



UPDATE ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9610

Psychosociale opvang tijdens de covid-19 pandemie Herziening

In this scientific advisory report, which is the update of advice nr. 9589, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on psychosocial care during the Covid-19 pandemic for health care providers and authorities.

Versie gevalideerd op het College van
03 februari 2021¹

SAMENVATTING

Deze tekst is een update van advies nr. 9589 betreffende psychische klachten die te verwachten zijn naar aanleiding van de coronacrisis. Deze update bevat verschillende onderdelen:

- een herziening van de internationale literatuur;
- de inventarisatie van de beschikbare nationale datastromen/onderzoeken inzake de impact op het welzijn van de bevolking, om rekening te kunnen houden met de specifieke Belgische context;
- een samenvatting van hoorzittingen van deskundigen en *stakeholders* in de werkgroep;
- een onderzoek bij zorgprofessionals en mantelzorgers/patiënten vertegenwoordigers.

Dit advies is niet af. Zolang de pandemie voortduurt, worden de literatuur en de beschikbare Belgische data met betrekking tot de mentale impact opgevolgd.

Tussen het eerste advies gepubliceerd in mei 2020 en deze herwerking werd de expertengroep uitgebreid om te komen tot een weerspiegeling van de geestelijke gezondheidszorg in België. Naast wetenschappers werden beroepsorganisaties, patiëntenvertegenwoordigers, en beleidsmedewerkers uitgenodigd.

Deze update van advies nr. 9589 onderstreept dat de kernboodschappen van het originele advies stand zelfs na de verwerking van de meest recente wetenschappelijke papers en een controle door de uitgebreide expertengroep.

Net zoals reeds gesteld in het eerste advies, dient bovenal de veerkracht en aanpassingsvermogen van de algemene bevolking zoveel mogelijk gevrijwaard te worden.

Als we deze pandemie vergelijken met eerdere crisissen, vormen de **chroniciteit van deze pandemie** en de te nemen maatregelen een bijkomende uitdaging. Deze pandemie is een marathon en geen sprint. Tijdens de chronisch durende pandemie zal de bevolking gevraagd

¹ De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

worden om hun gedrag (snel) aan te passen. Dit vraagt om bijkomende veerkracht en aanpassingsvermogen. Ook maken meerdere onderzoeken melding van de economische onzekerheid en de financiële impact, elementen die op hun beurt weer een negatieve impact hebben op de geestelijke gezondheid en veerkracht van de populatie (in het bijzonder bepaalde doelgroepen: zelfstandigen, organisaties/diensten getroffen door de lockdown,...). Sociale isolatie, en vooral de duur van deze isolatie, is nefast voor het mentale welzijn, in het bijzonder bij jongeren. De maatregelen om de sociale contacten te beperken zijn aldus van invloed op het welzijn van de volledige bevolking en vragen om creatieve oplossingen.

De reacties op de crisissituatie verschillen sterk van persoon tot persoon. Toch moge het duidelijk zijn dat in deze langdurende crisis de hele bevolking na verloop van tijd geconfronteerd wordt met stressreactie, meestal van voorbijgaande aard. Het is aangewezen om preventief in te zetten op de versterking van zelfredzaamheid en veerkracht om latere problemen te voorkomen en om de maatregelen voor de bestrijding van het virus beter te laten naleven. De kern hier is het in stand houden van het proces van aanpassing, meer nog dan het bereiken van een soort ideaal niveau van veerkracht.

Het gevoel van samenhang creëren en stimuleren is van cruciaal belang.

De HGR beveelt aan om het **belang van geestelijke gezondheid te herkennen** op alle niveau's van het management van een pandemie, om zowel de efficiëntie van de omgang met de pandemie/nasleep te verhogen als de schadelijke gevolgen van de chronische geestelijke belasting voor de bevolking tot een minimum te beperken. Deze erkenning kan zich bijvoorbeeld vertalen in het actief opnemen van professionals uit de geestelijke gezondheidszorg alle geleidingen die de aanpak van de pandemie aansturen.

Het belang van de geestelijke gezondheid vraagt ook een extra inspanning van de geestelijke gezondheidsbudgetten en het geestelijk gezondheidszorgsysteem. De inspanningen die nodig zijn op het vlak van de geestelijke gezondheid dient ook langer te lopen dan de eigenlijke duur van de pandemie aangezien de impact van onwelbevinden ten gevolge van de pandemie een langere nasleep kennen dan de eigenlijke infectie. Vroegtijdig ingrijpen op grote schaal garanderen een beperking van de nefaste impact op het psychologisch welzijn op lange termijn. Het is aangewezen om een **efficiënte trapsgewijze aanpak (stepped care)** te gebruiken, beginnend met de meest laagdrempelige hulp waarop mensen, indien nodig, een beroep kunnen doen (inclusief met online – standalone - interventies). De psychosociale ondersteuning moet daarbij, allereerst, vooral gericht zijn op het bevorderen van ontwikkeling van persoonlijke middelen en zelfredzaamheid, maar ook op de opsporing en doorverwijzing van mensen die behoefte hebben aan een behandeling (monitoring/detectie/triage/doorverwijzing). Het is belangrijk alarmsignalen zo snel mogelijk op te sporen en om deze adequaat aan te pakken. Kwaliteit en gebruiksvriendelijke hulpmiddelen voor de ondersteuning van de geestelijke gezondheid moeten worden ontwikkeld. Van een klein deel van de samenleving kan worden verwacht dat ze trauma's kunnen ontwikkelen en deze moeten worden behandeld door professionele hulpverleners.

Uitstelgedrag dient ten allen tijde vermeden te worden. Problematisch hierbij is dat de *care as usual* in de eerste golf in meerdere gevallen onderbroken werd, wat zowel voor in- als outpatients als hun naasten problematisch was. Deze onderbrekingen dienen in de toekomst absoluut vermeden te worden.

De **risicogroepen** geïdentificeerd in het eerste advies moeten actief en vrij lang gemonitord worden: gezondheidswerkers (met bijzondere aandacht voor zij die direct geconfronteerd worden met covid-patiënten), covid-patiënten/slachtoffers en hun familieleden, ouderen en jongeren (vooral in scharnierjaren), precare groepen (inclusief jongeren en mantelzorgers) en slachtoffers van discriminatie (met in het bijzonder personen met reeds bestaande fysieke en mentale aandoeningen en gevangenen).

Onderzoek maakt ook melding dat de zorgsector, en in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg, aandacht verdient. Allereerst omdat zowel zorgverleners als patiënten

behoren tot de risicopopulatie in deze pandemie maar ook omdat de zorg (inclusief de geestelijke gezondheidszorg), een sector die onder heel wat druk staat, bijzondere inspanningen heeft geleverd in deze pandemie. Erkenning van deze problematiek is aangewezen, tijdens en ook na de pandemie.

Het is ook nodig **te investeren in werk** als cruciale hefboom voor het behoud en bevorderen van de geestelijke gezondheid. Het optimaliseren van de bestaande bedrijfsgeneeskundige diensten kan daar deel van uitmaken.

Tenslotte moet een **doelmatige en afgestemde communicatiestrategie** ter bevordering van de geestelijke gezondheid ontwikkeld worden. Het tegengaan van de infodemie (de overvloed aan informatie komende uit diverse bronnen, vaak bestaande uit tegenstrijdige berichten en soms zelfs *fake news*) is ook cruciaal. Er is nog steeds nood aan correcte, samenhangende en transparante informatie die voor de diverse doelgroepen toegankelijk en aangepast is.

Sleutelwoorden en MeSH *descriptor terms*²

Mesh terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
<i>Disease Outbreak</i>	<i>Epidemic</i>	Epidemie	<i>Epidémie</i>	<i>Epidemie</i>
<i>Mental Health</i>	<i>Mental Health</i>	Geestelijke gezondheid	<i>Santé mentale</i>	<i>Psychische Gesundheit</i>
<i>Psychological trauma</i>	<i>Psychotraumatology</i>	Psychotraumatologie	<i>Psychotraumatologie</i>	<i>Psychotraumatologie</i>
	<i>Reintegration</i>	Werkhervatting	<i>Réintégration</i>	<i>Wiedereingliederung</i>
<i>Health Personnel</i>	<i>Health Care Providers</i>	Zorgverleners	<i>Prestataires de soins</i>	<i>Leistungserbringer im Gesundheitswesen</i>
	<i>Psychosocial intervention</i>	Psychosociale interventies	<i>Intervention psychosociale</i>	<i>Psychosoziale Intervention</i>
<i>Resilience, Psychological</i>	<i>Resilience</i>	Veerkracht	<i>Résilience</i>	<i>Belastbarkeit</i>

MeSH (Medical Subject Headings) is de thesaurus van de NLM (National Library of Medicine) met gecontroleerde trefwoorden die worden gebruikt voor het indexeren van artikelen voor PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

² De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

INHOUDSTAFEL

SAMENVATTING.....	1
I INLEIDING EN VRAAGSTELLING.....	5
II Methodologie.....	5
III UITWERKING EN ARGUMENTATIE.....	7
1 Update internationale literatuur.....	7
1.1 Verwachte impact van covid-19 op de geestelijke gezondheid.....	7
1.2 Nood aan <i>stepped care</i> principe : van veerkracht tot professionele zorg.....	10
1.3 Belang van communicatie.....	10
1.4 Rouw.....	11
1.5 Conclusie en aanbevelingen.....	12
2 Inventarisatie van de beschikbare nationale datastromen/onderzoeken.....	16
2.1 Repository van Belgische studies over geestelijke gezondheid in verband met Covid-19.....	16
2.2 Hoorzittingen binnen de groep van de HGR.....	17
3 Visie van gezondheidsprofessionals en patiënten – Delphi-studie.....	21
3.1 Inleiding.....	21
3.2 Eerste fase: Verzamelen van kwalitatieve gegevens.....	22
3.3 Tweede fase: kwantitatieve feedback op stellingen.....	27
3.4 Derde fase : feedback op het synthese rapport.....	30
3.5 Conclusies.....	31
IV Algemene aanbevelingen.....	33
1. Het belang van geestelijke gezondheid erkennen in de voorbereiding, het beheer en de gevolgen van een pandemie en de sector geestelijke gezondheidszorg op lange termijn steunen.....	33
2. Een doelmatige en afgestemde communicatiestrategie ter bevordering van de geestelijke gezondheid ontwikkelen.....	34
3. Investeren in werk als hefboom voor de geestelijke gezondheid en bestaande preventiestructuren ten volle benutten.....	35
V Referenties.....	35
VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....	38
VII Bijlagen.....	40
Bijlage 1 : Search terminology used in Cochrane and Pubmed (title and/or abstract).....	40
Bijlage 2 : Stelling en gemiddelde score per stelling (op een schaal van 7).....	42

I INLEIDING EN VRAAGSTELLING

In mei 2020 publiceerde de HGR een advies over de psychische impact van de Covid-19-pandemie, de waarschijnlijke verdere evolutie en de middelen om de impact op middellange en lange termijn aan te pakken. Dit advies gaf een overzicht van de literatuur over dit onderwerp en over collectieve noodsituaties. Het advies bevatte informatie voor de overheid over maatregelen om de psychosociale zorg te optimaliseren.

