



**HIV IN DE
GEZONDHEIDSZORG:**
*ervaringen van
patiënten en
zorgverleners*

SARAH E. STUTTERHEIM, ARJAN E.R. BOS & LENNEKE SICKING

**HIV IN DE
GEZONDHEIDSZORG:**
*ervaringen van
patiënten en
zorgverleners*

SARAH E. STUTTERHEIM, OPEN UNIVERSITEIT
ARJAN E.R. BOS, OPEN UNIVERSITEIT
LENNEKE SICKING, VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

colofon

© 2013 Aids Fonds en de auteurs

© Grafische vormgeving: MIXXER, Klara Paternotte & Marleen Swenne

Open Universiteit
www.ou.nl



 Aids
Fonds



MAIN*line*

Dit rapport is onderdeel van een interventieproject, dat werd uitgevoerd door Care4Care en gefinancierd door het Aids Fonds (subsidienummer 2009083). Het doel van het project is het bevorderen van de acceptatie van mensen met hiv in de Nederlandse gezondheidszorg. Care4Care is een samenwerkingsverband tussen de Open Universiteit, Hiv Vereniging Nederland (HVN), Soa Aids Nederland en Stichting Mainline. Vanaf het begin kwam Care4Care geregeld bij elkaar om de voortgang te bespreken, uitgevoerd werk te evalueren en beslissingen te nemen. De huidige en voormalige leden van de groep – Ronald Brands (HVN, Soa Aids Nederland), Ger Brokx (HVN), Ineke Baas (voorheen bij Stichting Mainline), Hilde Roberts (Stichting Mainline) en Hugo van Aalderen (Stichting Mainline) – hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan dit verslag. Wij danken hen hartelijk voor hun waardevolle bijdrage.

Daarnaast wil Care4Care een aantal andere mensen bedanken die een bijdrage hebben geleverd: Sien van Oeveren van HVN en Annemarie Kapteijns van Newcom Research and Consultancy voor het meewerken aan de vragenlijst studie, Wim van Brakel van de Vrije Universiteit Amsterdam voor het inbrengen van Lenneke voor de kwalitatieve studie en Ronald Berends van het Aids Fonds voor het meedenken tijdens de ontwikkeling en implementatie van dit project. Dank ook aan Lissa Agema van Transcriptieservice.nl voor het uitwerken van de interviews, aan Soa Aids Nederland voor de vele vergaderingen die we er mochten houden en aan de Universiteit Maastricht waar dit project werd geïnitieerd. Verder ook dank aan de mensen die deelnamen aan de verkennende focusgroep, voorafgaand aan de ontwikkeling van de vragenlijst studie. Wij willen ook degenen bedanken die deelnamen aan een bijeenkomst voor deskundigen om de eerste resultaten te bespreken. Daarnaast bedanken wij iedereen die heeft meegeholpen met het werven van deelnemers voor deze studie, zoals hiv-consulenten in het hele land en de HVN. Tot slot willen we de deelnemers bedanken voor hun bereidheid om tijd beschikbaar te maken en hun inzichten over hiv in de Nederlandse zorgsector met ons te delen.

INLEIDING	6
ONDERZOEKSRESULTATEN	10
Interacties tussen patiënt en zorgverlener: de ervaringen van mensen met hiv	11
Interacties tussen patiënt en zorgverlener: de ervaringen van zorgprofessionals	12
Open zijn over hiv-status tegenover zorgprofessionals	13
De ervaringen van hiv-positieve zorgprofessionals	13
De hiv-status onthullen op het werk	14
CONCLUSIES	15
AANBEVELINGEN	18
LITERATUUR	24

inleiding

Door de introductie van de combinatietherapie is hiv veranderd van een dodelijke in een chronische ziekte (Shippy & Karpiak, 2005). Ondanks aanzienlijke verbeteringen qua levensverwachting en levenskwaliteit, blijft hiv een belastende ziekte. Mensen met hiv krijgen niet alleen te maken met de lichamelijke gevolgen van de hiv-infectie, maar ook met de sociale en psychologische gevolgen van het hebben van een virus, dat de afgelopen dertig jaar werd beschouwd als een stigma. Een stigma is een negatief sociaal kenmerk, waardoor men als minderwaardig wordt beschouwd. Stigmatisering vindt plaats in sociale interacties (Bos, Pryor, Reeder & Stutterheim, 2013; Crocker, Major & Steele, 1998; Goffman, 1963). Mensen met hiv worden meestal gestigmatiseerd vanwege de angst voor infectie, de ernst van de aandoening en de toegeschreven persoonlijke verantwoordelijkheid voor het oplopen van de hiv-infectie (Bos, Kok & Dijker, 2001). Daarnaast worden mensen met hiv vaak geassocieerd met gedrag dat door sommigen wordt gezien als een overschrijding van sociale normen, zoals prostitutie, homoseksualiteit en intraveneus drugsgebruik (Bos, Dijker & Koomen, 2007; Dijker & Koomen, 2003; Stutterheim, Bos, van Kesteren et al., 2012). Mensen met hiv blijken in verschillende situaties gestigmatiseerd te worden (Sandelowski, Lambe & Barroso, 2004; Swendeman, Rotheram-Borus, Comulada, Weiss & Ramos, 2006; Venable, Carey, Blair & Littlewood, 2006; Varas-Diaz, Serrano-Garcia & Toro-Alfonso, 2005). Eén van deze situaties is de gezondheidszorg (Rintamaki, Scott, Kosenko & Jensen, 2007; Stutterheim et al., 2009).

