewart, 2011):

- Leiding in de top van de organisatie benadrukt de waarde van diversiteit, waaronder psychische diversiteit. De leiding onderneemt openlijk activiteiten om diversiteit in alle niveaus van de organisatie tot stand te brengen.
- Niet alleen de top, maar *alle* leidinggevendenden tonen openlijk commitment aan diversiteit. Dit wordt ook als zodanig ervaren door werknemers uit de doelgroep.
- Functie-eisen en het wervings- en selectieproces worden zodanig aangepast dat kandidaten met verschillende achtergronden worden aangesproken en betrokken.
- Al het personeel wordt functiegerichte training en ontwikkelingsmogelijkheden geboden. Functies worden zo nodig aangepast en bij functioneringsgesprekken komt het belang van de unieke bijdrage van de werknemer naar voren.
- Daarnaast wordt al het personeel een kwalitatief *goede* disability awareness training gegeven om stereotypering te verminderen. Trainingen van slechte kwaliteit kunnen een averechts effect hebben. De kwaliteit van de trainingen krijgt daarom speciale aandacht.
- De organisatie stelt een mentorschap in voor werknemers om hen te helpen succesvol te worden in de organisatie en toegang te krijgen tot sociale netwerken die daarbij belangrijk zijn.
- Er vindt monitoring plaats om na te gaan of de promotie- en ontwikkelingsmogelijkheden voor alle groepen medewerkers gelijk zijn (dominante en niet-dominante groepen).
- De organisatie ondersteunt netwerken van medewerkers die eenzelfde achtergrond hebben op een bepaald gebied. Het bestaan van dergelijke groepen kan een belangrijk signaal zijn voor commitment van de organisatie, maar ze mogen niet in de plaats komen van mentorprogramma's.
- De organisatie zorgt voor aanpassingen en voorzieningen die duurzame inzetbaarheid van werknemers met een psychische aandoening faciliteren, worden toegankelijk voor alle werknemers.
- Er wordt voorlichting gegeven aan werkgevers en managers over de omvang van psychische aandoeningen op het werk, symptomen, mogelijke werkaanpassingen, gewenste stijl van leidinggeven en het belang van vroegtijdige interventies.
- De organisatie zet zich in om mentale gezondheid op het werk te promoten en het nodige beleid te ontwikkelen en te implementeren.

5.1.2 Inclusieve organisatiecultuur

Openheid geeft werkgevers inzicht in het voorkomen van psychische aandoeningen bij werknemers en de kans om daar adequaat op te reageren. Werknemers zijn veel eerder open over hun aandoening in een ondersteunende werkomgeving waar ze zich gewaardeerd voelen door de leidinggevende en collega's (Wheat, 2010). De belangrijkste uitdaging voor werkgevers, leidinggevend en medewerkers is derhalve om te leren naar de mens achter het label te kijken (Harder, Wagner & Rash, 2014; Plaisier, De Bruijn & Smit, 2005). Cruciale succesfactor zijn de collega's. Zij moeten werkaanpassingen realistisch en acceptabel vinden (Schultz et al., 2011). De belangrijkste barrières voor aanpassingen zijn daarmee sociaal van aard; dit sluit aan bij de conceptionalisering van het doen van werkaanpassingen als een sociaal proces. De sleutel voor inclusie en diversiteitsbeleid is dus kennis over aanpassing van de organisatiecultuur (Kirsch & Gewurtz, 2011).

Dialog

Het gaat bij diversiteit vooral om het vermogen om verschillen tussen werknemers door interactie productief te maken. Dit is in de praktijk geen eenvoudige opgave (De Vries, 2010). Het vraagt om bestaande praktijken en verhoudingen los te laten, waarbij impliciete normen en vanzelfsprekendheden ter discussie kunnen komen te staan. Diversiteit gaat per definitie gepaard met emotie. Er treedt alleen draagvlak voor verandering op als er ook ruimte is om

deze emoties bespreekbaar te maken. Voor een inclusieve cultuur is het daarom belangrijk dat men in dialoog komt of blijft. Hieraan wordt in het reguliere diversiteitsbeleid vaak weinig aandacht besteed. Een dialoog is een bijzondere gespreksvorm die gericht is op verdieping. Er zijn verschillende, in de praktijk getoetste methoden om zo'n dialoog te voeren. Het werken met dergelijke methoden kan veel opleveren (zie kader 1).

Het gaat niet alleen om openheid over psychische diversiteit en eventuele beperkingen op het werk, maar ook over de mogelijkheden. Positieve arbeidsmogelijkheden van werknemers met een psychische aandoening worden vaak niet begrepen en onderschat (Krupa, 2008). Als werknemers de oorzaak van hun gedrag aan collega's kunnen uitleggen, kan dat een zekere mate van herkenning opleveren en begrip voor een eventuele werkaanpassing. De aandacht kan ook gevestigd worden op de gezonde kant in het functioneren. Dat leidt tot minder sociale afstand tussen de werknemer met een psychische aandoening en zijn collega's (Plaisier, De Bruijn & Smit, 2005). Interessant in dit verband is de aandacht die Harder, Wagner & Rash (2014) vragen voor de positieve psychologie die ervan uitgaat dat – binnen de beperkingen die er zijn – het grootste potentieel voor optimaal functioneren van individuen en organisaties niet ligt in de analyse en het minimaliseren van deficiënties en problemen, maar in het ontwikkelen van sterke kanten en positieve ervaringen.

KADER 1. VOORDELEN VAN DIALOOGMETHODEN

- Veel deelnemers aan dialoogmethoden ervaren het als een bevrijding om openlijk te kunnen vertellen over de stereotype beelden die ze hebben van bepaalde groepen. De beelden expliciet en openbaar maken en erover praten helpt om ze los te kunnen laten, of er beter mee om te gaan.
- Het praten over persoonlijke verhalen maakt de meeste indruk. Het versterkt het vertrouwen in elkaar en de onderlinge band. Vaak zijn de cases die worden ingebracht heel herkenbaar. Het meedenken over verschillende manieren om met een vraagstuk om te gaan, helpt iedereen verder.
- Ook brengt het werken met praktijkcases het thema diversiteit dichtbij: het is niet langer een abstract gegeven waar de organisatie wat mee wil, maar het gaat over het hier en nu, over directe ervaringen van deelnemers zelf en van hun collega's.
- Soms wordt expliciet gebruik gemaakt van wetenschappelijke concepten om een taal te creëren. De concepten bieden als het ware een bril die helpt scherper te zien wat er gebeurt. Deelnemers hebben dan na de training niet alleen de woorden om met elkaar te praten, maar kunnen ook beter zien en begrijpen wat er om hen heen gebeurt.

Bron: De Vries (2010)

Ook werkgevers moeten open (kunnen) discussiëren over hun zorgen en het vertrouwen in hun mogelijkheden om werknemers met een psychische aandoening te managen (Brohan et al., 2012).

Uit de kast komen

Wanneer werknemers voor hun psychische klachten durven uit te komen, is dat een informele indicator dat de werkgever succesvol is in het bereiken van een inclusieve cultuur (Von Schrader, Malzer & Bruyere, 2013). De verantwoordelijkheid voor openheid ligt echter niet alleen bij werkgevers, maar ook bij de doelgroep. Werknemers kunnen bijvoorbeeld gebruik maken van trainingen en hulpmiddelen om te leren waarom openheid belangrijk is en hoe en wanneer 'uit de kast komen' effectief kan zijn (Harder, Wagner & Rash, 2014). Effecten zijn meer vertrouwen in hulp zoeken en het ook daadwerkelijk gaan doen. Coral (Conceal or ReveAL) is een effectief bewezen beslissingsmethode die werknemers kan helpen te bepalen of en hoe openheid over de psychische aandoening het beste kan plaatsvinden (Henderson et al., 2012). Thema's die aan de orde komen zijn:

- De voor- en nadelen van openheid.
- De persoonlijke behoefte aan openheid.
- De persoonlijke waarden hieromtrent.
- Het moment waarop de werknemer openheid geeft.
- De persoon of personen tegenover wie men open is.
- De manier waarop de werknemer zijn verhaal doet.

5.1.3 Ondersteunende organisatorische condities

Het is belangrijk om organisatienormen en -waarden te communiceren die de waardering voor elke medewerker benadrukken en te reageren op individuele behoeften. Dit betekent ook opnieuw nadenken over bepaalde gewoonten en processen in de organisatie. Een belangrijke succesfactor is het uitdenken van geschikte belonings- en compensatiesystemen (Bohm et al., 2011). In tegenstelling tot wat bij diversiteit in het algemeen wordt aangeraden, kunnen collectieve prestatiesystemen in competitieve omgevingen leiden tot separatie tussen medewerkers met en zonder handicap. Leidinggevendenden kunnen beter incentives introduceren gericht op integratie van werknemers met een handicap. Wat voor incentives dat kunnen zijn, wordt helaas in de literatuur niet vermeld.

Aanpassen van het werk

Het zo nodig aanpassen van het werk is een andere

voorwaarde op organisatieniveau (denk aan flexibele werktijden, taakaanpassing, heldere stijl van leidinggeven en ondersteuning en/of werkpleekaanpassingen). Aanpassingen zijn nu vaak alleen gericht op de werknemer met een psychische aandoening, terwijl de rest van de organisatie daar weinig aan heeft. Een belangrijke voorwaarde voor inclusie is juist dat de aanpassingen door collega's als rechtvaardig worden beschouwd. Aanpassingen ook toegankelijk maken voor de andere medewerkers leidt tot inclusieve interactieprocessen (Thornicroft, 2006; Bohm et al., 2011).

Organisatiegrootte

Grootte van de organisatie is belangrijk. De kans dat werknemers uit de doelgroep werk vinden in een klein bedrijf is groter dan dat ze werk vinden in een groot bedrijf. Kleine bedrijven bieden met elkaar immers de meeste werkgelegenheid. Maar ze hebben geen afdeling HR en structuren om werkaanpassingen te begeleiden. Grote bedrijven hebben vaker beleid en procedures op HR-gebied, geven meer managementtrainingen en zijn flexibeler in het implementeren van aanpassingen (Gates & Akabas, 2011; Schultz et al., 2011). In organisaties waar nog niet voldoende draagvlak is voor diversiteitsbeleid is het vaak wel mogelijk om lokaal initiatieven te nemen. Daardoor kan al een begin gemaakt worden met het veranderingsproces, waarbij meteen ook aan draagvlak gewerkt wordt (De Vries et al., 2005).

5.1.4 Managen van psychische diversiteit

Diversiteitsonderzoek en -beleid is over het algemeen gericht op het managen van verschillen in sekse, leeftijd en/of culturele achtergrond. Verschillen als gevolg van een arbeidsbeperking of psychische aandoeningen worden daarin vaak niet meegenomen. Voor de samenwerking op de werkvloer en de productiviteit kan het echter wel degelijk uitmaken of mensen in een team van elkaar verschillen als gevolg van etniciteit of leeftijd dan wel het hebben van een psychische aandoening.

