



RAMPEN MANAGEMENT



ACADEMIEJAAR 2020-2021

Is het beschikbare aanbod voor psychosociale ondersteuning op maat van de noden van het zorgpersoneel tijdens deze coronacrisis?

STUDENT: Roel De Smet

PROMOTOR: Astrid Fortuin

Is het beschikbare aanbod voor psychosociale ondersteuning op maat van de noden van het zorgpersoneel tijdens deze coronacrisis?

1 Samenvatting

De coronapandemie heeft sinds begin 2020 de hele wereld in zijn greep. De ziekte verspreidde zich vanuit China snel over de hele wereld met een enorme impact op ons dagelijkse leven. Sinds 11 maart spreekt de WHO dan ook over een globale pandemie. Ziekteverschijnselen kunnen variëren van een lichte verkoudheid, een grieperig gevoel maar kunnen ook snel detoriëren met noodzaak tot opname op intensieve zorgen ter ondersteuning van vitale functies. In België kenden we tot nu toe 3 “golven” van de epidemie met telkens andere kenmerken. Wereldwijd zijn al meer dan 3 miljoen mensen overleden ten gevolge van het coronavirus. Overal ter wereld werden maatregelen genomen om te proberen de pandemie in te dijken. De vaccinaties worden aanzien als de strategie om uit deze crisis te geraken.

We bespreken kort de interventieplannen en voornamelijk het psychosociaal interventieplan. De psychosociale zorg is een belangrijk punt van aandacht in de hele coronapandemie. De bestaande structuren van het psychosociaal interventieplan kunnen aangewend worden in de pandemie.

Tijdens de literatuurstudie wordt er ook ingegaan op stress in al zijn facetten: de ontstaansmechanismen, de fysiologische en psychologische processen die bijdragen tot stress en het ontstaan van chronische stress die kan leiden tot burnout. Dit wordt besproken aan de hand van bepaalde modellen en theoriën. Dit om aan te tonen dat het zorgpersoneel tijdens de coronacrisis wordt blootgesteld aan stressfactoren en wat dit teweeg kan brengen bij het personeel. Het zorgpersoneel wordt rechtstreeks blootgesteld aan besmettingsrisico wat op zich ook kan leiden tot chronische stress en uitval. Studies aan de hand van vroegere pandemieën tonen dit duidelijk aan. Ook verschillende recente studies met betrekking tot het coronavirus wijzen op een belangrijke impact op persoonlijk, professioneel en sociaal vlak.

Er zijn al enkele internationale studies over hoe psychosociale hulp zou moeten voorzien worden voor hulpverleners in tijden van een pandemie. Voornamelijk een goede teamleiding is hierin belangrijk. Maar toch hebben een beperkt aandeel van de hulpverleners ook professionele hulp nodig.

Vanuit de overheid en door andere zorgpartners werden verschillende initiatieven opgestart om de zorgverleners te ondersteunen op psychosociaal gebied. Zo hebben we onder andere de website DeZorgSamen, online snelcursussen voor hulpverleners, Pillar, Zuurstof voor de zorg,...

Er moet ook gekeken worden of de aangeboden hulp wel tot bij de zorgverleners geraakt aangezien zij zelf meestal slechte hulpvragers zijn. Er rust nog altijd een stigma op het vragen van psychologische hulp. De vraag rijst of hulp niet verplicht zou moeten worden aangeboden.

Aan de hand van interviews werd gekeken welke initiatieven de verschillende ziekenhuizen namen om hun personeel te ondersteunen in deze zware periode. De algemene trend was wel dat de spoedgevallen nauwelijks actief om hulp vroegen.

Een enquête werd afgenomen bij de hulpverleners werkzaam op de 4 Gentse spoedgevallendiensten om te peilen naar hun ervaringen in deze recente coronacrisis. Hieruit komt naar voor dat er zeker een hulpvraag is voor psychosociale ondersteuning, maar dat deze minder groot lijkt te zijn dan de berichten in de media ons doen vermoeden. Slechts een beperkt aantal van de hulpverleners maakt gebruik van de aangeboden hulp via de werkgever. Bovendien valt het ook op dat verschillende overheidsinitiatieven en lokalere hulp nauwelijks gekend zijn bij de hulpverleners.

2 Sleutelwoorden

Coronavirus

Psychosociaal interventieplan

Zorgverleners

Psychologische begeleiding

Chronische stress

3 Inhoudstafel

1	Samenvatting	1
2	Sleutelwoorden	3
3	Inhoudstafel	4
4	Probleemstelling en Onderzoeksvraag.....	7
	4.1 Probleemstelling	7
	4.2 Onderzoeksvraag	7
	4.3 Deelvragen.....	7
5	Literatuurstudie.....	8
	5.1 Inleiding	8
	5.2 <i>Ontstaan van de coronapandemie, gevolgen en maatregelen.....</i>	<i>9</i>
	5.2.1 Ontstaan en verspreiding.....	9
	5.2.2 Symptomen, ziekteverloop en sterftcijfer	9
	5.2.3 Besmettings- en sterftcijfers wereldwijd: begin, eerste, tweede golf en derde golf	10
	5.2.4 Coronamaatregelen wereldwijd	11
	5.2.5 Vaccins & vaccinatieprogramma's	13
	5.3 <i>Organisatie overheidsdiensten en interventieplannen tijdens een noodsituatie.....</i>	<i>14</i>
	5.3.1 Interventiediensten.....	14
	5.3.2 Psychosociaal Interventieplan	15
	5.3.3 Gezondheidscrisis in plaats van acute noodsituatie	16
	5.4 <i>Stress.....</i>	<i>17</i>
	5.4.1 Inleiding.....	17
	5.4.2 Het ABC-model: de rol van betekenisgeving bij stress.....	17
	5.4.3 Distress en eustress: negatieve en gezonde spanning.....	18
	5.4.4 Draagkracht-draaglast model.....	19
	5.4.5 De lichamelijke stressreactie: rol van zenuwstelsel en hormoonstelsel.....	20
	5.4.6 Fasen in omgaan met stressoren	22
	5.4.7 De primitieve stressreactie	24
	5.4.8 Omgaan met de primitieve stressreactie in de moderne maatschappij.....	25

5.5	<i>Gevolgen coronacrisis voor de maatschappij en kwetsbare groepen in het bijzonder ..</i>	27
5.5.1	Langetermijneffecten.....	27
5.5.2	Kwetsbare groepen en risicofactoren	28
5.6	<i>Gevolgen voor de zorg en het zorgpersoneel: beroepsmatig en psychosociaal.....</i>	30
5.6.1	Beroepsrisico: besmetting	30
5.6.2	Psychologische stress en uitval door ziekteverzuim	31
5.7	<i>Oplossingen voor psychosociale belasting in de zorg</i>	38
5.7.1	CODE: kortdurend interventieprotocol.....	40
5.8	<i>Initiatieven van de overheid en andere instanties voor de zorg tijdens de pandemie ...</i>	42
5.8.1	De ZorgSamen: psychosociale ondersteuning voor zorgverleners	42
5.8.2	Online snelcursus voor psychosociale hulpverleners.....	43
5.8.3	Pillar: anonieme chatfunctie voor zorgverleners (UGent)	45
5.8.4	Zuurstof voor de Zorg: de Zuurstoflijn en de Zuurstoftank.....	45
5.8.5	Rode kruis	46
5.9	<i>In hoeverre maken zorgverleners gebruik van de initiatieven van de werkgever, overheid en andere instanties en wat kan er verbeterd worden?</i>	47
6	Gebruikte methodologie	49
7	Dataverzameling	50
8	Analyse	51
8.1	<i>Interviews</i>	51
8.2	<i>Enquête.....</i>	53
8.2.1	Demografie	53
8.2.2	Coronapandemie.....	54
8.2.3	Psychosociale problematiek.....	55
9	Conclusies	62
10	Beperkingen van het werk en suggesties voor verder onderzoek.....	65
11	Beleidsadvies	66
12	Lijst met afkortingen	67
13	Lijst met figuren en tabellen.....	68
14	Referentielijst	70
14.1	<i>Wetenschappelijke publicaties / Boeken</i>	70

14.2 Websites en artikels.....	73
15 Bijlagen.....	76
15.1 Vragenlijst enquête.....	76

4 Probleemstelling en Onderzoeksvraag

4.1 Probleemstelling

Voor de langdurige hulp in het kader van de coronapandemie, zijn er vanuit de Belgische overheid verschillende initiatieven om psychosociale hulp te bieden, zowel aan patiënten, familieleden als hulpverleners. Ook de sociale diensten van de ziekenhuizen zijn een aanspreekpunt voor hulp aan personeelsleden werkzaam op de covid- en spoedafdelingen.

Veel hulpverleners, actief in de frontlinie van deze pandemie krijgen te maken met uitputting, stress, angst en verlies. De Zorgbarometer geeft duidelijk aan dat deze hulpverleners psychologische problemen kunnen ontwikkelen.

Er werden voor hen vanuit de overheid verschillende initiatieven uitgewerkt, maar deze worden, mijns inziens, onvoldoende gebruikt. De vraag is waarom deze oplossingen en deze hulp door hen niet benut worden. In dit proefwerk proberen we te bekijken of er effectief nood is aan deze hulp voor het zorgpersoneel en waarom de hulp niet tot bij hen raakt of waarom ze niet ingaan op deze hulp. We focussen ons op de groep van medewerkers, verpleegkundigen, zorgkundigen en artsen op de spoedgevallendiensten van de vier Gentse ziekenhuizen.

4.2 Onderzoeksvraag

Is het beschikbare aanbod voor psychosociale ondersteuning op maat voor de noden van het zorgpersoneel tijdens deze coronacrisis?

4.3 Deelvragen

- Is er tijdens deze coronacrisis nood aan psychosociale hulp voor de medewerkers op de vier Gentse spoedgevallendiensten?
- Waaruit bestaat de beschikbare hulp?
- Raakt deze hulp effectief tot bij het personeel en wordt deze hulp gebruikt?

5 Literatuurstudie

5.1 Inleiding

In deze literatuurstudie wordt onderzoek gedaan naar de psychologische en fysieke gevolgen van het werken tijdens de coronapandemie bij het zorgpersoneel in het algemeen en in het bijzonder in België. Beknopt wordt het ontstaan en de verspreiding van de huidige corona pandemie beschreven, met de besmettings- en sterftcijfers. Wat waren de gevolgen van deze pandemie en de daarmee verbonden maatregelen voor de maatschappij als geheel en het voor zorgpersoneel in het bijzonder?

Verder wordt beschreven wat de ervaringen van de zorg zijn met het covid-19 virus en met een eerdere virusuitbraak zoals het SARS virus in 2003, om na te gaan hoe er toen met deze uitdaging is omgegaan. Welke oplossingen zijn er om de psychosociale belasting te verminderen?

Welke initiatieven en interventieprogramma's voor psychosociale zorg hebben de Belgische overheid, de sociale diensten van ziekenhuizen en andere instellingen in werking gezet om het zorgpersoneel te ondersteunen in deze belastende tijden? En in hoeverre wordt hier gebruik van gemaakt?

5.2 Ontstaan van de coronapandemie, gevolgen en maatregelen.

5.2.1 Ontstaan en verspreiding

De wereld is sinds begin 2020 in de greep van het coronavirus met de benaming covid-19, een besmettelijke ziekte die wordt veroorzaakt door het virus SARS-CoV-2. (“Coronapandemie,” z.d.) De ziekte werd eind 2019 ontdekt in de stad Wuhan, in de Chinese provincie Hubei. Dat nieuws bleef toen nog onder de radar maar binnen de maand verspreidde het covid-19 virus zich vanaf Wuhan over het gehele vasteland van China.

In de maanden die daar op volgden, verspreidde het covid-19 virus zich in een razendsnel tempo over de rest van de wereld. In Europa werd in eerste instantie vooral Noord-Italië zwaar getroffen, maar daarna liepen ook de besmettings- en sterftcijfers in andere landen op. Vooral de wintersportvakanties en de festiviteiten rond carnaval in het begin van het jaar hebben een grote rol gespeeld in de verspreiding van het covid-19 virus.

In België werd de eerste officiële coronapatiënt op 3 februari gerapporteerd (“Coronacrisis in België”, z.d.), maar in Nederland was dit pas op 27 februari (“Coronacrisis in Nederland”, z.d.). Zeer waarschijnlijk waren er voor die tijd al coronagevallen in beide landen, maar werden deze nog niet onderkend als dusdanig. Vanaf 11 maart 2020 was er volgens de normen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) officieel sprake van een pandemie, de coronapandemie. (WHO, 11 maart 2020)

5.2.2 Symptomen, ziekteverloop en sterftcijfer

Een groot deel van de met het covid-19 virus besmette personen heeft geen of slechts milde symptomen. De ziekte wordt gekenmerkt door een griepachtig beeld met vermoeidheid, spierpijn, koorts, hoesten en dyspneu. De klachten lijken dus op een gewone griep, maar er zijn verschillen. Frequent worden diarree, buikpijn en verlies van geur en smaak gezien. (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2020)

Ook kunnen complicaties optreden zoals acute long- en hartproblemen (*acute respiratory distress syndrome* en *acute cardiac injury*), vaak bij mensen met onderliggende klachten. Een covid-19 infectie leidt bij mensen met hoge comoriditeit sneller en frequenter tot een ziekenhuisopname of zelfs tot opname op de dienst intensieve zorgen met frequent noodzaak tot invasieve beademing. Bij deze patiëntenpopulatie is er eveneens sprake van hogere sterftcijfers (Huang et al, 2020).

In een rapport van het Chinese centrum voor ziektecontrole en preventie (*Chinese center for disease control and prevention*) werden ruim 72.000 Chinese ziektegevallen in de beginfase onderzocht en geclassificeerd. De meeste patiënten kwamen uit de provincie Hubei (75%) en heel vaak kwamen ze uit Wuhan of hadden ze contacten met mensen uit Wuhan gehad. De overgrote meerderheid had milde symptomen (81%), sommigen hadden echter ernstige symptomen, met name aan de luchtwegen (14%) en een kleine minderheid was kritiek (5%) en verkeerde in levensgevaar. Het sterftcijfer in deze gehele groep patiënten was 2,3%, en in de

oudere leeftijdsgroep en bij de patienten met comorbiditeit nam dit sterftepercentage sterk toe. (Zhongua et al, 2020)

5.2.3 Besmettings- en sterftcijfers wereldwijd: begin, eerste, tweede golf en derde golf

Vanaf eind 2019 liepen het aantal besmettingen, de ziekenhuisopnames en sterftcijfers als gevolg van het coronavirus in China snel op, ondanks draconische maatregelen van de overheid om de virusuitbraak in te dammen.

In februari 2020 werden de eerste officiële coronagevallen in Europa vastgesteld en daarna liepen de cijfers snel op. Vanaf maart 2020 wordt gesproken van de ‘eerste golf’ met een hoge piek in het aantal besmettingen, opnames en sterftes tijdens de maand april. De cijfers namen snel af in mei en juni en in de zomer lagen de cijfers relatief laag en werden de vele beperkende maatregelen opgeheven of versoepeld.

De verwachte tweede golf kwam er helaas in het najaar van 2020. Vanaf september begonnen de coronacijfers weer op te lopen en je zou vanaf dan kunnen spreken van een ‘tweede golf’ met een piek in november. Sinds maart 2021 zijn we bijna naadloos overgegaan in een derde golf, die tot op heden nog niet onder controle lijkt te zijn.

In januari 2021 stond de teller al op meer dan 20.000 coronadoden in België. Ruim 80% van hen was ouder dan 75 jaar. Het totale aantal besmettingen stond toen op 660.000. Bij het ter perse gaan van deze thesis zitten we bijna aan 1 miljoen geregistreerde besmettingen in België.

Het verschil tussen de eerste en tweede golf is sterk en dat komt ook tot uiting in de cijfers. In de eerste golf was er sprake van een korte en hevige piek terwijl de tweede golf een langer durend verloop kent. De reden voor dit verschil in curves is dat we tijdens de eerste golf van het ene uiterste (normaal contactgedrag) in het andere uiterste (lockdown) zijn gevallen. Dit was heel anders tijdens de tweede golf toen er sprake was van mildere lockdowns en meer bewegingsvrijheid. Mensen nemen ook zelf meer vrijheid wat goed te zien is aan de mobiliteitsdata van Google. Wat ook meespeelt, is dat het een moeilijker seizoen is om corona tegen te houden, in het najaar en bij het begin van de winter. De derde golf is dan weer verschillend omdat we te maken kregen met een nieuwe variant van het virus die besmettelijker was en patiënten ook meer ziek maakte. Gezien de oudere populatie reeds gevaccineerd is, zien we ook een verjonging van de patiënten in de ziekenhuizen en op intensieve zorgen.

Volgens VRT journalisten Torfs en De Maeseneer (2021) heeft België, ondanks het langer durende verloop, het er in de tweede golf beter vanaf gebracht dan tijdens de eerste golf. Het aantal besmettingen lag in de tweede helft van 2020 ongeveer 50% hoger dan in de eerste helft maar het aantal overlijdens lag wel lager. Dit kwam door de inmiddels opgedane kennis en ervaring, medisch en organisatorisch, en dankzij meer en beter beschermend materiaal.

Persagentschap Belga (2021) meldt dat de tweede golf volgens viroloog Steven Van Gucht dodelijker is dan de eerste. Hij omschrijft 2020 als een van de dodelijkste jaren sinds de Spaanse

griep een eeuw geleden. "De piek van het aantal overlijdens tijdens deze tweede golf is lager dan die van de eerste golf. Maar doordat het aantal overlijdens slechts langzaam daalt, is deze tweede golf uiteindelijk toch dodelijker", legt Van Gucht uit. Op definitieve cijfers van de derde golf is nog wachten.

Alle coronacijfers in België (besmettingen, ziekenhuisopnames, het aantal patiënten op intensieve zorgen en sterftcijfers) worden nauwgezet bijgehouden door het wetenschappelijke instituut Sciensano. Die zijn te raadplegen op de website en er worden ook regelmatig updates gepubliceerd. Ook op Wikipedia kun je de statistieken terugvinden.

De wereldwijde coronacijfers zijn in totaal en per land te raadplegen op het WHO-dashboard via de website van de WHO en de Worldometer coronavirus. Daaruit kunnen we afleiden dat we, tot op vandaag, op mondiaal niveau nog steeds volop in de pandemie zitten, met diverse brandhaarden wereldwijd verspreid.

De coronacijfers schieten in grote delen van de wereld weer steil omhoog. Begin 2021 werden wereldwijd in totaal al bijna 2 miljoen coronadoden geregistreerd. Tegen april 2021 was het aantal doden al opgelopen tot meer dan 3 miljoen. Vooral Europa, de VS, Rusland, Latijns-Amerika (Brazilië), India en Zuid-Afrika laten hoge cijfers zien. Verder kampt Europa met de besmettelijker Britse variant. (Dierckx, Cockx, Roelens, Fluit, Segers. 2021)

Het blijft erg lastig om de coronacijfers tussen landen met elkaar te vergelijken door de grote verschillen in wijze van registratie en rapportage. Niet elk land heeft een even goed werkend registratiesysteem. Vaak worden gevallen gemist of verkeerd geregistreerd. België is relatief zwaar getroffen. Zo stond België bovenaan in het lijstje van landen met de meeste coronadoden per 100.000 inwoners. Toch is dat geen eerlijke vergelijking want België is één van de landen die strikt de rapportage regels van de WHO volgt. Ook de vermoedelijke gevallen werden meegeteld, waar dat in de meeste andere landen, zelfs in Nederland, niet gebeurde. Daar was dus sprake van onderrapportage. Een andere reden voor de hoge coronacijfers is dat België dichtbevolkt is, centraal in Europa ligt en sterk verbonden is met het buitenland.

5.2.4 Coronamaatregelen wereldwijd

Draconische maatregelen werden in verschillende landen getroffen om het aantal besmettingen te verminderen en zo de progressie van de pandemie in te dijken. Zo trachten de regeringen te voorkomen dat gezondheidszorgsystemen in elkaar zouden storten omdat ze de toevloed van patiënten niet meer aan zouden kunnen.

Vele grenzen werden vanaf medio maart 2020 deels of geheel gesloten om internationale reisbewegingen te beperken en ook het vliegverkeer kwam grotendeels tot stilstand.

Nationale overheden stelden overal in de wereld zogenaamde *lockdowns* in, sluitingen van bedrijven en winkels en reisbeperkingen voor burgers. De hardheid van deze lockdowns verschilde per land. Italië ging als eerste Europese land in harde lockdown op 9 maart en Spanje volgde op 14 maart. Burgers werden verplicht om wekenlang verplicht binnen te blijven,

met alleen toestemming om naar de dichtstbijzijnde winkel te gaan. Vooral in de Noord-Italiaanse stad Bergamo speelden zich horrortaferelen af, met vele doden en ziekenhuizen die bezweken onder de toestroom van coronapatiënten. Frankrijk en België volgden een paar dagen later met lockdowns. Duitsland en Nederland stelden een ‘intelligente lockdown’ in. Na versoepelingen in de zomer van 2020 volgden in oktober, na het aanbreken van de tweede golf, weer nieuwe maatregelen in de meeste Europese landen.

Naast de lockdowns waren de meeste ingestelde maatregelen ‘*social/physical distancing*’ ofwel voldoende afstand houden van anderen (de zogenaamde *anderhalve metermaatschappij*), thuisquarantaine na reizen naar het buitenland en het dragen van mondkapjes in de publieke ruimte. Tijdens de tweede golf kwam daar in sommige landen ook het instellen van een avondklok bij. Verder werd geadviseerd om hygiënemaatregelen in acht te nemen, bijvoorbeeld door het goed en regelmatig wassen van de handen. In veel winkels en instellingen werden zeppompjes met handontsmetting geplaatst.

De corona informatiewebsite (www.info-coronavirus.be) is een platform van de overheid met alle actuele informatie over het coronavirus, met handige links naar actuele cijfers, nieuwsberichten en persconferenties. Ook de 6 gouden regels tegen corona worden opgesomd op de voorpagina:

- Respecteer de hygiëneregels
- Doe je activiteiten liefst buiten
- Denk aan kwetsbare mensen
- Hou afstand (1,5m)
- Beperk je nauwe contacten
- Volg de regels voor bijeenkomsten

Wereldwijd werden vooral de Verenigde Staten, India, Rusland en Latijns-Amerika (waaronder Brazilië) zwaar getroffen. Zij hebben het virus nog niet onder controle gekregen, mede door te laat en te weinig op te treden, de matig georganiseerde gezondheidszorg en armoede onder een groot deel van de bevolking waardoor thuis blijven geen optie was. Afrika bleef opvallend genoeg redelijk gespaard, op Zuid-Afrika na. In de meeste Aziatische landen wist de overheid wel controle te krijgen op het virus door strakke maatregelen en een gehoorzame bevolking. Ook Australië en Nieuw-Zeeland hadden succes met hun aanpak. Zij zijn sinds januari 2021 zo goed als coronavrij.

In een overzicht van de VRT door Van Genechten (2020) wordt beschreven welke maatregelen de verschillende landen nemen, en in welk perioden. Het is duidelijk dat geen enkel land aan de coronacrisis ontkomt, maar de aanpak verschilt sterk per land. Sommige landen hebben daartoe ook meer mogelijkheden en middelen dan andere. En in dunbevolkte landen en streken is het gemakkelijker om afstand te houden dan in dichtbevolkte landen en werelddelen, zoals grote delen van Europa.