Hoewel veel interacties tussen mensen met hiv en zorgprofessionals als positief ervaren worden, laat eerder onderzoek zien dat zorgprofessionals ook stigmatiserende attitudes kunnen hebben (Li et al., 2007; Oanh, Ashburn, Pulerwitz, Ogden & Nyblade, 2008; Pickles, King & Belan, 2009; Reis et al., 2005) en een geringe bereidheid kunnen hebben om te communiceren met of te zorgen voor mensen met hiv (Cohen, Romberg, Grace & Barnes, 2005; Li et al., 2007; Sadoh, Fawole, Sadoh, Oladimeji & Sotiloye, 2006; Sears & Ho, 2006). Stigmatiserend gedrag kan subtiel, maar ook opvallend zijn. Voorbeelden hiervan zijn ongemakkelijke sociale interacties, een grote

fysieke afstand houden, het vermijden van mensen met hiv, het onnodig doorverwijzen naar andere zorgprofessionals, geen aandacht aan mensen met hiv besteden, het afraden van zorg, minachting, het testen op hiv zonder toestemming, beschuldigingen, het nemen van extreme voorzorgsmaatregelen, het markeren van documenten, bedden en/of kamers, het schenden van de geheimhoudingsplicht, het weigeren iemand met hiv te behandelen, isolatie op afdelingen en verbaal geweld (Kinsler, Wong, Sayles, Davis & Cunningham, 2007; Mahendra et al., 2007; Rintamaki et al., 2007; Rutledge, Abell, Padmore & McCann, 2009; Schuster et al., 2005; Zukoski & Thorburn, 2009). De boven beschreven stigmatiserende gedragingen kunnen in de gezondheidszorg onder andere voorkomen in ziekenhuizen, spreekkamers, tandartsenpraktijken, ambulances en apotheken. Deze gedragingen worden niet alleen vertoond door medische professionals, maar ook door ondersteunend personeel (Rintamaki et al., 2007; Rutledge et al., 2009; Schuster et al., 2005; Zukoski & Thorburn, 2009). In Nederland hebben mensen met hiv ook aangegeven dat ze negatieve reacties op hun hiv-status hebben gekregen. Deze reacties werden ervaren in ziekenhuizen, in tandartsenpraktijken en in het contact met huisartsen. Het onderzoek van Stutterheim, Bos en Schaalma uit 2008 liet onder andere zien dat 26,2% stigma ervaart in ziekenhuizen, 28,8% in een tandartsenpraktijk en 19,2% in contact met hun huisarts.

In de zorgsector zijn negatieve reacties op mensen met hiv onder meer problematisch omdat mensen met hiv afhankelijk zijn van de benodigde behandeling en bijbehorende zorg. Daarnaast is de gezondheidszorg een omgeving waar veel mensen met hiv zich verplicht voelen om hun hiv-status bekend te maken (Rintamaki et al., 2007; Rutledge et al., 2009). Het ervaren van hiv-gerelateerd stigma in de gezondheidszorg kan dus resulteren in het uitstellen van testen en behandelen, het vermijden van gezondheidsinstellingen en een slechtere kwaliteit van de zorg (Agnarson et al., 2010; Nyblade, Stangl, Weiss & Ashburn, 2009; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010). Naast deze gezondheidsgevolgen, kan het ervaren van hiv-gerelateerd stigma in de gezondheidszorg ernstige psychologische gevolgen hebben, deels omdat het ervaren van stigma een negatieve impact heeft op het psychologisch welzijn van mensen (Bos, Schaalma & Pryor, 2008; Stutterheim, Bos, Shiripinda et al., 2012; Stutterheim et al., 2009), maar ook omdat zorgprofessionals worden beschouwd als 'verstandig' (zie Goffman, 1963). Er wordt van hen verwacht dat

ze de juiste kennis hebben over hiv en niet dat ze mensen met hiv stigmatiseren. Helaas heeft eerder onderzoek aangetoond dat dit niet altijd het geval is (Chen & Han, 2010; Feyissa, Abebe, Girma & Woldie, 2012; Jovic-Vranes, Jankovic, Vukovic, Vranes & Miljus, 2006). Onderzoek naar de impact van hiv-gerelateerd stigma in de gezondheidszorg is op dit moment nog schaars. Studies laten echter zien dat er bij patiënten die stigmatisering in de gezondheidszorg hebben ervaren, sprake is van ontevredenheid, meer psychische problemen, een laag zelfvertrouwen, het gevoel geen zorg te verdienen en een verminderde motivatie om gezond te blijven (Li, Comulada, Wu, Ding & Zhu, 2013; Rahmati-Najarkolaei et al., 2010; Stutterheim et al., 2009). Er is daarentegen ook aangetoond dat positieve interacties tussen zorgprofessionals en mensen met hiv bijdragen aan het trouwer zijn aan de hiv-therapie en een betere gezondheid (Preau et al., 2004; Schneider, Kaplan, Greenfield, Li & Wilson, 2004).

Het is belangrijk dat mensen met hiv zich geaccepteerd voelen en ervaren dat ze gelijk worden behandeld in de gezondheidszorg. In de toekomst zullen steeds meer zorgprofessionals te maken krijgen met mensen met hiv, omdat mensen met hiv steeds ouder worden. Hierbij kan men denken aan de thuiszorg, verpleeghuizen en professionals in de ouderenzorg. Om de acceptatie van mensen met hiv in de gezondheidszorg te bevorderen, is het belangrijk om te begrijpen hoe mensen met hiv hun interacties met zorgprofessionals ervaren en wat de impact van deze ervaringen is (Yang, Zhang, Chan & Reidpath, 2005). Wij onderzochten niet alleen de ervaringen van mensen met hiv met zorgprofessionals, maar ook de ervaringen van zorgprofessionals omtrent hiv en hun professionele interacties met mensen met hiv. Ten slotte onderzochten we de specifieke ervaringen van mensen met hiv die zelf in de zorgsector werken.

De ervaringen van mensen met hiv en zorgprofessionals werden onderzocht aan de hand van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Door middel van een online vragenlijst werd de prevalentie van mogelijke negatieve interacties met zorgprofessionals onder 262 mensen met hiv onderzocht. Daarnaast werden er semigestructureerde interviews afgenomen. In de interviews werden positieve en negatieve interacties tussen mensen met hiv en zorgverleners onderzocht. Interviews werden afgenomen met mensen met hiv ($n=12$), zorgprofessionals zonder hiv ($n=14$) en zorgprofessionals met hiv ($n=10$).

onderzoeks- resultaten

INTERACTIES TUSSEN PATIËNT EN ZORGVERLENER: DE ERVARINGEN VAN MENSEN MET HIV

De resultaten van de kwantitatieve en kwalitatieve studies onder mensen met hiv, die zowel binnen als buiten de zorgsector werken, laten zien dat mensen met hiv positieve en negatieve ervaringen hebben met zorgprofessionals in de Nederlandse gezondheidszorg. Positieve ervaringen kwamen echter meer voor dan negatieve ervaringen. Voorbeelden van positieve ervaringen zijn hetzelfde behandeld worden als iedere andere patiënt, het krijgen van extra aandacht, gewaardeerd worden en met respect behandeld worden. Met respect behandeld worden kwam onder meer tot uiting doordat zorgprofessionals de tijd namen voor mensen met hiv, aandachtig naar hen luisterden en hun klachten serieus namen. Daarnaast gaven de deelnemers aan dat ze sociale steun kregen van zorgprofessionals en dat hen geheimhouding werd gegarandeerd. Er werd aangegeven dat positieve ervaringen met zorgprofessionals een positieve invloed hadden op de eigen acceptatie van de hiv-status. Daarnaast werd er aangegeven dat positieve ervaringen hen emotioneel sterker maakten. Ook compenseerden de positieve interacties de negatieve ervaringen, moedigden zij openheid over de hiv-status binnen en buiten de zorgsector aan en vergrootten zij het vertrouwen in zorgprofessionals.

