

(On)gelijke behandeling van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC

In gesprek met patiënten en zorgprofessionals

Laura Neijmeijer en Niek Galenkamp



Colofon

Auteurs: Laura Neijmeijer (Phrenos) en Niek Galenkamp (Hogeschool Utrecht)
Adviesteam: Wietske Blom-Ham (Hogeschool Utrecht), Stijn Lambregts (Zuyderland MC), Sjoerd Salet (Zuyderland MC), Floortje Scheepers (Phrenos), Lente Werner (Hogeschool Utrecht), Edith Westenberg (Zuyderland MC)
Redactie: Laura Neijmeijer (Phrenos)
Lay-out: Rianne Faber-Zwarts (Phrenos)

Dit is een gezamenlijke uitgave van Kenniscentrum Phrenos en Hogeschool Utrecht.

Kenniscentrum Phrenos
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
030-2931626

Hogeschool Utrecht
Heidelberglaan 7
Postbus 85029
3584 CS Utrecht
088-4818181



© 2025, Kenniscentrum Phrenos, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van Kenniscentrum Phrenos.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Opzet van het onderzoek.....	5
2.1.	Doel en vraagstellingen.....	5
2.2.	Onderzoeksprocedure en -methoden.....	5
3.	Literatuuronderzoek naar stigmatisering in het algemeen ziekenhuis	7
3.1.	Aard en omvang van (on)gelijke behandeling van mensen met psychische problemen in de somatische ziekenhuiszorg	7
3.2.	Richtlijnen en handvatten om stigmatisering van mensen met psychische problemen in de zorg tegen te gaan	12
3.3.	Conclusies op basis van literatuur, richtlijnen en handvatten	16
4.	Ervaringen van patiënten in het Zuyderland MC	19
4.1.	Methoden	19
4.2.	Bevindingen	20
4.3.	Conclusie.....	26
5.	Ervaringen van zorgprofessionals in het Zuyderland MC.....	27
5.1.	Methoden	27
5.2.	Resultaten	28
5.3.	Conclusies	37
6.	Observaties van de psychiatrisch consultatieve dienst (PCD)	39
6.1.	Methode	39
6.2.	Resultaten observatie- en registratieformulieren PCD	40
6.3.	Conclusie.....	40
7.	Conclusies, beschouwingen en aanbevelingen.....	41
7.1.	Conclusies	41
7.2.	Beschouwing.....	43
7.3.	Aanbevelingen	45
7.4.	Tot slot	48
	Bijlage 1: Literatuurstudie.....	49
	Bijlage 2: Samenstelling onderzoeksteam en adviesgroep	59
	Bijlage 3: Referentielijst	61
	Bijlage 4: Interviewgids patiënten.....	65
	Bijlage 5: Observatieformulier PCD.....	67
	Bijlage 6: Vignetten	69

1. Inleiding

Het Zuyderland Medisch Centrum (MC) streeft ernaar om alle patiënten in gelijke gevallen gelijk te behandelen. Dat geldt dus ook voor mensen met een psychiatrische diagnose en/of een behandelvoorgeschiedenis in de ggz – hier verder omschreven als patiënten of mensen met psychische problemen. Er zijn echter signalen dat mensen met psychische problemen in het ziekenhuis anders behandeld worden dan mensen zonder psychische problemen. Op 21 februari 2024 oordeelde het College voor de rechten van de mens dat een patiënt van het Zuyderland MC gediscrimineerd is op basis van psychische problemen.¹ Deze uitspraak was aanleiding voor de directie van het ziekenhuis om een onafhankelijk onderzoek uit te laten voeren naar ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen binnen het Zuyderland MC. Doel van het onderzoek is om in kaart te brengen wat de ervaringen zijn van patiënten met psychische problemen met de zorg op een somatische afdeling van het Zuyderland MC, en wat het perspectief van zorgprofessionals is. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek wil het ziekenhuis de zorg aan mensen met psychische problemen verbeteren.

Ongelijke behandeling of benadeling van mensen met psychische problemen is een diepgeworteld probleem. Hoewel de behandeling en prognose van psychische problemen de afgelopen decennia aanzienlijk verbeterd zijn, hebben psychische problemen nog steeds een overwegend negatieve connotatie. Over psychische problemen bestaan vele vooroordelen en misvattingen. Mensen met psychische problemen zouden bijvoorbeeld onverantwoordelijk, aandachtvragend en moeilijk in de omgang zijn. Deze negatieve stereotypering, vaak gepaard gaande met afwijzing en uitsluiting, kan worden samengevat met de termen stigma en stigmatisering (Van Weeghel et al., 2016).

Stigmatisering komt voor in alle sectoren van de samenleving. Mensen met psychische problemen hebben niet alleen te maken met afwijzende reacties en vooroordelen van medeburgers, instanties en werkgevers, maar ook van familieleden en vrienden. Ook onder zorgprofessionals bestaan stigmatiserende attitudes. Volgens Castelein et al. (2016) heeft stigmatisering door hulpverleners te maken met een tekort aan kennis, maar ook met stress en 'clinician bias': doordat hulpverleners mensen zien en meemaken ten tijde van crisis of acute en zorgelijke situaties, worden bij hen gevoelens van stress, frustratie en onmacht opgeroepen, die zich – meestal onbewust - vertalen naar negatieve attitudes ten opzichte van mensen met psychische problemen. Uitingvormen van stigmatisering in de hulpverlening zijn onder andere het onjuist hanteren van diagnostische labels (iatrogeen stigma) en 'diagnostic overshadowing': het fenomeen waarbij fysieke problemen door zorgprofessionals worden overschaduwd door de psychische aandoening en daardoor minder aandacht krijgen of over het hoofd worden gezien.

Stigmatisering is een complex en veelvormig probleem. Wat wel en niet als stigmatiserend wordt ervaren, kan per persoon, hulpverlener en situatie verschillen (Van Erp et al., 2019). Gezien het complexe karakter

¹ <https://oordelen.mensenrechten.nl/oordeel/2024-19>

van stigmatisering, de kaders waarbinnen dit onderzoek moest worden uitgevoerd en het verkennende karakter van dit onderzoek, was bij aanvang duidelijk dat het geen inzicht zou geven in de prevalentie van ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen binnen het Zuyderland MC. Ook was voor alle partijen evident dat dit onderzoek niet zou leiden tot een 'one size fits all' oplossing of advies. Wél beoogden we met dit onderzoek ervaringen van zowel patiënten als artsen en verpleegkundigen in kaart te brengen – en daarmee een gesprek op gang te brengen omtrent de zorg voor patiënten met psychische problemen binnen het Zuyderland MC.

In dit rapport doen we verslag van onze bevindingen. In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het onderzoek toegelicht. In hoofdstuk 3 doen we verslag van het literatuuronderzoek en van de inventarisatie van de Nederlandse richtlijnen en activiteiten op het gebied van destigmatisering van mensen met psychische problemen. In de daaropvolgende hoofdstukken beschrijven we de resultaten van de interviews met (ex) patiënten van het Zuyderland MC (hoofdstuk 4), de uitkomsten van de focusgroepen met artsen, verpleegkundigen en de psychiatrisch consultatieve dienst (hoofdstuk 5) en de vastgelegde observaties van de PCD (hoofdstuk 6). In hoofdstuk 7 zetten we de conclusies van dit onderzoek op een rij en doen we aanbevelingen aan het Zuyderland MC.

2. Opzet van het onderzoek

2.1. Doel en vraagstellingen

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de perspectieven van (ex)patiënten en zorgprofessionals op (on)gelijke behandeling van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. We beogen antwoord te krijgen op de volgende vragen:

1. Wat is er in de literatuur bekend over de aard en omvang van stigmatisering en ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen in de somatische ziekenhuiszorg?
2. Welke richtlijnen en handvatten zijn beschikbaar om stigmatisering en ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen in de (somatische) gezondheidszorg tegen te gaan?
3. Wat zijn de ervaringen van (ex) patiënten met psychische problemen en zorgprofessionals van het Zuyderland MC met (on)gelijke behandeling op somatische zorgafdelingen?
4. Welke vervolgstappen en/of verbeteractiviteiten vloeien voort uit de inzichten op bovenstaande vragen? Op welke manier kan het Zuyderland MC de gelijke behandeling en bejegening van mensen met psychische problemen bevorderen?

2.2. Onderzoeksprocedure en -methoden

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is in de oorspronkelijke onderzoeksopzet gekozen voor een combinatie van literatuuronderzoek, interviews met ex-patiënten en focusgroepen met zorgprofessionals. Omdat het in de praktijk lastig bleek om voldoende (ex) patiënten te werven, hebben we gaandeweg het onderzoek de werving en onderzoeksopzet aangepast, waarbij de doel- en vraagstellingen van het onderzoek onveranderd zijn. Dit is gebeurd in overleg met de betrokken verpleegkundig specialisten van de Psychiatrisch Consultatieve Dienst (PCD) van het Zuyderland MC en met het adviesteam, bestaande uit vertegenwoordigers van Phrenos, HU en het Zuyderland MC. Voor de samenstelling van het adviesteam, zie bijlage 2.

Het onderzoeksplan en de amendementen daarop zijn voorgelegd aan de METC van het Zuyderland MC. Het eerste onderzoeksplan is op 7 oktober 2024 niet-WMO plichtig verklaard. De amendementen zijn op 10 februari 2025 goedgekeurd. Op 21 augustus 2025 is het conceptrapport besproken met de leden van de Expertgroep Kwaliteit & Veiligheid van het Zuyderland MC, aangevuld met een vertegenwoordiger van de Psychiatrisch Consultatieve Dienst (PCD), een vertegenwoordiger van de commissie ethiek en de geneesheer-directeur van het Zuyderland ggz.

Literatuuronderzoek (mei – juni 2024)

In Pubmed en Google Scholar is gezocht naar literatuur over de aard en omvang van (on)gelijke behandeling van mensen met psychische problemen in de somatische zorg. Voor beantwoording van de vraag naar richtlijnen en handvatten is gezocht in grijze Nederlandse literatuur, zoals zorgstandaarden (destigmatisering, ziekenhuispsychiatrie) en websites (Samen Sterk Zonder Stigma, 113 Netwerk Ziekenhuizen).

Interviews met (ex) patiënten (oktober 2024 – maart 2025)

Via de verpleegkundig specialisten van de Psychiatrisch Consultatieve Dienst (PCD) werden (ex)patiënten geworven bij wie zij in consult waren geroepen tijdens hun verblijf op een somatische afdeling van het Zuyderland MC. De werving was gericht op informatierijke cases: patiënten van wie het PCD-team gesignaleerd had dat er in hun perceptie sprake was geweest van stigmatisering en/of ongelijke behandeling, verband houdend met hun psychische problemen². In een wervingsperiode van zes maanden werden – ondanks de inspanningen van de PCD - uiteindelijk slechts twee (ex) patiënten bereid gevonden om hun medewerking te verlenen aan een interview over hun ervaringen. De interviews met de ex-patiënten vonden online plaats, in beide gevallen in aanwezigheid van een begeleidend hulpverlener vanuit de ggz. Eén interview is verwerkt tot een video, die gebruikt is in de focusgroepen met zorgprofessionals. Bij de werving van de ex-patiënten is de informed consent procedure zorgvuldig nageleefd.

Gesprekken met en observaties van de PCD (januari – april 2025)

Omdat de werving van (ex)patiënten via de PCD om verschillende redenen - waarover in hoofdstuk 4 meer - meer tijd nodig had dan gepland, besloten we gaandeweg het onderzoek om op indirecte wijze, namelijk door gesprekken met de verpleegkundig specialisten van de PCD, meer te weten te komen over ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen. Op basis van het raamwerk van Perry et al. (2020) over stigmatisering van patiënten in de acute ziekenhuiszorg (zie hoofdstuk 3) ontwikkelden we een observatieformulier. We vroegen de PCD om patiënten bij wie er vanuit hun perspectief sprake was geweest van ongelijke behandeling of benadeling, te scoren en te beschrijven op dit formulier. Op basis van de observatieformulieren en de gesprekken met de PCD hebben we een drietal vignetten (fictieve casusbeschrijvingen) ontwikkeld (zie bijlage 6), die besproken zijn in de focusgroepen met artsen en verpleegkundigen.

Focusgroepen met artsen en verpleegkundigen (maart 2025)

Er hebben twee focusgroepen plaatsgevonden, bestaande uit artsen / medisch specialisten en verpleegkundigen werkzaam op één van of beide locaties (Heerlen en Sittard/Geleen) van het Zuyderland MC. Tijdens de focusgroepen zijn vignetten besproken en zijn videofragmenten getoond van een interview met een ex-patiënt. Op basis daarvan is een gesprek gevoerd over het perspectief van de deelnemers op het vóórkomen en voorkómen van stigmatisering en ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen in het Zuyderland MC. Aanvullend daarop heeft een interview plaatsgevonden met verpleegkundig specialisten van de PCD.

² Het betrof hier voor alle duidelijkheid níet de patiënt over wie het College voor de Rechten van de Mens een uitspraak heeft gedaan.

3. Literatuuronderzoek naar stigmatisering in het algemeen ziekenhuis

Dit hoofdstuk doet verslag van het literatuuronderzoek. Het gaat in de eerste plaats in op de aard en omvang van (on)gelijke behandeling van mensen met psychische problemen in de somatische ziekenhuiszorg. Daarna worden de richtlijnen en handvatten besproken die in Nederland zijn ontwikkeld om stigmatisering en ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen te bestrijden en te voorkómen.

3.1. Aard en omvang van (on)gelijke behandeling van mensen met psychische problemen in de somatische ziekenhuiszorg

3.1.1. Methode

Vanwege de beperkte kaders en de (verkenkende) aard van het onderzoek is gekozen voor een gestructureerde, pragmatische aanpak.

Om de aard van ongelijke behandeling te onderzoeken, hebben we ons gericht op twee belangrijke aspecten van ongelijke behandeling, namelijk stigma en ‘diagnostic overshadowing’. Stigma wordt gezien als een complex sociaal proces dat elementen bevat van etikettering, stereotypering, buiten de groep/de relatie plaatsen (‘separation’), statusverlies en discriminatie, in de context van een ongelijke machtsverhouding (Link & Phelan, 2001). Diagnostic overshadowing is het onterecht toekennen van symptomen (zoals pijn of verwardheid) aan een psychiatrische aandoening, met als gevolg misdiagnostiek en verkeerde of het niet inzetten van behandeling (Hallyburton, 2022; Joint Commission, 2022). De samenhang tussen deze twee concepten wordt goed weergegeven door Nash, die stelt: “diagnostic overshadowing is stigma in actie” (Nash, 2013; Nash 2014).

Omdat dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Zuyderland MC, hebben we de onderzoeksvraag toegespitst op de somatische ziekenhuiszorg. Dit heeft geleid tot de volgende aangescherpte vraagstelling: Welke informatie wordt gegeven over aard en omvang van ongelijke behandeling binnen de somatische ziekenhuiszorg van mensen met psychische problemen in de wetenschappelijke literatuur die zich richt op ‘mental health related stigma’ en ‘diagnostic overshadowing’?

Artikelen die vanaf 1 januari 2014 zijn gepubliceerd werden geïnccludeerd. Specifiek werd gezocht naar review-artikelen. Andere dan Nederlands- of Engelstalige artikelen werden geëxcludeerd. Er werd uitsluitend gezocht naar peer-reviewed papers. Hieronder geven we een beknopte beschrijving van de resultaten. Meer informatie over de methode, alsmede een gedetailleerd overzicht van de gevonden resultaten, is te vinden in bijlage 1.

3.1.2. Resultaten

Er zijn veertien artikelen geïnccludeerd. Tien daarvan gaven inzicht in de aard en omvang van stigmatisering van mensen met psychische problemen in de somatische ziekenhuiszorg, en vier gingen over ‘diagnostic

overshadowing'. De artikelen gaven ook inzicht in de mogelijke effectiviteit van interventies om stigmatisering te verminderen.

Aard en omvang stigmatisering

Wat betreft de omvang van het probleem lijkt er in de literatuur sprake van een paradox: terwijl zorgprofessionals in vragenlijsten aangeven dat ze in beginsel een positieve houding hebben ten opzichte van mensen met psychische problemen, wordt in kwalitatieve studies gerapporteerd dat er wel degelijk een stigma bestaat op psychische problemen in het ziekenhuis. De omvang van het probleem is moeilijk te kwantificeren. Onderzoek naar het vóórkomen van stigmatisering vanuit het perspectief van patiënten zelf, lijkt niet of nauwelijks gedaan.

In ons literatuuronderzoek vonden we twee vragenlijststudies met zelfrapportage van zorgprofessionals over stigmatisering. Zo rapporteren artsen en chirurgen in een Nederlandse studie dat ze een positieve houding hebben ten opzichte van mensen met psychische problemen. Tegelijkertijd blijkt de bereidheid laag om deze problemen te adresseren binnen de eigen praktijk (Nauta et al., 2019). De auteurs wijten dit aan een mogelijk kennistekort over psychische problemen bij artsen en chirurgen. Een Amerikaans vragenlijstonderzoek onder SEH-verpleegkundigen gaf geen inzicht in de omvang van stigmatisering, maar vond wel een zwak effect van stigma op zorgzame gedragingen (McIntosh, 2023).

De geïnccludeerde reviews bevestigen de serieuze omvang van het probleem. Met name de studie van Sølvhøj et al. (2021) is in die zin van belang. Het grote aantal onderzoeken dat in deze review wordt besproken (n=137) is indicatief voor de wijdverbreide prevalentie van stigmatisering, negatieve houding en bejegening, inclusief negatief gedrag tegenover patiënten met psychische problemen. De auteurs concluderen dat het aanpakken van stigmatisering een wereldwijde uitdaging is binnen de somatische gezondheidszorg.

Wat betreft de aard van stigmatisering hebben Perry et al. (2020) een inzichtelijk raamwerk ontwikkeld op basis van 51 studies naar stigmatisering van psychische problemen in de acute ziekenhuiszorg. In het raamwerk worden vijf patronen van stigmatisering onderscheiden: devaluatie, sociale controle, vermijding, afwijzing en falen om te handelen. Vervolgens wordt inzichtelijk gemaakt hoe deze patronen zichtbaar worden in oordelen, houding, professioneel gedrag en op organisatieniveau. Naast stigmatiserende en negatieve patronen worden in dit raamwerk ook hun positieve tegenhangers beschreven, zoals gelijke prioritering en legitimering van de klachten van mensen met psychische problemen. In hun artikel verbinden Perry et al. (2020) de door hen gevonden patronen van stigmatisering aan het begrip 'stigmamacht' van Link en Phelan (2014a). De laatsten beargumenteren dat stigma een vorm van macht is. Macht kan gebruikt worden om bepaalde doelen te bereiken die op zichzelf niet verkeerd zijn, zoals een hoge en efficiënte doorstroom van patiënten om schaarse middelen voor zoveel mogelijk mensen beschikbaar te maken. Hierbij kan er een belang ontstaan om macht uit te oefenen over bepaalde mensen die dit doel in de weg zitten. 'Stigmamacht' kan dan gebruikt worden om mensen 'beneden', 'binnen' of 'weg' te houden. Meestal is de eerste poging om macht uit te oefenen om mensen 'binnen' te houden, dat wil zeggen binnen de normatieve kaders die gelden voor mensen zonder psychische problemen. Wanneer dit niet lukt, kan stigmamacht gebruikt worden om mensen 'beneden' te houden, door hen minder waarde toe te kennen, of

om mensen ‘weg’ te houden, bijvoorbeeld door hen te vermijden (Link & Phelan, 2014b). Perry et al. (2020) stellen dat het ‘beneden’ houden overeenkomt met patronen van devaluatie, ‘binnen’ houden met sociale controle en ‘weg’ houden met vermijding. Aan deze drie patronen voegen zij er nog twee toe: afwijzing en falen om te handelen. Het raamwerk wordt op de volgende pagina in het Engels weergegeven.

Diagnostic overshadowing

Net als over stigmatisering ontbreken in de literatuur harde cijfers over ‘diagnostic overshadowing’. Wel wordt het fenomeen uitgebreid beschreven in verschillende kwalitatieve studies. Hale (2024) includeert drie Britse studies waarbij ziekenhuispersoneel werd geïnterviewd. Twee daarvan betreffen de context van spoedeisende hulpafdelingen. In dit review wordt geconcludeerd dat ‘diagnostic overshadowing’ een hoge prevalentie heeft. Uit één van de geïncorporeerde studies (Shefer et al., 2014) bleek dat 77% van de geïnterviewden één of meer situaties van ‘diagnostic overshadowing’ zelf had meegemaakt. In het Nieuw-Zeelandse onderzoek van Cunningham et al. (2023) deelden 253 mensen online hun ervaringen als patiënt met ‘diagnostic overshadowing’. Ze vertelden dat fysieke klachten werden toegeschreven aan hun mentale klachten, angst of stress, en dat ze als patiënt niet serieus werden genomen of als onbetrouwbaar werden gezien. Hallyburton (2022) voegt hier nog het concept ‘premature closure’ aan toe, waarbij zorgprofessionals hun onderzoek naar de oorzaak van fysieke klachten eerder staken nadat ze een eerste hypothese over een oorzaak hebben geformuleerd. De auteurs van deze review komen tot de conclusie dat misdiagnostiek door het onterecht toewijzen van fysieke klachten aan mentale problemen een wijdverbreid fenomeen is, wat leidt tot vertraging in het stellen van de juiste diagnose en het inzetten van passende behandeling.

Interventies

De in de artikelen beschreven interventies richten zich met name op scholing van zorgprofessionals om hun kennis over psychische problemen te vergroten. Daarnaast wordt contact met de doelgroep (i.c. patiënten met ervaring met stigmatisering) geadviseerd of een combinatie van de twee. Thornicroft et al. (2016) hebben onderzoek gedaan naar effectieve interventies in verschillende sectoren, waaronder de gezondheidszorg, en vonden dat interventies die de zorgprofessionals in contact brengen met mensen met psychische problemen (zoals inzet van ervaringsdeskundigen) het meest effectief lijken – althans, op korte termijn. Onderzoek naar effect op langere termijn ontbreekt. Carrara et al. (2019) stellen dat zorgprofessionals mogelijk sneller negatieve stereotypen ontwikkelen, doordat ze deze mensen op een selectief moment zien, namelijk wanneer hun klachten duidelijk aanwezig en ernstig zijn en de behoefte aan hulp sterk is. Henderson et al. (2014) onderschrijven dit en pleiten daarom voor contact met mensen met psychische problemen op momenten dat zij goed functioneren, waardoor deze selectieve beeldvorming gecorrigeerd kan worden. Verder pleiten zij voor interventies die zich niet alleen op zorgprofessionals richten, maar ook op structurele en organisatiefactoren, omdat deze de effectiviteit van interventies gericht op zorgprofessionals mogelijk versterken. Interventies moeten dan ook structureel worden aangeboden in plaats van eenmalig.

