

Destigmatisering van psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie

Samenvatting

- Hoewel psychische aandoeningen vaak voorkomen, bestaan hierover veel vooroordelen. Mensen die eraan lijden worden vaak niet begrepen, gemeden of buitengesloten. Het hebben van een psychische aandoening heeft negatieve gevolgen voor iemands sociale identiteit en resulteert vaak in structurele achterstelling op het gebied van gezondheid, welzijn, actief burgerschap en toegang tot hulpbronnen. Mensen met een psychische aandoening worden minder in het normale leven betrokken en krijgen vaak minder kansen op een woning, een opleiding en een baan.
- De meeste mensen met een psychische aandoening hechten, net als andere Nederlanders, juist veel betekenis aan het hebben van een betaalde baan. Maar mensen met een psychische aandoening ervaren een grote afstand tussen wens en werkelijkheid: velen zijn werkloos of werken onder hun eerdere beroepsniveau. Zij maken dikwijls discriminatie mee in de arbeidswereld, zowel bij het solliciteren als bij het behouden van werk.
- Veel werkgevers verwachten dat werknemers met een psychische aandoening (zoals een depressie of psychotische stoornis) minder presteren, onberekenbaar zijn, bedreigend zijn, vreemd, onvoorspelbaar gedrag vertonen en veel verzuimen vanwege hun symptomen. Dit is onderdeel van het publieke stigma.
- Door eerdere negatieve ervaringen ontstaat bij veel mensen met een psychische aandoening het 'why try effect': men krijgt last van zelfstigma en onderneemt nauwelijks nog acties om de eigen levenswensen te verwezenlijken. Een andere groep solliciteert wel, maar verzwijgt hun psychische aandoening om aldus vooroordelen en stigmatisering te omzeilen.
- Psychische aandoeningen komen weliswaar veel voor – één op de zes werknemers heeft zo'n aandoening - maar velen houden hun psychische aandoening het liefst op de werkvloer verborgen. Velen willen dat liever niet, maar vinden openheid riskant en niet gemakkelijk. Omdat werkgevers doorgaans niet weten dat zij al werknemers met psychische aandoeningen in dienst hebben, is er voor hen geen aanleiding om na te denken over werkaanpassingen, laat staan ze door te voeren. Terwijl dit juist veel mensen met een psychische aandoening zou helpen om goed te functioneren op het werk; onderzoek blijkt dat werkaanpassingen samenhangen met een kortere verzuimduur. Daarom valt er veel te winnen als psychische aandoeningen op het werk bespreekbaar worden gemaakt.
- Openheid over de psychische aandoening is geen 'alles-of-niets-vertellen' aangelegenheid. Vrienden, familieleden en behandelaars kunnen helpen bij het maken van een plan voor het omgaan met persoonlijke informatie op het werk.
- Wanneer zo'n plan over openheid goed wordt uitgevoerd, zal de persoon in kwestie zich *empowered* voelen en minder last hebben van zelfstigma. Verder is de werkgever dan in de gelegenheid om werkaanpassingen te overwegen. Dat is ook voordeliger: het doorvoeren van werkaanpassingen hangt samen met een kortere verzuimduur.
- In het algemeen dienen antistigma interventies de boodschap te bevatten dat stereotiepe opvattingen over een psychische aandoening niet juist zijn en dat iedereen recht heeft op een plek in de samenleving.