Ondanks een groot aantal positieve ervaringen, werden er ook negatieve ervaringen met zorgprofessionals vermeld. Deze ervaringen waren ongemakkelijke sociale interacties met zorgprofessionals, het stellen van irrelevante vragen over de hiv-infectie, onbeleefd gedrag, verwijten, onnodig medelijden hebben, overdreven vriendelijk zijn, meer fysieke afstand en het gebruik van overdreven voorzorgsmaatregelen. Verder gaven mensen met hiv aan dat ze ervoeren dat ze werden vermeden, dat hen zorg werd geweigerd of dat zorgprofessionals niet bereid waren om hen zorg te bieden, waardoor ze werden ontmoedigd om zorg te zoeken of te ontvangen. Daarnaast werden ook onnodige verwijzingen naar andere zorgprofessionals, gebrek aan goede zorg en gebrek aan steun vermeld. Ten slotte spraken mensen met hiv ook over het schenden van hun geheimhouding,

onzorgvuldigheid in het waarborgen van hun geheimhouding en onvoldoende discretie over hun hiv-status. Deze negatieve ervaringen hadden invloed op de psychologische gesteldheid en het gedrag van mensen met hiv. Deelnemers gaven bijvoorbeeld aan dat negatieve ervaringen leidden tot teleurstelling, ongemakkelijk voelen, ergernis, pijn en boosheid. Sommigen gaven aan dat zij de negatieve ervaringen hadden geïnternaliseerd of gaven aan dat zij zich hadden neergelegd bij het feit dat negatieve reacties onderdeel zijn van het hebben van hiv. Wat betreft hun gedrag, gaven deelnemers aan dat negatieve ervaringen ertoe leidden dat ze selectiever werden in het onthullen van hun hiv-status aan zorgprofessionals, nieuwe zorgprofessionals zochten na een specifieke negatieve ervaring of bepaalde zorginstellingen helemaal vermeden. Negatieve ervaringen werden verwerkt door niet veel waarde aan deze ervaringen te hechten, de ervaringen te negeren, de desbetreffende zorgprofessional met zijn/haar gedrag te confronteren, activisme, de negatieve ervaringen in een positief daglicht te zien of sociale steun te zoeken.

INTERACTIES TUSSEN PATIËNT EN ZORGVERLENER: DE ERVARINGEN VAN ZORGPROFESSIONALS

De interviews met hiv-negatieve zorgprofessionals lieten zien dat de meeste zorgprofessionals weinig ervaring hadden met mensen met hiv. De meesten hadden alleen basiskennis over hiv en geen gespecialiseerde kennis, vanwege een gebrek aan hiv-specialisatie. Daarnaast beweerden de deelnemers dat mensen met hiv zoals iedere andere patiënt behandeld moeten worden en dat hiv niet langer een gestigmatiseerde conditie is. Ondanks deze uitspraken gaven sommige deelnemers aan dat zijzelf of collega's angst ervoeren voor het oplopen van een hiv-infectie. Dit resulteerde erin dat zij extra voorzichtig waren bij de interactie met mensen met hiv en soms extra voorzorgsmaatregelen namen. Ook beschreven deze zorgprofessionals situaties, waarin documenten van mensen met hiv werden gemarkeerd om andere zorgprofessionals te waarschuwen. Verder gaven ze aan nieuwsgierig te zijn naar hoe patiënten hun hiv-infectie hadden opgelopen, maar dit niet te vragen vanwege hun plicht om professioneel te handelen. Ten slotte gaven enkele zorgprofessionals aan dat het nemen van extra voorzorgsmaatregelen, het markeren van documenten en het stellen van irrelevante vragen over hoe de hiv-infectie opgelopen is, problematisch is. In feite waren de zorgprofessionals dus vrij open over hun eigen ambivalentie.

OPEN ZIJN OVER HIV-STATUS TEGENOVER ZORGPROFESSIONALS

Naast het in kaart brengen van positieve en negatieve ervaringen onderzochten we het onthullen van de hiv-status aan zorgprofessionals. Mensen met hiv bleken hierover verschillende meningen te hebben. Sommige deelnemers vonden dat zorgprofessionals altijd geïnformeerd moeten worden, zodat de zorgprofessional de juiste voorzorgsmaatregelen kan nemen en de juiste zorg kan aanbieden. Anderen vonden dat het niet vereist of verplicht is om hun hiv-status bekend te maken, maar dat het meer uit beleefdheid vermeld kan worden. Er waren ook mensen met hiv die vonden dat het onthullen van de hiv-status aan zorgprofessionals onnodig is, omdat alle zorgprofessionals altijd universele voorzorgsmaatregelen moeten gebruiken of omdat kennis over hun hiv-status niet relevant is voor de desbetreffende zorg. Het is interessant dat bijna alle hiv-negatieve zorgprofessionals vonden dat mensen met hiv zorgprofessionals altijd moeten informeren over hun hiv-status, omdat het de kans op een hiv-infectie reduceert en de zorg verbetert. Zij vonden de bezorgdheid van mensen met hiv over het onthullen van hun hiv-status onnodig, vanwege de geheimhoudingsplicht van zorgprofessionals. Sommige hiv-negatieve zorgprofessionals gaven toe dat het onthullen van de hiv-status niet noodzakelijk is, maar dat ze liever wel op de hoogte gesteld willen worden.