Figuur 1: Iterated framework for describing stigmatization towards those with mental health conditions (Perry et al., 2020)

Iterated framework.					
	STEREOTYPING AND LABELLING (OVERARCHING)				
	DEVALUATION	SOCIAL CONTROL	AVOIDANCE	REJECTION	FAILURE TO ACT
<i>Social judgement about patients with mental health conditions</i>	Lower worth	Deviant	Unwelcome	Not urgent Not 'real'	Unable to be helped
<i>Attitudes</i>	Denigration	Disapproval	Discomfort	Not deserving Blaming Disallowing	Frustration
<i>Professional behaviour</i>	Compromised care	Shaming Bargaining Confronting	Physical avoidance Emotional detachment Abdication of responsibility	Diagnostic overshadowing Requests withheld	Inaction Failure to consider legal options
<i>Organisational behaviour</i>	Lower priority group Insufficient resources for complexity of need Unsuitable environment Low training priority Valued, equal Prioritisation Equity of care	Segregation Surveillance Restraint Law enforcement		Exclusion Ejection	Absence of structural mechanisms to assess capacity or risk to self because of mental state
<i>Counter-judgement Positive treatment</i>		Accepted Tolerance Adjustments	Welcomed Responsiveness	Legitimate Inclusion	Meriting positive action Active care Acting in best interests of one who lacks decision-making capacity

3.1.3. Conclusies literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek over de aard en omvang van stigmatisering van mensen met psychische problemen in het ziekenhuis wordt een aantal zaken duidelijk. Ten eerste is het – zoals bij aanvang van dit onderzoek al vastgesteld – een complex probleem dat zich moeilijk laat kwantificeren. Desondanks zijn stigmatisering in het ziekenhuis en één van de uitingsvormen daarvan, namelijk ‘diagnostic overshadowing’, belangrijke thema’s in een groot aantal kwalitatieve studies. Dit doet vermoeden dat de omvang van het probleem aanzienlijk is. Ten tweede valt op dat de meeste studies naar stigmatisering zijn uitgevoerd onder zorgprofessionals, en niet onder patiënten. Dit is problematisch omdat het een te eenzijdig (namelijk te rooskleurig) beeld geeft van stigmatisering in de gezondheidszorg en omdat het van belang is om de mensen die het betreft centraal te stellen bij het ontwikkelen van interventies tegen stigmatisering (Carrara et al., 2019; Henderson et al., 2014). Ten derde, survey onderzoek vindt, in tegenstelling tot bovenstaande, een positieve houding van zorgprofessionals ten opzichte van mensen met psychische problemen. Dit duidt er mogelijk op dat zelfrapportage van zorgprofessionals, over de mate waarin zij stigmatiseren, leidt tot onderrapportage. Link en Phelan (2014b) beschrijven dat mensen zelden openlijk stigmatiserend gedrag laten zien of rapporteren, omdat dit sociaal onacceptabel is. Stigmatisering voltrekt zich eerder langs minder herkenbare wegen, terwijl de gevolgen een ‘brute duidelijkheid’ hebben. Ook op basis van de review van Carrara et al. (2019) kan worden geconstateerd dat stigmatisering begrepen moet worden als een in belangrijke mate onbewust proces. Ten vierde, het raamwerk van Perry et al. (2020) biedt mogelijkheden om de verschillende uitingsvormen van stigmatisering in de praktijk te herkennen. In dit raamwerk worden vijf patronen van stigmatisering onderscheiden: devaluatie, sociale controle, vermijding, afwijzing en vertragen/achterwege laten van handelen. Dit laatste patroon van vertragen/achterwege laten van handelen vormt in feite de basis voor ‘diagnostic overshadowing’. We raden de klachtenfunctionarissen van het Zuyderland MC aan om kennis te nemen van het framework, om stigmatisering en discriminatie op basis van psychische problemen beter te herkennen in meldingen. Ten vijfde, veel interventies om stigmatisering tegen te gaan richten zich alleen op zorgprofessionals, in de vorm van scholing over mentale gezondheid en/of contact met mensen met psychische problemen. Dit contact lijkt op de korte termijn effect te sorteren - mits het gaat om contact met mensen die goed functioneren³. Op deze manier worden namelijk negatieve stereotypen ontkracht die zorgprofessionals opdoen doordat zij in hun praktijk een selectief beeld ontwikkelen, doordat ze vaker te maken krijgen met mensen waarbij de psychische problemen sterker op de voorgrond aanwezig zijn en de behoefte aan hulp hoger is. Onderzoek naar de effectiviteit van (deze) interventies op langere termijn ontbreekt. Aanbevelingen uit de literatuur onderstrepen het belang van het adresseren van stigmatisering op meerdere niveaus, dus ook op structureel en organisatieniveau, en van het langdurig aanbieden van interventies (Henderson et al., 2014).

³ Deze inzichten sluiten aan bij een toolkit die de WHO recent uitbracht: ‘Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health’. Op basis 200 wetenschappelijke artikelen als belangrijkste interventie ‘sociaal contact’ geïdentificeerd. Bij het ontwikkelen van zulke interventies is co-leiderschap door de mensen om wie het gaat cruciaal. Het rapport kwam uit na het voltooien van het literatuuronderzoek, het is daarom niet meegenomen in het bovenstaande.

3.2. Richtlijnen en handvatten om stigmatisering van mensen met psychische problemen in de zorg tegen te gaan

Voor de beantwoording van de vraag naar richtlijnen en handvatten over het voorkómen van stigmatisering in Nederland is gezocht in Nederlandstalige grijze literatuur; dit zijn bronnen die niet via officiële uitgevers of wetenschappelijke zoekmachines terug te vinden zijn maar wel relevant zijn voor het thema. Het gaat niet alleen om documenten zoals richtlijnen en rapporten, maar ook om informatie die gepubliceerd is op websites. In het kader van dit onderzoek hebben we de volgende bronnen geraadpleegd:

- [Zorgstandaard destigmatisering](#) (Akwa GGZ, 2017; herziene versie 2025)
- [Zorgstandaard ziekenhuispsychiatrie](#) (Akwa GGZ, 2017)
- De publicatie [Probleemanalyse psychosociale zorg bij somatische ziekte](#) (Zorginstituut Nederland, 2024)
- Publicatie [Stigmatisering door hulpverleners in de ggz](#) (Van Erp et al, 2019)
- De website van het programma [Samen Sterk Zonder Stigma](#) (SSZS)⁴
- Artikelen over de zorg aan patiënten na een suïcidepoging en de website van het [113 netwerk ziekenhuizen](#)
- Artikelen/informatie over psychisch ontregelde patiënten op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis (o.a. [website Hogeschool Utrecht](#))

Zorgstandaard destigmatisering (Akwa GGZ, 2017; redactionele herziening 2025)

De zorgstandaard destigmatisering is bedoeld om mensen met psychische problemen, hun naasten en de verschillende betrokken zorgprofessionals concrete handvatten te verschaffen om het stigma rondom psychische problemen te verminderen. De zorgstandaard richt zich niet alleen op professionals in de ggz, maar ook op andere professionals in de zorg en begeleiding, waaronder de curatieve somatische zorg. De zorgstandaard is ontwikkeld door een breed samengestelde werkgroep van patiënten, naasten en hulpverleners en is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, grijze literatuur en kennis uit de praktijk.

De zorgstandaard bevat uitgebreide achtergrondinformatie over stigmatisering, onderscheidt verschillende vormen van stigmatisering (publiek stigma, zelfstigma, structureel stigma) en beschrijft dat stigmatisering grote negatieve gevolgen kan hebben voor herstel en participatie. Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering en discriminatie van mensen met psychische problemen veel voorkomt. Mensen met schizofrenie en verslaving ervaren meer stigma en discriminatie dan mensen met een angst- of depressieve stoornis, en persoonlijke factoren zijn van invloed op de mate waarin men last heeft van stigma en discriminatie. Patiënten onderschrijven de uitkomsten van het literatuuronderzoek. In de strijd tegen zelfstigma en publiek stigma zien zij meer openheid als een belangrijk breekijzer; het moet gewoon worden om te praten over psychische klachten.

⁴ De website van SSZS houdt per 1 oktober 2025 op te bestaan. Tools en materialen die in het kader van SSZS zijn ontwikkeld, zijn beschikbaar via de websites van Kenniscentrum Phrenos en MIND.

De zorgstandaard beschrijft de kernelementen van goede destigmatiserende zorg (o.a. focus op kwaliteit van leven en herstel van vitaliteit; patiënt staat centraal) en biedt handvatten voor patiënten zelf, professionals en bestuurders en managers. Hulpverleners wordt onder andere aangeraden om terughoudend te zijn met het gebruik van psychiatrische classificaties, klachten in een normaliserend kader te zetten, ervaringsdeskundigen in te zetten en aandacht te besteden aan het herstelperspectief. Het gebruik van 'shared decision making' wordt aangemoedigd. Ook wordt hulpverleners meegegeven te streven naar een gelijkwaardige verhouding en zich bewust te zijn van de mogelijkheid om als hulpverlener persoonlijke ervaringskennis professioneel toe te passen in het contact met patiënt en naasten.

Van de organisatie wordt verwacht dat destigmatisering blijvende aandacht, voeding van urgentie en bewustwording krijgt. Organisaties moeten een structureel destigmatiseringsbeleid ontwikkelen waarvan een scholingsbeleid deel uit maakt. Aanbevolen wordt om bij voorlichting en educatie (ex) patiënten en ervaringsdeskundigen in te schakelen, om met hun persoonlijk verhaal over ontwrichtende ervaringen met een algemeen publiek het gesprek aan te gaan over stigma en zelfstigma. Om een duurzaam effect te hebben, is een eenmalige interactie niet voldoende, maar zullen mensen met psychische problemen hun verhaal moeten blijven delen bij uiteenlopende ontmoetingen. Van interventies die het samenstellen en overdragen van het eigen herstelverhaal tot doel hebben, is bekend dat daarmee ook de empowerment van patiënten wordt versterkt.

Zorgstandaard ziekenhuispsychiatrie (Akwa GGZ, 2017)

De zorgstandaard ziekenhuispsychiatrie beoogt de kwaliteit van zorg te verbeteren voor alle ziekenhuispatiënten die naast hun lichamelijke aandoening psychische problemen hebben. Naar schatting gaat het om 25% van de patiënten in het ziekenhuis. De zorgstandaard omschrijft de groep van 'patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit' als een kwetsbare groep die regelmatig een acute, en altijd een complexe zorgvraag heeft. Door een combinatie van kenmerken lopen zij een hoger risico op 'aantasting van de lichamelijke integriteit, letsel of overlijden'; zij hebben een hogere kans op het niet onderkennen of foutief labelen van somatische problemen als gevolg van stigma en op overdrachtsfenomenen en discontinuïteit, in het slechtste geval met 'patient bounce' tot gevolg. Door dreigende inperking van de autonomie en door afhankelijkheid van hulpverleners kunnen hun mogelijkheden tot herstel worden beperkt, met als gevolg ineffectieve en dure zorg.

De zorgstandaard beschrijft de waarden voor goede ziekenhuispsychiatrische zorg op basis van literatuuronderzoek, een invitational conference en een bundeling van negatieve ervaringen van patiënten. Tot die waarden behoren onder andere gerichtheid van de zorg op zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven, gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars, goede samenwerking tussen disciplines en continuïteit van zorg. Algemeen uitgangspunt voor goede zorg is: zie de mens, niet het etiket. De zorgstandaard noemt ook 'destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden' als belangrijke waarde: "Medisch specialisten en verpleegkundigen moeten ten minste in staat zijn psychiatrische problemen op te merken en te beoordelen of een psychiatrisch consult nodig is. Door scholing worden behandelaars beter toegerust om patiënten respectvol en vrij van oordelen te blijven bejegenen. In een ziekenhuis zou daarom op reguliere basis (bij)scholing van professionals over psychiatrische comorbiditeit plaats moeten vinden, ten minste op de spoedeisende hulp (SEH). Dit werkt destigmatiserend en houdt de (ziekenhuis)zorg toegankelijk voor patiënten met psychiatrische comorbiditeit."

Probleemanalyse psychosociale zorg bij somatische ziekte (Zorginstituut Nederland, 2024)

Eén op de drie patiënten met een (chronische) somatische ziekte krijgt last van ‘psychosociale problemen’. Om zorgverleners te ondersteunen bij het bieden van goede psychosociale zorg aan deze mensen, heeft het Zorginstituut Nederland in 2019 een kwaliteitsstandaard gepubliceerd. Omdat de uitvoering van deze kwaliteitsstandaard in de praktijk problemen oplevert, heeft het Zorginstituut Nederland in 2024 een probleemanalyse verricht. Uit deze analyse blijkt dat ziekenhuizen moeite hebben om integrale zorg bij somatische ziekte te organiseren en deze zorg op verschillende manieren vormgeven. Ten tweede kan psychiatrische diagnostiek niet gedeclareerd worden onder de ggz indien de klachten gerelateerd zijn aan somatische ziekte. Ten derde zijn de activiteiten die vallen onder psychosociale zorg bij somatische ziekte onvoldoende te kwantificeren. “Hiermee is het niet mogelijk om afspraken voldoende te monitoren en aan te passen om passende zorg te (blijven) bieden voor mensen met psychosociale problemen bij somatische ziekte”, aldus het Zorginstituut Nederland (2024, p. 3).

Om de psychosociale zorg bij somatische ziekten te verbeteren, is een pakketagenda ‘Psychosociale zorg voor lichaam en geest’ opgesteld. Onderdeel hiervan is een plan van aanpak dat thans in concept gereed is en waaraan een groot aantal partijen deelnemen, waaronder zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroeps- en patiëntenverenigingen. In dit kader wordt onder andere een implementatietoolkit ‘Psychosociale zorg voor lichaam en geest’ ontwikkeld.

Stigmatisering door hulpverleners in de ggz (Van Erp et al., 2019)

Dit onderzoeksrapport van het Trimbos-instituut beschrijft welke ervaringen hulpverleners en cliënten in de ggz hebben met stigmatisering, hoe zij daarmee omgaan en hoe stigmatisering verminderd kan worden. Het onderzoek is gebaseerd op literatuuronderzoek, expertinterviews, digitale peilingen onder zowel hulpverleners als cliënten, focusgroepen met cliënten en moreel beraadbijeenkomsten met hulpverleners.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat bijna een kwart van de cliënten zich gestigmatiseerd voelt binnen de ggz, en dat attitudes van ggz-hulpverleners ten aanzien van mensen met psychische problemen weinig verschillen van die van de algemene bevolking. Processen die een rol spelen bij stigmatisering door (ggz) professionals zijn ‘clinician bias’, ‘diagnostic overshadowing’, iatrogeen stigma, stress en behandel pessimisme. Uit de peilingen die de onderzoekers zelf deden onder cliënten en hulpverleners blijkt dat ruim de helft van de cliënten en hulpverleners te maken heeft gehad met stigmatisering door hulpverleners in de ggz met diverse negatieve gevolgen van dien (o.a. negatief zelfbeeld, trager herstel, minder kwaliteit van leven). Als uitingvormen benoemen cliënten vooral de afstandelijke houding en het taalgebruik van hulpverleners, de bejegening (betutteling/beschermend) en de focus op het vermijden van risico’s. Deze uitingvormen komen overeen met de in de literatuur genoemde aspecten.

De auteurs komen tot de conclusie dat de aanbevelingen die in de literatuur worden gedaan om stigmatisering aan te pakken, overeenkomen met het bieden van goede, herstelondersteunende zorg: aansluiten bij de beleving van de cliënt en bewustwording van de impact van taalgebruik en diagnoses. Daarnaast bevelen experts aan om klachten zoveel mogelijk te normaliseren, aandacht te besteden aan het levensverhaal en de context van de cliënt, ervaringskennis te erkennen als belangrijke bron van kennis en persoonlijke ervaringen te leren inzetten als hulpverlener. De door hulpverleners en cliënten genoemde

verbetermaatregelen komen grotendeels overeen met die van experts en uit de literatuur: normalisering van psychische en verslavingsproblemen; terughoudend zijn met het gebruik van psychiatrische labels; herstelgericht werken; samen beslissingen nemen. Hulpverleners voegen hier nog aan toe: reflectie binnen het team en de organisatie op eigen houding, zorgvuldige bejegening, zorgvuldig taalgebruik, etc.

In hun beschouwing op de resultaten besteden de onderzoekers aandacht aan het thema zelfstigma, aangezien dit in de peiling onder cliënten als belangrijkste probleem naar voren kwam. Van belang is dat hulpverleners zelfstigma herkennen en cliënten hierin ondersteunen, o.a. door inzet van beschikbare interventies. Verder stellen zij dat stigmatisering binnen de ggz een complex en veelvormig probleem is, waardoor er geen 'one size fits all' oplossingen mogelijk zijn: "Destigmatisering zal vooral een zoektocht zijn, waarvan het gezamenlijk reflecteren op het eigen professioneel handelen een essentieel onderdeel uitmaakt."

Programma: Samen Sterk zonder Stigma

Samen Sterk Zonder Stigma (SSZS) was een destigmatiseringsbeweging die in 2011 werd opgericht door de patiëntenvereniging MIND, de branchevereniging de Nederlandse ggz en de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP). In 2021 werd SSZS opgeheven vanwege tekortschietende financiële middelen. Het merendeel van de ontwikkelde tools en handvatten zal vanaf 1 oktober 2025 worden ondergebracht bij MIND en Kenniscentrum Phrenos.

SSZS werkte aan een samenleving waarin aandacht is voor psychische verschillen en psychische problematiek bespreekbaar is. De website SSZS bevat achtergrondinformatie over het vóórkomen van stigma, de impact ervan en handvatten om stigma te bestrijden binnen de ggz, welzijnsorganisaties, het onderwijs, op het werk en binnen de media. SSZS heeft een groot aantal praktische tools ontwikkeld voor verschillende sectoren. Voor de ggz ontwikkelde SSZS onder andere een podcastserie, een quickscan destigmatisering, een handreiking voor de implementatie van destigmatisering, een training gericht op het empoweren van mensen met psychische aandoeningen en het verminderen van zelfstigma en een toolkit om zorgprofessionals bewust te maken van hun eigen (voor)oordelen, om daarmee het stigma in de behandeling en de relatie tussen zorgprofessional en cliënt te verminderen.

Volgens SSZS vraagt destigmatisering aandacht en bewustwording op alle niveaus en binnen alle facetten van een organisatie. Destigmatisering vergt een gedegen procesaanpak en begint bij het zichtbaar en voelbaar maken van de urgentie en het creëren van draagvlak. De ontwikkelde tools bieden handvatten bij het implementeren van destigmatisering binnen organisaties.

Thema: Zorg voor mensen na een suïcidepoging

De kwaliteit van zorg voor patiënten die na een suïcidepoging op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis komen is al jarenlang een onderwerp van discussie. Richtlijnen die ontwikkeld zijn voor goede zorg aan deze doelgroep worden in de praktijk slecht nageleefd. Mérelle et al. (2018) beschrijven de resultaten van een vragenlijstonderzoek onder artsen, verpleegkundigen en managers en komen tot de conclusie dat onvoldoende kennis en vaardigheden bij het SEH-personeel, een soms negatieve attitude tegenover patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan en een hoge werkdruk de zorg voor deze groep

patiënten belemmeren, en dat gerichte scholing, een rustige ruimte en inzet van specialistische zorg deze zorg kunnen verbeteren. Lommerse et al. (2023) beschrijven de minimale vereisten voor kwalitatief goede zorg op de SEH en bieden handvatten en tips voor het organiseren daarvan. De handvatten en tips zijn ontwikkeld door een interdisciplinaire expertgroep en gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn 'diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' uit 2012. Als meest fundamentele tip geven de auteurs: besteed aandacht aan het maken van oprecht contact en het creëren van een goede werkrelatie. Daarnaast bevelen de auteurs aan om zorg te dragen voor een veilige omgeving, de patiënt te betrekken bij diagnostiek en behandeling, naasten te betrekken, het suïcidale gedrag proberen te begrijpen, een persoonlijk veiligheidsplan op te stellen en samen te werken met ketenpartners.

Binnen de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 is de verbetering van de zorg voor mensen na een suïdepoging als speerpunt opgenomen. Met ondersteuning van 113 is een lerend netwerk van ziekenhuizen opgericht. De aangesloten ziekenhuizen committeren zich aan een traject van minimaal twee jaar waarin zij planmatig werken aan hun verbeterdoelstellingen. De uitkomsten worden gemonitord door een onlinevragenlijstonderzoek onder zorgprofessionals.

Project: Zorg voor psychisch ontregelde patiënten op de SEH

De Hogeschool Utrecht voerde tussen 2021 en 2023 een studie uit naar psychisch ontregelde patiënten in de acute setting van het algemeen ziekenhuis. Onderzocht is wat er nodig is om de spoedzorg voor psychisch ontregelde patiënten beter te laten aansluiten op de behoeften en ervaringen van de patiënt, hun naasten en de zorgprofessionals. Op basis van kwalitatieve onderzoeksmethoden werd inzicht verkregen in de ervaringen van psychisch ontregelde patiënten, hun naasten en zorgprofessionals. De studie heeft een prototype van de toolbox ConnectEM opgeleverd, die handvatten biedt om symptomen en gedrag van patiënten te meten en de zorg af te stemmen op de behoeften van de patiënt en zijn context. De toolbox omvat verschillende interventies, zoals een film die gericht is op het verminderen van stigma en het bevorderen van gelijkwaardige bejegening en tools voor een meer traumasensitieve aanpak op de SEH. De toolbox komt in 2027 beschikbaar.

3.3. Conclusies op basis van literatuur, richtlijnen en handvatten

Naar schatting heeft 25% van de ziekenhuispatiënten naast een lichamelijke aandoening ook psychische problemen (Akwa GGZ, 2017). De omvang van stigmatisering en discriminatie van patiënten met psychische problemen in het algemeen ziekenhuis laat zich om meerdere redenen moeilijk vaststellen. Op de eerste plaats is er weinig onderzoek naar gedaan en ten tweede blijkt dat het onderzoek dát heeft plaatsgevonden, zich heeft toegespitst op de ervaringen van zorgprofessionals. Stigmatisering is echter een onbewust proces dat zich moeilijk door middel van zelfrapportages laat onderzoeken. Wel zijn cijfers beschikbaar over het vóórkomen van stigmatisering van mensen met psychische problemen in andere sectoren. Zo blijkt uit onderzoek onder leden van het Panel Psychisch Gezien dat driekwart van hen de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met stigmatisering in het algemeen, en meer dan de helft met stigmatisering door hulpverleners in de ggz (Van Erp et al., 2019). Als uitingsvormen benoemen cliënten vooral de afstandelijke houding, het taalgebruik en de (betuttelende of beschermende) bejegening van hulpverleners en de focus op het vermijden van risico's. Attitudes van ggz-hulpverleners ten opzichte van mensen met psychische

problemen verschillen niet erg van de attitudes van de algemene bevolking. Dit lijkt onder andere te maken te hebben met de zgn. 'clinician bias' (het feit dat zorgprofessionals patiënten vaak meemaken als de klachten en symptomen op hun hevigst zijn), stress, behandel pessimisme, iatrogeen stigma (stigma door het onjuist of onnodig hanteren van een diagnostisch label) en 'diagnostic overshadowing'. Dit laatste fenomeen wordt ook in de literatuur over stigmatisering en discriminatie van patiënten met psychische problemen in het algemeen ziekenhuis beschreven: het fenomeen waarbij lichamelijke klachten en gedrag toegeschreven worden aan de (veronderstelde) psychische aandoening, zonder alternatieve (somatische) verklaringen te overwegen.