De aanbevelingen hadden betrekking op zowel de algemene bevolking als op de zorgverleners en andere ondersteuningsdiensten.

De HGR adviseerde toen om tijdens de pandemie rekening te houden met de psychosociale aspecten volgens het biopsychosociaal model. Dat is niet alleen belangrijk om de veerkracht zoveel mogelijk te behouden en de geestelijke gezondheidsproblemen binnen de algemene bevolking en kwetsbare groepen te beperken, maar is tevens essentieel om een betere opvolging van de richtlijnen door de algemene bevolking te bevorderen. Daarnaast was er de aanbeveling om het advies constant te blijven toetsen aan bijkomende literatuur en data die zouden beschikbaar worden.

Na de publicatie in mei 2020 zette de werkgroep haar werk dan ook verder.

Dit document is geen handleiding over hoe de overheid tijdens en na de coronacrisis moet handelen, maar een verdere verkenning van de bestaande literatuur en kennis over dit onderwerp.

II METHODOLOGIE

Na analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc* werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: psychologie, psychiatrie, arbeidsgeneeskunde, sociologie, volksgezondheid, virologie. Patiënten- en familieverenigingen werden ook geraadpleegd, evenals verschillende verenigingen voor geestelijke gezondheidszorg en het RIZIV. Daarnaast werden diverse experts uitgenodigd om hun onderzoeksresultaten, data en projecten te komen presenteren onder de vorm van hoorzittingen. Een overzicht hiervan volgt in deel 2 (2.2) van dit rapport. Tenslotte werden de verschillende overheden (federale, gewestelijke en gemeenschapsinstellingen) die bevoegd zijn voor de volksgezondheid regelmatig op de hoogte gebracht van de werkzaamheden. De experts van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc* verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

Het advies berust op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, zowel uit wetenschappelijke tijdschriften als uit rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn (*peer-reviewed*), alsook op het oordeel van de experts in de werkgroep.

Deze update bevat verschillende onderdelen:

- een herziening van de internationale literatuur;
- de inventarisatie van de beschikbare nationale datastromen/onderzoeken inzake de impact op het welzijn van de bevolking. Het is inderdaad belangrijk om, naast de gepubliceerde internationale studies, rekening te houden met de gegevens die in België beschikbaar zijn, omdat de gezondheidscontext, de zorgorganisatie en de preventie- en beschermingsmaatregelen van land tot land sterk verschillen;
- hoorzittingen van deskundigen en *stakeholders* in de werkgroep;
- de werkgroep heeft er, tot slot, ook voor gekozen om de zorgprofessionals en de mantelzorgers/patiëntenvertegenwoordigers te bevragen (1) hoe vanuit hun discipline

en sector de pandemie werd beleefd tot dusver en (2) welke good practices zich volgen hebben ontwikkeld.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

Enkele kanttekeningen over dit rapport:

- Deze aanbevelingen gelden voor alle volwassenen (inclusief ouderen). Voor elk van deze mogelijke getroffen groepen is een vertaalslag nodig vanuit de kerninzichten die achter deze aanbevelingen schuilgaan, wat niet het onderwerp is van dit advies. Het was niet de doelstelling van dit mandaat om aanbevelingen specifiek voor kinderen en jongeren op te maken. Waar mogelijk hebben we wel de wetenschappelijke literatuur en beschikbare datasets opgenomen.
- Op basis van deze aanbevelingen en systematisch onderzoek kan een evaluatie opgestart worden. Dit valt niet onder de bevoegdheid van de werkgroep, maar de auteurs zijn beschikbaar voor verder advies tijdens de evaluatiefase.
- De aanbevelingen gelden zowel voor de algemene bevolking als voor de psychosociale hulpverleners. Voor deze laatsten gelden enkele specifieke kenmerken tijdens deze pandemie. Deze groep omvat zowel zorg- als welzijnswerkers, inclusief rouwbegeleiders, begrafenisondernemers en mantelzorgers. We maken geen onderscheid tussen de verschillende (ondersteunende) diensten binnen deze groep omdat er geen indicatie is dat zij een verschillende impact ondervinden. Ook hier geldt de algemene regel: hoe meer mensen geconfronteerd worden met de impact en de gevolgen van de coronacrisis, hoe hoger het risico op acute stressreacties en langdurige gevolgen.
- Dit rapport gaat niet expliciet in op een aantal factoren die bepaalde groepen kwetsbaarder maken voor de effecten van de coronacrisis, zoals behuizing, financiële ruimte en de aanwezigheid van complexe gezinssituaties; hoewel bekend is dat deze factoren invloed hebben op de geestelijke gezondheid en het (kunnen) naleven van de maatregelen.
- Bij een collectieve noodsituatie is er vaak sprake van slachtoffers. Tijdens de coronapandemie is er een belangrijk onderscheid tussen:
 - directe of indirecte **slachtoffers** zijn mensen die door de ziekte Covid-19 werden besmet en hun naasten;
 - de **getroffenen** ondervinden gevolgen van de coronacrisis. Anders dan bij andere collectieve noodsituaties zijn hier alle Belgen getroffen door de strikte maatregelen die tijdens de lockdown-light werden opgelegd. De slachtoffers zijn uiteraard ook getroffen.

Dit advies is niet af. Zolang de pandemie voortduurt, worden de literatuur en de beschikbare Belgische data met betrekking tot de mentale impact opgevolgd.

III UITWERKING EN ARGUMENTATIE

1 Update internationale literatuur

De update van literatuur richt zich, in tegenstelling tot het eerste advies, minder op de te verwachten fasering van de pandemie maar op de belangrijke aandachtspunten tijdens de pandemie. In het eerste advies werd immers gekeken naar voorspellingen die gemaakt konden worden inzake de impact op de geestelijke gezondheid op basis van de beschikbare literatuur inzake traumatische gebeurtenissen (*single and mass events*). Destijds was er amper wetenschappelijke literatuur beschikbaar over covid-19 zelf. De nieuwe literatuur die verschijnt, richt zich momenteel hoofdzakelijk op ervaringen van de eerste golf van de covid-19 pandemie. De update van de literatuur zal hierdoor weergegeven worden in thematische onderwerpen die aan bod komen en van belang zijn inzake de impact op de geestelijke gezondheid.

De hier gebruikte referenties verwijzen naar *peer reviewed* gepubliceerde internationale studies. Punt 2 geeft een overzicht van de nog lopende studies in België om de vertaling mogelijk te maken naar de Belgische context.

De werkgroep organiseerde een systematische literatuurstudie (*systematic review*), waarbij op basis van pre-gedefinieerde inclusie en exclusiecriteria literatuur opgevolgd werd binnen wetenschappelijke databases. Voor deze studie werden de *Cochrane Library* en *PubMed* gebruikt. Om de validiteit van de bevindingen zo hoog mogelijk te houden, werd de voorkeur gegeven aan de selectie van *systematic reviews* en *reviews* met *peer review* vanaf mei 2020 tot november 2020 (data aansluitend op het eerste advies) die de psychologische impact onderzochten van covid-19. Anekdotische bewijzen (bv. *letters to the editor*) werden niet meegenomen in de wetenschappelijke onderbouwing, hoewel ze talrijk zijn. Een detail van de gebruikte zoektermen en het proces dat de werkgroep heeft gevolgd, wordt weergegeven in bijlage.

Dit rapport is geen meta-analyse en er werd ook geen volledige *level-of-evidence* bepaling gedaan van iedere aanbeveling.

Bovendien moet aandacht worden besteed aan het unieke karakter van de huidige pandemie en de werkgroep roept dus op om deze aanbevelingen te blijven toetsen aan de veranderende situatie. Veel gebruikte evidentie berust op inzichten uit de eerste golf van covid-19 en de concrete impact van de chroniciteit van de pandemie is momenteel nog onvoldoende duidelijk.

1.1 Verwachte impact van covid-19 op de geestelijke gezondheid

De huidige literatuur review bevestigt de verwachte impact op de geestelijke gezondheid, waarbij covid-19 zowel directe als indirecte gevolgen blijkt te hebben op het mentaal welzijn.

1.1.1 Algemene bevolking

In de algemene bevolking wordt gewag gemaakt van een **lager psychologisch welbevinden en een hoger aantal klachten gerelateerd aan stress, angst, depressieve gevoelens** (Vindegard & Benros, 2020 ; Rajkumar, 2020 ; Xiong et al., 2020 ; Salari et al., 2020 ; Luo et al., 2020 ; Krishnamoorthy et al., 2020 ; Lakhan et al., 2020 ; Talevi et al., 2020 ; Dubey et al., 2020 ; Hossain et al., 2020 ; Cooke et al., 2020 ; Silva et al., 2020 ; Carbrera et al., 2020 ; Mayland et al., 2020). Dit wordt deels in verband gebracht met een verstoord slaappatroon (insomnia), dat naast een verminderde immuniteit tevens de nodige impact heeft op het mentaal welbevinden/functioneren (Vindegard & Benros, 2020 ; Rajkumar, 2020 ; Pappa et al., 2020 ; Krishnamoorthy et al., 2020 ; Lakhan et al., 2020 ; Hossain et al., 2020 ; Silva et al., 2020). Bij het merendeel van de populatie zullen deze klachten zich na verloop van tijd normaliseren, echter bij een beperkt deel zullen ze zich ontwikkelen tot psychopathologische

klachten die professionele hulp vereisen, waarbij vooral posttraumatisch stress disorder (PTSD), depressie en angststoornissen naar voor komen (cf 1.1.2 voor risicogroepen).

Onderzoek toont aan dat de impact van de pandemie op de geestelijke gezondheid van de bevolking ook **merkbaar is in het gedrag**. Zo blijkt dat er een toename is bij een aantal mensen van problematisch gedrag zoals alcoholgebruik, agressie en geweld (zowel huishoudelijk, intergenerationeel als algemeen tussen mensen) die zich kunnen uiten in diverse vormen en domeinen (bv. psychologisch, fysiek, seksueel) (Guessoum et al., 2020 ; Mazza et al., 2020 ; Hossain et al., 2020 ; Ramalho, 2020 ; Que et al., 2020). Het ervaren van een lockdown, waarbij bovenal de duurtijd van de lockdown van belang is en niet de intensiteit, heeft hierbij een negatieve impact (Talevi et al., 2020 ; Guessoum et al., 2020). Een ander belangrijk signaal in de bevolking is de toename van zelfmoord (Ramalho, 2020 ; Que et al., 2020).