Het ontbreekt onderzoekers bovendien aan een gemeenschappelijke typologie van diversiteit. De resultaten van diversiteitsonderzoeken zijn mede daardoor niet consistent en verwarrend. Om duidelijkheid te bieden pleiten Harrison & Klein (2007) voor een typering van diversiteit op basis van separatie, variëteit en ongelijkheid (zie kader 2). Deze drie dimensies zijn ook heel relevant

KADER 2. DRIE DIVERSITEITSDIMENSIES

Separatie

Separatie ontstaat als teamleden verschillende posities innemen ten opzichte van een issue dat relevant is voor een taak of een team (bijvoorbeeld door verschil in gezondheid). Maximale separatie ontstaat als gevolg van een teamsamenstelling waarbij evenveel leden een bepaald verschil, zoals een handicap, wel en niet hebben. In het geval van psychische diversiteit is het aantal teamleden met een psychische aandoening echter meestal laag. Daardoor is het waarschijnlijk dat ze gezien worden als symbool van een categorie in plaats van als individu. Dat leidt tot meer stereotypering, vorming van subgroepen en uitsluiting. Separatie kan beïnvloed worden door de teamsamenstelling aan te passen (Harrison & Klein, 2007; Bohm et al., 2011; Plaiser, De Bruijn & Smit, 2005).

Variëteit

Variëteit ontstaat als teamleden verschillende kennis, ervaring of vaardigheden hebben. Mensen met een psychische aandoening kunnen geleerd hebben dat 'gewone' oplossingen voor hen niet werken en goed op een andere manier naar een probleem kijken. Kennis over psychische diversiteit kan heel nuttig zijn

als de organisatie veel klanten met een psychische aandoening heeft. Maximale variëteit ontstaat als elk groepslid afkomstig is uit een andere categorie en unieke informatie of vaardigheden heeft. Dat kan leiden tot openheid en ontvankelijkheid voor elkaars ideeën en positieve effecten, zoals betere besluitvorming en meer creativiteit. Dat is echter met name het geval bij niet-routinematig werk (Harrison & Klein, 2007; Bohm et al., 2011).

Ongelijkheid

Bij ongelijkheid is er verschil in bezit of toegang tot door iedereen gewaardeerde middelen, zoals inkomen, status, invloed. Ongelijkheid kan bijvoorbeeld ontstaan als gevolg van stigma en bij werknemers die lang afwezig zijn geweest door ziekte en parttime weer aan de slag gaan. Het gevolg kan zijn dat ze minder betrokken worden of anders behandeld. Ook werken mensen met een psychische aandoening vaker in banen met een lage status waardoor ze minder macht en invloed hebben. Als dat wordt ervaren als onrechtvaardig kan het leiden tot slechtere werkprestaties (Harrison & Klein, 2007; Bohm et al., 2011).

voor onderzoek naar verschillen als gevolg van handicap of psychische diversiteit (Harrison & Klein, 2007; Bohm et al., 2011; Luijters et al., 2012; Luijters, 2014).

De hamvraag is hoe organisaties deze vorm van diversiteit het beste kunnen managen om positieve effecten van variëteit te bevorderen en negatieve gevolgen te verminderen (Bohm et al., 2011).

Transformationeel leiderschap

Verschillen tussen medewerkers in gedrag of achtergrond kunnen de zogenaamde 'comfort zone' van mensen aantasten. Daarmee omgaan vraagt het nodige van leidinggevend. Niet alleen inlevingsvermogen en flexibiliteit maar ook de competentie om vertrouwen te scheppen en bruggen te bouwen (Van Beek, Hendrikse & Van Doorne-Huiskes, 2011). Uit onderzoek blijkt dat transformationeel leiderschap prestaties van werknemers verbetert, met name als de diversiteit groot is (Bohm et al., 2011; Harder, Wagner

& Rash, 2014)). Transformationeel leiderschap bestaat uit vier componenten:

- Rolmodel zijn met betrekking tot integriteit en de integratie van werknemers die anders zijn en hun groepslidmaatschap versterken.
- Intellectueel stimuleren zodat medewerkers creatiever en innovatiever gaan denken en gemotiveerder oplossingen zoeken voor problemen.
- Inspirerend motiveren en daarbij richting geven aan de teamvisie en heldere gemeenschappelijke teamdoelen communiceren. Dit leidt ook tot minder sub-groepen en discriminatie.
- Maatwerk leveren in de aansturing en daarbij rekening houden met individuele behoeften van de medewerker, motiveren en zorgen dat zijn sterke kanten worden benut.

Voor de werknemer met een psychische aandoening is

het heel belangrijk dat de leidinggevende hulp aanbiedt (maatwerk in de aansturing). Een cultuur waarin de manager hulp aanbiedt, verlaagt de kans dat de werknemer zich ziek meldt en verhoogt de kans op 'uit de kast komen' (Evans-Lacko & Knapp, 2014). Luijters (2014) laat zien dat de leidinggevende daarbij werknemers die niet direct hulp nodig hebben, niet uit het oog moet verliezen. Als de medewerker zonder beperking pas leiding en feedback krijgt als hij minder goed presteert, zal hij dat als onrechtvaardig beoordelen en dat kan negatieve gevolgen hebben voor zijn prestaties. Diversiteit managen betekent oog hebben voor de unieke kenmerken van *alle* werknemers.

5.2 MENTAAL GEZONDHEIDSBELEID

Een mentaal gezondheidsbeleid bestaat uit maatregelen gericht op reductie van psychosociale risico's in het werk, het bevorderen van psychische gezondheid, verminderen van psychische klachten en bevorderen van terugkeer naar werk bij verzuim. Een betere samenwerking en coördinatie van alle betrokken partijen is een belangrijk onderdeel (Houtman & Grundemann, 2014).

Het bevorderen van psychische gezondheid op het werk kan klachten voorkomen en gezondheid in het algemeen verbeteren. Deze benadering zorgt er ook voor dat gezondheid niet beschouwd wordt als alleen maar een kwestie van 'niet ziek' zijn, hetgeen eveneens helpt bij de aanpak van stigma (Harder, Wagner & Rash, 2014). Voordeel van een preventieve benadering is verder dat er nog geen probleem is. Er is nog geen stigma, waardoor het laagdrempeliger wordt aan interventies mee te doen (Houtman et al., 2012; Harder, Wagner & Rash, 2014). Behalve een diversiteitsbeleid is daarom een mentaal gezondheidsbeleid heel belangrijk voor werknemers met een psychische aandoening (Shannon, Wagner & Harder, 2011). Soms wordt dit beleid gezien als onderdeel van een diversiteitsbeleid.

Gezien de focus van deze literatuurstudie bespreken we niet alle onderdelen van mentaal gezondheidsbeleid. Wel gaan we in op enkele aspecten in relatie tot psychische diversiteit.

Werkaanpassingen

Werkaanpassingen kunnen ervoor zorgen dat werknemers met een psychische aandoening hun baan behouden of

re-integreren na verzuim. Ook kunnen ze leiden tot een betere inzetbaarheid en minder presentisme. De vorm van de aanpassingen is afhankelijk van de functie van de werknemer en de belemmeringen die hij daarin ervaart, maar ook organisatie- en persoonskenmerken spelen hierin een rol (Oomens et al., 2010). Er is geen vaste lijst van werkaanpassingen die redelijk worden geacht (Center, 2011). Idealiter komen werkgever en werknemer samen tot een oplossing die de werknemer in staat stelt goed te functioneren zonder al te veel belasting voor de werkgever. Voorbeelden van aanpassingen zijn (Van Weeghel et al., 2013; Shannon, Wagner & Harder, 2011):

- extra tijd om te leren omgaan met nieuwe verantwoordelijkheden;
- aangepaste werkload;
- aangepaste werktijden;
- taakaanpassing;
- een werkplek met minder afleidingen;
- een meer heldere stijl van leidinggeven bij het management;
- ondersteuning, zoals een vertrouwenspersoon of 'maatje' op de werkplek.

KADER 3. ONDERDELEN MENTAAL GEZONDHEIDSBELEID JOHNSON & JOHNSON

- Trainen van managers en HR-professionals in het herkennen van psychische aandoeningen en ondersteunen van medewerkers om te voorkomen dat psychische klachten ernstig worden.
- Ontwikkelen van een Mental Health Interactive Screening Tool. Dit is een anonieme telefonische en online screening tool voor symptomen van depressie, bipolaire stoornissen, angsten, posttraumatische stress, misbruik en eetstoornissen. De tool is gelinkt aan een Employee Assistance Program (EAP) en hulpverlening.
- Health People programma met lifestyle coaches. Door dit programma realiseerde het bedrijf onder andere een lager verzuim en betere werkprestaties.
- Ontwikkeling van een stressbestendigheidsprogramma.

Bron: Gallie, Schultz & Winter (2011)

Werkaanpassingen kunnen ervoor zorgen dat **werknemers** met een psychische aandoening **hun baan behouden** of re-integreren na verzuim.



Meestal zijn de kosten van de werkaanpassing laag en kost het de leidinggevende vooral extra tijd. Echter, werkgevers hebben maar een beperkt beeld van mogelijke werkaanpassingen die geschikt zijn voor mensen met een psychische aandoening (Schultz et al., 2011). Bij werkhervatting komen vaak knelpunten naar voren: hoge werkdruk, veranderende functie-eisen, functioneringsproblemen van werknemers maar ook niet-bekwame leidinggevendenden (Oomens et al., 2011). Die vragen eigenlijk om een organisatieaanpak. De aanpassingen die daaruit voortkomen, kunnen duurder zijn, complexer om in te voeren en vragen meer organisatorische steun op allerlei niveaus. Aan de andere kant kunnen ook andere werknemers van deze aanpassingen profijt hebben.

Rol bedrijfsarts

Bij werkhervatting van werknemers die verzuimen vanwege psychische klachten heeft de bedrijfsarts vooral een coachende en adviserende rol. Communicatie is zijn belangrijkste instrument. In de praktijk blijkt dat bedrijfsartsen soms worstelen met deze rolopvatting omdat werkgevers, maar ook werknemers dikwijls onvoldoende de regie in handen nemen (Oomens et al., 2011). Bedrijfsartsen zijn vaak erg kritisch over leidinggevendenden. Deze hebben een actieve rol in het werkhervattingsproces, maar tonen soms weinig inzet, hebben een negatieve of juist pamperende houding, zijn onvoldoende competent en hebben weinig kennis over psychische klachten in relatie tot werkhervatting of negeren adviezen van de bedrijfsarts.

De aandacht van de bedrijfsarts gaat vooral uit naar het vergroten van de belastbaarheid van de werknemer.

Stressoren in de werksituatie worden grotendeels ongemoeid gelaten. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat interventies op organisatieniveau lastig zijn door te voeren en arbocontracten soms niet toereikend zijn. Anderzijds is het ook deels te wijten aan het feit dat veel bedrijfsartsen hun invloed op organisatieniveau niet hoog inschatten.