Aangezien stigmatisering en discriminatie van patiënten met psychische problemen in de somatische zorg tot dusver weinig aandacht heeft gekregen, zijn er specifiek met betrekking tot het algemeen ziekenhuis weinig concrete handvatten ontwikkeld om dit tegen te gaan. Wel is er de laatste jaren toenemende aandacht voor de verbetering van de zorg aan psychisch ontregelde patiënten in de acute zorg, waaronder ook patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis na een suïcidepoging. Daarnaast zijn er vanuit de zorgstandaarden destigmatisering en ziekenhuispsychiatrie en vanuit het programma Samen Sterk Zonder Stigma diverse handvatten en instrumenten ontwikkeld die tevens toepasbaar zijn binnen de context van het algemeen ziekenhuis. Aan de basis ligt het maken van oprecht contact met de patiënt, het creëren van een veilige omgeving en het betrekken van de patiënt bij de diagnostiek en behandeling. Zorgprofessionals dienen zich bewust te zijn van hun vooroordelen en terughoudend te zijn met het gebruik van psychiatrische diagnoses. Organisaties in de (somatische) zorg kunnen stigmatisering en discriminatie van patiënten met psychische problemen verminderen door destigmatisering structureel onderdeel te maken van het kwaliteitsbeleid, hieraan op alle niveaus van de organisatie aandacht te besteden en te investeren in bewustwording en deskundigheidsbevordering.

4. Ervaringen van patiënten in het Zuyderland MC

4.1. Methoden

Het streven was om 8 (ex)patiënten te interviewen die als patiënt opgenomen zijn geweest op een somatische afdeling van het Zuyderland MC en daar te maken hebben gehad met ongelijke behandeling op basis van hun psychische problemen. Daarbij was het doel om een vertegenwoordiging te includeren van patiënten die op verschillende afdelingen opgenomen zijn geweest: spoedeisende hulp (SEH), intensive care (IC), een snijdende en een niet-snijdende afdeling.

Werving en inclusie

Werving en inclusie van patiënten verliepen via de PCD. We maakten gebruik van doelgerichte steekproeftrekking (Patton, 1990), waarbij we ons richtten op informatierijke cases. Concreet hield dit in dat verpleegkundig specialisten van de PCD patiënten informeerden over het onderzoek wanneer zij in consult werden geroepen en zij het vermoeden hadden dat er sprake was (geweest) van ongelijke behandeling. Om de PCD handvatten te geven voor 'vermoedens van stigmatisering en/of ongelijke behandeling', is het raamwerk van Perry et al. (2020) door de onderzoekers naar het Nederlands vertaald en beschikbaar gesteld. Ook werd een informatieflyer ontwikkeld ten behoeve van patiënten. Een patiënt kwam in aanmerking voor deelname aan een interview wanneer: a) de patiënt 6 maanden of korter geleden opgenomen was geweest op een somatische zorgafdeling van het Zuyderland MC, b) twee medewerkers van de PCD oordeelden dat er sprake was (geweest) van een of meer uitingsvormen van stigmatisering en/of ongelijke behandeling, c) deze vorm van ongelijke behandeling naar inschatting van de medewerkers van de PCD primair verband hield met de psychische problemen van de betreffende patiënt, en niet aan discriminatie op basis van andere minderheidskenmerken (zoals afkomst, seksuele oriëntatie etc.), d) de patiënt de Nederlandse taal voldoende machtig was, e) de patiënt ouder was dan 18 jaar. Wanneer een patiënt aangaf door de onderzoekers benaderd te mogen worden, werden zijn of haar contactgegevens gedeeld met de onderzoekers. Ook bestond de mogelijkheid voor de patiënt om zelf contact op te nemen met de onderzoekers.

Potentiële deelnemers ontvingen vervolgens een informatiebrief over het onderzoek en kregen een week bedenktijd. In de brief werd aangegeven dat - mits de patiënt daarvoor toestemming gaf - het interview op beeld en geluid zou worden opgenomen zodat de onderzoekers deze opnames konden vertonen in de focusgroepen met zorgprofessionals. Ook in het geval dat patiënten níet wilden dat interviewfragmenten met zorgprofessionals werden gedeeld, konden zij deelnemen aan het interview. Na een week nam de onderzoeker opnieuw contact op met de patiënt en werden eventuele vragen beantwoord. Indien de patiënt besloot om mee te willen werken aan het onderzoek werd een afspraak ingepland voor het interview.

De inclusieperiode liep van oktober 2024 tot en met maart 2025. Ondanks de inspanningen van de verpleegkundig specialisten van de PCD en de onderzoekers hebben in totaal slechts drie patiënten in deze periode aangegeven dat zij in principe wilden participeren in het onderzoek. Toen de inclusie minder snel liep dan gehoopt, is besloten om ook patiënten te benaderen die in de afgelopen 12 maanden opgenomen waren in het Zuyderland MC en gezien zijn door de PCD. Dit heeft echter niet tot meer inclusies geleid. Van

de drie patiënten hebben uiteindelijk twee patiënten daadwerkelijk deelgenomen aan het interview. Met de derde patiënt is ondanks herhaaldelijke pogingen het contact verloren geraakt. Van de twee patiënten heeft één patiënt toestemming gegeven voor het vertonen van interviewfragmenten in de focusgroepen met zorgprofessionals.

Interviewprocedure

Bij de interviews werd gebruik van gemaakt van een interviewgids, zie bijlage 4. Deze gids is in nauwe samenwerking met de aan het onderzoek verbonden ervaringsdeskundige uit het adviesteam tot stand gekomen. Ook is gebruik gemaakt van het raamwerk van Perry et al. (2020).

De interviews werden online afgenomen en voor verwerkingsdoeleinden opgenomen via Microsoft Teams. De patiënten werd de mogelijkheid geboden om een naaste of hulpverlener aanwezig te laten zijn bij het interview. Beide deelnemers hebben ervoor gekozen om samen met een hulpverlener deel te nemen aan het interview. Aan het eind van het interview werd deelnemers gevraagd naar de belangrijkste punten die zijn besproken tijdens het interview. Deze punten vormden de basis van de analyse.

Na afloop van het interview kregen deelnemers de mogelijkheid om de opname van hun interview te ontvangen, hier heeft een deelnemer gebruik van gemaakt.

Analyse

Beide interviews zijn opgenomen en schriftelijk uitgewerkt door één van de onderzoekers. Op basis van consensus identificeerden de onderzoekers een zestal thema's of terugkerende elementen, aan de hand waarvan de bevindingen zijn beschreven: 1) Kwetsende opmerkingen; 2) Het dossier en onbegrip; 3) Niet serieus genomen worden; 4) Vermijding of er niet over praten; 5) Handelingen en gewoontes in ziekenhuis onvoldoende afgestemd; 6) Positieve ervaringen.

4.2. Bevindingen

In deze paragraaf beschrijven we de belangrijkste bevindingen op basis van de interviews met twee (ex)patiënten van het Zuyderland MC. We gebruiken zoveel mogelijk letterlijke citaten. De namen van de patiënten (Irene en Sarah) en de begeleider van één van hen (Lotte; begeleider van Sarah) zijn gefingeerd.

Kwetsende opmerkingen

Sarah en Irene vertellen allebei dat personeel kwetsende opmerkingen maakte in hun bijzijn, of binnen gehoorafstand.

Sarah: "Ik ben daar [afdeling] opgenomen wegens mijn buikklachten en roept er eentje heel hard op de gang: 'daar heb je die mevrouw weer met de suïcidale gedachten'. Ik heb toen niks kunnen zeggen. Ik heb niks gezegd. Ik. Ik was, nou ja, eigenlijk was ik helemaal de weg kwijt."

De begeleider van Sarah, Lotte, was bij het interview aanwezig en vult aan hoeveel invloed zulke opmerkingen hebben.

Lotte (begeleider): "Dat is ook de invloed wat zoiets heeft, een opmerking kan weken duren om daar weer van te herstellen."

Irene vertelt dat ook zij te maken kreeg met kwetsende opmerkingen in plaats van dat er aandacht was voor wat er met haar aan de hand was.

Irene: "Ik ga heel zacht praten of ik trek me helemaal terug. En dan hoor je zoiets van: "die is niet flauwgevallen of zo, die die speelt dan maar alsof." Ik ben in principe ook niet echt flauwgevallen ben, ik ga volledig in mezelf terug. [...] en dat wordt dan ook niet door de verpleging op gereageerd van waarom doet deze vrouw dit?"

Sarah, die vaker is opgenomen in het Zuyderland MC, heeft vaker te maken gekregen met dit soort opmerkingen. Het volgende voorbeeld is van een andere afdeling.

Sarah: "En ik had op de bel geduwd [om pijnstilling te krijgen]. Ze ging voor me kijken en uiteindelijk was het een half uur, een uur, anderhalf uur. Tot ik uiteindelijk weer op de bel heb geduwd en zei van: 'Gos, ik had gevraagd voor een pijnstiller.' Meteen kreeg ik het antwoord: 'Ik ben met jou bezig. Ik heb jou niet alleen.' Dat ik me afvraag: wat gebeurt hier? En ze loopt weg en ze roept tegen een andere collega: 'Daar heb je die weer, met psychische problemen.'"

Het dossier en onbegrip

De zichtbaarheid van een psychiatrische diagnose in het medisch dossier was op verschillende manieren belangrijk in de ervaringen van Sarah en Irene. Zowel de aanwezigheid als afwezigheid van psychische problemen in het dossier kan leiden tot onbegrip. Irene zou graag hebben dat er beter wordt gedocumenteerd wat haar psychische problemen zijn en wat zij nodig heeft als ze wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Irene: "En kijk eens naar de medicatie en heb ook aandacht, een patiënt is niet alleen een ziekte, maar is ook een mens. En ik snap dat ze door moeten werken en ik snap dat ze spuiten komen geven om de zoveel tijd. Maar ze kunnen ook iets erbij zeggen. Je wordt gewoon hup gepakt, gespoten, zonder een woord te zeggen. Je bent op dat moment alleen maar een ziek mens, zonder dat iemand zich bekommert terwijl het in het dossier moet staan."

Sarah merkt juist dat wat er over haar in het medisch dossier staat, belemmerend werkt tijdens een opname in het ziekenhuis.

Lotte (begeleider): "En heel vaak dat bij een algemene medische vraag gevraagd wordt heeft u nog recent een overdosis ingenomen? Want dat blijft dan blijkbaar bovenaan staan. En ik denk dat de impact daarvan niet duidelijk is hoeveel dat met iemand doet. En dat zorgt ervoor dat ze natuurlijk steeds dat de drempel om medische hulp te vragen steeds hoger wordt."

Sarah: "Ja, ze beseffen niet, ze beseffen echt niet wat ze op dat moment veroorzaken."

Door het dossier wordt Sarah geconfronteerd met haar verleden van seksueel misbruik en psychische problemen. Ze heeft het idee dat artsen en verpleegkundigen niet begrijpen wat het bespreken van deze problemen met haar doet.

Sarah: "En eigenlijk wordt altijd het verleden erbij gehaald en dan denk ik ja maar daar kom ik niet voor. Tuurlijk, aan bepaalde dingen heb ik in mijn verleden meegemaakt wat door [medisch probleem] en door mijn psychische problemen zijn gekomen en het staat overal in. Het staat overal in het dossier en dat is het eerste wat de artsen en de verpleegkundigen zien. Dit is een mevrouw van [leeftijd] jaar met psychische problemen. Daar begint het al mee en ik vind dat soms zo vervelend."

NG: "Ja, en wat zou u dan graag anders willen zien?"

Sarah: Nou, ik wil eigenlijk als die persoon, wat dan op dat moment op een [afdeling] zaal ligt ook zo behandeld worden als iemand die een probleem heeft met de [medisch probleem] en niet ook nog het verhaal erbij halen, want zij weten niet, want je ligt daar alleen op een kamer en dan slaat je eigenlijk, als iemand zoiets zegt slaat het je eigenlijk helemaal naar binnen. En dat je dan eigenlijk ook nog aan jezelf gaat twijfelen is het dan toch niet het psychisch zijn?"

Sarah vertelt dat ze niet alleen aan zichzelf gaat twijfelen, zoals zichtbaar wordt in het citaat hierboven, maar dat ze ook minder snel om hulp vraagt, omdat ze niet geconfronteerd wil worden met dingen waar ze op dat moment niets mee kan of geen ondersteuning bij krijgt. Dit soort confrontaties kan zorgen voor een terugval in het herstel van psychische problemen.

Sarah: "Dan je vraag het maar niet, want ik heb geen zin om mijn verleden er bij te halen, want ik kan daar op dat moment niks mee en ik kan er met niemand over praten, want je ligt er alleen aan. Uiteindelijk dan, ja dan zak je eigenlijk wel weer naar een stuk naar beneden."

Niet serieus genomen worden

Sarah en haar begeleider Lotte merken dat Sarah minder serieus wordt genomen als ze met fysieke klachten in het ziekenhuis komt.

Lotte (begeleider): "Ik merk wel dat als ze bijvoorbeeld zelfstandig belt, ze bijvoorbeeld niet serieus wordt genomen. En als wij dan bellen, dan wel."

Lotte (begeleider): "We moeten heel vaak heel duidelijk beargumenteren met heel veel fysieke voorbeelden voordat haar fysieke klachten serieus genomen worden. Want ze blijven eerst verwijzen dat het allemaal psychisch zal zijn."

Lotte (begeleider): "Dat is ook de reden waarom dat begeleiding vaak meegaat naar afspraken om ook te zorgen dat dat dat is serieus genomen wordt."

Ook Sarah zelf vertelt dat haar fysieke klachten minder serieus werden genomen en werden toegeschreven aan haar verleden of aan stress.

- Sarah: “Het is mijn lichaam en ik wil hier serieus genomen worden. Dat is hetzelfde met dat [medisch probleem] [...] ze zeiden allemaal: “spanningen en het lost zich wel op” [vertelt over lang traject van complicaties]*
- Lotte (begeleider): Zelfs bij [ernstige acute verergering van onderende lichamelijke klachten]. Toen zeiden ze nog: ‘spanning’.*
- Sarah: Ja, dat was zo, [ernstige acute verergering van onderende lichamelijke klachten] en nog zeiden ze: “het heeft met je verleden te maken, dat zijn alleen maar allemaal spanningen.”*

Dit speelt niet alleen bij diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis, maar ook toen zij een klacht indiende na een voorval van ongelijke behandeling op de spoedeisende hulp.

- Sarah: “We hebben daar een mail over teruggekregen dat ze het jammer vonden dat ik dat zo heb ervaren. Ze bieden hun excuses aan en de week later gebeurde dit weer. Ja dan? Ja. Dan heb je zoiets van ja ik kan wel weer een klacht indienen..*
- Lotte (begeleider): “Toen was ze even zo kwetsbaar dat we niet opnieuw een klacht hebben ingediend, omdat dat weer heel veel oprakelt. Maar die klacht die we samen hebben ingediend zijn een aantal telefoongesprekken geweest waarbij mij ook echt gevraagd werd: ‘Is dat echt gebeurd?’ En dat heb ik ook in die klacht nog eens opgenomen. Want dit is precies wat we bedoelen. En toen werd eerst gezegd: ‘nou, we betwijfelen of dit wel waar is.’ Toen hebben ze met de desbetreffende personen die die dag aan het werk waren gecheckt en toen kreeg ze [Sarah] dus de excuusmail, want het was dus wel degelijk zo zoals ze het benoemd hadden.”*

Vermijding of er niet over praten

De geïnterviewde patiënten voelen dat ze vermeden worden, waardoor ze minder snel om hulp durven vragen en aan zichzelf gaan twijfelen. Het duurde bijvoorbeeld lang voordat er een verpleegkundige kwam nadat een patiënt op de bel had gedrukt of wanneer een alarm afging van het infuus. Beide patiënten geven aan dat ze erg emotioneel waren tijdens de opname, maar dat hierover niet met hen werd gepraat.

- Irene: “Toen ik naar de [afdeling] gegaan. Daar werd mij wel van tevoren gevraagd of ik nog gereanimeerd wilde worden of naar de intensive care wou. Nou, dat heb ik dus afgewezen, maar dat was voor hun schijnbaar ook een afwijzing dat ik überhaupt enige aandacht nodig had.”*

Ook merken Sarah en Irene dat er niet over hun emoties werd gepraat.

- Irene: “Niemand die vraagt van hoe voel je je? Hoe gaat het met je? Heb je nog problemen? Heb je meerdere medicamenten? En waarom ben je zo bang? Waarom reageer je zo?”*

Lotte, de begeleider van Sarah, merkt op dat als er emoties in het spel zijn, al snel verwezen wordt naar medewerkers van de PAAZ. Ook dit kan worden uitgelegd als een vorm van vermijding.

Lotte (begeleider): "Dan ook heel lang laten wachten terwijl ze heel hoog in de emotie zit. En dan laten ze dan gewoon wachten totdat iemand van de PAAZ tijd heeft om even naar de afdeling te komen om dan met haar te praten. [...] Alsof ze haar een beetje vermijden op dat moment."

Gevraagd wat dit met hen doet met antwoorden de deelnemers het volgende.

Irene: "ik word bang, ik trek me terug."

Sarah: "Of je niet voor vol aangezien wordt." En "Ik voel dan dat ik niet de moeite waard ben om geholpen te worden"

Handelingen en gewoontes in ziekenhuis onvoldoende afgestemd

Irene en Sarah hebben ervaren dat de handelingen en gewoontes in het ziekenhuis niet altijd goed afgestemd zijn op wat zij op dat moment nodig hadden. Dat heeft geleid tot nare situaties, verdere ontregeling en een gevoel van niet welkom zijn:

Irene: "Toen kwamen ze een katheter inbrengen. En ik heb misbruik verleden. [...] ik was inmiddels zo verkrampt, dat ging helemaal niet meer. En toen kwamen ze met twee man en toen ging een iemand zei van: ik ga ik toch maar een andere zachtere katheter halen en dan krijgen we die misschien wel erin en dan na veel met twee gefruunik hadden ze die katheter inderdaad erin gekregen."

NG: "En hoe werd er met u gepraat? Of hoe werd er met u omgegaan op dat moment?"

*Irene: "Niet, helemaal niet."
[...]*

Irene: "Maar dat dat ze inderdaad niet gaan uitleggen van: we gaan een katheter inbrengen. En dat er dan nog eentje bijkomt, dan het is een beetje lacherig van: ja hoe komt dat nou, hoe kun je dat niet meer? Terwijl ze op een gegeven moment zei van de gaat dit is te erg, ik gaan een betere katheter halen. En dus dat dat was wel eigenlijk heel positief van die verpleging. Maar misschien hadden ze toen kunnen vragen waarom ik.. Had iemand me kunnen zeggen van: 'probeer te ontspannen, we gaan urine afnemen.' Ik wist namelijk helemaal niet wat ze gingen doen, omdat er alleen over mij maar niet met mij gesproken werd. [...] Ik had ook zoiets van wat gebeurt er nou? Hoe ernstig is dat?"

Sarah en Irene hebben beiden ervaren dat er onvoldoende aandacht was voor de medicatie die ze nodig hadden. Eerdere negatieve ervaringen met zorgprofessionals kunnen ervoor zorgen dat ze hier minder snel aandacht voor durven vragen.

Sarah: "En dan zie ik op de gang lopen en ik zie ze dan ook heel vaak op die telefoon en dan denk ik ja en dan durf ik niet te vragen van: 'Gos, het is al 12.00u in de nacht en dan moet ik nog maar slaapmedicatie krijgen' en dat durf ik dan niet meer te vragen."

Het niet op tijd krijgen van de medicatie kan zorgen voor verdere ontregeling.

Irene: *“En toen kwamen om 10.00u kwamen de artsen. Maar inmiddels had ik dus al een hele tijd van de dag van tevoren 12.00u geen tabletje meer gehad om rustig te blijven. En toen werd ook niet naar gevraagd. Er werd niet in het dossier gekeken wat er aan de hand was. Ik werd gewoon op de kamer gedumpt en toen kwamen die artsen morgens en toen was ik dus volledig van slag. Alleen maar huilen, huilen. Ik heb mijn tabletten niet gehad.”*

Irene merkt dat er ook met het eten onvoldoende rekening werd gehouden met wat iemand wel en niet mag eten bij de medicatie.

Irene: *“Toen kwamen ze ‘s morgens [...] aan de deur vragen of ik iets wilde eten. En toen kreeg ik een snee brood met oude kaas. En ik mag helemaal geen oude kaas, ik slik [medicatie] daar is een uitgebreid dieet bij en dan mag je alleen jonge kaas.”*

Positieve ervaringen

Ondanks dat de ervaringen zoals hierboven beschreven veel impact hebben gehad op Sarah en Irene, zijn niet al hun ervaringen in het Zuyderland MC negatief van aard.

Sarah: *“Maar ik merk wel dat het veel gebeurt. Er zijn ook artsen die me wel geloven.”*

Sarah en Irene hebben ook positieve ervaringen in het Zuyderland MC die ze willen benoemen. Bijvoorbeeld een arts van Irene die met haar meedacht in een lang en complex behandeltraject en de rol van haar psychische problemen daarin.

Irene: *“toen zei ik [tegen de arts] van: ‘ja maar ik wil sowieso niet meer, ik wil het niet voor mezelf doen’. Toen zei die arts van: ‘weet je wat jij doet, jij drinkt maar lekker je glaasje wijn ‘s avonds en als er hele erge dingen zijn meld je je maar, als je last krijgt. Maar doe je maar lekker wat je wil en ik bel je om de zoveel tijd even terug’”*

NG: *“Ja, en hoe is dat dan voor u?”*

Irene: *“Een verademing. Echt een verademing.”*

Sarah vertelt over twee jonge verpleegkundigen die zich extra voor haar hebben ingespannen.