Daarnaast maken diverse onderzoeken duidelijk dat de pandemie ook indirecte gevolgen heeft op het mentale welzijn. Zo is er de economische impact en eventueel jobverlies, die zowel op korte als langere termijn een impact kunnen hebben op de geestelijke gezondheid, dit zowel omwille van het wegvallen van zingeving door het wegvallen van werk als financiële gevolgen (Fong & Larocci, 2020 ; Luo et al., 2020; Chevance et al., 2020).

1.1.2 *Bijzondere risicogroepen*

Verskillende risicofactoren bepalen het ontstaan en de ontwikkeling van psychische problemen:

- Predisponerende factoren: leeftijd, vrouwelijk geslacht, lage sociaal-economische status, lage sociale ondersteuning, laag gevoel van controle, vooraf bestaande psychische en/of fysieke problemen enz.
- Uitlokkende factoren: angst voor de pandemie, angst voor besmetting van zichzelf en anderen, quarantaine, langdurige onzekerheid, levensgevaar enz.
- In standhoudende factoren: duur van de lockdown (niet noodzakelijk de intensiteit), 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 enz.

Uit de literatuur blijkt dat de risicofactoren een cumulatieve en multiplicatieve impact hebben op het risico om psychische problemen te ontwikkelen (Hossain et al., 2020 ; Chevance et al., 2020 ; Carmassi et al., 2020). Met andere woorden, het risico op psychische problemen neemt toe met het aantal risicofactoren.

In het eerste advies werden de volgende groepen geïdentificeerd met een verhoogd risico op langdurige problemen:

- mensen met een grote angst voor covid-19;
- mensen die opgenomen zijn (geweest) op intensieve zorgen;
- mensen die zich bedreigd/ overspoeld voelen;
- mensen die onzeker zijn over hun job of inkomen;
- mensen met een reeds bestaande verhoogde kwetsbaarheid³ voor de impact van covid-19;
- ouders met jonge kinderen;
- vrouwen;

³ We verwijzen hier tevens naar de patiënten met reeds aanwezige (ernstige) psychiatrische aandoeningen. Hier kan er sprake zijn van een verergering van de bestaande problematiek, net als de ontwikkeling van nieuwe uitdagingen. Een daarop afgestemde monitoring, diagnostiek en opvolging dringt zich op.

- jongeren;
- alleenstaanden;
- mensen die geen of zeer weinig sociaal contact hebben;
- laaggeschoolden.

De literatuurgegevens bevestigen dat bepaalde groepen een hoger risico blijken te lopen op een negatieve impact op hun geestelijke gezondheid.

In de eerste plaats wordt daarbij gedacht aan de **COVID-19 patiënten**. Zij hebben een risico op een langdurige negatieve impact op hun fysieke en geestelijke gezondheid die niet te onderschatten valt (Rogers et al., 2020 ; Luo et al., 2020 ; Krishnamoorthy et al., 2020). Bij een heel beperkt aantal onder hen zal ook neurologische schade aanleiding geven tot blijvende psychopathologische stoornissen (Rogers et al., 2020). Het spreekt voor zich dat dit zich ook vertaalt in een negatieve impact bij hun naasten (Fong & Larocci, 2020 ; Kisely et al., 2020).

De **ouderen en jongeren** (vooral in scharnierjaren - overgang naar de middelbare school, universiteit, afstuderen), wiens geestelijke gezondheid vooral omwille van sociaal isolement onder druk komt te staan. Kinderen en jongeren ondervinden vooral hinder van de duurtijd van de lockdown-maatregelen waardoor hun sociale leven sterk gehinderd wordt (Loades et al., 2020 ; Fong & Larocci, 2020 ; Dubey et al., 2020 ; Ramalho, 2020; Marques de Miranda et al., 2020 ; Imran et al., 2020). Ze worden geconfronteerd met angst, depressieve gevoelens en rusteloosheid. Een element dat bijdraagt aan hun rusteloosheid is de toenemende mate van schermtijd (Imran et al., 2020) (cf 1.3 belang van communicatie). Daarnaast zijn ouderen kinderen gedurende de pandemie vaker slachtoffer van geweld (Guessoum e en t al., 2020 ; Mazza et al., 2020 ; Hossain et al., 2020 ; Ramalho, 2020 ; Que et al., 2020).

Het grootste aantal publicaties handelt effectief over de impact van COVID-19 op de geestelijke gezondheid van **gezondheidswerkers**, waarbij gesteld wordt dat de confrontatie met COVID-19 resulteert in schade die de normale psychologische en emotionele tolerantie overschrijdt en aldus leidt tot stress, angst en depressieve neigingen (Vindegaard & Benros, 2020 ; Pappa et al., 2020 ; Loades et al., 2020 ; Alazar de Pablo et al., 2020 ; da Silva & Neto, 2021 ; Serrano-Ripoll et al., 2020 ; Luo et al., 2020 ; Kisely et al., 2020 ; Krishnamoorthy et al., 2020 ; Galli et al., 2020 ; Cabarkapa et al., 2020 ; Spoorthy et al., 2020 ; Dubey et al., 2020 ; Preti et al., 2020 ; Chevance et al., 2020 ; Carmassi et al., 2020 ; Carbrera et al., 2020).

De hoogste kans op een negatieve impact bij gezondheidswerkers komt voor bij gezondheidswerkers die het meeste directe contact hebben met COVID-19 patiënten, bij minder ervaren gezondheidswerkers, bij vrouwen (mogelijks gelinkt aan het feit dat er meer vrouwelijke verpleegkundigen zijn), bij hen die een verzorgende rol opnemen thuis (kinderen of mantelzorg) en bij hen die zich niet ondersteund voelen of een gebrek aan sociaal netwerk ervaren (da Silva & Neto, 2021 ; Serrano-Ripoll et al., 2020 ; Kisely et al., 2020). De roep tot ondersteuning voor deze doelgroep is dan ook sterk.

Daarnaast wordt bijzondere aandacht besteed aan personen met reeds **bestaande mentale en/of fysieke beperkingen**, in het bijzonder patiënten met psychiatrische aandoeningen wiens symptomen in de pandemie toenemen onder de extra mentale druk die ze ervaren (angst, stress) (Vindegaard & Benros, 2020 ; Rajkumar, 2020 ; Xiong et al., 2020 ; Dubey et al., 2020 ; Hossain et al., 2020 ; Bojdani et al., 2020 ; Chevance et al., 2020 ; Cabrera et al., 2020). Deze laatste groep personen worden als kwetsbaar aanzien omdat ze in verband gebracht worden met een hoger risico op medische risicofactoren (comorbiditeit), gebrek aan goede fysieke en mentale hygiëne, dakloosheid en/of woonomstandigheden die meer vatbaar zijn voor virustransmissie (Bojdani et al., 2020 ; Ramalho, 2020). Bijzondere aandacht dient uit te gaan naar personen die geïnterneerd zijn (psychiatrische instelling of gevangenis) (Chevance et al., 2020).

Tijdens de eerste golf van covid19 had de lockdown nefaste effecten op de progressie van de reeds bestaande aandoeningen en verhoogde risico op bijkomende en/of secundaire problemen/ aandoeningen. De continuïteit van zorg voor psychiatrische personen heeft onder druk gestaan. Dit heeft een nefaste impact gehad op de patiënten en hun mantelzorgers (Guessoum et al., 2020 ; Bojdani et al., 2020 ; Chevance et al., 2020).

1.2 Nood aan *stepped care* principe: van veerkracht tot professionele zorg

Onderzoek toont aan dat het noodzakelijk is om te erkennen dat de impact van de pandemie op de geestelijke gezondheid verschilt van mens tot mens en doorheen de tijd. Echter, het is duidelijk dat in deze pandemie vrijwel iedereen een impact zal ondervinden (cf. 1.1 Algemene bevolking). Er is daarom bovenal nood aan een duidelijke visie op en de organisatie van een *stepped care* beleid met targetted interventies (Rajkumar, 2020 ; Pappa et al., 2020 ; Loades et al., 2020 ; Salari et al., 2020 ; Kisely et al., 2020 ; Cabarkapa et al., 2020 ; Spoorthy et al., 2020 ; Guessoum et al., 2020; Dubey et al., 2020 ; Preti et al., 2020 ; Mukhtar, 2020; Hossain et al., 2020 ; Carbrera et al., 2020; Etkind et al., 2020; Mayland et al., 2020; Harrop et al., 2020). Steeds kiezen voor de meest laagdrempelige en toegankelijke zorg dient het uitgangspunt te zijn, net als verder bouwen op structuren die reeds gekend en/of vertrouwd zijn.

Hierbij dient er allereerst ingezet te worden op de algemene versterking van de veerkracht en aanpassingstijlen van mensen, gezien deze de eerste buffer zijn in de preventie van psychopathologische klachten en het welzijn gedurende de pandemie in de algemene bevolking kunnen vrijwaren (Rajkumar, 2020 ; Preti et al., 2020 ; Hossain et al., 2020 ; Mayland et al., 2020). Daarnaast dienen vroegtijdige, preventieve en bovenal targetted interventies opgezet te worden (Pappa et al., 2020 ; Loades et al., 2020). Tot slot is een monitoring systeem nodig dat noden snel kan detecteren, opdat deze waar nodig adequaat kunnen doorverwezen worden naar professionele hulp (Spoorthy et al., 2020; Dubey et al., 2020; Preti et al., 2020; Etkind et al., 2020).

Het is noodzakelijk om een zo laagdrempelig mogelijk zorgaanbod te versterken, waarbij professionele hulp (o.a. financieel) toegankelijk wordt voor iedereen zonder het infectierisico te vergroten. Daarbij kan gedacht worden aan een online aanbod, maar dient ook bijzondere aandacht uit te gaan naar de meest kwetsbare groepen die hiertoe niet altijd de nodige toegang hebben (Salari et al., 2020; Talevi et al., 2020). De voorkeur gaat dus uit naar het uitwerken van een gemengde aanpak: zoveel mogelijk face-to-face behouden (zeker bij kwetsbare groepen) en online waar nodig.

De continuïteit van zorg moet ook worden gewaarborgd aangezien deze cruciaal is voor het welzijn van de bevolking en de meest kwetsbare doelgroepen (bijv. patiënten met psychiatrische aandoeningen). Op bepaalde momenten stond de gewone zorg onder druk omwille van de preventieve maatregelen en de uitdagingen die de pandemie met zich meebracht. Onderzoek maakt gewag van de extreme aanpassingen en innovatie die gebeurd is binnen de mentale zorgverlening gedurende de pandemie. Een uitzonderlijke prestatie voor een sector die structureel ondergefinancierd is geweest en waarvan de organisatie niet voorzien was op de uitdagingen van de pandemie. Het is een sector die reeds los van de pandemie geconfronteerd werd met spanningen (organisatie, materiaal, HR en financiering) die gedurende de pandemie enkel uitvergroot werden (Guessoum et al., 2020; Chevance et al., 2020).