5.2.5 Vaccins & vaccinatieprogramma's

Er werd sinds januari 2020 gezocht naar een vaccin, in de hoop het normale leven weer snel te kunnen hervatten. Dit heeft succes gehad: in een recordtempo zijn diverse vaccins inmiddels ontwikkeld en sinds eind december 2020 werden de eerste vaccins ook goedgekeurd door EMA (Europees Geneesmiddelen Agentschap). Hieruit volgt dat dit in principe veilige vaccins zijn. Dit is goed nieuws voor de zorg die al langere tijd onder druk staat.

De bekendste vaccins zijn de RNA-vaccins van *BioNTech/Pfizer* (21 december 2020) en *Moderna* (6 januari 2021). De effectiviteit zou erg hoog zijn, meer dan 90%. Vaccinatie gebeurt in twee toedieningen, met steeds drie-vier weken ertussen. Het BioNTech/Pfizer vaccins werd als eerste gebruikt voor vaccinatie omdat dit het eerste beschikbaar was. Het Britse vaccin van *AstraZeneca (Oxford)* werd al snel gebruikt in de UK maar wachtte langer op goedkeuring van de EMA. Deze goedkeuring kwam er in februari 2021. Ook andere vaccins worden volop ontwikkeld en zullen nog op de markt komen. België heeft de aankoop van de vaccins georganiseerd via Europa, en heeft ingetekend op de meeste van deze vaccins. (Torfs en Truyts, 2021) China en Rusland hebben hun eigen vaccins ontwikkeld.

De vaccinaties begonnen in Europa vanaf eind december 2020 en begin januari 2021. Op 28 december werd het vaccin voor de eerste maal toegediend in 3 Belgische woonzorgcentra (Puurs, Brussel en Mons). Vanaf 5 januari werd deze vaccinatie algemeen uitgerold in alle Belgische woonzorgcentra en ziekenhuizen. In Nederland vonden de eerste vaccinaties plaats op 6 januari 2021 in Veghel, als laatste land in Europa.

Eerst werd begonnen met kleine groepen, en zodra de leveringen van de vaccins op gang kwamen (maart 2021) kon opgeschaald worden. De vaccinatieprogramma's gaan volgens een fasenplan, dat te raadplegen is op de vaccinatiepagina van de Belgische infowebsite over het coronavirus : eerst de meest kwetsbare groepen (ouderen in woonzorgcentra en personeel, medisch personeel in eerstelijnszorg en ziekenhuizen etc.), vervolgens de ouderen (65+) en mensen van 45-65 jaar met een verhoogd risico, gevolgd door mensen in essentiële beroepen en tenslotte de rest van de bevolking. Er is geen verplichting tot vaccinatie maar er is wel een noodzaak tot hoge vaccinatiegraad om doeltreffendheid te bereiken. In eerste instantie zullen de vaccinaties via een gecentraliseerd systeem gaan en later meer gedecentraliseerd, ondermeer bij de huisartsen.

De verwachting is dat deze vaccinatieprogramma's in Europa doorgaan tot in elk geval het najaar van 2021, maar dat kan altijd uitlopen gelet op de schaal van een dergelijk megaproject. Te bezien valt wanneer het 'gewone leven' weer opgepakt kan worden en de coronabeperkingen (ten dele) weer kunnen worden opgeheven. Zodra het grootste gedeelte van de bevolking is gevaccineerd zal het aantal coronapatiënten en het aantal overlijdens ten gevolge van corona waarschijnlijk snel afnemen, al zal de druk op de zorg nog wel enige tijd aanhouden. De uitgestelde 'normale zorg' moet immers nog ingehaald worden.

5.3 Organisatie overheidsdiensten en interventieplannen tijdens een noodsituatie

Hoewel de coronacrisis een gezondheidscrisis is die inmiddels al enige tijd duurt en geen acute crisis of noodsituatie is, was daar in het begin wel sprake van. Daarom zal ik in het kort het kader van overheidsdiensten en interventieplannen tijdens een noodsituatie schetsen.

Noodsituaties worden gecoördineerd op gemeentelijk, provinciaal of federaal niveau, zoals geregeld bij Koninklijk Besluit van 22 mei 2019. Na het begin van de pandemie (maart 2020) was een acute crisissituatie ontstaan, zodat eventueel een nationaal crisisplan in werking kon gesteld worden.

5.3.1 Interventiediensten

In België beschikt de federale overheid over interventiediensten om noodsituaties het hoofd te bieden, verdeeld over 5 monodisciplinaire disciplines (website crisiscentrum):

- D1: Hulpverleningsoperaties (Brandweer / Civiele bescherming)
- D2: Medische, psychosociale en sanitaire hulpverlening
- D3: Politie
- D4: Logistieke steun
- D5: Informatie

In dit kader is interventiedienst D2 van belang, vanuit de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Aan de FOD zijn de volgende wetenschappelijke instellingen verbonden:

- Sciensano, het federale onderzoekscentrum publiceert en analyseert cijfers over corona en ondersteunt de FOD met wetenschappelijke expertise en communicatie.
- HGR, de Hoge Gezondheidsraad brengt wetenschappelijke adviezen uit als leidraad voor beleidsmakers en gezondheidswerkers.

De interventiedienst D2 heeft de taak om de medische, psychosociale en sanitaire hulpverlening op zich te nemen en bestaat uit verschillende interventieplannen:

- Psychosociaal Interventieplan (PSIP)
- Medisch interventieplan (MIP)
- Plan voor risico manifestaties (PRIMA)
- Sanitaire Interventieplan (SIP)

5.3.2 Psychosociaal Interventieplan

We gaan hier nader in op het PSIP, omdat dit zich specifiek richt op de psychosociale hulpverlening (Psychosociale hulpverlening, 2020). Dat gaat volgens een gefaseerde aanpak (start, tijdens, nafase ramp).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een acute fase (op federaal niveau) en opdrachten in de nafase (op niveau van gemeenschappen).

Het Psychosociaal interventieplan biedt een kader voor de organisatie van de psychosociale hulpverlening bij collectieve noodsituaties. De algemene doelstelling van het plan is het definiëren van een eenvoudig en flexibel kader met procedures voor het psychosociaal beheer en de eenduidige coördinatie van een collectief incident. Het kader kan naargelang de noden van elke specifieke situatie worden ingevuld.

De strategische coördinatie van de PSIP is in handen van de volgende sleutelfiguren:

- Minister van Volksgezondheid
- Federaal gezondheidsinspecteur of de adjunct federaal gezondheidsinspecteur, die vertegenwoordigt de minister en is eindverantwoordelijke, zowel gemeentelijk als provinciaal.
- Psychosociaal manager (PSM): ziet toe op werking en coördinatie, valt onder de federaal gezondheidsinspecteur.
- Coördinator PSIP, aangeduid door de PSM. Heeft leiding over psychosociale luik binnen werkcel D2.

Het PSIP heeft vijf basisprincipes:

- Stimuleren veerkracht en zelfredzaamheid
- Proactief aanbod
- Belang van continuïteit in hulpverlening
- Collectieve benadering
- Psychosociale Eerste Hulp

De psychosociale hulpverlening wordt onderverdeeld in: basishulp, informatie, emotionele en sociale steun, psychologische stabilisatie en praktische hulp.

In het PSIP zijn ook lokale en bovenlokale actoren actief. Op gemeentelijk niveau bestaat een lokaal PSIP met een psychosociaal hulpverleningsnetwerk.

Er zijn diverse bovenlokale actoren:

- Rode Kruis
- Sociale diensten ziekenhuizen
- Centrum voor Crisis psychologie van FOD Defensie
- Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Na de acute fase wordt het PSIP beëindigd en worden (collectieve) psychosociale noden opgevolgd in de psychosociale nafase.

5.3.3 Gezondheids crisis in plaats van acute noodsituatie

Het PSIP is in deze context niet echt van toepassing omdat het een rampenplan is voor de acute opvang na een ramp. Dit vindt plaats in een kort tijdbestek, wanneer er veel in korte tijd moet gebeuren. Corona is inmiddels een langer durende (inter)nationale gezondheids crisis, die een gecoördineerde aanpak op Europees en internationaal niveau vergt.

De psychosociale zorg is wel een punt van aandacht op nationaal niveau maar er is niet direct sprake van een noodsituatie. De overheid heeft wel initiatieven gelanceerd maar de uitvoering ligt vooral bij werkgevers en instanties. Het gaat hier met name om de eerdergenoemde bovenlokale actoren, zoals het Rode Kruis, de sociale diensten van ziekenhuizen, het centrum voor Crisis psychologie en de CGG. Vanuit deze diensten en instellingen zijn diverse (online) zorgprogramma's en initiatieven ontwikkeld, die later uitgebreid zullen worden beschreven. De vijf basisprincipes van psychosociale zorg van de PSIP zijn wel nog steeds van toepassing, en die worden ook genoemd in het adviesrapport van de Hoge Gezondheidsraad. Het belangrijkste is om de veerkracht en zelfredzaamheid van mensen te stimuleren, en voor mensen die dat nodig hebben gerichte psychosociale hulp te bieden.

5.4 Stress

5.4.1 Inleiding

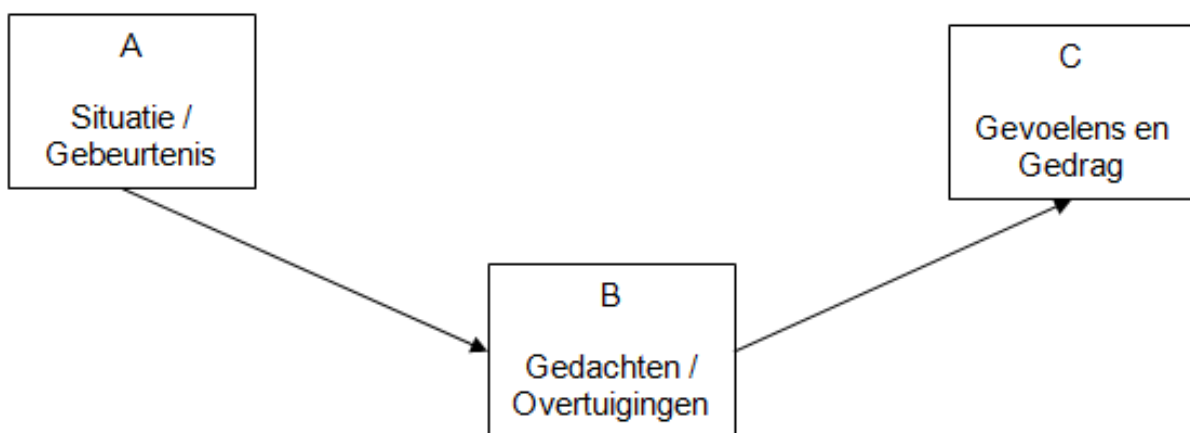
Vrijwel iedereen kent stress uit eigen ervaring. Mensen bestempelen stress over het algemeen als negatief. Het wordt als vervelend en belastend ervaren; mensen kunnen er ziek van worden. ‘Stress’ is dan ook een groot probleem in onze maatschappij en leidt tot veel psychische en fysieke ongemakken. Dit is altijd al zichtbaar maar tijdens de huidige coronacrisis lijkt het nog een stukje erger te zijn geworden en dit is zeker het geval in de zorg. Stress is een breed begrip dat in allerlei situaties te pas en te onpas wordt gebruikt. Over het algemeen wordt chronische stress bedoeld, stress die op langere termijn wordt gevoeld en waarbij de gevolgen ook gedurende langere tijd worden waargenomen, dit in tegenstelling tot acute stress.

Het is daarom goed om wat dieper in te gaan op het verschijnsel stress door stressbegrippen beter te definiëren en nader in te gaan op de fysiologische en psychologische processen die hierbij een rol spelen, aan de hand van bekende theorieën en modellen.

Je zou eerst een onderscheid moeten maken tussen een *stressor* (stressvolle gebeurtenis of situatie) en een *stressreactie* (gevolg). Daartussen is geen rechtstreeks verband te leggen. Niet alle potentieel stressvolle gebeurtenissen en situaties leiden automatisch tot stressreacties. De één kan heel goed omgaan met tegenslagen terwijl een ander al stress krijgt van een klein voorval. Waar komt dit verschil vandaan, en wat kun je eraan doen?

5.4.2 Het ABC-model: de rol van betekenisgeving bij stress

Het eenvoudige *ABC-model* (Ellis, 1962) geeft wat meer inzicht in gedrag in het algemeen en het verschijnsel stress in het bijzonder. Dit model is ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog Albert Ellis en maakt deel uit van de rationeel-erotieve (gedrags)therapie (REBT: *Rational Emotive Behavior Therapy*), beter bekend als de RET.



Figuur 1: Schematische voorstelling ABC model (Ellis, 1962)

In het ABC-model wordt uitgebeeld hoe een situatie of gebeurtenis (A) kan leiden tot bepaalde gedragingen (C) door de overtuigingen die iemand heeft (B). Zo kan dezelfde situatie uiteenlopend gedrag oproepen bij verschillende mensen, omdat er op een andere manier betekenis wordt gegeven aan deze situatie.

In dit ABC-model kan een onderscheid worden gemaakt tussen een *stressor* en een *stressreactie*.

A (stressor) + B (betekenisgeving) = C (stressreactie)

Hierbij staat de stressor (A) voor de stressbron en de stressreactie (C) voor de individuele ervaring van de stress. Een stressor is namelijk voor iedereen hetzelfde (bijvoorbeeld het verlies van een geliefde, ontslag, ziekte), maar de manier waarop je er mee omgaat (B) verschilt per persoon. Wat voor de één een zware stressreactie oplevert, zal de ander misschien heel kalm opnemen. Sommige gebeurtenissen zijn natuurlijk voor iedereen stresserend, zoals de dood van een geliefde. Dat is anders bij gebeurtenissen, zoals spreken in het openbaar. Sommige personen zijn nauwelijks gestrest, terwijl anderen er niet van kunnen slapen. De betekenis die je aan een stressor geeft, is afhankelijk van de persoonlijkheid en eerdere levenservaringen.

Bijvoorbeeld, twee collega's doen hetzelfde werk en krijgen te maken met een belangrijke deadline. De ene persoon doet er vrij laconiek over, en gaat gewoon aan de slag. Hij wil de deadline natuurlijk halen, maar hij maakt zich geen zorgen. Zijn collega gaat er heel anders mee om: hij maakt zich vanaf het begin af aan al druk of hij het wel gaat redden. Hij slaapt slecht en overdag is hij daarom niet zo scherp. Hij blijft voortdurend aan de deadline denken, en vreest dat hij het niet gaat halen. Kortom, beide collega's benaderen dezelfde situatie heel verschillend, en ervaren daardoor een heel andere stressreactie.

Het is dus niet de situatie die een stressreactie opwekt, maar de manier waarop je er op reageert. Het gaat om het innerlijke proces. Daarom is het mogelijk om stress te vermijden in bepaalde situaties, alleen al door je houding te veranderen en/of bepaalde vaardigheden te leren.

5.4.3 Distress en eustress: negatieve en gezonde spanning

'Stress' heeft een negatieve klank, maar stress is op zichzelf een neutraal begrip. Een stressreactie is in feite een normaal fysiologisch verschijnsel. Bij de stressreacties kan wel een onderscheid gemaakt worden tussen 'distress' en 'eustress' (Selye, 1976).

- 'Distress' is negatieve spanning die de gezondheid op langere termijn kan schaden en prestatieverminderend werkt.
- 'Eustress' betekent positieve, gezonde spanning die prestatieverhogend werkt. Deze term is gebaseerd op het Griekse 'eu', wat 'goed' betekent. Denk bijvoorbeeld aan 'euforie'. Dit soort stress geeft een lekker gevoel, en kan zelfs verslavend werken. Workaholics en sportfanatici hebben hier vaak last van. Ze worden ook 'adrenalinejunkies' genoemd.

Mensen hebben nu eenmaal een bepaald soort spanning nodig om tot optimale prestaties te komen. Te weinig spanning is niet goed, maar te veel spanning zeker ook niet. Dit wordt in één oogopslag duidelijk gemaakt in de volgende figuur.

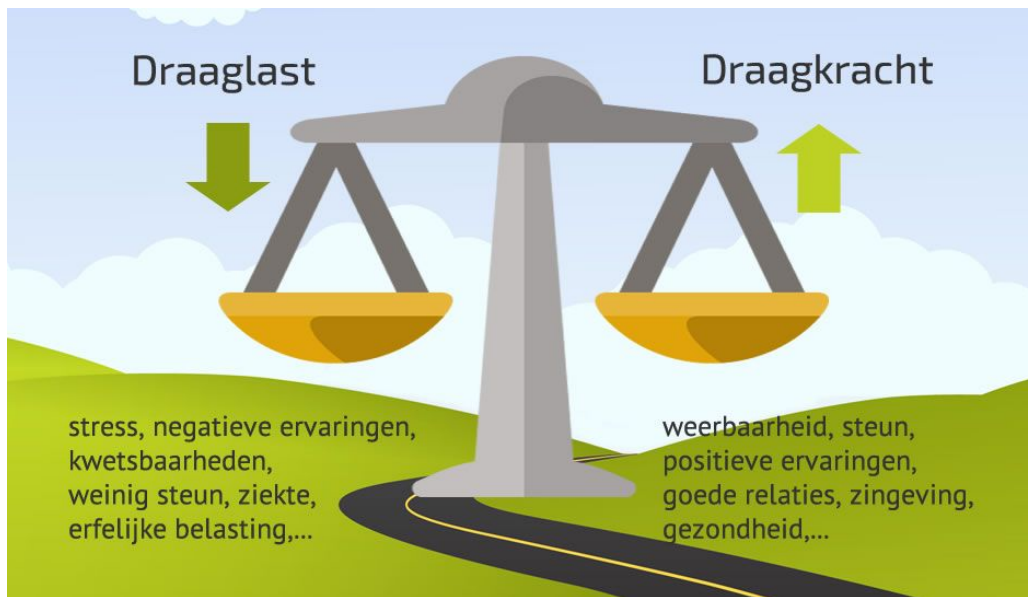


Figuur 2: Grafische voorstelling verband stressniveau en prestatie. (Selye, 1976)

Je kunt zien dat te weinig stress niet goed is, maar te veel stress zeker ook niet. Althans, als je tot prestaties wil komen. Zonder spanning is het leven kalm en ontspannen, bijvoorbeeld op vakantie. Dat is prettig voor een bepaalde periode. Ergens in het midden bevindt zich het ideale stressniveau om tot prestaties te komen, je komt in actie maar de spanning werkt juist motiverend. Daarboven werkt extra stress juist verlamrend en valt de productiviteit terug. Het is goed voorstelbaar dat de veel zorgverleners in de huidige coronacrisis zich in het distress-gedeelte bevinden.

5.4.4 Draagkracht-draaglast model

Toch zijn er ook duidelijk persoonlijk bepaalde structurele verschillen in stresssituaties. Niet iedereen is even 'stressgevoelig' door verschillen in de balans tussen draagkracht en draaglast. Het draagkracht-draaglastmodel of balansmodel (Bakker et al, 1998) vanuit de ontwikkelingspsychologie geeft een overzicht van het samenspel tussen beschermende en risicofactoren voor de ontwikkeling van een kind binnen de gezinssituatie. Dit model is echter ook goed toepasbaar op volwassenen. Mensen verschillen individueel in hun mogelijkheden (*draagkracht*) om allerlei vervelende situaties en gebeurtenissen (*draaglast*) het hoofd te bieden.



Figuur 3: Draagkracht- draaglast model (Bakker et al, 1998)

- *Draagkracht* bestaat uit persoonlijke vaardigheden (fysiek en psychologisch), omgangsstijl, lichamelijke conditie en mate van sociale steun.
- *Draaglast* wordt bepaald door allerlei problemen in de buitenwereld, negatieve ervaringen, erfelijke belasting, weinig steun, ziekte, etc.

Zowel de draagkracht als de draaglast verschillen per persoon. Sommige personen hebben nu eenmaal een zwaar en veeleisend beroep, zoals bijvoorbeeld in de zorg of het onderwijs. Daarnaast kunnen negatieve ervaringen uit het verleden meespelen. Qua draagkracht kan een prettig gezinsleven of juist alleen leven een verschil maken in sociale steun. En een goede fijne jeugd kan hebben gezorgd voor een voldoende vaardigheden om met problemen om te gaan.

Zodra de draaglast de draagkracht langere tijd overtreft, zal men een chronische stressreactie, en daardoor lichamelijke en geestelijke klachten gaan ervaren. Dit verklaart ook waarom sommige zorgverleners gewoon maar door kunnen gaan terwijl anderen die hetzelfde werk doen eerder bezwijken.

5.4.5 De lichamelijke stressreactie: rol van zenuwstelsel en hormoonstelsel

Stress speelt zich niet alleen in je hoofd af, een stressreactie is lichamenlijk duidelijk voelbaar. Je voelt je onrustig en opgefokt en kunt niet meer helder nadenken. Er gaat een heel fysiologisch proces aan vooraf.

In het proces van een stressreactie spelen met name het sympathische (activerende) systeem van het zenuwstelsel en het hormoonstelsel een belangrijke rol, waarbij de ‘stresshormonen’ cortisol en adrenaline worden geproduceerd. (Meulenberg, 2020)

5.4.5.1 Cortisol en adrenaline

Vanaf het moment dat iemand een bedreigende of stressvolle gebeurtenis waarneemt, vinden er twee processen plaats via de cortisol- en de adrenalineroute.

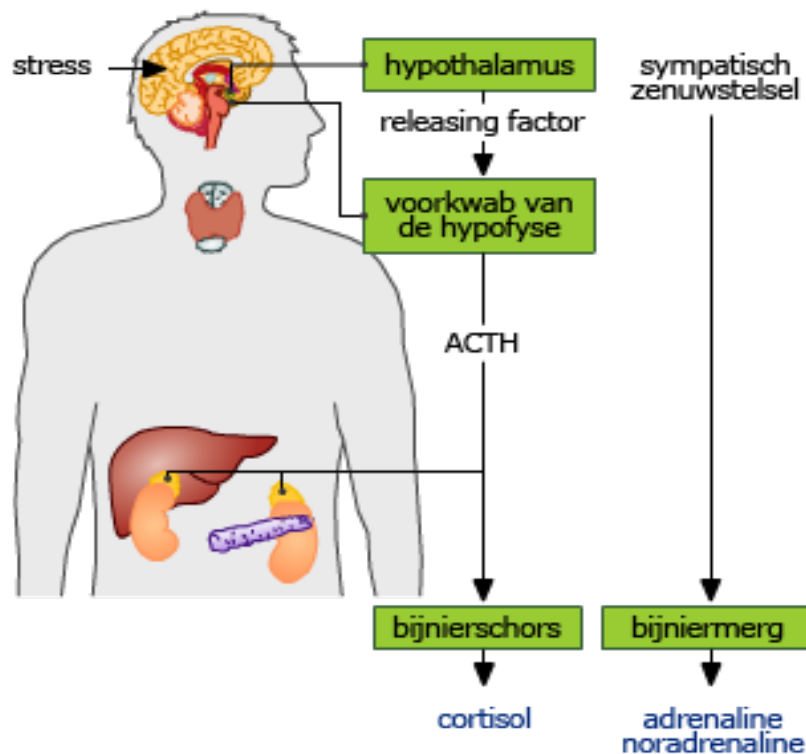
Cortisol route

- De zintuigen (ogen, oren, gevoel) registreren de gebeurtenis en zenden een signaal naar de hersenen.
- De hypothalamus (hersenunderdeel met regulerende functie) wordt gewaarschuwd.
- De hypothalamus waarschuwt de hypofyse (belangrijke hersenklier) via hormonen (chemische stoffen met specifieke werking).
- De hypofyse prikkelt de bijnieren, via het hormoon ACTH dat aan het bloed wordt afgegeven.
- De bijnierschors verhoogt de productie van het hormoon cortisol.
- Cortisol zorgt voor een verhoging van het bloedsuikergehalte, zodat het lichaam veel energie direct beschikbaar heeft.