- In Nederland ontplooit de stichting Samen Sterk zonder Stigma veel activiteiten op dit gebied en verzamelt ook best practices om ze ter beschikking te stellen. Men werkt met meerdere werkgevers en werknemers samen om psychische aandoeningen beter bespreekbaar te maken op de werkvloer. Men beïnvloedt het beleid van grote bedrijven en zetten hen aan tot actie. Hierbij spelen de ambassadeurs van Samen Sterk, mede vanuit hun ervaringsdeskundigheid, een centrale rol. Het is zaak om de effecten van deze aanpak te onderzoeken.
- Internationaal gesproken zijn antistigma initiatieven in de werksituatie vooral gericht op werkgevers en werknemers en soms op managers en personeelswerkers. Over het algemeen staat de evaluatie van deze interventies nog in de kinderschoenen.
- In Engeland is de beslissingshulp CORAL (Conceal Or ReveAL) ontwikkeld, gericht op de vraag hoe mensen op hun werk open over hun psychische aandoening kunnen zijn. Uit een eerste effectstudie bleek dat deelnemers aan CORAL minder last hadden van 'stress rond keuzes om open te zijn' en vaker een full time betaalde baan hadden gevonden en behouden. Het is zaak om CORAL voor de Nederlandse context goed door te ontwikkelen en te onderzoeken in hoeverre het inzetten van CORAL positieve effecten zal hebben voor werkzoekenden met een psychische aandoening.
- Een andere veelbelovende interventie is Mental Health First Aid (MHFA) op de werkvloer. Het doel van MHFA is om de 'geletterdheid' over psychische problemen te vergroten en mensen vaardigheden aan te leren waarmee ze iemand in hun omgeving (familielid, buurtgenoot, collega) die een psychisch probleem aan het ontwikkelen is of een (acuut) psychisch probleem heeft, initieel kunnen helpen zodat de schade zoveel mogelijk beperkt blijft. Net als EHBO, maar dan voor psychische problemen. MHFA heeft onder meer een variant voor werksituaties, die positieve effecten oplevert, zo bleek in Australië. Het is zaak om MHFA op het werk ook in Nederland te implementeren en op zijn effecten te onderzoeken.
- Algemeen gesproken moeten bij de ontwikkeling van antistigma interventies in de werksfeer betrokken worden: werkzoekenden, werknemers (met psychische aandoening), leidinggevendenden, collega's, bedrijfsartsen, job coaches, verzekeringsgeneeskundigen en arbeidskundigen. Al deze stakeholders spelen een belangrijke rol bij het tegengaan van stigma en discriminatie op de arbeidsmarkt en het realiseren van redelijke aanpassingen in de werkomgeving.
- Tot slot: de maatschappelijke kosten van stigma en discriminatie zijn aanzienlijk: verminderde arbeidsparticipatie, lager inkomen, ongunstige verdeling van overheidsgelden en hogere kosten van de gezondheidszorg. Effectieve destigmatiserende interventies kunnen dus aanzienlijke kostenbesparingen opleveren. Onderzoek hiernaar is dus belangrijk, en kan in het beoogde landelijke kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie voortvarend worden opgepakt.

Destigmatisering van psychische aandoeningen in de werksfeer

Inleiding

De meeste mensen met een psychische aandoening hechten, net als andere Nederlanders, veel betekenis aan het hebben van een betaalde baan (Van Weeghel e.a., 2013; Smit, 2014; Van der Klink, 2015). Degenen die werkloos zijn, willen meestal aan het werk, en degenen die een betaalde baan hebben, willen die baan behouden en daarin goed functioneren (Schaafsma e.a., 2015). Betaald werk is een middel tot financiële zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Verder zorgt een betaalde baan voor tijdstructuur, is werk een belangrijke bron van sociale contacten, van persoonlijke waardering en zingeving. Verder is werken en werkhervatting bevorderlijk voor (het herstel van) de gezondheid (Schuring e.a., 2011; Carlier e.a., 2013; Van der Noordt e.a., 2014). Ook zijn er aanwijzingen dat als mensen met een psychische aandoening een baan hebben, zij minder last hebben van stigmatisering (Perkins e.a., 2009).

