



(SWLocums, 2018)

## Ervaringen van mensen in de psychiatrie tijdens COVID-19 pandemie

Hanane Seamari | 1027883

Masterthesis Zorgethiek en Beleid | ZEB- 70

Plaats: Utrecht

Universiteit voor Humanistiek

Examinator: Prof. dr. Carlo Leget

Thesis begeleider: Alistair Niemeijer

Tweede lezer: Marja Ernst

Datum: 10-08-2021

## Colofon

Auteur:

Hanane Seamari

Student Master Zorgethiek en Beleid

Studentnummer: 1027883

E-mail: [hanane.seamari@student.uvh.nl](mailto:hanane.seamari@student.uvh.nl)

Opdrachtgever:

Universiteit voor Humanistiek

Master Zorgethiek en Beleid

Kromme Nieuwegracht 29

3512 HD Utrecht

Tel: 030 239 0100

Begeleider

Alistair Niemeijer

Universitair docent en onderzoeker Zorgethiek en Beleid

E-mail: [a.niemeijer@uvh.nl](mailto:a.niemeijer@uvh.nl)

Tweede lezer

Marja Ernst-Houben

Universitair docent Zorgethiek

E-mail: [m.ernst-houben@uvh.nl](mailto:m.ernst-houben@uvh.nl)

Examinator/coördinator:

Carlo Leget

Hoogleraar Zorgethiek en voorzitter leerstoel

zorgethiek

E-mail: [c.leget@uvh.nl](mailto:c.leget@uvh.nl)

Plaats:

Utrecht

Datum:

10-08-2021

## Voorwoord

Voor u ligt mijn master thesis genaamd: “Ervaringen van mensen in de psychiatrie tijdens COVID-19 pandemie”. In deze thesis wordt er getracht om de ervaringen van mensen in de psychiatrie tijdens de pandemie met de maatregelen die hierbij van kracht zijn beter in beeld te brengen en te begrijpen. Er wordt tevens gepoogd om de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen meer op de voorgrond te plaatsen en mensen die hieraan lijden meer een stem te geven. In deze thesis is er zowel een literatuur- als een fenomenologisch onderzoek uitgevoerd. Zo is er gebruikgemaakt van de zorgethische kritische inzichten uit de Utrechtse zorgethiek op het gebied van lichamelijke en kwetsbaarheid. Er is gebruikgemaakt van de literatuur van zorgethici Joan Tronto, Kitty Feder en ethicus Hammington.

Aan de hand van deze literatuur en de fenomenologische onderzoeksbenadering en onderzoeksmethode van Van Manen, zijn er vervolgens 3 korte films geanalyseerd die zijn uitgebracht over de ervaringen van mensen in de psychiatrie met de coronapandemie en social distancing, genaamd “Op slot”.

In het kader van het afronden van de Master Zorgethiek en Beleid die ik heb gevolgd aan de Universiteit voor Humanistiek is deze thesis opgesteld. Ik heb mij van maart 2021 tot en met augustus 2021 beziggehouden met het uitvoeren van mijn onderzoek en het schrijven van deze thesis. Aangezien ik vorig jaar tijdens de pre-master ook een thesis heb geschreven, is het schrijven van een thesis mij niet onbekend. Het uitvoeren van een fenomenologisch onderzoek volgens de methode en benadering van Van Manen was echter wel nieuw voor mij. Om deze reden heb ik op een andere manier onderzoek leren doen en ben ik tot nieuwe inzichten gekomen over het in kaart brengen van de essentie van een fenomeen middels tekstuele expressie.

Gedurende dit onderzoek ben ik begeleid door Alistair Niemeijer. Voor vragen of feedback kon ik altijd bij hem terecht. Zo zijn er verschillende feedbackmomenten geweest die nodig waren om ervoor te zorgen dat mijn onderzoek volgens een zorgethische methode werd uitgevoerd. Bovendien fungeerde Marja van Ernst als tweede lezer. Om deze reden wil ik Alistair hartelijk danken voor zijn constructieve feedback, waardevolle input en empathie. Daarnaast wil ik Marja bedanken voor haar betekenisvolle feedback. Tevens gaat mijn dank uit naar het bestuur en andere docenten van de Universiteit van Humanistiek voor hun begrip en het faciliteren van tools ter ondersteuning van de studenten. Tot slot, wil ik mijn naasten bedanken voor hun motiverende woorden en emotionele steun tijdens de afgelopen maanden. Met dit onderzoek hoop ik bij te dragen aan het beter begrijpen van de ervaringen van mensen in de psychiatrie met de pandemie en de gevolgen hiervan.

Hanane Seamari,

Utrecht, 10 augustus 2021

## Leeswijzer

In hoofdstuk 1 worden de problematisering en de relevantie van dit onderzoek nader toegelicht.

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader in kaart gebracht. De theorieën over precariteit worden nader toegelicht in relatie met de pandemie en social distancing bij mensen met psychiatrische aandoeningen. Tevens worden de inzichten over lichamelijke van Hamington en het denken van Tronto en Kittay over kwetsbaarheid beschreven.

In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksmethode, onderzoeksbenadering, casusdefinitie, dataverzameling, data-analyse, ethische overweging en kwaliteitscriteria belicht.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het fenomenologische onderzoek volgens de methode en benadering van Van Manen behandeld.

In hoofdstuk 5 wordt de zorgethische discussie geformuleerd.

In hoofdstuk 6 komen de conclusie, aanbevelingen en beperkingen aan bod.

## Samenvatting

Volgens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is er momenteel sprake van onvoldoende zorgverlening aan mensen die lijden aan psychiatrische aandoeningen. Dit komt mede door de lange wachttijden die zich voordoen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Ter aanvulling hierop nemen de sociale contacten onder mensen met psychiatrische aandoeningen door de pandemie verder af. De angst- en stressklachten die zij ervaren stijgen door de pandemie en *social distancing* ook. Er worden in Nederland neoliberale waarden gehanteerd, zoals "eigen verantwoordelijkheid". Het kan echter bevestigd worden in hoeverre mensen met psychiatrische aandoeningen zelf verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor de zorg die zij nodig hebben en voor het aanpassen van hun leefstijl waarvoor het concept "positieve gezondheid" pleit. De precariteit, oftewel onzekerheid, neemt verder toe onder mensen met psychiatrische aandoeningen, omdat zij negatieve gevolgen ondervinden door de pandemie. Dit is erg zorgwekkend. Bovendien nemen de mensen met psychiatrische aandoeningen door de pandemie een nog kwetsbaardere positie in de Nederlandse maatschappij in. Zorgethisch kritische inzichten kunnen mogelijk helpen om de zorgverlening voor deze groep mensen beter te begrijpen.

Inzichten van Tronto en Kittay over kwetsbaarheid brengen de positie van de mensen met psychiatrische aandoeningen beter in kaart doordat er met deze inzichten duidelijk wordt waarom deze mensen kwetsbaar zijn en hoe dit de positie van deze groep beïnvloedt. Psychiatrische aandoeningen hebben geen eenduidige oorzaak, omdat deze aandoeningen worden veroorzaakt door een combinatie van factoren, waaronder erfelijkheid en de leefomgeving. Zoals eerder is benoemd wordt er ook van de mensen met psychiatrische problemen verwacht dat zij hun "eigen verantwoordelijkheid" nemen en ook de zorg dragen voor andere mensen in de samenleving. Dit is echter onrealistisch, omdat deze mensen zelf zorg nodig hebben om beter te kunnen functioneren en participeren in de maatschappij. Het is van belang dat deze groep voldoende hulp krijgt, zodat hun angstklachten en dergelijke niet verder toenemen. Er is echter sprake van lange wachttijden waardoor niet iedereen snel genoeg of voldoende geholpen kan worden. Hier komt nog bij dat de therapieën die worden geboden voornamelijk digitaal zijn. Deze vorm van therapie sluit niet op iedereen aan die onder deze doelgroep valt. De leefwerelddimensies van Van Manen genaamd, tijdelijkheid, ruimtelijkheid, gemoedstoestand, lichamelijkheid en intersubjectiviteit bieden handvaten om de geleefde ervaring van de drie mensen die in de dataset van het fenomenologisch onderzoek naar voren komen te analyseren.

Uit de bevindingen van deze thesis blijkt dat mensen met psychiatrische problemen de pandemie als eenzaam ervaren en het missen om hun dierbaren te kunnen aanraken. Tevens blijkt dat hun angst- en stressklachten zijn toegenomen. De

pandemie en *social distancing* lijken dus in hun algemeenheid op een negatieve manier te zijn ervaren door de mensen met psychiatrische aandoeningen die in deze thesis zijn behandeld. Om deze mensen zo goed mogelijk te kunnen helpen is het nodig om passende zorg te bieden en de zorgvorm af te stemmen op de behoefte van de patiënten. Zorgethisch kan er worden geconcludeerd dat de precariteit en de kwetsbaarheid van deze groep mensen meerdere lagen heeft. Deze precariteit en kwetsbaarheid kan worden verminderd door de vier ethische elementen van “goede zorg” mee te nemen die door zorgethica Tronto zijn opgesteld. Deze zorgethische benadering van Tronto kan ervoor zorgen dat er betere persoonsgerichte zorg kan worden verleend aan mensen met psychiatrische aandoeningen.

## Inhoudsopgave

Colofon .....	1
Voorwoord.....	2
Leeswijzer .....	3
Samenvatting.....	4
Hoofdstuk 1. Problematisering en relevantie .....	8
1.1 Aanleiding .....	8
1.2. Maatschappelijk probleem .....	8
1.3 Wetenschappelijk probleem .....	12
1.4 Vraagstelling.....	17
1.5 Doelstelling .....	18
Hoofdstuk 2. Theoretisch kader .....	19
2.1 Conceptuele verkenning en definities .....	19
2.1.1 Definitie psychiatrische aandoeningen .....	19
2.1.2 Kritiek op het classificeren van psychiatrische aandoeningen .....	19
2.2 Precariteit aangaande pandemie en <i>social distancing</i> .....	23
2.3 Lichamelijkheid en kwetsbaarheid .....	28
Hoofdstuk 3. Methode .....	32
3.1 Empirische methode .....	32
3.1.1 Onderzoeksbenadering en onderzoeksmethode .....	32
3.1.2 Casusdefinitie en onderzoekseenheid .....	33
3.1.3 Dataverzameling .....	34
3.1.4 Data-analyse .....	35
3.1.5 Ethische overweging .....	37
3.1.6 Kwaliteitscriteria .....	37
Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten .....	39
4.1 Onderzoeksresultaten empirisch onderzoek .....	39
4.1.1 Geleefde ervaring Anne .....	39
4.1.2 Geleefde ervaring Marli.....	43
4.1.3 Geleefde ervaring Jasper.....	46
Hoofdstuk 5. Zorgethische discussie.....	50
5.1 Goede zorg volgens de zorgethische benadering van Tronto .....	50
5.2 zorgethische discussie van empirie en theorie.....	52
Hoofdstuk 6. Conclusie, aanbevelingen en beperkingen .....	61
6.1 Conclusie .....	61

6.2 Aanbevelingen.....	63
6.3. Beperkingen.....	65
Literatuurlijst .....	67
Bijlagen .....	76
Bijlage 1: Transcripties korte filmpjes.....	76
Bijlage 2: Planning.....	81
Bijlage 3: Zoekplan .....	82



# Hoofdstuk 1. Problematisering en relevantie

## 1.1 AANLEIDING

Voor de kerstvakantie voelde ik mij mentaal overbelast. De hele omschakeling naar digitaal werken en online les ervaarde ik op een gegeven moment als vermoeiend. Mijn vriendinnen en andere mensen in mijn omgeving hadden ook moeite met deze omschakeling. Wegens de pandemie die momenteel heerst door de verspreiding van COVID-19 lijkt de mentale gezondheid van mensen in Nederland mijns inziens meer aandacht te krijgen. Om deze reden heb ik mij hier de afgelopen maanden meer in verdiept. De pandemie zorgt ervoor dat de mensen die al kwetsbaar zijn, zoals mensen die lijden aan psychiatrische aandoeningen, nog kwetsbaarder worden. Naar aanleiding hiervan heb ik een grote interesse ontwikkeld in de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen, omdat het mij vooral in deze tijd een uitdaging lijkt om de zorg voor hen goed in te richten. Naar mijn idee staan de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen nog niet genoeg op de voorgrond van de maatschappij wegens de stigma's die er heersen rondom mentale problematiek. Middels deze thesis wil ik mijn eigen kennis over de ervaringen van mensen in de psychiatrie tijdens de pandemie vergroten en een stem geven aan hen. Het zou mij enorm veel voldoening opleveren als ik ervoor kan zorgen dat de ervaringen met de COVID-19 pandemie van mensen met een psychiatrische aandoening beter begrepen kunnen worden.

## 1.2. MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

Volgens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2020) verlenen zorgprofessionals onvoldoende zorg aan kwetsbare mensen met een psychiatrische aandoening. Zo is de (ambulante) zorg volgens de IGJ ontoereikend en ontbreekt er samenhang tussen de huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De inspectie vindt dat er zowel lokaal als regionaal een gebrek is aan een gemeenschappelijke regionale ambitie en visie aangaande het zorgaanbod voor de kwetsbare mensen met een psychiatrische aandoening. Volgens de inspectie zijn er meer samenwerkingsinspanningen nodig binnen de zorgnetwerken die binnen specifieke

randvoorwaarden vallen. Daarom adviseert zij de gemeenten, zorgverzekeraars en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hierover. Hiermee hoopt de inspectie de samenwerking regionaal te verbeteren en de wachttijden in de GGZ te reduceren (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020).

Zoals eerder beschreven is, is er sprake van een pandemie. Hierdoor nam het aantal sociale contacten onder de burgers aan het begin van de pandemie aanzienlijk af, omdat er maatregelen zijn ingevoerd door de overheid, zoals het beperken van het aantal mensen in fysieke ruimtes door middel van de lockdown (Ministerie van Algemene Zaken, 2021). Wegens deze lockdown en het risico op besmetting ervaren mensen met psychiatrische aandoeningen volgens de Rijksoverheid veel meer stress en een toename van hun klachten. De mensen met een psychiatrische aandoening worden als extra kwetsbaar gezien door de Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid (2020). Door de pandemie kunnen zij een nog kwetsbaardere positie krijgen in de samenleving. Uit onderzoek blijkt namelijk dat mensen die al gezondheidsrisico's hebben tijdens de pandemie een grotere kans hebben op het ontwikkelen van hevigere ziekteverschijnselen en potentieel resterende gezondheidsschade. Vervolgens kan dit weer een invloed hebben op de economische en sociale positie die zij innemen op de arbeidsmarkt (Stellinga, Hesselmans, de Hoog, & Bijleveld, C. C. J. H, 2020).

MIND, een koepelorganisatie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die tevens bestaat uit een landelijk platform voor de ondersteuning van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onderschrijft dit. MIND heeft namelijk gedurende de pandemie onderzoek gedaan onder een ggz-panel naar de impact van corona en de maatregelen op mensen in de psychiatrie (MIND platform, 2020). Uit het onderzoek van Mind blijkt dat deze groep mensen eenzaamheid en oplopende spanning ervaart en het contact mist op sociaal vlak en met hun hulpverleners. Een meerderheid van deze groep belandt hierdoor in een sociaal isolement, omdat hun (vrijwilligers)werk en vrijetijdsbesteding wegvallen. Een merendeel vindt het lastig om sociale contacten op te bouwen en deze te onderhouden. Het sociaal contact tussen mensen wordt nu volgens MIND nog meer belemmerd door de coronamaatregelen

waardoor de ontmoetingsmogelijkheden en netwerken zijn weggefallen en door de angst die heerst voor besmetting. Dit blijkt ook uit een onderzoek van een klinisch psycholoog, een universitair docent sociale wetenschappen en een filmregisseuse naar de ervaring van mensen in de psychiatrie met de COVID-19 crisis en de "*social distancing*" die hierbij komt kijken (GGZnieuw.nl, 2020). Dit onderzoek toont aan dat mensen in de psychiatrie kwetsbaarder en eenzamer zijn, doordat het netwerk van deze mensen nogal beperkt is.

Psychiaters Veling en Schroevers benoemen dat de gevolgen van de pandemie ertoe kunnen leiden dat de dagindeling van mensen die al lijden aan psychiatrische aandoeningen aanzienlijk verandert (UMCG, 2019). Hierdoor kunnen deze mensen minder steun en sociale contacten hebben en kunnen zij nog meer gaan piekeren. Zo kan de *social distancing* ervoor zorgen dat deze mensen ineens moeten beeldbellen met hun behandelaar in plaats van een fysieke afspraak in te plannen. Veling en Schroevers stellen verder dat dit ertoe kan leiden dat deze mensen de grip op hun leven, die al precair was, verder verliezen (Vosman en Niemeijer, 2017). Voorts geven deze psychiaters aan dat er over het algemeen nog niet veel bekend is over het functioneren en het welzijn van deze groep mensen, maar dat zij van hun patiënten horen dat een meerderheid het onwijs zwaar vindt.

Daarenboven is er ook sprake van een stigma aangaande psychische aandoeningen in de maatschappij wat dit sociaal isolement kan versterken (Trimbos Instituut, 2021). Deze groep ervaart namelijk belemmeringen wegens hun psychiatrische aandoeningen, omdat zij met afwijzende responsen te maken krijgen van mensen in de eigen omgeving. Deze afkeurende responsen worden veroorzaakt door de vooroordelen die gepaard gaan met de bestaande stigma's. Vervolgens leidt dit tot stereotypering met een negatieve ondertoon en tot het uitsluiten van deze groep op sociaal en maatschappelijk gebied (Trimbos-instituut, 2021).

Volgens Tronto (2013) zijn mensen inherent kwetsbaar, maar worden zij kwetsbaarder op het moment dat zij afhankelijk worden van andere mensen voor professionele steun en zorg. Mensen met een psychiatrische aandoening bevinden zich zogezegd in een staat van precariteit. Precariteit kan volgens Lorey (2011) in de

breedste zin van het woord worden gedefinieerd als onzekerheid, gevaar en kwetsbaarheid. Het tegenovergestelde van precariteit is sociale en politieke immuniteit en bescherming tegen alles wat als een gevaar wordt gezien.

Daarentegen wordt precariteit volgens Butler beschreven als een staat waarin zowel andere levende wezens als mensen zich kunnen verkeren. Butler stelt dat precariteit niet een op zichzelf staand iets is, maar juist relationeel is en iets is dat in verband staat met iets of iemand anders (Lorey, 2011). Hiermee bedoelt Butler dat met precariteit wordt geduïd op de dimensie van existentiële gemeenschappelijke levende wezens, in dit geval mensen met psychiatrische aandoeningen en hun ervaringen met de omstandigheden ten gevolge van de pandemie. Hierbij wordt verondersteld dat het om een onontkoombare bedreiging gaat van de levens van deze mensen, omdat zij sterfelijk zijn en in een sociaal-maatschappelijke context leven die hen beïnvloedt. Als men bijvoorbeeld kijkt naar bepaalde rampen of oorlogen die mensen overkomen, is er sprake van een continue toestand van “precair zijn met elkaar”. Er kan dus onderkend worden dat de burgers in Nederland, met name de mensen met psychiatrische aandoeningen, precair zijn. De pandemie en *social distancing* vormen namelijk een bedreiging voor hun alledaagse manier van leven en hun leven, omdat zij besmet kunnen raken.

Duyvendak en Tonkens (2018) benoemen dat er tegelijkertijd wordt gestreefd naar het realiseren van een participatiesamenleving waarin de zelfredzaamheid van mensen centraal staat (Duyvendak, J.W. & Tonkens, E., 2018). Hier sluit het concept van “positieve gezondheid” op aan dat mede door de Gemeente Utrecht wordt toegepast in haar gezondheidsbeleid (Gemeente Utrecht, 2019). Dit concept lijkt echter sterk te zijn beïnvloed door het neoliberale denken. Het neoliberale denken is voortgekomen uit de liberale stroming. Vooral in de Verenigde Staten van Amerika en westerse landen wordt het neoliberale gedachtegoed waarbij onderdelen van de verantwoordelijkheid van de overheid bij de burgers worden gelegd als aantrekkelijk gezien (Brown & Baker, 2012). Dit is volgens Brown en Baker (2012) terug te zien in een van de kernideeën van het neoliberalisme waarbij er niet alleen maar sprake is van een verandering van de marktwerking en wereldhandelingsregelingen, maar ook

een transformatie van de waarden en het gedrag van mensen. Daarnaast wordt er een focus gelegd op de identiteiten van de mensen. De overheid doet hierbij een beroep op het veranderen van het gedrag van mensen en de waarden die zij hanteren. Op deze manier wordt er een groot verantwoordelijkheidsgevoel gecreëerd onder de burgers en worden zij verantwoordelijk gesteld voor zichzelf en hun eigen risico's (Brown & Baker, 2012). Het gevaar hiervan is dat mensen met psychiatrische aandoeningen zelf verantwoordelijk worden gemaakt voor hun zorgbehoeften en het aanpassen van hun leefstijl. Volgens Van Staa, Cardol, & van Dam (2017) kan er hierdoor gesproken worden van de responsabilisering van deze doelgroep.