Adrenaline route

Tegelijkertijd vindt er een ander proces plaats, na hetzelfde begin:

- De zintuigen (ogen, oren, gevoel) registreren de gebeurtenis en zenden een signaal naar de hersenen.
- Het sympathische deel van het zenuwstelsel via de hersenen gestimuleerd. Dat gebeurt door middel van elektrische impulsen.
- Het bijniermerg wordt gestimuleerd (naast de bijnierschors)
- De hormonen adrenaline en noradrenaline worden aangemaakt in het bijniermerg en afgegeven aan het bloed. Noradrenaline kan later nog worden omgezet in adrenaline.
- Beide hormonen stellen het lichaam in staat om snel een extra inspanning te verrichten, en maken. Noradrenaline heeft alleen een bloeddruk verhogende werking, terwijl adrenaline een bredere werking heeft. Beide hormonen verzorgen de 'vecht en vlucht reactie' die later zal worden besproken.



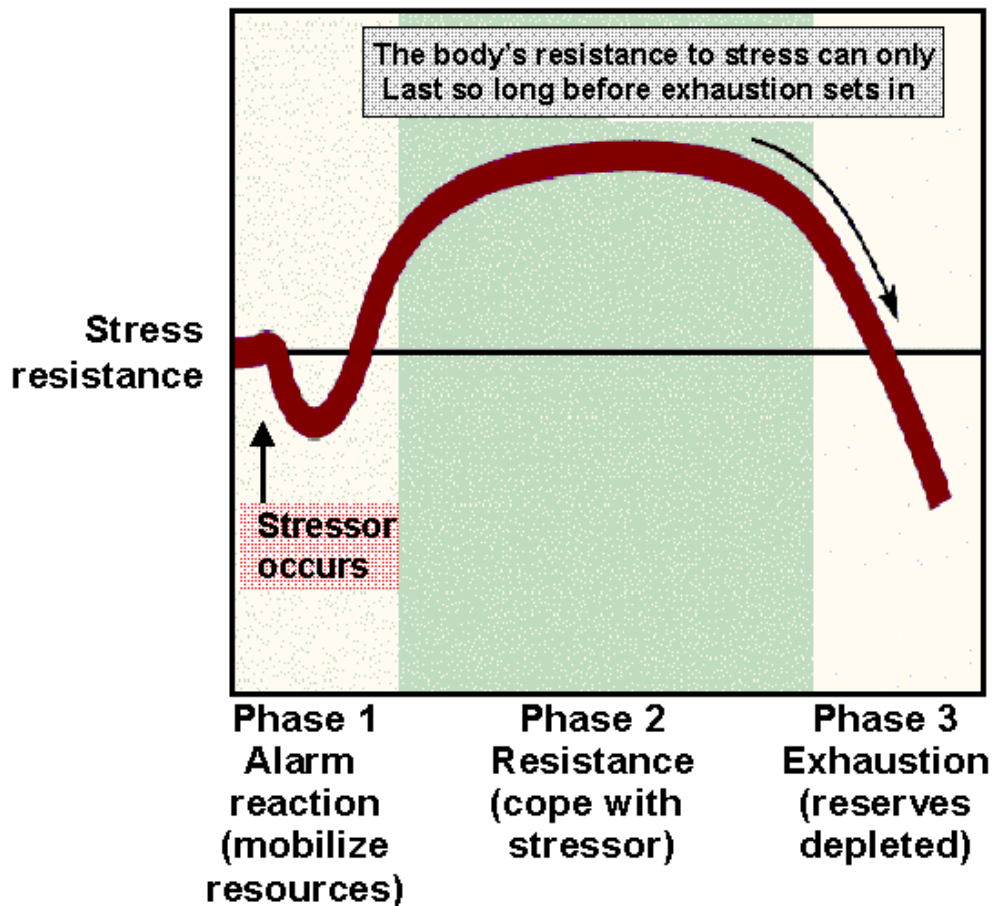
Figuur 4: Cortisol en Adrenaline route

Er zijn dus hormonen die direct betrokken zijn bij een stressreactie. Het hormoon adrenaline wordt een stuk sneller aangemaakt en afgebroken dan het hormoon cortisol. Het verschil tussen adrenaline en cortisol is met name dat adrenaline je klaar maakt voor actie en je op scherp zet. Cortisol zorgt ervoor dat je met deze druk kunt blijven omgaan ondanks zeer stressvolle situaties.

Vastgesteld is dat een hoger gehalte aan adrenaline duidt op kortdurende ‘gezonde’ stress en dat bij chronische ‘ongezonde’ stress het bloed juist meer cortisol bevat. Vooral bij langdurige, hevige en oncontroleerbare stresssituaties blijft het lichaam cortisol produceren dat uiteindelijk leidt tot uitputting, en soms zelfs een burnout. Een arts zou die cortisolwaarden in het bloed kunnen aantonen. Toch is cortisol geen ‘slecht’ hormoon, want je hebt het bijvoorbeeld nodig om goed te kunnen ontwaken na de slaap.

5.4.6 Fasen in omgaan met stressoren

Het lichaam blijkt verschillende fasen te doorlopen bij het omgaan met stressoren, ook wel bekend als het *general adaptation syndrome* (Selye, 1976) Dit gebeurt via het zenuwstelsel en hormoonstelsel, zoals eerder besproken.



Figuur 5: General Adapatation Syndrome (Selye 1976)

- *Rustfase*: Het lichaam is in rust en in evenwicht, maar zich wel bewust van de omgeving.
- *Alarmfase*: de stressor dient zich aan, en het lichaam maakt zich gereed voor actie. Zie ook de 'fight or flight' reactie die later wordt besproken. Na de reactie keert het lichaam terug in de rustfase na een korte herstelperiode.
- *Aanpassingsfase (resistance)*: Als de stress te groot is, of te lang aanhoudt en de impuls wordt ingehouden, probeert het lichaam zich aan de situatie aan te passen. Het zenuwstelsel zet door en houdt vol. Dat is enige tijd mogelijk.
- *Uitputtingsfase (exhaustion)*: Als de stress langer aanhoudt, geeft het lichaam het vroeg of laat op. Het lichaam is uitgeput door het voortdurend *standby* staan. Dit wordt ook wel 'burnout' genoemd. In werksituaties komt dit verschijnsel helaas regelmatig voor.

In normale omstandigheden verkeert het lichaam in rustfase, maar is op bepaalde momenten wel actiever dan anders. Pas als zich een echte stressor aandient, komt het in de alarmfase. Dit kan heel snel voorbij zijn, bijvoorbeeld bij loos alarm: je schrikt van een hard geluid achter je maar het was alleen een dier dat wegsprong. Of je moet snel en adequaat reageren in een verkeerssituatie. Maar ook dat duurt niet lang. In de beginfase van de pandemie verkeerden ook veel mensen in acute stress maar zij herstelden zich weer toen ze zagen dat het relatief meeviel met de ernst.

Bij langer durende stress, zoals bij de coronazorg in ziekenhuizen, komt het lichaam in de aanpassingsfase. Er is geen sprake van acute stress maar meer van chronische stress. In principe herstel je ook hier goed van als je voldoende rust neemt. Maar er is altijd voor iedereen een breekpunt. Als je alle stresssignalen van het lichaam (noodgedwongen) negeert en maar door blijft gaan, kun je uiteindelijk in de uitputtingsfase terechtkomen. Dan kan het veel langer duren voordat het lichaam zich heeft hersteld. Dat scenario lijkt aannemelijk bij een deel van het zorgpersoneel op korte of langere termijn. Dan worden ze bijvoorbeeld ziek en vallen ze (tijdelijk) uit. Bij iedereen ligt dat breekpunt anders, afhankelijk van persoonlijke omstandigheden.

5.4.7 De primitieve stressreactie

Stress wordt vaak gezien als vervelend en negatief. In feite is de eerder beschreven 'stressreactie' echter een biologisch nuttig verschijnsel. Het kan in gevaarlijke situaties het verschil betekenen tussen leven en dood.

Ter verduidelijking: stel je een oermens voor, die honderdduizenden jaren geleden leefde. Deze oermens leeft in een grot, en is op jacht om eten te verzamelen voor zijn familie. Hij is gewapend met een houten knuppel en probeert daarmee klein wild te verschalken. Plotseling komt hij echter een tijger tegen. Hij heeft geen tijd om lang na te denken, maar staat voor de keuze om weg te vluchten of het gevecht aan te gaan. Wegvluchten is nu waarschijnlijk het verstandigste, maar in beide gevallen zal er iets moeten gebeuren. Het lichaam bereidt zich automatisch voor om tot actie over te gaan. Dit gebeurt in een fractie van een seconde, en kan zo je leven redden.

5.4.7.1 Vechten of vluchten (*fight or flight*)

De psycholoog Walter Cannon (1871-1945) heeft deze stressreactie onderzocht, en noemde het toepasselijk de '*fight or flight response*' ofwel 'vecht-of-vlucht reactie'. (Cannon, 1932). Deze respons, ook wel primitieve stressreactie genoemd, treedt ook op bij zeer uiteenlopende situaties zoals kou, lichamelijke inspanning, onthouding van slaap, angst, woede of hoge concentratie. De volgende lichamelijke veranderingen vinden dan plaats, onder invloed van de stresshormonen:

- De hartslag versnelt en de bloeddruk stijgt.
- Er gaat meer bloed naar de spieren en de longen.
- De spijsvertering vertraagt.
- De ademhaling versnelt zich.
- De pupillen verwijden zich, zodat het zicht verbetert.
- Er komt meer glucose beschikbaar als brandstof voor de verwachte actie.
- De bloedstolling wordt verhoogd, zodat eventuele schade aan de bloedvaten sneller kan worden gerepareerd.
- De pijngevoeligheid daalt, zodat je je niet zal storen aan pijn.

Na de acute stressreactie is er meteen veel energie beschikbaar. Daar moet dan wel iets mee gedaan worden, zodat er een ontlading kan plaatsvinden. Als de oermens wegvlucht van de tijger en weet te ontkomen, kan hij zich daarna ontspannen. Hij heeft de beschikbare energie tenslotte nuttig gebruikt. De snelle ‘vecht-of-vlucht reactie’ heeft dan zijn leven gered. Hij kan zich natuurlijk wel eens vergissen, maar dit mechanisme heeft in de evolutie altijd goed gewerkt. Zodra het gevaar voorbij is, zal het lichaam zich weer snel aanpassen. De stresshormonen worden afgebroken en men komt weer tot rust.

5.4.7.2 Bevriezen (*freeze*)

Naast de ‘vecht-of-vlucht reactie’ wordt ook nog de reactie ‘bevriezen’ (*freeze*) genoemd. Soms is de dreiging zo intens en dichtbij dat dit verlamrend werkt. De emotie angst is hier duidelijk aanwezig.

Vechten of vluchten is geen optie meer en je bevriest of verstart. Dat wil zeggen dat je zo stil en onopvallend mogelijk gedraagt in de hoop dat het gevaar aan je voorbijgaat. De tijd staat als het ware even stil. In de dierenwereld kun je dit waarnemen bij prooidieren die dit gebruiken als overlevingsmethode. Dieren die jagen zijn vaak gespitst op beweging en zullen bewegingloze dieren dus minder snel opmerken. Uiteraard biedt bevriezen niet altijd de garantie op succes.



Figuur 6: Verschillende reacties op stress

5.4.8 Omgaan met de primitieve stressreactie in de moderne maatschappij

Veel mensen kennen de ‘vecht-of-vlucht-reactie’ uit persoonlijke ervaring, vaak met loos alarm. Toch kan de primitieve stressreactie het verschil maken tussen leven en dood in gevaarlijke verkeerssituaties en noodsituaties. Maar dat zijn uitzonderingen. Tegenwoordig ervaren we nog maar weinig levensbedreigende gebeurtenissen. De fysieke gevaren hebben grotendeels plaats gemaakt voor langdurige sociaal-psychologische stressoren (werkdruk, groepsdruk, relatieproblemen, financiën, verkeersdrukte etc.) waarop het lichaam niet goed weet hoe het moet reageren. Een kortstondige vecht-of-vlucht reactie lost niets op. Het lichaam wordt in voortdurende staat van alertheid gebracht via het stresshormoon cortisol maar er volgt geen ontspanning. Dit put het lichaam op termijn uit, totdat het in extreme situatie letterlijk opbrandt via een ‘burn-out’.

Eigenlijk is de stressvolle wereld waarin we nu leven onnatuurlijk: we zijn er evolutionair gezien niet goed op voorzien, maar we passen ons noodgedwongen aan. Bijvoorbeeld: Je hebt financiële problemen waar je maar niet uitkomt, je wordt dagelijks gepest op je werk of je moet een lezing geven voor een paar honderd man. Wat voel je op zo'n moment, en wat zou je het liefste willen doen? Het is een stressvolle situatie waarbij stresshormonen worden aangemaakt. Een fysieke reactie (vechten, vluchten) is op zulke momenten echter niet mogelijk maar de fysieke stress en de aangesproken stresshormonen blijven vervolgens aanwezig. Als dit een enkele keer gebeurt is dit niet zo erg maar op lange termijn wordt de stress chronisch.

5.5 Gevolgen coronacrisis voor de maatschappij en kwetsbare groepen in het bijzonder

De coronacrisis en de daaruit voortvloeiende maatregelen (*lockdowns, social/physical distancing, quarantaine* etc.) hebben grote gevolgen voor de gehele maatschappij. Het raakt aan alle aspecten van het bestaan: zowel op fysiek, sociaal, psychologisch, emotioneel en financieel niveau. De langdurende lockdowns verstoren het dagelijkse leven in ernstige mate, wat om een stevig aanpassingsvermogen vraagt. Velen hebben zich na de acute stress bij het uitbreken van de coronacrisis in meer of mindere mate herpakt maar dat geldt lang niet voor iedereen in dezelfde mate. Ieders persoonlijke situatie als gevolg van de coronacrisis en de reactie daarop is immers uniek. De Hoge Gezondheidsraad benadrukt het belang van zelfredzaamheid en veerkracht. In eerder onderzoek (Williams, Bisson & Kemp et al, 2014) is aangetoond dat de meeste mensen ook na indringende gebeurtenissen zoals grote rampen, weer snel kunnen herstellen mede door goede sociale steun.

Mensen hebben een groot aanpassingsvermogen maar er zijn natuurlijk grenzen. Uit de vierde Covid-19-gezondheidsenquête van de zorgbarometer bleken grote gevolgen voor de geestelijke gezondheid.

Grote groepen mensen hebben te maken met een langdurige verstoring van hun leven. Het kan gaan om praktische zaken zoals het verliezen van werk of het in gevaar komen van een eigen onderneming, maar ook om toenemende angst, stress en zeker ook eenzaamheid en sociale isolatie. Daarbij kunnen mensen zelf of personen in hun directe leefomgeving ziek worden of zelfs sterven wat een grote impact heeft op het psychisch welzijn.

Vaak gaat het om een combinatie van factoren die elkaar versterken waardoor mensen in een vicieuze cirkel terecht kunnen komen. Financiële en sociale problemen kunnen bijvoorbeeld op termijn leiden tot stress en gezondheidsklachten, en soms ook tot middelenmisbruik zoals alcoholisme.

5.5.1 Langetermijneffecten

Het valt te verwachten dat bij het voortduren van deze coronacrisis, bepaalde langetermijn (stressgerelateerde) reacties zullen ontstaan. Vooral de onzekerheid of en wanneer het gewone leven weer hervat kan worden kan van grote invloed zijn. Op de langere termijn zijn de meest voorkomende reacties na een collectieve noodsituatie:

- Angst
- Neerslachtigheid
- Indringende herbeleving
- Middelenmisbruik (zoals alcohol en drugs)
- Lichamelijk onverklaarde klachten

Deze reacties komen vaak samen voor. Mensen die zich neerslachtig of depressief voelen, zullen bijvoorbeeld eerder toegeven aan middelenmisbruik.

Schattingen van hoe vaak deze reacties voorkomen, lopen sterk uiteen. Volgens de literatuur met betrekking tot rampensituaties zou in Westerse landen twintig tot vijftig procent van de getroffen een jaar na de collectieve noodsituatie last hebben van dergelijke klachten. (Bromet en Havenaar, 2007)

Tijdens een collectieve noodsituatie zoals de coronacrisis moet de nadruk liggen op natuurlijk herstel en zelfredzaamheid. De aanvankelijke acute stress is immers een normale reactie op een abnormale gebeurtenis. Gezonde en stabiele mensen zijn veerkrachtig en kunnen zich daarop aanpassen. Rubonis en Bickman (1991) hebben aangetoond dat symptomen en effecten doorgaans het sterkst zijn in de periode direct na de collectieve noodsituatie en daarna meestal geleidelijk minder worden, soms onderbroken door korte periodes van stilstand of zelfs een toename.

Norris, Friedman en Watson (2002) toonden in een empirisch onderzoek aan dat bij een niet te verwaarlozen aantal slachtoffers van collectieve noodsituaties – zo'n 20 à 25 procent van de getroffen – de klachten maanden- tot jarenlang blijven bestaan. Hierbij gaat het met name om mensen met specifieke kwetsbaarheden.

5.5.2 Kwetsbare groepen en risicofactoren

Sommige kwetsbare groepen mensen worden dus harder geraakt, wat ook wordt onderkend in het adviesrapport van de Hoge Gezondheidsraad in verband met de psychosociale opvang tijdens de Covid-19 pandemie. (HGR, 2020) Bij de aanpak van die problemen dient rekening te worden gehouden met de risicofactoren, onderverdeeld in de volgende drie categorieën: (Mayou en Farmer, 2002), (van den Berg et al, 2008)

- *Predisponerende factoren*: mensen zijn verschillend in kwetsbaarheid. De ene mens krijgt de klachten in kwestie eerder dan de andere. Leeftijd, vrouwelijk geslacht, lage sociaaleconomische status, lage sociale ondersteuning, laag gevoel van controle, vooraf bestaande psychische problemen zijn duidelijk gerelateerd aan een snellere vatbaarheid voor klachten.
- *Uitlokkende factoren*: de omstandigheden die de klachten bij daarvoor gevoelige personen op gang brengen. In dit geval de collectieve noodsituatie, angst voor de pandemie, quarantaine, langdurige onzekerheid, levensgevaar,...
- *Instandhoudende factoren*: omstandigheden die de klachten doen voortduren en herstel in de weg staan. Dit is onder andere de duur van de lockdown, persoonlijke factoren zoals zelfredzaamheid, sociale ondersteuning, reactie van en erkenning door de gemeenschap, vertrouwen in de verstrekte informatie, financiële steun, revalidatie, aandacht in de media,...

Al deze factoren worden in detail besproken in het adviesrapport van de Hoge Gezondheidsraad. Er zijn geen dominante elementen, maar vaak speelt er een combinatie van factoren, wat bepaalde groepen bijzonder kwetsbaar maakt. Eerder is al gesproken over het balansmodel, de balans tussen draaglast en draagkracht. Bij kwetsbare mensen valt die balans negatief uit. Hun draagkracht is al minder door diverse omstandigheden en nu wordt de draaglast ook nog eens sterk verhoogd door de coronacrisis en de maatregelen. Veel mensen die al op het randje zaten, krijgen nu het laatste zetje.

Ook is er speciale aandacht voor eenzaamheid, een belangrijke risicofactor voor negatieve gevolgen op de geestelijke en fysieke gezondheid. Het wordt lastiger om elkaar te bezoeken waardoor mensen gemakkelijker in een sociaal isolement geraken.

5.6 Gevolgen voor de zorg en het zorgpersoneel: beroepsmatig en psychosociaal

Hoewel alle mensen in meer of mindere mate worden getroffen, heeft vooral het zorgpersoneel op de werkvloer het extra zwaar. Zij worden immers direct geconfronteerd met de vele corona slachtoffers tijdens hun werk. Het belangrijkste beroepsrisico is besmetting maar op langere termijn is het grootste probleem chronische stress en uitval van zorgpersoneel.

5.6.1 Beroepsrisico: besmetting

Zorgverleners hebben in eerste instantie meer risico om besmet te raken tijdens een virusuitbraak en ze dienen extra voorzorgsmaatregelen te nemen door beschermende kleding. Zoals we gezien hebben bij vorige pandemieën (bv. SARS) hebben zorg- en ambulancepersoneel een groot risico om besmet te geraken met het virus. Zorgpersoneel kan ziek raken en daardoor in quarantaine moeten gaan. Deze uitval leidt vervolgens weer tot een hogere werkdruk voor het overblijvende zorgpersoneel. Het is dus belangrijk om het besmettingsrisico zoveel mogelijk te beperken.

Tijdens de uitbraak van het SARS-virus in 2003, kwamen 21% van het totaal aantal besmettingen voor bij het zorgpersoneel. (Chan-Yeung, 2004) Bij een uitbraak van het MERS-virus in 2014 in Jeddah (Saudi-Arabië) was er sprake van grote angst en stress onder het zorgpersoneel al voelden ze dat het hun professionele plicht was om goede zorg te verlenen. De grootste angst was de veiligheid voor zichzelf, familie en collega's. Erkenning voor hun inzet, zowel vanwege het eigen management als vanuit de bevolking, werd ook als belangrijk ervaren. Nadat bleek dat strikte veiligheidsmaatregelen effect hadden, daalde het stressniveau sterk bij het personeel. (Khalid et al, 2016)

Meer recente studies over de Covid-19 crisis laten ook zorgwekkende cijfers zien. In februari 2020 rapporteerde China dat al 1716 zorgmedewerkers waren besmet met het covid-19 virus en dat er hiervan 6 waren overleden. (Rhea Mahbubani, 2020)

Al op 12 maart 2020 waarschuwden Remuzzi en Remuzzi (2020) voor de exponentieel stijgende besmettings- en ziekenhuisopnamecijfers in Italië als gevolg van het nieuwe virus. De cijfers waren inderdaad alarmerend: Eind maart 2020 zouden ruim 7000 zorgmedewerkers in Italië besmet zijn geraakt. (ISS, 2020) Liefst 10% van het totaal aantal positieve gevallen waren zorgverleners. En opvallend veel dokters bezweken: op 17 april 2020 stond de teller al op 119, bijna 58% van het totale dodenaantal onder zorgpersoneel (Lapolla et al, 2020).

In Nederland rapporteerde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in april 2020 dat 8000 zorgmedewerkers besmet waren geraakt, op dat moment maar liefst 28% van het totale aantal besmettingen. (Van Mersbergen en Van Houwelingen, 2020) Vooral de situatie in de thuiszorg, gehandicaptenzorg en rusthuizen was schrijnend omdat zij destijds constant achteraan stonden in de rij met het uitdelen van beschermingsmiddelen.

Aldus kan Covid-19 gezien worden als een beroepsrisico voor zorgpersoneel door het directe contact met coronapatiënten (Godderis, Boone, Bakusic, 2020). Geïnfekteerde patiënten kunnen de ziekte blijkbaar makkelijk overdragen op zorgpersoneel, door hoesten of niezen waardoor adequate bescherming een absolute noodzaak is. In België wordt corona al beschouwd als een beroepsziekte.

Tijdens de eerste golf was er wereldwijd een groot tekort aan beschermingsmateriaal zoals mondmaskers (*personal protective equipment*) in ziekenhuizen, wat met name in Italië zeker heeft bijgedragen tot het groot aantal besmettingen en doden bij het zorgpersoneel. (Ranney, Ranney, Griffith, Jha, 2020). Er bestaat geen twijfel dat dit ook in België het geval was. Inmiddels zijn er voldoende beschermings- en voorzorgsmaatregelen (beschermende kleding en materiaal, protocollen) wat het besmettingsrisico heeft geminimaliseerd. Dit wil echter niet zeggen dat het werken in de zorg makkelijker is geworden, integendeel. Op langere termijn gaat de psychologische stress van de hoge werkdruk zich wreken.