Veel werkgevers hebben echter moeite met het managen van werkstress. Nog meer moeite hebben ze met het bespreken van stressproblemen met hun werknemers. Daarom moeten leidinggevendenden hierin getraind worden. Het is belangrijk dat ze een zich ontwikkelende psychische aandoening kunnen herkennen, dat ze weten dat behandeling vaak goed mogelijk is en dat zij 'eerste hulp' kunnen verlenen (Harder, Wagner & Rash, 2014).

Voorbeeld bedrijfsaanpak

Hoewel de belangen van werkgevers groot zijn, zijn er nog maar weinig voorbeelden van goede programma's voor mensen met een psychische aandoening. Zo'n voorbeeld is het beleid van Johnson & Johnson (zie kader 3).

Bij grote bedrijven ligt de focus meestal op depressie omdat die ziekte het grootste deel uitmaakt van de kosten. Het wordt echter steeds duidelijker dat ook angst en drugs- en alcoholverslavingen aandacht van de werkgever vragen. Verder blijkt chronische werkstress een voorloper van psychische klachten (Gallie, Schultz & Winter, 2011). Er is meer onderzoek nodig is om effectieve programma's voor arbeidsorganisaties te ontwikkelen (Harder, Wagner & Rash, 2014).

6 STRATEGIEËN OM WERKGEVERS TE BEÏNVLOEDEN

In de vorige hoofdstukken hebben we gezien welke vooroordelen werkgevers en andere sleutelpersonen op het werk hebben over werknemers met een psychische aandoening. De vooroordelen kunnen leiden tot stigmatisering en discriminatie. Werknemers durven daarom vaak niet voor hun aandoening uit te komen, gaan op hun tenen lopen of onderpresteren en uiteindelijk neemt ook de kans op verzuim en WIA-instroom toe. Zo worden werkgevers bevestigd in hun vooroordeel en blijft het stigma bestaan.

Om deze vicieuze cirkel te doorbreken is het gewenst dat werkgevers zorgen voor een veilige inclusieve organisatiecultuur en voor diversiteitsbeleid. Werknemers met een psychische aandoening durven dan eerder uit de kast te komen en de werkgever heeft de kans om adequaat te reageren. Ook een goed mentaal gezondheidsbeleid is erg belangrijk voor een duurzame inzetbaarheid van de doelgroep.

In dit hoofdstuk komt aan de orde welke strategieën (kunnen) worden ingezet om werkgevers zover te krijgen dat ze hiermee aan de slag gaan en wat er bekend is over de effectiviteit daarvan. We bespreken verplichtende en stimulerende strategieën gericht op het tegengaan van discriminatie en het voeren van (onderdelen van) een mentaal gezondheidsbeleid en diversiteitsbeleid. Ook gaan we in op communicatiestrategieën en randvoorwaarden, zoals de urgentie inzien van het probleem en ondersteuning voor werkgevers.

6.1 WET- EN REGELGEVING

Werkgevers hebben te maken met veel rechtsregels op

de arbeidsmarkt, CAO-afspraken en een daarbij behorend controleapparaat. In het kader van deze literatuurstudie is vooral wet- en regelgeving gericht op loondoorbetaling bij ziekte, arbowetgeving en anti-discriminatiewetgeving van belang.

6.1.1 Arbeid en gezondheid

De afgelopen jaren hebben in Nederland – ook in vergelijking met andere Europese landen – grote veranderingen plaatsgevonden in de wet- en regelgeving rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Geen land ter wereld legt bij verzuim en arbeidsongeschiktheid aan zijn bedrijven verplichtingen op die zo groot zijn als die in Nederland. Primaire prikkel is de loondoorbetalingsverplichting van twee jaar bij ziekteverzuim van een werknemer. Dat heeft ertoe geleid dat het verzuim is gedaald (Van Echtelt, 2012).

Over de mogelijke keerzijde van deze ontwikkeling is echter weinig bekend. Friperon & De Jong (2012) onderzochten daarom werkgeversprikkelers als de verplichte loondoorbetaling bij ziekte en constateerden onder andere een negatief effect op de baankans van 'risicogroepen'. Hoe deze wetgeving precies uitpakt voor werknemers met een psychische aandoening is voor zover bekend niet onderzocht. Wel weten we dat deze werknemers weinig kans maken op (extra) inzet bij re-integratieinspanningen (Houtman et al., 2013).

In bepaalde gevallen is er de mogelijkheid van een no-riskpolis waarbij het UWV maximaal vijf jaar de ziekteverzekering betaalt als de werknemer ziek wordt. In bijzondere gevallen kan dit nog eens met vijf jaar worden verlengd. Er zijn allerlei voorwaarden waaraan een werknemer moet voldoen, wil hij onder de no-riskpolis vallen (zie www.uwv.nl). Dat betekent

Om deze vicieuze cirkel te doorbreken is het gewenst dat werkgevers zorgen voor een veilige inclusieve organisatiecultuur en voor diversiteitsbeleid. Werknemers met een psychische aandoening durven dan eerder uit de kast te komen en **de werkgever heeft de kans om adequaat te reageren.**



KADER 4. WAAROM NEMEN WERKGEVERS WEL/GEEN MAATREGELLEN?

Waarom werkgevers WEL maatregelen treffen:

Wettelijke verplichting

- Vooral de algemene maatregelen zijn wettelijk verplicht, dus bedrijven moeten/willen hieraan voldoen.
- Zaken als certificering, cao-afspraken, vereisten vanuit de verzekering of richtlijnen vanuit de moederorganisatie worden ook als een verplichting ervaren.

Intrinsieke motieven

- Goed werkgeverschap / goed voor werknemers willen zijn.
- Zich bewust zijn dat deze risico's spelen.

Financiële motieven, zoals wanneer de maatregelen leiden tot:

- Lagere personeelskosten.
- Een hogere productiviteit.
- Imagoverbetering.

Voorwaarden zijn vaak wel dat vanuit het bedrijf of de moederorganisatie:

- Middelen (tijd, geld, deskundigheid) beschikbaar worden gemaakt.
- Kennis en informatie toegankelijk worden gemaakt, waaronder goede voorbeelden.
- Steun kan worden gemobiliseerd.

Waarom werkgevers GEEN maatregelen treffen:

Wettelijke verplichting

- Gebrek aan controle of handhaving. Voor een bedrijf is het wrang als het wel de verplichtingen nakomt, maar moet constateren dat concurrenten 'goedkoper' kunnen werken door de verplichtingen te omzeilen.

Afwezigheid van intrinsieke motivatie

- Cultuur van de organisatie.
- Gevoeligheid van 'of lastig zijn' van het onderwerp.

Financiële motieven

- De baten van de maatregelen komen niet bij de werkgever zelf terecht.
- De maatregel is niet kosteneffectief (hoewel maatregelen die bedrijven nemen nauwelijks worden geëvalueerd, werknemerstevredenheid wordt vaak al als voldoende 'effectief' gezien).
- Er zijn geen middelen (tijd, geld, deskundigheid).
- Er is gebrek aan informatie (kennis en kunde), o.a. over kosteneffectiviteit.

Bron: Houtman et al. (2012)

dat deze niet automatisch van toepassing is op werknemers met een psychische aandoening.

Waarom nemen werkgevers wel/geen maatregelen?

De Arbowet bevat regels voor werkgevers en werknemers om de gezondheid, de veiligheid en het welzijn van werknemers te bevorderen. Doel is om ongevallen en ziekten, veroorzaakt door het werk, te voorkomen. Ondanks het feit dat een aantal algemene arbomaatregelen zoals een ziekteverzuimbeleid verplicht zijn, nemen niet alle bedrijven dergelijke maatregelen. Houtman et al. (2012) onderzochten daarom waarom werkgevers wel en niet maatregelen nemen om werkgerelateerde risico's aan te pakken, gezondheid van werknemers te verbeteren en verzuim te verminderen. De bevindingen bieden goede aanknopingspunten, ook voor het onderhavige onderzoek. In onderstaand kader een samenvatting van de resultaten.

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. Interessant is dat maatregelen ook als verplichtend ervaren kunnen worden, als ze dat wettelijk niet zijn: certificering (VCA, ISO), cao-afspraken, vereisten vanuit de verzekering of richtlijnen van de moederorganisatie (bij grote bedrijven). 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 werkdruk, dan is dat ook een reden om geen maatregelen te treffen.

Een belangrijke randvoorwaarde 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.

Bedrijfsgrootte

Een factor als bedrijfsgrootte blijkt van groot belang als drempel of juist als stimulerende factor voor het nemen van maatregelen. Een grote organisatie kan meer ruimte in tijd en geld vrijmaken om zich met de kwaliteit van de arbeid en gezondheid bezig te houden. Een bedrijf dat er financieel goed voor staat, zal ook eerder maatregelen nemen.

6.1.2 Anti-discriminatiewetgeving

Discriminatie is verboden (artikel 1 van de Grondwet). De regels voor mensen met een handicap en chronische

ziekte zijn vastgelegd in de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ). Het gaat om ongelijke behandeling in situaties waar de beperking er niet toe doet. Dus als er objectieve redenen zijn waarom iemand in een bepaalde baan niet goed kan functioneren, dan mag de werkgever deze persoon ongelijk behandelen.

Er is geen Nederlands onderzoek bekend waarin de effecten van deze wetgeving voor werknemers met een psychische aandoening zijn onderzocht.

In het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap is aangegeven wat de overheid moet doen om ervoor te zorgen dat de positie van mensen met een beperking op het gebied van inclusie, persoonlijke autonomie en volledige participatie verbetert. De overheid is daarmee onder andere verplicht tot het nemen van maatregelen die stereotypering verminderen (College voor de Rechten van de Mens, 2014). De aanstaande ratificatie van dit verdrag legt aanvullende regels op waardoor mensen makkelijker in de situatie komen dat ze objectief gezien gelijkwaardig zijn. Nederland heeft dit verdrag op 30 maart 2007 ondertekend, maar nog niet geratificeerd en loopt hiermee flink achter op andere Europese landen.

Werkt de wetgeving wel?

Stigmaonderzoekers pleiten voor een focus op discriminatie omdat gebleken is dat meer kennis over psychische aandoeningen niet altijd leidt tot een positievere houding (Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007). Een andere reden is dat werkgevers er beter mee uit de voeten kunnen. Everett (2004):

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 et al., 2010).

Scheid (2005) ziet daarbij wel verschillen tussen werkgevers. Bij anti-discriminatie wetgeving zou een deel van de werkgevers zich aanpassen omdat ze bang zijn voor een rechtszaak (51%), en een ander deel uit normatieve overwegingen omdat ze denken dat het juist is om te doen (49%). 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.