Het is daarom essentieel om de geleefde ervaringen van mensen in de psychiatrie met de coronamaatregelen beter te begrijpen, zodat zorgprofessionals en andere betrokkenen kunnen stilstaan bij de precaire en kwetsbare positie die mensen met psychiatrische aandoeningen innemen in de maatschappij. Dit zal er toe bijdragen dat de zorgverlening voor deze kwetsbare doelgroep kan worden verbeterd, zodat hun positie in de maatschappij ook wordt geoptimaliseerd en zij daadwerkelijk kunnen participeren in de samenleving.

### 1.3 WETENSCHAPPELIJK PROBLEEM

Hoewel er voldoende wetenschappelijke literatuur te vinden is over de invloed van de pandemie en de coronamaatregelen op de ervaring van mensen met psychiatrische aandoeningen (Chatterjee, Malathesh Barikar, & Mukherjee, 2020; Haider, Tiwana, & Tahir, 2020; Kozloff, Mulsant, Stergiopoulos, & Voineskos, 2020; Shanmugam, Juhari, Nair, Ken, & Guan, 2020), lopen sommige onderzoeken nog steeds, omdat de pandemie nog niet voorbij is. Daarbij is er nog veel onbekend over de invloed van de pandemie op de ervaringen van de mensen met psychiatrische aandoeningen, omdat dit specifieke coronavirus nog niet eerder op zo'n schaal is verspreid in de wereld is. Daarbij is er in zijn algemeenheid weinig onderzoek gedaan naar de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens

pandemieën (Chatterjee et al., 2020). Daarenboven is er een gebrek aan kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van de mensen met psychiatrische aandoeningen met de pandemie en het fenomeen *social distancing*.

Dit is relevant, omdat de psychiater van Os in de documentairereeks “*Tygo in de psychiatrie*” (2019) aangeeft dat de psychiatrie geen precieze wetenschap is, omdat er nog heel veel onbekend is over alle psychiatrische aandoeningen die er zijn (GGZ.nl,2019). Zo benoemt hij dat het onvoorspelbaar is welke behandelingen wel of niet zullen aanslaan bij mensen en hoe het verdere ziekteverloop zal gaan. Volgens van Os kan het met de medicatie verschillende kanten op gaan. Sommige mensen worden heel paranoïde van de medicatie en andere mensen worden juist socialer (GGZ.nl,2019). Kwalitatief onderzoek is relevant om deze ervaringen van mensen te onderzoeken, omdat kwalitatief onderzoek dieper ingaat op de specifieke context van het individu en de gelaagde ervaring van iemands kwetsbaarheid bijvoorbeeld in kaart brengt.

Er bestaat een classificatiesysteem om psychiatrische aandoeningen te classificeren, genaamd Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS). Hier zijn de meningen ook sterk over verdeeld. Danielle Braun, die werkzaam is als antropoloog, vindt bijvoorbeeld dat het classificatiesysteem op een andere manier moet worden gebruikt (GGZ.nl,2019). Ze benoemt dat het begrijpelijk is dat mensen het nodig achten om complexe dingen, zoals psychiatrische aandoeningen, te ordenen. Volgens haar is die ordening ook nodig, maar dient men wel aandacht te hebben voor de patiënt. Braun benoemt tot slot dat het belangrijk is dat we niet te snel labels plakken op mensen en ze in hokjes stoppen, voordat er aandachtig en actief is geluisterd naar hun individuele verhalen. Het in kaart brengen van deze persoonlijke verhalen is iets dat met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek kan worden gerealiseerd.

Daarbij blijkt uit onderzoek (2020) dat de toenemende staat van onzekerheid, oftewel precariteit (Vosman en Niemeijer, 2017), van mensen met psychiatrische aandoeningen gedurende de pandemie een hogere tol heeft geëist op deze groep, omdat zij minder gezonde gedragsstrategieën hebben gehanteerd in de omgang met

de gevolgen van de pandemie (2020) en hierdoor meer stress- en angstklachten hebben ervaren (Haider et al., 2020).

Zoals reeds in de maatschappelijke probleemstelling is benoemd, kan precariteit op verschillende manieren worden gedefinieerd. Historisch gezien werd het woord precariteit volgens Walsh (2019) gebruikt door de Franse socioloog Bourdieu om de situatie in Algerije te beschrijven toen dit land door Frankrijk werd geregeerd. Toen er in de jaren 50 sprake was van een hervestigingsbeleid was er sprake van een toestand van precariteit. Er was namelijk geen sprake van een dienstregeling of vaste werkplek voor de Algerijnen (Walsh, 2019). Er kan gesproken worden van een onderbreking van de ruimte en tijd. Daarenboven is er vanuit de sociologie een definitie opgesteld door Gallie en Paugam (2003). Volgens hen is er sprake van sociale precariteit, oftewel toenemende sociale onzekerheid, op het gebied van de arbeidsmarkt, etnische diversiteit en immigratie, nieuwe huiselijke structuren en drugsverslavingen in de samenleving (Gallie, Paugam, & Union européenne. Direction générale Emploi et affaires sociales, 2003).

Vanuit de antropologie kan precariteit volgens professor Han (2018) worden gezien als een toestand waarin mensen zich bevinden die een onstabiele baan hebben en hun staatsvoorzieningen verliezen (Han, 2018).

De precarisering van kwetsbare groepen wordt mede door dr. Haider, hoogleraar Psychiatrie en gedragswetenschappen, en psycholoog Farah Tiwana als zorgelijk gezien (Haider et al., 2020). De gevolgen van de pandemie hebben ook een negatieve invloed gehad op hun mentale gezondheid, omdat sociale binding tussen mensen essentieel is voor het welzijn van de mens. De alternatieven die er worden geboden, zoals bellen en meetings via Zoom, Skype en WhatsApp kunnen persoonlijk en fysiek contact niet vervangen, omdat mensen hier nog steeds behoefte aan blijven hebben. Om deze redenen is de kans op het ontwikkelen van depressieve symptomen groter (Haider et al., 2020).

Er zijn dus verschillende conceptuele definities voor precariteit, vooral vanuit de sociologische hoek. Er zijn echter weinig definities voor precariteit die empirisch zijn

onderbouwd. Het is belangrijk om de precarisering van de mensen met psychiatrische aandoeningen in kaart te brengen, omdat de positie die zij innemen in de samenleving en hun toestand op deze manier beter kan worden begrepen.

Zoals in de maatschappelijke probleemstelling is aangehaald, wordt niet iedereen op dezelfde manier beïnvloedt door de pandemie. Omdat mensen met psychiatrische aandoeningen voorheen al een kwetsbare positie innamen in de samenleving, is het belangrijk om te kijken naar hoe deze precariteit hun positie verder heeft beïnvloed. De pandemie en de gevolgen hiervan hebben namelijk ook gezorgd voor een financiële onzekerheid op grote schaal, zowel voor mensen met als zonder psychiatrische aandoeningen (Godinic, Obrenovic, & Khudaykulov, 2020). Hierbij kan er bijvoorbeeld ook gedacht worden aan de baanonzekerheid die mensen voorheen hadden die is aangetast door de pandemie. Deze baanonzekerheid (2020) heeft een negatieve invloed op mensen die kampen met psychiatrische aandoeningen. Tevens is er sprake van een financiële onzekerheid bij mensen met psychiatrische aandoeningen, omdat zij zich het niet kunnen veroorloven als er wordt bezuinigd op de zorgverlening vanuit de geestelijke gezondheidszorg of als de toegankelijkheid van deze zorg verslechterd (Godinic, Obrenovic, & Khudaykulov, 2020).

Zorgethiek, een vorm van ethiek waarbij de focus ligt op de wisselwerking tussen kritisch conceptuele inzichten, zoals kwetsbaarheid, lichamelijke en alledaagse geleefde ervaringen binnen (zorg)praktijken om zo te komen tot het “moreel goede” (Vosman & Niemeijer, 2019, kan meer inzicht bieden in de geleefde ervaring van deze doelgroep. Zoals in de maatschappelijke relevantie is benoemd, is er volgens Lorey (2011) momenteel sprake van een status van precariteit die de mensen met psychiatrische aandoeningen ervaren, waardoor zij in zekere zin dubbel zo kwetsbaar worden (Tronto, 2013), waarbij het niet helpt dat COVID-19 met een permanente onzekerheid gepaard gaat, daar de toekomst ongewis blijft. Er is bijvoorbeeld continue onzekerheid over het versoepelen en het aansterken van de maatregelen die door de overheid worden doorgevoerd om de verspreiding te voorkomen en te reduceren (Lorey, 2011). Deze onzekerheid neemt verder toe door het opduiken van de recente Deltavariant van het COVID-19-virus. De deltavariant



lijkt volgens het RIVM (2021) namelijk besmettelijker te zijn dan de alfavariant. Het is echter nog onduidelijk of mensen zieker worden van de Delta-variant dan van de Alfavariant (RIVM, 2021). Ook blijkt volgens klinisch viroloog Matthijs Welkers, die werkzaam is aan het UMC in Amsterdam, dat mensen die gevaccineerd zijn de Deltavariant in tegenstelling tot vorige varianten van het COVID-19-virus wel aan andere mensen kunnen overdragen (Li et al., 2021).

Aandacht voor lichamelijke kennis kan volgens de Amerikaanse zorgethicus Hamington helpen om de zorgverlening beter te leren begrijpen: volgens Hamington dient er bij de zorgverlening zowel naar de lichamelijke kennis over zorgen van de patiënt als van de zorgverlener te worden gekeken (Hamington, 2012). Volgens hem houdt lichamelijke kennis alles in wat onlosmakelijk is verweven met ons lichaam. Hij doelt hiermee op onze stemmen, houdingen, handen, armen en ons geweten. Hamington stelt dat lichamelijke kennis een essentiële factor is bij het verlenen van zorg. Zorg wordt volgens hem geuit door het lichaam en is iets wat wij in de diepste laag van ons lichaam kennen (Hamington, 2012). Aangezien veel fysieke afspraken bij de huisarts en andere zorgprofessionals wegvallen voor mensen met psychiatrische aandoeningen, is het relevant om bij het analyseren van de geleefde ervaring van de mensen in de psychiatrie tijdens de pandemie oog te hebben voor de rol die lichamelijke kennis heeft in hun geleefde ervaringen.

De lichamelijke kennis en de inzichten over kwetsbaarheid van de mensen met psychiatrische aandoeningen die naar voren komen in het theoretisch kader, zorgen voor een diepgaander begrip van de ervaring van deze groep mensen. Het gebruiken van korte documentaires en het analyseren hiervan is ook een andere vorm van onderzoek dan de vormen die in de bovenstaande wetenschappelijke literatuur zijn gehanteerd. Overigens dient er op een andere manier te worden gekeken naar de ervaringen van deze mensen om hen beter te kunnen begrijpen en de essentie van hun ervaringen te kunnen achterhalen (GGZnieuws.nl, 2020). Voor het achterhalen van deze essentie is het hanteren van een fenomenologische benadering relevant.

Om deze redenen zal enerzijds het denken van de grondleggers van de zorgethiek, Joan Tronto en Feder Kittay, worden gebruikt om dit nader te analyseren en de

kwetsbaarheid van deze doelgroep beter te begrijpen. Dit is relevant, omdat er nog geen zorgethisch onderzoek is gedaan naar de ervaringen met de pandemie en “*social distancing*” ten gevolge hiervan dat het denken van Hamington aangaande lichamelijke en het zorgethische denken over kwetsbaarheid van Tronto en Kittay centraal stelt. Anderzijds zullen deze inzichten in verband worden gebracht met de empirische bevindingen die voort zullen komen uit het empirisch onderzoek waarbij gekeken wordt naar de ervaringen van mensen uit de praktijk die kampen met psychiatrische aandoeningen.

#### 1.4 VRAAGSTELLING

Hoofdvraag: Wat kunnen de theoretische inzichten over precariteit, kwetsbaarheid en lichamelijke ons vertellen over de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens een pandemie en wat betekent dit uiteindelijk voor goede zorg voor mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens een pandemie?

Deelvraag 1: Wat kunnen de theorieën over precariteit ons vertellen over de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens de pandemie?

Deelvraag 2: Hoe kunnen de inzichten van Hamington over lichamelijke en het denken van Tronto en Kittay over kwetsbaarheid begrepen worden in de context van zorgverlening aan mensen met psychiatrische aandoeningen?

Deelvraag 3: Hoe ziet de geleefde ervaring eruit voor mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens een pandemie waar social-distancing de norm is?

Deelvraag 4: Wat betekenen de theoretische en empirische inzichten voor goede zorg voor mensen met psychiatrische aandoeningen en goede zorg in het bijzonder?

## 1.5 DOELSTELLING

### **Interne doelstelling**

De interne doelstelling van deze thesis is om aan de hand van de zorgethische literatuur en het zorgethische begrip lichamelijke en theoretische over precariteit tot een verrijking van de betekenis te komen van de kwetsbaarheid die de mensen in de psychiatrie ervaren ten gevolge van de pandemie. Deze mensen namen voorheen al een kwetsbare positie in de samenleving in. De interne doelstelling is daarom om na te gaan hoe deze kwetsbaarheid is vergroot tijdens de pandemie.

### **Externe doelstelling**

Het externe doel van deze thesis is om bij te dragen aan het creëren van meer inzicht in de ervaring van mensen in de psychiatrie met de pandemie en de maatregelen ten gevolge hiervan. Op deze manier wordt er gestreefd om bij te dragen aan het realiseren van een beter begrip van deze ervaringen, zodat de zorg in de GGZ hierop kan worden afgestemd. Tenslotte wordt er getracht om deze groep mensen meer op de voorgrond te plaatsen en hen een stem te geven.

## Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

### 2.1 CONCEPTUELE VERKENNING EN DEFINITIES

#### 2.1.1 Definitie psychiatrische aandoeningen

Alvorens deelvragen 1 en 2 beantwoord kunnen worden en het theoretisch kader verder uitgewerkt kan worden, dient de term “psychiatrische aandoeningen” eerst te worden toegelicht en kritisch te worden doordacht.

Psychiatrische aandoeningen houden volgens hoogleraar in de Geestelijke Gezondheidszorg Delespaul (2013) in dat er sprake is van een mentale toestand die ervoor zorgt dat iemand beperkingen ervaart in het functioneren in de maatschappij. Het gaat hierbij om problemen die zich een langdurige periode voordoen. Volgens de vijfde editie van het diagnostisch hulpmiddel van psychiatrische aandoeningen genaamd *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* worden psychiatrische aandoeningen gedefinieerd als syndromen die gekenmerkt worden door een klinisch significante verstoring van de emotieregulatie en cognitie van een persoon (American Psychiatric Association, 2013). Daarbij is er hierbij sprake van dysfunctioneel gedrag op biologisch en psychologisch gebied en kan er sprake zijn van disfunctionerende onderliggende mentale ontwikkelingsprocessen.

Psychiatrische aandoeningen of stoornissen worden gekarakteriseerd door aanzienlijke *distress* of *disability* op professioneel en sociaal vlak. Er wordt dus gesteld dat er sprake is van een verstoorde medische werking van de hersenen die schadelijk of nadelig is voor de persoon die hiermee gediagnosticeerd wordt (American Psychiatric Association, 2013). Echter, wordt deze definitie bekritiseerd door filosofe Amoretti en onderzoeker Lalumera (2019). Dit wordt in het volgende gedeelte van dit subhoofdstuk nader toegelicht.

#### 2.1.2 Kritiek op het classificeren van psychiatrische aandoeningen

Zoals hierboven geadresseerd, hebben psychiatrische aandoeningen volgens psychiater en psychotherapeut Van Meekeren en andere professionals in de GGZ (2009) geen eenduidige oorzaak, omdat deze aandoeningen door een samenstelling van factoren ontstaan. In de essentie ontstaan dergelijke aandoeningen volgens hen

door een combinatie van iemands aanleg en zijn of haar omgevingsfactoren. Deze factoren interfereren met elkaar. De aanvang van psychiatrische aandoeningen kan worden gelokaliseerd in de bestaande kwetsbaarheid die in de aanleg van een individu voorkomt. Een voorbeeld hiervan is de aanleg voor impulsieve reacties. Dit hoeft niet per definitie te resulteren in een psychiatrische stoornis, maar dit kan echter wel het geval zijn wanneer dit individu iets stressvols ervaart in zijn leven. Dit is een voorbeeld van een omgevingsfactor. De omgevingsfactoren kunnen er dus toe leiden dat de aandoening die in de genen rust in de praktijk tot uiting komt. Om deze reden wordt er bij de behandeling van een psychiatrische aandoening een focus gelegd op het beïnvloeden van de omgevingsfactoren op een positieve wijze. Het is essentieel om bewust te zijn van de wisselwerking tussen de verscheidene factoren wanneer er sprake is van een psychiatrische aandoening (van Meekeren et al., 2009).

Zoals eerder is benoemd, biedt het DSM classificatiemodel een overzicht van verschillende categorieën van gedragsstoornissen en psychiatrische aandoeningen bij kinderen en volwassenen (American Psychiatric Association, 2013). Er worden concrete criteria beschreven voor elke aandoening. De psychiatrische aandoeningen zijn gecategoriseerd op basis van het type aandoening. Zo zijn er angststoornissen, psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen. Deze psychiatrische aandoeningen vallen onder de categorie Axis I, omdat deze aandoeningen niet gebaseerd zijn op iemands persoonlijkheid. De persoonlijkheidsstoornissen vallen onder categorie Axis II. De DSM (2013) omvat nog andere categorieën die de focus leggen op andere medische toestanden, zoals de intensiteit van de psychiatrische aandoening. Ondanks dat dit classificatiesysteem aardig betrouwbaar is, heeft het classificatiemodel volgens psychiater Schatzberg en filantroop Norris (2009) geen gezichtsvaliditeit. De reden hiervoor is dat er geen pathologie testen kunnen worden uitgevoerd om de diagnose te bevestigen. Bij pathologie testen wordt het weefsel van de persoon in kwestie onderzocht om een diagnose te kunnen vaststellen (Schatzberg & Norris, 2009).

Daarenboven is de definitie (2013) die volgens het DSM gehanteerd moet worden volgens filosofe Amoretti en onderzoeker Lalumera (2019) ook niet altijd even passend. Zij stellen dat het niet noodzakelijk is dat een mentale toestand schadelijk is of voor ellende of angst zorgt bij iemand om deze toestand te kunnen classificeren als een psychiatrische aandoening (Amoretti & Lalumera, 2019). Amoretti en Lalumera (2019) veronderstellen dat psychiatrische aandoeningen ook kunnen worden gediagnosticeerd als deze niet schadelijk zijn voor de persoon die hiermee is gediagnosticeerd. Schade wordt volgens het DSM (2019) classificatiesysteem gedefinieerd als *distress* en *disability*. Volgens dit classificatiesysteem varieert *distress* van een staat van angst, bezorgdheid en ongerustheid tot een toestand waarin iemand verkeert die bijna symptomen van een depressie vertoont. Doordat de definitie van *distress* zo vaag is, stellen zij dat dit voldoende reden is om *distress* niet te vermelden in de definitie van psychiatrische aandoeningen (Amoretti & Lalumera, 2019).

Daarbij vinden Amoretti en Lalumera (2019) het problematisch dat angst, wat een symptoom kan zijn van een depressie of een angststoornis, over het algemeen een compleet normaal aspect is van menselijke reacties op negatieve en stressvolle ervaringen. Daarom vinden zij (2019) dat het ontzettend complex is om te concluderen waar de grens moet worden getrokken tussen pathologisch lijden (veroorzaakt door aandoeningen) en normaal leed.

Daarbij dient het schadecriterium niet te worden opgenomen in de definitie, omdat dat kan leiden tot verkeerde negatieve uitslagen. Verkeerde negatieve uitslagen zijn cases waarbij de toestand van iemand onterecht niet is geclassificeerd als een aandoening, terwijl er wel sprake is van een psychiatrische aandoening. De fout ligt hierbij volgens hen niet bij de zorgprofessionals of het inzicht van de onderzoeker in de criteria. De fout ligt in zulke gevallen bij de incompetentie van de criteria (Amoretti & Lalumera, 2019).