DE ERVARINGEN VAN HIV-POSITIEVE ZORGPROFESSIONALS

In dit onderzoek is ook gekeken naar de specifieke ervaringen van mensen met hiv die in de zorgsector werken. Er werd gekeken naar hun positieve en negatieve werkervaringen en hun ervaringen met het onthullen van hun hiv-status aan collega's. Positieve werkervaringen waren collega's die de hiv-positieve status niet als problematisch zagen of oprechte interesse hadden in hun welzijn, sociale steun, empathie en het niet onthullen van de hiv-status aan anderen. Wat betreft de impact van deze positieve interacties, vonden de deelnemers over het algemeen dat zulke reacties normaal zouden moeten zijn en dat ze geen grote invloed hadden op hun psychologisch of sociale welzijn. Toch gaven sommige deelnemers aan dat positieve ervaringen op het werk hen een goed gevoel gaven en de negatieve reacties op het onthullen van hun hiv-status compenseerden. Negatieve ervaringen op het werk waren leidinggevendend die het nodig vonden om andere werknemers te informeren over de hiv-status, het ontzeggen van bepaalde werktaken, het ervaren van

problemen in het vinden van werk vanwege de hiv-status, roddelen en pijnlijke of stigmatiserende opmerkingen van collega's. Deze negatieve ervaringen hadden een grote impact, met name vanwege het onverwachte karakter van de negatieve reacties. De deelnemers vermeldden dat ze van streek waren of boos of depressief werden. Om deze negatieve emoties te verwerken, reageerden de deelnemers over het algemeen hetzelfde als de mensen met hiv die niet in de zorgsector werken. Verder gaven mensen met hiv die in de zorgsector werken aan hoe ze omgingen met deze negatieve reacties op hun hiv-status: de juiste informatie verschaffen over het risico van het oplopen van een hiv-infectie, boven de negatieve ervaring gaan staan, negatieve reacties negeren, sociale steun zoeken of in sommige gevallen hun baan opzeggen.

DE HIV-STATUS ONTHULLEN OP HET WERK

Mensen met hiv die in de zorgsector werken, hadden verschillende redenen om wel of niet hun hiv-status te onthullen op hun werk. Deze redenen kwamen echter niet overeen met de redenen voor het onthullen van de hiv-status van de patiënt aan de zorgverlener. Hiv-positieve zorgprofessionals gaven aan hun hiv-status aan collega's te onthullen, omdat zij de behoefte hadden om hun 'geheim' te delen, verwachtten dat hun openheid positief zou worden ontvangen, ervaren hadden dat anderen positieve reacties ontvingen op de onthulling van hun hiv-status, het initiatief wilden nemen om negatieve reacties te voorkomen, hiv-stigma wilden verminderen of omdat ze, door bijvoorbeeld hun leidinggevende, waren geadviseerd om hun hiv-status bekend te maken. De redenen om hun hiv-status niet bekend te maken op het werk, waren onder andere angst voor negatieve reacties, zien dat anderen negatieve reacties hadden gehad op het onthullen van de hiv-status, eerder meegemaakte negatieve ervaringen omtrent het onthullen van de hiv-status, geadviseerd zijn om de status niet te onthullen, en van mening zijn dat openheid niet relevant is. De deelnemers die hun hiv-status niet bekend hadden gemaakt op hun werk, vonden dat moeilijk vanwege de angst dat het ontdekt zou worden en de mentale last om iets geheim te houden.

conclusies

Uit het onderzoek kan een aantal belangrijke conclusies getrokken worden. Hoewel positieve ervaringen meer voorkwamen dan negatieve ervaringen, moeten de negatieve ervaringen niet onderschat worden. Negatieve interacties met zorgprofessionals of collega's in de gezondheidszorg veroorzaken namelijk niet alleen negatieve emoties, maar ook gedragingen zoals selectieve openheid en het vermijden van zorg.

Verder laten de resultaten een verschil in beleving zien tussen mensen met hiv en hiv-negatieve zorgprofessionals over de mate waarin negatieve interacties voorkomen. Mensen met hiv rapporteerden namelijk veel verschillende negatieve ervaringen, terwijl hiv-negatieve zorgprofessionals vonden dat hiv steeds meer geaccepteerd is en dat hiv-gerelateerd stigma iets uit het verleden is. Tegelijkertijd rapporteerden zorgprofessionals gedrag dat mogelijk als stigmatiserend kan worden beschouwd. Er zijn verschillende verklaringen voor dit verschil. Eén mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat mensen met hiv zich meer bewust zijn van stigmatisering (Pinel, 1999) en daarom bepaald gedrag interpreteren als stigmatiserend, ook al wordt het gedrag niet noodzakelijk veroorzaakt door een negatieve houding ten opzichte van mensen met hiv (Pinel, 2004; Pinel & Bosson, 2013). Het is echter onwaarschijnlijk dat alle mensen met hiv in ons onderzoek een verhoogd stigmabesef hebben. Een meer aannemelijke verklaring is dat sommige zorgprofessionals in Nederland niet beseffen wat voor soort gedrag als negatief ervaren kan worden door mensen met hiv. Uit ons onderzoek blijkt dat dit gebrek aan besef hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt wordt door een gebrek aan ervaring met mensen met hiv (zie ook Rosenburg, Taliaferro & Ercole, 2012). Daarnaast blijkt uit ons onderzoek dat de meeste zorgprofessionals geen expliciete negatieve attitudes of morele oordelen hadden over mensen met hiv – hetgeen 'symbolic stigma' wordt genoemd (Maughan-Brown, 2009). In plaats daarvan spraken de meesten over angst voor een potentiële hiv-infectie waardoor zij voorzorgsmaatregelen namen of documenten markeerden. Dit wordt 'instrumental stigma' genoemd (Maughan-Brown, 2009). In onze studie waren het dus niet de vooroordelen, maar is het

de disproportionele angst voor het oplopen van een hiv-besmetting, die de ambivalentie van de zorgprofessionals veroorzaakte. Aan de ene kant wilden de professionals de patiënten goede zorg verlenen. Aan de andere kant wilden ze zichzelf beschermen. Het lijkt er dus op dat het gedrag dat door mensen met hiv als stigmatiserend wordt beschouwd, waarschijnlijk niet bedoeld is als stigmatiserend, maar eerder voortkomt uit een gebrek aan kennis en ervaring. Deze conclusie wordt ondersteund door het feit dat negatieve interacties meer voorkwamen in gebieden met een lage hiv-prevalentie, waar de kans kleiner is dat zorgmedewerkers in contact komen met mensen met hiv, dan in stedelijke gebieden zoals Amsterdam, waar de hiv-prevalentie hoger is en en zorgmedewerkers grotere kans hebben om in aanraking te komen met iemand met hiv.