American Disability Act

Een bekende Amerikaanse anti-discriminatie wet waar ook nogal wat onderzoek naar is gedaan, betreft de American Disability Act (ADA) uit 1990. De ADA bepaalt onder andere dat werkgevers met vijftien of meer werknemers redelijke aanpassingen moeten doen voor werknemers met een handicap. De steun van werkgevers voor gelijke behandeling en werkplekaanpassingen blijkt echter mager en meewerken aan de wetgeving problematisch (Stuart, 2006). Een punt is ook dat wetten zoals de ADA vooral geframed zijn in relatie tot fysieke handicaps waardoor werknemers met een psychische aandoening er minder van profiteren (Thornicroft, 2006; Von Schrader, Malzer & Bruyere, 2013; Stuart, 2006). De additionele bescherming in de wetgeving voor werknemers met een handicap ontmoedigt werkgevers om nieuwe medewerkers met een handicap aan te nemen (Eurofond, 2012). Interessant is echter wel dat diezelfde additionele bescherming goed uitpakt voor personen met een handicap die al in dienst zijn (Scheid, 2005; Eurofond, 2012).

6.2 STIMULERENDE MAATREGELEN

6.2.1 Stimuleren en belonen

Volgens Dekker (2014) moeten de opbrengsten van goed werkgeverschap veel directer ten goede komen aan de 'goede

KADER 5. PRESTATIELADDER SOCIALER ONDERNEMEN (PSO)

De Prestatieladder Socialer Ondernemen (PSO) is een instrument ('keurmerk') dat werkgevers een duwtje geeft in de richting van inclusief ondernemen (www.pso-nederland.nl). De PSO maakt zichtbaar welke werkgevers meer dan gemiddeld mensen met een kwetsbare arbeidsmarktpositie aan het werk hebben en daarvoor goed beleid hebben. Opdrachtgevers en inkopers kunnen socialer ondernemen belonen en een duurzame aanpak stimuleren door de PSO-erkenning mee te wegen bij inkoop en aanbestedingen: hoe hoger op de prestatieladder hoe meer fictieve korting (Brouwer, Fermin en Smit, 2012). Op dit moment wordt binnen de PSO niet naar type handicap of aandoening gekeken, maar naar de regeling van waaruit de medewerkers zijn ingestroomd (bijvoorbeeld Wajong, SW, WWB). Voor de toekomstige doorontwikkeling is het wellicht een optie. Voor werkgevers zou dat een prikkel zijn om te investeren in duurzame inzetbaarheid van mensen met een psychische aandoening (voor zover die binnen de regelingen/doelgroepen van de PSO vallen).

werkgevers'. Als het om gezondheid gaat zouden bijvoorbeeld werkgevers die hun arbozaken goed op orde hebben, kunnen worden vrijgesteld van het risico op loondoorbetaling van zieke of gehandicapte werknemers wanneer deze ziekte of handicap evident niet door het werk is veroorzaakt. Met een aantal relatief kleine beloningen kunnen werkgevers in de richting van verantwoordelijker werkgeverschap worden gestuurd. Ook Houtman et al. (2012) geven aan dat een klein duwtje werkgevers al in beweging kan krijgen om de juiste maatregelen te nemen. Echter, dat geldt volgens hen vooral voor de intrinsiek gemotiveerde werkgevers. Dat wordt bevestigd door Renes & Van de Putte (2011) die stellen: als gedrag vanuit een innerlijke overtuiging gemotiveerd is, leidt dat eerder tot blijvend gedrag dan wanneer men extrinsiek wordt gemotiveerd. Valt de extrinsieke motivatie weg dan is er namelijk ook geen prikkel meer om het gewenste gedrag te vertonen. Een extrinsieke prikkel lijkt daarom vooral geschikt in de beginfase van gedragsverandering om mensen aan te zetten tot actie.

Voorbeelden

De literatuur geeft onder andere de volgende aanbevelingen voor stimulerende maatregelen (Houtman et al., 2012; Houtman & Grundemann, 2014; Eurofound, 2012; Kay, Jans & Jones, 2011):

- Verminderen van de financiële last om een drempel te nemen. Bijvoorbeeld subsidiëren van de maatregel of een belastingvoordeel.
- Vanuit zorgverzekeraars prikkels koppelen aan de inzet van bewezen effectieve maatregelen, bijvoorbeeld door kortingen voor gebruik van 'gecertificeerde' tools of effectief gebleken maatregelen.
- Prijsvragen, nominaties of competities organiseren tussen bedrijven waarbij maatregelen onder de loep worden genomen. Binnen een groot bedrijf kan een competitie ook spelen tussen de vestigingen.
- Druk vanuit klanten vergroten. Bijvoorbeeld door een keurmerk (zie kader 5) te introduceren waaruit blijkt dat een product onder goede arbeidsomstandigheden is geproduceerd.

6.2.2 Loonkostensubsidies

Wanneer een werkgever iemand in dienst neemt uit een doelgroep met slechte vooruitzichten op de arbeidsmarkt (oud, laagopgeleid, gehandicapt) kan hij daarvoor in veel gevallen subsidie krijgen. Hetzelfde gold tot voor kort voor het in dienst houden van werknemers uit deze doelgroepen, maar veel van deze subsidies zijn of worden afgebouwd (Dekker, 2014). Of financiële tegemoetkomingen effectief de arbeidsdeelname van mensen met een beperking vergroten, is echter zeer de vraag. Onderzoeken wijzen hooguit op een klein positief werkgelegenheidseffect van loonkostensubsidies. Financiële prikkels op microniveau kunnen bovendien een stigmatiserend signaal afgeven. Versantvoord (2012) vraagt zich af of werkgevers ongevoelig zijn voor financiële prikkels of dat de instrumenten niet passend zijn. Wat opvalt in de opzet van instrumenten zoals loonkostensubsidies, is namelijk de aanname dat een tegemoetkoming die hooguit zorgt voor neutraliteit (nettoloonkosten zijn gelijk aan de loonwaarde van de werknemer), voldoende is om werkgevers te bewegen arbeidsongeschikten in dienst te nemen en te houden. Het is de vraag of een dergelijke 'enge' tegemoetkoming voor individuele werkgevers toereikend is om hun afweging en risico-inschatting in het voordeel van arbeidsbeperkten te laten uitvallen. Zo lijken mogelijke instabiliteit in productiviteit en onzekerheid of de verwachte productiviteit

gehaald wordt – en daarmee dus ook of de vergoeding toereikend is – weinig stimulerend voor werkgevers.

6.2.3 Nudging

Er is de laatste tijd veel aandacht voor nudging: het op een slimme maar niet-dwingende wijze sturen van gedrag, door gebruik te maken van nieuwe gedragswetenschappelijke kennis over hoe mensen keuzes maken en de rol die informatie daarbij speelt (WRR, 2014). Nudging zou de intrinsieke motivatie niet aantasten omdat er een keuzevrijheid geldt. Het begrip lijkt te zijn uitgegroeid tot een generieke aanduiding voor allerlei niet-dwingende interventies, maar nudging is in elk geval *niet* traditionele sturing via wettelijke geboden en verboden en ook *niet* sturing via subsidies en boetes. Er wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de kennis dat mensen:

- Moeite hebben rekening te houden met de lange termijn.
- Verlies zwaarder wegen dan winst.
- Onzekerheid het liefste willen vermijden.
- Zich veel aantrekken van wat andere mensen doen.
- Vaak onbewust beïnvloed worden door de wijze waarop keuzes worden voorgelegd en door factoren in de omgeving.

Een bekend voorbeeld is het inzetten van sociale normen en het verschaffen van feedback over wat anderen vinden en doen om mensen te bewegen tot meer verantwoord gedrag. Dergelijke feedback vinden mensen vaak informatief en heeft een substantiele invloed op hun attitudes en gedrag (Postmes, Steg & Keizer, 2009). Voorbeelden van nudging van werkgevers inzake keuzes voor inclusief werkgeverschap of (onderdelen van) diversiteitsbeleid zijn niet gevonden in de bestudeerde literatuur. De WRR (2014) adviseert om te gaan experimenteren met nudges waarvan plausibel is dat zij reële kans van slagen hebben.

6.3 STRATEGIEËN GERICHT OP HET BEÏNVLOEDEN VAN DE BEELDVORMING

6.3.1 Anti-stigmacampagnes

Op verschillende plekken in de wereld zijn grote anti-stigmaprogramma's uitgevoerd. Uit de resultaten worden wisselende conclusies getrokken. Vaak moet geconstateerd worden dat het een kwestie is van twee stappen vooruit en

een stap terug (Friedrich et al., 2013). Een van de oorzaken is dat educatie over stereotypen wel werkt in die zin dat de kennis blijft hangen, maar dat het geen effect heeft op het gedrag (Harder, Hawley & Steward, 2014; Stuart, 2012). Stigma en stereotypen zijn namelijk meer gerelateerd aan emotionele respons van mensen dan aan logisch denken. Die emotionele barrière is moeilijk te doorbreken omdat die vaak impliciet is en niet logisch. Veel mensen schieten in de weerstand als hun vooroordelen op een generieke manier worden uitgedaagd en ze zullen informatie die er niet mee strookt, afwijzen (Stuart et al., 2012). Volgens Kienhorst (2014) is voorlichting effectiever als deze doelgroepgericht is en toegesneden op het bestaande gedrag en de bestaande houdingen in de groep waarop je de informatie richt, in dit geval werkgevers.

Time-To-Change

Een van de grootste communicatiecampagnes is Time-To-Change in Engeland. Bij deze campagne zijn veel organisaties betrokken. Er wordt samengewerkt met de massamedia en er zijn allerlei lokale, doelgroep- en domeingerichte activiteiten. Openheid en praten over psychische problemen wordt actief gestimuleerd. Er is een website waar mensen informatie kunnen vinden en aangemoedigd worden om mee te doen. Ook werkgevers en werknemers worden in de campagne aangesproken en met hulpmiddelen ondersteund. Zo helpen adviseurs werkgevers bij het tegengaan van discriminatie en geven ze 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. Volgens Henderson et al. (2013) was een belangrijke beperking van de evaluatie bij werkgevers dat het niet mogelijk was om te bepalen of de veranderingen echt het gevolg waren van Time-To-Change. Toch achten 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.

Commissie het Werkend Perspectief

Ook in Nederland blijkt uit de ervaringen van de Commissie het Werkend Perspectief dat het niet makkelijk is om beeldvorming te beïnvloeden. Deze commissie, ingesteld door de Ministeries van SZW en VWS, moest in de periode 2003-2007 onder andere een bijdrage leveren aan positieve en realistische beeldvorming inzake diverse groepen arbeidsgehandicapten bij werkgevers. Uit verschillende onderzoeken bleek dat bij het opheffen van de commissie met name de beeldvorming rond mensen met een psychische aandoening nog onverminderd negatiever was dan die bij de meeste andere doelgroepen (Commissie het Werkend Perspectief, 2008).