Echter, er is een grote afstand tussen wens en werkelijkheid. Velen zijn werkloos of werken onder hun eerder behaalde beroepsniveau. Dit geldt vooral voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Net als in andere westerse landen komt de arbeidsdeelname van deze groep niet boven de 20% (Panel Psychisch Gezien, 2015). Nu wordt 'niet werken' maar gedeeltelijk bepaald door gezondheidsgerelateerde factoren (Dekkers-Sanchez, 2010). Minstens zo belangrijk zijn persoonlijke factoren (zoals leeftijd, opleidingsniveau, attitudes, ziekteperceptie, self efficacy, zelfstigma), sociale factoren (zoals gebrek aan sociale steun en respect, gebrek aan begeleiding en counseling) en werkgerelateerde factoren (zoals geen aanpassing van arbeidstaken en werkomstandigheden, weinig begrip van werkgever, stigma en discriminatie).

Deze notitie gaat over de invloed van stigma en discriminatie op de arbeidsdeelname en het arbeidsfunctioneren van mensen met een psychische aandoening, de persoonlijke nadelen en de maatschappelijke kosten daarvan, en wat we kunnen doen om stigma en discriminatie in de arbeidssfeer met succes te bestrijden.

Stigma en discriminatie

Hoewel psychische aandoeningen vaak voorkomen, bestaan hierover veel vooroordelen (Ten Have e.a., 2016; Van Weeghel e.a., 2016). Mensen die eraan lijden worden vaak niet begrepen, gemeden of buitengesloten. Behalve met hun eigen kwetsbaarheid hebben zij te kampen met negatieve reacties van anderen. Het hebben van een psychische aandoening heeft negatieve gevolgen voor iemands sociale identiteit en resulteert vaak ook in structurele achterstelling op het gebied van gezondheid, welzijn, actief burgerschap en toegang tot hulpbronnen. Algemeen gesproken worden mensen met een psychische aandoening veel minder in het normale leven betrokken en krijgen vaak minder kansen op een woning, een opleiding en een reguliere baan.

Deze problematiek wordt samengevat in de term 'stigmatisering'. In de sociologie is stigma een merkteken dat personen onderscheidt van anderen en hen aan onwenselijke eigenschappen koppelt (stereotypering), waarna zij worden afgewezen of benadeeld (discriminatie). Dit proces voltrekt zich vooral binnen ongelijke machtsrelaties (Link & Phelan, 2001). De volgende stereotypen overheersen: zij zijn gevaarlijk, onberekenbaar en incompetent (Thornicroft 2006; Van Weeghel e.a., 2016). Het is dus niet verwonderlijk dat dit stigma een dagelijkse bron van zorg is voor mensen die met een psychische aandoening. Een belangrijke kwestie is of zij zich publiekelijk als zodanig bekend kunnen maken. Velen willen dat liever niet verzwijgen, maar vinden het bespreekbaar maken van hun aandoening riskant en niet gemakkelijk. Dat geldt niet in het minst bij sollicitaties en op de werkvloer.

Betaalde arbeid is één van de levensgebieden waarop mensen met een (ernstige) psychische aandoening discriminatie ervaren, zowel bij het solliciteren naar een baan als bij het behouden van werk en bij een volgende stap in de arbeidsloopbaan (Smit, 2014; Van Weeghel e.a., 2016). Uit internationale studies blijkt dat dit bij uiteenlopende psychische aandoeningen het geval is, zoals bij psychotische stoornissen (Thornicroft e.a. 2009; Plooy & Van Weeghel 2009), depressie (Lasalvia e.a., 2012; Brouwers e.a., 2016), alcohol- en middelenverslaving (Van Boekel e.a. 2015) en bipolaire stoornissen (Nillson e.a., 2016). Uit een onderzoek in 35 landen blijkt dat discriminatie in de werksfeer een duidelijke oorzaak is van werkloosheid bij mensen met depressie (Brouwers e.a., 2016). Verder blijkt uit een Deense studie dat mensen met een bipolaire stoornis op meerdere gebieden discriminatie ervaren, maar vooral bij het vinden en behouden van werk: ruim de helft gaf aan dat werkgevers minder bereid zijn om een kandidaat met een bipolaire stoornis aan te nemen, ook al is hij gekwalificeerd voor de baan (Nillson e.a., 2016).