Een andere belangrijke conclusie is dat er ook verschillende visies waren over het onthullen van de hiv-status. Hoewel mensen met hiv verschillende meningen hadden over de mate waarin ze hun hiv-status moeten onthullen aan zorgprofessionals, vond een aanzienlijk deel dat openheid niet nodig is vanwege het algemene beleid over voorzorgsmaatregelen. Alle hiv-negatieve zorgprofessionals daarentegen gaven aan dat ze geïnformeerd wilden worden en de meesten vonden dat mensen met hiv verplicht zijn om zorgprofessionals te informeren, zodat zorgverleners dan de benodigde voorzorgsmaatregelen kunnen nemen en de patiënt de juiste zorg kunnen bieden.

Ten slotte laat onze studie zien dat zorgprofessionals met hiv andere ervaringen rapporteren dan mensen met hiv die niet in de zorg werkzaam zijn. De resultaten suggereren dat de negatieve interacties op de werkvloer explicieter zijn en mogelijk meer schade aanrichten dan negatieve interacties in de context van patiënt en zorgverlener. Wellicht dat zorgprofessionals hun angst en negatieve reacties ten opzichte van de patient proberen te negeren door hun wens om professioneel te handelen, terwijl zorgprofessionals tijdens de interacties met collega's met hiv hun twijfels, angsten, en in sommige gevallen negatieve houdingen, makkelijker uiten.

aanbevelingen

Het verbeteren van interacties tussen mensen met hiv en zorgprofessionals vraagt om verschillende, op theorie en onderzoek gebaseerde, interventies (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernandez, 2011; Bos et al., 2008). We adviseren om parallelle interventies te ontwikkelen die zich zowel richten op mensen met hiv als op zorgprofessionals.

We adviseren interventies voor mensen met hiv te richten op het sterker en weerbaarder maken van mensen met hiv tegen de onwenselijke impact van negatieve interacties. Mensen met hiv kunnen bijvoorbeeld profiteren van kennis over hun rechten en plichten in de zorg, over de manier waarop ze schendingen tegen deze rechten kunnen herkennen en hoe ze met negatieve ervaringen kunnen omgaan (Bharat & Mahendra, 2007; Malavé-Rivera, Ortiz-Torres & Varas-Díaz, 2012; Yang et al., 2005). Weten hoe je het beste kunt handelen in de Nederlandse zorgsector en initiatief nemen in interacties met zorgprofessionals, door bijvoorbeeld kennis over (de omvang van) je eigen virus en het (gebrek aan) beroepsrisico te bespreken, kan naar onze mening negatieve ervaringen helpen voorkomen. Wanneer er sprake is van negatieve sociale interacties, kan weerbaarheid en het hebben van bepaalde copingvaardigheden de negatieve impact van deze ervaringen verminderen (Heijnders & Van Der Meij, 2006; Mahajan et al., 2008; Weiss, Ramakrishna & Somma, 2006). Daarom adviseren we dat interventies ook aandacht besteden aan het ontwikkelen van vaardigheden om met negatieve ervaringen om te gaan (Gonzalez, Solomon, Zvolensky & Miller, 2009; Kraaij et al., 2008; Major, Kaiser & McCoy, 2003; Major & O'Brien, 2005). Mensen die al langere tijd weten dat ze hiv-positief zijn, kunnen een belangrijk voorbeeld geven aan mensen die onlangs gediagnostiseerd zijn. Zij kunnen relevante kennis, ervaringen en vaardigheden delen. Daarnaast is het noodzakelijk dat mensen met hiv betrokken zijn bij de ontwikkeling en de implementatie van interventies voor mensen met hiv (Bartholomew et al., 2011).

Interventies gericht op zorgprofessionals zouden zich moeten focussen op het vergroten van kennis omtrent de hiv in de zorg. Daarnaast zouden interventies mogelijkheden voor zorgprofessionals moeten creëren om in contact te komen met mensen met hiv en op deze manier meer ervaring op te doen in de omgang met mensen met hiv. Kennis kan worden vergroot door het aanbieden van informatie en het voorzien van voorlichtingsmateriaal. Dit materiaal zou niet alleen basisinformatie over hiv moeten bevatten – zoals hoe de infectie wordt overgedragen, het verloop van de ziekte en de behandeling – maar ook informatie die relevant is voor zorgprofessionals – zoals informatie over beroepsrisico's, algemene voorzorgsmaatregelen en preventieve behandelingen na blootstelling (Ding et al., 2005; Feyissa et al., 2012; Oanh et al., 2008; Pisal et al., 2007). Net als in onze aanbeveling voor mensen met hiv, kan kennis over de rechten van mensen met hiv in de zorgsector een bijdrage leveren aan betere interacties. Daarom adviseren wij dat zorgprofessionals ook worden geïnformeerd over de rechten van mensen met hiv en de plichten van zorgprofessionals in hun omgang met mensen met hiv, zoals deze beschreven staat in de bestaande protocollen (Bharat & Mahendra, 2007; Sears & Ho, 2006; Yang et al., 2005).

Basiskennis en specifieke kennis over hiv in de zorgsector, en kennis over de rechten van mensen met hiv kan bijdragen aan meer positieve interacties en een betere zorgkwaliteit (Feyissa et al., 2012; Rosenburg et al., 2012), aangezien kennis de basis is waarop iemands attitude gebaseerd is en dus belangrijk is voor het willen veranderen van attitudes en gedragingen (Bos et al., 2008; Chan, Rungpueng & Reidpath, 2009; Pickles et al., 2009). Alleen informatie verschaffen is echter onvoldoende, omdat kennis niet automatisch het gedrag verandert (Ezedinachi et al., 2002; Pickles et al., 2009). Daarom beschouwen we het verschaffen van informatie als een eerste belangrijke stap, maar zeker niet als de enige stap in het creëren en behouden van positieve ervaringen voor mensen met hiv in de zorgsector.

Voor een aantal aandoeeningen, waaronder hiv, is er bewijs dat het creëren van empathie positieve interacties bevordert en stigmatisering reduceert (Allport, 1954; Batson, Chang, Orr & Rowland, 2002; Batson et al., 1997; Heijnders & Van Der Meij, 2006; Li et al., 2013). Daarom raden we aan dat interventies voor zorgprofessionals zich ook richten op het creëren van empathie voor mensen met hiv. Door zich te verplaatsen in de situatie van mensen met hiv, zouden attitudes en gedrag ten opzichte van mensen met hiv verbeterd kunnen worden. Daarnaast

is het ook belangrijk dat zorgprofessionals zich realiseren wat de impact is van bepaalde negatieve gedragingen voor iemand met hiv.