5.6.2 Psychologische stress en uitval door ziekteverzuim

Medisch en verzorgend personeel krijgt te kampen met een erg zwaar werkritme, een onverwachte nieuwe jobinhoud, confronterende situaties en zelfs situaties waarvoor ze eigenlijk niet zijn opgeleid. Het vergt veel concentratie om jezelf te beschermen en tegelijk ook noodlijdende patiënten te behandelen. Daarnaast komen ze in aanraking met lijden en sterven en dienen ze snel moeilijke beslissingen te nemen over leven en dood. (Godderis, Boone, Bakusic, 2020) Ook neemt de druk op de zorg toe door de hogere beddenbezetting op de covidafdelingen en op de dienst intensieve zorg. Bovendien is de zorg voor coronapatiënten arbeidsintensievere zorg dan de zorg voor de meeste gewone patiënten.

Zo is er sprake van (extra) stress door de sterk verhoogde werkdruk gecombineerd met de eventuele persoonlijke problemen die zorgverleners ervaren als gevolg van de coronamaatregelen. In eerste instantie is dat acute stress gekenmerkt door emotionele, cognitieve, sociale en fysieke reacties zoals sterke angst, geïrriteerdheid, afgestomptheid, slecht slapen, slecht kunnen concentreren en diverse fysieke symptomen. (Walton, Murray, Christian, 2020) Die symptomen verdwijnen echter snel als de situatie verbetert. Zodra op het werk en mogelijk ook in de privé-situatie, de stress blijft voortduren, kan de stress chronisch worden en dan heeft het een structureel negatief effect op de gezondheid en welzijn. (The American Psychological Association's Practice, 2013). Het werkingsmechanisme en de fysiologie van stress is al eerder besproken.

Zorgverleners kunnen op termijn fysiek en mentaal uitgeput raken, en zelfs in een burnout geraken. Men moet zich immers thuis kunnen opladen en dat lukt niet altijd. Dit kan vervolgens weer leiden tot meer uitval door ziekteverzuim onder het zorgpersoneel, waardoor het overige personeel nog zwaarder wordt belast. Zo ontstaat er een domino-effect. Ook het psychologische effect van noodzakelijke quarantaines mag niet onderschat worden.

Sinds de uitbraak van het covid-19 virus zijn quarantaines een middel om er zeker van te zijn dat mensen die mogelijk besmet zijn anderen niet verder kunnen besmetten, vanwege de incubatietijd van het virus. Het gaat vaak om een periode van 10-14 dagen dat mensen en zeker ook zorgpersoneel verplicht thuis in isolatie moeten verblijven. Het is een noodzakelijk middel maar het kan evenwel een sterk psychologisch effect hebben, zowel op korte als op langere termijn, dat niet onderschat mag worden. Dit bleek uit een review-studie. (Brooks et al, 2020) Vooral de duur van de quarantaine, het gebrek aan duidelijke informatie, gebrek aan spullen en verveling zijn belangrijke stressoren. Door de nodige steun, zorg en aandacht kunnen deze effecten worden verzacht.

We zullen eerst de ervaringen met de uitbraak van het SARS-virus in 2003 bespreken, omdat dit ging om een vergelijkbare situatie. Deze virusuitbraak leidde dan wel niet tot een pandemie maar er was wel sprake van acute stress bij het zorgpersoneel.

Vervolgens zal de invloed van psychologische stress op de zorg als gevolg van het Covid-19-virus worden besproken. Ten eerste zullen de onderzoeken en cijfers in China en Italië worden besproken en daarna die in België (De ZorgSamen barometers / Power to Care). Het lijkt geen twijfel dat er sprake is van lange termijn consequenties van de stress bij tenminste een deel van het zorgpersoneel.

5.6.2.1 Uitbraak SARS-virus (2003)

Maunder et al. (2003) hebben diverse onderzoeken gedaan naar chronische stress onder zorgpersoneel bij de uitbraak van het SARS-virus in 2003 in Toronto (Canada), dat oorspronkelijk afkomstig was uit Hong Kong.

De algemene bevindingen van zijn onderzoek komen erop neer dat er sprake was van acute stress onder het zorgpersoneel door de onzekerheid en angst voor het onbekende. Dat was echter een normale reactie op een abnormale gebeurtenis.

Uit ander onderzoek bleek dat 29-35% van de ziekenhuismedewerkers een hoog stressniveau ervaarden tijdens de SARS-virus uitbraak, mede beïnvloed door bepaalde factoren. Medewerkers verbonden aan een geloofsgemeenschap (zusters), zij die contact hadden met SARS-patiënten en zij die zelf kinderen hadden werden zwaarder getroffen. Er kunnen belangrijke lessen worden getrokken, met name op het gebied van informatievoorziening, steun en begeleiding. (Maunder, 2004)

Ook heeft Maunder onderzoek gedaan naar effecten op de langere termijn. Ook langere tijd na de SARS-uitbraak (13-25 maanden) was er sprake van een significant hoger niveau van stress, burnout en posttraumatisch stress syndroom onder zorgpersoneel. Veel negatieve effecten kwamen door ineffectieve coping. Wel vond hij een hoge veerkracht en professionaliteit van zorgpersoneel, met name bij ervaren medewerkers. Vooral jongere, onervaren medewerkers waren kwetsbaar. Vooral voor hen was verhoogde steun en training van belang. (Maunder et al, 2006)

Hoewel deze onderzoeken over de SARS-virusuitbraak in 2003 een indicatie geven over de mate van de acute en chronische stress onder zorgpersoneel, blijft het toch lastig om die resultaten te vergelijken met de huidige covid-19 virusuitbraak. Anno 2020-2021 gaat het immers over een pandemie met veel verstrekkendere gevolgen voor iedereen, inclusief het zorgpersoneel.

5.6.2.2 Covid-19 virus (2019-2021)

In eerste instantie viel zorgpersoneel uit door de vele besmettingen als gevolg van een gebrek aan beschermend materiaal en voorzorgsmaatregelen. Maar ook de stress en de psychologische belasting zouden hun tol eisen. Dat is ook gebleken bij zorgpersoneel in China en Italië, waar personeel niet alleen uitviel door besmetting maar ook door acute stress.

Meta-analyse en review onderzoek

Een meta-analyse door Batra et al. (2020) van 65 studies die onderzoek deden naar de psychologische gevolgen van covid-19 op zorgpersoneel, met in totaal ruim 79.000 deelnemers, liet zien dat angst, depressie, stress en slapeloosheid voorkwamen bij een substantieel deel van de deelnemers, respectievelijk 34.4%, 31.8%, 40.3%, en 27.8%. Vergeleken met eerdere meta-analyses kwamen angst, depressie en PTSS veel vaker voor. Dit kan verklaard worden door de grote mate van onzekerheid op allerlei gebieden bij het uitbreken van de pandemie. (Batra et al, 2020)

Een review onderzoek door Stuijzand et al. (2020) op basis van 50 verschillende onderzoeken, die gingen over mentale gezondheid, zorgpersoneel en een epidemie of pandemie, kwam tot een vergelijkbaar resultaat. Professionals in de gezondheidszorg die tijdens de COVID-19-uitbraak werden blootgesteld aan het werken met patiënten, hadden een verhoogd risico op psychische problemen, slapeloosheid, alcohol- / drugsmisbruik en symptomen van posttraumatische stress, depressie, angst, burn-out en woede, hogere waargenomen stress, en ze passen vaker onaangepaste coping-strategieën toe.

Chinese data

De resultaten van een multicentrisch onderzoek onder 1563 medisch personeelsleden in het Nanfang-ziekenhuis, (Guangzhou, China) tonen een prevalentie van depressie (50,7%), angst (44,7%), slapeloosheid (36,1%) en symptomen van angst voor ziekte (73,4%) tijdens de coronacrisis. (Liu et al, 2020) Dat zijn bijzonder hoge cijfers die wijzen op een hoog stressniveau.

Een Chinese studie door Dai et al (2020) bij 4600 zorgverleners toonde aan dat de hoofdbekommernissen van zorgverleners respectievelijk de besmetting van collega's, de besmetting van familieleden, de werking van persoonlijke beschermingsmiddelen en medisch geweld zijn. Bij ruim 40% werd er sterk toegenomen stress vastgesteld, vooral bij diegenen die in de eerste lijn contact hadden gehad met COVID-19-patiënten en hun familieleden.

Amerikaans onderzoek

In een groot onderzoek naar de geestelijke gezondheid onder ruim 3000 Amerikaanse zorgverleners, verspreid over het hele land, die tijdens de pandemie werkzaam waren met covid-19 patiënten bleek dat ze een hoger risico hadden op depressie, angst en burnout. Dit had deels te maken met de sociale isolatie als gevolg van quarantaine die ze moesten ondergaan. Degenen die alleen woonden hadden het grootste risico op problemen met hun geestelijke gezondheid. (Firew et al, 2020)

Belgische studies: De ZorgSamen barometer en Power to Care enquête

Om te peilen naar het psychisch welzijn van zorgverleners lanceerde De ZorgSamen tijdens het eerste weekend van april via sociale media de eerste ZorgSamen Barometer. Duizenden zorgverleners uit alle beroepsgroepen, sectoren en provincies (artsen, verpleegkundigen, directieleden) vulden de online enquête in. In april waren er 2918 deelnemers, in mei 3298, in juni 2134, in oktober 1280 en in december 3140.

Inmiddels zijn er in 2020 al vier ZorgSamen Barometers afgenomen (april, mei, juni, oktober 2020). De opvolger, de Power to Care enquête (december 2020) is een initiatief van Sciensano en het Leuvens instituut voor gezondheidszorgbeleid met als partners Steunpunt Geestelijke Gezondheid/Te Gek!?, Zorgnet-Icuro, Santhea, Unessa en Gibbis. De resultaten tonen een bijzonder belangrijke impact op het gevoelsleven, psychisch functioneren en welbevinden van wie werkt in de zorg.

De belangrijkste resultaten en conclusies uit deze enquêtes/metingen zullen worden besproken. Er wordt ingegaan op drie belangrijke aspecten:

- Invloed op persoonlijk vlak (psychisch/emotioneel, fysiek)
- Professionele impact (gedachten en gevoelens over werk en professioneel functioneren)
- Mate van sociale steun en bij wie wordt die gezocht

Om de impact van Covid 19 op de psychische reacties te meten, bevroeg de Barometer persoonlijke psychische reacties zoals angst, vermoeidheid, flashbacks, hyperalertheid enz. Elke deelnemer gaf een score van 0 (nooit last van) tot 10 (altijd last van) voor zowel de afgelopen week als onder normale omstandigheden.

A. Invloed op persoonlijk vlak

Bij de eerste bevraging in april rapporteerden de bevroegden 3 tot 7 maal meer negatieve gevoelens in vergelijking met normaal. Een meerderheid gaf tijdens de eerste twee bevragingen aan last te hebben van ‘onder druk te staan’, ‘zich vermoeid te voelen’ en ‘hyperalert te zijn’. Een aanzienlijk deel gaf bovendien aan flashbacks te hebben, ‘concentratiestoornissen’ en ‘angst’ te hebben. Ook slaaptkort werd vaak gerapporteerd. Deze percentages lagen ver boven normaal, in de situatie vóór de coronacrisis.

Bij de derde bevraging werden gelukkig wel veranderingen gerapporteerd. Drie acute stressreacties (angst, onder druk staan en hyperalertheid) daalden in mei en juni aanzienlijk. Dat is een positief teken van veerkracht. De psychische reactie met het grootste verschil tussen

vóór Covid en tijdens was er voor ‘angst’. Die angstscore was het meest uitgesproken in de maand april bij verpleegkundigen. De factoren die veeleer te maken hebben met langdurige druk (vermoeidheid, slaapttekort, geen regelmaat in het leven, concentratiestoornissen, ongelukkig en neerslachtig voelen) bleven voor de 3 meetperiodes nagenoeg onveranderd.

Bij de vierde en ook de vijfde meting was de algemene situatie nog steeds zorgwekkend. De scores op negatieve gevoelens waren nog steeds hoog. Het percentage dat aangaf zich niet goed te kunnen ontspannen vertoont elke meting weer een stijging, een zorgwekkende trend. Bij de laatste meting was dit ruim 41%.

Zorgverleners voelden zich wel significant minder angstig en hyperalert dan tijdens de eerste meting begin april maar nog steeds even angstig als tijdens de derde meting in juni. Gewenning aan de nieuwe situatie en de beschikbaarheid van persoonlijk beschermingsmateriaal zal zeker invloed hebben gehad. Medewerkers en organisaties leerden de voorbije maanden veel bij over het virus en de aanpak ervan. De protocollen en procedures voor het veilig leveren van zorg zijn een normaal onderdeel van het werk geworden.

Naast psychische reacties werd er ook gepeild naar mogelijke stress gerelateerde lichamelijke klachten. De deelnemers geven steeds hogere scores voor hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn en huidproblemen gedurende de metingen.

B. Professionele impact

Ook de impact op het professioneel functioneren is niet te onderschatten. Onder normale omstandigheden geeft 1 op de 10 zorgverleners aan te ‘twijfelen aan kennis en kunde’ en 7% denkt er vaak aan te ‘stoppen met uitoefenen van het beroep’. In de eerste metingen (april en mei) is dat al gestegen naar bijna een kwart van de zorgverleners die ‘twijfelt aan kennis en kunde’ en 15% die zegt te willen ‘stoppen met uitoefenen van het beroep’. Die cijfers blijven ongeveer gelijk bij de derde meting (juni), maar het percentage dat zegt te willen stoppen met uitoefenen van het beroep stijgt zelfs tot bijna 20% en in de vierde meting (oktober) is dat zelfs als gestegen tot 25%. Bij artsen en verpleegkundigen ligt dit het hoogst, met een sterke verhoging bij artsen tussen april en de maanden mei en juni. Het overwegen om uit het beroep te stappen was in april het sterkst aanwezig bij verpleeg- en zorgkundigen, maar bij de vierde meting zien we dat ook de andere beroepsgroepen dit risico beginnen te vertonen.

Gelukkig is er bij de vijfde meting in december een lichte daling te zien in het twijfelen aan de eigen vaardigheden en het overwegen om te stoppen, maar nog steeds blijven de percentages veel hoger dan voor de pandemie. Wel is er gedurende de metingen een gestage daling zichtbaar in het gevoel deel uit te maken van een team. Normaal is dat 68%, en dat is tussen april en december 2020 gezakt van ruim 66% tot ruim 56%.

C. Sociale steun

Sociale steun wordt vaak eerst binnen de eigen kring gezocht. De Barometer gaat na in welke mate de deelnemers tijdens de voorbije week hun emoties en gedachten hadden gedeeld met andere mensen. Uit alle vier de metingen kwam hetzelfde beeld naar voren. Zorgverleners zoeken vooral steun bij hun ‘partner’ alsook bij de ‘eigen/directe collega’s’ en ‘vrienden buiten

het werk'. Zo'n 70-80% is daar tevreden mee. De leidinggevende wordt in mindere mate gezocht als bron van steun. Een klein deel heeft zelfs negatieve ervaringen in het delen van emoties en gedachten met leidinggevendenden.

De meesten hebben geen nood aan een gesprek met de huisarts, een anoniem online systeem of een helpdesk psychosociale opvang. Een klein deel geeft wel aan dat ze professionele steun nodig hadden maar die niet hebben benut.

Wat betreft de verwachte ondersteuning in de toekomst wijst een meerderheid van de deelnemers de leidinggevende aan als de persoon waar men zeker of waarschijnlijk ondersteuning van zal nodig hebben om emoties en gedachten te delen, maar in de praktijk gebeurt dit dus nog onvoldoende. Goed leiderschap is dus een aandachtspunt voor de ziekenhuizen en zorginstellingen.

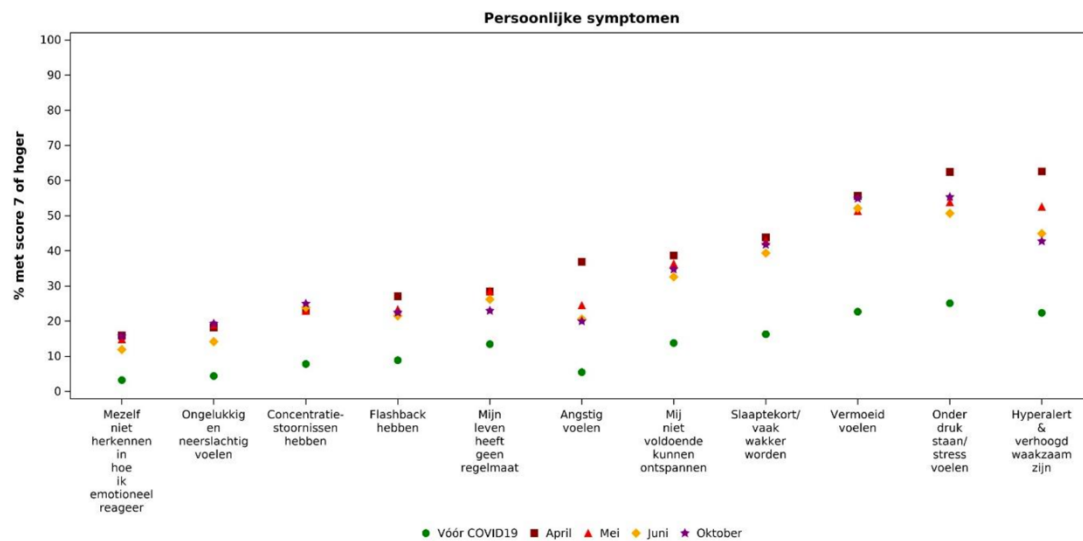
Er is in de vierde meting een opmerkelijke verschuiving richting de bereidheid om hulp te zoeken bij psychologen of professioneel opgeleide ondersteuners. Bij de derde meting in juni dacht 40% dit niet nodig te hebben en bij de vierde meting in oktober dacht nog maar 25% er zo over. Eenzelfde percentage gaf in oktober aan dat ze deze ondersteuning zeker of waarschijnlijk nodig te hebben in de komende maanden.

Conclusies

De cijfers van de vierde ZorgSamen Barometer (oktober) en de Power to Care enquête (december) geven aan dat de druk op zorg en welzijn enorm blijven. De zomermaanden leken een lichte verbetering in de situatie te geven door de daling van het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames tussen de eerste en tweede golf. Deze adempauze was welkom maar tijdens de langer durende tweede golf was de druk weer op het oude niveau. Wel is er sprake van gewenning en betere werkprotocollen. Uit deze metingen gedurende bijna een jaar blijkt dat de persoonlijke (psychische en fysieke symptomen), professionele en sociale problemen onder het zorgpersoneel serieus zijn en langdurig aanhouden. Tien maanden van leven en werken met Covid-19 laat zich voelen door langdurige stress en daarmee verbonden symptomen. Personen die in de frontlinie staan moeten vanaf het begin dan ook goed worden opgevolgd op het vlak van stress, mentale belasting en vermijdingsgedrag. (Greenberg et al, 2020)

De Covid-19 pandemie is niet te vergelijken met een eenmalig incident of kortdurende stressperiode, maar zorgt voor langdurige druk. Deze bevragingen tonen aan dat psychosociale ondersteuning een absolute vereiste is in deze ongewone tijden. Zorgpersoneel zou alle steun moeten aannemen die beschikbaar is. De druk op de zorgverleners zal immers nog langere tijd blijven, ook als het ergste van de pandemie voorbij is. De uitgestelde zorg dient dan immers te worden ingehaald.

Goede en professionele zorgverleners blijken helaas vaak slechte zorgvragers. Zij houden het vaak bij steun zoeken thuis, bij vrienden en directe collega's, terwijl er veel professionele hulp beschikbaar is. Het zou natuurlijk kunnen dat veel zorgpersoneel geen hulp durft te vragen of niet goed op de hoogte is van de (online) mogelijkheden en initiatieven. Het is dan ook de taak van de werkgever en de leidinggevendenden om het zorgpersoneel daarop te wijzen.



Grafiek 1: Psychische en lichamelijke klachten bij zorgpersoneel op verschillende momenten tijdens de Covidpandemie

Gevolgen op termijn

Langetermijnevolgen kunnen niet uitblijven door de langer durende coronabeperkingen en de blijvende druk op de gezondheidszorg. De cijfers uit recente enquêtes wijzen al op grote problemen onder zorgpersoneel en die zullen naar verwachting voorlopig niet snel afnemen. Zelfs als de coronacrisis voorbij is, zal de druk hoog blijven omdat de uitgestelde zorg immers ingehaald moet worden. Het is niet ondenkbaar dat er bijkomende uitval van zorgpersoneel is door langdurige mentale gezondheidsproblemen als gevolg van voortdurende van de huidige gezondheidscrisis. Om de zorg te kunnen blijven waarborgen zal structurele psychosociale ondersteuning nodig blijven, ook na de coronacrisis.

5.7 Oplossingen voor psychosociale belasting in de zorg

Het is duidelijk dat de psychosociale belasting op de zorg en het zorgpersoneel door de huidige covid-19 pandemie bijzonder hoog is en blijft, met alle gevolgen vandien. Hoewel een groot deel van het zorgpersoneel zich heeft aangepast aan de huidige situatie, blijft het een nare situatie op de langere termijn. De werkgever of de zorgorganisatie is de eerste aangewezen partij, maar niet de enige, om oplossingen voor dit probleem te bedenken.

Er is helaas nog weinig onderzoek gedaan naar de specifieke factoren die de geestelijke gezondheid van zorgpersoneel beïnvloeden en hun specifieke behoeften tijdens een pandemie of grote virusuitbraak, en toegepaste interventies op deze doelgroep. Recente onderzoeksdata laten zien dat vrijwel al het covid-19 zorgpersoneel enige psychische nadelen ervaren. Met name ongerustheid, angst en depressieve symptomen komen veel voor in deze beroepsgroep tijdens epidemieën en pandemieën, maar dat zijn normale reacties die je kunt verwachten. Zij hebben geen intensieve psychosociale interventies nodig, maar zijn vooral gebaat bij goed leiderschap in het team, met oog voor deze kwesties op het gebied van geestelijke gezondheid. Symptomen van stress en overbelasting zouden snel gesignaleerd moeten worden door de teamleiding, ook zonder dat personeel dit zelf aankaart. Teamleaders moeten snel kunnen handelen, duidelijk kunnen communiceren en gerichte maatregelen op de werkvloer kunnen nemen om de werkstress zoveel mogelijk te verlagen. Een kleiner percentage, ongeveer 10% van de totale populatie van zorgverleners, waaronder degenen met reeds bestaande psychische aandoeningen, zullen ernstigere psychische stoornissen ontwikkelen die intensievere en meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg vereisen. Zij zijn wel gebaat bij professionele interventies. (Magill, Siegel, Pike, 2020)

Een eerder besproken review onderzoek naar het effect van epidemieën en pandemieën op de geestelijke gezondheid van zorgpersoneel, heeft een aantal voorspellers (risico- en beschermingsfactoren) voor de geestelijke gezondheid geïdentificeerd (Stuijzand et al, 2020):

- *Organisatorisch*: specialistische training en voorbereiding vormen beschermingsfactoren. Terwijl werken in een omgeving met hoog risico, in quarantaine zijn, weinig zelfstandigheid hebben en onvrijwillig werk verrichten juist risicofactoren zijn.
- *Sociaal*: steun en support vanuit werkgever en familie en vrienden zijn belangrijke beschermingsfactoren, terwijl gebrek daaraan juist een grote risicofactor is.
- *Persoonlijk*: single zijn, ver weg wonen van familie, minder werkervaring hebben, jonger zijn en een lager inkomen vormen risicofactoren.
- *Psychologisch*: veerkracht (*resilience/hardiness*) is een potentieel beschermende factor. Onaangepaste coping (*maladaptive coping*), een negatieve emotionele ervaring tijdens de uitbraak en psychiatrische voorgeschiedenis zijn juist risicofactoren.