Overigens wordt er eigenlijk door middel van het opstellen van een classificatiemodel gesuggereerd dat de psychiatrische aandoeningen kunnen worden gecategoriseerd. Middels dit model wordt geïmpliceerd dat de aandoeningen behandelbaar zijn, omdat deze gecategoriseerd zijn en dat er voor elke gecategoriseerde aandoening een bepaalde methode is om de klachten te doen verminderen of verhelpen. Het is echter behoorlijk lastig om hulp te krijgen bij complexe diagnoses, omdat de wachttijden in de GGZ al zeer lang zijn voor mensen die lijden aan een psychiatrische aandoening. Het is dus nog lastiger voor mensen die lijden aan meerdere psychiatrische aandoeningen om de juiste psychiatrische hulp te krijgen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020).

Bovendien hebben Duyvendak en Tonkens (2018) kritiek op wat zij de responsabilisering van de burgers met psychiatrische aandoeningen voor hun eigen zorgvragen noemen. Volgens hen is namelijk niet iedereen zelfredzaam en kan deze verantwoordelijkheid niet bij iedereen worden gelegd. Zij benoemen ook dat er niet van iedereen verwacht kan worden dat zij de zorg kunnen dragen voor andere mensen in de maatschappij, omdat zij in vele gevallen zelf zorg nodig hebben. Het concept van “positieve gezondheid” dat door de gemeente Utrecht wordt aangehaald is een resultaat van het neoliberale denken dat type samenleving in Nederland heeft beïnvloed (Gemeente Utrecht, 2019). Binnen het neoliberale denken staan onder andere de individuele vrijheid en de eigen verantwoordelijkheid centraal (McGregor, S. 2001 & Van Staa, Cardol & van Dam, 2017).

Daarentegen, is het onwijs zorgelijk dat mensen met psychiatrische aandoeningen hierdoor ook verantwoordelijk worden gesteld voor hun eigen leefstijl en hun gedrag. Zoals eerder is benoemd, zijn psychiatrische aandoeningen namelijk ook voor een deel erfelijk bepaald en mensen hebben geen controle over hoe hun genen zijn gevormd (van Meekeren et al., 2009).

## 2.2 PRECARITEIT AANGAANDE PANDEMIE EN SOCIAL DISTANCING

In dit subhoofdstuk wordt er literatuur behandeld van politiek theoreticus Lorey (2011), wijlen hoogleraar Zorgethiek Vosman en universitair docent Zorgethiek en Beleid Niemeijer (2017) over precariteit. Er wordt getracht om te begrijpen wat precariteit precies behelst, wat de zorgethische relevantie van dit concept is en om te achterhalen op welke wijze mensen met psychiatrische aandoeningen te maken hebben met precariteit.

De volgende deelvraag zal beantwoord worden:

“Wat kunnen de theorieën over precariteit ons vertellen over de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens de pandemie?”

Zoals eerder is benoemd, kan precariteit volgens politiek theoreticus Lorey (2011) worden gedefinieerd als een toestand van gevaar, onzekerheid en kwetsbaarheid. Volgens haar wordt precariteit in het neoliberalisme niet meer gezien als iets wat een uitzondering op de regel is, maar als iets wat ondertussen een onderdeel is geworden van het nieuwe “normaal” (Lorey, 2011). Lorey veronderstelt dat regeringen hierdoor landen kunnen besturen door middel van het gebruiken van deze vormen van onzekerheid, gevaar en kwetsbaarheid. Volgens Lorey zijn er drie dimensies van precariteit. De eerste dimensie van precariteit is de dimensie van onzekerheid. Hierbij volgt zij de ideologieën van Butler en stelt dat deze dimensie ontologisch van aard is en bestaat uit leven en lichamen (Lorey, 2011).

De tweede dimensie van het precaire, noemt zij precariteit. Lorey (2011) onderkent dat deze kan worden gezien als een categorie van orde die de diverse sociale, juridische en politieke compensaties voor precariteit in zijn algemeenheid in kaart brengt. Precariteit wijst op het classificeren van vormen van precariteit als een hiërarchie waarin groepen zich bevinden die “met elkaar zijn”, terwijl; andere groepen te maken krijgen met een proces van *othering*. Hiermee wordt bedoeld dat zij als de “ander” of “anders” worden beschouwd. Tevens kan er een vorm van ongelijkheid worden gecategoriseerd. Deze dimensie van precariteit bestaat tevens uit overheersingsverhoudingen, waardoor het horen bij een groep sommige mensen wordt ontzegd en andere mensen wordt toegekend. Precariteit wijst namelijk op



posities van onzekerheid op sociaal vlak. De term precariteit impliceert noch de wijze van subjectivering noch de kracht van de mensen die een onzekere positie innemen op sociaal vlak.

Het proces van *othering* dat in de bovenstaande alinea is benoemd is terug te zien in de huidige maatschappij wanneer we kijken naar de manier waarop er wordt gekeken naar mensen met psychiatrische aandoeningen (Trimbos Instituut, 2021). Zoals eerder is aangegeven, heerst er volgens het Trimbos Instituut (2021) een stigma in de samenleving, waardoor deze groep wordt uitgesloten op sociaal vlak. Er kan dus gesproken worden over een onzekere positie die deze groep inneemt in de maatschappij op sociaal gebied. Deze groep wordt als “anders” gezien, omdat mensen behoorlijk veel negatieve vooroordelen over hen hebben. Dit leidt vervolgens tot een stereotypering van deze groep in negatieve zin. Deze groep mensen is dus al precair (Lorey, 2011). De precariteit neemt voor hen toe door de pandemie en de *social distancing* die zich voordoet in de samenleving. De sociale contacten van deze groep mensen neemt hierdoor namelijk nog verder af. Hun positie verandert hierdoor verder op sociaal en maatschappelijk vlak. Bovendien is in de wetenschappelijke problematisering benoemd dat zij lijden aan meer angstklachten en dergelijke (Chatterjee et al., 2020; Haider et al., 2020; Kozloff et al., 2020; Shanmugam et al., 2020).

Deze angstklachten kunnen ervoor zorgen dat deze groep mensen zich verder afzondert van de samenleving en hierdoor in een nog kwetsbaardere positie terechtkomt in de samenleving. Daarenboven zijn de wachttijden in de GGZ, zoals eerder is benoemd, aanzienlijk lang. Hierdoor kan deze groep pas in een later stadium de nodige zorg krijgen. Er kan dus gesteld worden dat de invloed van de pandemie en de gevolgen hiervan op de psychiatrische gesteldheid van deze groep mensen aanzienlijk is en dat het nodig is om aandacht te besteden aan deze groep.

De derde dimensie van precariteit heeft betrekking tot de dynamieken van de precariteit die door de regering tot stand komt (Lorey, 2011). Deze vorm van precariteit is terug te zien in de manier van regeren sinds de opkomst van de industriële kapitalistische maatschappij en kan niet meer weggedacht worden in de

hedendaagse samenleving waarin zelfbeschikking een belangrijke rol speelt. Met precariteit vanuit de regering wordt niet alleen gedoeld op loonarbeid, maar tevens op de destabilisering van de leefstijlen en daarom ook de ontwrichting van de mensen.

Deze derde dimensie van precariteit is terug te zien in de manier waarop de regering invloeden vanuit het neoliberale gedachtegoed heeft doorgevoerd in de manier waarop de zorg is geregeld in Nederland. Zo is er sprake van een focus op de eigen verantwoordelijkheid aangaande de zorgvragen van mensen, waaronder mensen met psychiatrische stoornissen (McGregor, S. 2001 & Van Staa., Cardol & van Dam, 2017). Er wordt van hen verwacht dat zij bijvoorbeeld zelf een afspraak inplannen bij een zorgprofessional, indien zij ergens last van krijgen. Bovendien dienen zij hun leefstijl aan te passen, omdat zij verantwoordelijk worden gesteld als hun leefstijl niet overeenkomt met de normen voor een “positieve gezondheid” die hen worden opgelegd in de maatschappij (Gemeente Utrecht, 2019). Het kan bevestigd worden of het wel realistisch is om deze groep mensen verantwoordelijk te stellen voor hun eigen mentale gezondheid.

Een onderdeel van de industriële kapitalistische maatschappij is daarbij de privatisering van de gezondheidszorg (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020). Privatisering betekent volgens McGregor (2001), een Amerikaanse econoom, dat mensen worden voorzien van bepaalde diensten, zoals zorgverlening door organisaties die onderdeel zijn van een markt die competitief van aard is. Hierbij is de overheid geen belasting om hiermee zorgdiensten aan de bevolking te bieden. Deze organisaties die onderdeel uitmaken van de competitieve markt zijn “privaat”, oftewel liggen in de handen van de burgers (McGregor, 2001). Met de marktwerking wordt volgens Nederlandse politicus Margreeth Smilde (2009) gedoeld op alles wat te maken heeft met de vraag en het aanbod van producten op de Nederlandse markt. Wanneer burgers, oftewel consumenten, iets willen kopen, dienen organisaties volgens haar hun best te doen om een concurrenten prijs aan de consumenten te bieden die aansluit op de vraag. De overheid bemoeit zich niet met dit proces. In de zorg is de marktwerking echter anders geregeld. De overheid heeft

namelijk bepaalde voorwaarden opgesteld voor zorginstellingen en zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat de kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorgverlening betaalbaar en goed is (Smilde, 2009).

Deze ontwikkelingen waarbij er steeds meer sprake is van een marktwerking op het gebied van de gezondheidszorg, zorgen ervoor dat mensen met psychiatrische aandoeningen een steeds grotere onzekere positie innemen. Tot slot, zorgen de toenemende wachttijden in de GGZ, wat een van de gevolgen is van de marktwerking, er ook voor dat deze onzekere positie verder wordt versterkt (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020).

Volgens Vosman en Niemeijer (2017) betekent precariteit een constant gevoel van onzekerheid over een positie die het individu inneemt in de samenleving. Zij benoemen dat mensen verschillende posities innemen in de samenleving die diepere lagen hebben dan de classificaties van onderdrukkers en onderdrukten. Er dient volgens hen te worden gekeken naar de complexiteit en sociale condities die zich voordoen in zorgpraktijken en zorginstellingen (Vosman en Niemeijer, 2017).

Bovendien veronderstellen zij ook dat het proces van *othering* van kwetsbare mensen, zoals mensen met psychiatrische aandoeningen, dat eerder door Lorey is aangehaald, gerelateerd is aan precariteit. Door dit proces kunnen mensen volgens hen in een situatie belanden waarbij zij worden gezien als “de ander” waartegenover een “wij” staat die hen uitsluit. Hierdoor neemt de precariteit nog meer toe onder de kwetsbare mensen, omdat zij enorm onzeker worden over de positie die zij innemen in de maatschappij en over of zij geholpen zullen worden in geval van zorgbehoeften. Overigens is er sprake van een gevoel van machteloosheid bij deze groep door deze precare leefsituatie.

Vosman en Alistair (2017) onderkennen dat precariteit niet alleen betrekking heeft tot de intrinsieke wereld van een persoon die zich in een precare situatie bevindt. Zij benoemen (2017) dat Le Blanc stelt dat precarisering iets is wat een groep mensen wordt aangedaan en in eerste instantie niet gaat om een gevoel of stigma. Precariteit gaat ook niet alleen maar over groepen waarvan overduidelijk is dat zij

gemarginaliseerd worden. Precariteit gaat over het kwetsbaar maken of het plaatsen van mensen in een onzekere positie door hen uit hun eigen positie te halen en ervoor te zorgen dat zij in een politieke precare situatie terechtkomen (Vosman en Niemeijer, 2017). Hierdoor vindt er een proces van herpositionering plaats waardoor ouderen bijvoorbeeld een kwetsbare plek krijgen in de samenleving. Precariteit kan volgens Vosman en Niemeijer dus worden gezien als een kijkbril waarmee de mensen die onzekere posities in de samenleving innemen kunnen worden waargenomen. Wanneer er met deze kijkbril wordt gekeken naar de positie van mensen met psychiatrische aandoeningen kan men stellen dat hun positie door de bovengenoemde ontwikkelingen precairder is geworden.

Kortom, de pandemie en de coronamaatregelen lijken wel degelijk van invloed te zijn op het verder precariseren van mensen met psychiatrische aandoeningen en hun geleefde ervaring. Zij kunnen namelijk al een proces van *othering* hebben ervaren voor de aanvang van de pandemie. Door de pandemie, de mogelijke toename van klachten en het gebrek aan adequate psychiatrische en psychologische hulp kan de situatie waarin deze groep zich bevindt nog onzekerder, oftewel precairder, worden.

### 2.3 LICHAAMELIJKHEID EN KWETSBAARHEID

Deelvraag 2: Hoe kunnen de inzichten van Hamington over lichamelijkeid en het denken van Tronto en Kittay over kwetsbaarheid begrepen worden in de context van zorgverlening aan mensen met psychiatrische aandoeningen?

Zoals eerder is benoemd, stelt Hamington dat lichamelijkeid nodig is om betekenis te geven aan de zorg die mensen verlenen aan andere mensen en het opdoen van kennis over de juiste vorm van zorgverlening. Hamington (2012) veronderstelt dat lichamelijkeid te maken heeft met alles wat nauw verbonden is met ons lichaam en hier onafscheidelijk van is. Hiermee wordt gedoeld op onze houdingen, stemmen, geweten, handen en armen. Voorts benoemt hij dat we op onze zintuigen, gevoel en verstand kunnen rekenen om ons te leiden naar het juiste om te doen. Dit komt volgens hem door ervaringen die wij hebben opgedaan in het verleden (Hamington, 2012).

Vervolgens benoemt Hamington (2012) dat de theorieën van Maurice Merleau-Ponty over lichamelijkeid relevant zijn wanneer we spreken over lichamelijkeid. Hamington stelt dat Ponty mensen iets essentieels heeft geleerd over hoe het lichaam andere mensen en lichamen aanraakt en hoe het lichaam zelf geraakt of aangeraakt wordt. Hiermee wordt verondersteld dat het lichaam zowel als subject als object kan worden gezien Hamington (2012). Dit is een relevant punt, omdat hiermee wordt aangeduid dat het lichaam niet alleen gebruikt wordt om zorg te verlenen aan anderen, maar ook nuances van zorg in beeld brengt. Hierdoor wordt er een basis opgesteld voor wederzijdse zorgverlening en het creëren van een empathisch vermogen.

Volgens een leerling van Merleau-Ponty en arts genaamd Leder, zijn onze lichamen in staat om op te gaan in de achtergrond en ervoor te zorgen dat de focus niet op ons lichaam ligt, maar op de persoon die tegenover ons staat (Hamington, 2012). Hierdoor hoeven we ons niet druk te maken over de zuurstofvoorziening voor ons bloed of over onze spijsvertering. Ons lichaam doet dat namelijk voor ons, zonder dat wij dit doorhebben en hierover hoeven we na te denken. Tot slot, benoemt Leder dat wij hierdoor genoeg ruimte en tijd hebben om met onze zintuigen waar te

nemen wat de ander zegt en doet. Dit is volgens hem noodzakelijk voor het verlenen van zorg aan mensen (Hamington, 2012).

Wanneer we aan de hand van deze theorie van Merleau-Ponty kijken naar de zorgverlening aan mensen met psychiatrische aandoeningen ten tijde van de pandemie en *social* kan er gesteld worden dat zorgverleners niet goed in staat zijn geweest om tijdens de eerste golven van de pandemie goede zorg te verlenen aan ze groep mensen. Er was namelijk een groot gebrek aan lichamelijke, oftewel lichamelijke aanraking. Zo konden mensen niet knuffelen, geen handen schudden of een schouderklopje krijgen. Mensen met psychiatrische aandoeningen hadden voornamelijk belafspraken met hun psychologen en psychiaters en konden hun zorgverleners ook niet fysiek aanraken. Zij bevonden zich voornamelijk in hun thuisomgeving.

Bovendien konden de therapeuten en psychologen hun zintuigen niet volledig gebruiken tijdens deze belafspraken, omdat zij zich niet in dezelfde fysieke ruimte bevonden als hun cliënten. Zowel cliënten als zorgverleners konden elkaar daarom niet volledig waarnemen aan de hand van al hun zintuigen. Verder is het de vraag of het verstand, de zintuigen en het gevoel van de zorgverleners hen konden leiden naar het verlenen van goede zorg op basis van eerdere ervaringen, omdat veel zorgverleners niet eerder zo'n pandemie hebben meegemaakt en te maken hebben gekregen met *social distancing*.

Zoals in de probleemstelling is beschreven, zijn mensen volgens Tronto (2013) mensen niet inherent kwetsbaar, maar worden zij kwetsbaarder op het moment dat zij afhankelijk worden van andere mensen voor professionele steun en zorg. Tronto ziet zorgverlening dan ook als iets dat het neoliberale gedachtegoed bevraagt waarin het autonome en zelfredzame individu centraal staat. Wanneer iemand een vorm van zorg nodig heeft, is diegene volgens haar kwetsbaar. Zij benoemt dat niet iedereen dit doorheeft (Tronto, 2013). Het voorbeeld dat zij hiervoor geeft is die van iemand die op kantoor werkt en een schoonmaker. De schoonmaker leegt de prullenbakken voor degene die op kantoor werkt. Wanneer de schoonmaker dit niet meer zou doen, zou de werknemer in een positie van kwetsbaarheid terechtkomen.

Tronto (2013) benoemt dat Goodin stelt dat mensen die zich in kwetsbare posities bevinden, zoals mensen met psychiatrische aandoeningen, gevaar lopen dat hun zorgverleners hun zorgbehoeften voor hen invullen. Dit is ook terug te zien in de manier waarop de overheid in Nederland de maatregelen heeft ingevoerd, zoals *social distancing*. Ondanks het feit dat het begrijpelijk is dat er afstand moet worden gehouden van elkaar om zo de verspreiding van het virus tegen te gaan, heeft dit wel aanzienlijke gevolgen voor mensen met psychiatrische aandoeningen. Zoals in de wetenschappelijke probleemstelling is benoemd, zijn de angst- en stressklachten onder mensen met psychiatrische aandoeningen aanzienlijk toegenomen tijdens de golven van de pandemie. Het is juist daarom essentieel dat zij hun zorgverleners kunnen zien en dat zij toegankelijk en bereikbaar genoeg zijn, ook op fysieke locaties. Terugkomend op de gevormde participatiemaatschappij en de focus op de zelfredzaamheid van het individu, is hier ook weer terug te zien hoe de mensen met psychiatrische aandoeningen zelf verantwoordelijk worden gesteld voor het zoeken van zorg (Duyvendak & Tonkens, 2018). De overheid lijkt onvoldoende rekening te houden met de lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg en de toenemende psychiatrische klachten onder de bevolking, met name de mensen die al lijden aan psychiatrische aandoeningen. Tronto (2013) stelt daarom ook dat door het centraal stellen van de zelfredzaamheid van mensen er niet genoeg aandacht wordt geschonken aan de menselijke ervaringen die ook bestaan uit momenten van kwetsbaarheid en precariteit. Volgens haar is het fout om te veronderstellen dat alle mensen gelijk zijn in die zin en moet de regering hier rekening mee houden, zodat de kwetsbare mensen worden beschermd en niet verder worden geprecariseerd (Tronto, 2013).

De visie van Kittay op kwetsbaarheid sluit aan op de visie van Tronto (Kittay, 1999). Zij veronderstelt namelijk dat er altijd een “kwetsbare” ander is waar iemand anders in de samenleving voor moet zorgen. Daarnaast benoemt Kittay (1999) dat afhankelijkheid ook veel raakvlakken heeft met kwetsbaarheid. Mensen die afhankelijk zijn van anderen, zoals patiënten van zorgverleners, zijn volgens haar ook kwetsbaar. Ook benoemt zij (1999) dat de zorgverleners zelf ook verkeren in

kwetsbare posities, omdat de zorgverleners geschaad kunnen worden door de morele dilemma's die het werk met zich meebrengt. Bovendien kunnen de zorgverleners volgens haar worden geëxploiteerd door hun werkgevers die een dominante positie innemen. Volgens haar is het daarom van essentieel belang dat de samenleving er actief aan werkt om elkaar te ondersteunen, zodat zowel de patiënten als de zorgverleners gezond kunnen blijven (Kittay, 1999).

Zoals in de probleemstelling en in subhoofdstuk 2.2. is benoemd, zijn er momenteel enorm lange wachttijden in de GGZ ten gevolge van de marktwerking (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020). Volgens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, oftewel IGJ, zijn de bestaande problemen die voorkomen bij het bieden van hulp aan jongeren met psychiatrische problemen door de pandemie aanzienlijk toegenomen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020). Zo stelt de IGJ (2020) dat zorginstellingen in de GGZ onvoldoende geld en personeel hebben om mensen met psychiatrische aandoeningen te helpen die een complexe zorgvraag hebben.