1.3 Belang van communicatie

Gedurende de eerste golf van Covid-19 ontstond een infodemie, een overaanbod aan communicatie en informatie die soms tegenstrijdigheden bevatte (Talevi et al., 2020; Guessoum et al., 2020; Dubey et al., 2020; Mukhtar, 2020; Hossain et al., 2020; Que et al.,

2020). Correcte, geüpdatete informatie over de ziekte, het verloop van de pandemie in de samenleving en de vooruitzichten hebben een cruciale impact op de mentale staat van de bevolking. Er is een duidelijke nood aan heldere verspreiding van betrouwbare informatie (Kisley et al., 2020 ; Cabarkapa et al., 2020).

De negatieve effecten op geestelijke gezondheid worden volgens onderzoek versterkt door de infodemie die ontstaan is. De overmatige confrontatie met een overaanbod aan Covid-19 communicatie van bedenkelijk niveau, versterkt door (in)formele circuits op social media, worden in verband gebracht met een verhoogd risico op psychische problemen en zelfs zelfmoordgedrag (Dubey et al., 2020; Hossain et al., 2020; Que et al., 2020).

Het is daarbij van belang dat geruchten, desinformatie en *fake news* aangepakt worden, dit met doeltreffende en regelmatig geüpdatete communicatie die aangepast is aan de verschillende doelgroepen die men wil bereiken (Talevi et al., 2020; Guessoum et al., 2020; Que et al., 2020). Inzicht in wat er gebeurt, helpt een gevoel van controle/ autonomie terug te vinden. Het model van Beverley Raphael (1986) kan een verklaringsmodel worden voor de algemene bevolking: wanneer geconfronteerd met breuklijnen bouwen we ziekterepresentaties of verklaringsmodellen die ons het gevoel van controle geven over wat er gebeurt. Meestal wordt verder gebouwd op wetenschappelijke inzichten doch gezien in deze weinig of geen éénduidige wetenschappelijke literatuur voorhanden is, richt men zich naar alle beschikbare literatuur én naar de eigen ervaringen. De lekentheorieën hebben een groot nadeel, namelijk dat ze oncontroleerbaar zijn. Eens gepland zijn ze moeilijk te ontwrichten omdat er zo weinig gebruik gemaakt werd van wetenschappelijke inzichten (Furnham, 1988; Plaks et al., 2005). Ze worden bijvoorbeeld meestal gebruikt voor betekenis geven aan de dagelijkse realiteit, zijn minder expliciet dan wetenschappelijke theorieën, ze kunnen dubbelzinnig en inconsistent zijn, verwarren oorzaak en gevolg, kunnen een functie (sociaal of psychologisch) vervullen en zijn meer gericht op bevestiging dan op verwerping (Furnham, 1988; Hong et al., 2001; Levy et al., 2006; Lickel et al., 2001; Plaks et al., 2005). Het aanbieden van een verklaringsmodel zoals dat van Beverley Raphael (1986) dat het proces beschrijft hoe we ons aanpassen aan een crisis (of in dit geval een pandemie) kan de leemte vullen van éénduidige wetenschappelijke inzichten. Het kan een manier zijn om polarisatie tegen te gaan en bijgevolg indirecte positieve effecten hebben op het opvolgen van richtlijnen en/of maatregelen.

1.4 Rouw

Onderzoek toont aan dat de samenleving geconfronteerd wordt met meerdere verlieservaringen. Dit enerzijds, letterlijk, door het aantal overlijdens, maar anderzijds ook figuurlijk in het kader van het verlies van normaliteit, gewoontes en standaard rituelen (Etkind et al., 2020; Mayland et al., 2020; Harrop et al., 2020; Menzies et al., 2020). We worden bijna dagelijks geconfronteerd met signalen die onze kwetsbaarheid en sterfelijkheid aantonen (van discussies en gesprekken op televisie of op social media, preventieve maatregelen, confrontatie met de sterftcijfers, besmettingen van mensen die we kennen, ...) (Menzies et al., 2020). Experts inzake rouw maken dan ook gewag van een mogelijk risico op een toename in de pathologische reacties ten gevolge van deze complexe en onafgewerkte rouw (Stroebe & Schut, 2020).

Onderzoek vraagt om specifieke aandacht voor rouw in deze bijzondere periode, waarbij er bovenal nood is aan innovatieve manieren om met elkaar in verbinding te treden en nieuwe rituelen mogelijk te maken zonder het risico op besmetting te vergroten. Rituelen faciliteren immers rouwverwerking; het ontbreken van deze rituelen holt het verwerkingsproces uit en kan leiden tot het verlies van zingeving en van binding met de maatschappij. Deze initiatieven kunnen centraal aangestuurd worden, maar er dient steeds ruimte te zijn voor lokale invulling en uitrol (Mayland et al., 2020; Harrop et al., 2020; Menzies et al., 2020 ; Stroebe & Schut, 2020 ; Zech, 2020).

Psycho-educatie inzake rouw in deze bijzondere tijden is aangewezen.

1.5 Conclusie en aanbevelingen

Covid-19 heeft langetermijneffecten voor de gezondheid, niet alleen door infectie met het coronavirus maar ook door stress, frustratie en isolatie ten gevolge van quarantaine of lockdown.

Uit de update van de internationale literatuur blijkt dat:

- Eenzaamheid, vereenzaming en sociale isolatie zijn risicofactoren voor psychische problemen, ziektes en overlijden, al dan niet door zelfdoding. Mensen die op dit moment gescheiden leven van hun familie of geliefden lopen een hoger risico op geestelijke gezondheidsklachten zoals depressie en angst, en op zelfdoding. De kans is groot dat de hele bevolking tijdens en na de coronapandemie het eigen welzijn minder positief evalueert dan in gewone omstandigheden. Dat hangt o.a. samen met de strenge maatregelen voor sociaal contact. Dit is in het bijzonder het geval voor jongeren en ouderen.
- De duurtijd (chroniciteit) van de pandemie en de duurtijd van de preventieve maatregelen is doorslaggevend voor de geestelijke gezondheid dan de intensiteit van de maatregelen. Dit vraagt om extra veerkracht en aanpassingsvermogen van de bevolking. De veerkracht en het aanpassingsvermogen van de bevolking dient dus opgevolgd te worden. Dit kan door een indicator op te bouwen die verwijst naar de nog aanwezige draagkracht.
- Snelle detectie van problematisch gedrag en waarschuwingssignalen inzake afnemende veerkracht in de samenleving, vraagt om een adequate monitoring. Er bestaan momenteel diverse databronnen en onderzoeken (doorgaans *convenient samples*), waarvan de resultaten echter niet gekoppeld zijn. Deze gegevens moeten aan elkaar worden gekoppeld om het potentiële gebruik van gegevens te maximaliseren.
- Een model gebouwd rond detecteren, connecteren, triage en opvolgen binnen een trapsgewijs zorgmodel dringt zich op. De HGR adviseert om over te gaan tot een proactieve houding op vlak van contact en niet vast te houden aan de afwachtende houding (waar we wachten tot de hulpvrager naar de zorgprofessional komt), en dit binnen de bestaande structuren.
- Arbeidsonzekerheid en inkomensverlies kunnen leiden tot psychische problemen die nog langere tijd merkbaar zullen zijn. Dit is in het bijzonder zo voor zelfstandigen en zaken die direct getroffen worden door de coronacrisis.
- Behoren tot een risicogroep of meerdere van deze geïdentificeerde risicogroepen heeft een cumulatief en multiplicatief effect;
- Leg de bevolking uit wat er gebeurt en waarom. Dit laat toe om opnieuw een gevoel van controle te ervaren gezien er (nog) geen éénduidige wetenschappelijke inzichten voorhanden zijn.

Rekening houdend met de herziening van de internationale literatuur bevestigt de HGR de geldigheid van de conclusies en aanbevelingen die opgemaakt werden in het eerste advies:

- De psychosociale zorgen afstemmen op de fases van de pandemie; proactief zijn en niet reactief; de communicatiestrategie aanpassen wanneer nodig;
- De processen van natuurlijke aanpassing versterken door het activeren van de reeds bestaande hulpmiddelen bij een individu of in een systeem;
- De psychosociale impact opvolgen (tot minstens 6 maanden na de pandemie om te garanderen dat ook vertraagde/uitgestelde psychosociale problemen worden meegenomen);
- Psychosociale problemen behandelen van zodra het mogelijk is;

- Een behandeling van hoog niveau aanbieden; opleiding aanbieden ter garantie van doeltreffende middelen om een antwoord te bieden aan de psychosociale problemen;
- Een systeem op poten zetten voor controle/verdeling om een verdeling, een evaluatie (impact) en een doeltreffende opvolging te verzekeren.
- Zich richten op de risicopersonen/-groepen;
- Gebruik maken van familie of vertrouwenspersonen om hulp te leveren;
- De impact van de quarantaine, de lockdown of de schrik voor Covid-19 niet minimaliseren;
- Het sociaal isolement doorbreken en zich concentreren op het faciliteren van het gevoel van sociale samenhang.

De HGR doet de volgende aanbevelingen voor de overheid:

Geestelijke gezondheid als integraal onderdeel van publieke gezondheid:

- De preventie, detectie en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen moet een belangrijk luik uitmaken van de algemene aanpak van publieke gezondheid. Binnen de aanpak van een pandemie dient men ook het psychosociale luik strategisch aan te pakken.
- Een indicator dient uitgebouwd die toelaat op te volgen wat de bevolking (en eventuele kwetsbare groepen) nog kunnen verwerken.
- De adequate aanpak van geestelijke gezondheid heeft een impact zowel op het verloop van de pandemie (bv. naleving richtlijnen) als op de geestelijke gezondheid van de bevolking (op korte en langere termijn).
- Het is noodzakelijk om een zo laagdrempelig mogelijk zorgaanbod te versterken, waarbij mentale hulp toegankelijk wordt voor iedereen zonder het infectierisico te vergroten. De voorkeur gaat daarbij uit naar het uitwerken van een gemengde aanpak, online waar mogelijk en *face2face* waar nodig of wenselijk (in het bijzonder voor kwetsbare groepen).