Sarah: *“En ik moet zeggen, die twee hebben een uur tot anderhalf uur overgewerkt om mij te helpen. Om eigenlijk wat ik op dat moment nodig had, er moest een slang naar binnen gebracht worden, een infuus moest aangesloten worden. Die zijn een uur langer blijven werken, ze zeiden van: ‘we willen hebben dat we dadelijk naar huis gaan en een goed gevoel hebben, dat je goed terecht bent.’ En dat moet ik zeggen, daar ben ik echt heel erg dankbaar voor. En dat heb ik ze ook echt gezegd en ook heel duidelijk gezegd jongens: Toppie! Ik kom ze wel eens tegen en dan was er wel even een praatje: ‘Maar hoe is het?’ dat dat toch heel vaak ook zeg: ‘Wat was ik op dat moment nog blij met jullie.’ Ja, toen had ik wel zoiets van: ‘zo kan het ook’.”*

NG: *“Ja, en wat doet dat dan met u als mensen dat doen?”*

Sarah: *“Ja, dat is wel heel mooi. Ja, dat is wel heel mooi. Ja, dan heb je wel een goed gevoel en ook een fijn gevoel ondanks dat je daar moet blijven aan alle toeters bellen om je heen hangt. En dan heb je ook zoiets van oké, dan word ik wel gehoord. Dan had je ook zelf een beetje rust in jezelf.”*

4.3. Conclusie

De twee patiënten die we in het kader van het onderzoek hebben gesproken vertelden beide openhartig over hun ervaringen met ongelijke behandeling in het Zuyderland MC en brachten deze negatieve ervaringen in relatie met hun psychische problemen. Beide patiënten zijn tijdens hun verblijf in het ziekenhuis geconfronteerd met kwetsende opmerkingen van het zorgpersoneel en voelden zich genegeerd of vermeden. Beide patiënten voelden zich niet serieus genomen en hebben ervaren dat medische handelingen en procedures die bij hen werden toegepast, onvoldoende rekening hielden met hun context en verleden. Hoewel twee interviews een zeer beperkt aantal is constateren we dat beide geïnterviewden ervaringen met stigmatisering en ongelijke behandeling hadden op meerdere afdelingen en tijdens meerdere opnames, wat onderschreven kon worden door derden, in dit geval hun begeleiders.

In de interviews werden de gevolgen van deze vormen van ongelijke behandeling voor patiënten pijnlijk duidelijk. Als fysieke klachten niet serieus worden genomen en worden toegeschreven aan iemands psychiatrische achtergrond, kan dit leiden tot aanzienlijke verergering van deze klachten. Het negeren van iemands context en verleden, maar ook het juist benadrukken of telkens naar voren halen van dat verleden (in het geval van één van de patiënten: seksueel misbruik) kan schadelijk zijn en kan leiden tot verergering van de klachten. Wanneer psychische problemen juist níet worden besproken of er geen rekening wordt gehouden met iemands achtergrond, angsten of trauma's, kan dit bij bepaalde medische handelingen leiden tot hertraumatisering. Geen rekening houden met de psychofarmaca die een patiënt gebruikt kan leiden tot psychische ontregeling en lichamelijke klachten. Vermijding, het niet serieus nemen en kwetsende opmerkingen kunnen ervoor zorgen dat mensen aan zichzelf gaan twijfelen (zelfstigmatisering) en minder snel medische hulp zoeken, terwijl ze deze wel nodig hebben.

Hoewel beide patiënten uitermate kritisch waren over de zorg die zij hebben gekregen in het ziekenhuis, hebben zij ook positieve ervaringen. Belangrijkst is volgens hen dat patiënten, dus ook patiënten met psychische problemen, zich gehoord, begrepen en serieus genomen voelen en in hun waarde worden gelaten. Zoals Irene haar interview met de onderzoekers eindigde met: “Heb ook aandacht, een patiënt is niet alleen een ziekte, maar is ook een mens.”

5. Ervaringen van zorgprofessionals in het Zuyderland MC

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen op basis van de resultaten van de focusgroepen met artsen en verpleegkundigen en de aanvullende gesprekken met de verpleegkundig specialisten van de PCD.

5.1. Methodes

In maart 2025 zijn twee focusgroepen georganiseerd, bestaande uit artsen, medisch specialisten en verpleegkundigen werkzaam op verschillende locaties, specialismen en settings (klinisch en poliklinisch). Aan de eerste focusgroep deden twee verpleegkundigen, vier medisch specialisten en een verpleegkundig specialist van de PCD mee. Aan de tweede focusgroep namen twee verpleegkundigen, één SEH-arts en één andere medisch specialist deel. De eerste focusgroep vond plaats in Sittard/Geleen, de tweede in Heerlen. De deelnemers waren werkzaam op één of beide locaties, en soms voor meerdere specialismen.

De zorgprofessionals zijn geworven via de vakgroepen binnen het Zuyderland MC. De werving is gecoördineerd door het hoofd kwaliteit en veiligheid. Alle deelnemers hebben deelgenomen op basis van informed consent.

De videofragmenten van het interview met één van beide patiënten vormden belangrijke input voor het gesprek met de zorgprofessionals. Ook werden drie vignetten in de focusgroepen besproken. Deze vignetten waren gebaseerd op echte casuïstiek en daadwerkelijk voorgekomen incidenten. Informatie over patiënten werd door de onderzoekers ingewonnen bij de medewerkers van de PCD, en vervolgens geanonimiseerd, onder andere door leeftijd, geslacht en ziektebeeld te veranderen. In de focusgroepen werden plenaire werkvormen en subgroepen afgewisseld.

Na de focusgroepen heeft nog een mondeling interview plaatsgevonden met twee medewerkers van de PCD, enerzijds met als doel om aanvullende informatie te vergaren over (de organisatie van) het ziekenhuis zelf, anderzijds om te reflecteren op hun praktijkervaringen en op de gesprekken die zijn gevoerd in de focusgroepen.

De gesprekken in de focusgroepen en met de PCD zijn opgenomen en door de onderzoekers uitgewerkt. Op basis van consensus zijn de volgende thema's bepaald, die in de volgende paragraaf achtereenvolgens zullen worden besproken:

- Algemene reflectie op het verloop en de opbrengsten van de focusgroepen
- Het vóórkomen van psychische problemen in het ziekenhuis
- Het vóórkomen van ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen in het ziekenhuis
- Het ontwarren van de kluwen: hoe goede intenties kunnen leiden tot onwenselijke of onbedoelde uitkomsten
- Oplossingsrichtingen

5.2. Resultaten

Algemene reflectie

Tijdens de eerste focusgroep waren alle zorgprofessionals die waren uitgenodigd, aanwezig. Tijdens de tweede bijeenkomst bleek de PCD verhinderd vanwege een crisisbeoordeling en zijn twee verpleegkundigen en één arts niet verschenen. Tijdens de bijeenkomsten werd een aantal artsen weggeroepen, waarna ze zich weer bij het gesprek voegden.

Beide focusgroepen zijn in goede sfeer verlopen, zo werd na afloop bevestigd door de deelnemers. Plenaire delen werden afgewisseld met bespreking van vignetten in subgroepen, waardoor artsen en verpleegkundigen van verschillende locaties en specialismen met elkaar in gesprek raakten.

Opvallend was dat er geen persoonlijke ervaringen als patiënt of naaste van een patiënt met psychische problemen werden gedeeld. De deelnemers bleven vooral in de beschouwende rol, met name tijdens de bespreking van de vignetten. Om de situatie zoals beschreven in de vignetten goed te kunnen beoordelen had men aanvullende informatie over de context nodig, zo gaven verschillende deelnemers aan. De vignetten gaven aanleiding tot het koppelen van observaties en interpretaties aan eigen kennis (klinisch redeneren). Voor sommigen waren de vignetten (zeer) herkenbaar vanuit de dagelijkse beroepspraktijk, voor anderen was de herkenning minder of ze lieten zich daar minder over uit. Een aantal deelnemers nam een wat defensieve houding aan. Dit kwam vervolgens ook aan de orde tijdens het gesprek.

Het vertonen van video- en geluidsbeelden van het interview met een patiënt bleek een goede manier om op een dieper niveau met elkaar in gesprek te komen. Waar een aantal deelnemers vooral in de beschouwende rol bleef of zich meer neutraal opstelde (“Ik kan geen oordeel vormen want ik zou eerst de betrokken verpleegkundigen willen horen of” en: “Of dit verhaal nu klopt of niet, de patiënt heeft het zo beleefd”), waren anderen duidelijk meer geraakt en uit balans gebracht: “Ik snap niet hoe dit heeft kunnen gebeuren” en “Als je geen hulpverlener wilt zijn, ga dan wat anders doen.”

De focusgroepen hebben een aantal belangrijke bevindingen opgeleverd, die we hierna thematisch zullen bespreken. Los van deze thematische bevindingen hebben de focusgroepen opgeleverd dat de deelnemers met elkaar in gesprek gingen over ongelijke behandeling en stigmatisering, en interesse toonden in elkaars visie en werkwijzen. Vooral tijdens de eerste focusgroep waren er – mede op basis van de ervaring en affiniteit met patiënten met psychische problemen - verschillende visies en inzichten. Eerste associaties met de doelgroep van patiënten met psychische problemen varieerden van ‘het gevoel alert en op mijn hoede te moeten zijn’ en ‘uitdagend en moeilijk’ tot ‘eenheid van lichaam en geest’. De vertegenwoordiger van de PCD had tijdens deze focusgroep een belangrijke informerende / educatieve en verbindende rol. Tijdens de tweede focusgroep waren er minder deelnemers en was er geen vertegenwoordiging van de PCD. Het gesprek verliep (mogelijk mede daardoor) meer met de onderzoekers dan met elkaar. Twee van de vier deelnemers werkten op de SEH, waardoor de gesprekken vooral in het teken stonden van de zorg voor patiënten met psychische problemen op de SEH. De meningen en ervaringen waren minder verdeeld dan in de eerste focusgroep; alle deelnemers stonden mild en met compassie tegenover mensen met psychische problemen en waren van mening dat er integrale zorg moest worden geleverd in het ziekenhuis.

De gesprekken hebben er ook toe geleid dat de bekendheid van de PCD is toegenomen. Niet alle deelnemers bleken even goed op de hoogte van de werkwijze van de PCD, en vroegen zich af voor welke patiënten de PCD in consult kon worden geroepen. De aanvullende informatie die door de PCD werd verschaft naar aanleiding van de bespreking van de vignetten en video-opnames, werd duidelijk gewaardeerd en leek een proces van bewustwording in gang te hebben gezet.

Psychische problemen in het algemeen ziekenhuis

De vraag naar het vóórkomen van psychische problemen in het ziekenhuis riep vooral in de eerste focusgroep vragen op, want wat zijn psychische problemen? Een medisch specialist: “Je kunt iemand met een depressie en suïcidale uitingen toch niet op een hoop gooien met iemand met een psychose?” Volgens een andere medisch specialist gaat het om “iedereen die in een bepaald opzicht afwijkend is”, waarop een verpleegkundige de doelgroep omschrijft als “iedereen met een psychisch probleem die een specifieke benadering vraagt, dus ook die patiënt met een voorgeschiedenis van depressie bij wie de revalidatie moeizaam verloopt omdat ze bang is om in de stoel te gaan zitten na de operatie.”

Omdat de groep van patiënten met psychische problemen zich moeilijk laat afbakenen, hebben de deelnemers verschillende indrukken over de prevalentie van psychische problemen in het Zuyderland MC. Eén van de medisch specialisten gaf aan weinig ervaring te hebben met de behandeling van “echte psychiatrische patiënten”, maar zag wel veel mensen met angstklachten verband houdend met hun somatische toestand (hartklachten). Anderen gaven aan dat zij regelmatig (dagelijks tot wekelijks) te maken hadden met mensen met psychische problemen. Eén van de verpleegkundigen, werkzaam op een verpleegafdeling: “Ik kom van alles tegen, van agressie tot psychoses.” Eén van de medisch specialisten ziet met name nierpatiënten, waaronder ook veel lithiumpatiënten. Een andere medisch specialist ziet vooral astmapatiënten, “en astma en psychische problemen komen vaak samen voor.” De artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op de SEH zien regelmatig patiënten na een poging tot suïcide of auto-intoxicatie. Op de poli interne geneeskunde ten slotte worden veel patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten gezien: “SOLK-klachten [somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten] zijn toch wel een groot deel van onze poli. Als artsen het niet weten, sturen ze de patiënt door naar de internist. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met chronische vermoeidheid en een hoge lijdensdruk. Of om mensen met fibromyalgie.” Ook patiënten met overmatig alcohol- of drugsgebruik werden in de focusgroepen regelmatig genoemd.

De PCD wordt met name in consult geroepen bij patiënten die in de ogen van verpleegkundigen en artsen ‘lastig’ of ‘niet-coöperatief’ gedrag vertonen: “We zien het meest patiënten in de categorie van persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek, omdat dat heel lastig is om mee om te gaan en grip op te krijgen, ook vanwege het recidiverende karakter.”

(On)gelijke behandeling van patiënten met psychische problemen

Ook de vraag naar het vóórkomen van ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen riep retorische vragen op. Eén van de medisch specialisten: “Je kunt je ongelijk behandeld voelen of je kunt ongelijk behandeld worden. Als ik met een patiënt [met een psychisch probleem] zit die na 20 minuten nog steeds bij mij zit, en ik moet weer door en beëindig het gesprek, heb ik hem dan ongelijk behandeld? Als ik

zo iemand geef wat iedereen krijgt is er in mijn perspectief sprake van gelijke behandeling, maar de patiënt kan dat heel anders ervaren.” Een collega stelt: “Soms maak ik echt wel onderscheid. In de Oostelijke Mijnstreek wonen bijvoorbeeld best veel mensen zonder aanvullende verzekering, die geen fysiotherapie in hun pakket hebben. Dan ben ik terughoudend met een operatie. En dan bij een psychiatrische patiënt met een gebroken heup, een verhoogde valneiging, alcoholabuses en niet therapietrouw, dan heb je mogelijk een explosieve cocktail van vervelende situaties en ben ik niet geneigd tot opereren ... Discrimineer ik dan of lever ik zorg op maat?”

Voor de deelnemers aan de focusgroepen is evident dat zij goede zorg willen leveren aan alle patiënten, dus ook aan patiënten met psychische problemen. Daarvoor is het in de eerste plaats belangrijk om te weten wat er speelt. Vooral tijdens de bespreking van de vignetten wordt duidelijk dat het klinisch redeneren diep in het DNA van de deelnemers zit. Een verpleegkundige: “Eerst moet duidelijk zijn: waar kijk je naar? In het geval van de eerste casus, doe een CT-scan. In het tweede, volg de protocollen. En in het derde: ga het gesprek aan met de patiënt.” De verpleegkundig specialist van de PCD: “Eerst moet duidelijk zijn waar je diagnostisch tegenaan kijkt, als een patiënt met antipsychoticagebruik na een val met zijn mond trekt kan dat neurologisch zijn, maar ook psychiatrisch of een mengbeeld.” Op de SEH heeft men het bieden van integrale zorg hoog in het vaandel: men kijkt standaard naar de psychiatrie naast de somatiek. Echter, de zorg wordt wel geleverd binnen de context van een algemeen ziekenhuis, en dat betekent dat er triage wordt toegepast: “Er staat een professionele club mensen en we hebben oog voor heel de mens. Maar sommige dingen kunnen wachten en andere dingen niet. Uiteindelijk is de somatiek wel leidend. Als een patiënt binnenkomt bij wie psychiatrie op de voorgrond staat en die niet direct somatische zorg nodig heeft, dan komt hij onderaan de lijst. En besteden we aandacht aan het kind in de wachtkamer met een gebroken arm.”

Ook van collega's verwacht men dat zij zich inzetten voor goede zorg. Dat houdt in dat er een goede inschatting en beoordeling wordt gemaakt van de situatie van de patiënt, en dat zij doen wat nodig is: “Als iemand pijn heeft, geef je hem een pijnstillertje. Tenzij er reden is om dat niet te doen.” Van zorgprofessionals mag worden verwacht dat zij zich professioneel opstellen en de geldende richtlijnen en protocollen volgen. Een medisch specialist: “Als je frites wilt scheppen moet je patat gaan bakken in de frituur, maar als je zorg wilt leveren dan moet je gewoon professionele zorg leveren, daar word je voor opgeleid.” De deelnemers benadrukken dat dat meestal overigens ook het geval is: “Ik denk dat we het meestal wel gewoon goed doen” en “Niemand heeft ooit zijn eed afgelegd om vervolgens patiënten in de weg te zitten of het hen moeilijk te maken.”

Ondanks dat van hulpverleners mag worden verwacht dat zij goede zorg leveren, doen zich soms onwenselijke situaties voor. De situaties zoals beschreven in de vignetten en zoals verteld door de patiënt in de video, zijn voor de meeste deelnemers herkenbaar vanuit de praktijk. Een medisch specialist: “Het hangt er kennelijk soms maar net van af wie je als arts of verpleegkundige krijgt.” De SEH-arts erkent dat sommige zorgprofessionals het lastig vinden om met bepaalde patiënten om te gaan, bijvoorbeeld met patiënten die in eerste instantie niet lijken te willen meewerken. “Ja dat gebeurt, en heeft te maken met allerlei factoren, zoals de werkdruk of wat er zich afgespeeld heeft die dag. Dan wordt er wisselend omgegaan met het gedrag van patiënten.” Een van de medisch specialisten stelt zich overwegend neutraal op, en kan geen uitspraak

doen over het vóórkomen van onwenselijke situaties, aangezien hij geen totaalbeeld heeft. Om zich een totaalbeeld te kunnen vormen, zijn verschillende perspectieven nodig op basis waarvan een genuanceerd eindoordeel gevormd kan worden.

In hoeverre komt ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen voor volgens de PCD? “Mijn indruk is dat het heel veel voorkomt. Maar de setting speelt een grote rol. Als iemand [met een GHB-verslaving] bijvoorbeeld aan de dialyse ligt op de dagbehandeling, heb je een veel hogere staat van paraatheid dan wanneer iemand [met de diagnose schizofrenie] rustig op de verpleegafdeling ligt met een infuusje.” Uit dit citaat blijkt dat patiënten die voor onrust en overlast zorgen op de afdeling, vaker worden opgemerkt dan patiënten met meer introvert gedrag, zoals somberheid, achterdocht en angst. Daarnaast speelt ook de deskundigheid van het zorgpersoneel een grote rol bij het signaleren van het vóórkomen van psychische problematiek en het handelen van de hulpverlener.

Ontwarren van de kluwen

De deelnemers aan de focusgroepen zijn het erover eens dat goede intenties van zorgprofessionals uiteindelijk onbedoeld kunnen leiden tot onwenselijke situaties en ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen. Hierbij spelen veel verschillende factoren een rol.

Tijd en werkdruk

In reactie op de vignetten en de videobeelden geven de deelnemers aan dat wat er vaak níet gebeurt in de zorg voor mensen met psychische problemen, is “gewoon het gesprek aangaan.” Een medisch specialist: “Je kunt er gewoon even naast gaan zitten en vragen wat er is gebeurd, dat kost maar 10 minuten hè.” In de praktijk blijkt die tijd er echter vaak niet te zijn. Een collega: “Ik heb geen tijd om op de poli uitgebreid te staan keuvelen, dan gaat de rest mokken en morren, dus dat werkt niet. En ook op de afdeling is iedereen hartstikke druk en dan zitten we ook nog met personeelstekorten.”

Organisatorische veranderingen

De hoge werkdruk wordt in verband gebracht met personeelstekorten, maar ook met alle organisatorische veranderingen die zich de afgelopen jaren in snel tempo hebben afgespeeld. Onder andere is op bepaalde plekken de beddenscapaciteit afgebouwd en is de turnover van patiënten toegenomen. Patiënten worden korter behandeld en de behandeling wordt steeds vaker verplaatst naar de dagopname of naar de patiënt thuis. De afgelopen jaren zijn specialismen van Sittard naar Heerlen verschoven en andersom. Een verpleegkundige: “Je loopt eigenlijk steeds achter de zaken aan, en snapt soms niet waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. Dat leidt dan weer tot klaaggedrag onder collega’s.”

Ook specifiek met betrekking tot de zorg voor patiënten met psychische problemen zijn de afgelopen jaren keuzes gemaakt. Zo is de medisch psychiatrische unit (MPU) in Heerlen verdwenen en is de MPU in Sittard afgebouwd naar 12 bedden. De spoedeisende hulp (SEH), waar ook patiënten na een suïcidepoging worden behandeld, is overgeplaatst naar Heerlen. In Heerlen worden de psychiatrische beoordelingen op de SEH sinds 2024 echter niet langer door de PCD van het Zuyderland MC gedaan, maar door de crisisdienst van Mondriaan ggz. Patiënten moeten daardoor langer wachten op de SEH. Een verpleegkundig specialist van de PCD: “Op de SEH zijn verpleegkundigen soms uren bezig om, samen met de beveiliging, mensen rustig te

houden terwijl ze wachten op crisisbeoordeling vanuit Mondriaan. En dan komen ze en dan mag die patiënt weer naar huis omdat er vanuit de ggz geen gevolg aan wordt gegeven. En daar zijn dan legitieme redenen voor, maar vanuit het perspectief van die verpleegkundigen op de SEH heb je wel uren van je tijd besteed die je ook aan andere patiënten had kunnen besteden. Met de verwachting dat die patiënt in no-time weer retour is. En dat is heel frustrerend.”

De aanwezigheid van een grote MPU in Heerlen is van grote invloed geweest op het denken over patiënten met psychische problemen, en over wat van de algemene gezondheidszorg (agz) is en wat van de ggz. De verpleegkundig specialist van de PCD: “In Heerlen had je destijds een gesloten afdeling, met een afzonderingskamer. De afdeling voldeed aan de hoogste criteria voor een MPU. Maar op die afdeling kwamen ook patiënten terecht waar geen sec psychiatrie speelde.” Een collega vult aan: “Alle auto-intoxen die nu op de interne komen, kwamen vroeger op de MPU. En daar verbleven ze 1 tot 3 dagen, terwijl dat nu 1 tot 3 uur op de interne is.” Het sluiten van de MPU in Heerlen heeft destijds tot een groot gevoel van onveiligheid geleid onder verpleegkundigen: “Onveiligheid in de zin van niet weten hoe te handelen, niet weten waar je aan toe bent, lever ik de goede zorg, krijg ik geen klappen als ik dingen verkeerd zeg, vind ik straks geen patiënt die zichzelf iets heeft aangedaan.” Hoewel veel zorgprofessionals inmiddels gewend zijn aan de nieuwe situatie en de PCD steeds beter weten te vinden, heeft het veel gedaan met de beeldvorming: “Veel verpleegkundigen en ook artsen, zeker die er al langer werken, hebben nog steeds dezelfde beeldvorming als toen. Dat zijn dan degenen die roepen: dat is echt iets voor de psychiatrie. Men denkt dan dat de huidige MPU in Sittard nog steeds een gesloten afdeling is, en dat alle psychiatrische patiënten daar naartoe gaan.”