Terugkomend op het denken van Kittay over kwetsbaarheid, zien we in Nederland terug dat zowel de mensen met psychiatrische aandoeningen als zorgverleners in een kwetsbare positie worden gezet en dat zij meer worden geprecariseerd. Voor het gemeenschappelijk welbevinden en de gezondheid van de samenleving is het cruciaal dat de GGZ meer financiële steun krijgt vanuit de overheid, zodat er in de (complexe) zorgbehoeften van mensen met psychiatrische aandoeningen kunnen worden voorzien en de zorgverlening voor deze groep mensen kan worden aangesloten op hun zorgbehoeften.



## Hoofdstuk 3. Methode

De onderzoeksmethode is zorgethisch van aard. Om deze reden is er in deze thesis ook sprake van een wisselwerking tussen empirie en theorie op basis van het zorgethische lemniscaat van de Utrechtse Zorgethiek. Dit betekent dat er zowel een conceptueel deel is uitgewerkt in het theoretisch kader, waarin de concepten lichamelijkheid en kwetsbaarheid zijn toegelicht. Vervolgens is er een empirisch onderzoek uitgevoerd dat een antwoord geeft op de derde deelvraag. De empirische methode van het onderzoek wordt in subhoofdstuk 3.2 nader wordt toegelicht. De planning voor dit onderzoek is opgenomen in bijlage 2. Het zoekplan voor de dataverzameling voor het literatuuronderzoek is terug te vinden in bijlage 3.

### 3.1 EMPIRISCHE METHODE

#### 3.1.1 Onderzoeksbenadering en onderzoeksmethode

Zoals hierboven is benoemd, is er naast het literatuuronderzoek dat in het theoretisch kader naar voren is gekomen, ook een empirisch onderzoek uitgevoerd. De empirische onderzoeksbenadering die wordt gehanteerd in deze thesis is Phenomenology of Practice van Max Van Manen (2015). De onderzoeksmethode die hierop aansluit is Interpretative Phenomenology. Het doel van deze methode en benadering is om een tekstuele expressie van de essentie van het fenomeen te verwezenlijken (Van Manen, 2015). Er is gekozen voor deze methode, omdat er met deze thesis wordt getracht om het fenomeen de geleefde ervaring van de mensen met psychiatrische aandoeningen met de gevolgen van de pandemie beter te begrijpen. Er is gekozen voor de methode van Van Manen, omdat er wordt getracht om iets te presenteren en in kaart te brengen door middel van een tekstuele expressie. De reden hiervoor is dat de filmpjes die zijn gekozen als data hier goed op aansluiten. Er is namelijk geen sprake van een interview, maar van verschillende toespraken die door de mensen met psychiatrische aandoeningen worden gegeven. Aangezien Van Manen met zijn methode iets probeert te achterhalen wat verschuilt ligt achter woorden en meer licht probeert te schijnen op de “innerlijke toespraken” van mensen, wordt deze methode als adequaat gezien door de onderzoeker (Van Manen, 2015).

### 3.1.2 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

In dit onderzoek staan de ervaringen met de pandemie van de mensen in de psychiatrie die in de drie korte films naar voren komen centraal (GGZnieuws.nl, 2020). Er is hiervoor gekozen, omdat deze films de ervaringen met de pandemie en de coronamaatregelen uitgebreid naar voren brengen bij drie mensen in de psychiatrie. De data zullen uit deze drie films verzameld worden, door middel van uitgeschreven teksten en nader worden geanalyseerd. Vervolgens zullen deze teksten nader worden geanalyseerd om te kijken hoe de problematisering terug kan worden gevonden in de ervaringen van deze mensen.

De eerste persoon die aan bod komt in de korte films is Anne. Anne is een vrouw van in de twintig en is woonachtig in Rotterdam. Zij woont alleen met haar kat in een appartement met een tuin. Anne lijkt een angststoornis te hebben die gepaard gaat met emotionele uitbarstingen. Tevens lijkt het alsof Anne lijdt aan een depressie. Anne heeft normaal gesproken fysieke sessies met haar therapeut, maar door de pandemie en de maatregelen ten gevolge hiervan kan zij haar sessies alleen nog maar online doen. Anne heeft een grote behoefte aan lichamelijk contact, ook vanuit haar therapeut. Tot slot, komt Anne over alsof zij behoorlijk eenzaam is.

De tweede persoon die aan bod komt in de filmreeks is Marli. Marli is ook een vrouw van in de 20 die op zichzelf woont in een gezinswoning in Tolen. Marli is in behandeling bij de psycholoog voor haar angstklachten. Het lijkt alsof Marli ook een vorm van autisme heeft, omdat zij een sterke behoefte heeft aan structuur en aan een mate van voorspelbaarheid wat haar planning betreft. Verder heeft Marli ook astma en is zij hiervoor maar liefst acht keer opgenomen in het ziekenhuis. Dit heeft ervoor gezorgd dat haar angstklachten tijdens de pandemie verder zijn toegenomen. Tot slot, heeft Marli een grote behoefte aan aanraking en voelt zij zich eenzaam.

Jasper is een man van begin dertig die samen met zijn vrouw en zijn zoon van vier woont in het oosten van Nederland. Jasper heeft een vorm van autisme en vindt het sociale contact met collega's op zijn werk lastig, omdat hij het moeilijk vindt om mensen lang aan te kijken. Verder houdt hij ook niet van handen schudden. Hij prefereert het online werken daarom ook meer, omdat het sociale contact dan

minder hoeft en het communiceren via Microsoft Teams of Zoom hem makkelijker afgaat. Jasper lijkt tevens te kampen met een vorm van OCD, omdat hij geregeld schoonmaakt. Hij maakt de plekken schoon die al zijn schoongemaakt door zijn schoonmaakster. Overigens lijkt dit te duiden op zijn angstklachten, omdat hij ook handschoenen aandoet als hij naar buiten gaat. Daarbij is Jasper zeer bang dat zijn vrouw besmet raakt met het COVID-19-virus en dat hij dan alleen komt te staan voor de zorg die zijn zoon nodig heeft. Hij volgt verschillende therapieën, maar voelt zich nog steeds niet gerust om volledig de zorg te dragen voor zijn zoon. Jasper heeft wel een sterke behoefte aan aanraking van zijn dierbaren.

### 3.1.3 Dataverzameling

De data bestaan uit literatuur over de inzichten van Tronto en Kittay over kwetsbaarheid en inzichten van Hamington over lichamelijkeheid. Tevens zijn er voor het beantwoorden van de fenomenologische data verzameld uit een dataset die bestaat uit drie korte films over de ervaring van mensen in de psychiatrie met de COVID-19 crisis en de *social distancing* die hierbij komt kijken. Deze korte films zijn voortgekomen uit een onderzoek van een klinisch psycholoog, een universitair docent sociale wetenschappen en een filmregisseuse. Hun doel was om in kaart te brengen wat de ervaringen van patiënten de waren met de verspreiding van het COVID-19-virus en de gevolgen hiervan. De toegevoegde waarde van deze films is dat de ervaringen van drie mensen in de psychiatrie uitgebreid naar voren komen. De films zijn gekozen op basis van de volgende criteria. Deze films zijn rijk aan data die geanalyseerd kunnen worden volgens de methode van Van Manen om de essentie van de ervaring met de pandemie en de gevolgen hiervan te achterhalen. Deze films zijn uniek, omdat we weinig films zijn die de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen met de pandemie in kaart brengen. Bovendien is het onderzoek onder andere uitgevoerd door een klinisch psycholoog en sociale wetenschapper. Er is dus sprake geweest van een multidisciplinair onderzoeksteam. Daarnaast is de onderzoeksmethode die zij hebben gehanteerd ook duidelijk omschreven. Tot slot, zijn de films adequaat voor dit onderzoek, omdat er middels

deze films meer inzicht kan worden verkregen in de ervaringen van drie mensen met psychiatrische aandoeningen en deze films stof bieden voor verdere verdieping.

### 3.1.4 Data-analyse

De data zijn aan de hand van de leefwerelddimensies van Van Manen (2015) geanalyseerd. De leefwerelddimensies van Van Manen zijn spatiality, temporality, intersubjectiviteit, lichamelijkheid en gemoedstoestand. Spatiality, oftewel ruimtelijkheid, heeft betrekking tot hoe mensen de ruimte ervaren. Zo kunnen mensen zich bijvoorbeeld heel dichtbij of juist ver weg van bepaalde dingen of mensen voelen (Van Manen, 2016). De leefwerelddimensie temporality, met andere woorden tijdelijkheid, is volgens Van Manen gerelateerd aan de continuïteiten en discontinuïteiten van tijd. Tevens gaat tijdelijkheid over hoe bepaalde ervaringen die we meemaken op bepaalde momenten in ons leven onderdeel uitmaken van ons persoonlijk verhaal. De dimensie intersubjectivity, ofwel intersubjectiviteit, is gerelateerd aan hoe wij ons verhouden tot andere mensen en tot de wereld. Onze identiteit is namelijk deels afgeleid van wie wij zijn of welke rol wij spelen in de levens van andere mensen. De vierde leefwerelddimensie is embodiment wat lichamelijkheid betekent. Lichamelijkheid betreft zich tot hoe we op lichameniveau betekenisvol kunnen leven in verhouding tot andere mensen en de wereld. De laatste dimensie die Van Manen behandelt is mood wat gedefinieerd kan worden als gemoedstoestand. Volgens Van Manen geeft deze dimensie kleur aan de geleefde ervaring van mensen. Gemoedstoestand kan volgens hem worden gezien als een krachtige, interactieve en perceptuele indicator van de betekenis van een situatie voelen (Van Manen, 2016).

Fase 1: Het bekijken van de korte filmpjes Met deze leefwerelddimensies wordt bedoeld op de lichamelijke ervaring van mensen hun ervaring met lichamelijkheid, tijd, ruimte, intersubjectiviteit en hun gemoedstoestand. Vervolgens is er gereflecteerd op de relevante thema's waardoor de ervaring met de pandemie wordt gekenmerkt door eerst naar alle filmpjes te kijken en vervolgens in te zoomen op elk filmpje. Dit heeft een analysebeweging gevormd, waarbij er telkens wordt in-

en uitgezoomd wat de data betreft. Tot slot, is de algemene essentie van de ervaring met de pandemie van de mensen met psychiatrische aandoeningen door dit te beschrijven en herschrijven geformuleerd. Het onderzoek heeft plaatsgevonden tijdens het schrijven van de tekst die op een beeldende manier is opgesteld (Van Manen, 2014; Van Manen, 1990).

#### Fase 1: Het meerdere malen bekijken van de korte films

In deze fase is er meerdere malen naar de films gekeken in week 1, 9, 12

De eerste keer dat er naar het filmpje werd gekeken, werd vooral gekeken naar wat er in het filmpje naar voren kwam en of de ervaringen van de mensen met psychiatrische aandoeningen met de pandemie en *social distancing* duidelijk naar voren kwamen. Bovendien werd er nagedacht over passende zorgethische concepten die konden worden gebruikt om deze ervaringen in beter kaart te brengen. De tweede keer dat er naar het filmpje werd gekeken, werd er gekeken naar welke beschrijvingen van de ervaring met de pandemie en *social distancing* sterk naar voren kwamen. De derde keer dat naar het filmpje werd gekeken, is de focus gelegd op de leefwereld dimensies van Van Manen (2015) en hoe deze naar voren kwamen in de geleefde ervaringen van de doelgroep.

Deze dimensies zijn toen gekoppeld aan stukken getranscribeerde tekst waarin deze tot uiting komen.

#### Fase 2: Analysebeweging

In deze fase is er twee keer gekeken naar het filmpje in week 12 en 13, hierbij is er in- en uitgezoomd op de data. Dit is gedaan door nogmaals te kijken naar de individuele filmpjes. Vervolgens is er gekeken naar de overeenkomsten en de verschillen tussen alle filmpjes. Voorts zijn deze met elkaar vergeleken om zo dichterbij de essentie van de pandemie en *social distancing* te komen.

Fase 3: In deze fase zijn de filmpjes nog twee keer bekeken in week 16 en 17 om de essentie van de ervaring met de pandemie en *social distancing* van deze drie mensen met psychiatrische aandoeningen te kunnen formuleren.

### 3.1.5 Ethische overweging

Aangezien de korte documentaires openbaar gepubliceerd zijn, is het voor dit onderzoek niet essentieel geweest om toestemming te krijgen van de onderzoekspopulatie om de data nader te analyseren (UvA, 2020). Vanuit zorgethisch oogpunt is er wel getracht worden om de privacy van de onderzochte doelgroep te waarborgen. De aanduidingen die naar de individuen te herleiden zijn, zijn zo veel mogelijk beperkt.

### 3.1.6 Kwaliteitscriteria

Om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van het onderzoek is gewaarborgd, is er een nauwkeurige beschrijving gegeven van de onderzoeksmethode in de thesis. Op deze manier is ervoor gezorgd dat het onderzoek herhaalbaar is (Baur, 2020). Daarnaast heeft de onderzoeker een open houding aangenomen en een staat van verwondering, zodat de onderzoeksmethode op een juiste manier kon worden toegepast (Van Manen, 2015).

Daarbij heeft de onderzoeker rekening gehouden met het borgen van de interne en externe validiteit (Baur, 2020). Om de interne validiteit, oftewel betrouwbaarheid, van het onderzoek te waarborgen, heeft de onderzoeker getracht om een overeenstemming te realiseren tussen de ervaringen van de mensen met psychiatrische aandoeningen en de eigen interpretatie van deze ervaringen. Hiervoor is de data die is geanalyseerd zorgvuldig geselecteerd. Overigens heeft de onderzoeker gestreefd naar het beschermen van de externe validiteit om hiermee overdraagbaarheid te creëren. Met overdraagbaarheid wordt bedoeld dat er een gelijkenis wordt gezocht tussen andere onderzoeken en dit zorgethische fenomenologische onderzoek (Baur, 2020).

Daarenboven heeft de onderzoeker stilgestaan bij de relatie die zich voordoet tussen de methode en de theorie (Roulston & Shelton, 2015). Er is gereflecteerd (2015) op de manier waarop de methode en de theorie op elkaar zijn afgestemd en op de wijze waarop ze van elkaar verschillen.

Voorts heeft de onderzoeker een reflexieve en reflectieve houding aangenomen door voortdurend te reflecteren op het onderzoek en de handelingen die zijn uitgevoerd tijdens het onderzoek is (Baur, 2020). Deze reflecties zijn bijgehouden in een reflexief logboek. Tot slot, is er ook gereflecteerd op de kwaliteit van het onderzoek en is er een transparante houding aangenomen bij het beschrijven van de beperkingen van het onderzoek (Baur, 2020). De beperkingen van dit onderzoek zullen nader in subhoofdstuk 6.3 worden belicht.

## Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten

### 4.1 Onderzoeksresultaten empirisch onderzoek

Zoals in hoofdstuk 3 is benoemd zijn de korte films over de ervaringen van drie mensen, genaamd Anne, Marli en Jasper geanalyseerd aan de hand van de leefwerelddimensies van Van Manen (2016) om zo tot de essentie van de geleefde ervaring met de pandemie en de gevolgen hiervan te komen van mensen met psychiatrische aandoeningen (GGZnieuws.nl,2020).Er wordt dus antwoord gegeven op deelvraag 3: “Hoe ziet de geleefde ervaring eruit voor mensen met psychiatrische klachten tijdens een pandemie waar social-distancing de norm is?”

#### 4.1.1 Geleefde ervaring Anne

De eerste film gaat over Anne die in de stad Rotterdam woont. Anne lijkt een angststoornis te hebben die gepaard gaat met emotionele uitbarstingen. In de film over de ervaring van Anne is er aan het begin een rood met witte lint te zien die de ingang van het terras van een restaurant afsluit. Vervolgens is een oppervlak te zien met een verfafdruk die bestaat uit de woorden "1,5 meter afstand houden a.u.b.". Anne benoemt dat zij niet meer naar school en naar werk mag.

De buitenkant van het huis van Anne is te zien. Er wordt ingezoomd op de ramen van de bovenste verdieping. Vervolgens is de binnenkant van de het huis en de ramen te zien. Opvallend genoeg is er een boek te zien waarop DSM staat: een verwijzing naar het classificatiemodel van psychiatrische aandoeningen. Het roept direct de vraag op bij de kijker waarom Anne dit boek in huis heeft en welk belang zij hieraan hecht. Hoe bewust is zij van haar eigen aandoening? Voorts zij er planten te zien en een bank met kleurrijke kussens. Haar witte kat ligt op de armluning van de bank. Anne voelt zich alleen in haar eigen woonkamer wanneer ze haar laptop dichtklapt en haar werkdag of schooldag voorbij is, omdat ze dan weer alleen is in die ruimte. Zij woont alleen in een appartement met haar kat. Ze geeft aan dat ze maar door en door ging met werken, terwijl zij ook behoeftes heeft. Behoeftes om aangeraakt te worden en zich te omringen met mensen. Terwijl ze dit zegt kraakt haar stem aanzienlijk. Het lijkt alsof dit haar raakt en haar verdrietig maakt. Tegelijkertijd raakt ze haar kat aan. Ze



streelt haar rug en raakt haar kop aan. Bedoeld of onbedoeld geeft zij daarmee een lichamelijke uiting van haar gemis.

Vervolgens is Anne te zien terwijl ze achter haar laptop zit. Ze leunt met haar arm op de tafel en heeft haar hand tegen haar mond en rechterwang geplaatst. Anne geeft aan dat zij voor een lange tijd in haar hoofd zit en veel nadenkt. Het lijkt alsof Anne hiermee wil zeggen dat zij dit hiervoor niet deed en alsof zij hier nu meer tijd en ruimte voor heeft, omdat zij meer thuis zit en minder sociale contact heeft met mensen. Ze geeft aan dat zij op zulke momenten weer moet beseffen dat zij zich op deze aarde bevindt. Regelmatig zien we Anne diep verzonken in gedachten als ze thuis zit. Anne geeft te kennen dat zij behoefte heeft aan iemand die haar bij haar schouders vastpakt en een beetje naar beneden drukt. Op deze manier kan zij beseffen dat zij met beide benen op de grond staat en zich daadwerkelijk in deze wereld bevindt.

Er zijn beelden te zien van het hoofdkantoor Holland Amerika Lijn en andere gebouwen in Rotterdam. De blauwe lucht en witte wolken zijn ook te zien. Vervolgens zijn er nog meer stickers en verfafdrukken te zien die ervoor moeten zorgen dat er anderhalve meter afstand moet worden gehouden.

Anne geeft aan dat zij tijdens de pandemie soms dagen achter elkaar zo veel in haar hoofd zit, omdat zij zich vasthoudt aan de rationele dingen die naar voren komen in haar werk. Zij is dan ook bezig met lezen en schrijven. De boekenkast van Anne is te zien. Vervolgens loopt Anne naar de kast toe. Zij heeft een donkere trui aan en haar haar in een knot.

De vervaging van de grens tussen werk en privé door het thuiswerken heeft ervoor gezorgd dat Anne haar werk niet goed achter zich kan laten wanneer haar werkdag erop zit. Wanneer dit zich een aantal dagen voordoet, ervaart Anne uitbarstingen van verdriet of woede, omdat dit zich opstapelt. Anne benoemt dat zij hier geen grip op lijkt te hebben. Anne ziet er ook continu moe uit, met grote wallen onder haar ogen. Tevens lijkt het alsof ze somber is.

Het lijkt alsof haar uitbarstingen komen doordat zij weinig mensen heeft waarmee zij goed kan praten tijdens haar dagelijkse bezigheden. Anne heeft

tenslotte alleen een kat, maar is verder continu alleen in huis. We zien haar fronsend achter haar laptop zitten waarbij ze somber oogt. Voor Anne zijn de uitbarstingen gerelateerd aan de manier waarop zij haar leven betekenis geeft. Zij vraagt zich soms letterlijk af wat zij hier op deze wereld doet en of zij eigenlijk wel wil leven. Terwijl haar voice-over dit zegt, is te zien hoe Anne haar kat over haar bol aait. Haar kat maakt vervolgens een geluid waardoor het lijkt alsof ze de aanraking fijn vindt. Het lijkt nogmaals alsof Anne steun en nabijheid zoekt bij haar kat.

De betekenis die Anne aan haar leven geeft is negatiever geworden als gevolg van de pandemie, omdat zij niet meer zo goed weet wat haar meerwaarde is in dit wereldse leven en haar meerwaarde op deze wereld be vraagt. Zij zit hier heel onwils mee en omdat zij de laatste gedachte “niet oké” vond, heeft ze besloten om dit met haar therapeut te bespreken. Terwijl ze dit vertelt, zoomt de documentairemaker in op Anne terwijl ze naar haar kat kijkt. Het is moeilijk te zien wat voor expressie ze heeft, maar het lijkt wederom alsof Anne aan het nadenken is, terwijl ze haar kat aait.