Aandacht voor communicatie:

- Er is momenteel, naast een pandemie, ook een infodemie gaande. Er is een overaanbod aan informatie die via verschillende kanalen ter beschikking gesteld wordt, informatie die niet altijd correct en soms zelfs *fake news* is. Deze infodemie dient aangepakt te worden.
- Vertrouwen in ter beschikking gestelde informatie, in deskundigen en gezagsdragers oefent een positieve invloed uit op het herstel. Voor autoriteiten moet het winnen en behouden van het vertrouwen van de getroffen en dan ook een hoge prioriteit hebben.
- Er is een algemene nood aan duidelijke, correcte, transparante en afgestemde communicatie. Waarheidsgetrouwe communicatie, die plaats laat voor nederigheid tegenover het onbekende, dient de prioriteit te zijn ook binnen een complexe context en/of slechts gedeeltelijk en voortschrijdend begrip van de kennis die met de pandemie te maken heeft (bv. risicograad van besmetting).
- Tegenstrijdige berichtgeving en discussies over genomen beleidsbeslissingen, of alvast de perceptie die hierover ontstaat, versterken gevoelens van onrust binnen de samenleving. Het is daarom cruciaal om eensgezind en solide te communiceren met aandacht voor specifieke communicatie-uitdagingen zoals framing, stigma en discriminatie en verschillen in mediageletterdheid en mediavorkeuren bij de bevolking. Een duidelijke rolverdeling tussen de gefedereerde entiteiten en betrokken experts op vlak van communicatie en taken dringt zich op.
- Om zo veel mogelijk mensen op een uniforme manier te bereiken, is communicatie nodig via een verscheidenheid aan media en doelgroepen.
- De media kunnen een belangrijke rol, zowel positief als negatief, spelen bij de informatieverstrekking over de gevolgen van een collectieve noodsituatie. Veel aandacht in de media voor de dramatische aspecten van een collectieve noodsituatie kan het toegenomen mededogen in de maatschappij met slachtoffers versterken maar ook leiden tot een toename van angst. De media hebben een rol te spelen om op een

meer positieve en minder angstaanjagende manier te communiceren over het aannemen van beschermende gezondheidsmaatregelen.

- Hoewel sociale media inderdaad een vorm van verbondenheid bieden, zijn ze ook een bron van (te) veel, soms valse informatie en stress, vooral bij mensen die alleen zijn en hierover minder kunnen communiceren met anderen.
- In de afwezigheid van éénduidige wetenschappelijke inzichten kan ingezet worden op een verklaringsmodel als manier om de bevolking opnieuw het gevoel van controle/ autonomie te geven (model van Beverley Raphael, 1986).

Aandacht voor de chroniciteit van de pandemie:

- Hoe langer de pandemie en de bijhorende maatregelen duren, hoe groter de kans op overbelasting binnen de samenleving. De chroniciteit van deze pandemie is hierbij een uitzonderlijk element, verschillend t.o.v. vorige crisissen, waarbij de duurtijd van de maatregelen een grotere impact heeft op de geestelijke gezondheid dan de intensiteit ervan.
- De monitoring en adequate opvolging van indicatoren van overbelasting in de samenleving is primordiaal. Zo zijn bijvoorbeeld toename van alcoholisme, huishoudelijk geweld, uitingen van eenzaamheid, enz. belangrijke signalen die opgepikt en tijdig aangepakt dienen te worden. Er is nood aan de ontwikkeling van een gedegen monitoring, detectie en dispatching systeem dat de koppeling maakt tussen bestaande datastromen (waarbij de lacunes eventueel worden opgevuld).
- De kans op eventuele secundaire trauma's neemt toe hoe langer de pandemie duurt.

Individuele en collectieve veerkracht versterken:

- Veerkracht speelt een significante rol in de reductie van het risico op toxische stress en de bijhorende gezondheidsklachten zowel bij de algemene bevolking als bij specifieke doelgroepen.
- De meeste getroffen personen vinden doorgaans hun evenwicht terug zonder hulp van professionele hulpverleners. Gezien de chroniciteit van deze pandemie en de genomen maatregelen, is versterking van veerkracht en zelfredzaamheid echter een noodzakelijke preventieve maatregel om het aandeel van de bevolking dat professionele hulp nodig zal hebben te beperken.
- De manier waarop de gemeenschap waartoe men behoort reageert op de collectieve noodsituatie, is van cruciaal belang. Steun en aandacht, erkenning en respect hebben immers een beschermende werking. Het is daarbij belangrijk om families te ondersteunen als eerste sociale buffer.

Efficiënte inzet en optimale organisatie van geestelijke gezondheidszorg:

- Een beoordeling en triage van psychologische noden afgestemd op de huidige beschikbare middelen dringt zich op. Na de eerste acute confrontatie met de impact van de pandemie, blijft het van belang om de uitbouw en de versterking van de psychosociale hulpverlening verder te faciliteren.
- Psychologische interventies moeten doelgericht en aangepast ter beschikking gesteld worden.
- Bepaalde groepen verdienen bijzondere aandacht omdat ze door allerlei factoren extra kwetsbaar zijn.
- Er is laagdrempelige, getrapte zorg nodig. Daarbij kan ook gedacht worden aan onlinehulp en eerste psychologische hulp door professionals in de nulde en eerste lijn die mensen zelf kunnen opzoeken wanneer ze dit nodig achten. Daarbij moet gezocht worden naar een juiste balans met aandacht voor psychologische en psychiatrische noden zonder te vervallen in een opgedrongen veralgemeend behandelaanbod (cf. veerkracht hierboven).

Steun voor de zorgsector:

- De zorgsector verdient specifieke aandacht met betrekking tot de impact van de coronapandemie.
- De zorgsector en in het bijzonder de mentale zorg, staat onder druk. Reguliere zorg en *care as usual* worden soms onderbroken, wat nefast is voor de gezondheid van de samenleving. De sector heeft enorme inspanning geleverd tijdens deze pandemie en was niet aangepast aan de uitdagingen die deze pandemie met zich meebracht.
- Personen die in de frontlinie staan moeten van in het begin goed worden opgevolgd op het vlak van stress, mentale belasting en vermijdingsgedrag. Het lijkt aannemelijk dat het aangeraden is om de bekende stressoren zoveel mogelijk te beperken. Ook preventieve psychosociale ondersteuning is nodig. De zorgsector heeft nood aan correcte informatie en roluidelijkheid. Er dient ingezet te worden op back-upsystemen, maar bovenal ook op het waarborgen van hun fysieke en mentale veiligheid.
- Binnen de zorg dient volop ingezet te worden op training en ontwikkeling opdat deze cruciale sector klaargestoomd wordt om in crisissituaties op te kunnen treden.

De sociale bescherming bevorderen:

- Invzetten op terugkeer naar werk, het managen van de werkbelasting, arbeidsbegeleiding en een sociaal vangnet zijn belangrijke gezondheidsbevorderende investeringen tijdens een recessie, die tegelijk ook de economie zullen helpen opleven. Ontvangen getroffenen geen financiële steun en verloopt de wederopbouw moeizaam, dan is dit niet bevorderlijk voor hun herstel.
- Uit vorige pandemieën en recessies kunnen we concluderen dat de terugkeer naar werk en werk in het algemeen belangrijk zijn voor de heropleving van de maatschappij. Bovendien is werk de belangrijkste factor in de preventie van geestelijke gezondheids- en andere gezondheidsproblemen.
- De HGR adviseert om te investeren in (om)scholing van werknemers en programma's die de kans om een baan te vinden verhogen indien werkhervatting niet mogelijk is na het opheffen van de beschermingsmaatregelen.

Invzetten op een doordacht en gefaseerd rouwverwerkingstraject:

- Het is aangewezen om werk te maken van een doordacht en gefaseerd rouwverwerkingstraject voor familieleden van overledenen, patiënten die zich in de afdelingen bevonden alsook de zorg- en welzijnsverstrekkers.
- In de eerste plaats en vanaf dat dit medisch verantwoord is, moeten mensen de gelegenheid krijgen om hun verlies met naasten te herdenken in intimiteit, en er moet een nationale erkenning worden voorzien van de bijzondere wijze waarop mensen in deze uitzonderlijke omstandigheden hebben afscheid genomen.
- Er is nood aan innovatieve manieren om met elkaar in verbinding te treden en nieuwe rituelen mogelijk te maken zonder het risico op besmetting te vergroten. Deze initiatieven kunnen centraal aangestuurd worden, maar er dient steeds ruimte te zijn voor lokale invulling en uitrol.

Zich voorbereiden op eventuele volgende golven en/of nieuwe pandemie:

- Het is noodzakelijk om te leren van de huidige situatie en zich voor te bereiden op een eventuele volgende golf en/of nieuwe pandemie waarin, op basis van de evaluatie, verbeteringen dienen aangebracht te worden aan de aanpak, het beleid en ook de opleiding van professionals (indien nuttig en relevant).
- Er dient werk gemaakt te worden van een coherent 'crisis preventie plan' en plan van aanpak voor een volgende pandemie. Geestelijke gezondheid dient een fundamenteel onderdeel uit te maken van dit plan.
- Bovendien moet aandacht worden besteed aan het unieke karakter van de huidige pandemie en de werkgroep roept dus op om deze aanbevelingen te blijven toetsen aan de veranderende situatie.

In het eerste advies deed de HGR ook specifieke aanbevelingen voor zorgverleners, die nog steeds geldig zijn:

- **Bevordering van de persoonlijke en collectieve middelen** De manier waarop iemand het eigen vermogen om de situatie zelf aan te kunnen inschat, is sterk van invloed op het verdere verloop. Een actieve aanpak van de problemen beschermt tegen psychische klachten. De werkgroep is dus van mening dat interventies te allen tijde tot stimulering van de getroffen en dienen te leiden.
- Hulpverleners dienen **alert te zijn voor wie therapeutische behandeling nodig heeft** en de weg ernaartoe wijzen. Een aantal groepen (zie boven) hebben een verhoogd risico op langdurige problemen.
- Het doel van interventies is, bovenal, om **stressklachten, acute stress stoornis (ASS) en het risico van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) te verminderen**. Bestaande richtlijnen van de *World Health Organization (WHO)*, *American Psychiatric Association (APA)*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)* en *National Health and Medical Research Council (NHMRC)* bevelen traumagerichte cognitieve gedragstherapie en *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)* aan als technieken voor de omgang met ASS. De NICE- en WHO-richtlijnen raden aan om in situaties waarin psychologische begeleiding face-to-face onmogelijk is, creatief te zoeken naar andere oplossingen zoals onlinebegeleiding of groepsinterventies. In China werd al geëxperimenteerd met de uitbouw van online psychologische crisisopvang. Door toxische stressreacties op te vangen daalt het risico op problemen tijdens een latere fase. Bovendien zijn mensen dan meer geneigd om zich te houden aan de maatregelen die worden opgelegd om het virus in te dijken. De behandeling van trauma ervaringen moet gebeuren door opgeleide en competente professionele hulpverleners die voldoen aan een bepaald profiel (zie advies HGR 9403).
- Er moet **bijzondere aandacht gaan naar traumatische verlieservaringen** als een mentale uitdaging waarmee velen te kampen zullen krijgen in deze pandemie. Slechts een minderheid van de nabestaanden of getroffen en zoekt hiervoor professionele hulp. Die wordt wel aanbevolen in het geval van gecompliceerde rouw; wanneer iemand gedurende zes maanden intense rouwreacties ervaart die gepaard gaan met ernstige problemen in het alledaags functioneren. Voorbeelden daarvan zijn een intens en ontwrichtend verlangen naar de overledene, moeite om het verlies te aanvaarden en het gevoel dat het leven leeg en betekenisloos is.