Een positieve attitude kan ook worden bevorderd door mogelijkheden te creëren voor zorgprofessionals om in contact te komen met mensen met hiv, zowel direct als indirect (bijvoorbeeld door persoonlijke verhalen op internet). Daarom bevelen we sterk aan dat interventies voorzien in zulke contactmogelijkheden. Het empirische bewijs dat contact met mensen met hiv tot meer positieve interacties leidt en stigmatiserende reacties vermindert, is overweldigend (Ding et al., 2005; Nyblade et al., 2009; Pisal et al., 2007; Pulerwitz, Michaelis, Weiss, Brown & Mahendra, 2010; Wu et al., 2008). Daarom zijn contactinterventies voornamelijk belangrijk in gebieden met een lage hiv-prevalentie. Indirect contact is vanwege het grote bereik waarschijnlijk het meest haalbaar en kosteneffectief. Hoewel direct contact moeilijker uitvoerbaar is, heeft dit een toegevoegde waarde. Direct contact kan er namelijk voor zorgen dat zorgprofessionals interacties kunnen oefenen, die door mensen met hiv als positief worden ervaren (Bos et al., 2008; Foreman, Lyra & Breinbauer, 2003; Jha & Madison, 2009; Rintamaki et al., 2007).

Naast een toename in kennis en ervaring in de omgang met mensen met hiv, adviseren we dat interventies voor zorgprofessionals zich ook richten op zelfreflectie met betrekking tot hiv-gerelateerde attitudes, normen en gedrag (Nyblade et al., 2009; Relf, Laverriere, Devlin & Salemo, 2009; Sadoh et al., 2006). Ook zouden interventies zich moeten richten op zelfreflectie met betrekking tot de mening over gedrag dat vaak geassocieerd wordt met hiv, zoals homoseksualiteit, prostitutie en intraveneuze drugsgebruik (Chan & Reidpath, 2007; Sohler, Li & Cunningham, 2007; Surlis & Hyde, 2001). Dit gedrag wordt, net als hiv, vaak gestigmatiseerd (Chan & Reidpath, 2007) en het blijkt dat mensen die deze gedragingen als normoverschrijdend beschouwen, ook vaak negatieve attitudes hebben ten opzichte van mensen met hiv (Bos, Schaalma & Pryor, 2008). Daarnaast is het ook belangrijk dat er aandacht besteed wordt aan het feit dat niet alleen patiënten, maar ook collega's hiv kunnen hebben. Dit wordt vaak niet verwacht en kan een manier zijn om impliciete vooroordelen te belichten. In dit proces van zelfreflectie is het zeer belangrijk dat de omgeving waarin dit gebeurt veilig, niet veroordelend en niet confronterend is voor de zorgprofessionals (Pulerwitz et al., 2010).

22

Kortom, interventies met zorgprofessionals zouden ernaar moeten streven om kennis te verhogen en mogelijkheden te creëren om (indirect) contact met mensen met hiv te vergroten. Eveneens is het belangrijk om ruimte te creëren voor zelfreflectie op attitudes, normen en gedrag. Om dit te realiseren, moet er worden voldaan aan een aantal voorwaarden. Gezien de beperkte interacties tussen zorgprofessionals en mensen met hiv en de visie van zorgprofessionals dat hiv inmiddels een sociaal geaccepteerde aandoening is, moet allereerst het belang van een dergelijke interventie aan zorgprofessionals duidelijk worden gemaakt. Dit kan worden bereikt door bepaalde aspecten van een interventie persoonlijk relevant te maken (bijv. beroepsveiligheid) of door de focus breder te maken dan hiv. We adviseren dat interventies zich richten op zorgprofessionals, zoals huisartsen, tandartsen en paramedische zorgprofessionals, die voor het eerst in contact komen met mensen hiv. Een tweede voorwaarde is dat de interventie geen veroordelend karakter mag hebben. Een interventie moet absoluut niet voelen als een berisping, vooral omdat uit onze resultaten bleek dat gedrag dat door mensen met hiv wordt ervaren als stigmatiserend vaak niet zo is bedoeld. Daarom adviseren we dat interventies zich richten op de impact van positieve interacties en hoe positieve interacties de relaties tussen de patiënt en zorgverlener kunnen verbeteren. Een derde voorwaarde is dat deelname aan de interventie makkelijk moet zijn en niet te veel tijd kost. Uit ons onderzoek kwam naar voren dat zorgprofessionals erg druk zijn en hier moet natuurlijk rekening mee worden gehouden. We raden daarom een snel, makkelijk en toegankelijk online platform voor interventies aan. Een laatste voorwaarde is dat opinieleiders en zorginstellingen moeten worden betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van interventies. Eerder onderzoek heeft namelijk aangetoond dat het betrekken van opinieleiders en managers van zorginstellingen in interventies die ernaar streven om de ervaringen van mensen met hiv in de zorgsector te verbeteren, bijdraagt aan het succes van deze interventies (Li et al., 2013; Pisal et al., 2007; Pulerwitz et al., 2010).

Voordat de voorgestelde interventies kunnen worden geïmplementeerd, is het belangrijk dat er wordt voldaan aan de structurele voorwaarden voor de gelijke behandeling van mensen met hiv in de Nederlandse gezondheidszorg (Bos, Pryor, Reeder & Stutterheim, 2013). Dit betekent dat adequate nationale wetgeving, geschikte up-to-date behandelprotocollen en een niet-discriminerend institutioneel beleid moet bestaan. Ook moeten de zorgprofessionals hiervan op de hoogte zijn (Feyissa et al., 2012; Li et al., 2007). Daarnaast is

institutionele ondersteuning voor het consequent uitvoeren van universele voorzorgsmaatregelen en de mogelijkheid voor behandeling na een prikincident belangrijk (Chan et al., 2009; Feyissa et al., 2012; Nyblade et al., 2009; Wu et al., 2008). Wanneer er niet wordt voldaan aan deze voorwaarden, zullen de interventies die zich richten op het behouden of verbeteren van positieve interacties tussen mensen met hiv en zorgprofessionals aanzienlijk minder effectief zijn (Li et al., 2007).