Stuijzand et al. (2020) geven een aantal aanbevelingen. Er zijn zaken die je kunt voorbereiden (preventieprogramma's, effectieve training en voorbereiding van personeel, beschikbaarheid van een psychosociaal team), dingen die je kunt doen tijdens een epidemie of pandemie

(zorgvuldige screening van personeel om symptomen tijdig te signaleren, juiste informatie en voorlichtingscampagnes over de mogelijkheid van geestelijke gezondheidsklachten, regelmatige updates van teamleaders) en na afloop van de epidemie of pandemie is evaluatie van belang om het de volgende keer (nog) beter te doen.

Waar geen van de beoordeelde onderzoeken in deze review echter voldoende op ingaan, is het probleem dat de toegenomen hulpbehoefte op het werk samenvalt met een tijd waarin zowel gezinsstress als persoonlijke problemen ook al groot zijn.

Een vergelijkbaar review onderzoek (Rieckert et al, 2021) dat zich baseert op 73 relevante artikelen over de impact van covid-19 op zorgpersoneel en hoe hun veerkracht (*resilience*) te verhogen kwam een soortgelijk beeld naar voren. De aanbevelingen voor zorgorganisaties komen neer op optimale opleiding en (veerkracht)training voor het personeel met duidelijke protocollen en actieplannen *voor een uitbraak* en goede informatieverstrekking, onderlinge communicatie, psychosociale ondersteuning en eventueel behandeling *tijdens een uitbraak*. De behandeling voor zorgverleners kon bestaan uit een team voor psychosociale ondersteuning, het bewaken van de gezondheidstoestand van deze professionals en zaken als het aanmoedigen van *peer support* en het delen en vieren van successen. Ook zou aandacht moeten zijn voor het goed verdelen van taken en verantwoordelijkheden, met niet te lange en zware diensten, voldoende vrije dagen en goede arbeidsomstandigheden en voorzieningen op de werkvloer.

Hierop aansluitend geven Walton et al (2020) in hun artikel een aantal praktische aanbevelingen op drie diverse niveaus: organisatie/werkgever, teamleiding en collega's en persoonlijke (zelf)zorg.

- *Organisatie/werkgever*: Preventie van geestelijke gezondheidsproblemen is beter dan oplossen van problemen. Daarom is verschuiven van aandacht voor individu naar een overkoepelende aanpak vanuit de organisatie een goede stap. Er zou aandacht moeten zijn voor de werkomstandigheden: beschikbaarheid van ervaren collega's, normale werktijden en niet te veel overuren maken, goede planning van nachtdiensten en aandacht voor autonomie en rolduidelijkheid. Bij quarantaine en isolatie moet psychologische en praktische hulp worden aangeboden.
- *Teamleiding/collega's*: Leiderschap is essentieel, maar niet makkelijk voor de teamleiding zelf. Het is van belang om leiderschap te kunnen doorgeven en een kans te geven aan nieuwe initiatieven, vooral bij verwachte uitval van personeel. Om het team te blijven motiveren moeten ze ook durven vooruitkijken naar betere tijden. Goede communicatie is cruciaal, vanuit twee kanten: leiders moeten niet alleen opdragen maar ook luisteren. Openheid en eerlijkheid zijn daarin belangrijke elementen. De Zorgsamen heeft op zijn website een aparte pagina met vuistregels en tips voor leidinggevendenden. Verder zijn vooral collega's belangrijke bronnen van steun. Wanneer er zich iets op professioneel vlak voordoet, dan zal iemand zich hierover eerder richten tot collega's en het team (35 tot 50%) in plaats van tot hun partners (25 tot 50%) (Zech, De Soir, Ucros (2008)).
- *Persoonlijk/zelfzorg*: Zorgverleners kunnen ook veel zelf doen, door goed voor zichzelf te blijven zorgen, hoe lastig dat ook is in deze tijd. Soms moeten ze daar wel op worden

gewezen. Goede dagelijkse zelfzorg is de sleutel: voldoende slapen, rustpauzes nemen, gezonde voeding, voldoende beweging, steun vragen etc. De ZorgSamen heeft op zijn website een aparte pagina rond zelfzorg. Ook Adams en Walls (2020) benadrukken het grote belang van *self care*. Zorgpersoneel zou het werk als een marathon in plaats van een sprint moeten zien. Ook mogen ze gerust fier zijn op het belangrijke werk dat ze verrichten voor de maatschappij. Verder is het van belang dat ze een sociaal netwerk blijven onderhouden, en dat kan ook (deels) online in deze tijden.

Kortom, vanuit de werkgever kan op diverse niveaus veel worden gedaan ter preventie, verzachting en aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen bij het zorgpersoneel. Ze zouden zoveel mogelijk actief moeten worden gescreend, ondersteund en begeleid, ook al vragen zorgverleners er niet direct zelf om. Gelukkig is daar steeds meer aandacht voor.

5.7.1 CODE: kortdurend interventieprotocol

Een effectief en kortdurend interventieprotocol om gestresste hulpverleners te helpen is CODE (Koster, 2020), een afkorting voor *CBT-based One-session Distress tolerance for Emergency responders*. In het Nederlands is dit protocol vertaald als *Korte Interventie voor Stresshantering bij Crisis voor Hulpverleners*.

Het gaat om een van oorsprong Amerikaans protocol dat voorziet in een korte sessie om hulpverleners te helpen omgaan met stressreacties. Psycholoog Ernst de Koster (UGent) van praktijk de Burcht in Gent heeft dit protocol vertaald en gratis ter beschikking gesteld op zijn website, omdat hij vindt dat zorgverleners in deze extreme tijden urgent goede hulp nodig hebben om niet onderuit te gaan. (Demeulemeester 2020)

De gebruikte technieken zijn evidence-based en hebben hun werkzaamheid bewezen in vorige crisissen. Alleen maar praten na een trauma interfereert met de eigen manier van traumaverwerking of stresshantering en dit wordt dan ook niet gedaan in dit protocol.

Dit protocol vereist 1 tot 3 sessies van elk 45 minuten. Al deze sessies kunnen online via videoconferentie of telefoon gedaan worden. Vaak is 1 sessie al voldoende.

Sessie 1 omvat het opbouwen van een relatie, psycho-educatie, oefenen van stresstolerantie / mindfulness-vaardigheden in de context van ademhalingsoefeningen en progressieve spierontspanning.

Sessies 2-3 (indien uitgevoerd) omvatten het beoordelen van hun beste advies aan andere gezondheidswerkers voor het omgaan met het huidige rampscenario, samen met mindfulness/distress tolerance skills. Problemen omtrent de implementatie van technieken en het vinden van geschikte externe middelen worden opgelost samen met de cliënt.

Een belangrijk onderdeel is de STOP-techniek, waarbij elke letter voor een stap staat.

- *Stop what you are doing*- Stop met wat je doet wanneer je een stressreactie voelt (letterlijk).

- *Take a step back*- Neem afstand.
- *Observe*- reactie te observeren en te herkennen (vooral gedachten en gevoelens).
- *Proceed mindfully*- Pak mindful aan (ademhalingsoefeningen/ progressieve relaxatie).

Een ander onderdeel is een ademhalingsoefening, de gestimuleerde ademhaling waarbij langer wordt uitgeademd dan ingeademd. En de nadruk ligt op buikademhaling in plaats van borstademhaling, zodat een diepere ontspanning kan worden bereikt.

En nog een ander onderdeel is de progressieve spierontspanning waarbij afwisselend spiergroepen worden aangespand tijdens het inademen en ontspand tijdens uitademen.

Het voordeel van dit protocol is dat het een sessie vaak al voldoende is, en dat de zorgverlener aan de slag kan gaan met concreet toepasbare technieken.

5.8 Initiatieven van de overheid en andere instanties voor de zorg tijdens de pandemie

De psychosociale nood is groot, onder de gehele bevolking maar ook met name in de zorg. Die was voor de pandemie ook al hoog door de werkdruk en de matige beloning. Nu het zorgsysteem onder nog grotere druk staat, moet er wel iets gebeuren. Gelukkig hebben de overheid en andere instanties diverse initiatieven ontplooid. Hieruit blijkt ook de maatschappelijke waardering voor de zorgmedewerkers.

Al eerder is gesteld dat bepaalde kwetsbare groepen extra psychosociale ondersteuning nodig hebben. Het zorgpersoneel verdient echter speciale aandacht, zoals ook blijkt uit het adviesrapport van de Hoge Gezondheidsraad waar een paragraaf gaat over “*extra aandacht voor onze zorg- en welzijnsverstrekkers*”. Aandacht voor (extra) psychosociale ondersteuning voor zorgpersoneel is hoognodig omdat de zorg onder hoge druk staat door de voortdurende coronacrisis. De werkdruk was daarvoor al (te) hoog maar die is dus nog verder toegenomen en dat heeft op termijn grote gevolgen voor het psychosociale welzijn van zorgpersoneel. De huidige cijfers uit enquêtes laten dit al zien. Een flink deel van het zorgpersoneel denkt er al langer aan om te stoppen en dat is geen goed teken. Zorgverleners zijn echter slechte zorgvragers.

Ook bij de zorgverleners is het belangrijk om de toegang tot psychologische/psychiatrische hulpverlening zo laagdrempelig te houden en te focussen op hun belevingswereld, problemen waarmee zij geconfronteerd worden om zo vermijdingsgedrag te reduceren.

5.8.1 De ZorgSamen: psychosociale ondersteuning voor zorgverleners

Op 31 maart 2020 lanceerde Zorgnet-Icuro samen met een hele reeks partners het platform *De ZorgSamen* met een eigen website (www.dezorgsamen.be). Bedoeling is om iedereen die in de zorg werkt mentale ondersteuning te bieden, tijdens en na de coronacrisis. Ook werden terugkerende enquêtes afgenomen onder het zorgpersoneel (*De ZorgSamen* en *Power to Care enquête*). De resultaten werden hierboven reeds besproken.

Op de website staat dat het eigen welzijn voorop moet staan (*Zorg voor jezelf*). Pas als je goed voor jezelf zorgt, kun je voor anderen zorgen. De vuistregels zijn:

- Zorg voor regelmaat en voldoende rust
- Laat je emoties toe, ze horen erbij
- Ken jezelf: vertrouw op wat je al eerder hielp
- Volg de richtlijnen en betrouwbare informatie

Na goede zelfzorg kun je beter voor de ander zorgen.

De website vermeldt ook het concept van “de eerste helper”. De eerste helper gaat over zorg dragen voor je collega’s in de zorg. In een zestal stellingen (waar/onwaar) met daaraan gekoppeld een filmpje worden tips gegeven om jouw rol als ‘zorgzame’ collega, leidinggevende of kwaliteitsmedewerker nóg sterker waar te maken.

Ook op de website vind je “de zorgscreener”: een korte online vragenlijst waarmee naar persoonlijke gedachten en gevoelens wordt gepeild. Dit instrument op basis van wetenschappelijk onderzoek geeft een indicatie of het voor iemand nuttig kan zijn om met een professionele hulpverlener een gesprek te hebben.

Voor hulpverleners die nood hebben aan een gesprek of nood hebben aan hulp, worden via de website mogelijkheden gegeven waar ze deze hulp kunnen vinden.

5.8.2 Online snelcursus voor psychosociale hulpverleners

De FOD Volksgezondheid heeft in samenwerking met de Vlaamse Overheid en het Rode Kruis Vlaanderen een online snelcursus ontwikkeld voor psychosociale hulpverleners/verantwoordelijken van zorgpersoneel. De nodige handvaten worden meegegeven om psychosociale zorg te bieden in tijden van Covid-19 en focust specifiek op de zorg aan zorgverleners.

De webinar “psychosociale interventies voor personeel in de zorgsector gedurende de Covid-19 crisis” is bestemd voor medewerkers actief in zorginstellingen. (Centrum Crisispsychologie Defensie, 2020) Deze webinar gaat dieper in op de psychosociale belasting van zorgpersoneel en staat stil bij primaire- en secundaire preventiestrategieën. Deze webinar is een initiatief van het Centrum voor Crisispsychologie van Defensie in samenwerking met de FOD Volksgezondheid.

In deze webinar wordt een interventieplanning door middel van een 7-stappenplan besproken, wat toegepast kan worden op een zorginstelling met een team.

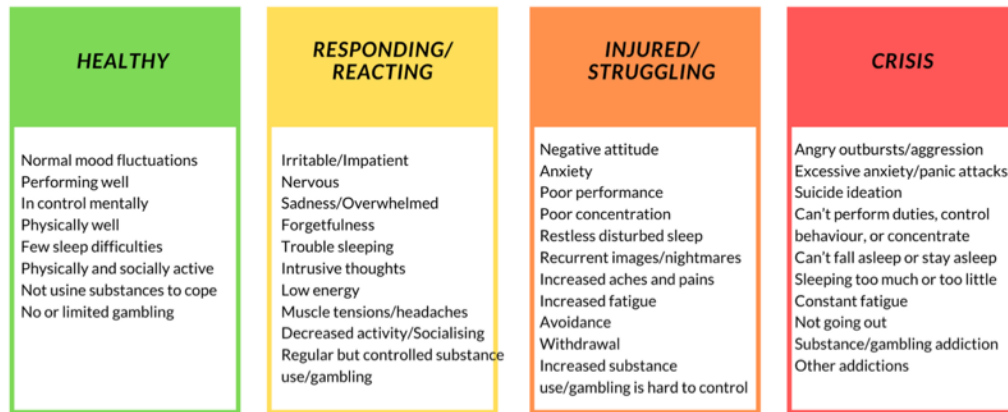
De 7 stappen in het kort:

1. Beschrijving van de situatie wat, hoe, wie, waar, wanneer?
Hierbij gaat het om informatieverzameling en het identificeren van potentiële stressfactoren, zoals hoge werklast, onzekerheid negatieve gevoelens, verlies van naasten/collega's/patiënten/ moeilijk kunnen ontspannen.
2. Identificatie van de doelgroepen (teams). Veel psychosociale interventies worden gericht op teams vanwege de cohesie. Men voelt zich al bij elkaar betrokken.
3. Bepalen van de psychosociale impact op deze doelgroepen (GGGG: gevoel, gedachten, gedrag, gevolg) en normale / abnormale reacties kunnen onderscheiden. Hulp is pas nodig bij moeilijke verwerking.

Dit is gebaseerd op het Mental Health Continuum Model (Keyes, 2002). Geestelijke gezondheid is geen alles-of-niets-concept. Mensen zijn niet geestelijk ziek óf gezond. Integendeel, de geestelijke gezondheid moet als een continuüm worden gezien. Dit continuüm start bij gezond (groen) en gaat over naar gematigde en omkeerbare nood of functionele beperking (geel), tot een ernstigere toestand van aanhoudend letsel of verstoring (oranje) en eindigt met klinische ziekten en aandoeningen die specifieke medische/psychiatrische zorg nodig hebben (rood). Het is zaak om de symptomen in

het gele spectrum tijdig te signaleren, zodat de situatie niet verergert naar oranje of rood. Gelukkig kunnen situaties zich in beide richtingen van het continuüm bewegen, dus ook terug naar normaal (groen).

MENTAL HEALTH ON A SPECTRUM



Figuur 7: Mental Health Continuum Model (Keyes, 2002)

Het belang van veerkracht wordt benadrukt en dit wordt beïnvloed door diverse factoren, zoals geloof in zichzelf, acceptatie van gevoelens, zelfzorg en sociale steun.

4. Identificatie van de behoeften (BIG FIVE) : informatie (psycho-educatie), sociale steun (delen), erkenning (van leed), rituelen (verwerking), aangepaste opvang.
5. Uitwerking van de interventie strategieën waarin het belangrijk is om te kijken welke strategie, voor wie, hoe, waar en wanneer. De strategieën moeten nabij zijn, in het verwachtingspatroon liggen van de hulpvragers, eenvoudig en eenduidig zijn. Ze bevatten vijf essentiële elementen (HOBFOLL, 2007): geruststelling, veiligheid, sociale verbondenheid, zelfredzaamheid, hoop en perspectief
6. Nagaan of de nodige capaciteit aanwezig is om aan de behoeften te voldoen met het model van concentrische cirkels (Gersons, 2006): elk individu heeft een structuur van concentrische cirkels om zich heen waar hij een beroep op kan doen. Dat begint bij zichzelf, daarna naaste familie, goede vrienden en collega's, daarna kennissen en tenslotte professionele hulpverleners. Iedereen zou eerst in de binnenste cirkels om hulp moeten vragen, dus letterlijk in zijn eigen kring.
7. Evaluatie van de activiteiten en herevaluatie van de behoeften

Dit 7-stappenplan kan door professionals worden toegepast op elke zorgorganisatie waar het team psychosociale ondersteuning nodig heeft. Het gaat strictu sensu om nagaan wat er aan de

hand is, wat er nodig is bij het individu en het team en hoe dit vormgegeven kan worden in interventies waarna er na enige tijd geëvalueerd kan worden.

5.8.3 Pillar: anonieme chatfunctie voor zorgverleners (UGent)

Zorgverleners in de frontlinie tegen corona werken op dit moment onder grote stress en mét risico voor eigen besmetting om onze gezondheid te kunnen waarborgen. Wetenschappers van de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent vroegen zich af hoe zij onmiddellijke psychologische ondersteuning kunnen bieden aan de zorgverleners die te kampen hebben met druk en angst ten gevolge van de Covid-19 crisis.

Deze bezorgdheid resulteerde in Pillar.chat, een laagdrempelig en anoniem online platform waar zorgverleners de klok rond met hun eigen zorgen kunnen aankloppen. (Ugent, 2020)

Het platform doet twee zaken:

- Het geeft informatie en tips voor de frequente klachten (in filmpjes en blogposts).
- Het biedt een live chat voor instant ondersteuning.

De chat wordt vrijwillig bemand door psychologen en studenten klinische psychologie van de UGent. Zij worden uitvoerig gebriefd vooraleer zij aan de slag gaan en er is een handleiding en protocol uitgewerkt voor alle chat operators. Pillar.chat is ook te vinden op sociale media als Facebook en Instagram.

Pillar.chat steunt op een wetenschappelijk bewezen aanpak, met name de cognitieve gedragstherapie. Het programma om efficiënt om te gaan met stress werd uitgewerkt door de University of Texas (Austin) en bewerkt door prof. Ernst Koster, psychologenpraktijk De Burcht en prof. Barbara De Clercq. Het initiatief wordt mee ondersteund door Prof. Wouter Duyck, voorzitter van de opleiding psychologie aan de UGent. Het Amerikaanse technologiebedrijf Intercom verschaftte gratis toegang tot hun premium diensten om het platform te kunnen bouwen. Dit initiatief sluit aan bij het bestaande aanbod van vele ziekenhuizen en initiatieven zoals de eerder beschreven ZorgSamen.

5.8.4 Zuurstof voor de Zorg: de Zuurstoflijn en de Zuurstoftank

Tijdens de coronacrisis is in Gent een mooi lokaal initiatief voor de zorg- en hulpverleners ontwikkeld. Dit was te lezen in een artikel in het Stadsmagazine Gent (februari 2021).

De Zuurstoflijn en de Zuurstoftank zijn initiatieven van het netwerk van organisaties die werken rond geestelijke gezondheidszorg in de Gentse regio. (PAKT, 2020) De stad zette mee zijn schouders onder het project. Beide initiatieven zijn bedoeld voor al wie op één of andere manier actief is in de zorg- en hulpsector. Niet alleen zorgkundigen zelf, maar bijvoorbeeld ook onthaalmedewerkers kunnen er een beroep op doen, net als jeugd- en welzijnswerkers.

De Zuurstoflijn is een eerste adempauze voor individuen, terwijl de Zuurstoftank bedoeld is voor organisaties die even willen bijtanken.

Regelmatig blijkt dat mensen die de Zuurstoflijn hebben gebeld of aan een Zuurstoftank hebben deelgenomen nood hebben aan verdere ondersteuning. Voor hen is er de Zuurstoffles: een kort zorgtraject van enkele individuele sessies in het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg.

5.8.5 Rode kruis

Op de website van het Rode Kruis kunnen hulpverleners terecht voor tips in verband met psychologisch welzijn zowel voor zichzelf als voor collega's. Ze stellen voor een zelfzorgplan bij te houden om gezond te blijven omgaan met deze situatie. Ze hameren er op om te vertrouwen op je beroepskennis en af en toe humor te gebruiken om te ontspannen.

Ze publiceren tevens affiches met zeer duidelijke en praktische tips om je mentaal gezond te houden tijdens de coronacrisis. Deze kunnen afgedrukt worden om te gebruiken in zorginstellingen.

5.9 In hoeverre maken zorgverleners gebruik van de initiatieven van de werkgever, overheid en andere instanties en wat kan er verbeterd worden?

In de voorgaande alinea's zijn de huidige problemen op het vlak van geestelijke gezondheid bij het zorgpersoneel geschetst en werd er bekeken waaruit eventueel de oplossingen zouden kunnen bestaan. Gelukkig is de noodzaak inmiddels duidelijk en zijn er een aantal mooie plannen en initiatieven vanuit diverse partijen van de grond gekomen in België. Het hulpaanbod is inmiddels meer dan voldoende, dus daar lijkt het probleem niet te liggen. Het zou aan de vraagkant kunnen liggen. Er wordt misschien te veel uitgegaan van het eigen initiatief tot hulp vragen van de zorgverlener. Als hij of zij geen actieve hulpvraag heeft, dan kan het vele aanbod deze persoon niet bereiken, hoe hard hij of zij de hulp ook nodig heeft.

De volgende vraag is dan ook gerechtvaardigd. In hoeverre maken de zorgverleners die zich dagelijks inzetten en hulp nodig hebben ook echt gebruik van het beschikbare aanbod? Dit blijkt tegen te vallen, althans volgens Williams (2020). In de praktijk lijken veel artsen en medisch specialisten weinig hulp voor geestelijke problemen te zoeken omdat ze een onkreukbaar imago willen houden. Er is een stigma op het tonen van emoties in de medische wereld. Artsen willen zich groot en sterk houden, en vrezen voor hun carrière als ze zwaktes of tekenen van geestelijke instabiliteit tonen. Deze werkcultuur van niet zeuren maar doorgaan ondanks de problemen straalt ook af op verpleegkundigen en ander medisch personeel. Onder medisch personeel kwamen al veel geestelijke gezondheids crises voor, zoals stress, burnout en zelfs suicide maar de covid-19 pandemie bracht dit nog duidelijker naar voren. Williams pleit ervoor dat medisch personeel niet om hulp zou moeten vragen maar dat het zelfs 'verplicht' zou moeten zijn, omdat het duidelijk is dat ze onder hoge psychische druk staan, en zeker nu tijdens de pandemie. Een verplichting tot hulp zou het stigma erop kunnen verminderen. Medisch personeel in de frontlinie zijn helden en ze verdienen dus geestelijke hulp om ze zo door deze crisis te helpen.

Een soortgelijk beeld komt naar voor uit een review artikel van zes studies naar geestelijke gezondheidsproblemen bij zorgpersoneel en uitgevoerde interventies. (Muller et al, 2020) Het meeste zorgpersoneel zegt genoeg te hebben aan sociale steun en contact en heeft weinig interesse in professionele hulp. Opvallend was dat interventies gericht op geestelijke gezondheidsproblemen vooral plaatsvonden op individueel symptomatisch niveau en dat niet werd gekeken naar de invloed van de zorgorganisatie als geheel. De auteurs wijzen erop dat het structureel aanpakken van tekortkomingen in de organisatie wellicht meer resultaat zou hebben op de totale geestelijke gezondheid van het zorgpersoneel.