2 Inventarisatie van de beschikbare nationale datastromen/onderzoeken

2.1 Repository van Belgische studies over geestelijke gezondheid in verband met Covid-19

Om de inzichten verkregen via de systematische review te vertalen naar de Belgische context kreeg de werkgroep de opdracht om de beschikbare datastromen die inzicht kunnen geven in de impact op de geestelijke gezondheid te lijsten. De analyse en de interpretatie van de verzamelde data zullen dan verder kunnen gebruikt worden om trends en voorspellingen te maken.

Het geheel wordt ondergebracht in een document dat op regelmatige tijdstippen geüpdatet zal worden. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4555102>

2.2 Hoorzittingen binnen de groep van de HGR

Naast de inventaris van het Belgisch onderzoek en de gegevensopslag heeft de werkgroep van de HGR tijdens hoorzittingen ook de gelegenheid gehad op een meer gedetailleerde manier kennis te nemen van een aantal van die studies, die zowel de algemene bevolking als de gezondheidswerkers of andere doelgroepen betreffen.

2.2.1 Algemene bevolking

De groep heeft aldus kennis kunnen nemen van de (soms voorlopige) resultaten van meerdere studies gericht op de algemene bevolking:

- Een terugkerende online enquête van de Universiteit Antwerpen (verricht met de steun van de U Hasselt, de KU Leuven en de ULB), die het welzijn van de bevolking tijdens de lockdown heeft geëvalueerd. De resultaten van deze enquête toonden (vanaf juni 2020) een impact van de lockdownmaatregelen op het welzijn (en een evolutie van deze impact naarmate de maatregelen genomen of versoepeld werden). Deze studie heeft eveneens ook bepaalde risicofactoren aan het licht kunnen brengen. De resultaten van deze studie (die nog lopende is) zijn beschikbaar op <https://www.uantwerpen.be/en/projects/etude-corona/>.
- Een studie van Idewe/KU Leuven over het welzijn van werknemers, hun psychologisch ervaren en het effect van meerdere hulpmiddelen van werkgevers en werknemers. Het ging om een cohortstudie, met 4 metingen (in maart, april, mei en juni 2020). De resultaten (zie ook op <https://www.idewe.be/-/eerste-resultaten-coronastudie>) wijzen op een impact op het welzijn van de werknemers, en in het bijzonder een impact wat het veiligheidsgevoel betreft. In de essentiële sectoren, die open zijn gebleven, worden immers de grootste angst en de laagste jobtevredenheid opgetekend. De tevredenheid is dan weer vooral toegenomen bij degenen die niet telewerken, ongetwijfeld dankzij het veiligheidsgevoel dat in de loop van de weken is toegenomen, toen er meer beschermingsmiddelen ter beschikking kwamen. Leerkrachten toonden zich ook heel ongerust wat de heropening van scholen betreft. Van de gezondheid en veiligheid van werknemers een prioriteit maken lijkt dus een belangrijke factor te zijn om het welzijn te doen toenemen.
Deze studie bevestigt eveneens dat de gezinssituatie een impact heeft gehad op het beleven van de situatie (alleenstaande ouders hebben er het meest onder geleden); en dat de impact van het privéleven op het werk is afgenomen toen de scholen opnieuw open gingen.
De sociale steun van managers en collega's is eveneens belangrijk. Een ander belangrijk hulpmiddel dat uit de studie naar voren komt, is het verstrekken van duidelijke informatie over de procedures.
- De motivatiebarometer van de Universiteit Gent (die sinds december wordt uitgevoerd in samenwerking met de UCLouvain en de ULB), toont aan dat de motivatie om de maatregelen (b.v. handen wassen, een masker dragen, afstand bewaren en sociaal contact beperken) na te leven in de loop van de tijd evolueert en dat er scharniermomenten zijn.
Dit onderzoek toonde ook de impact van de manier waarop het crisiscentrum communiceert op de motivatie van de burgers aan (autoritaire stijl heeft een negatieve impact op mensen van wie de motivatie al wankel is). Uit die gegevens bleek dan ook hoe belangrijk het is te investeren in een campagne die de motivatie zal verbeteren door de nadruk te leggen op sociale banden, gezamenlijke identiteit, nieuwe rituelen, ... en die de verantwoordelijkheid zal versterken, met name door transparant te zijn in de beslissingen. De resultaten zijn beschikbaar op <https://www.ugent.be/epg/nl/onderzoek/coronastudie>).
- Wat kinderen, adolescenten en jonge volwassenen betreft, heeft de groep ook geluisterd naar een vertegenwoordigster van de onderzoekers van meerdere

Belgische universiteiten (UGent, UCLouvain, ULiège, UMONS) die aanbevelingen hebben voorgesteld ter verbetering van de geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten in België. De onderzoeken die door deze universiteiten werden uitgevoerd tonen inderdaad aan dat de situatie van de Belgische kinderen en in het bijzonder die van onze adolescenten of jonge volwassenen zeer zorgwekkend is, zowel wat betreft hun schoolse, academische en sociale ontwikkeling, als wat betreft hun geestelijke gezondheid (Braet, 2020 ; Gaugue, Rossignol & Ris, 2020 ; Glowacz, 2020). Ook al zijn zij niet bijzonder kwetsbaar voor Covid-19, zijn zij daarentegen buiten verhouding kwetsbaar voor de negatieve effecten van de huidige beperkingen die zijn opgelegd in de strijd tegen het virus:

- De sociale interacties en de sociale relaties met hun soortgenoten, die heden aan de jongeren worden ontzegd, vormen inderdaad een fundamentele nood voor hun ontwikkeling;
- Sociale ondersteuning en goede sociale gedragingen dragen eveneens op een betekenisvolle manier bij aan de geestelijke gezondheid van jongeren;
- Voor de studenten van het hoger onderwijs zijn sociale relaties en interacties eveneens cruciaal om te slagen in hun studies.

2.2.2 Gezondheidsprofessionals

De HGR heeft eveneens kennis kunnen nemen van studies die bij gezondheidswerkers zijn verricht:

- De barometer (<https://www.dezorgsamen.be/power-to-care/>) van "De Zorg Samen" (een consortium dat met de hulp van Zorgnet Icuuro is opgericht om gezondheidswerkers te helpen), die de persoonlijke, professionele en lichamelijke reacties en de ondersteuningsmechanismen wil evalueren. Deze enquête werd verricht onder gezondheidswerkers (verpleegkundigen, artsen; in de eerste lijn, in ziekenhuizen, in instellingen ...); 4 keer (begin april – op het hoogtepunt van de eerste golf; begin mei en begin juni; daarna begin oktober - net voor het begin van de 2de golf), met een totaal van 9630 deelnemers (iedere keer andere).

De resultaten van deze studie moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, maar algemeen gesproken tonen ze een impact van de pandemie op meerdere persoonlijke symptomen (stress, vermoeidheid, slaapproblemen, angst, concentratiemoeilijkheden...) en professionele symptomen (twijfels over de eigen capaciteiten...). De hoogste scores situeren zich in de leeftijdsgroep "30-49 jaar" (waarschijnlijk als gevolg van een moeilijker evenwicht tussen werk en privéleven met (jonge) kinderen) en bij vrouwen, verpleegsters en residentiële milieus (die de meeste problemen hadden tijdens de 1ste golf).

Voor bepaalde symptomen waren de scores trouwens al vóór de covidperiode hoog, wat erop wijst dat gezondheidswerkers in normale tijden al onder hoge druk stonden. De scores laten ook zien dat angst en ongerustheid (symptomen van acute stress) in april (op het hoogtepunt van de eerste golf) zeer groot waren en dat schuldgevoel en schaamte groter waren in mei (angst en schuldgevoelens voor het overbrengen van het virus binnen de organisatie of naar het eigen gezin). In oktober zijn eerder chronische symptomen (vermoeidheid, slaapproblemen...) nog steeds omvangrijk en zijn bepaalde beroepsgebonden symptomen (bijvoorbeeld het aantal gezondheidswerkers dat eraan denkt zijn job op te geven) ook minder positief. Meerdere aanzienlijke fysieke problemen (hoofdpijn, spierpijn, darmproblemen ...) worden ook opgetekend in oktober, wat betekent dat de zomer niet volstond om weer op te laden.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat de partner, collega's en vrienden de voornaamste steun vormen. Toch vinden velen ook dat ze er nood aan hebben daarover ook te kunnen praten met andere mensen dan alleen hun partner of gezin.

- Een longitudinale studie van de KUL (*Recovering Emotionally COVID19 – RECOVID*; Bruffaerts et al., 2021), die specifiek de impact op de mentale stoornissen van gezondheidswerkers heeft onderzocht. Deze studie is de enige die de impact vertaalt in stoornissen (en niet zozeer in symptomen) en kwam tot stand dankzij internationale samenwerking. De resultaten werden gewogen om representatief te zijn voor de Belgische professionele hulpverlening. Ze werd via 4 ziekenhuizen en 4 beroepsorganisaties en via Zorgnet-Icuro twee keer verricht in 2020 (april-juni en oktober-december) en zal worden gevolgd door een follow-up in april-juni 2021 en oktober-december 2021, om de langetermijneffecten te bestuderen. Tijdens de eerste periode deden er meer dan 6000 respondenten aan mee. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat 30 % van de gezondheidswerkers in de voorafgaande maand ten minste één geestelijke gezondheidsstoornis vertoonde en 23 % van degenen die voordien geen stoornis hadden. Bij 5 % van de mensen die voordien geen problemen hadden, gaat het om een ernstige stoornis. Wat de risicofactoren betreft, stelt men vast dat angstproblemen in het verleden een aanzienlijke impact hebben, evenals de werkomstandigheden en in het bijzonder het evenwicht tussen werk en privéleven en het gebrek aan middelen. Werken aan die factoren is dan ook van belang om werkgerelateerde problemen tijdens een pandemie te verminderen. De studie heeft eveneens laten zien dat een aantal gezondheidswerkers, die in behandeling waren voor een psychisch probleem, tijdens de pandemie met die behandeling is gestopt en dat de zorgbehoefte waaraan niet werd voldaan tijdens de crisis is toegenomen. Een ander resultaat van deze studie betreft de veerkracht; het toont aan dat gezondheidswerkers, hoewel ze meer emotionele problemen hebben, evenveel veerkracht aan de dag leggen als de algemene bevolking.