Mythes en negatieve stereotypen ontkrachten

In het algemeen (dus niet specifiek bij werkgevers) blijkt dat hoewel goede informatie over psychische aandoeningen niet voldoende is om attitudes structureel te veranderen, het wel belangrijk is om mythes en negatieve stereotypen door feiten en adequate informatie te ontkrachten (Kienhorst, 2014). Mensen die psychische aandoeningen zien als symptomen op een schaal waar je hoger of lager op kunt scoren (angst, somberheid, achterdocht) blijken minder te stigmatiseren. Het is daarom ook belangrijk om de normaliserende boodschap over te brengen dat iedereen psychische kwetsbaarheden heeft.

6.3.2 Contact en dialoog

Contactstrategieën die directe en positieve interacties tussen mensen met een psychische aandoening en anderen bevorderen, blijken het effectiefst (Kienhorst, 2014; Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007). Veranderingen in houding en gedrag zijn bij direct contact zowel groter als duurzamer dan bij algemene voorlichting. Ze zijn gebaseerd op het gegeven dat mensen die al bekend zijn met mensen met een psychische aandoening, gunstiger oordelen over de hele groep. Ook mensen die zelf een psychische aandoening hadden op enig moment in hun leven, blijken minder geneigd tot stigmatisering en hebben meer vertrouwen in positieve uitkomsten van een behandeling (Harder, Hawley & Steward, 2014). Het heeft daarom positieve effecten als werkgevers in contact worden gebracht met werknemers met een psychische aandoening. Het kan ertoe leiden dat ze hen weer zien als werknemer die een bijdrage levert in plaats van als iemand met een label. Veel werkgevers zijn echter niet bekend

met mensen uit de doelgroep die hun werk net zo goed doen als andere werknemers, met succesvolle aanpassingen of succesverhalen van andere werkgevers (Kay, Jans & Jones, 2011).

Dialog

Ook hier zijn inzichten uit de gedragseconomie, in dit geval over beïnvloeding van sociale normen relevant (Postmes, Steg & Keizer, 2009). Normatieve verandering is namelijk niet slechts een kwestie van de juiste boodschap verkondigen of straffen en belonen omdat normen sterk verankerd zijn in sociale groepen. Zodra de sociale groep (in dit geval op het werk) als uitgangspunt wordt genomen, ontstaat perspectief op alternatieve manieren van gedragsbeïnvloeding. Alleen als een bepaalde boodschap een plaats krijgt in de dagelijkse conversatie, is er kans op een duurzaam effect. Groepsprocessen zijn dan ook een potentieel aangrijpingspunt voor beïnvloeding. Onderzoek bevestigt het belang van dialoog. Alleen door interactie met anderen kan een mens zich oriënteren op de eigen normen en op die van anderen (zie ook paragraaf 5.1.2).

6.4 RANDVOORWAARDEN

6.4.1 Bewustwording van urgentie, business case

Wanneer een werkgever zich realiseert dat hij een probleem heeft, kan dat een belangrijke prikkel zijn om maatregelen te nemen (Houtman et al., 2012). Naast voorlichting over onjuiste beeldvorming, arborisico's en de gevolgen van niet-aanpakken, ligt het daarom voor de hand om werkgevers te informeren over de kosten en baten van maatregelen. Daarbij is het van belang om er rekening mee te houden dat inzicht in de business case niet vanzelf leidt tot ander gedrag of het nemen van maatregelen. Werkgevers zijn dan wel gevoelig voor het financiële aspect, maar de wijze waarop beslissingen worden genomen past niet altijd binnen het nauwe rationele kader. Naast de objectieve afweging op basis van kosten en opbrengsten staan bijvoorbeeld ook subjectieve inschattingen van kansen en het belang van emoties (Van Dijk & Zeelenberg, 2009).

Is er een business case?

Een belangrijke aanname van werkgevers is dat werknemers met een psychische aandoening veel extra kosten met zich meebrengen (zie ook hoofdstuk 4). Terwijl studies aantonen dat de meeste werkaanpassingen weinig tot niets kosten en

tot verbeteringen leiden op het gebied van productiviteit, interacties met collega's, stressniveaus, attitudes en werkklimaat (Von Schrader, Malzer & Bruyere, 2013). Een aanpak gericht op het verminderen van psychische klachten op het werk zou ook een lager verzuim opleveren, meer productiviteit en minder uitstroom (Harder, Rash & Wagner, 2014).

Over de meerwaarde van diversiteitsbeleid zijn nog weinig 'harde' gegevens bekend (Bohm et al., 2011). Positieve onderzoeksresultaten betreffen bovendien vooral gepercipieerde effecten en ze treden alleen op onder bepaalde voorwaarden, zoals een heel duidelijk en zichtbaar commitment van de top in de organisatie (SER, 2009; Van Beek, Henderikse & Van Doorne-Huiskes, 2011). Hoe het uitpakt bij diversiteit als gevolg van een handicap of een psychische aandoening is nog nauwelijks onderzocht. De weinige literatuur die er is, wijst vooral op een negatieve impact in de vorm van discriminatie en lagere arbeidsproductiviteit. Er zijn echter ook praktijkgerichte studies met meer positieve uitkomsten (Bohm et al., 2011).

6.4.2 Werkgevers ondersteunen

Veel onderzoeken sluiten af met de aanbeveling dat werkgevers ondersteund moeten worden bij maatregelen die nodig zijn voor een duurzame inzetbaarheid van werknemers met een psychische aandoening (o.a. Van Weeghel et al., 2013; Kay, Jans en Jones, 2011). De steun kan komen van diverse professionals, bijvoorbeeld ook van bedrijfsartsen en HR-medewerkers. Steun kan ook extern zijn, zoals adviseurs die al dan niet gratis langskomen om specifieke problemen op te lossen. Een mogelijkheid is verder het bevorderen van het uitwisselen van ideeën met andere/vergelijkbare bedrijven of ondersteuning vanuit een sectororganisatie of een regionaal netwerk. Het zou dan moeten gaan om het bundelen van kennis en financiële middelen. Bijvoorbeeld tegen lage kosten hulplijnen beschikbaar stellen en cursussen voor zowel werkgevers als werknemers (Houtman et al., 2012; Houtman & Grundemann, 2014).

Interessant zijn nieuwe leermethoden, zoals de pilot 'Diversiteit Loont' in de uitzendbranche (www.stoof-online.nl). Om het onderwerp discriminatie blijvend top-of-mind te houden bij intercedenten is samen met experts gezocht naar een nieuwe aanpak. Resultaat is de Continuous Learning App waarmee over een langere periode een continue

Wanneer een werkgever zich realiseert dat hij een probleem heeft, **kan dat een belangrijke prikkel** zijn om maatregelen te nemen



leerprikkel kan worden gegeven. De app is niet specifiek gericht op werknemers met een psychische aandoening, maar leent zich voor meerdere toepassingen.

Charters voor werkgevers

In 2004 is in de UK Mindful Employer ontwikkeld (Frost, 2012). Doel van dit initiatief is werkgevers makkelijker toegang geven tot informatie en steun bieden aan werknemers met een psychische aandoening. De kosten worden volledig gedekt door bijdragen van werkgevers die de 'Charter for Employers who are positive about mental health' hebben getekend. Het feit dat er geen targets zijn waar werkgevers zich aan moeten committeren, zou een belangrijke reden voor het succes zijn. De Charter bevat een assessment met zes onderdelen dat de huidige praktijk bij werkgevers in kaart brengt en gebieden identificeert die beter kunnen. Het resultaat geeft informatie en advies bij de verbeterpunten. De sleutelprincipes van Mindful Employer en het Charter zijn door Frost geëvalueerd. Enkele interessante bevindingen:

- Het belangrijkste issue voor werkgevers is de spanning tussen de productiviteitsdoelstelling en het ondersteunen van personeel met specifieke problemen.
- Het gebruik van logo's, zoals dat van Mindful Employer en positieve statements van CEO's ondersteunt een positieve benadering van werknemers en sollicitanten.
- Training en informatie leidt tot bewustwording van de relevante wetgeving.
- Praktijkvoorbeelden en echte verhalen van werknemers in trainingen leiden tot meer kennis van aspecten van psychische aandoeningen.

Recentelijk heeft de SER (2014) een plan gelanceerd voor een Diversiteits Charter gericht op het tegengaan van discriminatie en het bevorderen van een diversiteitsbeleid waarbij bedrijven zich vrijwillig kunnen aansluiten. Diversiteitsbeleid stimuleren op de werkvloer is een belangrijk doel van het Diversiteits Charter. Een onderdeel is uitwisseling van goede praktijken en leren van elkaar. Het Ministerie van SZW heeft het plan omarmd. De adviezen van de SER en het plan van de overheid gaan verder dan een charter voor werkgevers. De aanpak is generiek, maar er worden wel enkele doelgroepen benoemd die extra aandacht krijgen (niet-westerse allochtonen, lgbt'ers, vrouwen, ouderen en werknemers in tijdelijke contracten). Gesteld wordt dat bij mensen met een

beperking stereotypering en negatieve beeldvorming een rol spelen, maar dat er voor hen al voldoende activiteiten worden ondernomen in het kader van het sociaal akkoord. Werknemers met een psychische aandoening vallen dus onder de generieke aanpak van het charter.

7 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1 HET ONDERZOEK

Achtergrond

Arbeidsparticipatie leidt in het algemeen tot meer kwaliteit van leven. Dat geldt ook voor arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening. De meesten van hen hebben werk, maar zij moeten in veel gevallen een strijd leveren om dat werk te behouden.

Stigmatisering is één van de belangrijkste problemen die mensen met een psychische aandoening ervaren: zij worden vaak gemeden, gediscrimineerd en uitgesloten, ook op het werk.

Van de mensen met een ernstige aandoening heeft ongeveer 16 procent een betaalde baan. De arbeidsparticipatie van mensen met een lichte of matige aandoening is niet veel lager dan die van de rest van de beroepsbevolking. Ongeveer 20 procent van de beroepsbevolking heeft te maken met een lichte of matige psychische aandoening.

Werknemers met een psychische aandoening durven veelal niet open te zijn over hun aandoening uit angst gestigmatiseerd te worden. Werkgevers hebben daardoor niet de kans om er adequaat op te reageren. In deze situatie kost het veel werknemers met een psychische aandoening moeite om hun werk te behouden. Ze lopen op hun tenen of gaan juist onderpresteren. Dit leidt tot lagere productiviteit en uiteindelijk tot verzuim en uitval. Slechte werkomstandigheden kunnen daarbij ook psychische klachten veroorzaken of doen verergeren. Steeds meer werknemers ervaren werkstress. Op dit moment heeft een

derde van het verzuim een psychische reden.

Psychische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor hoge werkloosheid, een hoog verzuim, presenteïsme en een hoge instroom in uitkeringen. Alleen al het verzuim kost de werkgevers naar schatting 2,7 miljard. Daarbij zijn de kosten van presenteïsme nog niet meegerekend. Behandeling is echter vaak goed mogelijk en effectief. Meer openheid op de werkvloer biedt werkgevers de kans om de juiste ondersteuning te bieden. Van een goed werkgeversbeleid voor psychische diversiteit hebben alle werknemers profijt.