Kortom, er is meer nodig dan alleen het vrijblijvend aanbieden van geestelijke hulp aan zorgpersoneel. Het zou eigenlijk geïntegreerd moeten worden in het systeem, als noodzakelijk en onmisbaar onderdeel. De beschikbare psychosociale hulp zou dan ook actief moeten worden aangeboden door de werkgever, binnen de sociale diensten van de teams. Het vrijblijvende zou ervan af moeten, zodat de hulp degenen bereikt die het echt nodig hebben.

Uiteraard is het niet normaal dat de stress en psychosociale problematiek onder zorgpersoneel zo ernstig is gedurende langere tijd. Al geruime tijd voor de pandemie was de situatie niet rooskleurig. Psychosociale hulp aan zorgverleners is goed maar het zou niet zoveel nodig moeten zijn. Er is dan ook een dieperliggend probleem, wat niet zo snel opgelost kan worden. Het werk in de zorg blijft immers nog steeds (te) zwaar en veeleisend. Op termijn zou er een meer structurelere oplossing moeten komen door het werk aantrekkelijker te maken: een veel betere betaling en betere werkomstandigheden. De zorg zou weer menselijk moeten worden. Het werk zou de waardering moeten krijgen die het verdient. Niet alleen tijdens de pandemie, maar ook daarna.

6 Gebruikte methodologie

Aan de hand van een literatuurstudie werd de vraagstelling onderzocht. Artikels en websites werden zowel via google als via pubmed opgezocht.

Nadien werden er telefonische interviews uitgevoerd met de diensten, verantwoordelijk voor het psychosociaal welzijn in de vier verschillende Gentse ziekenhuizen. Zo werd een overzicht bekomen van de initiatieven in deze ziekenhuizen en de aangeboden hulp.

Aan de hand van een anonieme enquête werd, bij het zorgpersoneel van de Gentse spoedgevallen gepeild naar het psychosociaal welzijn tijdens de coronapandemie. Enquêtes werden verdeeld onder het personeel via de hoofdverpleegkundigen van de diensten. De enquête werd online opgesteld door gebruik te maken van Microsoft Forms. Patiënten konden anoniem en vrijwillig deelnemen aan de vragenlijst. Er werden geen gegevens gekoppeld aan de mailadressen. De studie werd eerste goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent, welk optrad als leidinggevend ethisch comité. Zowel in AZ Sint- Lucas als in het Jan Palfijn ziekenhuis was dit voldoende om de enquête te mogen rondsturen. In Maria Middelaars moest het ook voor hun ethisch comité goedgekeurd worden. Hiervoor diende een amendement te worden aangevraagd via het UZ Gent. Uiteindelijk werd ook dit goedgekeurd en kon het Maria Middelaars ziekenhuis ook geïnccludeerd worden als vierde Gentse ziekenhuis.

De gegevens werden nadien verwerkt door Excel zodat de resultaten grafisch konden worden weergegeven.

7 Dataverzameling

De telefonische interviews werden uitgevoerd in januari 2021 met verantwoordelijken van de diensten, verantwoordelijk voor de psychosociale hulp voor het personeel, in de verschillende ziekenhuizen.

De enquête werd rondgestuurd eind februari 2021 en resultaten werden verwerkt tot en met 30 april 2021.

In totaal werden 105 antwoorden geregistreerd. Twee deelnemers gaven aan jonger dan 18 jaar te zijn. Aangezien dit een exclusiecriteria was voor de studie (deelnemers moesten meerderjarig zijn) werden deze resultaten uit de studie geschrapt. De andere resultaten werden nadien via Excel verwerkt tot bruikbare gegevens. De vragenlijst is terug te vinden als bijlage.

8 Analyse

8.1 Interviews

Door middel van telefonische interviews werd in de verschillende ziekenhuizen gepeild naar de aangeboden hulp. De interviews werden afgenomen met de verantwoordelijke van de dienst welzijn of de dienst verantwoordelijk voor de psychosociale hulp in het desbetreffende ziekenhuis.

In het UZ Gent had ik contact met mevrouw Evie Maesen, dienstverantwoordelijke van de cel welzijn. Deze dienst staat in voor de psychosociale ondersteuning van alle personeelsleden en dit in alle discretie. De bestaande ondersteuning en hulp werd vanwege de coronacrisis opgedreven en geoptimaliseerd. Zo was er continu (ook in het weekend) een wachtdienst van de cel welzijn, waarmee personeelsleden die het moeilijk hadden contact konden nemen. Parallel werden er via intranet oefeningen rond zelfzorg ontwikkeld, die vrij toegankelijk waren voor alle personeelsleden. De dienst nam eveneens actief contact op met alle hoofdverpleegkundigen van alle afdelingen in het UZ Gent, en niet enkel van de Covidafdelingen. Er werden specifieke sessies georganiseerd over angst, piekeren en stress, maar ook reload sessies om de batterijen weer op te laden. Deze sessies werden zowel online als in “real life” georganiseerd. Deze sessies waren vrijwillig en werden op maat gemaakt van de betrokken dienst. Op spoedgevallen werd door de hoofdverpleegkundige aangegeven dat er geen extra ondersteuning nodig was voor het personeel.

Voor Jan Palfijn had ik een kort overleg met Lies De Clerck van de HR dienst. Tijdens de eerste golf ontwikkelde deze dienst zelf een zorgbarometer waarbij er gepeild werd naar het sociaal welzijn van de personeelsleden in de frontlinie. Wekelijks kregen zij 5 vragen voorgeschied over hun stresslevel, de angst om besmet te geraken, de graad van vermoeidheid, hun draagkracht en andere algemene bezorgdheden. Hiervan werden rapporten gemaakt, zowel op dienstniveau als op ziekenhuisbreed niveau. De opmerkingen en bezorgdheden die hier naar voor kwamen, werden meegedeeld aan het ziekenhuis en de verschillende diensten om hieruit conclusies te trekken en oplossingen te zoeken. Op die manier werden tijdens de eerste golf groeps gesprekken op de verschillende diensten opgestart. Bovendien werd iedereen persoonlijk opgebeld voor een klein intakegesprek en een peiling naar hun welbevinden. Er werd contact opgenomen met elke hoofdverpleegkundige zodat er debriefings werden georganiseerd met aanwezigheid van iemand van de psychosociale dienst. Uit deze ervaringen en bevragingen van de eerste golf, werden lessen getrokken voor de tweede golf. Zo wilden de deelnemers meer zicht op wat er gebeurde met de resultaten van de bevragingen en hadden ze graag een rustruimte gehad om kort te ontspannen tijdens of na het werk en ze wilden dat de permanentie (zowel fysiek als de wachtdienst in het weekend) van de psychosociale hulp uitgebreid werd. In de tweede golf was het niet meer mogelijk om iedereen persoonlijk op te bellen maar werd besloten om zich te concentreren op het contact met de hoofdverpleegkundigen, die dan konden aangeven wie van het personeel eventueel hulp of een gesprek zou kunnen gebruiken. Er werd ook gewerkt met het concept “shot of happiness”, kleine acties om het persoonlijk geluk en welbevinden te verbeteren. Zo werden er af en toe snoepjes verdeeld, werden er kleine concerten gegeven in de gang van het ziekenhuis, werd er soep uitgedeeld,... Ook uit dit

gesprek kwam naar voor dat in het Jan Palfijn ziekenhuis de spoedgevallen geen duidelijke hulpvraag had voor psychosociale ondersteuning. Wel vroegen ze meer erkenning en dankbaarheid.

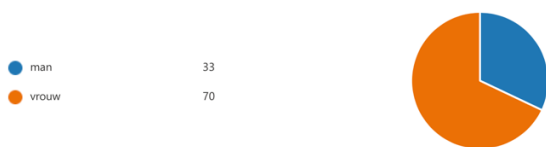
In het Maria Middelaars ziekenhuis kon ik telefoneren met Annette Neyrinck, ombudsvrouw en zorgmanager patiëntenbeleving. Hier werd gewerkt met het “We care 4you team” waarbij de covidpandemie gezien werd als een schokkende gebeurtenis. Het team bestaat uit mensen van het HR team, psychologen, hoofdverpleegkundigen, de dienst welzijn en artsen. Tijdens de eerste golf werd er vooral afgetast wat de noden en bezorgdheden waren op de covidafdelingen. Dit werd verder opgevolgd door de psychologen, verbonden aan het ziekenhuis. Het bestaan van de hulp en het team werd kenbaar gemaakt via de nieuwsbrief en er werd ook actief naar de afdelingen gegaan. Via de hoofdverpleegkundige werd gekeken wie er hulp nodig had en werden er intervisie sessies georganiseerd in aansluiting met de shiften. Bij mensen die echt hulp nodig hadden, werd er af en toe een spontaan bezoek op de afdeling ingepland of werd er telefonisch contact opgenomen. Tijdens de debriefings van de eerste golf, werd er geëvalueerd welke emoties er leefden bij het personeel. Aldus werden actiepunten verzameld om toe te passen in de tweede golf. Er werd dan meer gefocust op het team en waar je als team fier op kan en mag zijn. Er volgden debriefings, voornamelijk bij teams die zelf vragende partij waren. Er wordt tijdens de tweede golf nog meer proactief contact opgenomen met de hoofdverpleegkundigen en de dienstverantwoordelijken om snel de noden en bezorgdheden te onderscheppen. Er werd meer aandacht besteed aan de appreciatie van het werk in de frontlinie. Voor spoedgevallen werd er maar twee keer actief om hulp gevraagd.

In Sint-Lucas werd er vanuit de dienst welzijn een “zorg voor jou team” ontwikkeld in samenwerking met de psychologen van de PAAZ, die toch minder werk hadden gezien de forse daling van opnames tijdens de eerste golf van de coronapandemie. Tweemaal per week gebeurde er een rondvraag op de verschillende covidafdelingen om te kijken hoe iedereen zich voelde. Er werd een “zorg voor jou” telefoon opgericht zodat er rechtstreeks contact kon opgenomen worden met een psycholoog. Op intranet verschenen tips voor zelfzorg en workouts. Er werden debriefings en vormingen georganiseerd en alle personeel van de coronafdelingen werd proactief opgebeld. Ook in dit ziekenhuis was het opvallend dat er op spoedgevallen geen duidelijke hulpvragen waren.

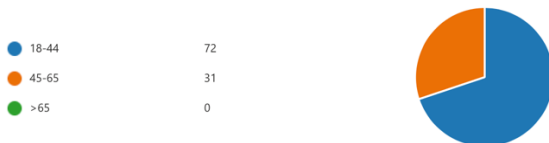
8.2 Enquête

8.2.1 Demografie

Na de exclusie van de minderjarige deelnemers aan de enquête bleven er 103 meerderjarigen over die telkens aangaven vrijwillig aan de enquête deel te nemen. Er waren 33 mannelijke deelnemers en 70 vrouwelijke deelnemers. Van hen waren er 72 tussen 18 en 44 jaar oud, 31 tussen 45 en 65 jaar oud. Er waren geen deelnemers ouder dan 65 jaar die de enquête invulden, hoogstwaarschijnlijk omdat dit de pensioenleeftijd benadert. De leeftijdscategorieën werden op aanraden van het ethisch comité zo ruim genomen om er zeker van te zijn dat de anonimiteit van de deelnemers verzekerd was. Dit is ook de reden waarom we niet gevraagd hebben op welke spoedgevallendienst de deelnemer werkzaam was. Hierdoor kunnen we wel geen onderscheid maken tussen de verschillende spoeddiensten.



Grafiek 2: Geslachtsverdeling deelnemers



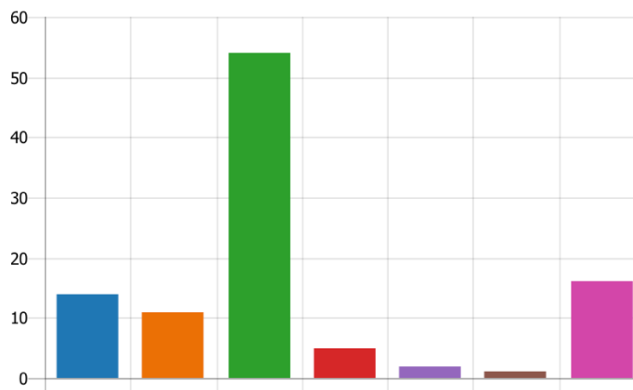
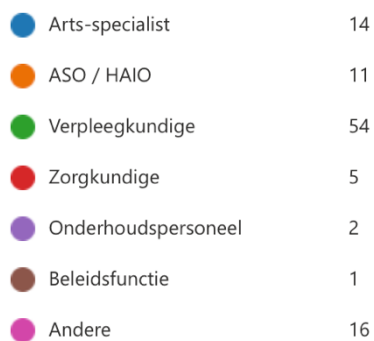
Grafiek 3: Leeftijdsverdeling deelnemers

We zien een goede spreiding wat betreft het aantal jaren dat personen actief zijn in de zorg, 53 van hen zijn minder dan 10 jaar actief in de zorg. Zeven deelnemers waren al langer dan 30 jaar actief in de zorgsector.



Grafiek 4: Aantal jaren actief in de zorg

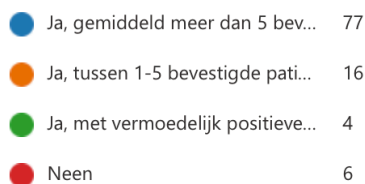
Onderstaande grafiek geeft een overzicht van de beroepsgroepen van alle deelnemers. In de categorie andere vinden we onder andere spoedadministratie, ambulanciers en logistieke medewerkers terug.



Grafiek 5: Beroepsgroep deelnemers

8.2.2 Coronapandemie

In de eerste golf werkten er 92 van de 103 deelnemers op de spoedgevallen tegenover 97 van hen in de tweede golf. Het is belangrijk om er op te wijzen dat iedereen ofwel in de eerste ofwel in de tweede golf werkzaam was op een Gentse spoedgevallendienst. Zevenenzeventig personen gaven aan met meer dan 5 bevestigde coronapatiënten per week in aanraking te komen, 6 personen kwamen nooit met patiënten in contact, vermoedelijk door hun jobinhoud.



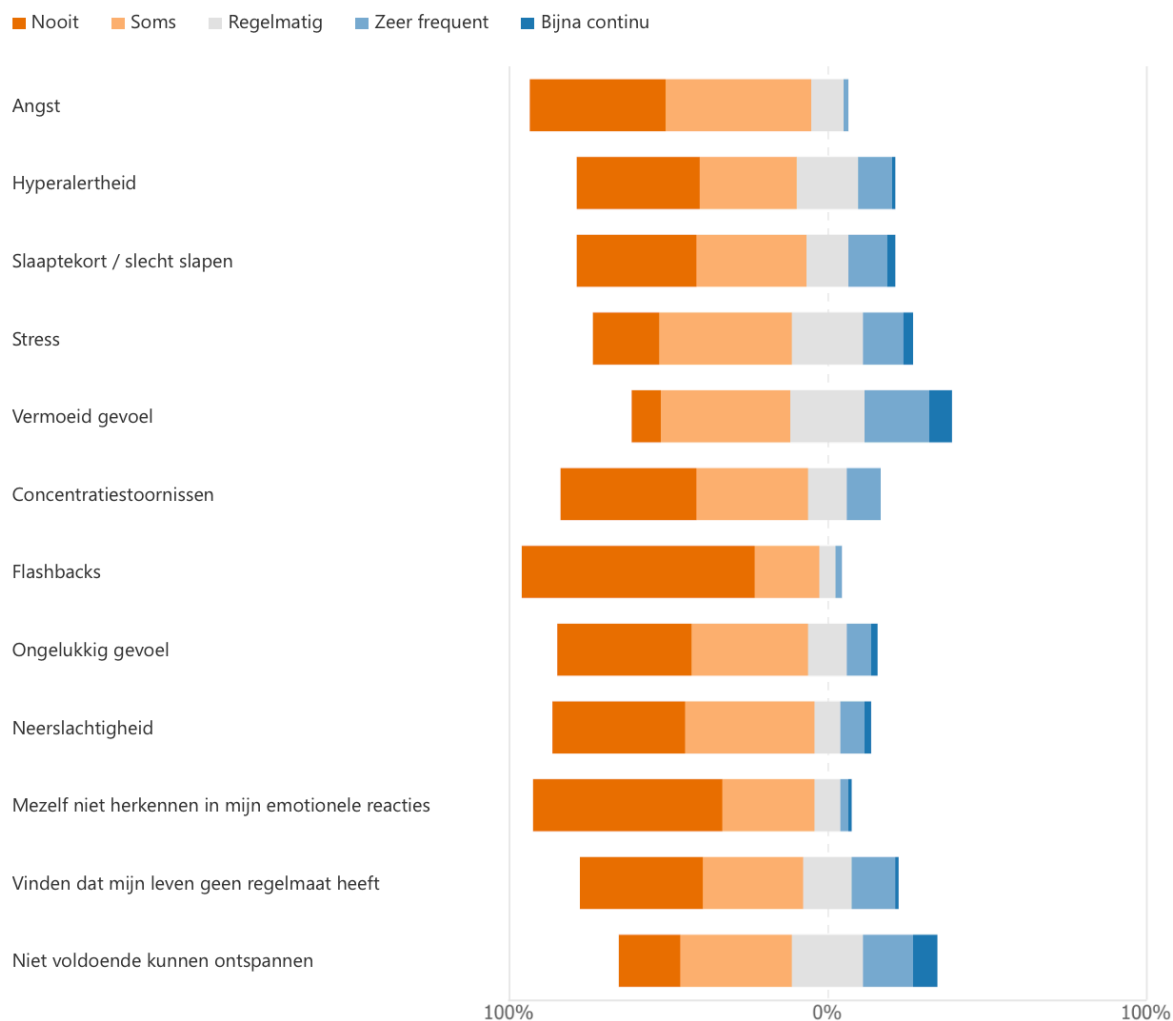
Grafiek 6: Contact met coronapatiënten

Er werden 27 deelnemers (26%) zelf besmet met het coronavirus. Uiteraard is er niet geweten of deze besmettingen op het werk of in de privésfeer plaats vonden. Bij het ter perse gaan van deze thesis waren er in de provincie Oost-Vlaanderen 108146 positieve gevallen geregistreerd, wat ongeveer overeen komt met 7 % van de bevolking. Dit cijfer ligt vele malen lager dan het besmettingscijfer van het personeel op de spoedgevallen. Er moet wel opgemerkt worden dat er voor het aantal inwoners van Oost-Vlaanderen ook minderjarigen meegeteld werden. Hierdoor zal dit lage besmettingscijfer een onderschatting zijn en zal het werkelijke cijfer besmettingen bij de volwassen inwoners van Oost-Vlaanderen hoger liggen. Desondanks valt op dat het besmettingscijfer bij het personeel veel hoger zal zijn dan in de algemene populatie. Dit komt, zoals hierboven reeds besproken, ook naar voor in verschillende internationale studies. Het personeel werd dus blootgesteld aan een infectierisico. Nochtans moeten we ook rekening houden met de besmettingen in de privésfeer. Zo blijkt dat er van de 6 personeelsleden die niet in contact kwamen met coronapatiënten, toch 2 (33%) besmet geraakten. Uiteraard is dit cijfer veel te klein om conclusies te kunnen trekken.

8.2.3 Psychosociale problematiek

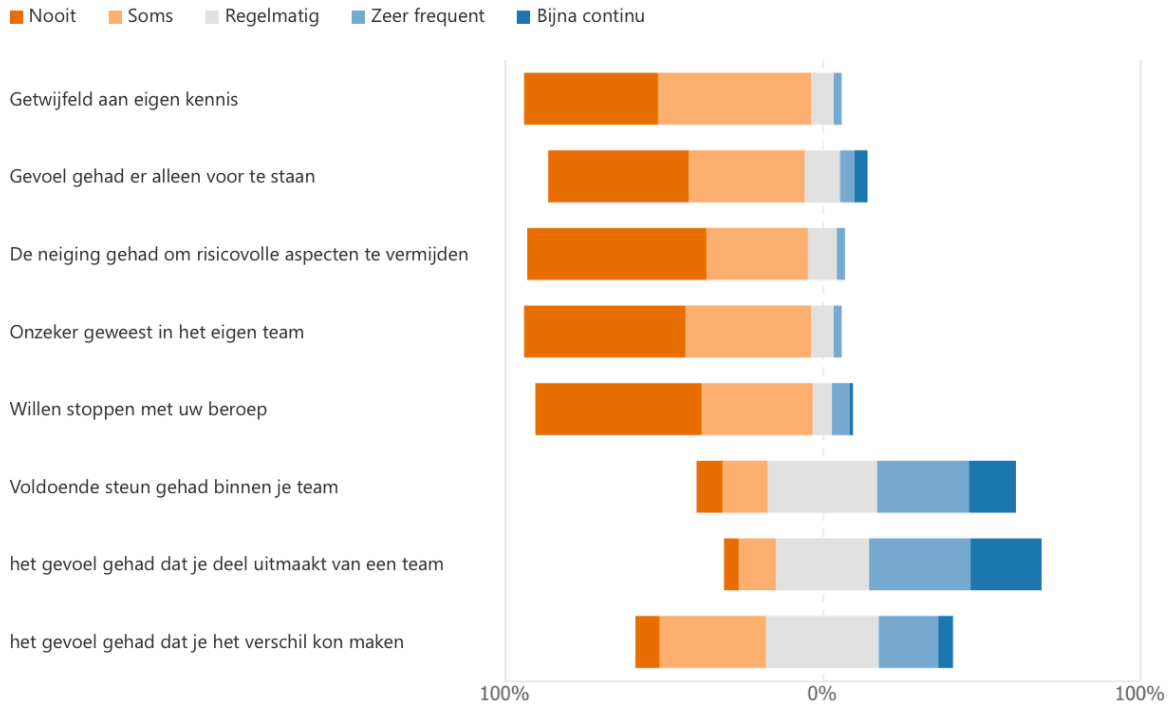
Vooreerst werd er gepeild naar de voorgeschiedenis op gebied van psychologische of psychiatrische problemen bij de hulpverleners. 89 (86%) gaven aan nog nooit behandeld te zijn geweest met psychologische problemen. Acht procent gaf aan al psychologische ondersteuning gehad te hebben vroeger, 5% van hen ging reeds langs bij een psychiater. Eén persoon had vroeger reeds gebruik gemaakt van een andere hulpverlener of organisatie in verband met psychosociale problemen. We zien ongeveer dezelfde percentages voor wat betreft het gebruik van psychofarmaca. Dertien procent van de ondervraagden heeft vroeger reeds medicatie gebruikt voor psychosociale problemen. Zeven procent was ooit al afwezig op het werk omwille van deze problematiek.

Tijdens de coronacrisis voelden 9,7% van de ondervraagden zich regelmatig angstig, bijna 2% voelde zich zeer frequent angstig. Niemand gaf echter aan zich bijna continu angstig te voelen. Hyperalertheid werd regelmatig ervaren door 19,4% van de ondervraagden, 10,7% voelde zich zelf zeer frequent hyperalert en 1% had dit gevoel bijna continu. Van alle deelnemers gaven er bijna 28 % aan regelmatig of zeer frequent slaaptekort te hebben of slecht te slapen tijdens de crisis. Voor stress en een vermoeid gevoel lagen de cijfers zelf nog iets hoger. 22,3 % van de deelnemers gaf aan regelmatig stress te hebben, 12,6% had zeer frequent stress en 2,9% bijna continu. Vermoeidheid kwam in meer dan 50% van de deelnemers regelmatig of zeer frequent voor. 7,8% van de ondervraagden voelde zich zeer frequent ongelukkig en zelfs neerslachtig. Bij 1,9% was dit gevoel zelf bijna continu aanwezig. Acht procent van de zorgverleners hadden bijna continu het gevoel dat ze niet voldoende kunnen ontspannen. Onderstaande grafiek geeft deze cijfers grafisch weer.