De gegevens van deze onderzoeken zijn trouwens bevestigd door andere, meer kwalitatieve getuigenissen. Meer bepaald blijkt uit het project "Schouder aan Schouder", op initiatief van Zorgnet – Icuro en met steun van het Fonds Daniël De Coninck van de KBS, dat directeurs van rusthuizen intervisies aanbood, dat de werknemers in deze context onder zware druk stonden. De zin in het werk kreeg een flinke knauw, degelijk werk leveren was moeilijk en er was veel creativiteit nodig om de veerkracht van de werknemers sterker te maken.

Ook Vincent Liévin, auteur van het boek "*Les Héros du coronavirus*", dat hij schreef na een aantal ontmoetingen met eerstelijns werkers uit verschillende sectoren (verpleegkundigen, brandweerlieden, thuiszorg...) tijdens de eerste golf, rapporteerde aan de groep over het gevoel van verlatenheid bij veel zorgverleners, die vindingrijk en creatief moesten zijn om nieuwe manieren van werken uit te vinden. Uit die getuigenissen komt klaar en duidelijk naar voor dat de komende jaren nog meer geestelijke gezondheidsproblemen worden verwacht, zowel bij werknemers in de zorg als bij de algemene bevolking.

2.2.3 *Beperkingen*

De studies die binnen de groep voorgesteld werden, hebben te maken met twee belangrijke beperkingen:

- Ze spitsen zich hoofdzakelijk toe op de eerste golf. Er zijn minder gegevens over de tweede golf, terwijl de impact daarvan nog anders zou moeten zijn, door het effect van het seizoen, de duur van de maatregelen, de lastige vooruitzichten naar de eindejaarsfeesten toe, enz. Mensen die telewerken hebben bijvoorbeeld almaar meer last van het leven in afzondering en verliezen geleidelijk de zin in hun werk. Al deze aspecten kunnen ook een impact hebben op de opvolging van de maatregelen en het zou belangrijk zijn er rekening mee te houden. De psychosociale impact zal men ook in het oog moeten blijven houden wanneer de financiële steunmaatregelen gaan afnemen.
- Ze zijn grotendeels online verricht, wat een aantal moeilijker te bereiken doelgroepen de facto uitsluit.

- De HGR inventariseerde verschillende onderzoeksprojecten op het gebied van geestelijke gezondheid en vragenlijsten die via verschillende indicatoren peilen naar geestelijke gezondheidsproblemen. Maar er is tussen de verschillende sets geen strategische link die zou kunnen bijdragen tot een beter begrip van de specifieke impact van Covid-19 op de geestelijke gezondheid in België. Geen van deze gegevens geeft een volledig beeld van de situatie. Het principe van gemakkelijk te realiseren steekproeven brengt bepaalde methodologische problemen met zich mee. Geconfronteerd met het virus en de snelheid ervan, kon men niet anders dan zich aanpassen en er het beste van maken. Gegevens, die bedoeld zijn om reproduceerbaar, betrouwbaar, voorspelbaar en vertaalbaar te zijn voor verschillende groepen, worden gewoonlijk gebruikt om een situatie te begrijpen, in te gaan op onzekerheden en aanbevelingen te formuleren op basis van informatie die niet betwist wordt; maar hier moet men aanvaarden dat de tot nu toe verzamelde gegevens slechts een deel van de werkelijkheid dekken en dat ook wetenschappers blijven leren naarmate de pandemie evolueert. Precies het gecombineerde effect van verschillende studies kan nauwkeuriger voorspellen wat er gaat gebeuren en beter richting geven aan toekomstgerichte beleidsbeslissingen.

2.2.4 Conclusies en aanbevelingen

De resultaten van deze studies lopen over het algemeen onderling nogal gelijk en sluiten vaak aan bij de conclusies van de studie van de internationale literatuur en bij de opinie van deskundigen. Zij sluiten meer bepaald aan bij die van de groep "Psychologie & Corona", die deskundigen op het vlak van psychologie uit meerdere Belgische universiteiten groepeerd en die eveneens zijn aanbevelingen is komen presenteren aan de HGR (betreffende veranderingen in het gedrag van de bevolking met het oog op het bevorderen van een beter opvolgen van de veiligheidsmaatregelen).

Dezelfde trends komen immers naar voren uit de literatuur, uit de gepresenteerde gegevens en uit de discussies in de werkgroep: de Covid-19-crisis en de genomen maatregelen hebben een impact gehad op het welzijn van de bevolking. Uit de besprekingen in de groep kwam ook naar voren dat de gevolgen voor de geestelijke gezondheid naar verwachting verscheidene jaren merkbaar zullen zijn (zie bijvoorbeeld een artikel dat in december 2020 in *The Guardian*⁴ over dit onderwerp werd gepubliceerd en waarin effecten over verscheidene jaren werden voorspeld). Bepaalde doelgroepen zijn ook kwetsbaarder, in het bijzonder jongeren en gezondheidswerkers. Het is bijgevolg nodig die impact te monitoren en de sector van de geestelijke gezondheidszorg, die al voor de crisis onder druk stond, te versterken; daarbij moet bijzondere aandacht worden besteed aan deze meer kwetsbare groepen.

Rekening houden met die impact is essentieel, niet alleen om geestelijke gezondheidsproblemen te verminderen, maar ook om een betere opvolging van de maatregelen te bevorderen.

Uit deze gegevens en de discussies in de groep zijn al meerdere actiepunten gegroeid:

- Veiligheid (lichamelijk, maar ook financieel) ondersteunen is belangrijk om het welzijn te bevorderen: daarom was het bijvoorbeeld essentieel dat de gezondheidswerkers tijdens de eerste golf konden worden voorzien van beschermingsmiddelen. Het zal ook belangrijk zijn om financiële zekerheid te blijven garanderen.
- Sociale steun (familie, vrienden, collega's) is eveneens essentieel en moet eveneens worden bevorderd. Gezinnen vormen veelal de eerste steunpilaar en moeten in dit

⁴ https://www.theguardian.com/society/2020/dec/27/covid-poses-greatest-threat-to-mental-health-since-second-world-war?utm_term=.98965406ea28795acfee2f515961e853&utm_campaign=GuardianTodayUK&utm_source=esp&utm_medium=Email&CMP=GTUK_email

opzicht dus worden ondersteund. Meer bepaald is het cruciaal voor de jongeren zelf alsook voor de toekomst van onze maatschappij om, zo goed als mogelijk, het sociaal weefsel van de jongeren te behouden en/of te herstellen, ondanks de huidige omstandigheden.

- Even belangrijk is dat met deze aspecten rekening wordt gehouden in de communicatie, die duidelijk, transparant, samenhangend en afgestemd op de verschillende doelgroepen moet zijn. De communicatie zou ook positieve acties moeten benadrukken, bijvoorbeeld solidariteit. Even belangrijk is dat men de aanzienlijke inspanningen van de gezondheidswerkers erkent. De communicatie moet alleszins worden geprofessionaliseerd, er moet goed worden nagedacht over de manier waarop men boodschappen overbrengt en psychologen moeten van bij het begin van een crisis betrokken worden om die psychosociale aspecten naast de medische te kunnen meenemen. Hierbij denkt de groep met name aan de uitdaging van de vaccinatie.
- Nog niet alle psychosociale problemen zijn zichtbaar en deze stoornissen zullen langer aanhouden dan het Covid-besmettingspercentage (nawerking). Het zal dus nodig zijn de geestelijke gezondheid van de bevolking en van de kwetsbare groepen (op lange termijn) te blijven monitoren, met name wat de risico's van PTSS en zelfmoord betreft (de meest recente cijfers over zelfmoorden in België dateren van 2018, dus het is op dit moment onmogelijk te zeggen of de pandemie een toename van het aantal zelfmoorden veroorzaakt). Momenteel is het monitoren van de impact en de analyse van de bestaande gegevens essentieel om een overzicht te krijgen van het verleden, maar ook om te proberen de toekomst te voorspellen (simulaties).
- Geestelijke gezondheidszorg moet daarnaast altijd toegankelijk blijven en de continuïteit van de zorg moet gewaarborgd kunnen worden, van de "nulde lijn" tot de gespecialiseerde zorg en met bijzondere aandacht voor (ook nieuwe) groepen in onzekere situaties.
- Er is sensibilisering rond geestelijke gezondheid nodig en er moet een duidelijke visie komen voor de geestelijke gezondheidszorg: zorgen voor een globale benadering die een richting aangeeft, in plaats van versnipperde, moeilijk leesbare initiatieven. De HGR heeft een overmaat aan geestelijke gezondheidsdiensten gevonden die tijdens de pandemie in het leven zijn geroepen vanuit verschillende hoeken (vrijwilligers, particuliere en openbare sector) en bestemd zijn voor verschillende soorten publiek (het grote publiek, doelgroepen). Om te beginnen is het niet altijd duidelijk waar al deze diensten en projecten vandaan komen, waarom ze werkelijk in het leven zijn geroepen en welke kwaliteit deze diensten verzorgen. Ten tweede verkleint alleen al de veelheid aan geboden diensten de kans dat mensen effectief de hulp vinden die ze nodig hebben en leidt dit zelfs tot moeheid met betrekking tot mogelijk noodzakelijke ondersteuning. Ze belemmert ook het inzicht in de benutting en de doelmatigheid ervan.

3 Visie van gezondheidsprofessionals en patiënten – Delphi-studie⁵

3.1 Inleiding

Om een beeld te krijgen van het veld, heeft de HGR een onderzoek geïnitieerd onder professionals in de geestelijke gezondheidszorg en patiënten en mantelzorgers, daarbij gebruikmakend van de Delphi-methode. Doel van deze methode is het systematisch vergaren en verwerken van meningen van betrokken personen en/of experts over een bepaald onderwerp. Het gaat hierbij in feite om een interactief communicatieprotocol tussen onderzoeker en deelnemers. Een Delphi-studie maakt het mogelijk om tot een algemeen

⁵ Onder leiding van Elke Van Hoof en in samenwerking met Sylvie Gérard, Frédérique Van Leuven, Nele Van den Cruyce en Lode Godderis

oordeel te komen zonder dat de interactie de procedure en de resultaten beïnvloedt. Binnen het kwalitatief onderzoek is dit een zeer gestructureerde manier om een groep te bevragen.