Ongemak, onmacht en gebrek aan professionaliteit

Ondanks het feit dat medewerkers gebukt gaan onder een hoge tijdsdruk, is het gebrek aan tijd zeker niet de enige oorzaak van het vóórkomen van onwenselijke situaties en ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen. In de vignetten wordt door de verpleging de uitspraak gedaan ‘wij zijn er maar druk mee’. Een verpleegkundige: “Daarmee schuif je dus het probleem weg, je hebt er geen zin in, je kunt het niet, en gooit het op de tijd die je niet hebt. Maar tijd is geen excuus, je hebt je professionaliteit, ook als je geen zin hebt.” Het aangaan van het gesprek met iemand die in de ogen van de verpleegkundigen of artsen ‘lastig’ of ‘niet coöperatief’ gedrag vertoont, wordt door veel zorgprofessionals in het ziekenhuis als moeilijk ervaren. Op de SEH komen bijvoorbeeld regelmatig patiënten na een auto-intoxicatie. Een medisch specialist: “Dan worden er opmerkingen over gemaakt in de trant van ‘daar is ie weer, hij komt iedere maand dit jaar’. Terwijl de vraag is, wat zit erachter hè. Maar die vraag wordt eigenlijk nooit gesteld. We vragen er niet naar omdat het probleem dat erachter zit, meestal niet direct oplosbaar is, het is te groot en te complex. Het maakt hulpverleners onmachtig.”

Medisch model

Ziekenhuispersoneel is opgeleid om complexe situaties snel en adequaat te kunnen beoordelen en vervolgens de juiste interventies toe te passen. Er wordt gedacht en gehandeld vanuit een medisch referentiekader. Bij patiënten met psychische én somatische problemen is het lineaire denken en handelen (als dit, dan dat) echter vaak niet van toepassing. Een verpleegkundig specialist van de PCD: “In de somatiek is overal wel een protocol voor. In de ggz zijn die protocollen er ook, maar moet je veel vaker uitzonderingen

maken. In de somatiek is men ook veel meer actiegericht, terwijl we in de ggz zeggen: voordat we iets kunnen doen, moet de patiënt zelf gemotiveerd zijn. De somatiek snapt vaak niet waarom wij niets doen, maar wij kunnen vaak weinig doen. Verpleegkundigen snappen vaak niet waarom je iemand niet gewoon kunt opnemen.” Voor de PCD betekent dit dat zij een groot deel van hun tijd bezig zijn om uit te leggen waarom zij doen zoals zij doen, en waarom er niet direct ingegrepen of anderszins gehandeld wordt. Met handelen is de patiënt niet altijd gebaat: “Als je iets gaat dóen, krijg je de dynamiek dat de patiënt achterover gaat leunen. Maar je wilt juist dat hij zelf in beweging komt.”

Kennis en opleiding

Gerelateerd aan het denken vanuit een medisch referentiekader, is het gebrek aan kennis over psychische problemen. Sommige zorgprofessionals kunnen worden geplaatst in de categorie van ‘onbewust onbekwaam’. Een verpleegkundig specialist van de PCD: “Ik was laatst in gesprek met een verpleegkundige, die zei: ‘ik snap niet waarom jullie sommige patiënten gewoon naar huis laten gaan [na een poging tot suïcide]. De psychische noodzaak is hartstikke hoog, en toch laten jullie diegenen gaan’. Een goeie verpleegkundige, met echt wel verstand van zaken, maar mijns inziens zo onwetend nog.” Eén van de medisch specialisten voelt zich vaak ‘bewust onbekwaam’ in haar behandeling van mensen met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) zonder aantoonbare medische oorzaak. “Daarvan zegt men dan, het zit tussen de oren, maar daar zit het niet altijd. Daar zijn ook nieuwe psychiatrische inzichten over, en boeken over geschreven, zoals *The Body keeps the score*. Maar daar zijn we gewoon niet voor opgeleid en we hebben daar ook geen tijd voor.”

Professionele houding

Van zorgprofessionals mag een professionele houding verwacht worden. Dat betekent onder andere: het op gepaste en respectvolle wijze reageren op signalen van patiënten, het bieden van adequate zorg en het afstemmen van de omgeving op de behoeften van de patiënt zodat deze zich comfortabel voelt. In de vignetten en videofragmenten leken de betrokken zorgprofessionals op dit punt tekort te schieten. Hoewel sommige deelnemers hun vraagtekens plaatsten bij het waarheidsgehalte van de vignetten en videofragmenten (omdat ze informatie over de context misten of zich gewoonweg niet konden voorstellen dat het er zo in het ziekenhuis aan was toegegaan), hadden anderen geen reden om te twijfelen aan de ervaringen van de patiënten: “Ik denk eerlijk gezegd dat zo’n mevrouw echt niet zomaar verzint dat er op de eerste hulp zoiets in de wandelgangen over haar geroepen is. Kijk, we maken allemaal grapjes, dat is ook ons copingmechanisme, maar doe dat ergens achteraf en niet waar de patiënt je kan horen.” Ook de PCD signaleert regelmatig onprofessioneel gedrag onder zorgprofessionals. De verpleegkundig specialisten maken bijvoorbeeld mee dat er in het bijzijn van de patiënt over hem of haar gesproken wordt. Of dat verpleegkundigen een defensieve of soms ronduit vijandige houding aannemen tegenover hun collega’s van de PCD: “Als je op zo’n afdeling komt, er staat dan al een front van verpleegkundigen dat roept: de patiënt moet hier weg, hij moet naar de MPU, je komt dan al op de gang in conflict en dan moet het gesprek nog beginnen. De tegenoverdracht spát er dan al vanaf.”

Stigmatisering

Vooraf bij ‘lastige’ casuïstiek, zoals appellerend of niet-coöperatief gedrag, alcoholproblematiek, auto-intoxicaties en ALK-achtige problematiek, speelt ook stigmatisering een rol. Een medisch specialist: “Deze

patiënten roepen bij veel medewerkers een zekere antipathie op, een gevoel van ‘ojee dit wordt niet makkelijk’. Er worden dan ook allerlei aannames gedaan, zo van ‘help we weten het niet, dus het zal wel zo zitten’.” Daarbij valt men vaak terug op vooroordelen over psychische problematiek. Een medisch specialist: “Als je zegt dat je kanker hebt, gaat heel Nederland voor je de berg op fietsen, terwijl als je een psychiatrische diagnose hebt, dan gebeurt er iets heel anders, ze gaan in ieder geval niet de berg voor je op fietsen.” Een andere medisch specialist: “Kanker is iets wat je overkomt, een overmaat aan cellen, terwijl psychiatrische ziektes, daaraan kleeft iets heel anders.” De eerste medisch specialist: “Dat is het inderdaad, maar psychiatrische ziekten zijn gewoon hersenziekten. Als je een CVA hebt gehad ben je zielig, maar als je dopaminerge systeem niet goed werkt, zoals bij een bipolaire stoornis, word je als niet volwaardig gezien.” Een verpleegkundige vult aan: “Of als je een trauma hebt meegemaakt.”

Onvolledige dossierinformatie

De dossierinformatie over psychische problematiek is in de focusgroepen een belangrijk onderwerp van het gesprek. Het expliciet beschrijven van psychische problemen en/of een voorgeschiedenis in de ggz of verslavingszorg kan de aandacht van de lichamelijke problematiek afleiden. Een medisch specialist: “Een collega was terughoudend in de behandeling van een patiënt vanwege zijn GHB-gebruik in het verleden, want het feit dat het in het dossier staat, roept iets bij collega-dokters op wat nou, in ieder geval niet in het voordeel is van de patiënt.” Een andere medisch specialist vult aan: “Als ik een patiënt heb bij wie alcoholabuses in de voorgeschiedenis wordt vermeld, en hij geeft aan dat hij maar twee biertjes per dag drinkt, waar hebben we het dan over? Die mensen willen dat er dan ook uit hebben, want niets is stigmatiserender dan dit soort diagnoses. Door stigma’s ga je mensen anders benaderen.” Een collega brengt daar tegenin: “Maar als ik weet dat iemand een voorgeschiedenis heeft van seksueel misbruik, hou ik daar als professional rekening mee en ben ik wel drie keer zo voorzichtig bij het uitvoeren van onderzoek.” De verpleegkundig specialist van de PCD geeft aan dat ongelijke behandeling juist ook het gevolg zou kunnen zijn van het achterwege laten van informatie in het dossier: “Mijn persoonlijke mening is dat zoals we een somatische diagnose in het dossier vermelden, er ook een psychische diagnose moet worden vermeld – mits de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming geeft.” De medisch specialist: “Maar jij gaat daar op een andere manier mee om dan collega’s. En we zitten hier nu net omdat dát juist het probleem is.”

Oplossingsrichtingen

Hoe kan ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC bestreden en voorkómen worden? De oplossingsrichtingen zoals aangedragen in de focusgroepen sluiten aan bij de knelpunten zoals hierboven beschreven.

Aandacht geven en tijd nemen

Volgens de deelnemers is ‘aandacht’ in contact met alle patiënten, dus ook met patiënten met psychische problemen, het sleutelwoord. Patiënten moeten het gevoel hebben dat ze gehoord en gezien worden. Dat heeft deels te maken met professionaliteit en oog voor de gehele mens, maar ook met de factor tijd. De deelnemers verschillen van mening over de mate waarin deze factor beïnvloedbaar is: “Ik heb als arts voor heel veel dingen geen tijd waaraan ik wel aandacht zou willen besteden, maar dat is de moderne gezondheidszorg. We hebben hoogcomplexere zorg te leveren en racen met z’n allen door de dag heen. Dat is een spanningsveld.” Eén van de verpleegkundig specialisten van de PCD plaatst daar tegenover: “Ze zeggen:

dat kost ons 5 of 10 minuten extra om die vragen te stellen, en die tijd hebben we niet. Ergens geloof ik dat wel, want zo'n poli zit helemaal volgepland. En als je iemand dan meer tijd geeft, betekent dat dat anderen moeten wachten, of dat je geen pauze hebt. Maar bij comorbiditeit heb je gewoon meer tijd nodig. Dan moet je een marge inbouwen in je planning." Een medisch specialist bevestigt dat: "Veel van mijn lithiumpatiënten staan op dubbele tijd. Maar dan laat ik ze minder frequent komen. En ik raad hen aan de gesprekken op te nemen, dat scheelt telefoontjes achteraf."

Betere inzet PCD

De deelnemers geven ook aan dat het belangrijk is om, in gevallen waarin je er zelf niet uitkomt, de PCD in te schakelen. Ook wordt het idee geopperd dat de PCD bij voorbaat al bij bepaalde hoogrisico- of kwetsbare patiënten betrokken wordt, vergelijkbaar met de geriatrie. De vertegenwoordigers van de PCD zien zeker de voordelen van een dergelijk werkmodel, omdat zij dan op meer afdelingen en bij meer patiënten (ook degenen die minder opvallen maar wel het risico lopen op ondermaatse zorg) betrokken worden. Positief is men dan ook over de start van een pilot waarbij de PCD bij alle patiënten die lithium of clozapine gebruiken, betrokken zal worden. Echter, voorkómen moet worden dat de PCD 'oneigenlijk' in consult wordt geroepen: "We worden met name in consult geroepen bij mensen die in de ogen van het personeel lastig zijn en een appèl doen op hun tijd en geduld, terwijl als ze drie vragen meer hadden gesteld, was het helemaal niet nodig geweest dat we langs waren gekomen. Het gaat om een stukje aandacht en zorgzaamheid."

De werkdruk van de PCD is hoog, waardoor zij beperkt zijn in hun mogelijkheden. Veel van hun tijd gaat uit naar psycho-educatie van het zorgpersoneel, het geven van uitleg en het bijstellen van beeldvorming, terwijl dit eigenlijk tot de basisuitrusting zou moeten behoren van alle zorgpersoneel. Tijd om deel te nemen aan een multidisciplinair overleg is er meestal niet. Alle niet direct patiëntgebonden activiteiten die zij uitvoeren behoren tot de zogenaamde liaisonactiviteiten die niet worden vergoed, waardoor er een grote druk ligt op de consultatie-activiteiten. Een herbezinning op de positionering en bekostiging van de PCD, die nu onderdeel is van de ggz-poot van het Zuyderland MC terwijl men wordt ingezet binnen de somatische afdelingen, zou helpen.

Daarnaast zou het helpen als men vanuit de PCD een appèl kan doen op een 'flexibele schil': "In het verleden hadden we hier een mobiele MPU, ooit in het leven geroepen na een aantal forse incidenten. Er kwam een ggz-verpleegkundige die kon worden ingezet op somatische afdelingen voor één op één begeleiding, echter daar werd opvallend weinig gebruik van gemaakt. Die pilot is toen gestopt. Maar in andere ziekenhuizen zie je dat alleen de aanwezigheid al van zo iemand voor zoveel gevoel van veiligheid zorgt."

Adequate informatievoorziening

Tijdens de focusgroepen is veel gesproken over de manier waarop informatie over psychische problemen en/of een eventuele voorgeschiedenis in de ggz in het dossier van de patiënt wordt gerapporteerd (of niet). Omdat kennis over de voorgeschiedenis van de patiënt negatieve en eenzijdige beeldvorming in de hand kan werken, zijn sommige zorgprofessionals van mening dat deze informatie niet, of anders objectief in het dossier moet worden beschreven. Anderen, waaronder de vertegenwoordiger van de PCD, vinden dat een beschrijving van het psychisch functioneren in een dossier net zo gewoon zou moeten zijn als een beschrijving van het lichamelijk functioneren – mits de patiënt daarvoor toestemming geeft. Dat vergt echter

van de zorgprofessionals dat ze deze informatie meenemen in hun klinisch redeneren. Daar valt nog veel winst te behalen. Daar komt nog bij: wat voor de één relevant is, denk aan een poging tot suïcide in de voorgeschiedenis bij een patiënt met hartklachten op de SEH, is dat voor de ander (bijvoorbeeld een cardioloog) niet.

Professionele attitude en goede communicatie

Om patiënten passende zorg te kunnen bieden, is goede communicatie het sleutelwoord. Dat geldt dus evengoed voor patiënten met psychische problemen. Het is niet alleen een kwestie van de juiste vragen stellen, maar ook weten hoe je een gesprek moet beëindigen. De vertegenwoordiger van de PCD: “Als je op je horloge gaat kijken, ja dat voelt die patiënt, en dan zit je nog drie keer langer. Je moet daar dus dan toch de tijd voor nemen, en tegelijkertijd afronden. En dat is echt een kunst.” Een medisch specialist: “dat hebben wij natuurlijk niet geleerd, dat leren wij door schande en schaamte, je wordt daar gaandeweg een beetje beter in. Dat is professionaliteit, en de één is daar verder in dan de ander.”

Scholing

Tijdens de gesprekken komt ook het thema scholing aan de orde. Veel van de huidige zorgprofessionals hebben door de jaren heen enigszins geleerd hoe om te gaan met mensen met psychische problemen. Echter, soms is meer nodig. Een teambenadering is dan vaak het beste, zo leert de ervaring van de PCD: “Soms zie je bepaalde dynamieken op een afdeling, bijvoorbeeld als er een aantal patiënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek opgenomen zijn geweest. Dan geef je een stukje uitleg over hechtingsproblematiek, en leert men in de loop van de tijd om er beter mee om te gaan. Maar het leidt vooral ook tot meer begrip voor wat iemand heeft meegemaakt en waarom hij zo geworden is, en zorgt ervoor dat vooral de verpleegkundige discipline wat meer geneigd is om dingen uit te proberen.” Voordeel van een teambenadering is ook dat de cultuur en de onderlinge omgangsvormen op een afdeling ter sprake kunnen komen. Het geven van feedback is niet altijd even makkelijk.

Door scholing kan de professionele attitude van zorgprofessionals worden versterkt. Ook kan scholing eraan bijdragen dat zorgprofessionals zich beter toegerust voelen om met patiënten met psychische problemen om te gaan. Het management en de directie zouden dit moeten faciliteren. Scholing op het gebied van de psychiatrie zou deels door de PCD kunnen worden verzorgd, maar hun capaciteit is te klein om dit binnen het ziekenhuis structureel aan te bieden op alle afdelingen. De medisch specialisten zien ook een rol voor zichzelf weggelegd via supervisie van artsen in opleiding. Daarnaast zou een leermodule over psychiatrie uitkomst kunnen bieden, zowel voor huidig als toekomstig ziekenhuispersoneel.

In scholingsactiviteiten is het van belang om ruimte in te bouwen voor ervaringskennis. Dat kan door ervaringsdeskundigen bij de scholing te betrekken, maar ook door open te zijn over eigen ervaringen met psychische problemen als zorgprofessional. Een verpleegkundig specialist van de PCD: “De PCD is betrokken bij veel scholingsactiviteiten en PCD-medewerkers vertellen dan ook over hun eigen kwetsbaarheden en het proces dat zij zelf hebben doorgemaakt. Dat is heel krachtig.”

Zorg voor elkaar binnen het team

Hoewel scholing zeker helpt om patiënten met psychische problemen beter te begrijpen, blijft de zorg uiteindelijk ‘gewoon’ mensenwerk. De één heeft meer affiniteit met mensen met psychische problemen dan de ander: “De één kan het [appellerend gedrag] makkelijker parkeren dan de ander en heeft ook meer affiniteit. Het hangt ook af van hoe je naar jezelf kijkt. Of je kunt relativiseren, op dat moment objectief kunt kijken en geduld kunt opbrengen.” Daarom is het belangrijk dat er binnen een team oog is voor elkaar en dat je je als team gezamenlijk verantwoordelijk voelt voor alle patiënten die op dat moment aanwezig zijn. Zeker op de SEH is zo’n gezamenlijke teamspirit van groot belang. Een verpleegkundige van de SEH: “We kijken goed naar hoe iedereen in de wedstrijd zit. En op basis daarvan koppelen we mensen. We checken tijdens de dienst maar ook voor de dienst. Dat doen we informeel. Als je weet hoe je collega erbij zit, kun je betere zorg leveren.” En: “In het team spreken we af dat als iemand 100 keer achter elkaar op de bel drukt, we om de beurt gaan. We verdelen de last.”

Naast het informeel bij elkaar ‘inchecken’ is het van belang dat er periodiek ruimte wordt gecreëerd voor casuïstiekbesprekingen of moreel beraad. Dat gebeurt al en wordt ook gefaciliteerd binnen het ziekenhuis, maar in de praktijk maken nog niet alle afdelingen daar (regelmatig) gebruik van. De SEH-arts: “Er is niet altijd een oplossing, maar een moreel beraad kan wel inzicht geven en bewustwording faciliteren. Je kunt pas signaleren als je jezelf regelmatig stil zet en reflecteert.” Ook een collega geeft aan: “Moreel beraad zou inderdaad vaker mogen worden toegepast, het staat nog niet bij iedereen op het netvlies. Het is goed om deze faciliteiten er nog eens uit te lichten bij de teamleiders.”

Samenwerking met de ggz

Belangrijk is dat bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit de ggz snel in consult kan worden geroepen en zo nodig co-behandelaar wordt. Een medisch specialist schetst situaties waarin hij voor moeilijke keuzes wordt gesteld: “Als wij een psychotische patiënt een nieuwe heup moeten geven, en die heup floept er daarna steeds weer uit omdat iemand onrustig is, of minder wilsbekwaam, of niet coöperatief, dan heb ik wel een lastig probleem.” In die gevallen gaat het erom dat er snel en in gezamenlijkheid met andere medisch specialisten en eventueel de familie, een gezamenlijk plan wordt gemaakt. In de praktijk gaat dat soms goed, maar soms ook niet: “Ik merk dat de samenwerking in dit ziekenhuis meestal wel goed gaat, maar dat als ik informatie nodig heb, dat dan wel stroef gaat.” De PCD: “Binnen kantooruren kun je de PCD benaderen, maar daarbuiten is het de dienstdoende psychiater in de regio, en die kan soms lastiger in het dossier en dat levert communicatieproblemen op.” Tegelijk schetst hij een voorbeeld van een goede samenwerking: “Verleden jaar, een patiënt met een bipolaire stoornis en in zorg van de ggz van het Zuyderland MC, woonde drie hoog, was bekend met alcoholabuses en veel psychofarmacagebruik, daar speelde toen heel erg de afweging opereren of niet. Hij is toen geopereerd en dat is in de afstemming tussen eigen behandelteam, PCD en verpleegkundigen van de somatische afdeling heel goed gegaan.”

5.3. Conclusies

De focusgroepen hebben ertoe geleid dat er een gesprek op gang is gebracht tussen zorgprofessionals over (on)gelijke behandeling van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. Ervaringen, werkwijzen en zienswijzen werden uitgewisseld, waardoor er reflectie heeft plaatsgevonden op het eigen

handelen en een proces van bewustwording in gang is gezet. Door deelname van een verpleegkundig specialist van de PCD aan de eerste focusgroep is ook de bekendheid van de PCD toegenomen.

De deelnemers aan de focusgroepen hebben verschillende indrukken over de omvang van de groep van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. In de praktijk wordt de PCD vooral ingeschakeld bij patiënten die overlast veroorzaken en/of niet-coöperatief gedrag vertonen - al dan niet verband houdend met een actueel psychisch of verslavingsprobleem. Ook over het vóórkomen van stigmatisering en ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen wordt verschillend gedacht. Wel is voor alle deelnemers evident dat waar mensen werken, fouten worden gemaakt – zo ook in de zorg voor patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. Hoewel de hoge werkdruk en de snelle organisatorische veranderingen hierbij zeker een rol spelen, is er volgens de deelnemers aan de focusgroepen meer aan de hand in gevallen waarin er sprake is van ongelijke behandeling. Een deel van de collega's voelt zich onmachtig, handelingsverlegen en/of gefrustreerd, en vindt de zorg voor mensen met psychische problemen een taak van de ggz. De deelnemers aan de focusgroepen vinden dat kennis en opleiding van zorgprofessionals in de somatische zorg tekortschieten waardoor de zorg voor mensen met psychische problemen als ingewikkeld en lastig wordt ervaren. Dit kan zich dan bij sommigen uiten in minder respectvol en professioneel gedrag.