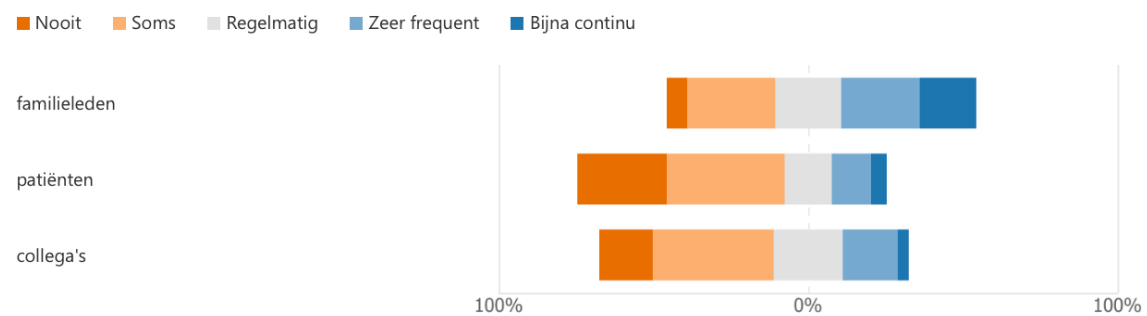
Grafiek 7: Gevoelens tijdens de coronacrisis

De volgende grafiek bekijkt de eventuele impact op het professioneel functioneren die hulpverleners mogelijks konden ondervinden tijdens de crisis. Opvallend is dat 5% zeer frequent het gevoel had er alleen voor te staan en dat dit bij 4% bijna continu was. 35% van de ondervraagden hadden soms het gevoel dat ze wilden stoppen met werken. Bij 12 % was dat regelmatig of zeer frequent, bij 1 % zelf continu. Zoals vroeger reeds besproken hebben deze cijfers vermoedelijk ook te maken met de reeds langer bestaande onderbestaffing en slechte werkomstandigheden in de zorg. Wat ook opvalt is dat 7,8 % van het zorgpersoneel zegt nooit voldoende steun te hebben gehad van hun team, 5% had nooit het gevoel om deel uit te maken van een team en bijna 8% had nooit het gevoel een verschil te kunnen betekenen.



Grafiek 8: Impact op het professioneel functioneren tijdens de crisis

Er bleek onder de hulpverleners ook heel wat angst aanwezig te zijn om de ziekte zelf over te dragen naar familieleden, patiënten en collega's. Deze angst kan bijdragen tot ontwikkelen van stress, zoals in de literatuurstudie wordt beschreven. In onderstaande grafiek zien we dat de angst om de ziekte over te dragen naar familieleden het grootst is. Dit is begrijpelijk aangezien zij mee het risico moeten dragen van besmet te geraken, zonder dat dit jobspecifiek is of zij daarvoor gekozen hebben. Van de ondervraagden hadden respectievelijk 21,4%, 25,2% en 18,4% regelmatig, zeer frequent en bijna continu angst om de ziekte over te dragen naar familieleden.



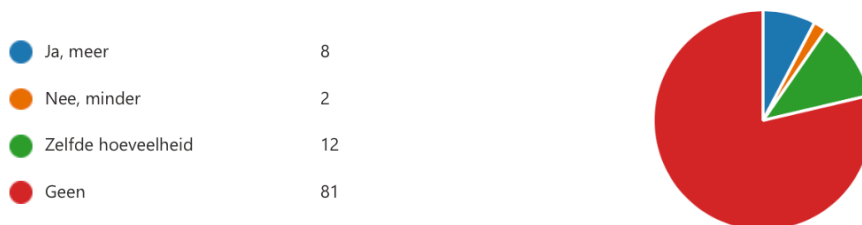
Grafiek 9: Angst om de ziekte door te geven

Bij het gebruik van medicijnen en alcohol zien we dat er ook een toename is onder het zorgpersoneel tijdens de coronacrisis. Van de ondervraagden gaven er 14 aan meer pijnstillers te gebruiken dan voor de crisis. Daar tegenover zeiden er 5 minder pijnstilling te gebruiken. Voor slaapmedicatie was dit 8 tegenover 2 hulpverleners. Twee deelnemers gaven aan meer kalmeringsmiddelen te gebruiken, er waren er echter ook 2 die aangaven minder

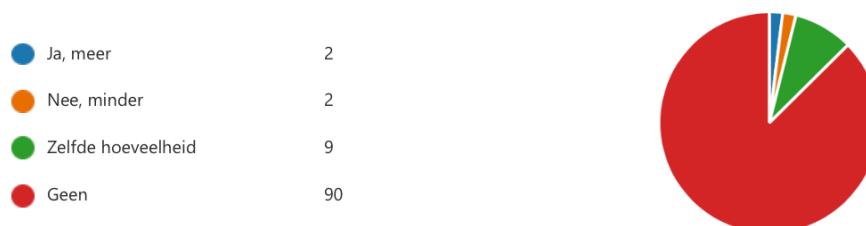
kalmeringsmiddelen te gebruiken. Voor het gebruik van alcohol ligt de situatie uiteraard iets moeilijker. In de enquête bleek 24% van de hulpverleners meer alcohol te gebruiken tijdens de coronacrisis, 20% zou minder alcoholische dranken genuttigd hebben. Uiteraard speelt de lockdown hier ook een rol. Bepaalde mensen zijn sowieso minder of meer gaan drinken door deze nieuwe situatie, onafhankelijk van hun job. Hieruit kunnen dus moeilijk conclusies getrokken worden.



Grafiek 10: Gebruik pijnmedicatie zorgpersoneel tijdens coronacrisis



Grafiek 11: Gebruik slaapmedicatie zorgpersoneel tijdens coronacrisis

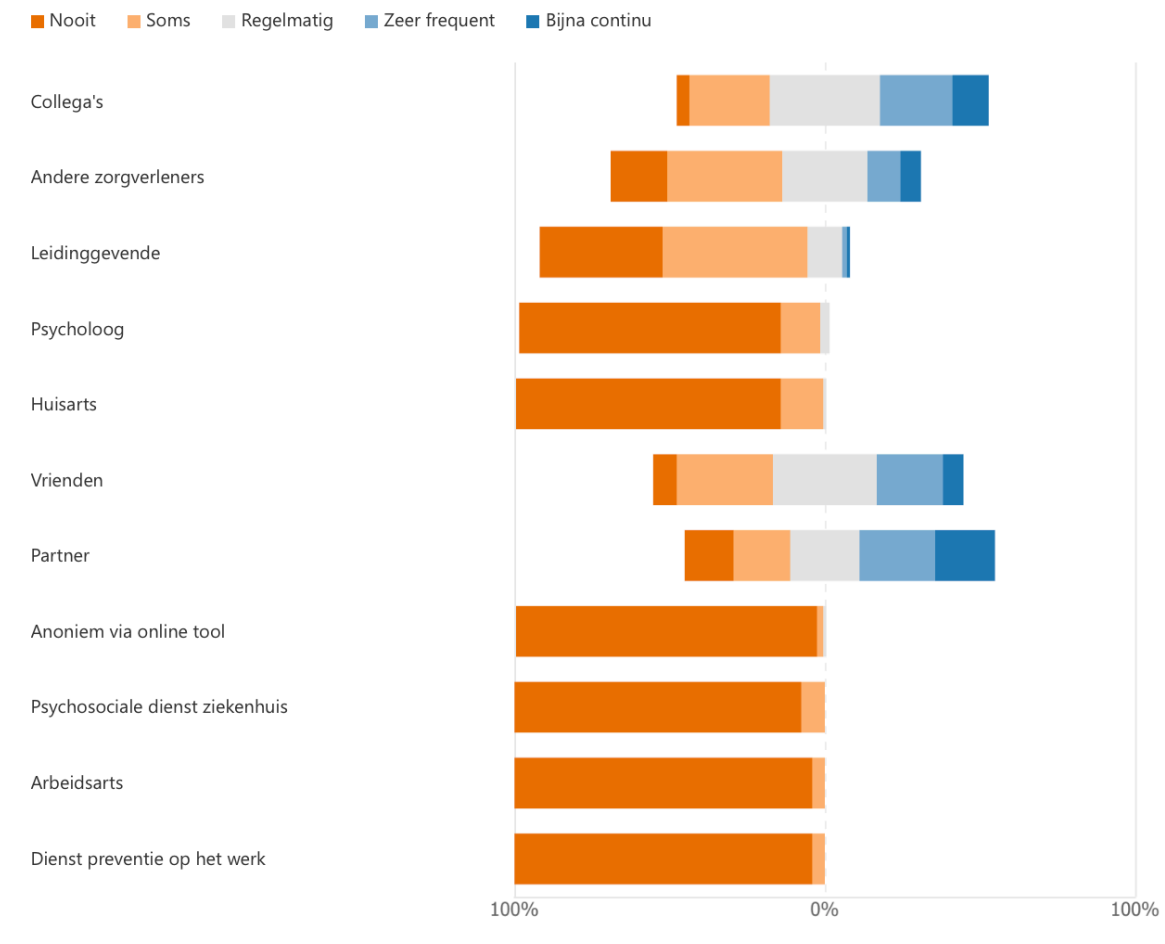


Grafiek 12: Gebruik kalmeringsmiddelen zorgpersoneel tijdens de coronacrisis



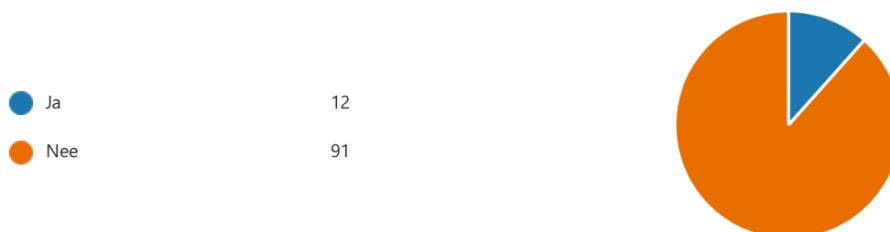
Grafiek 13: Gebruik alcohol zorgpersoneel tijdens de coronacrisis

Er werd ook gepeild bij wie de zorgverleners van de Gentse spoedgevallen terecht konden voor een gesprek. Hier valt op dat velen spraken over hun gevoelens bij collega's, andere zorgverleners, vrienden en hun partner. Langs de andere kant zien we dat de meer professionele vormen nauwelijks gebruikt werden. Zo gingen er nauwelijks mensen langs bij de huisarts, psycholoog, psychosociale dienst van het ziekenhuis, ...



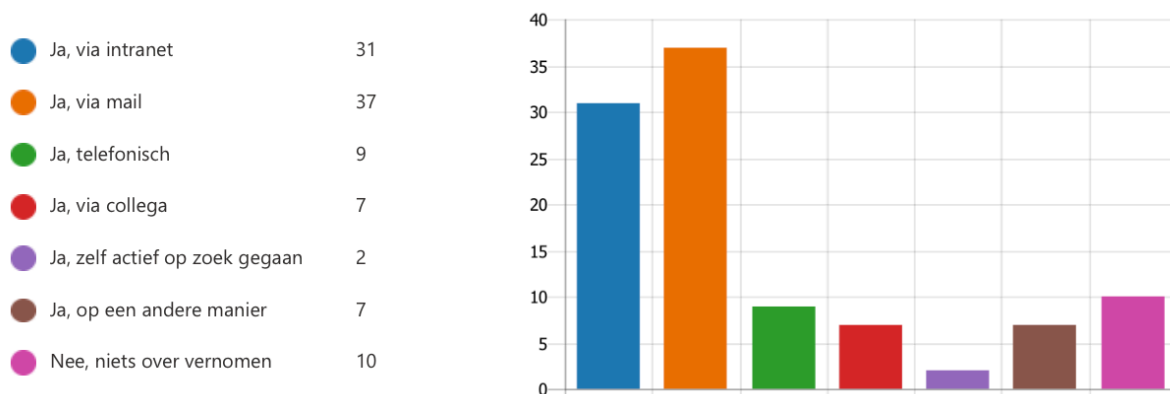
Grafiek 14: Met wie konden hulpverleners praten over hun gevoelens tijdens de crisis

Eén van de belangrijkste vragen van dit onderzoek is of het personeel op de spoedgevallen eigenlijk psychologische ondersteuning nodig had zoals we voornamelijk in de media regelmatig konden horen. Van de 103 deelnemers gaven er 12 (12%) aan psychologische hulp nodig te hebben tijdens de coronacrisis, 91 (88%) gaven echter aan geen ondersteuning nodig te hebben. Belangrijk ook om te vermelden dat 10 van de 12 mensen die ondersteuning nodig hadden, dit vroeger ook al nodig hadden. Bovendien zien we dat voornamelijk mensen met minder ervaring in de zorg meer nood hebben aan hulp. Van de 12 mensen die hulp nodig hadden, waren er 4 tussen 0-10 jaar actief in de zorg en 5 tussen 10 en 20 jaar.



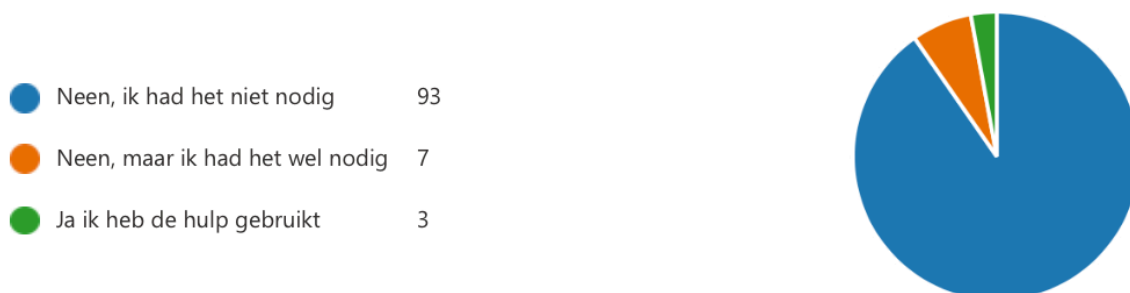
Grafiek 15: Noodzaak aan psychologische ondersteuning tijdens de crisis

Personeelsleden werden in de ziekenhuizen op verschillende manieren gebriefd over de hulp die werd aangeboden. In onze vragenlijst komt naar voor dat vooral intranet en e-mails een belangrijk hulpmiddel waren om het zorgpersoneel te bereiken.



Grafiek 16: Hoe vernam het personeel info over psychologische hulp op het werk

We zien dat 93 van de 103 deelnemers aangeven geen hulp nodig te hebben via het werk. 7 personen gaven aan dat ze de hulp eigenlijk wel nodig hadden maar deze toch niet gebruikten. Slechts 3 personen uit ons onderzoek hebben gebruik gemaakt van de aangeboden hulp via de werkgever.



Grafiek 17: Noodzaak tot psychologische hulp via het werk.

De redenen waarom de personen de hulp op het werk niet gebruikten zijn in onderstaande grafiek weergegeven.



Grafiek 18: Redenen om de hulp via het werk niet te gebruiken

Tot slot werd er nog gepeild of sommige initiatieven gekend waren. Zo is er 1 iemand die tijdens de recente coronacrisis hulp zocht via teleonthaal, 5 anderen hebben dit vroeger reeds gedaan. Twaalf van de 103 ondervraagden hadden nog nooit van teleonthaal gehoord. Van het recentere

overheidsinitiatief de zorgsamen website hadden 79 mensen nog nooit gehoord, bij 17 mensen deed de naam wel een belletje rinkelen en slechts 7 van de 103 hulpverleners hadden van dit initiatief gehoord. Lokale initiatieven zijn nog veel minder gekend. Zo hebben 86% van de ondervraagden nog nooit gehoord over “zuurstof voor de zorg” van de stad Gent en hebben 94% nog nooit iets vernomen over “Pillar” van de Ugent.

9 Conclusies

De coronapandemie heeft sinds begin 2020 een enorme impact op ons dagelijks leven. Heel onze manier van leven en denken werd grondig door elkaar gehaald. De wereld, zoals we die kenden voor de coronacrisis, zal voorgoed veranderen en onze maatschappij zal evolueren naar een nieuw normaal. We zullen het vanaf nu hebben over het postcorona tijdperk. Het is duidelijk dat dit een belangrijke historische mijlpaal zal worden.

Deze pandemie is niet te vergelijken met een eenmalig incident of kortdurende stressperiode maar zorgt voor langdurige druk. Het is dan ook normaal dat mensen tijdens deze crisis onder langdurige druk komen te staan. En dan hebben we het niet alleen over de mensen werkzaam in de zorg maar over iedereen in de maatschappij. Een simpel voorbeeld is de toename van de psychologische problematiek in alle lagen van de bevolking.

In deze thesis wilde ik specifiek nagaan hoe het gesteld was met de psychologische impact op het personeel van de spoedgevallen van de 4 Gentse ziekenhuizen. Ik wilde kijken of ze effectief hulp nodig hadden en of ze de aangereikte hulp gebruikten. Ik koos voor deze subgroep van zorgpersoneel omdat ik er zelf deel van uitmaak en zelf de indruk had dat het personeel op spoedgevallen eigenlijk weinig psychologische problemen ondervond tijdens de crisis. Dit in tegenstelling tot alle berichten in de media waaruit moet blijken dat een groot deel van het zorgpersoneel het begeeft onder de druk.

Om de impact op het personeel te meten werd een anonieme enquête rondgestuurd naar alle personeelsleden van de Gentse spoedgevallendiensten. In vergelijking met de laatste Power To Care-enquête (vervanger van de Zorgbarometer) zien we duidelijk dat bij onze subgroep van zorgpersoneel er duidelijk minder klachten aanwezig zijn. Zo zien we bijvoorbeeld dat 11,7% van de ondervraagde hulpverleners op spoedgevallen zich regelmatig of zeer frequent angstig voelden tijdens de hele crisis. Hier staat tegenover dat 19,5% van de ondervraagden in de laatste zorgbarometer zich de laatste week angstig voelden. Volgens de zorgbarometer zou 8,8% van de ondervraagden zich in normale omstandigheden angstig voelen, wat niet veel minder is dan de frequentie die wij vonden tijdens de hele crisis bij het personeel op spoedgevallen. Ook voor hyperalert zijn kunnen we dezelfde conclusie trekken. In normale omstandigheden geven, volgens de laatste zorgbarometer, 25,3% van de mensen aan hyperalert te zijn. Dit was in de verschillende zorgbarometers 63%, 52,3%, 44,7%, 43% en 38,1% voor respectievelijk april, mei, juni, oktober en december. Bij onze enquête zien we dat 31,1% van de ondervraagden zich regelmatig hyperalert voelden tijdens de hele periode van de crisis. Een cijfer dat weer lager ligt dan bij de zorgbarometer. Ook voor andere parameters zoals niet voldoende kunnen ontspannen, neerslachtig zijn,... komen we tot dezelfde conclusie: De cijfers in onze subpopulatie lijken minder dramatisch dan de cijfers die we vinden in de zorgbarometer.

We kunnen dezelfde vergelijking maken bij vragen over de professionele impact van de coronacrisis. In de laatste zorgbarometer zien we dat 18,2% van de ondervraagden aangeeft te twijfelen aan zijn eigen kennis en vaardigheden. (12,8% in normale omstandigheden) In mijn enquête zien we dat slechts 10% twijfelt aan eigen kennis. 13% van het spoedpersoneel dacht regelmatig aan stoppen met werken, terwijl dat in de zorgbarometer 20% was. Net zoals bij de

psychologische effecten zien we dat bij de professionele impact de subpopulatie op spoedgevallen minder last lijkt te hebben van de crisis.

We lijken dus te maken te hebben met een subpopulatie van hulpverleners die minder last lijken te hebben van psychosociale gevolgen van de crisis, in vergelijking met de algemene populatie zorgverleners. Redenen voor dit verschil zouden mijns inziens kunnen zijn dat spoedpersoneel ook in normale omstandigheden gewoon is om om te gaan met bepaalde risico's en bepaalde stressfactoren. Zo is er op spoedgevallen, veel meer dan op andere diensten, altijd een risico van besmetting, zijn er altijd stressvolle gebeurtenissen, is het op sommige momenten alle hens aan dek als de spoedgevallen overstromen met patiënten,... Hierdoor werken er op spoedgevallen sowieso al mensen met een iets ander profiel dan de modale hulpverlener.

Dit wil uiteraard niet zeggen dat de hulpverleners op spoedgevallen geen psychosociale stress hebben ervaren tijdens de coronacrisis. Uit de enquête komt naar voor dat ze effectief psychosociale stress ervaarden, dat er een impact was op hun professioneel leven, dat ze meer pijnmedicatie namen, ...

Opvallend is wel dat slechts 12% aangaf dat ze psychologische hulp nodig hadden en dat er slechts 10 van de 103 ondervraagden vonden dat ze hulp nodig hadden via het werk. Het is wel jammer om te zien dat van die 10 personen slechts 3 personen hulp via het werk gebruikten. De andere 7 personen hebben de aangereikte hulp niet gebruikt om verschillende redenen (schaamte, te grote drempel, geen tijd, gevoel van falen) Dit komt ook naar voor uit verschillende studies. Artsen, verpleegkundigen en ander zorgpersoneel zijn meestal zelf niet de beste patiënten. Ze zullen niet snel zelf hulp vragen maar blijven doorgaan tot ze helemaal "op" zijn. Helaas zien we dat de ziekenhuizen zelf enorm veel moeite deden om al het personeel te bereiken en dat dan toch 70% van de mensen die hulp hadden gewild, de hulp niet hebben gebruikt. Hier liggen misschien nog mogelijkheden voor verbetering naar de toekomst toe. Het personeel moet nog op een meer actieve manier benaderd worden om hulp te bieden. Ook preventief werken met actieve of verplichte debriefings in kleine teams, verplichte groepsessies,... zou een oplossing kunnen bieden. De zelfredzaamheid en de veerkracht verbeteren aan de hand van groepsgesprekken is een belangrijke factor om de draagkracht van zorgverleners te verhogen. Ook bij gesprekken met de psychosociale diensten van de ziekenhuizen merk ik dat voornamelijk de spoedgevallen weinig ingaan op de aangeboden hulp. Het is, volgens mij, aangewezen om op een nog actievere manier deze hulp aan te bieden. We weten dat hulpverleners voornamelijk steun zoeken thuis bij hun partner, bij vrienden en directe collega's. Hun teamleader zou eigenlijk een eerste aanspreekpunt moeten zijn, maar we zien dat het personeel hun leidinggevenden meestal niet lastig vallen met hun gevoelens en hun vragen. Zo mislopen verschillende personeelsleden de aangeboden hulp door de werkgever.

Ook andere organisaties hebben verschillende initiatieven lopen om hulp te bieden aan zorgverleners. In de enquête komt naar voor dat goedbedoelde initiatieven toch nauwelijks gekend zijn bij de hulpverleners, waardoor deze niet of nauwelijks zullen gebruikt worden. Uiteraard is dit een jammere zaak aangezien deze initiatieven vermoedelijk veel energie vergen en een grote bijdrage zouden kunnen leveren.

Helaas kunnen we in deze thesis geen onderscheid maken tussen de verschillende spoedgevallen (het aantal deelnemers zou ook te klein zijn om conclusies te kunnen trekken). Maar bij de gesprekken bij de diensten verantwoordelijk voor de psychosociale hulp in de ziekenhuizen, viel mij op dat dit in het Jan Palfijn ziekenhuis zeer goed uitgebouwd was. De manier waarop zij van in het begin het personeel heel nauw betrokken bij de hulpvragen, hen ook op de hoogte hielden van de resultaten en rekening hielden met de steun en hulp die het personeel vroeg, was opmerkelijk. We kunnen hier geen concrete cijfers aan koppelen, maar ik zou verwachten dat de cijfers van psychosociale belasting daar eventueel nog lager kunnen liggen dan op de andere spoedgevallendiensten.