Inderdaad hebben de meeste werkgevers grote aarzelingen bij het aannemen van werkzoekenden met een psychische aandoening, zo komt uit meerdere studies naar voren. Zij verwachten dat deze werknemers minder presteren, vooral bij taken die complexe cognitieve vaardigheden vereisen. Werkgevers zijn ook bang dat zij onberekenbaar zijn, bedreigend zijn voor anderen (klanten, collega's), vreemd en onvoorspelbaar gedrag vertonen en terugvallen in hun symptomen (Ucok e.a., 2012; Mangili e.a., 2004; Scheid, 2005; Smit, 2014). Hierdoor hebben zij minder kansen op de arbeidsmarkt, ook in vergelijking tot mensen met een somatische aandoening. Dit bleek uit een veldexperiment in de Verenigde Staten waarbij 635 fictieve sollicitatiebrieven werden verstuurd naar werkgevers. De ene groep kandidaten gaf in hun brief aan hersteld te zijn van een somatische aandoening, de andere groep meldde hersteld te zijn van een psychische aandoening. Het bleek dat kandidaten met een psychische aandoening 46% minder kans hadden op een positieve reactie van werkgevers dan kandidaten met een somatische aandoening (Hipes e.a., 2015).

Het zal geen verrassing zijn dat er bij mensen met een psychische aandoening dikwijls sprake is van geanticipeerde discriminatie: vanuit de verwachting toch wel te worden afgewezen, zoeken zij niet langer naar een betaalde baan of streven zij niet meer naar een promotie binnen het eigen bedrijf. Deze geanticipeerde discriminatie is een nog groter probleem dan de werkelijk ervaren discriminatie op de arbeidsmarkt (Thornicroft e.a., 2009; Lasalvia e.a., 2012). Door eerdere negatieve ervaringen ontstaat het zogeheten 'why try effect': men krijgt last van zelfstigma, een lage zelfachting, een lage self-efficacy en men onderneemt steeds minder acties om de eigen levens- en loopbaanwensen te verwezenlijken (Corrigan e.a., 2009).

Verzwijgen of vertellen?

Dit *why try effect* is niet bij alle mensen met een psychische aandoening aan de orde. Een grote groep mensen solliciteert nog wel, maar vele van deze werkzoekenden verzwijgen dat zij een psychische aandoening hebben (gehad) om zodoende eventuele vooroordelen en stigmatisering te omzeilen. Overigens is de angst dat openheid over de psychische aandoening schadelijk is, niet geheel ongegrond: uit een systematische review blijkt dat deze openheid ertoe kan leiden dat werkgevers de betrokkene als minder inzetbaar beschouwen (Brohan e.a., 2012). Ook vele gezonde werknemers zijn geneigd tot verzwijgen: uit een Canadees bevolkingsonderzoek bleek dat een derde van de werknemers het niet aan hun leidinggevenden zou vertellen als zij psychische problemen hebben, meestal uit angst dat dit hun carrière kan schaden (Dewa, 2014).

Enerzijds is het bekend dat psychische aandoeningen ook bij werknemers veel voorkomen, anderzijds houden velen hun psychische aandoening het liefst voor anderen

op de werkvloer verborgen. Hierdoor weten werkgevers meestal niet dat zij al veel werknemers met psychische aandoeningen in dienst hebben. Met als gevolg dat zij ook geen aandrang voelen om geschikte werkaanpassingen voor deze groep door te voeren.