literatuur

- Agnarson, A. M., Masanja, H., Ekstrom, A. M., Eriksen, J., Tomson, G., & Thorson, A. (2010). Challenges to ART scale-up in a rural district in Tanzania: stigma and distrust among Tanzanian health care workers, people living with HIV and community members. *Tropical Medicine and International Health*. doi: TMI2587 [pii] 10.1111/j.1365-3156.2010.02587.x
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Oxford England: Addison-Wesley.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernandez, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach (2nd ed.)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Batson, C. D., Chang, J., Orr, R., & Rowland, J. (2002). Empathy, attitudes and action: Can feeling for a member of a stigmatized group motivate one to help the group. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1656-1666. doi: 10.1177/014616702237647
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., ... Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 105-118.
- Bharat, S., & Mahendra, V. S. (2007). Meeting the sexual and reproductive health needs of people living with HIV: challenges for health care providers. *Reproductive Health Matters*, 15(29 Supplement), 93-112. doi: S0968-8080(07)29030-5 [pii] 10.1016/S0968-8080(07)29030-5
- Bos, A. E. R., Dijker, A. J. M., & Koomen, W. (2007). Sex differences in emotional and behavioral responses to HIV+ individuals' expression of distress. *Psychology & Health*, 22(4), 493-511.
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147
- Bos, A. E. R., Schaalma, H. P., & Pryor, J. B. (2008). Reducing AIDS-related stigma in developing countries: The importance of theory- and evidence-based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 13(4), 450-460.

- Chan, K. Y., & Reidpath, D. D. (2007). Stigmatization of patients with AIDS: understanding the interrelationships between Thai nurses' attitudes toward HIV/AIDS, drug use, and commercial sex. *AIDS Patient Care and STDS*, 21(10), 763-775.
- Chan, K. Y., Rungpueng, A., & Reidpath, D. D. (2009). AIDS and the stigma of sexual promiscuity: Thai nurses' risk perceptions of occupational exposure to HIV. *Culture, Health and Sexuality*, 11(4), 353-368.
- Chen, W. T., & Han, M. (2010). Knowledge, attitudes, perceived vulnerability of Chinese nurses and their preferences for caring for HIV-positive individuals: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3227-3234. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03373.x
- Cohen, L. A., Romberg, E., Grace, E. G., & Barnes, D. M. (2005). Attitudes of advanced dental education students toward individuals with AIDS. *Journal of Dental Education*, 69(8), 896-900. doi: 69/8/896 [pii]
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 1 & 2, pp. 504-553). New York, NY: McGraw-Hill.
- Deacon, H., & Boule, A. (2007). Commentary: Factors affecting HIV/AIDS-related stigma and discrimination by medical professionals. *International Journal of Epidemiology*, 36(1), 185-186. doi: dyl255 [pii] 10.1093/ije/dyl255
- Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(1), 51-68.
- Ding, L., Landon, B. E., Wilson, I. B., Wong, M. D., Shapiro, M. F., & Cleary, P. D. (2005). Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Archives of Internal Medicine*, 165(6), 618-623. doi: 165/6/618 [pii] 10.1001/archinte.165.6.618
- Ezedinachi, E. N., Ross, M. W., Meremiku, M., Essien, E. J., Edem, C. B., Ekure, E., & Ita, O. (2002). The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria: a controlled trial. *Public Health*, 116(2), 106-112. doi: 10.1038/sj.ph.1900834
- Feyissa, G. T., Abebe, L., Girma, E., & Woldie, M. (2012). Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 12, 522. doi: 10.1186/1471-2458-12-522 1471-2458-12-522 [pii]

- Foreman, M., Lyra, P., & Breinbauer, C. (2003). Understanding and responding to HIV/AIDS-related stigma and stigma and discrimination in the health sector. Washington: Pan American Health Organization.
- Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gonzalez, A., Solomon, S. E., Zvolensky, M. J., & Miller, C. T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology, 14*(3), 403-413. doi: 10.1177/1359105309102193 14/3/403 [pii]
- Heijnders, M., & Van Der Meij, S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine, 11*(3), 353-363.
- Jha, C. K., & Madison, J. (2009). Disparity in health care: HIV, stigma, and marginalization in Nepal. *Journal of the International AIDS Society, 12*(1), 16. doi: 1758-2652-12-16 [pii] 10.1186/1758-2652-12-16
- Jovic-Vranes, A., Jankovic, S., Vukovic, D., Vranes, B., & Miljus, D. (2006). Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. *Occupational Medicine, 56*(4), 275-278. doi: kq1019 [pii] 10.1093/occmed/kq1019
- Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care and STDS, 21*(8), 584-592.
- Kraaij, V., van der Veek, S. M., Garnefski, N., Schroevers, M., Witlox, R., & Maes, S. (2008). Coping, goal adjustment, and psychological well-being in HIV-infected men who have sex with men. *AIDS Patient Care and STDS, 22*(5), 395-402. doi: 10.1089/apc.2007.0145
- Li, L., Comulada, W. S., Wu, Z., Ding, Y., & Zhu, W. (2013). Providers' HIV-related avoidance attitude and patient satisfaction. *Health Expectations, 16*(1), 105-112. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00705.x
- Li, L., Wu, Z., Wu, S., Zhaoc, Y., Jia, M., & Yan, Z. (2007). HIV-related stigma in health care settings: a survey of service providers in China. *AIDS Patient Care and STDS, 21*(10), 753-762.

- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., ... Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS, 22* Supplement 2, S67-79.
- Mahendra, V. S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoi, R., Gupta, I., George, B., ... Pulerwitz, J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance, 4*(2), 616-625.
- Major, B., Kaiser, C. R., & McCoy, S. K. (2003). It's not my fault: When and why attributions to prejudice protect self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(6), 772-781. doi: 10.1177/0146167203029006009
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology, 56*, 393-421.
- Malavé-Rivera, S., Ortiz-Torres, B., & Varas-Díaz, N. (2012). Knowledge of legal rights among persons living with HIV/AIDS in Puerto Rico: Implications for stigma management. *Puerto Rico Health Services Journal, 31*(3), 130-137.
- Maughan-Brown, B. (2009). Stigma rises despite antiretroviral roll-out: A longitudinal analysis in South Africa. *Social Science and Medicine, 70*(3), 368-374.
- Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the International AIDS Society, 12*(15), 12-15.
- Oanh, K. T. H., Ashburn, K., Pulerwitz, J., Ogden, J., & Nyblade, L. (2008). Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination *Horizons Final Report*. Washington, D.C.: Population Council.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine, 57*(1), 13-24.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*(5), 751-783.
- Pickles, D., King, L., & Belan, I. (2009). Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: thematic literature review. *Journal of Advanced Nursing, 65*(11), 2262-2273. doi: JAN5128 [pii] 10.1111/j.1365-2648.2009.05128.x
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(1), 114-128.