We kunnen niet ontkennen dat er door de coronacrisis een enorme impact is op het welzijn van het zorgpersoneel. Ook het personeel op de spoedgevallen ervaart psychosociale problemen, zij het in mindere mate dan de algemene populatie zorgverleners. De aangeboden hulp via het ziekenhuis wordt niet ten volle benut. Er zou een actievere participatie dienen bekomen te worden. De overheidsinitiatieven zijn onvoldoende gekend bij het personeel op de spoedgevallen en worden aldus niet benut.

10 Beperkingen van het werk en suggesties voor verder onderzoek

Dit werk maakt conclusies op basis van een korte enquête bij een bepaalde subgroep van hulpverleners. Het is moeilijk om hieruit algemene conclusies te trekken voor de algemene populatie van hulpverleners. We kunnen niet stellen dat de hulp die aangeboden wordt door de ziekenhuizen door andere personeelsleden ook te weinig gebruikt wordt. We kunnen ook niet aannemen dat de overheidsinitiatieven in andere beroepsgroepen (thuisverpleegkundigen, verzorgenden in het rusthuis,...) ook nauwelijks gekend zijn. Hiervoor zouden een grotere groep hulpverleners dienen ondervraagd te worden.

Aangezien er gewerkt werd met een anonieme online enquête, heb ik geen zicht op wie de enquête heeft ingevuld. Ik kan dus ook niet volledig uitsluiten dat bepaalde personen de enquête meerdere malen hebben ingevuld en dat alle ingevulde enquêtes effectief ingevuld zijn door zorgpersoneel van de spoedgevallendiensten in de Gentse ziekenhuizen. Ik ga er uiteraard van uit dat dit wel zo is.

De enquête was anoniem zodat iedereen hopelijk eerlijk zijn gevoelens en problemen heeft kunnen delen. Ik heb natuurlijk geen zicht op het feit of mensen zich ook beter voordoen dan ze zich voelen. Dit kan ook het geval zijn bij het invullen van een anonieme enquête. Onbewust kan je toch beter antwoorden dan je je echt voelt om niet het gevoel te hebben dat je faalt, dat je niet voldoet,...

Er kon op basis van deze enquête geen onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende ziekenhuizen. Het ethisch comité wilde niet dat er gevraagd werd in welk ziekenhuis het personeelslid werkzaam was, dit om volledige anonimiteit te garanderen. Om dezelfde reden werden de leeftijdsgroepen zeer breed genomen, waardoor specifieke resultaten per leeftijd niet voorhanden zijn. Zo kunnen we uit dit onderzoek niet concluderen dat jongere, onervaren personeel meer last zou ondervinden, wat in de literatuur naar voor komt.

Verder onderzoek blijft noodzakelijk om te bekijken welke specifieke subgroepen meer of minder nood hebben aan hulp en hoe deze hulp best aangeboden kan worden.

11 Beleidsadvies

Bij het begin van de coronacrisis werden er door de FOD volksgezondheid en de Hoge Gezondheidsraad adviezen geformuleerd voor de psychosociale effecten van de coronacrisis op de bevolking en ook specifiek op de zorgverleners. Ik denk wel dat het belangrijk is dat er gekeken wordt wat er met deze adviezen gebeurt en of alle goedbedoelde hulp ook effectief tot bij de mensen geraakt. Ik denk dat er verder onderzoek moet gebeuren of de psychosociale hulp voor hulpverleners voldoende was en of er andere vormen nodig zijn. Enkel zo kan bij een volgende pandemie betere hulp voorzien worden voor de hulpverleners. Misschien moet er nagedacht worden over over een pandemie PSIP, waar onder andere verplichte hulpsessies zouden kunnen worden ingepland en waar de psychologische zorg meer gestructureerd kan worden aangeboden.

Uiteraard is het ook belangrijk om reeds lang bestaande frustraties (te hoge werkdruk, te weinig personeel, te weinig verloning) te bekijken zodat de draagkracht groter wordt om toekomstige crisissen makkelijker de baas te kunnen. Het applaus voor de zorg zou moeten verder gezet worden in concrete acties om de werkomstandigheden te verbeteren. Het applaus is op dit moment aan het wegebben.

Aangezien we weten dat het tekort aan beschermmateriaal gezorgd heeft voor angst en risico op besmetting, zal het in de toekomst zeer belangrijk zijn om deftige stocks van dit materiaal te voorzien. Zo zullen er minder zorgverleners besmet geraken en uitvallen, waardoor er meer personeel voor handen is. Bovendien zullen de zorgverleners minder stress hebben om hun familie te besmetten, waardoor hun stresslevel ingeperkt kan worden.

In de zorg zijn verschillende opleidingen verplicht, zo bijvoorbeeld reanimatiecursussen voor mensen die op spoedgevallen werken. Het kan ook een optie zijn om pandemietrainingen te voorzien, eventueel verplicht. Deze opleidingen zouden over praktische zaken, zoals correcte bescherming, kunnen gaan, maar eventueel ook meer over psychologische preventieve hulp handelen.

Evaluaties na het einde van deze coronacrisis zullen noodzakelijk zijn als debriefing. Hieruit kan veel geleerd worden voor toekomstige crisissen. Deze debriefings zouden via de ziekenhuizen of lokale besturen geregeld kunnen worden, maar kunnen eventueel ook meer landelijk of per gewest gecoördineerd worden.

12 Lijst met afkortingen

CGG	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
EMA	European Medicine Agency
FOD	Federale Overheidsdienst
HGR	Hoge Gezondheidsraad
MIP	Medisch Interventieplan
PRIMA	Plan voor Risico Manifestaties
PSIP	Psychosociaal Interventieplan
PSM	Psychosociaal manager
RET	Rational Emotive Behavior Therapy
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2
SIP	Sanitaire Interventieplan
VRT	Vlaamse Radio en Televisie
WHO	World Health Organisation

13 Lijst met figuren en tabellen

Figuur 1: Schematische voorstelling ABC model (Ellis, 1962)

Figuur 2: Grafische voorstelling verband stressniveau en prestatie. (Selye, 1976)

Figuur 3: Draagkracht- draaglast model (Bakker et al, 1998)

Figuur 4: Cortisol en Adrenaline route

Figuur 5: General Adapatation Syndrome (Selye 1976)

Figuur 6: Verschillende reacties op stress

Figuur 7: Mental Health Continuum Model (Keyes, 2002)

Grafiek 1: Psychische en lichamelijke klachten bij zorgpersoneel op verschillende momenten tijdens de Covidpandemie

Grafiek 2: Geslachtsverdeling deelnemers

Grafiek 3: Leeftijdsverdeling deelnemers

Grafiek 4: Aantal jaren actief in de zorg

Grafiek 5: Beroepsgroep deelnemers

Grafiek 6: Contact met coronapatiënten

Grafiek 7: Gevoelens tijdens de coronacrisis

Grafiek 8: Impact op het professioneel functioneren tijdens de crisis

Grafiek 9: Angst om de ziekte door te geven

Grafiek 10: Gebruik pijnmedicatie zorgpersoneel tijdens coronacrisis

Grafiek 11: Gebruik slaapmedicatie zorgpersoneel tijdens coronacrisis

Grafiek 12: Gebruik kalmeringsmiddelen zorgpersoneel tijdens de coronacrisis

Grafiek 13: Gebruik alcohol zorgpersoneel tijdens de coronacrisis

Grafiek 14: Met wie konden hulpverleners praten over hun gevoelens tijdens de crisis

Grafiek 15: Noodzaak aan psychologische ondersteuning tijdens de crisis

Grafiek 16: Hoe vernam het personeel info over psychologische hulp op het werk

Grafiek 17: Noodzaak tot psychologische hulp via het werk.

Grafiek 18: Redenen om de hulp via het werk niet te gebruiken

14 Referentielijst

14.1 Wetenschappelijke publicaties / Boeken

- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323(15), 1439–1440.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Batra, K., Singh, T. P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N. (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 9096.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>
- Bromet, E. J., & Havenaar, J. M. (2007). Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: a 20-year review. *Health physics*, 93(5), 516–521.
<https://doi.org/10.1097/01.HP.0000279635.14108>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cannon, Walter (1932) *Wisdom of the Body*. United States: W.W. Norton & Company
- Chan-Yeung M. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 421–427.
<https://doi.org/10.1179/oeh.2004.10.4.421>
- Dai Y, Hu G, Qiu H, Xiong H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv* 2020.
<https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>
- Ellis, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Secaucus: The Citadel.
- Firew, T., Sano, E. D., Lee, J. W., Flores, S., Lang, K., Salman, K., Greene, M. C., & Chang, B. P. (2020). Protecting the front line: a cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ open*, 10(10), e042752.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042752>
- Godderis, L., Boone, A., & Bakusic, J. (2020). COVID-19: A new work-related disease threatening healthcare workers. *Occupational Medicine*, 70(5). <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa056>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P., de Jong, J. T., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, *70*(4), 283–369. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)*, *395*(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Keyes C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, *43*(2), 207–222.

Lapolla, P., Mingoli, A., & Lee, R. (2020). Deaths from COVID-19 in healthcare workers in Italy-What can we learn?. *Infection control and hospital epidemiology*, 1–2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.241>

Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet. Psychiatry*, *7*(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)

Magill, E., Siegel, Z., & Pike, K. M. (2020). The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *71*(12), 1260–1269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000274>

Maunder R. (2004). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, *359*(1447), 1117–1125. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1483>

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *168*(10), 1245–1251.

Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C. M., Goldbloom, D. S., Gupta, M., Hunter, J. J., McGillis Hall, L., Nagle, L. M., Pain, C., Peczeniuk, S. S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S. B., Steinberg, R. J., Stewart, T. E., VanDeVelde-Coke, S., ... Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, *12*(12), 1924–1932. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>

- Mayou, R., & Farmer, A. (2002). ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7358), 265–268. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7358.265>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3), 240–260. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.240.20169>
- Ranney, M. L., Griffeth, V., & Jha, A. K. (2020). Critical Supply Shortages - The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *The New England journal of medicine*, 382(18), e41. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006141>
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next?. *Lancet (London, England)*, 395(10231), 1225–1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)
- Rieckert, A., Schuit, E., Bleijenberg, N., Ten Cate, D., de Lange, W., de Man-van Ginkel, J. M., Mathijssen, E., Smit, L. C., Stalpers, D., Schoonhoven, L., Veldhuizen, J. D., & Trappenburg, J. C. (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. *BMJ open*, 11(1), e043718. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043718>
- Rubonis, A. V., & Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychological bulletin*, 109(3), 384–399. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.3.384>
- Selye H. (1976) *The Stress of Life* (rev. edn.). New York: McGraw-Hill
- Stuijzand, S., Deforges, C., Sandoz, V., Sajin, C. T., Jaques, C., Elmers, J., & Horsch, A. (2020). Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC public health*, 20(1), 1230. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>
- Van den Berg, B., Grievink, L., Gutschmidt, K., Lang, T., Palmer, S., Ruijten, M., Stumpel, R., & Yzermans, J. (2008). The public health dimension of disasters--health outcome assessment of disasters. *Prehospital and disaster medicine*, 23(4), s55–s59. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00021257>
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European heart journal. Acute cardiovascular care*, 9(3), 241–247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>
- Williams, Bisson, Kemp (2014) Principles for Responding to People's Psychosocial and Mental Health Needs after Disasters. Report number: OP94: Royal College of Psychiatrists

Zech, Emmanuelle ; De Soir, Erik ; Ucros, Claudia. *Impact des incidents critiques au sein des services de police: Etudes longitudinales de l'impact traumatique et rôle de la verbalisation des émotions*. In: Daubechies, F. , *Policiers victimes du stress? Réflexions et retours d'expériences* , Politeia : Bruxelles 2008, p. 29-47

Zhonghua, Liu, Xing, Bing, Xue, Zazi. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention (2020). *41(2)*, 145–151. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>

14.2 Websites en artikels

Agentschap Zorg en Gezondheid (2020). *Corona-affiche*. Geraadpleegd op 10 januari 2021 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be>

American Psychological Association's Practice. (2013). *How stress affects your health*. <https://www.apa.org/>. <https://www.apa.org/topics/stress/health>

Bakker, I, Bakker, K, Dijke A, van & Terpstra, L. (1998) O&O in perspectief. Utrecht: NIZW (<http://www.nji.nl/publicaties/O&Oinperspectief.pdf>)

Belga. (2021, 12 januari). *2020 één van de dodelijkste jaren sinds de Spaanse griep in 1918*[Persbericht]. https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20210112_94133386

Centrum Crisispsychologie Defensie. (2020, 6 juli). *Webinar – Psychosociale interventies voor personeel in de zorgsector gedurende de COVID-19-crisis*. FOD Volksgezondheid. <https://www.health.belgium.be/nl/webina-cpc>

Coronacrisis in België. (z.d.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 28 januari 2021 via https://nl.wikipedia.org/wiki/Coronacrisis_in_België

Coronacrisis in België. (z.d.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 28 januari 2021 via https://nl.wikipedia.org/wiki/Coronacrisis_in_België_Statistieken

Coronacrisis in Nederland. (z.d.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 28 januari 2021 via https://nl.wikipedia.org/wiki/Coronacrisis_in_Nederland

Coronapandemie. (z.d.). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 28 januari 2021 via <https://nl.wikipedia.org/wiki/Coronapandemie>

De vijf disciplines. (z.d.). In *Crisiscentrum*. Geraadpleegd op 1 februari 2021 via <https://crisiscentrum.be/nl/inhoud/de-vijf-disciplines>

Demeulemeester, S. (2020, 25 maart). Psycholoog Ernst Koster is bezorgd om de hulpverleners: “Dwing hen niet te praten over een trauma”. *Site-Knack-NL*. https://www.knack.be/nieuws/belgie/psycholoog-ernst-koster-is-bezorgd-om-de-hulpverleners-dwing-hen-niet-te-praten-over-een-trauma/article-normal-1580371.html?cookie_check=1612449327

Dierckx, Cockx, Roelens, Fluit, Segers. (2021, 1 februari). *Corona in kaart*. De Tijd. <https://www.tijd.be/dossiers/coronavirus/corona-in-kaart-wereldwijd-recordaantal-besmettingen/10210378.html>

HGR (2020) *Psychosociale opvang tijdens de covid-19 pandemie*. Advies nr. 9589. Geraadpleegd op 15 december 2020 via <https://www.health.belgium.be/nl/psychosociale-opvang-tijdens-de-covid-19-pandemie>

ISS. (2020, februari). *Integrated surveillance of COVID-19 in Italy* (Nr. 640). https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica_27marzo%20ENG.pdf

Koster. (2020, 26 oktober). *Initiatieven omtrent mentale zorg tijdens COVID-19: Wat kan het klinisch veld betekenen?* [Presentatieslides]. osf.io. <https://www.ugent.be/psync/nl/wat/onlinepsy.htm/ekoster.pdf>

Meulenberg. (z.d.). *Vershil cortisol adrenaline*. <https://ruudmeulenberg.nl/>. Geraadpleegd op 12 januari 2021, van <http://www.ruudmeulenberg.nl/>

PAKT. (2020). *Zorg voor zorgverleners* | Het PAKT. www.pakt.be. <http://www.pakt.be/node/321>

Psychosociale hulpverlening. (2020, 8 april). FOD Volksgezondheid. Geraadpleegd op 15 december 2020 via <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/dringende-hulpverlening/psychosociale-hulpverlening>

Rhea Mahbubani. (2020, 14 februari). *The coronavirus has infected more than 1,700 healthcare workers in China, killing 6 of them*. Business Insider Nederland. <https://www.businessinsider.nl/coronavirus-infects-healthcare-workers-china-deaths-2020-2?international=true&r=US>

Rode Kruis. *Omgaan met stress en angst tijdens deze crisis: online cursus*. (2020, 27 maart). Rode Kruis. <https://www.rodekruis.be/nieuws-kalender/nieuws/e-learning-omgaan-met-stress-en-angst/>

Sciensano: *Coronavirus-rol*. (z.d.). Geraadpleegd op 12 januari 2021 via <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/coronavirus/rol>

Sciensano: *Covid-19-FAQ* (z.d.). Geraadpleegd op 12 januari 2021 via <https://covid-19.sciensano.be/>

Sciensano: *Covid-19-Meest_Recente_Update* (z.d.). Geraadpleegd op 12 januari 2021 via <https://covid-19.sciensano.be/>

Sciensano: *Covid-19_Weekly_report_NL*(z.d.). Geraadpleegd op 12 januari 2021 via <https://covid-19.sciensano.be/>

Stad Gent. (2021). *Zuurstof voor de zorg*. www.gent.be. <https://stad.gent/sites/default/files/media/documents/Stadsmagazine%20februari%202021.pdf>

Torfs, De Maeseneer. (2021, 10 januari). *België overschrijdt trieste kaap van 20000 doden door corona*. Vrt nieuws. <http://www.vrt.be/vrtnews>

Torfs, Truys. (2021, 30 januari). *AstraZeneca levert volgende week de eerste vaccins aan België, en wordt nummer 3 in de rij: wat mogen we verwachten?* vrtnews. <https://www.vrt.be/vrtnews/nl/2021/01/05/overzicht-vaccins-in-belgie/>

Ugent. (2020). *Hulp voor zorgverleners in de frontlinie tegen corona*. Universiteit Gent. <https://www.ugent.be/psync/nl/projecten/pillar.htm>

Vaccinatie | Coronavirus COVID-19. (z.d.). www.info-coronavirus.be/nl/vaccinatie. Geraadpleegd op 2 februari 2021, van <https://www.info-coronavirus.be/nl/vaccinatie/>

Van Genechten, V. (2020, 19 december). *1 jaar corona: bekijk op onze interactieve kaart hoe de wereld omging met “het nieuwe longvirus uit China”*. vrtnews. <https://www.vrt.be/vrtnews/nl/2020/12/14/1-jaar-corona-bekijk-op-onze-interactieve-kaart-hoe-verschillen/>

Van Mersbergen, S., Van Houwelingen. (2020, 14 april). *8000 zorgmedewerkers besmet met coronavirus: ‘Dit is onze frontlinie, bescherm hen’*. Het Parool. <https://www.parool.nl/nieuws/8000-zorgmedewerkers-besmet-met-coronavirus-dit-is-onze-frontlinie-bescherm-hen~be6aa26b/>

Vierde COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer/2020/14.440/79. Geraadpleegd op 25 januari 2021 via <https://doi.org/10.25608/zzj1-y760>

Williams. (2020, 19 augustus). *Heroes Need Help, Too*. usnews.com. <https://www.usnews.com/news/healthiest-communities/articles/2020-08-19/health-care-workers-are-heroes-and-they-need-help>

WHO. (11 maart 2020) . *WHO director general’s opening remarks at the media briefing on Covid-19*. Geraadpleegd op 15 december 2020 via <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

WHO. (z.d.), *Covid 19*. Geraadpleegd op 12 januari 2021 via <https://covid19.who.int>

Worldometer. (z.d.) *Coronavirus*. Geraadpleegd op 12 januari 2021 via <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Zorg voor jezelf. (2020, 14 december). De zorgsamen. <https://www.dezorgsamen.be/zorg-voor-jezelf/>

15 Bijlagen

15.1 Vragenlijst enquête

Bevraging psychosociale impact corona op personeel Gentse spoedgevallen

...

* Vereist

1. Bent u meerderjarig? *

- Ja, ik ben ouder dan 18 jaar
- Neen, ik ben jonger dan 18 jaar

2. Neemt u vrijwillig deel aan deze vragenlijst? *

- Ja, ik doe dit vrijwillig
- Neen

3. Wat is uw beroepsgroep? *

- Arts-specialist
- ASO / HAIO
- Verpleegkundige
- Zorgkundige
- Onderhoudspersoneel

Beleidsfunctie

4. Wat is uw geslacht *

man

vrouw

5. Wat is uw leeftijd? *

18-44

45-65

>65

6. Hoeveel jaar bent u al actief in de zorg? *

0-10

10-20

20-30

>30

7. Heeft u op spoedgevallen gewerkt tijdens de eerste golf? *

Ja

Nee

8. Heeft u op spoedgevallen gewerkt tijdens de tweede golf? *

- Ja
- Nee

9. Had u tijdens de voorbije maanden contact met coronapatiënten? *

- Ja, gemiddeld meer dan 5 bevestigde patiënten per week
- Ja, tussen 1-5 bevestigde patiënten per week
- Ja, met vermoedelijk positieve patiënten
- Neen

10. Bent u zelf besmet geweest met Covid-19? *

- Ja
- Nee

11. Bent u in het verleden zelf in behandeling geweest omwille van psychische problemen? *

- Nee
- Ja, bij een psycholoog
- Ja, bij een psychiater
- Ja, bij andere hulpverlener / organisatie

12. Hebt u ooit medicatie genomen wegens psychische problemen? *

Ja Nee

13. Bent u ooit afwezig geweest op het werk wegens psychische problemen? *

 Ja Nee

14. Hebt u tijdens de coronacrisis last gehad van 1 van volgende symptomen: *

	Nooit	Soms	Regelmatig	Zeer frequent	Bijna continu
Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperalertheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slaaptekort / slecht slapen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermoeid gevoel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentratiestoornissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flashbacks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ongelukkig gevoel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neerslachtigheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mezelf niet herkennen in mijn emotionele reacties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vinden dat mijn leven geen regelmaat heeft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niet voldoende kunnen ontspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Hebt u tijdens de coronacrisis: *

	Nooit	Soms	Regelmatig	Zeer frequent	Bijna continu
Getwijfeld aan eigen kennis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gevoel gehad er alleen voor te staan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De neiging gehad om risicovolle aspecten te vermijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onzeker geweest in het eigen team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Willen stoppen met uw beroep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voldoende steun gehad binnen je team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
het gevoel gehad dat je deel uitmaakt van een team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
het gevoel gehad dat je het verschil kon maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Hebt u tijdens de coronacrisis angst gehad om corona over te dragen naar: *

	Nooit	Soms	Regelmatig	Zeer frequent	Bijna continu
familieleden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patiënten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
collega's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Gebruikte u de voorbije maanden meer pijnmedicatie dan voor de coronacrisis? *

- Ja, meer
- Nee, minder
- Zelfde hoeveelheid
- Geen

18. Gebruikte u de voorbije maanden meer slaapmedicatie dan voor de coronacrisis? *

- Ja, meer
- Nee, minder
- Zelfde hoeveelheid
- Geen

19. Gebruikte u de voorbije maanden meer kalmeringsmiddelen dan voor de coronacrisis? *

- Ja, meer
- Nee, minder
- Zelfde hoeveelheid
- Geen

20. Dronk u de voorbije maanden meer alcohol dan voor de coronacrisis? *

- Ja, meer
- Nee, minder
- Zelfde hoeveelheid

Ik drink nooit alcohol

21. Met wie hebt u kunnen praten over uw gevoelens tijdens de coronacrisis *

	Nooit	Soms	Regelmatig	Zeer frequent	Bijna continu
Collega's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere zorgverleners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidinggevende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huisarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anoniem via online tool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosociale dienst ziekenhuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidsarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dienst preventie op het werk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Hebt u tijdens de crisis nood gehad aan psychologische ondersteuning *

Ja

Nee

Verzenden

Geef nooit uw wachtwoord. [Misbruik melden](#)

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Mogelijk gemaakt met Microsoft Forms | [Privacy en cookies](#) | [Gebruiksvoorwaarden](#)