Werkzoekenden of werknemers met een psychische aandoening kunnen maar beter goed voorbereid zijn als de kwestie 'wel-of-niet-open-zijn' zich aandient. Men moet zich realiseren dat openheid over de psychische aandoening geen alles-of-niets aangelegenheid is, maar dat het om complexe besluitvorming gaat (Corbière e.a., 2014). Corrigan (2008) onderscheidt vijf mogelijkheden, met elk eigen voor- en nadelen.

1. *Sociale vermijding*. De werknemer in kwestie vermijdt situaties waarin stigmatisering kan spelen. Voordeel is dat hij zo niemand ontmoet die hem onheus bejegt. Nadeel is dat hij ook geen mensen meer tegenkomt die wel respectvol zijn.

2. *Geheimhouding*. Voordeel is dat hij op het werk niets vertelt aan mensen die hij niet vertrouwt, maar toch zijn werk blijft doen. Maar mogelijk voelt hij zich schuldig over de geheimhouding. Verder blijven werkaanpassingen buiten bereik.

3. *Selectieve openheid*. De werknemer vertelt enkele collega's die zij vertrouwt over zijn psychische aandoening. Zo ontstaat een kleine kring van mensen die hem accepteren. Nadeel is dat hij soms open is tegen 'verkeerde' mensen die haar kunnen beschadigen. Bovendien valt het niet mee om te onthouden tegen wie hij (niet) open is geweest.

4. *Je verhaal aan iedereen vertellen*. De werknemer vertelt iedereen die hij tegenkomt over zijn psychose en suïcidepoging. Zo heeft hij geen zorgen over wie (niet) op de hoogte is. Hij zal eerlijke mensen tegenkomen maar ook mensen die hem kunnen schaden.

5. *Je verhaal bewust publiek maken*. De werknemer deelt doelbewust zijn ervaringen met een grote groep mensen. Hierdoor voelt hij zich krachtig, omdat hij zich inzet tegen stigmatisering van mensen met een psychiatrische achtergrond. Toch zullen er ook mensen zijn die haar met deze informatie kunnen benadelen of zijn acties afkeuren. En als het verhaal eenmaal publiek is gemaakt, is er geen weg terug.

Uit deze varianten moeten mensen met een psychische aandoening een keuze maken, rekening houdend met korte- én lange termijneffecten. Vanwege de vele overwegingen en bijbehorende emoties is het moeilijk om die keuze alleen te maken. Vrienden, familieleden en behandelaars kunnen helpen bij het maken van een plan voor het omgaan met persoonlijke informatie op het werk (Corbière e.a., 2014). Beoogd effect van een zorgvuldig geplande openheid is dat het mes aan twee kanten snijdt. Enerzijds zal de persoon zich *empowered* voelen, aan zelfvertrouwen winnen en minder last hebben van zelfstigma. Anderzijds zal de werkgever geneigd zijn om eventuele stereotiepe ideeën over mensen psychische aandoeningen te herzien en eerder bereid zijn om werkaanpassingen door te voeren. Dat laatste is ook voordeliger voor de werkgever: Boot e.a. (2013) lieten zien dat 43% van de werknemers met psychische problemen behoefte heeft aan werkaanpassingen, en dat aanpassingen in en op het werk samenhangen met een kortere verzuimduur.

Overigens hebben niet alle mensen met een psychische aandoening (evenveel) last van (zelf)stigmatisering. Onderzoek heeft aangetoond dat velen een grote veerkracht tegen (zelf)stigma (*stigma resilience*) hebben. Zij gebruiken compenserende strategieën, zoals extra nadruk leggen op hun positieve eigenschappen, hanteren meerdere sociale identiteiten (naast patiënt ook vriend en collega), en passen hun identiteit aan bij de vigerende context (Shih, 2004). Deze strategieën bieden aanknopingspunten voor andere cliënten bij de vraag hoe je het beste open kunt zijn over je psychische aandoening.