Om patiënten met psychische problemen betere zorg te bieden is 'aandacht' het sleutelwoord. Zoals de verpleegkundig specialist van de PCD verwoordt: "Wat kost het je nou om drie vragen extra te stellen?." Daarvoor is nodig dat zorgprofessionals zich meer bewust worden van hun professionele attitude (of het gebrek daaraan) en beschikken over basisvaardigheden om het gesprek met patiënten met actuele psychische problemen en/of een voorgeschiedenis in de ggz of verslavingszorg aan te gaan. Scholing, waarin ruimte is ingebouwd voor ervaringskennis, is daarvoor noodzakelijk. Wanneer artsen en verpleegkundigen beter zijn toegerust om zorg en behandeling te bieden aan patiënten met 'niet-coöperatief gedrag' zou de PCD meer tijd hebben voor de patiënten bij wie écht psychiatrische consultatie nodig is, waaronder patiënten met psychofarmacagebruik (antipsychotica, stemmingsstabilisatoren). Daarnaast is van belang: zorg voor veiligheid en elkaar binnen het team, investeren in een goede samenwerking met de ggz en verslavingszorg en adequate dossierinformatie.

6. Observaties van de psychiatrisch consultatieve dienst (PCD)

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de door de PCD ingevulde observatieformulieren. De informatie uit de gesprekken en interviews met de PCD is in hoofdstuk 5 verwerkt.

6.1. Methode

Vanaf de start van het empirisch deel van het onderzoek hebben regelmatig afstemmingsgesprekken plaatsgevonden met de verpleegkundig specialisten van de PCD en hun teamleider. In eerste instantie waren deze gesprekken vooral bedoeld om de voortgang van de werving van patiënten te bespreken. Gedurende het onderzoek werd echter duidelijk dat de werving via de PCD niet binnen afzienbare tijd zou leiden tot het gewenste resultaat. Hierbij speelden verschillende factoren een rol. Een aantal patiënten viel af omdat zij zelf geen ongelijke behandeling hadden ervaren, ambivalent of afwijzend stonden tegenover deelname aan een interview, of nog te ziek waren en bijvoorbeeld op de intensive care (IC) verbleven. Ook was de werkdruk binnen de PCD hoog, waardoor de verpleegkundig specialisten meestal nauwelijks tijd hadden gehad om te reflecteren op hun caseload en na te gaan welke patiënten eventueel geschikt zouden zijn voor een interview. In de beschouwing van onze onderzoeksmethoden (hoofdstuk 7) staan we hier nog uitgebreider bij stil.

Om de onderzoeksvragen toch te kunnen beantwoorden, is in januari 2025 in overleg met de PCD en het adviesteam en na afstemming met de METC van het Zuyderland MC, besloten tot een aanvullende manier van dataverzameling over informatierijke cases, namelijk via observaties en registraties van de PCD.

In overleg met de experts uit het adviesteam, onder wie ook een ervaringsdeskundige, werd het eerdergenoemde raamwerk van Perry et al. (2020) naar het Nederlands vertaald en verwerkt tot een observatie- en registratieformulier (bijlage 5). Het was bedoeld als een hulpmiddel voor de medewerkers van de PCD, zodat zij snel en eenvoudig konden bijhouden welke vormen en eventuele combinaties van (on)gelijke behandeling zij in de praktijk signaleerden. Op het formulier was ook ruimte voor het aanvinken van positieve vormen van bejegening die zij in de praktijk hadden waargenomen. Het formulier was voorzien van een uitgebreidere uitleg over de verschillende uitingsvormen van stigmatisering.

Helaas bleek ook het (dagelijks) bijhouden van deze formulieren in de praktijk niet haalbaar vanwege de hoge werkdruk. Om de medewerkers van de PCD te faciliteren werd daarom besloten tot wekelijks kort overleg tussen de onderzoekers en de medewerkers van de PCD. Deze overleggen gaven de verpleegkundig specialisten (enige) ruimte om gezamenlijk te reflecteren op hun caseload van de voorgaande week. Dit heeft uiteindelijk geleid tot 8 ingevulde observatieformulieren. De resultaten worden hieronder kort besproken en moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat er geen sprake is geweest van aselecte steekproeftrekking.

6.2. Resultaten observatie- en registratieformulieren PCD

Op de 8 observatieformulieren zijn 22 vormen van stigmatisering geregistreerd en 6 positieve tegenhangers, zie tabel 1. De meeste vormen van stigmatisering hebben te maken met houding en professioneel gedrag, tot uiting komend in het niet serieus nemen van patiënten, hen minderwaardig of denigrerend te behandelen (devaluatie), een afwijzende houding (sociale controle), het afstandelijk benaderen van patiënten of het reageren met frustratie (en niet handelen). In de toelichting gaven de medewerkers van de PCD aan dat zij zorgprofessionals denigrerende opmerkingen hadden horen maken of dat zij zich met cynisme hadden uitgelaten over de mogelijkheid tot herstel van patiënten met psychische problemen. In de casussen waarover de PCD een observatieformulier had ingevuld, bleek dat kleine aanpassingen in het maken van contact met de patiënt, zoals het communiceren op gelijke ooghoogte, en het wegnemen van (geluid)prikkels, vaak al veel verschil uit zou hebben gemaakt.

We vroegen de PCD ook om een aantal voorbeelden van goede zorg te registreren. Hierbij werd een casus genoemd bij wie een arts de PCD had gevraagd om mee te denken over medicamenteus en niet-medicamenteus behandelbeleid, niet om van zijn 'lastige' gedrag af te zijn, maar om zijn comfort te verbeteren. Een tweede positief voorbeeld van – in de ogen van de PCD - goede zorg was dat zij hadden gezien dat medewerkers van een afdeling elkaar aanspraken op opmerkingen en met elkaar in gesprek gingen over wat het gedrag van bepaalde patiënten met hen zélf deed.

Tabel 1: Resultaten observatieformulieren gebaseerd op framework van Perry et al. (2020)

	Devaluatie	Sociale Controle	Vermijding	Afwijzing	Nalaten te handelen
Negatief					
Sociaal oordeel				1	1
Houding	5	3	4	1	1
Professioneel gedrag	2		1		
Organisatorisch gedrag	1		2		
Positief					
Positieve behandeling	2	2			2

6.3. Conclusie

De bevindingen laten zien dat het framework concrete handvatten biedt om stigmatisering te herkennen in de praktijk, ook wanneer patiënten en zorgprofessionals dit zelf niet aankaarten. Daarnaast zijn de bevindingen, met inachtneming van het exploratieve en selectieve karakter van de data, indicatief voor het breder voorkomen van stigmatisering en ongelijk behandeling van patiënten met psychische problemen. Daarnaast werden ook voorbeelden van destigmatiserend handelen door zorgprofessionals waargenomen. De ingevulde observatie- en registratieformulieren op basis van het raamwerk van Perry et al. (2020) bevestigen daarmee de beelden zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken.

7. Conclusies, beschouwingen en aanbevelingen

7.1. Conclusies

Kenniscentrum Phrenos en Hogeschool Utrecht voerden in opdracht van het Zuyderland MC een verkennend onderzoek uit naar (on)gelijke behandeling en stigmatisering van patiënten met psychische problemen binnen het Zuyderland MC. Hierbij waren vier onderzoeksvragen leidend. Tijdens het onderzoek is informatie uit de literatuur samengebracht met informatie uit interviews met ex-patiënten, observaties van en interviews met de PCD en focusgroepen met artsen en verpleegkundigen. In dit hoofdstuk worden de eerste drie onderzoeksvragen beantwoord (7.1), gevolgd door een beschouwing op de resultaten (7.2). Op basis van de beschouwing wordt een antwoord geformuleerd op de vierde onderzoeksvraag en adviseren we de directie van het Zuyderland MC over vervolgstappen en verbeteractiviteiten (7.3).

Onderzoeksvraag 1: Wat is er in de literatuur bekend over de aard en omvang van stigmatisering en ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen in het algemeen ziekenhuis?

Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering op basis van psychische problemen een hardnekkig, complex en grotendeels onbewust probleem is dat ook in ziekenhuizen voorkomt. Het is daarmee ook een probleem dat zich niet alleen voordoet in het Zuyderland MC, maar ook in andere ziekenhuizen een probleem is. De omvang van het probleem laat zich moeilijk kwantificeren, in kwalitatieve studies wordt duidelijk dat zorgprofessionals ervaren dat het regelmatig voorkomt. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut (Van Erp et al., 2019) onder zorggebruikers van de ggz blijkt dat maar liefst drie kwart van hen de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met stigmatisering in het algemeen. In ziekenhuizen is dit een extra urgent probleem door het fenomeen van ‘diagnostic overshadowing’, waarbij lichamelijke problemen ten onrechte worden toegeschreven aan psychische problemen. Dit kan leiden tot vertraging in, of het missen van, diagnostiek en behandeling van somatische problemen. Het raamwerk van Perry et al. (2020), gebaseerd op stigmatisering in de spoedzorg, onderscheidt vijf patronen en lijkt een volledig beeld te schetsen van de uitingsvormen van stigmatisering in het algemeen ziekenhuis.

Onderzoeksvraag 2: Welke richtlijnen en handvatten zijn beschikbaar om stigmatisering en ongelijke behandeling van mensen met psychische problemen in de (algemene) gezondheidszorg tegen te gaan?

Aangezien stigmatisering en discriminatie van patiënten met psychische problemen in de somatische zorg tot dusver weinig aandacht heeft gekregen, zijn er specifiek met betrekking tot het algemeen ziekenhuis weinig handvatten ontwikkeld om dit tegen te gaan. Wel is er de laatste jaren toenemende aandacht voor de verbetering van zorg aan psychisch ontregelde patiënten in de acute zorg, waaronder ook patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis na een suïcidepoging. Daarnaast zijn er vanuit de zorgstandaarden destigmatisering en ziekenhuispsychiatrie en vanuit het programma Samen Sterk Zonder Stigma (2011-2021) diverse handvatten en instrumenten ontwikkeld die tevens toepasbaar zijn binnen de context van het

algemeen ziekenhuis. Aan de basis van deze zorgprogramma's en tools ligt het maken van oprecht contact met de patiënt, het creëren van een veilige omgeving en het betrekken van de patiënt bij de diagnostiek en behandeling. Zorgprofessionals dienen zich bewust te zijn van hun vooroordelen en terughoudend te zijn met het gebruik van psychiatrische diagnoses. Organisaties in de (somatische) zorg kunnen stigmatisering en discriminatie van patiënten met psychische problemen verminderen door destigmatisering structureel onderdeel te maken van het kwaliteitsbeleid, hieraan op alle niveaus van de organisatie aandacht te besteden en te investeren in bewustwording en deskundigheidsbevordering van hun personeel. Het feit dat er naar schatting bij 25% van de patiënten in het ziekenhuis sprake is van complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (AKWA, 2017), onderstreept de relevantie hiervan.

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de ervaringen van (ex) patiënten met psychische problemen en zorgprofessionals van het Zuyderland MC met (on)gelijke behandeling in de zorg voor patiënten op somatische zorgafdelingen?

Uit interviews met twee patiënten bleek dat zij op meerdere manieren en herhaaldelijk ongelijke behandeling op basis van hun psychische problemen hebben ervaren tijdens hun verblijf in het Zuyderland MC. Patiënten werden geconfronteerd met kwetsende opmerkingen van artsen en verpleegkundigen, en werden vermeden of genegeerd. Ook voelden zij zich regelmatig niet begrepen en niet serieus genomen, en ondergingen zij handelingen en procedures die niet afgestemd waren op hun behoeften. Deze ervaringen hadden een grote impact op de geïnterviewden, en hebben hun fysieke en mentale herstel geen goed gedaan. Beide patiënten konden desalniettemin ook een aantal situaties schetsen waarin zij zich wél goed behandeld hebben gevoeld. Hun belangrijkste aanbeveling is dat alle patiënten – ongeacht hun mentale conditie – zich in het ziekenhuis gehoord, begrepen en serieus genomen zouden moeten voelen en dat zij ten alle tijde door medisch zorgprofessionals in hun waarde worden gelaten.

De focusgroepen met de artsen en verpleegkundigen hebben ertoe geleid dat er een onderling gesprek op gang is gebracht over (on)gelijke behandeling van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. Ervaringen, werkwijzen en zienswijzen werden uitgewisseld, waardoor er een proces van reflectie en bewustwording in gang is gezet. Zowel over de prevalentie van psychische problemen in het ziekenhuis als over het vóórkomen van stigmatisering en ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen werd verschillend gedacht. Wel was voor alle deelnemers evident dat waar mensen werken, fouten worden gemaakt – zo ook in de zorg voor patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. Hoewel de hoge werkdruk en de snelle organisatorische veranderingen hierbij volgens de deelnemers aan de focusgroepen zeker een rol spelen, benoemden zij ook andere factoren die (onbedoeld) tot ongelijke behandeling kunnen leiden. Collega-zorgprofessionals voelen zich (soms of vaak) onmachtig, handelingsverlegen en/of gefrustreerd, en vinden de zorg voor mensen met psychische problemen een taak van de ggz. Kennis en opleiding van zorgprofessionals schieten volgens de deelnemers aan de focusgroepen nogal eens tekort waardoor de zorg voor mensen met psychische problemen als ingewikkeld en lastig wordt ervaren. Dit uit zich dan bij sommige collega's in disrespectvol en niet-professioneel gedrag. Om patiënten met psychische problemen betere zorg te bieden is 'aandacht' volgens hen het sleutelwoord. Daarvoor is nodig dat zorgprofessionals zich meer bewust worden van hun professionele attitude (of het gebrek

daaraan) en beschikken over basisvaardigheden om het gesprek met patiënten met actuele psychische problemen en/of een voorgeschiedenis in de ggz of verslavingszorg aan te gaan. Scholing, liefst (ook) door ervaringsdeskundigen, is daarvoor de basis. Wanneer artsen en verpleegkundigen beter zijn toegerust om zorg en behandeling te bieden aan patiënten met 'niet-coöperatief gedrag' zou de PCD vervolgens meer tijd hebben voor patiënten bij wie écht psychiatrische consultatie nodig is, zoals patiënten met psychofarmacagebruik (antipsychotica, stemmingsstabilisatoren). Daarnaast is van belang dat er binnen alle teams aandacht en zorg is voor sociale veiligheid, welbevinden en samenwerking, dat er vanuit het management van het ziekenhuis wordt geïnvesteerd in een goede samenwerking met de ggz en verslavingszorg en dat er ziekenhuis-breed afspraken worden gemaakt over de inhoud en toegankelijkheid van dossierinformatie.

7.2. Beschouwing

Stigmatisering van patiënten met psychische problemen is een veelvormig, complex en niet eenvoudig op te lossen probleem (Van Erp et al., 2019). Tijdens de uitvoering van dit project hebben we als onderzoekers ervaren dat (dus) ook het onderzoeken van dit probleem geenszins eenvoudig is. Gedurende ons onderzoek zijn we voor verschillende uitdagingen gesteld. Ten eerste bleek dat de manier waarop we met patiënten in contact wilden komen, namelijk via de PCD, niet (op korte termijn) tot het gewenste aantal kandidaten leidde. Tegelijkertijd kwam uit literatuuronderzoek naar voren dat stigmatisering van patiënten met psychische problemen veelvuldig voorkomt. Ook gaven de verpleegkundig specialisten van de PCD aan dat zij in hun dagelijkse praktijk regelmatig geconfronteerd worden met situaties waarin patiënten die - vanwege hun psychische problemen - niet de behandeling, zorg en begeleiding kregen die nodig was.

Een eerste verklaring voor de moeizame werving van patiënten is dat de slechte conditie waarin sommige patiënten verkeerden, deelname aan het onderzoek belemmerde. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan patiënten die waren opgenomen met hevige ontwenningsverschijnselen van GHB of alcohol, patiënten die op de IC verbleven, of patiënten in de terminale fase. Hoewel deze patiënten voldeden aan de inclusiecriteria voor een interview, was een interview met hen niet mogelijk en zijn zij dus niet benaderd voor deelname. Ook voor een aantal patiënten bij wie 'de psychiatrie' op de voorgrond stond, bleek deelname aan een interview lastig. Eén patiënt toonde zich in eerste instantie bereid tot deelname aan het onderzoek, echter na een aantal herhaaldelijke pogingen van de onderzoekers kwam de afspraak voor een interview niet tot stand.

Een tweede reden waarom de werving van patiënten moeizaam op gang kwam, heeft mogelijk te maken met de timing van de geplande interviews: niet alle patiënten zijn tijdens of kort na een opname in het ziekenhuis in staat om actief mee te doen aan een online interview, te reflecteren op mogelijke situaties van ongelijke behandeling en coherent hun ervaringen te delen. Zoals voor veel ingrijpende gebeurtenissen geldt, hebben mensen (dus ook mensen met psychische problemen) tijd nodig om hun ervaringen te verwerken, daarop te reflecteren en daarvan te herstellen. Dit kwam tijdens de interviews met de beide patiënten ook duidelijk naar voren. Voor beide patiënten bleek het weer ophalen van en vertellen over hun pijnlijke ervaringen met stigmatisering in het ziekenhuis, emotioneel zwaar. In ons onderzoek hebben we gemerkt dat de

aanwezigheid van een derde (een begeleider vanuit de ggz) een belangrijke rol heeft gespeeld in het tot stand komen en afnemen van een interview.

Een derde verklaring ligt in het verlengde van de voorgaande en sluit aan op de observatie van de verpleegkundig specialisten van de PCD dat niet alle patiënten (met psychische problemen) zich bewust zijn van stigmatisering en ongelijke behandeling. Er kan dan sprake zijn van geïnternaliseerd stigma (Livingston & Boyd, 2010), waarbij iemand het stigma uit de maatschappij incorporeert in de eigen identiteit en gaat geloven in het beeld dat anderen (waaronder zorgprofessionals) van hem of haar hebben. Dit kan grote negatieve gevolgen hebben voor iemands zelfbeeld en zijn/haar vermogen om situaties of voorvallen vanuit eigen perspectief te bezien en te duiden. Het gevolg hiervan is dat mensen met psychische problemen situaties van ongelijke behandeling minder goed herkennen, bagatelliseren of minder snel durven te adresseren. Een derde perspectief, zoals dat van een naaste of een medewerker van de PCD, kan dan nodig zijn om stigmatisering te herkennen wanneer de patiënt en zorgprofessionals zich er niet bewust van zijn of het niet bespreekbaar maken.

Een vierde factor die waarschijnlijk parten heeft gespeeld bij de lastige werving van patiënten was de hoge werkdruk onder de verpleegkundig specialisten van de PCD. Tijdens onze frequente afstemmingsgesprekken met de PCD bleek dat de tijd voor reflectie op hun caseload zeer beperkt was en dat zij erg in beslag werden genomen door de dagelijkse hectiek van het werken in een ziekenhuis. Het kwam regelmatig voor dat zij aangaven geen tijd te hebben gehad voor het in gezamenlijkheid selecteren van geschikte patiënten voor het onderzoek, aangezien zij in de dagen daarvoor te maken hadden gehad met acute casussen die geen uitstel konden verdragen (beoordelen van suïcidaliteit, beoordelen van wils(on)bekwaamheid, consultatie bij 'niet-coöperatieve' patiënten) en een beperkte personele inzet.

De andere uitdaging die we hier willen benoemen heeft betrekking op de focusgroepen met artsen en verpleegkundigen. Beide bijeenkomsten deden veel gespreksstof, maar ook de nodige emoties oplaaien. Vooral de videofragmenten van het interview met één van de twee patiënten leidde bij een aantal deelnemers tot ongeloof en verontwaardiging over het handelen van hun collega's. Een aantal deelnemers voelde zich door de interviewfragmenten ook in het defensief gedrongen, en sprak zijn/haar twijfels uit over het waarheidsgehalte van de ervaringen van de betreffende patiënt. Dit leidde binnen de focusgroepen vervolgens tot een discussie over de definitie van stigmatisering en ongelijke behandeling, en tot de gezamenlijke constatering dat wat als gelijk of ongelijk ervaren wordt, niet objectief en volgens de wetten van de wetenschap kan worden vastgesteld. Wat als gelijk of ongelijk wordt ervaren hangt af van het perspectief van waaruit gekeken wordt. Verschillende perspectieven sluiten elkaar niet uit, maar vullen elkaar aan. Een gezamenlijke conclusie was ook dat het er uiteindelijk om gaat dat patiënten, ongeacht hun psychische gezondheid, zich gehoord en gezien voelen, dat de behandeling en zorg wordt afgestemd op individuele behoeften en dat er in gezamenlijkheid beslissingen worden genomen over de behandeling. Deze collectieve intenties van de deelnemers, die – zo werd benadrukt tijdens de focusgroepen - overigens verankerd zijn in de beroepscode van artsen en verpleegkundigen, sloten daarmee aan op de wensen en behoeften van de geïnterviewde patiënten.

Alles overziende bleek het uitvoeren van dit onderzoek geen sinecure, ook vanwege de beperkte tijd en middelen. Toch heeft het waardevolle resultaten opgeleverd. Het onderzoek heeft recht gedaan aan verschillende perspectieven en heeft duidelijk gemaakt dat stigmatisering en ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen een serieus probleem is. Het is aannemelijk te veronderstellen dat deze uitkomst niet alleen geldt voor het Zuyderland MC, maar tevens van toepassing is op andere ziekenhuizen in Nederland.

7.3. Aanbevelingen

In deze paragraaf formuleren we op basis van de inzichten die we hebben opgedaan een aantal aanbevelingen voor het Zuyderland MC. We geven daarmee antwoord op de vierde en laatste vraag van dit onderzoek:

Onderzoeksvraag 4: Welke vervolgstappen en/of verbeteractiviteiten vloeien voort uit de antwoorden op bovenstaande vragen? Op welke manier kan het Zuyderland MC de gelijke behandeling en bejegening van mensen met psychische problemen bevorderen?

Zoals we in de vorige paragraaf hebben geconstateerd is stigmatisering en ongelijke behandeling van patiënten in het Zuyderland MC, en vermoedelijk ook andere algemene ziekenhuizen, een serieus probleem. Op basis van de voor dit rapport verzamelende inzichten van (ex)patiënten en zorgprofessionals en de literatuur concluderen we dat het bestrijden en verminderen van stigmatisering en ongelijke behandeling – en daarmee dus het verbeteren van de zorg voor mensen met psychische problemen – binnen het ziekenhuis serieuze aandacht verdient op alle niveaus van de organisatie: op uitvoerend niveau, team- en afdelingsniveau, directieniveau en bestuursniveau. Het ziekenhuis heeft inmiddels contact gelegd met het lerend netwerk 113 hetgeen we van harte ondersteunen.