Literatuurstudie

Dit rapport betreft een literatuurstudie uitgevoerd ten behoeve van het project Stigma & Werk van de Stichting Samen Sterk zonder Stigma. Deze stichting zet zich in voor een samenleving waarin iedereen open kan zijn over psychische aandoeningen door mensen bewust te maken van vooroordelen en de impact ervan.

Binnen het project Stigma & Werk worden werknemers met een psychische aandoening ondersteund om hun aandoening op de werkvloer bespreekbaar te maken. Werkgevers krijgen handvatten om op een constructieve manier met psychische diversiteit om te gaan. De activiteiten in het project moeten ertoe leiden dat werkgevers formeel beleid ontwikkelen voor werknemers met een psychische aandoening met als resultaat: lager ziekteverzuim, behoud van werk en hogere arbeidsparticipatie.

De literatuurstudie is gericht op factoren aan werkgeverszijde die een rol spelen bij het al dan niet open staan voor werknemers met een psychische aandoening en op strategieën om daar in positieve zin invloed op

uit te oefenen. 'Openstaan voor' kan zijn: het in dienst willen houden, deze groep expliciet meenemen in beleid, openheid over psychische aandoeningen op de werkvloer willen bevorderen of überhaupt de relevantie inzien van het onderwerp. Doel van de literatuurstudie is een onderbouwing van het activiteitenplan van Stigma & Werk en dit zo nodig aanvullen met nieuwe inzichten of strategieën.

De *vraagstelling* voor het onderzoek is:

1. Wat is de houding en het gedrag van werkgevers ten opzichte van werknemers met een psychische aandoening?
2. Wat is het gewenste gedrag van deze werkgevers ten opzichte van werknemers met een psychische aandoening?
3. Wat zijn strategieën om de houding en het gedrag van deze werkgevers in positieve zin te beïnvloeden?

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen. Het hoofdstuk kan tevens gelezen worden als samenvatting van het onderzoek. We sluiten af met enkele aanbevelingen.

7.2 WAT IS DE HOUDING EN HET GEDRAG VAN WERKGEVERS?

De eerste onderzoeksvraag gaat over de houding en het gedrag van werkgevers ten opzichte van werknemers met een psychische aandoening.

Aannames van werkgevers en andere sleutelpersonen op het werk

Uit de literatuur komt naar voren dat werkgevers, leidinggevend en collega's vaak vooroordelen hebben over werknemers met een psychische aandoening. Ze worden daarbij beïnvloed door activiteiten en gedragingen van buiten de arbeidsorganisatie, zoals van de media, GGZ-hulpverleners, arbeidsconsulenten en de overheid. Werkgevers en anderen op het werk hebben de volgende aannames:

1. Werknemers met een psychische aandoening kunnen niet goed voldoen aan de eisen die het werk stelt.
2. Werknemers met een psychische aandoening zijn

gevaarlijk of vertonen onvoorspelbaar gedrag.

3. Een psychische aandoening is geen legitieme, wettelijk erkende aandoening.
4. Werk is stressvol en daarom niet gezond voor werknemers met een psychische aandoening.
5. Werknemers met een psychische aandoening in dienst houden kost de werkgever extra tijd en geld en is daarom een vorm van liefdadigheid.

Beelden zijn ongenueanceerd, maar er zijn wel degelijk verschillen

De aannames zijn ongenueanceerd. Toch blijkt dat er wel degelijk verschil bestaat in aannames, als in onderzoek onderscheid wordt gemaakt in diagnose of ernst van de aandoening. De beelden komen ook niet altijd overeen met de werkelijkheid. De intensiteit verschilt, afhankelijk van persoonlijke ervaringen met de doelgroep, geslacht, opleidingsniveau, educatie over psychische aandoeningen en de positie van de sleutelpersoon in de organisatie. Bedrijfsomvang en de sector waarin de werkgever opereert spelen ook een rol.

Specifieke context van werk

De impact van vooroordelen kan verschillen per functie en is ook afhankelijk van de positie in de organisatie. De literatuur maakt onderscheid in werkgevers, managers, vakbonden, collega's en werknemers met een psychische aandoening. Specifiek voor de werkcontext is dat er getwijfeld wordt aan de authenticiteit van psychische aandoeningen. Werkgevers zijn sterk gericht op productiviteit, kosten-baten en efficiency en maken zich daarom zorgen over extra kosten die werknemers met een psychische aandoening met zich meebrengen, bijvoorbeeld als gevolg van verzuim, werkaanpassingen, arbeidsongevallen en extra tijd die nodig is om administratieve zaken te regelen. Werkgevers willen hun leidinggevend liever niet belasten met deze problematiek. Collega's en leidinggevend maken zich zorgen over de werkprestaties van de doelgroep, vooral als ze van de doelgroep afhankelijk zijn voor het behalen van targets. In het buitenland bestaat er ook veel angst voor rechtszaken als gevolg van anti-discriminatie wetgeving.

Werknemers met een psychische aandoening kunnen negatieve overtuigingen over henzelf internaliseren en dat ondermijnt hun vermogen om het werk te behouden. Een groot dilemma is of ze de aandoening aan de werkgever onthullen. Ze staan er vaak alleen voor op het werk.



Werkaanpassingen moeten niet alleen beschikbaar komen voor werknemers met een psychische aandoening, maar voor alle werknemers die daar op enig moment behoefte aan kunnen hebben.

Weinig werkgevers en managers hebben voldoende kennis om een psychische aandoening te herkennen en vaardigheden om er goed mee om te gaan. Ze kennen vaak ook geen mensen met een psychische aandoening die hun werk net zo goed doen als andere werknemers of succesverhalen van andere werkgevers.

Stigmatisering leidt tot discriminatie op het werk

Stigmatisering op het werk uit zich in minder promotiemogelijkheden, fouten toeschrijven aan de aandoening, roddelen, subtiele vormen van uitsluiting en loonverschillen. Werknemers met een psychische aandoening maken weinig kans op contractverlenging, behoud van hun werk bij een reorganisatie of op (extra) inzet van de werkgever bij re-integratieprogramma's.

Het gevolg is dat veel werknemers niet durven te zeggen dat ze psychische klachten hebben, minder goed presteren of zich vaker ziek melden. Het gebrek aan openheid maakt het voor werkgevers lastig om problemen bij psychische diversiteit effectief aan te pakken.

7.3 WAT IS HET GEWENSTE WERKGEVERSGEDRAG?

De tweede onderzoeksvraag gaat over het gewenste gedrag, waaronder beleid van werkgevers ten opzichte van werknemers met een psychische aandoening.

Doorbreken vicieuze cirkel

Randvoorwaarde voor een goede inzetbaarheid bij psychische diversiteit is dat een aandoening bekend is bij de werkgever. Alleen dan kan hij eventueel benodigde werkaanpassingen doorvoeren. De vicieuze cirkel die werkgevers bevestigt in hun vooroordelen, moet dus doorbroken worden. Dat vergt empowering en ondersteunen van de werknemer die voor de aandoening moet durven uitkomen. Van de werkgever vraagt het goed diversiteitsbeleid, waaronder een inclusieve organisatiecultuur en een mentaal gezondheidsbeleid.

Diversiteitsbeleid

Diversiteitsbeleid zorgt ervoor dat optimaal gebruik wordt gemaakt van verschillen tussen werknemers, bijvoorbeeld als gevolg van ras, etniciteit, geslacht, leeftijd en gezondheid. Werkgevers benoemen gezondheid en psychische aandoeningen echter over het algemeen (nog) niet in hun definitie van diversiteit. Ook diversiteitsonderzoek richt zich nauwelijks op 'psychische aandoening' als aspect waarop medewerkers van elkaar kunnen verschillen.

Onderdelen van diversiteitsbeleid zijn onder andere een openlijk commitment van alle leidinggevenden, goede disability awareness trainingen en mentorschap om werknemers te helpen succesvol te worden in de organisatie. Maar werkgevers kunnen meer doen om de organisatie inclusief te maken. Voor het benutten van psychische diversiteit is een ondersteunende cultuur op de werkvloer cruciaal. Het gaat om openheid over de beperking van de werknemer, maar ook over de mogelijkheden. Emoties kunnen bespreekbaar gemaakt worden aan de hand van een dialoogmethodiek, een bijzondere gespreksvorm gericht op verdieping. Voor werknemers met een psychische aandoening zijn er hulpmiddelen om te bepalen of, bij wie en hoe 'uit de kast komen' het beste kan gebeuren.

Ook op organisatorisch niveau moeten de nodige condities gecreëerd worden. Dat betekent onder andere kritisch kijken naar prestatiebeloningen en incentives richten op integratie van werknemers met een psychische aandoening.

Werkaanpassingen moeten niet alleen beschikbaar komen voor werknemers met een psychische aandoening, maar voor alle werknemers die daar op enig moment behoefte aan kunnen hebben. Een belangrijke succesfactor bij inclusie is namelijk dat werkaanpassingen door collega's als rechtvaardig worden beschouwd.

Het managen van teams waarin ook medewerkers met een psychische aandoening werken, betekent een extra uitdaging voor de leidinggevende. Transformationeel leiderschap werkt het beste. Daarbij geeft de leidinggevende het goede voorbeeld, stimuleert hij medewerkers intellectueel, geeft hij richting aan teamvisie en -doelen en houdt hij tegelijkertijd ook goed rekening met de individuele behoeften van medewerkers.

Mentaal gezondheidsbeleid

Een mentaal gezondheidsbeleid bestaat uit maatregelen gericht op reductie van psychosociale risico's in het werk, het bevorderen van psychische gezondheid, verminderen van psychische klachten en bevorderen van terugkeer naar werk in geval van verzuim als gevolg van een psychische aandoening. Een mentaal gezondheidsbeleid is belangrijk omdat psychosociale risicofactoren in het werk zijn toegenomen. Een dergelijk beleid is goed voor alle werknemers, maar zeker ook voor werknemers met een psychische aandoening die extra gevoelig kunnen zijn voor werkstress. Er zijn nog weinig voorbeelden van goede programma's voor mentaal gezondheidsbeleid.

Werkgevers hebben maar een beperkt beeld van mogelijke werkaanpassingen die geschikt zijn voor mensen met een psychische aandoening. De bedrijfsarts heeft een belangrijke coachende en adviserende rol als het gaat om werkherleving van werknemers die verzuimen vanwege psychische klachten. Het blijkt dat bedrijfsartsen vaak worstelen met hun rol omdat werkgevers, met name leidinggevenden, veelal onvoldoende de regie nemen. Bedrijfsartsen laten stressfactoren in de werksituatie vaak voor wat ze zijn, onder andere omdat zij hun invloed om daarin verandering aan te brengen, niet hoog inschatten.