Destigmatiserende interventies in de werksfeer

In het algemeen dienen antistigma interventies de boodschap te bevatten dat stereotiepe opvattingen over (mensen met) een psychische aandoening niet juist zijn en dat iedereen recht heeft op een plek in de samenleving. Het heeft de voorkeur om realistische en normaliserende voorlichting te geven in combinatie met face-to-face of videocontact met een persoon die zich een psychische aandoening heeft. Daarbij moet niet eenzijdig de nadruk worden gelegd op de negatieve dan wel de positieve aspecten van een psychische aandoening. Verder is het raadzaam om een interventie gericht op een specifieke doelgroep uit te voeren (zoals werkgevers) in plaats van een algemene, niet gerichte publiekscampagne (Van Weeghel e.a., 2016).

Uit een review van 22 antistigma initiatieven in de werksituatie (workshops, seminars, psycho-educatie, video's en inzet van ervaringsdeskundigen) blijkt dat deze interventies vooral gericht zijn op werkgevers en werknemers (met en zonder psychische aandoening) en soms op managers en personeelswerkers. De onderzoekers vinden echter dat de evaluatie van deze interventies nog in de kinderschoenen staat (Malachowski & Kirsh, 2013). Recentelijk rapporteerden Haman e.a. (2016) over een educatieve workshop Psychische gezondheid op de werkvloer bij 580 managers in Duitse bedrijven. Uit de evaluatie blijkt dat de workshop tot minder stigma jegens mensen met een depressie leidde. Het stigma daalde tot het niveau dat bij familieleden van mensen met een psychische aandoening wordt aangetroffen.

In Nederland ontplooit de stichting Samen Sterk zonder Stigma veel activiteiten op dit gebied. Men werkt met meerdere werkgevers en werknemers samen om psychische aandoeningen beter bespreekbaar te maken op de werkvloer. Men beïnvloedt het beleid van grote bedrijven en zetten hen aan tot actie. In de diverse projecten spelen de ambassadeurs van Samen Sterk vanuit hun ervaringsdeskundigheid een centrale rol. Deze werknemers fungeren als gesprekspartner voor bijvoorbeeld HRM en leidinggevend. Ook geven zij onder andere workshops en presentaties binnen de eigen organisatie. Het is zaak om de effecten van deze aanpak te onderzoeken.

In Engeland is de beslissingshulp CORAL (Conceal Or ReveAL) ontwikkeld, gericht op de vraag hoe mensen op hun werk open over hun psychische aandoening (*disclosure*) kunnen zijn (Henderson e.a., 2012). CORAL is gericht op bewust omgaan met openheid, vergroten van empowerment en verbeteren van coping en kan daardoor de individuele weerbaarheid tegenover publiek stigma verhogen. In de huidige vorm is het een tool die hulpverleners (ook buiten de GGZ) kunnen inzetten bij arbeidsrehabilitatie. CORAL geeft aandacht aan: voor- en nadelen van openheid; persoonlijke behoeften en waarden hieromtrent; wanneer ga je het vertellen; tegen wie en hoe. In Engeland is CORAL in een exploratieve RCT onderzocht. Daaruit bleek dat personen in de CORAL-groep significant minder last hadden van 'decisional conflict' en vaker een full time betaalde baan hadden (gevonden) dan degenen in de controlegroep (Henderson e.a. 2013).

CORAL is inmiddels in het Nederlands vertaald. Eerste ervaringen zijn opgedaan in een multisite RCT (geleid door het Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos) in combinatie met de evidence-based arbeidsrehabilitatiemethodiek Individuele Plaatsing en Steun (IPS). Het is nu zaak om CORAL voor de Nederlandse context door te ontwikkelen en te onderzoeken in hoeverre het inzetten van CORAL de beoogde positieve effecten zal hebben voor werkzoekenden met een psychische aandoening.