Met haar suïcidale gedachten heeft en emotionele uitbarstingen, lijkt het alsof Anne in een soort van overlevingsstand zit, terwijl ze tegelijkertijd haar werk zo goed mogelijk wil doen. De enorme hoeveelheid tijd en moeite die ze hierin steekt, is wellicht een van de weinige dingen waar zij tijdens de pandemie nog controle over heeft en ook routine biedt. Het lijkt tevens alsof zij zich probeert vast te houden aan een van de weinige dingen die haar nog een soort van routine kunnen bieden wat haar nog enigszins met beide benen op de grond houdt.

Voor de pandemie kon Anne fysiek tegenover haar therapeut zitten in een ruimte. Het lijkt alsof zij dit mist en dit ook belangrijk vindt, omdat afstand en nabijheid centrale onderwerpen zijn die behandeld worden tijdens haar sessies. Daarnaast kon Anne de sfeer in de kamer altijd goed aanvoelen, nu dit online moet door de pandemie, voelt het voor haar alsof er enerzijds meer afstand is tussen haar en haar therapeut.

Terwijl ze dit zegt, brengt de documentairemaker de buitenkant van haar appartement weer in beeld. Vervolgens loopt haar witte kat naar buiten via het raam. Anne zit vervolgens alleen met haar kat in de tuin, waarna ze haar kat weer aait. Ze heeft een boek in haar hand. Er staan nog twee andere lege stoelen in de tuin die gevuld is met bloemen en struikgewassen. Het lijkt alsof het moeilijker is geworden voor Anne om de sfeer aan te voelen tijdens haar sessies met haar therapeut, omdat zij zich niet meer fysiek in dezelfde ruimte bevinden. Anne vindt het nodig om fysieke sessies te hebben om de sfeer goed aan te kunnen voelen. Anderzijds voelt het alsof haar therapeut nu door haar bubbel heen is geprikt, omdat hij zich als het ware in haar slaapkamer “bevindt”. Anne bevindt zich nu in een kwetsbaardere positie dan hiervoor, omdat haar therapeut nu meer in haar persoonlijke ruimte zit dan voorheen. Anne voelt de behoefte om soms aangeraakt te worden door haar therapeut. Anne raakt haar kat veel aan en aait haar veel. Bewust of onbewust geeft Anne hiermee blijk aan haar behoefte aan aanraking, zij knuffelt haar kat namelijk lang terwijl ze zich in een soort van foetushouding op haar bed ligt. Zij geeft aan dat ze soms hardop durft te zeggen dat ze behoefte heeft aan het lichamelijke contact met haar therapeut. Anne zegt dit op een oncomfortabele manier en lacht terwijl zij dit vertelt. Haar toon is echter serieus. Volgens Anne leven we in een samenleving waarin er nog een stigma heerst op aanraking, terwijl hier volgens haar wel behoefte aan is. Zij legt de nadruk op dat het vreemd is hoe er in de maatschappij wordt gekeken naar behoefte aan lichamelijke aanraking.

De documentaire zoomt in op Anne die de op bed ligt met haar kat. Ze raakt de kop van haar kat aan en streelt haar over haar wang en de achterkant van haar nek. Vervolgens leunt Anne met haar hoofd tegen de zijkant van de kop van haar kat aan. Met haar ene hand houdt zij haar linkerschouder vast, terwijl zij met haar kat nog aait over haar nek met haar andere hand. De documentairemaker brengt de enorme behoefte van Anne aan lichamelijke aanraking hiermee in kaart.

Tijdens de pandemie heeft dit onderwerp steeds meer aandacht gekregen en is er een term voor bedacht, namelijk huidhonger.

Kortom, de geleefde ervaring van de pandemie en de social distancing ten gevolge hiervan voor Anne is enorm eenzaam, omdat zij zich voor een groot deel ook alleen in haar huis bevindt. Bovendien heeft zij ook een grote behoefte aan een vorm van lichamelijkeheid, namelijk aanraking en het fysiek aanwezig zijn in dezelfde ruimte als andere mensen, waaronder haar therapeut. De *social distancing* en het gebrek aan menselijk contact dat haar zowel letterlijk als figuurlijk met beide benen op de grond houdt, heeft bij Anne geleid tot het bevragen van haar bestaan en leven. Het nadenken en te veel in haar hoofd zitten, heeft er bij Anne toe geleid dat zij gedachten had die neigden naar de suïcidale kant. Daarnaast hebben de gevolgen van de pandemie er bij haar ook toe geleid dat zij in een overlevingsstand terechtkwam waarbij zij zich volledig stortte op haar werk, omdat ze daar nog wel controle over had. Tevens heeft het geleid tot uitbarstingen van woede en verdriet. Anne heeft enorm behoefte aan aanraking en lichamelijke contact, echter is dat niet mogelijk geweest de afgelopen periode. De geleefde ervaring van Anne bestaat dus onder andere uit het verzonken zijn in gedachten, de behoefte aan controle, eenzaamheid, negatieve/suïcidale gedachten, het leven in een overlevingsstand, een sterke behoefte aan aanraking en fysiek persoonlijk contact en emotionele uitbarstingen van verdriet en woede.

#### 4.1.2 Geleefde ervaring Marli

De tweede film gaat over Marli die in Tolen op zichzelf woont in een gezinswoning. Marli lijkt een vorm van autisme te hebben en lijdt aan hevige angstklachten waarvoor zij in behandeling is bij een psycholoog. Er is een bos te zien en een aantal gezinswoningen. Het is te zien hoe Marli op de bank gaat zitten en haar laptop op haar schoot neerlegt. In de geleefde ervaring van Marli die in de tweede korte film aan het woord is, spreekt zij de wens uit om van iemand een arm om haar heen te krijgen. Zij vertelt herhaaldelijk dat zij alleen woont en in principe alleen is. Marli heeft het gevoel dat zij er alleen voor staat. Marli ervaart de pandemie en de anderhalve meter maatschappij als onwijs kil. Het gebrek aan een partner en een

gezin roepen eenzaamheid op bij Marli. Marli doet haar sportschoenen aan die op het stuur van haar fietstrainer liggen. Terwijl ze verder vertelt dat zij bewust werd van de coronamaatregelen op het moment waarop de sportscholen sloten, is zij op haar fietstrainer aan het fietsen. Sporten betekent alles voor Marli en dit geeft haar leven betekenis. Terwijl Marli verder fietst, is het geluid van de televisie te horen op de achtergrond. Na het fietsen, is Marli rood aangelopen en is haar hoofd aanzienlijk bezweet. Zij drinkt een glas water voor haar aanrecht. Marli haalt haar motivatie en kracht uit het sporten. Bovendien is het voor haar nodig om te sporten, omdat sporten haar dagen structuur geeft. Deze structuur is noodzakelijk voor Marli. Zij benoemt namelijk dat zij “móét” sporten. Voor de pandemie werkte Marli op kantoor met haar collega’s van 09:00 uur tot 17:00 uur. Zij ervaart het als rustgevend dat zij nog wel controle heeft over hoe lang zij per dag kan sporten. Ze doet aan hardlopen en heeft thuis een fitness fiets. Ze geeft aan dat zij elke dag 3 uur sport van 18:00 uur tot 21:00 uur en dat zij dit abnormaal vindt, maar haar hoofd heeft structuur nodig. Als er geen structuur is, zoekt Marli naar structuur. Marli heeft hier gemengde gevoelens over, omdat zij dit goed, maar tegelijkertijd ook niet goed vindt. Het leven van Marli is aanzienlijk veranderd. Elke dag is nu anders voor haar. Het bos in haar woonplaats is weer te zien. Marli is niet het type mens dat elke dag anders indeelt. Marli ervaart het gebrek aan structuur door de pandemie als moeilijk. Tegelijkertijd is te zien hoe Marli buiten in het bos aan het hardlopen is. Zij heeft dezelfde kleren aan als toen zij aan het fietsen was op haar fietstrainer. Het gebrek aan structuur maakt Marli dus onrustig.

De beelden die worden uitgezonden door de media over de coronapandemie zorgen ervoor dat Marli ontzettend bang is om weer op de Intensive Care (IC) te belanden. Zij heeft namelijk astma en heeft in het verleden maar liefst 8 keer op de IC gelegen. De beelden roepen “wéér” angst op bij Marli. Marli heeft in het verleden dus vaker angst ervaren door haar opnames in het ziekenhuis. Deze angstklachten nemen toe door de gevolgen van de pandemie.

Om deze reden is zij doodsbang dat zij straks niet geholpen kan worden in het ziekenhuis, omdat de bedden vol liggen met mensen die besmet zijn geraakt met het

COVID-19-virus. Dit is iets waar Marli continu over nadenkt en zich zorgen over maakt. Het is te zien hoe Marli fronsend aan het rennen is, terwijl zij diep in gedachten verzonken is. Marli denkt veel na over het feit dat de reguliere zorg volgens haar helemaal is weggefallen. Zij wil hulp voor haar klachten, maar dit mag niet door de regels die zijn voortgekomen uit het beleid van de overheid ten gevolge van de pandemie. Haar angsten zijn toegenomen tijdens de afgelopen periode. Haar klachten zijn toegenomen, haar behoefte is groter, maar er is geen mogelijkheid om hiermee geholpen te worden. De stem van Marli kraakt terwijl zij dit zegt. Het raakt Marli dat er geen of veel minder mogelijkheid om de zorg te krijgen die zij op dit moment nodig heeft. Marli vindt de therapie voor onder andere haar angstklachten “niks, echt helemaal niks”, omdat dit nu online is. Voor Marli voelt het alsof zij in de maanden dat zij online therapie heeft gehad, geen therapie heeft gehad. Het is te zien hoe Marli weer achter haar laptop aan het werk is. Marli geeft aan dat de cirkel blijft doorgaan. Zij doelt hiermee op de cirkel van angstklachten en het verergeren van de klachten door het gebrek aan fysieke therapie.

De geleefde ervaring van Marli van *social distancing* bestaat uit een behoefte aan lichamelijke in de vorm van lichamelijke aanraking. Bovendien ervaart zij haar leven door *social distancing* als eenzaam en onwijs kil. *Social distancing* staat een van haar meest betekenisvolle activiteiten in de weg, namelijk sporten in de sportschool. Sporten geeft haar structuur, kracht en motivatie. Marli ervaart ook een gebrek aan controle. Om deze reden houdt zij wel controle over hoe veel uur zij per dag sport. Mentaal heeft zij structuur nodig, dus vult zij haar dagen in met andere vormen van sport, zoals hardlopen. Bovendien heeft zij last van toenemende extreme angst, omdat zij bang is dat er geen plek voor haar zal zijn in het ziekenhuis als zij moet worden opgenomen wegens haar astmatische klachten. De online therapie die zij volgt ervaart zij niet als kwalitatief, omdat het voor haar voelt alsof ze eigenlijk geen therapie volgt als dit digitaal wordt gegeven. Kortom, de geleefde ervaring van Marli van *social distancing* bestaat uit een enorme behoefte aan lichamen contact, een gevoel van eenzaamheid en gebrek aan controle, een kille ervaring van het dagelijkse leven en extreme toenemende angstklachten.

### 4.1.3 Geleefde ervaring Jasper

De derde film gaat over Jasper die in Zwolle woont met zijn zoon en zijn vrouw. Jasper heeft een vorm van autisme en lijdt aan toenemende angstklachten en een schoonmaakdrang. De daken van een aantal huizen zijn te zien. Jasper vertelt dat hij het liefst zijn hele leven op een digitale manier zou willen inrichten, vooral wat zijn werk betreft. Digitaal contact gaat hem namelijk veel makkelijker af dan “live” contact. Zijn voice-over vertelt dat hij van nature een persoon is die het makkelijk vindt om afstand te houden van andere mensen. Jasper vindt dat een van de voordelen van de pandemie en vindt dat het beter is om na de pandemie ook op een digitale manier contact te houden met elkaar. Het is te zien hoe Jasper voor zijn raam staat en dat hij aan het bellen is. Hij kijkt uit het raam en lacht. Jasper vertelt dat hij werkt als ervaringsdeskundige in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarvoor hij al vijf maanden digitaal zijn werk uitvoert. Hij zit aan zijn eettafel achter zijn laptop. Jasper vindt het logisch dat zijn therapie ook op digitale wijze wordt gegeven, omdat hij al veel dingen online doet. Jasper zegt dat het voor mensen met autisme makkelijker is om digitaal therapie te volgen, omdat hij zich in zijn eigen vertrouwde omgeving bevindt. Volgens hem worden de gesprekken daardoor kwalitatiever. Tegelijkertijd zoomt de documentairemaker in op Jasper die tijdens zijn werk aan het bellen is en hard lacht. Jasper kijkt in de spiegel. Hij oogt moe en heeft grote wallen. Hij doet zijn blauwe mondkapje op en trekt plastic handschoenen aan. Vervolgens loopt Jasper in het centrum rond. Hij houdt afstand van de andere mensen om hem heen. De stad is gedecoreerd met lichtjes en witte ballonnen. Jasper vertelt dat hij bang is dat zijn vrouw besmet wordt, omdat zij het grootste gedeelte van de opvoeding van hun zoon op zich neemt. Hij voelt zich daar totaal niet gerust op om zelf volledig verantwoordelijk te zijn voor zijn zoon, ondanks het feit dat hij verschillende soorten therapieën volgt. Bovendien vermijdt hij bewust drukke plekken waar hij geen afstand kan houden van andere mensen. Hij geeft aan dat de angst er bij hem een stapje bovenop heeft gedaan. De angst die Jasper heeft voor het besmet raken met het COVID-19-virus blijkt ook uit zijn intensieve schoonmaakgedrag. Het is te zien hoe Jasper zijn tafel en zijn stoel intensief schoonmaakt met vochtige schoonmaakdoekjes. Hij maakt de onderkant van zijn

stoelleuning herhaaldelijk schoon. Op de leuning van zijn bank ligt een pak vochtige schoonmaakdoekjes en een fles desinfecterende gel. Ondanks het feit dat hij een schoonmaker heeft, maakt hij wanneer hij thuiskomt de plekken waarvan hij denkt dat de schoonmaker ze heeft aangeraakt, nogmaals schoon. De werklaptop en zijn muis liggen ook op zijn bank. Vervolgens gaat Jasper weer aan het werk. Jasper heeft extreme moeite met het informeren van zijn collega's wanneer hij hen fysiek ziet. Hij duidt aan dat het voor hem makkelijker is om dit online te doen, omdat hij mensen dan niet hoeft aan te kijken en de tijd heeft om na te denken over zijn reactie. Ter aanvulling hierop, geeft hij toe dat hij het niet erg vond om geen handen meer te schudden en maar met weinig mensen graag nabij contact heeft. Jasper eet een koekje achter zijn laptop. Jasper heeft kleffe handen en heeft een vervelend gevoel als hij mensen een hand moet geven. Als het aan Jasper ligt, hoeft dat handen schudden nooit meer.

Jasper staat in zijn keuken en pakt een blik cola en neemt hier een slok van. Terug reflecterend op de afgelopen periode, veronderstelt hij dat hij het voor 60 procent als positief en voor 40 procent als negatief heeft ervaren. Het negatieve percentage is volgens Jasper te danken aan het gemis van de mensen bij wie hij wel graag dichtbij komt en ook mee knuffelt. Dat mist hij nu wel, want dat kan nu ook gewoon niet. Jasper vindt dit zeer lastig. Het is te zien hoe Jasper nogmaals belt terwijl hij achter zijn raam staat en naar de lucht kijkt.

De geleefde ervaring van *social distancing* voor Jasper is enerzijds positief op vlak van lichamelijkeheid. Hij ervaart het thuiswerken als makkelijk, omdat hij het niet moeilijk vindt om afstand te houden van andere mensen. Doordat Jasper autisme heeft, is het voor hem ook makkelijker om digitaal therapie te volgen. Hij vindt het fijn dat hij in zijn thuisomgeving kan zitten wat voor hem vertrouwd voelt. Echter, Jasper ervaart ook veel angst, omdat hij bang is dat zijn vrouw besmet raakt en hij dan volledig de zorg moet dragen voor zijn zoon van vier. Bovendien zijn zijn angstklachten en schoonmaakdrang toegenomen en maakt hij alles extra schoon, ondanks het feit dat hij een schoonmaakster heeft. Daarnaast vindt Jasper het fijn



dat geen handen meer hoeft te schudden, omdat hij dat als behoorlijk vervelend ervaart. Hij mist zijn dierbaren die hij wel graag echter aanraakt wel.

Kortom, de geleefde ervaring van Jasper bestaat uit meer gemak door het thuiswerken en het online volgen van therapie, toenemende angstklachten en een grotere schoonmaakdrang, tevredenheid over minder aanraking van andere mensen die niet dicht bij hem staan en een gemis en behoefte van het aanraken van zijn dierbaren.

Terugkomend op de deelvraag die in de inleiding van dit hoofdstuk is beschreven, verschilt de geleefde ervaring van mensen met psychiatrische aandoeningen van *social distancing* dus per persoon. Zo werd *social distancing* op een negatievere manier ervaren door Anne en Marli dan door Jasper. Bovendien ervaarde Anne emotionele uitbarstingen van woede en verdriet. Marli en Jasper hebben dit niet ervaren. Dit kan liggen aan het feit dat Marli sport en daarom een soort uitlaatklep heeft voor haar emoties. Bovendien kan dit verschil liggen aan dat de algemene ervaring van Jasper tijdens de afgelopen periode positief was, omdat het voor hem makkelijker was om online met zijn collega's te communiceren. Het was voor hem makkelijker, omdat hij zijn collega's niet hoefde aan te kijken, terwijl dit wel wordt verwacht als je met elkaar in een ruimte staat. Ook de suïcidale gedachten waar Anne mee kampte, komen niet naar voren in de geleefde ervaringen van Marli en Jasper. Daarnaast bestond de geleefde ervaring van zowel Marli en Jasper uit toenemende angstklachten. Bovendien ervaarden Anne en Marli geen hevige schoonmaakdrang, terwijl Jasper dit wel ervaarde. Het grootste verschil tussen Anne, Marli en Jasper is dat Anne en Marli een hevige behoefte hadden aan lichamelijke aanraking, bijvoorbeeld ook door een therapeut in het geval van Anne. Ondanks het feit dat Jasper liever geen handen schudt, ook niet na de pandemie, wilt hij wel graag knuffelen met mensen die wel dicht bij hem staan. In algemene zin is er bij hen alle drie een behoefte te zien om ergens controle over te hebben. Anne stort zich voor controle op haar werk en doet er alles aan om dit zo goed mogelijk uit te voeren. Marli houdt controle over hoe vaak en hoe veel uur zij sport. Jasper houdt controle over hoe schoon zijn omgeving is door alles nogmaals schoon te maken nadat de

schoonmaakster is langs geweest. Een andere algemene geleefde ervaring is dat er toch bij alle drie een duidelijke behoefte is aan lichamelijke. Een aanraking van andere mensen, of het nou gaat om een knuffel, een schouderklopje of fysieke nabijheid van andere mensen.

## Hoofdstuk 5. Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk wordt de opgestelde deelvraag 4 beantwoord die in subhoofdstuk 1.4 is geformuleerd, namelijk: “Deelvraag 4: Wat betekenen de theoretische en empirische inzichten voor goede zorg voor mensen met psychiatrische aandoeningen en goede zorg in het bijzonder?”

### 5.1 GOEDE ZORG VOLGENS DE ZORGETHISCHE BENADERING VAN TRONTO

#### Meedenken

Om de bovenstaande deelvraag te beantwoorden, dient er eerst te worden gedefinieerd wat volgens de zorgethische benadering van zorgethica Tronto wordt gezien als goede zorg. Volgens Tronto bestaat een van haar zorgethische benaderingen voor de zorgethiek uit vier dimensies, namelijk het "geven om", oftewel het in eerste instantie opmerken van de behoefte aan zorg (Tronto, 1993). De tweede dimensie is het "zorgen voor", oftewel verantwoordelijkheid nemen voor de zorgverlening. De derde dimensie is de zorgverlening. De vierde dimensie is het ontvangen van zorg. Hierbij ligt de focus om de reactie van de persoon waarvoor wordt gezorgd. Op basis van de bovenstaande dimensies heeft Tronto (1993) vier ethische elementen voor zorgverlening opgesteld, namelijk *attentiveness*, *responsibility*, *competence* en *responsiveness*.