7.4 WAT ZIJN STRATEGIEËN OM WERKGEVERS TE BEÏNVLOEDEN?

De derde onderzoeksvraag betreft strategieën om de houding en het gedrag van werkgevers ten opzichte van

werknemers met een psychische aandoening in positieve zin te beïnvloeden.

Er is nog weinig kennis over de specifieke context in Nederland

In binnen- en buitenland worden verschillende strategieën ingezet om het gedrag, waaronder beleid van werkgevers tegenover werknemers met een psychische aandoening (of ook andere werknemers) te verbeteren. Onder die strategieën vallen bijvoorbeeld aanpassingen van de wet- en regelgeving, stimulerende maatregelen, communicatiestrategieën en direct contact. De effecten zijn niet altijd positief of niet goed bekend. Alleen direct contact schijnt goed te werken. Om de juiste strategieën te kunnen ontwikkelen is veel meer kennis nodig van de Nederlandse context en effectieve wet- en regelgeving, stimulerende maatregelen en communicatiecampagnes voor werkgevers.

Wet- en regelgeving op het gebied van gezondheid en discriminatie

Kenmerkend voor Nederland is de verplichting voor werkgevers tot lange loondoorbetaling bij ziekte van werknemers (twee jaar). Dit heeft geleid tot een daling van het verzuim, maar heeft ook een negatief effect gehad op de baankans voor risicogroepen. Ondanks deze wet maken werknemers met een psychische aandoening weinig kans op (extra) inzet bij re-integratieprogramma's.

Ook anti-discriminatiewetgeving heeft niet altijd het gewenste effect. Met name in het buitenland is hier onderzoek naar verricht. Het blijkt dat veel werkgevers de wet eerder naleven om rechtszaken te vermijden dan dat ze het doen vanwege een positieve attitude tegenover psychische diversiteit.

De Nederlandse Arbowet legt bedrijven ook bepaalde verplichtingen op. Maar ondanks het feit dat bepaalde maatregelen verplicht zijn, neemt niet ieder bedrijf de maatregelen. Werkgevers blijken vooral 'gevoelig' voor wettelijke verplichtingen (al dan niet afhankelijk van de mate van handhaving), maar intrinsieke of extrinsieke motivatie en financiële motieven zijn ook belangrijke redenen om maatregelen wel of niet te nemen.

Stimulerende maatregelen, waaronder financiële prikkels en nudges

Er zijn weinig tot geen stimulerende maatregelen voor werkgevers met betrekking tot goed werkgeverschap voor

werknemers met een psychische aandoening. Wel zijn er financiële tegemoetkomingen zoals loonkostensubsidies. Of die effectief zijn, is echter zeer de vraag. Onderzoeken wijzen hooguit op een klein positief werkgelegenheidseffect.

Stimulerende maatregelen, zoals een belastingvoordeel, korting bij het gebruik van bewezen effectieve maatregelen, een prijs of een keurmerk kunnen het voor werkgevers aantrekkelijk maken om het gewenste gedrag te vertonen. Een mogelijkheid is ook om werkgevers die hun arbozaken goed op orde hebben, vrij te stellen van de verplichting tot loondoorbetaling van zieke of gehandicapte werknemers wanneer deze ziekte of handicap duidelijk niet door het werk is veroorzaakt. Dit soort maatregelen zou vooral effectief zijn bij intrinsiek gemotiveerde werkgevers.

Nudging is het op een slimme maar niet-dwingende wijze sturen van gedrag, door gebruik te maken van nieuwe gedragswetenschappelijk kennis over hoe mensen keuzes maken en de rol die informatie daarbij speelt. Mogelijk kan een nudge werkgevers een duwtje geven in de richting van diversiteitsbeleid of een goed mentaal gezondheidsbeleid. De WRR adviseert om met nudges te experimenteren waarvan het plausibel is dat ze een reële kans van slagen hebben.

Communicatiestrategieën en direct contact

Communicatiestrategieën en direct contact zijn onontbeerlijk bij het beïnvloeden van de beeldvorming. Met name communicatiecampagnes kosten echter veel geld en het duurt lang voordat effecten in de beeldvorming zichtbaar zijn. Uit onderzoek is inmiddels gebleken dat kennis en/of een positieve houding tegenover werknemers met een psychische aandoening niet automatisch leidt tot ander gedrag. Emoties spelen een grote rol bij stigma en alleen als een bepaalde boodschap een plaats krijgt in de dagelijkse conversatie op de werkvloer is er kans op een duurzaam effect. Groepsprocessen en direct contact zijn een belangrijk

aangrijpingspunt voor gedragsbeïnvloeding. Onderzoek bevestigt het belang van dialoogmethodieken die ervoor zorgen dat men met elkaar in gesprek gaat en blijft over onderlinge verschillen.

Bewustwording van urgentie

Werkgevers komen pas in actie als ze de noodzaak van maatregelen inzien en een zekere urgentie voelen. Dat betekent goed voorrekenen wat het kan opleveren als er meer openheid komt over psychische aandoeningen, werk aanpassingen worden gerealiseerd en werkstress wordt aangepakt (minder presenteïsme, minder verzuim). Het betekent ook uitleggen dat behandeling van mensen met een psychische aandoening in veel gevallen goed mogelijk is. Werkgevers bewust maken van de business case waarin kan worden aangetoond dat niets doen ook geld kost, kan daarbij helpen. Er zijn echter ook werkgevers waarbij een moreel appel mogelijk beter werkt dan een business case. Over de meerwaarde van diversiteit op de werkvloer zijn nog weinig 'harde' gegevens.

Ondersteuning voor werkgevers

De literatuur laat zien dat de problematiek en aanpak van stigma complex is en dat veel systemen van invloed zijn op de wijze waarop stigmatisering tot uitdrukking komt in arbeidsorganisaties. Dat er sprake is van stigmatisering op het werk ligt dan ook niet alleen aan de werkgevers. Het realiseren van een inclusieve organisatiecultuur is bovendien geen gemakkelijke opgave en het invoeren van een goed mentaal gezondheidsbeleid brengt de nodige kosten met zich mee (al levert het ook veel op). Werkgevers moeten daarom gemakkelijk een beroep kunnen doen op informatie, training, advies en praktische ondersteuning. De literatuur gaat weinig in op aanpakken die daarbij het beste werken. Een charter waarin werkgevers zelf in de lead zijn, kan succesvol zijn. Maar ook externe adviseurs die (gratis) ondersteunen of een telefonische hulplijn.

7.5 AANBEVELINGEN

Stichting Samen Sterk zonder Stigma heeft met het project Stigma & Werk tal van activiteiten opgezet om (1) werknemers met een psychische aandoening te ondersteunen bij het bespreekbaar maken van hun aandoening op de werkvloer en (2) werkgevers handvatten te geven om op een constructieve manier met psychische diversiteit om te gaan en formeel beleid te ontwikkelen (zie paragraaf 1.2). Aanvullend op deze activiteiten geven we de volgende aanbevelingen.

1. Ontwikkeling van een nudge

Het kan interessant zijn om te verkennen welke nudges werkgevers een duwtje in de goede richting kunnen geven, bijvoorbeeld richting diversiteitsbeleid, en deze vervolgens (laten) ontwikkelen. Daarbij is het van belang om zorgvuldig na te gaan wat beter is: een focus op psychische diversiteit of algemener framen bijvoorbeeld op werknemers met een gezondheidsprobleem of diversiteit in het algemeen. Doelgroepenbeleid kan bijdragen aan stigma en diversiteitsbeleid doet dat niet. Echter, bij diversiteitsbeleid kunnen bepaalde doelgroepen zoals werknemers met een fysieke of psychische aandoening vergeten worden. Juist een nudge kan ervoor zorgen dat deze doelgroep wel wordt meegenomen, en subtiel onder de aandacht van de werkgever wordt gebracht. Een nudge ontwikkelen hoeft helemaal niet zo ingewikkeld te zijn of veel te kosten. Bijvoorbeeld een instrument dat de werkgever inzicht geeft in de mogelijkheden van diversiteitsbeleid en wat nuttig is om als eerste op te pakken. Als daarbij wordt aangesloten bij zaken die voor werkgevers belangrijk zijn kan zo'n instrument een duwtje in de goede richting geven.

2. Aansluiting bij het Diversiteitscharter van de SER

Het plan voor een diversiteitscharter van de SER kan diversiteitsbeleid op de agenda krijgen bij werkgevers. Het is echter opvallend dat werknemers met een arbeidsbeperking of psychische aandoening daarin geen speciale aandacht krijgen en andere doelgroepen wel. Stichting Samen Sterk zonder Stigma kan er in samenwerking met werkgeversorganisaties voor zorgen dat psychische diversiteit nadrukkelijk ook aan bod komt waar sprake is van diversiteitsbeleid en andere activiteiten. Mensen met een psychische aandoening vormen immers een groep die veelvuldig wordt gediscrimineerd en uitgesloten. Zij worden vaak niet meegenomen in diversiteitsbeleid en -onderzoek.

3. Financiële tegemoetkoming voor werkgevers

Er wordt nogal wat gevraagd van werkgevers als het gaat om het bevorderen van een inclusieve cultuur, diversiteitsbeleid en een goed mentaal gezondheidsbeleid. De verwachting is dat het nemen van de juiste maatregelen hun veel kan opleveren, maar in elk geval op de korte termijn kan het ook veel kosten (denk alleen al aan de benodigde trainingen voor het personeel). Een tegemoetkoming in de kosten of een gratis aanbod van kwalitatief goede trainingen kan hen mogelijk over een drempel helpen. O&O-fondsen kunnen hier een belangrijke rol in vervullen. Uiteindelijk leveren duurzaam inzetbare werknemers met een psychische aandoening de hele samenleving veel geld op. Mogelijk zijn daarom meer partijen geïnteresseerd om werkgevers een

aanbod te doen (bijvoorbeeld verzekeraars).

4. Nader onderzoek

Psychische diversiteit op het werk is een vrij onontgonnen terrein. Veel onderzoek komt uit het buitenland. Het is belangrijk om psychische diversiteit ook voor de Nederlandse context goed te onderzoeken zodat strategieën en beleid daarop aansluiten. Daarom is nader onderzoek nodig naar de positie van werknemers met een psychische aandoening in Nederland, succesfactoren bij goed werkgeversbeleid en effectieve beïnvloedingsstrategieën. Veel vragen kunnen we nog niet (goed) beantwoorden, bijvoorbeeld:

- Welke combinatie van beïnvloedingsstrategieën werkt het beste gezien de Nederlandse context en gezien verschillen tussen werkgevers (bijvoorbeeld in motivatie of bedrijfsgrootte)?
- Wat voor incentives kunnen werkgevers inzetten om de integratie van werknemers met een psychische aandoening op de werkvloer te bevorderen?
- Wat levert een diversiteitsbeleid dat ook goed rekening houdt met werknemers met een psychische aandoening de werkgever op (business case)?
- Wat kunnen we leren van best practices van organisatiebeleid en succesvolle werknemers met een psychische aandoening?