Een andere veelbelovende interventie is Mental Health First Aid op de werkvloer. Mental Health First Aid (MHFA) is in 2001 ontwikkeld in Australië door Jorm en Kitchener als universele interventie gericht op het algemene publiek (volwassenen). Het doel is om de 'geletterdheid' over psychische gezondheid en psychische problemen te vergroten en mensen vaardigheden aan te leren waarmee ze iemand in hun omgeving (familieid, buurtgenoot, collega) die een psychisch probleem aan het ontwikkelen is of een (acuut)

psychisch probleem heeft, initieel kunnen helpen zodat de schade zoveel mogelijk beperkt blijft. Net als EHBO, maar dan voor psychische problemen. Iedereen kent immers wel iemand die een psychische aandoening heeft. De cursus is meer dan alleen een interventie tegen stigma. Het gaat ook om (vroeg)signaleren, omgaan met, en doorverwijzen om verergering van klachten te voorkomen. Het is een vorm van op de algemene bevolking gerichte psycho-educatie. In het programma worden cursusleiders met een tiendaagse training opgeleid (hulpverleners, maar ook ervaringsdeskundigen of gemotiveerde didactisch geschoolde mensen komen in aanmerking) om de cursussen te geven. Na accreditatie onderhouden zij hun kennis. Er zijn inmiddels varianten ontwikkeld voor specifieke doelgroepen of domeinen (studenten, jongeren, tieners, culturele minderheden, leraren, het werk) en daarmee is de cursus ook selectiever in te zetten. Het concept is inmiddels in 26 landen geïntroduceerd, waaronder China, Engeland, Canada, de Verenigde Staten, Zuid-Afrika, Finland, Zweden en Denemarken. Inmiddels is er ook in Nederland een MHFA-initiatief gestart. Een recente meta-analyse laat positieve effecten van MHFA zien op de uitkomstmaten verandering in kennis, attitudes en hulpgedrag naar individuen met psychische problemen (Hadlaczky e.a., 2014). MHFA heeft ook positieve effecten in de werksfeer, zo blijkt uit een RCT in Australië (Kitchener & Jorm, 2004). De in MHFA getrainde groep werknemers hadden meer zelfvertrouwen in het helpen van anderen, minder stigmatiserende attitudes en een betere psychische gezondheid. Getrainde werknemers rapporteerden echter niet meer contact met mensen met een psychische aandoening en evenmin dat ze meer of vaker hulp hadden geboden.

Tot slot merken we op dat bij de ontwikkeling van antistigma interventies op de arbeidsmarkt en in arbeidsorganisaties alle stakeholders betrokken moeten worden: werknemers, leidinggevenden en collega's, HRM functionarissen, bedrijfsartsen, job coaches, verzekeringsgeneeskundigen en arbeidskundigen. Zij allen spelen een belangrijke rol bij het tegengaan van stigma en discriminatie op de arbeidsmarkt en bij het realiseren van redelijke aanpassingen in de werkomgeving (Brouwers e.a., 2016).

Destigmatisering en kostenbesparing

Destigmatisering is de komende jaren een belangrijk thema in het overheidsbeleid. Overigens niet alleen vanwege principes van rechtvaardigheid, maar ook uit economische overwegingen. Hoewel het aantal studies op dit terrein nog beperkt is (Wright e.a., 2015), toonden Sharac e.a. (2010) in een systematische review aan dat de maatschappelijke kosten van stigma en discriminatie aanzienlijk zijn. Het gaat dan om verminderde arbeidsparticipatie, inkomen, publieke opinie over verdeling van overheidsgelden en de kosten van de gezondheidszorg. Verder maakten Dewa en Hoch (2014) in hun economisch model aannemelijk dat werkgevers de kosten van een antistigma programma in hun bedrijf snel zullen terugverdienen omdat onder invloed van het programma de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zullen afnemen. Effectieve destigmatiserende interventies kunnen dus aanzienlijke kostenbesparingen opleveren. Onderzoek hiernaar is dus belangrijk, en kan in het beoogde landelijke kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie voortvarend worden opgepakt.