Voor het element *attentiveness*, oftewel aandacht, is het belangrijk dat de zorgbehoefte wordt herkend en dat de zorgverlener zich bewust is van de zorgbehoefte van de cliënt. Volgens Tronto (1993) is het negeren van de noden en de zorgbehoeften van andere mensen een vorm van morele kwaad. Het hebben van aandacht voor de noden en zorgbehoeften van anderen is een moeilijke opgave, maar toch is dit volgens haar een morele prestatie. Het tweede element *responsibility*, oftewel verantwoordelijkheid komt naar voren in de tweede dimensie van de zorgverlening, namelijk "het zorgen voor". Deze verantwoordelijkheid heeft te maken met iets dat wij hebben gedaan wat er wel of niet toe heeft geleid dat er zorgbehoeften zijn. Daarom moeten wij volgens Tronto (1993) zorg dragen voor anderen. Zo hebben ouders bijvoorbeeld een verantwoordelijkheid om te zorgen

voor hun kinderen, omdat zij ervoor hebben gekozen om een kind te nemen. Daarbij nemen zorgverleners de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg, omdat er anders niet wordt voorzien in de zorgbehoeften van de cliënt.

Het derde element dat Tronto (1993) beschrijft is *competence*, oftewel competentie. Hiermee doelt zij op de competenties die zorgverleners hebben die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen. Als er namelijk geen goede zorg kan worden verleend door een gebrek aan de nodige competenties, wordt er niet in de zorgbehoeften van de cliënten voorzien. Volgens Tronto kan er soms geen passende zorg worden verleend, omdat er niet genoeg hulpmiddelen zijn. Verder benoemt zij dat het nodig is om oog te hebben voor competenties van medewerkers, omdat het moreel juist is om zorgverleners in te zetten die ook daadwerkelijk zorg willen verlenen aan cliënten en hiertoe ook in staat zijn.

Het vierde element *responsiveness*, oftewel responsiviteit, komt naar voren in de dimensie waarin de cliënt de zorg ontvangt van de zorgverlener (Tronto, 1993). De reactie die de cliënt heeft wanneer hij of zij zorg ontvangt gaat vaak gepaard met een moreel probleem dat zich voordoet in de zorgverlening, namelijk de bestaande ongelijkheid en kwetsbaarheid die de cliënt kan ervaren. Wanneer mensen zorgbehoevend zijn, bevinden zij zich namelijk in een kwetsbare positie. Deze kwetsbaarheid verzwakt de mythe dat mensen altijd zelfstandig zijn en dat alle burgers gelijkwaardig zijn in de samenleving. Responsiviteit heeft volgens Tronto (1993) ook betrekking tot een moreel principe waarbij de zorgverleners alert zijn op het misbruik dat gemaakt kan worden van kwetsbare mensen. Op basis van responsiviteit kunnen de zorgbehoeften van de cliënt worden begrepen door te luisteren naar de cliënt en er niet vanuit te gaan dat de cliënt op dezelfde manier behandeld wil worden als de zorgverlener. Zorgverleners dienen zich dus niet in de schoenen van de cliënt te verplaatsen om hun zorgbehoeften te begrijpen, omdat mensen volgens Tronto niet identiek zijn. Op deze manier kan het thema van "othering" volgens haar op een doeltreffende manier worden besproken. Voor een goede vorm van responsiviteit is het noodzakelijk dat zorgverleners aandacht geven

aan hun cliënten. De elementen zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden (Tronto, 1993).

## 5.2 ZORGETHISCHE DISCUSSIE VAN EMPIRIE EN THEORIE

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat de geleefde ervaring van mensen met psychiatrische aandoeningen van *social distancing* per persoon verschilt. In tegenstelling tot Marli en Anne, ervaaarde Jasper het namelijk op een positievere manier, omdat hij het communiceren met zijn collega's digitaal makkelijker vond. Anne kampte met emotionele uitbarstingen en suïcidale gedachten, terwijl Jasper en Marli hier geen last van hadden. Bovendien stopte Anne enorm veel tijd en moeite in het zo goed mogelijk uitvoeren van haar werkzaamheden, omdat zij in een overlevingsstand zat. Anne en Jasper dachten beiden veel na tijdens deze periode. Bij hen alle drie namen de angstklachten aanzienlijk toe tijdens de pandemie. Tevens zochten zij allemaal iets om hen het gevoel te geven dat zij ergens controle over hadden. Anne stortte zich op haar werk, Marli hield zich bezig met sporten en Jasper was intensief aan het schoonmaken, ondanks het feit dat zijn schoonmaakster alles al schoon had gemaakt. Tot slot, was er bij alle drie een grote behoefte aan lichamelijke aanraking. Anne had ook behoefte aan lichamelijke aanraking van haar therapeut, maar vond het lastig om dit toe te geven. In de maatschappij wordt er namelijk op een bepaalde manier gekeken naar het aanraken van cliënten en de professionaliteit van een zorgverlener die in acht moet worden genomen bij het verlenen van zorg. Volgens de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) zijn er een aantal protocollen en regels waarmee zorgverleners rekening mee dienen te houden bij het aanraken van cliënten. Zo moet de aanraking niet als grensoverschrijdend of onveilig worden ervaren. De ene cliënt kan een hand op de schouder als aangenaam ervaren, terwijl een andere cliënt dit niet als prettig kan ervaren. Er moet dus contextueel worden gekeken naar elke cliënt en zijn of haar behoeften (Sweers, 2019). Daarenboven is aanraking, vooral onaangename aanraking, een onderwerp wat de afgelopen jaren geregeld aan bod is gekomen ten gevolge van de opkomst van de "me-too" beweging. De "me-too" beweging is begonnen door burgerrechtenactiviste Tarana Burke met als doel om emancipatie voor vrouwen te realiseren door middel

van het opbrengen van empathie voor mensen die slachtoffer zijn geweest van aanranding of seksuele intimidatie (Rodino-Colocino, 2018). Middels het kritisch inzicht lichamelikheden van Hamington kan er worden gesteld dat de zorgverlening die is verleend vooral bij Anne en Marli niet in hun zorgbehoeften heeft voorzien, omdat zij behoefte hadden aan een vorm van lichamelikheden, namelijk lichamelijk contact, en fysieke zorgverlening (Hamington, 2012).

De inzichten die zijn voortgekomen uit het fenomenologisch onderzoek sluiten aan bij de inzichten die zijn voortgekomen uit het literatuuronderzoek. De pandemie heeft een grote invloed gehad op mensen met psychiatrische aandoeningen. Zo hebben de mensen die in de films aan het woord komen meer eenzaamheid ervaren. De eenzaamheid die zij hebben ervaren verschilt van de andere mensen in de samenleving die niet lijden aan psychiatrische aandoeningen, omdat hun dagindeling een andere structuur heeft door het uitvallen van (vrijwilligers)werk of andere activiteiten die specifiek voor deze groep mensen worden georganiseerd (UMCG, 2019). Bovendien (2019) zijn hun sociale contacten voor een groot deel of volledig weggevallen en had een deel van de mensen met psychiatrische aandoeningen al een beperkt sociaal netwerk voor de pandemie. Voorts hebben zij behoefte aan therapie sessies die fysiek worden gegeven en hier zijn zij in belemmerd door de gevolgen van de pandemie. Dit zorgt ervoor dat hun eenzaamheid kan toenemen, omdat hun contacten met andere mensen verder zijn afgenomen. Bovendien hadden zij over het algemeen meer behoefte dan voorheen aan meer lichamelijk contact met andere mensen. Dit komt doordat zij soms te veel in hun hoofd kunnen zitten, doordat zij veel nadenken (UMCG, 2019).

Middels de zorgethische inzichten die eerder zijn aangehaald, kan er gesteld worden dat er meerdere lagen zijn van kwetsbaarheid en precariteit waar mensen zoals Anne, Marli en Jasper mee te maken krijgen. Er is namelijk een laag van kwetsbaarheid en precariteit die al bestond voordat er sprake was van een pandemie (Tronto, 1993). Deze groep mensen nam voorheen al een kwetsbare en precaire positie in de samenleving in. Zo geeft Anne bijvoorbeeld aan dat zij geneigd is om heel snel in haar hoofd te zitten door haar angstklachten. Vervolgens komt er

een tweede laag van kwetsbaarheid en precariteit bij, omdat de zorg die zij normaal gesproken krijgen en nodig hebben voor een deel of volledig is uitgevallen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020). Dit wordt door Marli ook beaamt die aangeeft dat zij toenemende angstklachten ervaart en hiervoor hulp nodig heeft die niet geboden kan worden, omdat digitale sessies voor haar niet effectief zijn. De derde laag van precariteit en kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de toenemende angstklachten en of schoonmaakdrang die mensen met psychiatrische aandoeningen ervaren (Haider et al., 2020). Jasper heeft bijvoorbeeld ook een schoonmaakdrang ontwikkeld tijdens de pandemie, omdat hij kampte met toenemende angstklachten. De klachten en de behoefte aan zorg nemen namelijk toe, terwijl de toegankelijkheid tot deze zorg verslechterd. De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn namelijk behoorlijk toegenomen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020).. Mensen met psychiatrische aandoeningen kunnen hierdoor in een staat van onzekerheid leven, omdat het onduidelijk is wanneer zij geholpen zullen worden. Volgens Tronto (1993) moeten de "needs", oftewel behoeften, van de cliënten in acht worden genomen en de zorgverleners dienen in hun zorgbehoeften te voorzien. Voorts komt er een vierde laag bij, wegens de eenzaamheid die de mensen met psychiatrische aandoeningen ervaren in deze periode die bestaat uit social distancing en sociaal isolement. Deze eenzaamheid zien we ook terug bij Anne, Marli en Jasper. Overigens heeft de kwetsbaarheid en precariteit van deze groep nog een vijfde laag, omdat zij een beperkt netwerk kunnen hebben wat hen verder precariseert (MIND platform, 2020).

Tot slot, is de positie die mensen met psychiatrische aandoeningen in Nederland innemen, onzeker, oftewel precair, omdat zij niet zeker kunnen zijn van de mate waarin de overheid rekening houdt met hun zorgbehoeften. Er zijn namelijk sociale normen opgesteld, zoals social distancing, omdat er is gekeken naar hoe we het COVID-19-virus zo min mogelijk konden verspreiden (Ministerie van Algemene Zaken, 2021). Kortom, is er voornamelijk gekeken naar de somatische of fysieke gezondheid van mensen en het beschermen van deze gezondheid.

Ondanks dat de toename van psychiatrische aandoeningen onder de bevolking grote gevolgen heeft voor de maatschappij, zijn er over het algemeen volgens wetenschappelijke onderzoekers Russell en Patrick (2018) nog onvoldoende hulpmiddelen ontwikkeld voor het verhelpen of verminderen van deze psychiatrische aandoeningen. Verder loopt wetenschappelijk onderzoek naar de mentale gezondheid zeer achter ten opzichte van academische onderzoeken naar de lichamelijke gezondheid (Russell & Patrick, 2018). Het diagnosticeren van een psychiatrische aandoening blijft volgens hen een probleem, omdat dit net zoals bij fysieke aandoeningen op een moleculair of genetisch niveau wordt gedaan. De gevalsdefinities voor psychiatrische aandoeningen zijn klinisch zijn en er een gebrek aan concrete biomarkers, oftewel meetbare indicatoren van een biologische conditie of toestand. Hierom is het complex om psychiatrische aandoeningen goed te kunnen onderzoeken. Daarbij hebben data die zijn voortgekomen uit een volkstelling meestal onvoldoende markers voor mentale gezondheid (Russell & Patrick, 2018).

De mentale gezondheid van de bevolking, met name de mensen die al lijden aan psychiatrische aandoeningen, is in zijn algemeenheid meer op de achtergrond komen te staan tijdens de pandemie. Het is nodig om in de zorgbehoeften van de mensen met psychiatrische aandoeningen te voorzien, door rekening te houden met de context van elk individu. Er dient ook gecontroleerd te worden of er in die behoefte is voorzien (Tronto, 1993). De voorzitter van de raad van bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit NZA, Marian Kaljouw, beaamt dit ook (Kiers, 2021). Zij (2021) benoemt namelijk dat het nodig is om iets te doen aan deze toelopende wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Volgens haar moet er meer saamhorigheid zijn tussen de ziekenhuizen, andere zorginstellingen en de zorgverzekeraars. Tijdens de pandemie hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders volgens haar (2021) op regionaal niveau samengewerkt op een wijze die vroeger onhaalbaar leek. Na de pandemie zal er volgens de NZA "inhaalzorg" moeten worden verleend, omdat er bijvoorbeeld hartpatiënten zijn die onvoldoende of geen zorg konden krijgen, wegens de prioritering van de verzorging van de coronapatiënten. Voor het verlenen van deze "inhaalzorg" is het volgens Kiers noodzakelijk dat er een



passende vorm van zorg wordt verleend aan de patiënten, waardoor de kwaliteit van leven van deze mensen kan toenemen. De NZA wil dat er zorg wordt gerealiseerd waarbij het weer gaat om het aanbieden van de juiste zorg aan de juiste mensen en dat Nederland niet terugvalt in het oude verdienmodel op het gebied van de gezondheidszorg (Kiers, 2021). Daarbij moet er voldoende capaciteit zijn om de complexe zorgvragen die zich voordoen bij mensen met meerdere psychiatrische aandoeningen te kunnen opvangen. Omdat ze meerdere lagen van precariteit en kwetsbaarheid ervaren, waardoor zij een zorgvraag hebben die uit meerdere onderdelen bestaat. Iemand met bijvoorbeeld autisme, kan door de pandemie ook andere klachten ervaren. Indien hier niet voldoende personeel of geld voor wordt vrijgemaakt, heeft dit niet enkel gevolgen voor de gezondheid van de mensen met psychiatrische aandoeningen, maar ook voor de financiële uitgaven van de overheid aan de gezondheidszorg (London & Varnum, 2019). Dit zorgt namelijk voor een “economische ziektelast”. Mensen met psychiatrische aandoeningen die niet tijdig hulp ontvangen, kunnen namelijk uitvallen en risico lopen op een afstand tot de arbeidsmarkt (London & Varnum, 2019).

Deze kwetsbaarheid wordt volgens Tronto verder versterkt wanneer hun zorgvraag al voor hen wordt ingevuld door hun zorgverlener. Hier is sprake van in de huidige samenleving, wanneer er gekeken wordt naar het invoeren van maatregelen om *social distancing* te kunnen waarborgen. Dit heeft grote gevolgen gehad voor mensen met psychiatrische aandoeningen, zoals de toenemende klachten die hierboven zijn benoemd. Hierom is het essentieel dat mensen met psychiatrische aandoeningen hun zorgverleners juist wel fysiek kunnen zien en dat de zorg voor hen ook toegankelijk is. Ter aanvulling op deze kwetsbaarheid benoemt Isobel Sigley, onderzoeker op het gebied van sociale wetenschappen, dat wanneer mensen zich bedreigd voelen door iemands aanraking, het in staat zijn om afstand te houden, mensen minder aan te raken en zulke adviezen op te volgen, de gezonde witte man van een hogere klasse bevoorrecht en zijn privileges in de maatschappij versterkt (Sigley, 2020). De pandemie heeft volgens Sigley (2020) gezorgd voor onevenredige gevolgen voor de kansarme mensen in de maatschappij en voor *othering*, zoals al

eerder door Lorey is aangehaald. Mensen die een hogere klasse hebben, hebben financiële voordelen die zij kunnen inzetten om ervoor te zorgen dat zij toch worden voorzien in hun behoeften (Sigley, 2020). Zo kunnen zij bijvoorbeeld een privé-dokter of therapeut inhuren en deze eventueel laten overvliegen vanuit het buitenland. Niet alle mensen met psychiatrische aandoeningen in Nederland hebben de faciliteiten om dit te kunnen doen. Bovendien kan deze afstand ervoor zorgen dat mensen nog meer afstand houden van mensen die zij als anders zien, zoals mensen met bepaalde psychiatrische aandoeningen.

Het taboe op lichamelijke aanraking, wat noodzakelijk is voor het voorkomen van besmettingen, is volgens haar (2020) omgevormd tot een wapen om de ongelijkheden in de samenleving te benadrukken om de bevoorrechte mensen een nog comfortabele positie te geven in de samenleving. De kwaliteiten van lichamelijke aanraking en het kunnen “raken” van iemand zijn nodig om ervoor te zorgen dat we in de samenleving met elkaar de binding kunnen opzoeken en de dialoog met elkaar aan kunnen gaan over onrechtvaardigheid. Anne vindt het ook nodig om deze binding te kunnen hebben met haar therapeut en vindt het jammer dat het in de samenleving als vreemd wordt gezien dat zij er behoefte aan heeft dat haar therapeut haar aanraakt. Sigley (2020) stelt dat het nodig is om de betekenisvolle, sterke en significante fundamenteën van lichamelijke aanraking te erkennen, omdat hiermee vorm wordt gegeven aan de wensen van een persoon en dit zorgt voor een gevoel van gemeenschappelijkheid. Zowel Anne als Jasper en Marli doen dit. Zij benoemen de belangrijke waarde van lichamelijke aanraking. Bovendien wordt hiermee ook een mogelijkheid gecreëerd voor het bevragen van bestaande ideologieën, zoals de kijk op de lichamelijke aanraking van een cliënt door een therapeut. Als we door de pandemie meer waardering hebben voor lichamelijke aanraking, kunnen we volgens Sigley (2020) voortbouwen op de positieve waarden die wij hebben meegekregen tijdens deze moeilijke tijd. Uit de ervaringen van Anne, Marli en Jasper blijkt dat zij lichamelijke aanraking meer waarderen. Hier staat tegenover dat wanneer wij juist meer terughoudend worden op het gebied van aanraking en vasthouden aan de hedendaagse verdeeldheid aangaande aanraking,

wij de afstand die er momenteel tussen ons heerst in stand houden (Sigley, 2020). Het is noodzakelijk dat wij hier rekening mee houden, zodat de mensen met psychiatrische aandoeningen niet in een nog kwetsbaardere positie terechtkomen. Het is tevens van belang dat de nabijheid tussen de mensen, waaronder de mensen met psychiatrische aandoeningen en de zorgverleners, weer wordt opgezocht, zodra dat mogelijk is.

### **Tegendenken**

In tegenstelling tot wat er hierboven wordt gezegd, blijkt uit een onderzoek van Pan et al (2021) juist dat de klachten van mensen die al lijden aan psychiatrische aandoeningen, zoals angst- en dwangstoornissen en depressie, qua intensiteit niet meer zijn toegenomen dan mensen die niet lijden aan deze aandoeningen. Uit dit onderzoek (2021) blijkt tevens dat mensen waarvan hun psychiatrische gezondheid tijdens de pandemie het meest is belast een vermindering hebben ervaren van de psychiatrische klachten. Volgens dit onderzoek zou er dus eigenlijk aandacht moeten worden besteed aan de mensen die voor de pandemie geen klachten hadden en wegens de corona-uitbraak psychiatrische klachten hebben ontwikkeld (Pan et al., 2021).

Echter, is dit niet voor alle mensen met psychiatrische aandoeningen hetzelfde. Uit het literatuuronderzoek blijkt namelijk ook dat er een minderheid is die de pandemie juist als heel positief heeft ervaren, omdat de samenleving meer tot rust is gekomen door alle maatregelen. De ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen zijn in hun totaliteit dus niet universeel, maar contextueel (GGZ.nl,2019). Iemand die bijvoorbeeld kampt met sociale angst kan wellicht veel meer rust vinden in het feit dat hij niet meer fysiek onder de mensen hoeft te zijn. Hetzij tijdens het reizen met het openbare vervoer, hetzij tijdens het tegenkomen van collega's bij de koffiecorner.

De ervaring van mensen in de psychiatrie is niet universeel, maar contextueel. Er zijn namelijk heel veel verschillende soorten psychiatrische aandoeningen met verschillende symptomen. Voor sommige mensen met autisme, zoals Jasper is het bijvoorbeeld lastig om sociaal contact aan te gaan met iemand (Nas, 2011). Terwijl

dit voor andere mensen met andere vormen van autisme niet per se zo is. Daarbij, kunnen mensen die lijden aan sociale angststoornissen ook moeite hebben met sociale gelegenheden en het persoonlijke face-to-face contact (Tissera, Gazzard Kerr, Carlson, & Human, 2020). Voor deze typen mensen is het juist voordelig om thuis te werken en het contact met mensen op een digitale manier te onderhouden.

Bovendien hebben veel mensen met autisme moeite met het verwerken van informatie (Nas, 2011). Het is echter nodig voor mensen met autisme om te worden begeleid op het moment dat er sprake is van transitie momenten waarop zij veranderingen in hun leven ervaren. Op deze momenten zouden sommige mensen met autisme juist iemand nodig hebben die hen advies kan geven en hen kan begeleiden tijdens deze verandering (Nas, 2011).