Communicatie-
strategieën en direct
contact zijn
onontbeerlijk **bij het**
beïnvloeden van de
beeldvorming



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: 163-179.
- Asscher, L. (2013). *Kamerbrief hoofdlijnen aanpak psychosociale belasting*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- Baldwin, M., & Marcus, S. (2011). *Stigma, discrimination and employment outcomes among persons with mental health disabilities*. In: Schultz I. & Rogers E. (red.): *Work accomodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Beek, L. van, Geel, S. van, 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., & Doorne-Huiskes, A. van (2011). *Diversiteit en kwaliteit: Een literatuuronderzoek naar nieuwe bevindingen op het gebied van kwaliteit en diversiteit*. Zeist: VanDoorneHuiskes 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*. *Journal of Mental Health*, 19(6), 505-516.
- 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., Little, K., & Thornicroft, G. (2010). *Employees with mental health problems: Survey of UK employers' knowledge, attitudes and workplace practices*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(4), 326-332.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E.A., Slade, M., & Thornicroft, G. (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).
- Brohan, E., & Thornicroft, G. (2010). *Stigma and discrimination of mental health problems: Workplace implications*. *Occupational Medicine*, 60(6), 414-415.
- Brouwer, P., Fermin, B., & Smit, A. (2012). *Prestatieladder Sociale Ondernemen. (H)erkenning voor inclusieve organisaties*. *Sociaal Bestek*, augustus/september, 23-25.
- Center, C. (2011). *Law and job accomodation in mental health and disability*. In: Schultz, I., & Rogers, E. (red.): *Work accomodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- College voor de Rechten van de Mens (2013). *Literatuuronderzoek. De juiste persoon op de juiste plaats: De rol van stereotypering bij de toegang tot de arbeidsmarkt*. Utrecht, College voor de Rechten van de mens.
- Commissie het Werkend Perspectief (2008). *Een gat in de arbeidsmarkt*. Hoofddorp: Commissie het Werkend Perspectief.
- Dekker, R. (2014). *Nudge voor goed werkgeverschap. De gelukkige onderneming: Arbeidsverhoudingen voor de 21ste eeuw*. Amsterdam: Wiardi Beckman Stichting | Uitgeverij Van Gennip.
- Delespaul, P., & De Consensusgroep EPA (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Dijk, E. van, & Zeelenberg, M. (2009). *De (ir)rationaliteit van de beslisser. De menselijke beslisser: Over de psychologie van keuze en gedrag*. Amsterdam/ Den Haag: WRR.
- Echtelt, P. van (2012). *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief*. In: Versantvoort & Van Echtelt (red). *Belemmerd aan het werk*. SCP: Den Haag.
- Eurofound (2012). *Active inclusion of young people with disabilities or health problems*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 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, 9(3), e91053.
- Everett, B. *Best practices in workplace mental health: An area for expanded research*. *Healthcare papers*, 5(2), Special issue.

- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Friperson, R. & Jong, P. de (2012). *Ziek zonder zorgen? WIA-instroom en optimale loondoorbetalingsperiode bij ziekte*. Den Haag: APE.
- Frost, R. (2012). *Mindful employer: Improving employer support for staff with mental health conditions. An evaluation*. Exeter: Devon Partnership NHS Trust.
- Gallie, K., Schultz, I., & Winter, A. (2011). *Company-level interventions in mental health*. In: *Work accomodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Gates, L., & Akabas, S. (2011). *Inclusion of people with mental health disabilities into the workplace: Accomodations as a social process*. In: Schultz, I., & Rogers, E. (red.): *Work accomodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, & Have, M. ten (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Harder, H., Hawley, J., & Steward, A. (2011). *Disability management approach to job accomodation for mental health disability*. In: Schultz, I., & Rogers, E. (red.): *Work accomodation 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.
- Harrison, D., & Klein, K. (2007). What's the difference? Diversity constructs as separation, variety and disparity in organisations. *Academy of Management Review*, 32(4), 1199-1228.
- Hartnett, H. P., Stuart, H., Thurman, H., Loy, B., & Batiste L.C. (2011). Employers' perceptions of the befenits of workplace accommodations: Reasons to hire, retain and promote people with disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 34, 17-23.
- 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. *The British Journal of Psychiatry*, 55, 70-76.
- Houtman, I., Steenbeek, R., Zwieten, M. van, & Andriessen, S. (2013). *Verklaring stijging WIA instroom vanuit werkgeversperspectief: Een vignettenstudie*. Hoofddorp: TNO.
- Houtman, I., Kok, L., Klauw, M. van der, Lammers, M., Jansen, Y., & Ginkel, W. van (2012). *Waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen wel of niet nemen: Resultaten van een kwalitatief onderzoek*. Hoofddorp: TNO.
- Houtman, I., & Grundemann, R. (2014). *Joint action on metal health and well-being, WP 'Work'*. Hoofddorp: TNO.
- Kay, H., Jans, L.H., & Jones, E.C. Why don't employers hire and retain workers with disabilities? *Occupational Rehabilitation*, 21(4), 526-536.
- Kirsch, B., & Gewurtz, K. (2011). *Organizational culture and workissues for individuals with mental health disabilities*. In: *Work accomodation 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.
- Koster, A. (2014). *Profielen onderzocht. De acceptatie door werkgevers van personen met bijzondere kenmerken*. Eindhoven: PimBaa.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work*, 33, 413-425.
- Krupa, T. (2011). *Approaches to improving employment outcomes for people with serieus mental illness*. In: *Work accomodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Little, K., Henderson, C., Brohan, C., & Thornicroft, G. (2011). Employers' attitudes to people with mental health problems

- in the workplace in Britain: changes between 2006 and 2009. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(1), 73-81.
- Luijters, K., Smit, A., Dorenbosch, L., & Giesen, F. (2012). SW'ers in reguliere arbeidsorganisaties. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 28(1), 49-63.
- Luijters, K. (2014). *Productieve integratie van WSW/WWB en Wajong in gemengde teams*. TNO: Hoofddorp, 2014.
- Manning, C., & White, P. (1995). Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin*, 19, 541-543.
- OECD (2011). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. OECD.
- Oomens, S., Huijs, J., Andriessen, S., & Blonk, R. (2010). *Werkhervatting bij psychische klachten. Omgaan met belemmeringen in de werksituatie*. Hoofddorp: TNO.
- 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. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 21(2), 143-155.
- Postmes, T., Steg, L., & Keizer, K. (2009). *Groepsnormen en gedrag: Sturing door sociale identiteit en dialoog*. In: *De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag*. Amsterdam/ Den Haag: WRR.
- Potters, J., & Prast, H. (2009). *Gedragseconomie in de praktijk*. In: *De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag*. Amsterdam/ Den Haag: WRR.
- Renes, R., & Putte, B. van de (2011). *Vergroten effectiviteit campagnes*. Den Haag: Ministerie van Algemene Zaken.
- Scheid, T.L. (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disability Act. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 670-690.
- RMO (2014). *De verleiding weerstaan. Grenzen aan beïnvloeding van gedrag door de overheid*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Schrader, S. von, Malzer, V., & Bruyere, S. (2013). Perspectives on disability disclosure: The importance of employer practices and workplace climate. *Employee Responsibility and Rights Journal*. doi: 10.1007/s10672-013-922709
- Schene, A., Weeghel, J. van, Dijk, F. van, & Klink, J. van der (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: 233-272
- 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., Milner, R., Hanson, D., & Winter, A. (2011). *Employer attitudes towards accommodations in mental health disability*. In: *Work accommodation and retention in mental health*. New York: Springer Science+Business Media.
- Schultz, I., Krupa, T., & Rogers, E. (2011). *Best practices in accommodating 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.
- SER (2009). *Diversiteit in het personeelsbestand*. Den Haag: SER.
- SER (2014) *Discriminatie werkt niet. Advies over het tegengaan van discriminatie bij arbeid*. Den Haag: SER.
- Shannon, L., Wagner, & Harder, H. (2011). *Occupational stress and mental illness: An overview for disability managers*. In: *Disability management and workplace integration*. Burlington: Gower Publishing Company.
- Stinessen, B., & Renes, R.J. (2014). *Overheidsbeleid gericht op gedragsverandering: Meer dan een mooi streven?* Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *Healthcare papers*, 5(2), Special issue.
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522-526.
- Tse, S. (2004). What do employers think about employing

people with experience of mental illness in New Zealand workplaces? *Work*, 23(3), 267-274.

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? *The British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193.

TNO (2014). *Psychosociale arbeidsbelasting. Factsheet monitor arbeid*. TNO: Hoofddorp.

Versantvoort, M. (2012). *Synthese en aandachtspunten voor beleid*. In: Versantvoort & Echtelt van (red). *Belemmerd aan het werk*. Den Haag: SCP/CBS/TNO/UWV Kenniscentrum.

Verveen, E., & Petersen, A. van (2007). *Weerbarstige denkbeelden. De beeldvorming van leidinggevenden en werknemers over mensen met een arbeidsbeperking*. Leiden: Research voor Beleid.

Vries, S. de, Ven, C. van de, Nuyens, M., Stark, K., Schie, J. van, & Sloten, G.C. van (2005). *Diversiteit op de werkvloer: Hoe werkt dat?* TNO: Hoofddorp.

Vries, S. de (red.) (2010). *Diversiteit: Hoofd, hart en buik. De inclusieve aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Weeghel, J. van, Bruinvels, D., Huson, A., Kamstra, D., Lanssen, M., Michon, H., Ouden, M. den, Plas, N. van der, Vuik, J., Woerkom, Y. van, Erp, N. van, Hermens, M., Rebergen, D., Wezep, M van, & Duin, D. van (2013). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstig psychische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Weeghel, J. van. *De inclusie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Presentatie voor het congres Naar een inclusieve arbeidsmarkt*. Amersfoort, 13 november 2013.

Wheat, K., Brohan, E., Henderson, C., Thornicroft, G. (2010). Mental illness and the workplace: Conceal or reveal? *Journal of the royal society of medicine*, 103(3), 83-86.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2014). *Met kennis van gedrag beleid maken*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR): Amsterdam University Press.

DISCLAIMER:

Samen Sterk zonder Stigma juicht een zo breed mogelijke verspreiding van de kennis en aanbevelingen uit dit onderzoek toe. Wel stellen wij het zeer op prijs als u de bron duidelijk vermeld. Ook ontvangen wij graag feedback op het rapport.



**SAMEN
STERK
ZONDER
STIGMA**

OPENHEID
OVER
PSYCHISCHE
GEZONDHEID
WERKT

**ZIE
MIJ**



**SAMEN
STERK
ZONDER
STIGMA**

OPENHEID
OVER
PSYCHISCHE
GEZONDHEID
WERKT

**ZIE
MIJ**