De belangrijkste uitdaging die wij identificeren voor het Zuyderland MC is het faciliteren van passende en constructieve beeldvorming bij haar zorgprofessionals over mensen met psychische problemen. Dit is binnen de muren van het algemeen ziekenhuis van extra belang omdat zorgprofessionals in de verpleegkundige en medische praktijk een selectief beeld krijgen van deze mensen, omdat zij hen met name zien wanneer psychische problemen duidelijk zichtbaar zijn en de vraag om hulp sterk is, terwijl het herstel zich vaak buiten de muren van het ziekenhuis voltrekt. Onjuiste beeldvorming of stereotypering van deze patiënten in het algemeen ziekenhuis kan leiden tot het onvoldoende of niet serieus nemen van lichamelijke klachten of diagnostic overshadowing, wat tijdige diagnostiek en behandeling van lichamelijke klachten kan verhinderen. Daarnaast kan dit leiden tot negatieve interacties en zorgervaringen zoals weergegeven in de interview met (ex-)patiënten Sarah en Irene.

De belangrijkste manier om beeldvorming ten goede te beïnvloeden is door **zorgprofessionals in contact te brengen met mensen met psychische problemen, of hun verhalen, wanneer iemand weer hersteld is van de ziekenhuisopname en de gebeurtenissen daaromheen** (Henderson et al., 2014; WHO, 2024). Het moet daarbij gaan om contact dat zorgprofessionals inzicht geeft in de menselijkheid achter en voorbij het psychische probleem en waarin de mogelijkheid van herstel wordt benadrukt. Of zoals Sarah haar

belangrijkste aanbeveling aan de artsen en verpleegkundigen van het Zuyderland MC verwoordde: “het psychische niet zo op de voorgrond zetten, serieus genomen worden en de mens in zijn eigen waarde laten zoals ie is”. We zagen in ons onderzoek dat verschillende perspectieven (patiënten, zorgprofessionals, PCD, begeleiders) elkaar aanvullen in het zichtbaar maken van stigmatisering. Om concreet vorm te geven welk contact nodig is om beeldvorming over mensen met psychische problemen te verbeteren in het Zuyderland MC zijn al deze perspectieven nodig. We bevelen daarom aan om een projectgroep samen te stellen, met daarin een vertegenwoordiging van ervaringsdeskundigen, artsen, verpleegkundigen en een derde perspectief, zoals naasten of medewerkers van de PCD. Zij zullen samen verder moeten uitwerken hoe dit contact kan worden vormgegeven op zo’n manier dat het recht doet aan de ervaringen van mensen met psychische problemen én op een manier die past binnen de context van het Zuyderland MC. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het organiseren van momenten waarop ex-patiënten terugkomen naar de afdeling om in gesprek te gaan, lezingen door ex-patiënten of video’s waarin ex-patiënten hun verhaal doen.

Uit ons onderzoek is gebleken dat niet alle zorgprofessionals zich voldoende bekwaam voelen in het omgaan met patiënten met psychische problemen. Het is daarvoor belangrijk om, naast somatische expertise, een sensitiviteit te ontwikkelen voor psychische problemen, de menselijkheid erachter en de specifieke zorgbehoeften die ermee gepaard kunnen gaan. Het verzachten van de stereotyperingen is een eerste stap in het verminderen van handelingsverlegenheid onder zorgprofessionals, waardoor de drempel om het contact aan te gaan met patiënten met psychische problemen lager wordt. Van groot belang is daarbij ook dat zorgprofessionals zich **voldoende gesteund voelen** door hun collega’s, leidinggevendenden en de organisatie. Zorgprofessionals moeten zich **voldoende veilig voelen** om hun onzekerheid, ongemak of frustratie in patiëntsituaties te delen, en daarbij hulp te vragen. Op de afdeling en binnen het team moet er een klimaat heersen waarin collega’s elkaar steunen en van opbouwende feedback voorzien, en waarin patiëntsituaties die herhaaldelijk voorkomen en/of van invloed zijn op het welbevinden en functioneren van collega’s, de aandacht krijgen die nodig is. **De verandering in beeldvorming zal daarom gepaard moeten gaan met structurele reflectie op hoe er in het ziekenhuis wordt omgegaan met mensen met psychische problemen, waarbij ook aandacht is voor steun en veiligheid in teams.** Door op alle lagen en op alle afdelingen van het ziekenhuis structureel op een open en toegankelijke manier over psychische problemen in gesprek te gaan, leren artsen en verpleegkundigen te reflecteren op hun houding en gedrag, en indien gepast hun eigen ervaringen in te zetten. Bewustwording van eigen attitudes en denkbeelden, maar ook van de manier waarop deze zich verhouden tot de organisatiecultuur, de normen en waarden van de beroepsgroep en de algemeen geldende normen en waarden, is een voorwaarde voor professionele ontwikkeling en inclusieve zorg. Om dit soort professionele reflectie en collegiale steun te borgen binnen het Zuyderland MC is structurele facilitering vanuit de organisatie uiteraard van belang. Bestaande vormen hiervan, zoals moreel beraad, intervisie, casuïstiekbesprekingen en ‘bedside teaching’ worden verstevigd vaker en/of meer gericht worden ingezet op het omgaan met patiënten met psychische problemen.

In dit onderzoek hebben we de brede definitie van ‘psychische problemen’ gehanteerd. We doelen zowel op mensen met een verleden van behandeling in de ggz of verslavingszorg, als op mensen die zichtbaar ontregeld, in de war of angstig zijn, en ook op mensen die zich (ogenschijnlijk) ‘niet-coöperatief’ opstellen of ‘lastig’ gedrag vertonen. Hevige pijn hebben, een operatie moeten ondergaan, opgenomen worden na een ernstig incident (of dat nu auto-intoxicatie, een val of een ongeluk is geweest) een (onttrekkings)delier

hebben, al deze gebeurtenissen kunnen grote impact hebben op mensen en leiden tot ernstige ontregeling. Bij sommige patiënten ging daar ook al ernstige psychische ontregeling en psychisch lijden aan vooraf. Mensen met psychische problemen kunnen extra kwetsbaar zijn voor lichamelijke ontregeling en somatische ziektes, al dan niet vanwege psychofarmacagebruik. Ook kunnen psychische aandoeningen verergerd worden door lichamelijke ziektes en vice versa, en kunnen nare ervaringen en emoties vanuit het verleden door opname in een ziekenhuis weer getriggerd worden. Van alle artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis mag worden verondersteld dat zij de best mogelijke zorg leveren en daarbij **zo goed mogelijk aansluiten bij wat de patiënt nodig heeft, ook als dat niet op voorhand evident is of als een patiënt dat niet goed kan aangeven of verwoorden**. Alle patiënten, dus ook patiënten met (een grote variatie aan) psychische problemen, moeten goede informatie krijgen, moeten betrokken worden bij hun behandeling en mogen een respectvolle bejegening en professionele zorg en behandeling verwachten. Passende zorg ontstaat wanneer zorgprofessionals in hun klinisch redeneren ook sensitiviteit integreren voor psychische problemen en daaraan gerelateerde behoeften.

Van het Zuyderland MC mag worden verwacht dat het **structurele deskundigheidsbevordering biedt op het gebied van (het omgaan met) psychische problemen**. Zoals van ggz-personeel mag worden verondersteld dat zij beschikken over basiskennis van de somatiek, geldt het omgekeerde ook. Vanzelfsprekend zou educatie over het ontstaan, het vóórkomen en het behandelen van psychische problemen hiervan deel uit moeten maken. Als zorgprofessionals beter leren kijken wat er mogelijk schuilgaat achter ‘lastig’ of ‘niet-coöperatief’ gedrag en door zonder vooroordelen te observeren zal het makkelijker worden om patiënten met psychische problemen gelijkwaardig te behandelen. Het lijkt raadzaam om binnen Zuyderland MC hernieuwd het gesprek te voeren over welke zorgvragen de PCD daarnaast zou moeten oppakken.

In de focusgroepen zijn door artsen en verpleegkundigen verschillende aanbevelingen gedaan die de organisatie van de zorg betreffen. Hier volstaan we met hun advies om de samenwerking met de ggz-partners en de verslavingszorg te evalueren en waar nodig te verbeteren. Dat geldt in ieder geval voor de beschikbaarheid van de PCD en/of ggz buiten kantooruren en in de weekenden. Ook vinden zij het van belang dat er binnen het ziekenhuis en met samenwerkingspartners goede afspraken worden gemaakt over het delen en de toegankelijkheid van medische dossierinformatie, ook met betrekking tot de mentale status en evt. relevante psychiatrische voorgeschiedenis van patiënten. Patiënten waarschuwen er in de interviews juist voor dat informatie in het dossier over hun psychiatrische voorgeschiedenis een negatieve invloed kan hebben op hoe zij bejegend worden en dat het bespreken van gebeurtenissen uit het verleden een ontregeld effect kan hebben. Onze aanbeveling is daarom om eerst te investeren in passende beeldvorming over psychische problemen. Wanneer wordt heroverwogen welke informatie voor wie beschikbaar wordt gemaakt, bevelen wij aan om naast zorgprofessionals ook ervaringsdeskundigen te betrekken in het proces.

Samenvattend bevelen we aan om een projectgroep samen te stellen met daarin ervaringsdeskundigen, artsen, verpleegkundigen en mensen met een derde perspectief zoals medewerkers van de PCD of naasten. Deze projectgroep heeft als belangrijkste opdracht om zorgprofessionals op zo’n manier in contact te brengen met mensen met psychische problemen dat negatieve beelden structureel worden ontkracht en gelijkwaardigheid ontstaat. Deze verandering van beeldvorming moet verder gepaard gaan met structurele professionele reflectie op de zorg voor mensen met psychische problemen en intercollegiale steun bij het

omgaan met de gevoelens die deze zorg kan oproepen bij zorgprofessionals. Zo kan de handelingsverlegenheid onder zorgprofessionals om goed aan te sluiten op de zorgvragen van mensen met psychische problemen verminderen. Naast een goed beeld van somatische klachten, is een sensitiviteit voor psychische klachten en de daarmee gepaard gaande zorgbehoeften voorwaardelijk om passende de zorg te kunnen leveren voor iedereen.

Op 21 augustus 2025 is een conceptversie van het rapport gepresenteerd aan de expertkring Kwaliteit en Veiligheid. Daarbij kwam ter sprake dat binnen Zuyderland MC ook omgaan met agressie een actueel vraagstuk is. We willen benadrukken dat dit buiten de kaders van dit rapport valt. In september is een definitieve versie van het onderhavige rapport opgesteld waarin een aantal punten, onder andere naar aanleiding van enkele vragen bij de presentatie, verder geconcretiseerd zijn. Het gaat daarbij met name om een concretisering van de aanbevelingen en het belang van reflectie in hoofdstuk 7.3. In dit kader is het ook goed om nogmaals de toolkit destigmatisering onder de aandacht te brengen, waar concrete instrumenten beschikbaar zijn rond het thema.

7.4. Tot slot

Met dit rapport hebben we laten zien dat er met betrekking tot de behandeling van mensen met psychische problemen in het Zuyderland MC nog veel verbetering mogelijk en nodig is. We willen de patiënten, de artsen en verpleegkundigen, de verpleegkundig specialisten van de PCD en (de vertegenwoordigers van) de directie en het bestuur van het Zuyderland MC die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, van harte bedanken voor hun openheid, moed en vertrouwen. We zijn jullie heel erkentelijk voor het feit dat we een kijkje mochten nemen in jullie (ook persoonlijke) keukens. Daarmee zijn de eerste stappen gezet in de richting van betere zorg voor en behandeling van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. We hopen dat ook andere ziekenhuizen jullie voorbeeld zullen volgen.

Bijlage 1: Literatuurstudie

Auteurs: Niek Galenkamp en Geurt van de Glind

A.1.1 Zoekstrategie wetenschappelijke literatuur

Gezocht werd binnen twee databases: MEDLINE en Google Scholar. Gezocht werd op (combinaties van) zoektermen, gerelateerd aan: Diagnostic Overshadowing, Mental Health related Stigma, General Hospital/ General Healthcare.

Artikelen die vanaf 01 januari 2014 zijn gepubliceerd werden geïnccludeerd. Specifiek werd gezocht naar review-artikelen. Vragenlijstonderzoek of vormen van relevant kwalitatief onderzoek werden geïnccludeerd als die zijn uitgevoerd onder een grote groep deelnemers (minimaal 100 deelnemers). Andere dan Nederlands- of Engelstalige artikelen werden geëxcludeerd.

Er werd uitsluitend gezocht naar peer-reviewed papers. Er vond voor deze onderzoeksvraag geen onderzoek plaats naar grijze literatuur.

A.1.2 In- en exclusie van literatuur

Zoekresultaten werden niet systematisch gedocumenteerd, of systematisch beoordeeld. Twee reviewers (NG en GVdG) zochten onafhankelijk van elkaar. Zij beoordeelden resultaten op relevantie en maakten gebruik van 'snowballing'. Zo geeft MEDLINE altijd een selectie van vergelijkbare artikelen bij een gevonden resultaat. Deze suggesties werden bekeken. Ook werden referentielijsten van geïnccludeerde artikelen bekeken op mogelijk aanvullende en relevante publicaties.

Om inzicht te verkrijgen in de omvang van het probleem werd gezocht naar informatie hierover. Waar aanwezig werden kwantitatieve gegevens gezocht en gerapporteerd.

Om inzicht te verkrijgen in de aard (uitings- en verschijningsvormen) van 'diagnostic overshadowing' en 'stigma', werden artikelen geïnccludeerd die inzicht geven in enerzijds het perspectief van patiënten/ervarings-deskundigen/naasten en anderzijds het perspectief van zorgprofessionals.

A.1.3 Data analyse

De geïnccludeerde artikelen werden door 1 onderzoeker (GVdG) in full tekst gelezen en geanalyseerd. In twee tabellen werden de belangrijkste bevindingen per geïnccludeerde studie beschreven. Deze bevindingen werden door een tweede onderzoeker (NG) gecontroleerd.

Op basis van deze belangrijkste bevindingen wordt, na een opsomming van de resultaten, een analyse gegeven van de aard (uitings- en verschijningsvormen) en omvang van (on)gelijke behandeling van mensen met een psychiatrische diagnose in de somatische ziekenhuiszorg.

A.2.1 Resultaten: aard van de artikelen

In totaal werden er 14 artikelen geïnccludeerd. 10 daarvan hadden betrekking op stigma en 4 hadden betrekking op diagnostic overshadowing. Eén publicatie reviewde artikelen over zowel stigma als diagnostic overshadowing. We hebben besloten deze publicatie (Hallyburton, 2022) in beide categorieën op te nemen. Bij de geïnccludeerde 14 studies ging het in meerderheid om review-artikelen (n=9/ 69%), om 3 surveys (23%) en om 1 interview studie (8%).

Belangrijk om te vermelden is de populatie waar de diverse publicaties zich op richten. Het maakt immers nogal uit of je zorgmedewerkers vraagt naar hoe stigmatiserend zij denken te werken, of dat je patiënten vraagt naar hun ervaringen. Van de geïnccludeerde studies richten slechts twee studies (15%) zich uitsluitend op patiënten als bron, vijf studies (39%) uitsluitend op stafleden en zes studies (46%) op beide doelgroepen. Al blijkt bij de meeste van deze ‘mixed’ studies, dat het merendeel van de bronnen afkomstig is van onderzoek onder stafleden.

Verder vroegen we ons af of wetenschappelijke kennis over stigma en diagnostic overshadowing makkelijk toegankelijk is voor professionals in de ziekenhuiszorg. We hebben gekeken naar de aard van het tijdschrift waarin de geïnccludeerde artikelen werden gepubliceerd. Het blijkt dat slechts drie (23%) van die artikelen worden gepubliceerd in journals gericht op de doelgroep die het aangaat. De andere publicaties (N=10, 77%) zijn in meer psychiatrie georiënteerde journals gepubliceerd.

In tabel 1 worden de belangrijkste kenmerken van de geïnccludeerde studies weergegeven.

Geïnccludeerd artikel	Tijdschrift gericht op		Populatie			Design		
	'psychiatrie'	'algemene gezondheidszorg'	Patiënt	Staf	Mixed	Review	Survey	Interview
Stigma								
Hallyburton & Allison-Jones (2023)	Int J Ment Health Nurs				Mixed	Intergrative review (n=24)		
Bentson et al. (2023)		Psychooncology			Mixed	Systematic review (n=9)		
McIntosh (2023)		Int Emerg Nurs		ED nurses			Survey n=813	
Tyerman et al. (2021)	Issues Ment Health Nurs				Mixed	Systematic review (n=8)		
Sølvhøj et al. (2021)	BMC Psychiatry			Staf: studenten en professionals		Scoping review (n=137)		
Perry et al. (2020)	Soc Sci Med				Mixed	Review (n=51)		
Carrara et al. (2019)	Arch Psychiatr Nurs				Mixed	Integrative review (n=18)		
Nauta et al. (2019)	Psychol Health Med			Professionals			Survey (n=187(43%) out of 431 eligible participants)	
Henderson et al. (2014)	Lancet Psychiatry			Professionals		Review (n=43)		
Harangozo et al. (2014)	Int J of Social Psychiatry		Patiënten					27 countries 723 participants

Diagnostic Overshadowing							
	Mental Health and Social Inclusion		Patiënten	Professionals	Systematic review (n=3)		
Hale (2024)							
Cunningham et al. (2023)	Front Psychiatry					Survey n=253 open end questions	
Hallyburton & Allison-Jones (2023)	J Psychiatr Ment Health Nurs				Intergrative review (n=24)		
Molloy et al. (2023)		J Clin Nurs			Systematic review (n=6)		
Totaal							
	Tijdschrift gericht op 'psychiatrie'		Populatie		Design		
	'algemene gezondheidszorg'		Patiënt	Staf	Mixed	Review	Survey
	N=3/13 (23%)		N=2/13 (15%)	N=5/13 (39%)	N=6/13 (46%)	N=9/13 (69%)	N=3/13 (23%)
Total	N=10/13 (77%)						N=1/13 (8%)

Tabel 1: Kenmerken van geïncludeerde studies

A.2.2 Resultaten met betrekking tot stigma

In tabel 2 worden de geïncludeerde artikelen op het thema ‘stigma’ weergegeven. Daarbij wordt de aard van de studie weergegeven en werden de belangrijkste bevindingen per studie vanuit de tekst naar de tabel gekopieerd.

	Type of research	Main findings
Hallyburton & Allison-Jones (2023)	Integrative review 24 publications employing qualitative, quantitative, mixed and synthesis research methodologies were included	The stigmatization of individuals with mental illness occurs throughout societies, influencing the health professionals within them. Stigma is identified as a key factor behind misdiagnosis of physical issues as psychosomatic in nature. Individuals with mental illness may avoid seeking needed care due to fear of stigma from care providers'. Providers themselves may self-stigmatize, avoiding necessary diagnosis and treatment for their own mental health concerns. Premature closure: "Factors contributing to diagnostic overshadowing also lead clinicians to engage in premature closure, the act of ceasing to explore for other causes of an illness after formulating an initial hypothesis" Other themes: stigma, diagnostic overshadowing, fear, time, lack of training, interventions.
Bentson et al. (2023)	Systematic review. 9 studies were included	Topic: Patients with pre-existing severe mental disorders are significantly less likely to receive guideline-recommended cancer treatment and seem to have a significantly lower rate of cancer survival compared to patients with cancer without mental disorders. Barriers at patient-level were lack of self-care, low adherence, communication challenges and insufficient psychiatric treatment. The main providerlevel barriers included stigma, lack of knowledge about mental disorder among HCPs and diagnostic overshadowing. At system-level the main barriers were related to fragmentation of care, logistics and limited resources.
McIntosh (2023)	Self-report survey in 813 ED nurses, using the <i>Caring Behaviors Inventory-24 item (CBI-24)</i> and the <i>Mental Illness: Clinicians'</i>	This study presented a secondary analysis to determine the relationships between ED nurses' perceptions of their caring behaviors and stigma toward individuals with mental illness. This sample of ED nurses demonstrated high levels of caring behaviors toward individuals with mental illness. Stigma was found to have a significant weak inverse relationship with caring behaviors, that is ED nurses with lower perceptions of

	<i>Attitudes (MICA) Scale-4</i>	stigma reported higher perceptions of caring behaviors toward individuals with mental illness. Participants working in EDs with a behavioral health ED reported significantly higher perceptions of caring behaviors toward individuals with mental illness. The results of this analysis seem to strengthen the importance of training and education on caring for individuals with mental illness. Receiving psychiatric-mental health inservices or training in the last 24 months, the frequency of these trainings, nurses' perceptions of feeling prepared; possessing the knowledge and skills; and having the confidence to care for people with mental illness resulted in a significant positive relationship with caring behaviors.
Tyerman et al. (2021)	Systematic review. 8 studies were included	Studies reported that both patients and nurses perceive similar barriers to person-centered care resulting from stigma toward mental illness. This significantly compromised quality person-centered care, and negatively affected the nurse-client relationship.
Sølvhøj et al. (2021)	Scoping review. 137 studies were included. Populations included healthcare staff and students	The large number of studies identified in this review suggests that stigmatizing attitudes and behaviors toward patients with mental disorders is a worldwide challenge within a somatic health care setting. For more targeted interventions, there is a need for further research on underexposed mental diagnoses and knowledge on whether specific health professionals have a more stigmatizing attitude or behavior toward specific mental disorders.
Perry et al. (2020)	Review including 51 qualitative studies in both Health professionals, patients and carers (excluded: students/ non healthcare professionals).	The aim of this study was to identify patterns of stigmatisation in qualitative studies that focus on the care of those with mental health conditions in the acute healthcare setting. Using data in these studies, a final theoretical 'best fit' framework was developed. In this framework there is an overarching pattern of labelling and stereotyping, plus five ways in which patients with mental health conditions are stigmatised in the acute healthcare system: devaluation, social control, avoidance, rejection, and failure to act. In addition, the framework outlines positive attitudes and behaviours – valuing, adjustment, responding, legitimising, and positive action – which contrast with the stigmatisation patterns.
Carrara et al. (2019)	Integrative review.	There is increasing recognition that explicit measures may underestimate levels of stigma. In contrast, implicit attitudes, evaluations that may reside outside of conscious control or

	18 studies were included	awareness, may be more sensitive to detecting associations that persons would not explicitly endorse or would prefer not to reveal (Hinshaw & Stier, 2008). Of the studies analyzed, three (Kopera, 2014; Peris et al., 2008; Stull et al., 2013) investigated implicit and explicit attitudes of health professionals towards people with mental illness and had comparable results. Contact with people with mental illness is recommended as a key strategy for reducing stigma (Newton-Howes et al., 2008) and the studies (Björkman et al., 2008; Vibha et al., 2008) were compatible with this idea.
Nauta et al. (2019)	Self-report questionnaire. N=187 All recognized specialists on consultant level or above working in the academic university hospital of VU Medical Centre (VUmc) in Amsterdam. Only the department of Psychiatry and departments with little or no direct patient care (pathology, medical microbiology, clinical genetics, clinical chemistry, radiology and nuclear medicine) were excluded.	The aim of this study is to investigate attitudes towards psychosocial and psychiatric problems by non-psychiatrist consultants in an academic hospital. Almost all consultants report generally positive attitudes towards mental health problems. However, we identified several obstacles towards management. First, there was a discrepancy between positive attitude and the willingness to take on management responsibility. Reported reasons for this discrepancy were time constraints and lack of skills. We also found that consultants feel little responsibility for the management of depression and chronic drinking. Physicians have generally more positive attitudes than surgeons. Finally, all consultants are less likely to refer patients with dementia and treatment non-compliance to psychiatry, for reasons of perceived ineffectiveness and fear of stigmatizing patients.
Henderson et al. (2014)		For interpersonal stigma, our findings suggest that mental health professionals, early career professionals, men, and professionals with burnout are particularly in need of interventions to decrease their stigmatization of patients. We suggest that future work should address all three levels of stigma and the relations between them. We postulate that

		organisational culture and structural stigma might moderate the effectiveness and durability of any effects of interventions directed solely at health professionals to decrease stigmatisation of patients, and suggest the need for long-term or recurrent interventions and interventions targeted at structural and organisational levels. Irrespective of the type of intervention and research design, it will be important to use measures of the quality of mental and physical health care such as discrimination rated by service users to evaluate studies on interventions to reduce stigma in health care. Such measures could also be used for routine audit of mental and physical health care for people with mental illness.
Harangozo et al. (2014)		Most of the participants (537 out of 718) reported that they were not treated differently compared to other people for physical problems. Among those who reported different treatment, 47 (8.1%) experienced advantages and 123 (17%) disadvantages.