Tenslotte blijkt uit een onderzoek dat in (2018) is uitgevoerd door dat online cognitieve gedragstherapie praktisch en effectief is om mensen met een hevige depressie, angststoornis, paniekstoornissen en sociale angststoornissen te helpen met het verminderen van hun klachten. Bovendien bleek uit dit onderzoek dat de digitale variant van deze vorm van therapie even effectief was als het volgen fysieke therapie (Andrews et al., 2018).

### **Omdenken**

Al met al, is er op basis van de elementen voor goede zorg van Tronto (1993) en de bevindingen die zijn voortgekomen uit het empirisch onderzoek onvoldoende rekening gehouden met de gelaagdheid van de kwetsbaarheid en de precariteit van mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens de pandemie en het doorvoeren van de maatregelen ten gevolge hiervan. Bovendien dient er naar individuele gevallen te worden gekeken en te worden gezocht naar de juiste type zorg voor de persoon in kwestie. De ene persoon kan namelijk juist baat hebben bij online therapie, terwijl iemand anders juist achteruitgaat door zulke therapie. Het zorgen voor mensen met psychiatrische aandoeningen is volgens Tronto (1993) een verantwoordelijkheid van de overheid en de zorginstellingen. Om ervoor te zorgen

dat in de zorgbehoeften van deze groep mensen wordt voorzien, dienen hun zorgvragen te worden herkend en moet hier aandacht aan worden geschonken.

Het grootste verschil tussen het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek uit hoofdstuk 4 is namelijk ook dat deze behoefte aan lichamelijke contact wel een uitkomst is van het empirisch onderzoek, maar niet naar voren komt in de resultaten van het kwantitatieve onderzoek dat in het literatuuronderzoek uiteengezet wordt.

Om deze reden blijkt dat het concept lichamelijkheid van Hamington zeer belangrijk is om centraal te stellen tijdens het onderzoeken van dergelijke geleefde ervaringen en ervaringen an sich ten tijde van een pandemie. Lichamelijkheid blijkt namelijk volgens de empirische bevindingen een grote rol te hebben gespeeld tijdens de pandemie en kan, zoals eerder is benoemd, zorgen voor een betere zorgverlening. Dit wordt ook beaamd door recentere onderzoeken die hierover zijn gepubliceerd. Er is zelfs een term voor bedacht, namelijk “huidhonger”. Dit toont aan dat de behoefte aan aanraking, zowel in de maatschappij als in de GGZ aanzienlijk is. Het literatuuronderzoek bevestigt dit, hieruit blijkt namelijk dat mensen neurobiologisch zo zijn ingesteld dat zij ontvankelijk zijn voor aanraking. Lichamelijke aanraking is een gemeenschappelijke manier om vormen van zorgzaamheid, affectie en intimiteit uit te drukken (Banerjee et al., 2021). Tot slot, is het vanuit een evolutionistische visie van belang voor de ontwikkeling van de cognitie van een mens om tijdens de verschillende levensfasen aangeraakt te worden op een liefdevolle en verbindende manier.

Goede zorg bestaat dus uit het verlenen van zorg die aansluit op de zorgbehoeften van de patiënt, waarbij er sprake is van *attentiveness, responsibility, competence en responsiveness*.

## Hoofdstuk 6. Conclusie, aanbevelingen en beperkingen

### 6.1 CONCLUSIE

Uit dit zorgethisch fenomenologisch onderzoek waarin theorie en empirie zijn gecombineerd, is gebleken dat de pandemie en *social distancing* een aanzienlijke invloed hebben gehad op mensen in de psychiatrie. Zo is uit het literatuuronderzoek gebleken dat mensen in de psychiatrie zich al voor de pandemie in een precaire, oftewel onzekere, situatie bevonden. De pandemie heeft ertoe geleid dat deze mensen verder zijn geprecariseerd en een nog kwetsbaardere positie hebben ingenomen in de maatschappij. Bovendien is er gebleken dat het concept lichamelijke van Hamington voor een betere zorgverlening kan zorgen voor deze doelgroep. Tijdens de eerste golven van de pandemie kregen zij namelijk voornamelijk online therapie. Dit is echter niet voor iedereen even wenselijk. Uit het fenomenologisch onderzoek komt dit ook naar voren. Een van de deelnemers heeft online therapie als zodanig slecht ervaren, dat het voor haar voelde alsof zij helemaal geen therapie heeft gehad in die periode. Deze persoon lijdt onder andere aan angstklachten die tijdens de pandemie behoorlijk zijn toegenomen. Zij en vele anderen hadden dus behoefte aan meer zorg door hun toenemende klachten, maar kregen niet de soort zorg die zij nodig hadden door de maatregelen die door de overheid zijn ingevoerd.

Dit beleid van de overheid heeft raakvlakken met het neoliberale gedachtegoed waarin “eigen verantwoordelijkheid” centraal staat. Dit is echter niet voor alle mensen met psychiatrische aandoeningen haalbaar, omdat zij veel klachten ervaren en hierbij ondersteund moeten worden. Niet iedere persoon met een psychiatrische aandoening is in staat om zelf een afspraak in te plannen met een zorgverlener. Daar komt bij dat het niet voor iedereen even makkelijk is om de verantwoordelijkheid te nemen om hun leefstijl en gedrag volledig aan te passen. Indien iemand hier niet de tools en het geld voor heeft, is dit onwijs complex. Bovendien is het onrechtvaardig om mensen geheel verantwoordelijk te stellen voor hun eigen gezondheid, met name op het gebied van psychiatrische aandoeningen. Psychiatrische aandoeningen hebben namelijk geen eenduidige oorzaak. Sommige psychiatrische aandoeningen

zijn namelijk erfelijk bepaald. Andere psychiatrische aandoeningen worden ontwikkeld door een combinatie van iemands genen en iemands omgeving. Mensen kunnen geen invloed uitoefenen op de klasse waarin zij geboren worden in de samenleving. De participatiesamenleving waarin we leven houdt ook geen rekening met het feit dat mensen die lijden aan psychiatrische aandoeningen niet altijd even in staat zijn om de zorg te dragen voor andere mensen in de samenleving. Deze mensen hebben namelijk zelf al een precare en kwetsbare positie in dezelfde maatschappij die van hen verwacht dat zij de zorg dragen voor andere mensen, terwijl zij zelf zorgbehoevend zijn.

De toenemende angst- en stressklachten, het ervaren van eenzaamheid en de grote behoefte aan lichamelijk contact door de pandemie hebben ervoor gezorgd dat deze doelgroep nog verder is geprecariseerd en kwetsbaarder is geworden dan voorheen. Het is van essentieel belang dat deze groep de nodige psychiatrische zorg krijgt, zodat hun klachten niet verder toenemen en hun bestaan niet verder wordt bedreigd. De pandemie heeft bij sommige mensen namelijk ook tot suïcidale gedachten geleid door de eenzaamheid die gepaard gaat met *social distancing*. Bovendien is het obsessieve schoonmaakgedrag ook toegenomen onder mensen met psychiatrische aandoeningen. Om de nodige zorg aan deze groep te kunnen verlenen is het wenselijk om de vier ethische elementen van goede zorg van Tronto mee te nemen, namelijk *attentiveness*, *responsibility*, *competence* en *responsiveness*.

Er kan dus worden geconcludeerd dat de pandemie en social distancing ervoor hebben gezorgd dat de precariteit en de kwetsbaarheid van mensen met psychiatrische aandoeningen meerdere lagen hebben gekregen. Bovendien kan er gesteld worden dat deze verschillende lagen een aanzienlijke invloed hebben gehad op hun geleefde ervaring. De structuur die zij voor de pandemie hadden, is bijvoorbeeld weggefallen. De controle die mensen hadden over het inrichten van hun dagelijkse leven, is ook voor een groot deel weggefallen, waardoor mensen met bepaalde psychiatrische aandoeningen controle en structuur proberen te vinden in andere dingen zoals sport of werk. Tot slot, kan er worden geconcludeerd dat de

zorg die er wordt geboden aan deze doelgroep niet voor iedereen adequaat is en dat hier meer aandacht aan moet worden besteed.

## 6.2 AANBEVELINGEN

Er zijn een aantal aanbevelingen die kunnen worden gedaan om de zorgverlening voor de mensen met psychiatrische aandoeningen tijdens de pandemie te verbeteren.

De eerste twee aanbevelingen zijn gericht aan de zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg en de beleidsmakers op het gebied van de GGZ.

1. Bij het inrichten van de zorgverlening voor mensen met psychiatrische aandoeningen dient er gekeken te worden naar individuele situaties en niet naar algemene groepen. De ene persoon met een angststoornis kan bijvoorbeeld wel behoefte hebben aan een fysieke therapiesessie, terwijl een andere persoon die ook lijdt aan een angststoornis te bang is om de deur uit te gaan en zich in dezelfde ruimte te bevinden als een andere persoon. Dit ligt aan de hevigheid en de symptomen van de angststoornis en hoe de geleefde ervaring van deze persoon eruitziet.
2. Bovendien kunnen de leefwereldindimenties van Van Manen (2015) ruimtelijkheid, tijdelijkheid, lichamelijkheid, gemoedstoestand en intersubjectiviteit behulpzaam zijn om de geleefde ervaring van iemand met psychiatrische aandoeningen in kaart te brengen. Zo kan bijvoorbeeld door de zorgverlener aan de persoon in kwestie worden gevraagd hoe hij of zij de ruimte ervaart wanneer zij een digitale sessie hebben. Tevens kan er worden gekeken naar hoe deze persoon kijkt naar de nabijheid en de afstand tussen hem of haar en de zorgverlener.
3. Overigens kan de zorg die wordt verleend aan mensen met psychiatrische aandoeningen op een zorgethische manier worden georganiseerd door de vier ethische elementen van “goede zorg” van Tronto mee te nemen, namelijk



*attentiveness, responsibility, competence en responsiveness*. Op deze manier kan de gelaagde kwetsbaarheid en precariteit van deze groep mensen ook worden verminderd. Zorgverleners dienen zich bewust te zijn van het feit dat elk mens uniek is en zijn eigen zorgbehoeften heeft en deze zorgbehoeften dienen niet door de zorgverleners te worden ingevuld voor de cliënten. Op deze manier kan er passende persoonlijke zorg worden geleverd.

4. De derde aanbeveling is gericht aan de beleidsmakers op het gebied van de gezondheidszorg en met name de GGZ. Er dient meer aandacht te worden besteed aan de organisatie van de samenleving, in het bijzonder aan de opgestelde participatiemaatschappij en de sociale normen die hierdoor zijn opgesteld. Er dient meer te worden gesproken over de invloeden van de sociale normen die voort zijn gekomen uit overgenomen ideologieën uit het neoliberale gedachtegoed, zoals “eigen verantwoordelijkheid”. Er dient te worden bevraagd wat nou precies valt onder die “eigen verantwoordelijkheid” en hoe mensen worden geholpen, indien zij die verantwoordelijkheid niet kunnen nemen. De participatiemaatschappij dient meer rekening te houden met de precarisering van bepaalde groepen, zoals mensen met psychiatrische aandoeningen, die al kwetsbaar zijn en ervoor te zorgen dat de samenleving op een zodanige manier wordt georganiseerd dat deze mensen in ieder geval niet nog kwetsbaarder worden. Dit kan worden gedaan door meer geld vrij te maken voor de GGZ, zodat zij bijvoorbeeld workshops en focusgroepen kunnen organiseren met andere zorginstellingen en organisaties die zich bezighouden met het verbeteren van de zorgkwaliteit. Bovendien dient de GGZ meer financiële steun te krijgen om genoeg personeel te kunnen aannemen, zodat de wachttijden voor mensen met psychiatrische aandoeningen ook dalen en zij hulp kunnen krijgen voor hun klachten. Op deze manier kunnen zij beter participeren in de maatschappij en kunnen zij in de toekomst wellicht wel in staat zijn om een ander in de samenleving te ondersteunen. Zij kunnen echter niemand ondersteunen, indien zij zelf verschillende vormen van ondersteuning nodig hebben.

5. Tot slot, is de laatste aanbeveling voornamelijk gericht aan de zorgverleners in de GGZ. Zorgverleners in de GGZ dienen voor elke patiënt na te gaan in hoeverre er behoefte is aan lichamelijke aanraking en of er sprake is van “huidhonger”. Indien iemand bijvoorbeeld een grote behoefte heeft aan een schouderklop of simpelweg zich te kunnen bevinden in dezelfde ruimte als zijn therapeut, dient hier rekening mee te worden gehouden, voor zo ver dat mogelijk is. Sociale contacten zijn namelijk enorm afgenomen voor deze doelgroep tijdens de pandemie, dus wellicht is de therapie sessie een van de weinige contactmomenten die iemand met een psychiatrische aandoening soms heeft.

Het is belangrijk dat deze aanbevelingen in acht worden genomen, zodat deze doelgroep niet verder precariseert en nog kwetsbaarder wordt dan ze al zijn.

### 6.3. BEPERKINGEN

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo is het fenomenologische onderzoek gedaan aan de hand van drie korte films over mensen in de psychiatrie die spreken over hun ervaringen met de pandemie. Ondanks het feit dat het inzichtelijk is om in te zoomen op drie specifieke ervaringen en die op een kwalitatieve manier aan het licht te brengen, kan het ook enorm verrijkend zijn om een onderzoek te doen met een grotere onderzoekspopulatie. Er zijn heel veel psychiatrische aandoeningen die bijvoorbeeld niet aan bod zijn gekomen in de films die in dit onderzoek zijn geanalyseerd en behandeld. Het kan verrijkend zijn om een vervolgonderzoek te doen naar ervaringen van mensen met andere psychiatrische aandoeningen die nog niet naar voren zijn gekomen in dit onderzoek. Bovendien kan het ook verrijkend zijn om, wanneer het weer mogelijk is volgens het overheidsbeleid met betrekking tot de pandemie, mensen te interviewen over hun ervaringen met de pandemie en *social distancing*. Op die manier kunnen er meer vragen worden gesteld en kunnen er andere lagen worden achterhaald van de geleefde ervaring van deze groep mensen.

Indien er in de toekomst een uitgebreide documentaire uitkomt over de ervaringen van mensen met psychiatrische aandoeningen met de pandemie, zou daar bijvoorbeeld ook nog middels een andere fenomenologische onderzoeksmethode

naar kunnen worden gekeken. Op deze manier kan de gelaagdheid van de kwetsbaarheid en de precariteit van deze groep verder worden onderzocht.

Tot slot, kwam het thema eenzaamheid vaak naar voren in de geleefde ervaring van de mensen die in de dataset aan het woord kwamen. Er kan in de toekomst een vervolgonderzoek worden gedaan naar de eenzaamheid die deze doelgroep heeft ervaren tijdens de pandemie en hoe dat naar voren kwam in hun dagelijkse leven.

## Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5th ed. ed.). Arlington, VA; Washington, D.C.: American Psychiatric Association; American Psychiatric Association. Retrieved from <https://vu.on.worldcat.org/oclc/830807378>

Amoretti, M. C., & Lalumera, E. (2019). Harm should not be a necessary criterion for mental disorder: Some reflections on the DSM-5 definition of mental disorder. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 40(4), 321-337. doi:10.1007/s11017-019-09499-4

Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable, and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78. doi:<https://doi.org.proxy.library.uu.nl/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>

Banerjee, D., Vasquez, V., Pecchio, M., Hegde, M. L., Ks Jagannatha, R., & Rao, T. S. (2021). Biopsychosocial intersections of social/affective touch and psychiatry: Implications of 'touch hunger' during COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764021997485.

Baur, V. (2020, 15 oktober). *Theorieën van zorgethisch onderzoek* [Presentatieslides]. Universiteit van Humanistiek.

<https://www.uvh.nl/inlogpagina?token=MDk0MzY3NzM2ODkxMDA0MTOFvJ4aWkle4TRMkwMp7qE8>

Brown, B. J., & Baker, S. (2012). Individualism, neoliberalism and the imperatives of personal governance. *Responsible citizens: Individuals, health and policy under neoliberalism* (pp. 9-26) Anthem Press. doi:10.7135/UPO9780857289131.003  
Retrieved from <https://www-cambridge-org.proxy.library.uu.nl/core/books/responsible-citizens/individualism-neoliberalism-and-the-imperatives-of-personal-governance/2A7839A10DC83FE3F38388C019EA66C8>

Chatterjee, S. S., Malathesh Barikar, C., & Mukherjee, A. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102071.

Delespaul, P. H. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*,

de Volkskrant. (2020, 17 juli). Social distance: wat is dat eigenlijk? de Volkskrant. <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/social-distance-wat-is-dat-eigenlijk~b9652ee7/>

Duyvendak, J. W., & Tonkens, E. H. (2018). Het sociale domein: Democratie, solidariteit en professionaliteit onder druk. *De Helling. Tijdschrift Voor Linkse Politiek*, 31 Retrieved from <https://vu.on.worldcat.org/oclc/8089324453>

Dodds, S. (2014). Dependence, care, and vulnerability. *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*, 181-203.

Gallie, D., Paugam, S., & Union européenne. Direction générale Emploi et affaires sociales. (2003). *Social precarity and social integration* Office for official publications of the European communities Luxembourg.

Gemeente Utrecht. (2019). Gezondheid voor iedereen, volksgezondheidsbeleid 2019-2023. (). Utrecht: Gemeente Utrecht & Volksgezondheid.

GGZnieuws.nl. (2020, 28 september). 'OP SLOT' – Portretten uit de psychiatrie in de corona-tijd. <https://www.ggznieuws.nl/op-slot-portretten-uit-de-psychiatrie-in-de-corona-tijd/>

GGZ.nl. (2019, 2 december). Psychiatrie onder de loep in nieuwe documentaireserie. <https://ggz.nl/psychiatrie-onder-de-loep-in-nieuwe-documentaireserie/>.  
<https://ggz.nl/psychiatrie-onder-de-loep-in-nieuwe-documentaireserie/>

Godinic, D., Obrenovic, B., & Khudaykulov, A. (2020). Effects of economic uncertainty on mental health in the COVID-19 pandemic context: Social identity disturbance, job uncertainty and psychological well-being model. *Int. Innov.Econ.Dev*, 6(1), 61-74.

Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), S90.

Hamington, M. (2012). A performative approach to teaching care ethics: A case study. *Feminist Teacher*, 23(1), 31-49.

Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *IJFAB*:

Han, C. (2018). Precarity, precariousness, and vulnerability. *Annual Review of Anthropology*, 47, 331-343.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2020, maart). Meer samenhang en continuïteit

in zorg nodig voor mensen met chronisch psychische aandoeningen.

[https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-](https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/03/31/meer-samenhang-en-continuteit-in-zorg-nodig-voor-mensen-met-chronisch-psychische-aandoeningen)

[welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/03/31/meer-samenhang-en-](https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/03/31/meer-samenhang-en-continuteit-in-zorg-nodig-voor-mensen-met-chronisch-psychische-aandoeningen)

[continuteit-in-zorg-nodig-voor-mensen-met-chronisch-psychische-](https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/03/31/meer-samenhang-en-continuteit-in-zorg-nodig-voor-mensen-met-chronisch-psychische-aandoeningen)

[aandoeningen](https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/03/31/meer-samenhang-en-continuteit-in-zorg-nodig-voor-mensen-met-chronisch-psychische-aandoeningen) *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1),

52-69.

Kiers, B. (2021). 'Zorgaanbieders krijgen alleen nog geld voor passende zorg'. *Skipr*, 14(3), 44-49.

Kittay, E. Feder (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York: Routledge, 49-73 [Chapter 2] (ELO)

Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. (2020). The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 752-757.

Li, B., Deng, A., Li, K., Hu, Y., Li, Z., Xiong, Q., . . . Zhang, H. (2021). Viral infection and transmission in a large well-traced outbreak caused by the delta SARS-CoV-2 variant. *medRxiv*,

London, E., & Varnum, P. (2019). Why this is the year we must take action on mental health. Retrieved from <https://www.weforum.org/agenda/2019/01/lets-make-2019-the-year-we-take-action-on-mental-health/>

Lorey, I. (2011) Governmental Precarization. Centar za socijalna istraživanja Alternativna kulturna organizacija. Te raadplegen via: <http://www.csi-platforma.org/sites/csi-platforma.org/files/tekstovi/lorey-isabell-governmen-tal%20precarization.pdf> (11 blz.)

McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(Part 2), 82-89. Retrieved from <https://hu.on.worldcat.org/oclc/206917452>

MIND platform. (2020, 22 december). Ggz-panel: forse impact huidige coronagolf [Persbericht]. <https://mindplatform.nl/nieuws/ggz-panel-forse-impact-huidige-coronagolf>

Ministerie van Algemene Zaken. (2021, 23 februari). Nederlandse aanpak en maatregelen tegen het coronavirus. Coronavirus COVID-19 | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/algemene-coronaregels>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 28 april). Campagne over mentale gezondheid tijdens de coronacrisis van start. Nieuwsbericht | Rijksoverheid.nl.



<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/04/28/campagne-over-mentale-gezondheid-tijdens-de-coronacrisis-van-start>

Nas, H. (2011). Levensloopbegeleiding voor mensen met autisme. *Onderwijs En Gezondheidszorg*, 35(1), 24-25.

Pan, K., Kok, A. A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., . . . Penninx, B. W. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: A longitudinal study of three dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121-129.

RIVM. (2021). Varianten van het coronavirus SARS-CoV-2. Retrieved from <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/virus/varianten>

Roulston, K., & Shelton, S. A. (2015). Reconceptualizing bias in teaching qualitative research methods. *Qualitative Inquiry*, 21(4), 332-342.

Russell, E., & Patrick, K. (2018). Mental health needs our attention *Canadian Medical Association Journal*, 190(2), 34.

Schatzberg, A. F., & Norris, K. T. (2009). Chapter 31 - psychiatric disorders. In D. Robertson, & G. H. Williams (Eds.), *Clinical and translational science* (pp. 461-475). San Diego: Academic Press. doi:<https://doi-org.vu-nl.idm.oclc.org/10.1016/B978-0-12-373639-0.00031-5> Retrieved from

<https://www-sciencedirect-com.vu-nl.idm.oclc.org/science/article/pii/B9780123736390000315>

Shanmugam, H., Juhari, J. A., Nair, P., Ken, C. S., & Guan, N. C. (2020). Impacts of COVID-19 pandemic on mental health in malaysia: A single thread of hope. *Malaysian Journal of Psychiatry, 29*(1)

Sigley, I. (2020). It has touched us all: Commentary on the social implications of touch during the COVID-19 pandemic. *Social Sciences & Humanities Open, 2*(1), 100051.

Smeets, R. (2020, 2 april). MIND onderzocht impact coronacrisis op de GGZ. ICT&health. <https://www.icthealth.nl/nieuws/mind-onderzocht-impact-coronacrisis-op-de-ggz/>

Smilde, M. (2009, 30 juli). Marktwerving in de zorg, wat betekent dat eigenlijk? - Parlementaire monitor. Parlementaire Monitor. <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vieldljs8zu?ctx=vg9fgopro6wx>

Solé, B., Verdolini, N., Amoretti, S., Montejo, L., Rosa, A. R., Hogg, B., et al. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in spain: Comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. *Journal of Affective Disorders, 281*, 13-23.

Stellinga, B. J. P., Hesselmans, M., de Hoog, J. R., & Bijleveld, C. C. J. H. (2020).

Kwetsbaarheid en veerkracht. (). Den Haag: WRR.

SWLocums. (2018). The social stigma of mental health problems SWLocums.

Trimbos-instituut. (2021). Destigmatisering en inclusie. Retrieved from

<https://www.trimbos.nl/kennis/destigmatisering>

Tissera, H., Gazzard Kerr, L., Carlson, E. N., & Human, L. J. (2020). Social anxiety and liking: Towards understanding the role of metaperceptions in first impressions.

Journal of Personality and Social Psychology,

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice* NYU Press.

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*

Psychology Press.

Trouw. (2019, 8 februari). *De ggz verdient meer zorg*.

<https://www.trouw.nl/nieuws/de-ggz-verdient-meer-zorg~b997e32c/>

UMCG. (2019, 25 december). Wat is de impact van de coronacrisis op mensen met psychiatrische klachten? [www.kennisinzicht.umcg.nl](http://www.kennisinzicht.umcg.nl).

<https://kennisinzicht.umcg.nl/Paginas/Wat-is-de-impact-van-de-coronacrisis-op-mensen-met-psychiatrische-klachten.aspx>

Universiteit van Amsterdam. (2020). *Research Data Management*. Geraadpleegd op 19 februari, van [rdm.uva.nl](http://rdm.uva.nl): <https://rdm.uva.nl/plannen/informed-consent/informed-consent.html?cb>

Van Manen, M.

(1990) *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press, Albany

Van Manen, M. (2015). *Writing in the Dark: Phenomeno-logical studies in Interpretive Inquiry*. Chapter 16, Routledge, London, pp. 237-252.

van Meekeren, E., Smith-van Rietschoten, W., Knoppert-van der Klein, E. A. M., & van Verschuer, M. (2009). In gesprek over: Oorzaken van psychiatrische stoornissen. (). Vleuten: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Retrieved from <https://praktijkvoorpsychiatrie.nl/wp-content/uploads/Oorzaken-van-psychiatrische-stoornissen.pdf>

Vosman F, Niemeijer A. Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Med Health Care Philos*. 2017 Dec;20(4):465-476. doi: 10.1007/s11019-017-9766-1. PMID: 28332007.

Vosman, F., Niemeijer, A. (2019). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*: DOI 10.1007/s11019-017-9766-1

Van Staa, A. L., Cardol, M., & van Dam, A. (2017). Positieve gezondheid kritisch beschouwd: Niet nieuw, onduidelijk, misleidend en niet zonder risico. *Positieve Psychologie*, (4), 33-39.

Walsh, P. (2019). Precarity. *ELT Journal*, 73(4), 459-462.

# Bijlagen

## BIJLAGE 1: TRANSCRIPTIES KORTE FILMPJES

### Anne huidhonger filmpje 1

Er is een rood met witte lint te zien die de ingang van het terras van een restaurant afsluit. Vervolgens is een oppervlak te zien met een verfafdruk die bestaat uit de woorden "1,5 meter afstand houden aub".

“Als ik ook aan iemand zou durven vragen van

“Hey, wil je me even vastpakken nu? Want

ik heb het idee dat ik te veel in mijn hoofd zit en ik moet even voelen dat ik ook nog een lijf heb.

Dat durven vragen, dat vond ik altijd al heel erg moeilijk voor corona.

En nu in corona en in die anderhalve metermaatschappij kan ik kan ik het ook niet meer Vragen. Omdat ik denk: “O ja, dat mag niet” en me eigenlijk ook heel erg alleen voelde.

Terwijl ze dit zegt, kraakt de stem van Anne aanzienlijk.

In die eerste maanden van corona, dus echt in die intelligente lockdown was ik véél en véél meer thuis

De buitenkant van het huis van Anne is te zien. Er wordt ingezoomd op de ramen van de bovenste verdieping. Vervolgens is de binnenkant van de het huis en de ramen te zien. Er is een boek te zien waarop DSM staat. Dit kan verwijzen naar het classificatiemodel van psychiatrische aandoeningen die in het theoretisch kader is behandeld. Er zijn planten te zien en een bank met kleurrijke kussens. Haar witte kat ligt op de armleuning van de bank.

Ik mocht niet meer elke dag naar kantoor en ik mocht niet meer naar school. Eerst zat ik in een soort van overlevingsstand. Ik ging ook heel erg focussen op werk, omdat ik dat dan zo goed mogelijk wilde

doen en zo goed mogelijk willen regelen. Tegelijkertijd was het dan een hele grote tegenstelling met wanneer ik mijn laptop dan dicht deed en Zoom deed ik dicht. **Dan zat ik ineens weer helemaal alleen**

**in die ruimte en voelde ik me ook zo alleen.** SPATIALITY. En ik kon dan heel moeilijk vanuit mijn hoofd weer even naar mijn lichaam en even aarden en even dat “foee”.

Vervolgens is Anne te zien terwijl ze achter haar laptop zit. Ze leunt tegen met haar arm op de tafel en heeft haar hand tegen haar mond en rechterwang geplaatst.

Ik ging maar door en ik ging maar door, dat was het. En een soort van negeren dat ik ook behoeftes heb.

Terwijl zij zegt, raakt ze haar kat aan. Ze streelt haar rug en raakt haar kop aan.

**Ik heb eigenlijk behoefte aan als ik te lang in mijn**

hoofd zit dat iemand me echt even bij mijn schouders pakt en me gewoon even naar beneden drukt.

Zo van "O je bent hier gewoon op aarde en hier voel je wel dat je ook nog benen hebt?"

Er zijn beelden te zien van het hoofdkantoor Holland Amerika Lijn en andere gebouwen in Rotterdam. De blauwe lucht en witte wolken zijn ook te zien. Vervolgens zijn er nog meer stickers en verfafdrukken te zien die ervoor moeten zorgen dat er anderhalve meter afstand moet worden gehouden.

Ik zit gewoon heel erg in mijn hoofd en kan dan heel erg geconcentreerd aan mijn werk zitten of iets schrijven of iets lezen.

De boekenkast van Anne is te zien. Vervolgens loopt Anne naar de kast toe. Zij heeft een donkere trui aan en haar haar in een knot.

Dat ik helemaal zeg maar in dat rationele zit en als ik daar dan elke dag aan voorbij ga dan stapelt dat zich allemaal op. Temporality.

Totdat ik een soort uitbarsting krijg van of verdriet of boosheid, wat ik eigenlijk niet meer echt heel erg in de hand kan houden of geen grip op heb.

Anne kiest een boek uit. Het lijkt alsof Anne erg moe is, omdat zij wallen heeft. Tevens lijkt het alsof ze somber is.

En dat het toch wel een verband heeft met "Wat doe ik hier op aarde? Wat wil ik hier? Wil ik eigenlijk wel leven?"

Is te zien hoe ze haar kat over haar bol aait. Haar kat maakt vervolgens een geluid waardoor het lijkt alsof ze de aanraking fijn vindt.

Daar heb ik wel, uhm, wel een aantal weken mee gezeten tot ik dacht: "Laat ik dit maar even met mijn therapeut gaan bespreken, want dit is niet goed."

Terwijl ze dit zegt kijkt ze naar haar kat

Het is moeilijk te zien wat voor expressie ze heeft, maar het lijkt alsof Anne aan het nadenken is, terwijl ze haar kat aait.

MOOD.

Nah normaal dan zie ik mijn therapeut een keer in de twee weken gewoon in het echt en dan zitten we tegenover elkaar zitten, we in een

kamertje. Het is een hele lichaamsgerichte therapie en het gaat heel erg over afstand en nabijheid. Ik voel dan ook altijd heel erg de sfeer in de kamer en ben nu was dat ineens online, dus videobellen.

Terwijl ze dit zegt, is haar appartement weer van buiten te zien.

Vervolgens loopt haar witte kat naar buiten via het raam. Anne zit vervolgens alleen met haar kat in de tuin, waarna ze haar kat weer aait. Ze heeft een boek in haar hand. Er

staan nog twee andere lege stoelen in de tuin die gevuld is met bloemen en struikgewassen.

Hij was een soort van ver weg omdat het

online was, maar tegelijkertijd was hij ook heel dichtbij, omdat hij ineens in

mijn kamer "zat", maar het klopte niet, omdat ik hem niet voelde. EMBODIMENT.

Ik kan wel behoefte hebben aan aanraking in de sessie met

mijn therapeut en soms zeg ik dat ook wel hardop of durf ik dat te zeggen.

De toon van Anne verandert terwijl ze dit zegt, het lijkt alsof ze lacht terwijl ze dit zegt  
Ik vind dat altijd wel echt een hele stap, omdat het lijkt of ik om zoiets extreems vraag.

Ze legt een nadruk op extreems.

En het is toch eigenlijk vreemd dat ik me dan zo schaam om dat te vragen?

Ze legt een nadruk om vreemd en schaam.

Anne ligt vervolgens op haar bed en lacht naar kat die op haar bed staat.

Nu het ook meer over huidhonger mag gaan en over eigenlijk het belang van

aanraking, hoop ik wel dat we er ook in de ggz misschien wat meer over gaan praten.

Dat aanraking zo veel kan doen.

Anne raakt de kop van haar kat aan en streelt haar over haar wang en de achterkant van haar nek. Vervolgens leunt Anne met haar hoofd tegen de zijkant van de kop van haar kat aan. Met haar ene hand houdt zij haar linkerschouder vast, terwijl zij met haar kat nog aait over haar nek met haar andere hand. INTERSUBJECTIVITY.

Verdere observatie: alleen thuis, alleen in de tuin, soms met kat. Raakt kat veel aan en knuffelt met kat.

Spatiality

Temporality

Mood

Embodiment

Intersubjectivity

## Huidhonger filmpje 2 Marli

Een keer van iemand een arm om je heen krijgen, dat zou misschien wel een van je diepste wensen zijn

Ik woon momenteel alleen in een huisje in Tolen. EMBODIMENT.

Ik heb geen gezin met wie ik woon, ja mijn knuffels maar ja in principe ben je alleen.

Die anderhalve meter maatschappij, dat voelt voor mij heel kil. Iemand met een gezin die mag bij elkaar, iemand met partner mag bij elkaar. Dat roept bij mij wel eenzaamheid op. De eerste moment dat ik

gewust ben geworden van de maatregelen van corona, echt, was het sluiten van de sportschool. En de sportschool betekent voor mij echt alles. Sporten is een van mijn grootste hobby's, kracht en motivatie

Maar het kan bij mij ook echt wel moeten. En dat gebeurde er, dat werd meer.

SPATIALITY EN MOOD.

Mijn leven voor de lockdown was elke dag bijna hetzelfde. Gewoon van negen tot vijf op kantoor met

collega's en (intersubjectiviteit) dan van, om vijf uur naar huis en om zes uur was ik in de sportschool tot negen uur 's avonds.

En als je het aan mij nu vraagt: "Hoe is je leven?" Nou dan is elke dag anders. Zo'n mens ben ik eigenlijk ook niet en dat hangt allemaal samen eigenlijk in dat hoofd van mij. Dat heeft structuur nodig en als het geen structuur heeft dan gaat het structuur zoeken. En ja, dat kan goed zijn, maar dat kan ook niet goed zijn. Het is natuurlijk abnormaal als je minimaal 3 uur per dag sport, elke dag Embodiment en temporality.

Het geeft een soort rust dat je daar nog wel de controle over hebt

Ja, op tv zijn natuurlijk verschillende uitzendingen geweest over de IC'S.

Ik heb zelf ernstig astma. Ja, zelf heb ik 8 keer op de IC gelegen, waarbij het ook kantje boord is geweest

Het is alleen al door die beelden te zien, roept dat toch weer angst op.

Ja, in mijn hoofd zit dan: "Als er iets gebeurt, dan is er geen hulp want alle bedden

zijn bij corona. Mood.

Dat speelt er bij mij in mijn hoofd het meeste. Dat de reguliere zorg

helemaal weg is en dat heb ik op alles helemaal toegepast.

En, omdat die angsten dan zo extreem naar voren komen, wil je juist hulp. En juist in deze periode mag het allemaal niet. Dus de klachten worden erger, de behoefte wordt groter, maar ja er is gewoon minder mogelijkheid. Er is geen mogelijkheid. Mood.

Ik ben onder behandeling bij een psycholoog, ook mede voor die angstklachten.

Maar zij was online. Ik vond het werkelijk niks, echt helemaal niks. Mood. Voor mij, ik ik heb echt 3 maanden lang in mijn ogen geen therapie gehad, terwijl het juist nodig was. Temporality.

Dus ja, de de cirkel blijft doorgaan.

Verdere observatie: Buiten alleen hard lopen, alleen in huis, thuis op de fiets sporten.



### Huidhonger filmpje 3 Jasper

Eigenlijk vond ik het niet jammer om te stoppen met handen schudden, omdat na ja, nee ik heb maar met weinig mensen echt graag nabij contact en daarbij heb ik ook nog best wel kleffe handjes, zeg maar. Dus ik heb altijd een beetje vervelend gevoel. Dus dat ze handen schudden. Dat hoeft voor mij echt nooit meer. Nou ik maak weleens de grap dat ik het liefste mijn hele leven online zo hebben, omdat ik heb gemerkt dat digitale contacten mij veel makkelijker afaan, dan real-life contacten. Embodiment. Ik ben eigenlijk iemand die van nature al makkelijk afstand houdt tot mensen. Dus het is wat mij betreft een van de benefits die we wel mogen vasthouden na de COVID-periode. Spatiality.

Ik werk in het dagelijks leven als ervaringsdeskundige in de specialistische ggz. Intersubjectiviteit. Vijf maanden hebben we helemaal geen live mensen gezien. Intersubjectiviteit en temporaliteit.

Dus dan als je al heel veel dingen online doet, is het gewoon logisch om therapie ook online te gaan doen. Spatiality. En voor mensen met autisme is het dan nog een stukje makkelijker, omdat ze lekker in hun eigen omgeving, hun eigen vertrouwde omgeving. Je krijgt vaak kwalitatief betere gesprekken, omdat iemand in zijn eigen omgeving zit. Embodiment en mood. Nou de angst zit bij mij heel erg groot, omdat wij een zootje hebben van vier. Ik denk 85% van de opvoeding en het tijd met hem komt eigenlijk op mijn vrouw haar schouders terecht. En als mijn vrouw zou worden opgenomen op een IC, zou die druk onmiddellijk allemaal op mijn schouders terechtkomen. Ik voel mij daar, ondanks allerlei soorten therapieën, voel ik mij daar nog steeds niet toe gerust. Ik kom eigenlijk niet op plekken waar ik niet zeker weet dat ik een afstand kan handhaven. Maar het heeft bij mij nog een stapje d'f bovenop gedaan. Wij hebben bijvoorbeeld een schoonmaakster thuis. Maar als ik dan thuis kom, ga ik ook nog een keer alle aanraakpunten waar zij aan heeft kunnen zitten in mijn hoofd en nog een keer. Mood. Het aller moeilijkste moment voor mij eigenlijk in live contact is zeker mijn collega's, het zijn eigenlijk de te informeren momenten. Intersubjectiviteit. Online hoef ik niet de moeite te doen om mensen aan te kijken. Kan ik even nadenken over mijn reactie, al dat soort dingen. Eigenlijk vond ik het niet jammer om te stoppen met handen schudden, omdat na ja, nee ik heb maar met weinig mensen echt graag nabij contact en daarbij heb ik ook nog best wel kleffe handjes, zeg maar. Dus ik heb altijd een beetje vervelend gevoel. Embodiment.

Dus dat ze handen schudden. Dat hoeft voor mij echt nooit meer. Lichamelijke en mood.

Als ik terugkijk op de afgelopen periode, dan zou ik eigenlijk willen zeggen dat het eigenlijk 60/40 is. Het is 60 procent is het dus positief voor mij, veertig procent is negatief. Mood. En dan zit het vooral in die veertig procent van die mensen met wie ik wel graag dichtbij kom. Intersubjectiviteit en spatiality.

Ja, dat kan nu dus ook gewoon niet. En dus dat vind ik wel heel lastig want, die kleine selecte groep daarmee knuffelde ik bijvoorbeeld wel graag. Embodiment. En dus dat soort dingen, ja mis ik nu wel, ja. Mood.

Verdere observatie: hij bevindt zich vooral thuis, aan tafel, op de bank. Gaat naar buiten met mondkapje en plastic handschoenen aan. Maakt veel schoon.

## BIJLAGE 2: PLANNING

Week	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Kiezen onderwerp	■																			
Verzamelen literatuur	■	■	■																	
Schrijven onderzoeksopzet		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Inleveren concept onderzoeksopzet				■			■			■			■							
Feedbackmoment				■				■				■		■				■	■	
Literatuuronderzoek		■	■	■	■									■	■	■	■	■	■	■
Empirisch onderzoek -Data-analyse -Uitwerking resultaten								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Discussie																			■	■
Conclusie, aanbevelingen en beperkingen																			■	■
Laatste controle																				■
Inleveren scriptie																				■

### BIJLAGE 3: ZOEKPLAN

Soort vraag:	Database	Zoektermen	Doelgroep
Deelvraag 1	Pubmed Google Scholar ScienceDirect PsycINFO	Precariteit of Precarity Social distancing AND corona COVID-19 AND mental illnesses AND social distancing AND impact	Mensen met psychiatrische aandoeningen
Deelvraag 2	Pubmed Google Scholar ScienceDirect	Lichamelijkheid AND zorgethiek Kwetsbaarheid AND mensen met psychiatrische klachten Tronto AND kwetsbaarheid/vulnerability Kittay AND vulnerability	Mensen met psychiatrische aandoeningen
Deelvraag 3	Pubmed Google Scholar ScienceDirect	Van Manen AND Phenomenological research Van Manen AND fenomenologie	Mensen met psychiatrische aandoeningen
Hoofdvraag	Pubmed Google Scholar ScienceDirect	Kwetsbaarheid, lichamelijkheid, effect van social distancing, mensen in de psychiatrie	Mensen met psychiatrische aandoeningen