- Pinel, E. C. (2004). You're Just Saying That Because I'm a Woman: Stigma Consciousness and Attributions to Discrimination. *Self & Identity*, 3(1), 39-51. doi: 10.1080/13576500342000031
- Pinel, E. C., & Bosson, J. K. (2013). Turning Our Attention to Stigma: An Objective Self-Awareness Analysis of Stigma and Its Consequences. *Basic & Applied Social Psychology*, 35(1), 55-63. doi: 10.1080/01973533.2012.746593
- Pisal, H., Sutar, S., Sastry, J., Kapadia-Kundu, N., Joshi, A., Joshi, M., ... Shankar, A. V. (2007). Nurses' health education program in India increases HIV knowledge and reduces fear. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(6), 32-43
- Preau, M., Leport, C., Salmon-Ceron, D., Carrieri, P., Portier, H., Chene, G., ... Morin, M. (2004). Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment. *AIDS Care*, 16(5), 649-661. doi: 10.1080/09540120410001716441 AG4A83Y2GE3JoKGU [pii]
- Pulerwitz, J., Michaelis, A., Weiss, E., Brown, L., & Mahendra, V. (2010). Reducing HIV-related stigma: lessons learned from Horizons research and programs. *Public Health Reports*, 125(2), 272-281.
- Rahmati-Najarkolaei, F., Niknami, S., Aminshokravi, F., Bazargan, M., Ahmadi, F., Hadjizadeh, E., & Tavafian, S. S. (2010). Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran. *Journal of the International AIDS Society*, 13, 27. doi: 1758-2652-13-27 [pii] 10.1186/1758-2652-13-27
- Reis, C., Heisler, M., Amowitz, L. L., Moreland, R. S., Mafeni, J. O., Anyamele, C., & Iacopino, V. (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Medicine*, 2(8), e246. doi: 04-PLME-RA-0298R2 [pii] 10.1371/journal.pmed.0020246
- Relf, M. V., Laverriere, K., Devlin, C., & Salerno, T. (2009). Ethical beliefs related to HIV and AIDS among nursing students in South Africa and the United States: a cross-sectional analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1448-1456. doi: S0020-7489(09)00159-X [pii] 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.001
- Rintamaki, L. S., Scott, A. M., Kosenko, K. A., & Jensen, R. E. (2007). Male patient perceptions of HIV stigma in health care contexts. *AIDS Patient Care and STDS*, 21(12), 956-969.

- Rosenburg, N., Taliaferro, D., & Ercole, P. (2012). HIV-related stigma among nursing students in Cameroon. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23(2), 170-176. doi: 10.1016/j.jana.2011.09.003 S1055-3290(11)00194-4 [pii]
- Rutledge, S. E., Abell, N., Padmore, J., & McCann, T. J. (2009). AIDS stigma in health services in the Eastern Caribbean. *Sociology of Health & Illness*, 31(1), 17-34.
- Sadoh, A. E., Fawole, A. O., Sadoh, W. E., Oladimeji, A. O., & Sotiloye, O. S. (2006). Attitude of health-care workers to HIV/AIDS. *African Journal of Reproductive Health*, 10(1), 39-46.
- Sandelowski, M., Lambe, C., & Barroso, J. (2004). Stigma in HIV-positive women. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 122-128.
- Schneider, J., Kaplan, S. H., Greenfield, S., Li, W., & Wilson, I. B. (2004). Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1096-1103. doi: JG130418 [pii] 10.1111/j.1525-1497.2004.30418.x
- Schuster, M. A., Collins, R., Cunningham, W. E., Morton, S. C., Zierler, S., Wong, M., ... Kanouse, D. E. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 807-813. doi: JG105049 [pii] 10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x
- Sears, B., & Ho, D. (2006). HIV discrimination in health care services in Los Angeles County: The results of three testing studies. Los Angeles: The Williams Institute.
- Shippy, R. A., & Karpiak, S. E. (2005). The aging HIV/AIDS population: fragile social networks. *Aging & Mental Health*, 9(3), 246-254. doi: P25G486181Mo6267 [pii] 10.1080/13607860412331336850
- Sohler, N., Li, X., & Cunningham, C. (2007). Perceived discrimination among severely disadvantaged people with HIV infection. *Public Health Reports*, 122(3), 347-355.
- Stutterheim, S. E., Bos, A. E. R., & Schaalma, H. P. (2008). *HIV-related stigma in the Netherlands*. Maastricht, the Netherlands: AIDSfonds & Maastricht University.
- Stutterheim, S. E., Bos, A. E. R., Shiripinda, I., de Bruin, M., Pryor, J. B., & Schaalma, H. P. (2012). HIV-related stigma in African and Afro-Caribbean communities in the Netherlands: Manifestations, consequences and coping. *Psychology & Health*, 27(4), 395-411. doi: 938656214 [pii] 10.1080/08870446.2011.585426

- Stutterheim, S. E., Bos, A. E. R., van Kesteren, N. M. C., Shiripinda, I., Pryor, J. B., de Bruin, M., & Schaalma, H. P. (2012). Beliefs contributing to HIV-related stigma in African and Afro-Caribbean communities in the Netherlands. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 22*(6), 470-484.
- Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., Bos, A. E., Hoogendijk, R., Muris, P., & Schaalma, H. P. (2009). HIV-related stigma and psychological distress: The harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS, 23*(17), 2353-2357.
- Surlis, S., & Hyde, A. (2001). HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 12*(6), 68-77.
- Swendeman, D., Rotheram-Borus, M. J., Comulada, S., Weiss, R., & Ramos, M. E. (2006). Predictors of HIV-related stigma among young people living with HIV. *Health Psychology, 25*(4), 501-509.
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior, 10*(5), 473-482.
- Varas-Diaz, N., Serrano-Garcia, I., & Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research, 15*(2), 169-187.
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine 11*(3), 277-287.
- Wu, S., Li, L., Wu, Z., Liang, L. J., Cao, H., Yan, Z., & Li, J. (2008). A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China. *AIDS Patient Care and STDS, 22*(6), 513-520.
- Yang, Y., Zhang, K. L., Chan, K. Y., & Reidpath, D. D. (2005). Institutional and structural forms of HIV-related discrimination in health care: a study set in Beijing. *AIDS Care, 17 Supplement 2*, S129-140. doi: T6V65764251813J4 [pii] 10.1080/09540120500119874
- Zukoski, A. P., & Thorburn, S. (2009). Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: a qualitative analysis. *AIDS Patient Care and STDS, 23*(4), 267-276.