Tabel 2: Belangrijkste uitkomsten van studies naar stigma

A.2.3 Resultaten met betrekking tot 'Diagnostic Overshadowing'

In tabel 3 worden de geïncludeerde artikelen op het thema 'diagnostic overshadowing' weergegeven. Daarbij wordt de aard van de studie weergegeven en worden de belangrijkste bevindingen per studie vanuit de tekst naar de tabel gekopieerd.

	Type of research	Main findings
Hale (2024)	Review (n=3) All included studies were qualitative studies, with health care staff as the targeted population.	Despite a decade of UK policies and guidelines targeted at improving the health disparities for those with MH conditions, this inequality remains a reality. DO has been cited as a potential confounding factor, but only three relevant UK studies were found. All three studies found evidence of DO taking place in the UK health care with structural, staffing and patient issues identified. The structure of general hospitals is challenging due to the chaotic environment with heavy time pressures. There is a lack of clear roles around the conducting of capacity assessments. Staff attitudes and stigma, along with poor knowledge of MH, influence the diagnostic procedures, fueled by a perceived threat of volatility and violence. A lack of collaboration between MH and physical health teams continues to be observed, despite it being found that joint assessments can be useful in diminishing the risk of DO. Complex and challenging behaviours, along with confusing and unexplained symptomology, have resulted in health care needs being neglected, and to avoidance by staff.
Cunningham et al. (2023)	Qualitative study (n= 253). Experiences of physical health-care in people with MHSUC were collected through an anonymous online Qualtrics survey that included both closed and open-ended questions	MHSUC = Mental Health and Substance Use Conditions. One dominant theme from survey responses was that diagnostic overshadowing by clinicians was driven by clinician mistrust. Another theme was that clinicians assumed respondent's physical symptoms, including pain, were caused by MHSUC. This influenced decisions not to initiate investigations or treatment. Respondents perceived that clinicians focused on mental health over physical health, contributing to suboptimal care. Sub-themes identified: - Physical symptoms in people with MHSUC are psychosomatic - Physical symptoms in people with MHSUC are due to anxiety and stress

	Population existed of people with Mental Health and Substance Use Conditions who accessed physical healthcare services.	• The physical symptom of pain in people with MHSUC is not real or is caused by MHSUC • People with MHSUC are untrustworthy • People with MHSUC who need controlled drugs or pain management are particularly untrustworthy
Hallyburton & Allison-Jones (2023)	Integrative review 24 publications employing qualitative, quantitative, mixed and synthesis research methodologies were included	Individuals with mental illness experience higher rates of early mortality than individuals without mental health disorders. Though multiple factors contribute to this disparity, misattribution of physical symptoms to pre-existing mental disorders can cause delayed diagnosis, inappropriate treatment and further stigmatization of individuals with mental illness. This research examines this phenomenon of misdiagnosis. 15 out of the 24 papers concludes that diagnostic overshadowing is “omnipresent and provides a succinct expression for the phenomenon of diagnostic error due to healthcare providers' misattribution of physical disorder to comorbid mental illness”.
Molloy et al. (2023)	Systematic review of both patient (3 studies included) and health professional (3 studies included) experiences In total 6 studies were included; 2 of the health professional studies were also included in the Hale (2024) review.	The health professional experience of diagnostic overshadowing - Working in ill-suited healthcare systems - Missing the complete diagnostic picture - Misunderstanding the lived experience of mental illness The mental health consumer experience of diagnostic overshadowing - Not knowing if the cause is physical or mental - Surviving in an ill-suited healthcare system Conclusions: Diagnostic overshadowing is a multidimensional experience of interconnecting factors including systematic healthcare system issues, health professionals limited mental health knowledge and skills, stigmatic attitudes and mental health consumers miscommunicating their physical healthcare needs.

Tabel 3: Belangrijkste uitkomsten van studies naar diagnostic overshadowing

Bijlage 2: Samenstelling onderzoeksteam en adviesgroep

Onderzoekers

- Niek Galenkamp, MSc, promovendus bij Lectoraat Proactieve zorg voor thuiswonende ouderen, Hogeschool Utrecht
- Dr. Laura Neijmeijer, senior onderzoeker / kenniswerker bij Kenniscentrum Phrenos (projectleiding)

Adviesgroep

- Dr. Wietske Blom-Ham, lector Acute zorg, Lectoraat Proactieve zorg voor thuiswonende ouderen, Hogeschool Utrecht
- Stijn Lambregts, MSc, manager RVE Bestuursstaf Zuyderland Medisch Centrum
- Drs. Sjoerd Salet, klinisch psycholoog, P-opleider, Vakgroep Klinische en Medische Psychologie, Zuyderland Medisch Centrum
- Prof. dr. Floortje Scheepers, kinder- en jeugdpsychiater, hoogleraar Innovatie in de ggz, UMC Utrecht, wetenschappelijk adviseur Phrenos
- Lente Werner, MSc, ervaringsdeskundig beleidsmedewerker en orthopedagoog ggz en ervaringsdeskundige bij Lectoraat Proactieve zorg voor thuiswonende ouderen, Hogeschool Utrecht
- Edith Westenberg, MSc, manager Kwaliteit en Veiligheid, Zuyderland Medisch Centrum

Over de onderzoekers

Niek Galenkamp werkt sinds december 2021 als junior-onderzoeker en sinds 2024 als promovendus bij het Lectoraat Proactieve Zorg voor Thuiswonende Ouderen van de Hogeschool Utrecht. Hier doet hij onderzoek naar acute zorg voor mensen met psychische ontregeling.

Laura Neijmeijer werkt sinds 2024 bij Kenniscentrum Phrenos als themahouder mensenrechten en destigmatisering en projectleider / actie-onderzoeker op uiteenlopende projecten en thema's binnen de ggz. Zij heeft ruime ervaring als onderzoeker, adviseur en professional in de ggz. Ook is zij vanuit een cliënt- en naastenrol bekend met (de zorg voor mensen met) psychische problemen.

Bijlage 3: Referentielijst

Akwa GGZ (herziene versie, 2025). *Zorgstandaard destigmatisering*.

Akwa GGZ (2107). *Zorgstandaard ziekenhuispsychiatrie*.

Bentson, T. M., Fløe, L. E., Bruun, J. M., et al. (2023). Barriers in cancer trajectories of patients with pre-existing severe mental disorders—A systematic review. *Psychooncology*, 32(6), 862–874. <https://doi.org/10.1002/pon.6138874>.

Carrara, B. S., Ventura, C. A. A., Bobbili, S. J., Jacobina, O. M. P., Khenti, A., & Mendes, I. A. C. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(4), 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.006>

Castelein, S., Slooff, C., Boekel, L. van & Lohuis, C. (2016). Stigmatisering binnen de hulpverlening. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Cunningham, R., Imlach, F., Haitana, T., et al. (2023). It's not in my head: A qualitative analysis of experiences of discrimination in people with mental health and substance use conditions seeking physical healthcare. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1285431. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1285431>

Hale, Z. J. (2024). Diagnostic overshadowing of mental health conditions in UK health care. *Mental Health and Social Inclusion*.

Hallyburton, A. (2022). Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1360–1372. <https://doi.org/10.1111/inm.13034>

Hallyburton, A., & Allison-Jones, L. (2023). Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(4), 649–662. <https://doi.org/10.1111/jpm.12911>

Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., et al. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359–366. <https://doi.org/10.1177/0020764013490263>

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., et al. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)

Joint Commission. (2022). Diagnostic overshadowing among groups experiencing health disparities. *Sentinel Event Alert*, 1–6.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.

Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150–2161.

- Lommerse, K.M., Mérelle, S.Y.M., De Beurs, D. Fuchs, M. & Baden, D., (2023). Suïcidaal gedrag op de SEH. 10 tips voor een actieve, betrokken en preventieve aanpak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 167, D7535.
- McIntosh, J. T. (2023). Emergency department nurses' perceptions of caring behaviors toward individuals with mental illness: A secondary analysis. *International Emergency Nursing*, 68, 101271. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101271>
- Mérelle, S.Y.M., Boerema, I., Van der Linden, M. C., & Gilissen, R. (2018). Knelpunten in SEH-zorg voor suïcidepogers. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 162:D2463.
- Molloy, R., Brand, G., Munro, I., & Pope, N. (2023). Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 1662–1673. <https://doi.org/10.1111/jocn.16151>
- Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing: A potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice*, 17(4).
- Nash, M. (2014). Mental health service users' experiences of diabetes care by mental health nurses: An exploratory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(8), 715–723. <https://doi.org/10.1111/jpm.12140>
- Nauta, K., Boenink, A. D., Wimalaratne, I. K., Menkes, D. B., Mellsop, G., & Broekman, B. (2019). Attitudes of general hospital consultants towards psychosocial and psychiatric problems in Netherlands. *Psychology, Health & Medicine*, 24(4), 402–413. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546020>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Perry, A., Lawrence, V., & Henderson, C. (2020). Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting: A qualitative framework synthesis. *Social Science & Medicine*, 255, 112974. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112974>
- Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms: A qualitative study. *PLoS ONE*, 9(11), e111682. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111682>
- Sølvhøj, I. N., Kusier, A. O., Pedersen, P. V., & Nielsen, M. B. D. (2021). Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 443–448. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03415-8>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Tyerman, J., Patovirta, A., & Celestini, A. (2021). How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 153–163. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>

- van Erp, N., Knispel, A., Michon, H., de Lange, A., Boumans, J., Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2019). *Stigmatisering door hulpverleners in de ggz*. Trimbos-instituut.
- Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Van 't Veer, J. & Kienhorst, G. (red) (2015). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Coutinho.
- World Health Organisation (WHO) (2024). *Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health*.
- Zorginstituut Nederland (2024). Probleemanalyse psychosociale zorg bij somatische ziekte.
- Zorginstituut Nederland (2025). Plan van aanpak psychosociale zorg bij somatische ziekte.

Bijlage 4: Interviewgids patiënten

Begin met kort voorstellen

Welkom allemaal, mijn naam is ... en u bent ... Klopt dat? En ik zie dat u in aanwezigheid bent van ...?

U hebt een informatiebrief ontvangen en een toestemmingsformulier ondertekend.

- Was dit allemaal duidelijk en hebt u hier nog vragen over?

Dan start ik nu op de opname.

Opening

Voordat we beginnen stel ik mij graag nog even voor. Ik ben ... [leeftijd, woonplaats, waarom je (dit) onderzoek doet, eventueel wat doe je buiten werk] .

- Zou u zich ook even willen voorstellen? Wie bent u, wat doet u in het dagelijks leven etc.?

Mag ik u eerst nog een aantal algemene vragen stellen?

- Wat is uw leeftijd?
- Op welke afdeling(en) bent u opgenomen geweest en wanneer was dat?
- Kunt u iets vertellen over de aard van uw psychische problemen? Heeft u een diagnose? Herkent u zich daarin?
- Bent u verwickeld in een klachtenprocedure met het Zuyderland MC?

We zijn voor dit onderzoeksrapport benieuwd naar hoe mensen met psychische problemen hun opname in het Zuyderland MC hebben ervaren. Met name of zij zich daar gestigmatiseerd hebben gevoeld, daarbij kunt u denken aan: anders behandeld worden, niet serieus genomen worden etc.

We hebben een aantal vragen opgesteld waar we het graag over willen hebben, maar het belangrijkste is dat u uw verhaal op uw manier kunt vertellen. Er zijn geen goede of verkeerde antwoorden, we zijn benieuwd naar het eerlijke verhaal. Op een aantal onderdelen van uw verhaal zullen we nog wat willen doorvragen.

- Waar zou u willen beginnen?

Interviewtopics

Ga na welke vragen al beantwoord zijn na het stellen van de openingsvraag, vervolg het interview met de onderstaande vragen.

- Wat was de aanleiding, hoe kwam u in het Zuyderland MC terecht? En op welke afdeling werd u opgenomen?
- Hoe was het contact met de artsen en verpleegkundigen? Kunt u dit toelichten?
- Heeft u tijdens uw opname wel eens het idee gehad dat u anders werd behandeld dan anderen, vanwege uw psychische problemen?
 - Waar merkte u dat aan? Kunt u een voorbeeld geven?

- Voelde u zich welkom en gelijkwaardig behandeld?
- Wilt u iets vertellen over de psychische problemen waar u mee te maken heeft in het leven, speelden deze ook tijdens uw verblijf in het Zuyderland MC?
 - Hoe was dat voor u?
 - Hoe werd hiermee omgegaan door de artsen en verpleegkundigen?
- Werden u en uw psychische problemen voldoende serieus genomen?
- Hebt u tijdens uw opname weleens het idee gehad dat er anders met uw lichamelijke problemen werd omgegaan, vanwege uw psychische problemen? Bijvoorbeeld:
 - Dat lichamelijke problemen werden toeschreven aan uw psychische problemen?
 - Dat u een bepaalde behandeling niet kreeg?
 - Dat een behandeling wordt niet gegeven
 - Dat verzoeken worden geweigerd?
- Hebt u stigmatisering ervaren door andere zaken dan uw psychische problemen?
- Hoe kijkt u terug op uw verblijf in het Zuyderland MC?
- Wat zou u graag anders zien als u nog een keer opgenomen zou worden in het Zuyderland MC?
- Wat was er positief aan uw verblijf in het Zuyderland MC?
- Hebben we nog iets gemist? Hebt u alles kunnen vertellen?

Bijlage 5: Observatieformulier PCD

Stereotypen en labelen (overkoepelend)						
Patronen van stigmatisering		Devaluatie	Sociale controle	Vermijding	Afwijzing	Nalaten te handelen
Sociaal oordeel over patiënten met psychische problemen		Niet serieus nemen; Minderwaardig; Denigrerend ☐	Afwijkend Afwijzend ☐	Niet welkom Oncomfortabel ☐	'niet urgent' 'niet echt' 'niet waard' ☐	'kan niet geholpen worden' ☐
					Beschuldigen Niet toestaan ☐	Frustratie ☐
Professioneel gedrag		Verminderde zorg ☐	'shaming' onderhandelen confronteren ☐	Fysieke vermijding, Emotionele afstandelijkheid ☐	'Diagnostic overshadowing' 'Verzoeken niet inwilligen' ☐	Geen actie ondernemen Wettelijke opties niet overwegen ☐
Organisatorisch gedrag		Lage prioriteit; Onvoldoende geld voor complexiteit van de behoeften; Geen gepaste omgeving; Lage prioriteit scholing ☐	Afzondering; Toezicht; Fixatie/sedatie; Inzet juridische stappen ☐	Afschuiven van verantwoordelijkheid ☐	Exclusie; Wegsturen ☐	Het ontbreken van structurele mechanismen voor beoordeling van de capaciteit of het risico voor zichzelf vanwege mentale toestand ☐
Tegenoordelen		Gewaardeerd; Gelijkheid ☐	Acceptatie ☐	Welkom ☐	Legitiem ☐	Verdient positieve aandacht ☐
Positieve behandeling		Prioritering; Gelijke zorg ☐	Tolerantie; Aanpassing ☐	Responsiviteit ☐	Inclusie ☐	Actieve zorg; Handelen in het beste belang van iemand die beschikt niet over beslissingsvermogen ☐

Geef hier een korte beschrijving van de casus (anoniem, zonder herleidbare gegevens)
en toelichting op de keuze uit het model:

Bijlage 6: Vignetten

Vignet 1

Patiënte (53 jaar) is ter observatie opgenomen op neurologie. Ze is gestruikeld over een stoepje en is hard op haar hoofd terecht gekomen. Ze heeft pijn, maar kan moeilijk aangeven waar precies. Ze trekt met haar mond en tong. Van patiënte is bekend dat ze in een woonvoorziening van Mondriaan woont en is gediagnosticeerd met schizofrenie.

Op de afdeling is patiënte erg in zichzelf gekeerd en maakt ze geen contact. Ze geeft geen antwoord op eenvoudige vragen. Ze werkt niet mee als verpleegkundigen haar in of uit bed willen helpen. Ze is afwerend als haar medicatie wordt aangereikt, en neemt deze ook zelf niet in. Ze lijkt ook angstig door bepaalde voorwerpen in haar kamer.

Verpleegkundigen rapporteren: 'Patiënte is niet coöperatief' en 'weigert zorg'. De PCD wordt ingeroepen 'voor expertise en advies' en 'beoordelen wilsbekwaamheid'.

Observaties PCD: Patiënte verblijft op een eenpersoonskamer met gesloten deur. Bij binnenkomst draagt patiënte enkel een operatieweide. Een verpleegkundige loopt binnen, vraagt bij de deur of patiënte iets wil drinken, maar loopt weer weg als er geen antwoord komt.

Vignet 2

Patiënt (59 jaar) is opgenomen met een pneumonie op de afdeling longgeneeskunde. Hij oogt ziek, heeft een slecht gebit en is erg mager. Hij heeft een infuus en krijgt zuurstof, maar is erg onrustig en is fors gedesoriënteerd. Patiënt probeert uit zijn bed te komen en trekt zijn infuus eruit. Patiënt is drie maanden geleden met dezelfde klachten opgenomen geweest. Hij is bekend met overmatig alcoholmisbruik.

Verpleegkundigen proberen patiënt te 'handelen' en te beteugelen in zijn onrust, echter zonder effect. Ze zijn druk met hem in de weer. Verpleegkundigen rapporteren: 'patiënt is incoherent en geagiteerd'. Patiënt wordt in een tentbed gelegd en de PCD wordt in consult geroepen. In het contact met de PCD geeft de verpleegkundige aan "dat de patiënt hier niet hoort, en naar de psychiatrie moet worden overgeplaatst."

Ook wordt opgemerkt: "Hij drinkt zich klem en wij zijn er druk mee."

De PCD schrijft de patiënt lorazepam voor en geeft de verpleging bejegeningadviezen. Echter, zijn situatie verslechtert en zijn saturatie daalt. Hij wordt gesedeerd en opgenomen op de IC.

Vignet 3

Patiënte (66 jaar) is sinds een week opgenomen op de IC vanwege een pneumonie. Zij ligt aan de beademing, die geleidelijk wordt afgebouwd. Patiënte is tijdens deze 'weaning' zeer angstig. Ze reageert sterk op prikkels van buitenaf, o.a. van het beademingsapparaat. Door de beademingsbuis is zij niet in staat om te praten. Het is niet bekend of er sprake is van een psychiatrische voorgeschiedenis. Vanwege het extreem angstige gedrag van patiënte wordt de PCD in consult geroepen, met het verzoek om patiënte te zien en zo mogelijk handvatten te geven en medicatie voor te schrijven om dit gedrag hanteerbaar te maken.

Observaties PCD: Bij binnenkomst op de IC grappen de verpleegkundigen naar elkaar: 'kijk maar uit, ze komen je halen'. Patiënte ligt in een ruimte met de radio aan. Op de afdeling wordt gelachen en gepraat.

SAMENVATTING

Kenniscentrum Phrenos en Hogeschool Utrecht voerden in opdracht van het Zuyderland Medisch Centrum tussen mei 2024 en augustus 2025 een verkennend onderzoek uit naar (on)gelijke behandeling en stigmatisering van patiënten met psychische problemen op somatische zorgafdelingen. Doel van het onderzoek was om zicht te krijgen op de ervaringen van zowel patiënten als artsen en verpleegkundigen met vormen van (on)gelijke behandeling binnen het ziekenhuis. Tijdens het onderzoek is informatie uit literatuur en zorgstandaarden samengebracht met informatie uit interviews met ex-patiënten, observaties van en interviews met de verpleegkundig specialisten van de psychiatrisch consultatieve dienst (PCD) en uitkomsten van de focusgroepen met artsen en verpleegkundigen.

Evenals het thema stigmatisering zelf bleek ook het uitvoeren van onderzoek ernaar complex. Toch heeft het onderzoek waardevolle resultaten opgeleverd. Het onderzoek heeft het probleem vanuit verschillende perspectieven zichtbaar gemaakt. Deze perspectieven vullen elkaar aan in het herkennen en begrijpen van stigmatisering in het algemeen ziekenhuis. Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat stigmatisering en ongelijke behandeling van patiënten met psychische problemen een serieus probleem is, dat serieuze aandacht verdient en wel op alle niveaus van de organisatie.

De onderzoekers bevelen Zuyderland MC aan om een projectgroep samen te stellen met daarin ervaringsdeskundigen, artsen, verpleegkundigen en mensen met een derde perspectief zoals medewerkers van de PCD of naasten. Deze projectgroep heeft als belangrijkste opdracht om zorgprofessionals op zo'n manier in contact te brengen met mensen met psychische problemen dat negatieve beelden structureel worden ontkracht en gelijkwaardigheid ontstaat. Deze verandering van beeldvorming moet verder gepaard gaan met structurele professionele reflectie op de zorg voor mensen met psychische problemen en intercollegiale steun bij het omgaan met de gevoelens die deze zorg kan oproepen bij zorgprofessionals. Zo kan de handelingsverlegenheid onder zorgprofessionals om goed aan te sluiten op de zorgvragen van mensen met psychische problemen verminderen. Naast een goed beeld van somatische klachten, is sensitiviteit voor psychische klachten en de daarmee gepaard gaande zorgbehoeften voorwaardelijk om passende zorg te kunnen leveren voor iedereen.

Met dit onderzoek zijn de eerste stappen gezet in de richting van gelijke behandeling van patiënten met psychische problemen in het Zuyderland MC. We hopen dat andere ziekenhuizen zullen volgen.