In de eerste fase worden experts individueel benaderd met een vraag die zij schriftelijk moeten beantwoorden. De ondervrager vat deze antwoorden samen en trekt hieruit een voorlopige conclusie. Dit verslag en deze voorlopige conclusie worden vervolgens voor feedback teruggestuurd naar de deelnemers. De onderzoeker kan in zijn verslag eventueel een aantal verdiepende vragen meesturen. Dit proces herhaalt zich totdat er een zekere consensus is bereikt of totdat een duidelijk antwoord op de onderzoeksvraag is gevonden.

De studie doorloopt verschillende fases:

1. Uitnodigen en selecteren van deelnemers
2. Start van Delphi met afbakening van het probleem
3. De deelnemers formuleren een eerste antwoord
4. Een werkgroep verzamelt de antwoorden en vat deze samen
5. De samenvatting wordt verspreid onder de deelnemers
6. De deelnemers reageren
7. De werkgroep vat de antwoorden van de deelnemers samen
8. Het samenvattend verslag wordt naar de deelnemers gestuurd voor feedback
9. Eindverslag

3.2 Eerste fase: Verzamelen van kwalitatieve gegevens

Een eerste uitnodiging werd verzonden naar alle contacten van de Hoge Gezondheidsraad binnen de geestelijke gezondheidszorg (3.752 personen), met de vraag of men zich bij interesse wilde inschrijven voor deelname aan deze studie.

De eerste vragenlijst werd opgesteld en verstuurd naar de 221 personen die zich hadden aangemeld. Men had 10 dagen om te reageren (van 19/10 tot en met 28/10).

De vragen luiden als volgt:

*Hoe heeft de covid-19-pandemie uw beroepspraktijk veranderd?
Welke gevolgen heeft de pandemie voor de bevolkingsgroep waar u voor zorgt?
Heeft u doelgroepen geïdentificeerd die extra kwetsbaar zijn?
Welke moeilijkheden heeft u als professional ondervonden?
Welke middelen hebben u als professional geholpen?
Welke moeilijkheden heeft u ondervonden op persoonlijk vlak?
Wat heeft u geholpen op persoonlijk vlak?
Welke behoeften identificeert u als professional?
Heeft u voorbeelden van innovatieve praktijken, goede praktijken en positieve voorbeelden die zouden kunnen helpen?
Wilt u nog iets toevoegen?*

Tegelijkertijd werd een aangepaste vragenlijst naar patiëntenverenigingen en mantelzorgorganisaties verstuurd om deze onder hun leden te verdelen, met de volgende vragen:

*Welke moeilijkheden heeft u ondervonden?
Wat heeft u geholpen op persoonlijk vlak?
Welke behoeften identificeert u ?
Heeft u voorbeelden van innovatieve praktijken, goede praktijken en positieve voorbeelden die zouden kunnen helpen?
Wilt u nog iets toevoegen?*

De antwoorden op de 195 vragenlijsten werden als volgt ingewonnen:

- 149 professionals (86 Franstalig en 63 Nederlandstalig)
- 46 patiënten en mantelzorgers (14 Franstalig en 32 Nederlandstalig).

De professionals waren afkomstig uit verschillende categorieën:

45 medewerkers van instanties:

- 15 medewerkers van een instantie in de geestelijke gezondheidszorg (logopedisten, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen)
- 5 medewerkers van een ziekenhuis (verpleegkundigen, maatschappelijk werker, psycholoog, psychiater)
- 6 medewerkers van een ambulante team (opvoeder, psychiater)
- 6 medewerkers van een medisch huis (maatschappelijk werker, verpleegkundigen, psycholoog)
- 13 medewerkers van overige instanties (bemiddeling, CLB, gezinsplanning...)

36 vrije beroepen

- 9 (kinder)psychiaters
- 24 zelfstandige psychologen
- 3 overige zelfstandigen (seksuoloog, arts, ontwikkelingstherapeut)

26 directeuren – coördinatoren

- 13 directeuren/coördinatoren in de geestelijke gezondheidszorg
- 5 netwerkcoördinatoren
- 8 overige directeuren (vzw, Rode Kruis, mantelzorg...)

11 onderzoekers – academisch

25 welzijn op het werk (preventiediensten, begeleiders, HR...) waarvan dm3 in een ziekenhuis

6 niet-gespecificeerde

De uitkomsten werden afzonderlijk door 4 onderzoekers geanalyseerd (2 Franstalige en 2 Nederlandstalige) en volgens een etnografische methode als volgt verwerkt:

1. Verkennen van het verzamelde materiaal
2. Identificeren van patronen
3. Identificeren van uitspraken die de patronen illustreren
4. Identificeren van categorieën en subcategorieën
5. Onderzoeken van mogelijke verbanden
6. Onderzoeken van de hoofdcategorieën
7. Integreren van de verschillende categorieën
8. Triangulatie/consultatie met de andere onderzoekers
9. Besluit over het definitieve kader

Uit deze eerste analyse blijkt dat:

- de 4 onderzoekers tot een vergelijkbare analyse kwamen,
- er geen significant verschil was tussen het Franstalige en het Nederlandstalige materiaal,
- er geen significant verschil was tussen de informatie van de patiënten en de professionals.

De analyse kwam dus tot stand op basis van alle gegevens.

De thema's die tijdens deze analyse werden geïdentificeerd, worden hieronder gepresenteerd, met voorbeelden ontleend aan de opmerkingen van de deelnemers.

1) Behoeften in de geestelijke gezondheidszorg waaraan niet wordt voldaan

- Onvoldoende erkenning voor de geestelijke gezondheidszorg en de professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg:
 - Dominante focus op de biomedische aspecten
"dat er op politiek en maatschappelijk niveau zo weinig rekening wordt gehouden met de geestelijke gezondheid en dat de psychische zorg minder belangrijk wordt gevonden dan de somatische zorg"
 - Gebrek aan erkenning voor de hoge werklast van professionals in de geestelijke gezondheidszorg
"Ik voel ook boosheid over het gebrek aan erkenning voor het werk dat al jaren wordt verricht in een ambulante sector die zwaar belast en weinig gefinancierd wordt maar desondanks op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg direct raakt aan het leven van mensen, het dichtst bij hun gewone, dagelijkse bestaan staat."
"In deze periode van zeven maanden, van maart tot oktober, hebben we geprobeerd ons aan te passen, geduldig te zijn, onszelf moed in te praten, omdat we ons nog steeds in een ideale situatie waanden waarin gegarandeerd was dat de overheid zorgde voor onze veiligheid, geholpen door besluiten gerechtvaardigd door het algemeen belang. Maar ondertussen vonden er steeds weer onzinnige dingen plaats die analyses moeilijk en verwarrend maakten."
 - Ontbreken van financiële steun voor geestelijke gezondheidsprofessionals
"Ik heb financiële problemen en teer op mijn reserves omdat ik zelfstandige ben. Als ik moet kiezen tussen financiële zekerheid en mijn professionele geweten, kies ik ervoor om in het reine te zijn met mijn geweten."
- Gebrek aan middelen op praktisch gebied (IT, beschermingsmiddelen, werkruimte...) (in het bijzonder voor personen die zich in een precaire situatie bevinden of voor ouderen).

Professionals:
"De noodzaak om eigen middelen aan te spreken om mondkapjes en alcoholische hydrogels aan te schaffen"

Patiënten/mantelzorgers:
"zonder gratis wifi raakten steeds meer gezinnen geïsoleerd"
- Gebrek aan informatie en duidelijke communicatie: richtlijnen die te vaak veranderen, gebrek aan visie...

"Me voortdurend aan te moeten passen en soms te weinig tijd of middelen hebben om me sommige vaardigheden eigen te maken."
"informatie die tegenstrijdig is, karig is, of te laat wordt gegeven"
"leven met veranderende en soms tegenstrijdige regels, verlies van oriëntatiepunten, wat beangstigend is"
- Slechte toegang tot instanties (ondersteunende diensten inbegrepen) en moeilijkheden bij het oriënteren: veel instanties gesloten.

"De sluiting van de meeste collectieve instellingen die dagopvang bieden voor onze patiënten en die een bijdrage leveren aan hun psychische stabiliteit."
"De noodzaak om in enkele gevallen zelf regelingen te treffen wanneer reguliere hulpmiddelen niet beschikbaar of aanwezig waren (levering van geneesmiddelen, afspraken met apotheken)"

"Moeilijk of niet mogelijk, om technische of financiële redenen, om een reeks sociale diensten te contacteren die voorheen toegankelijk waren."

2) Effect op de geestelijke gezondheid

Uit deze eerste fase blijkt dat de impact van Covid-19 op de geestelijke gezondheid meervoudig is geweest. We presenteren hieronder de antwoorden, onderverdeeld in drie categorieën: de algemene bevolking, met uitzondering van psychopathologische stoornissen, psychopathologische stoornissen als zodanig, en de impact op de gezondheidswerkers.

- Algemene Bevolking:

- Problemen die te maken hebben met gebrek aan vrijheid, perspectief en projecten, met onzekerheden en communicatie-inconsistenties, en onveiligheid.

"Het gevoel dat de keuzevrijheid voor een deel wordt ontnomen omdat de regering besluiten neemt zonder de mening van de burger te raadplegen of individuele keuzes mee te nemen."

"dat men niets kan zeggen over het einde van de pandemie of wanneer een nagenoeg normaal leven opnieuw denkbaar is"

"problemen door een gebrek aan duidelijkheid in gezondheidsadviezen"

"Ik begrijp de beweegredenen volkomen, maar het gebrek aan transparantie van de politiek over de wetenschappelijke basis van haar beslissingen maakt dat ik de maatregelen niet begrijp. Dit roept verschillende sterke emoties op, waaronder angst, woede en gevoelens van onmacht of zelfs onzichtbaarheid bij sommige patiënten. Anderen voelen een sterke behoefte om in opstand te komen en verliezen zichzelf in complottheorieën die makkelijk wortel schieten gezien het onbegrip over veel berichten en/of maatregelen. Dat is natuurlijk funest voor de mentale gezondheid en kan bij de meest kwetsbare groepen gevolgen hebben op de middellange en zelfs lange termijn."

- Onvoldoende mogelijkheden om op te laden, impact van Covid op sociale contacten (sport, cultuur, familie, vrienden, collega's...)
"Als gevolg van de gezondheidsmaatregelen kon ik tijdens de lockdown niet meer op de gebruikelijke tijden sporten"
"Het grootste gemis hangt samen met de beperking van contact met naasten (familie, vrienden)."
- Grotere gepercipieerde impact/en verminderde gepercipieerde solidariteit/sociale cohesie tijdens de 2^e golf
"het personeel is moe en uitgeput en de tweede golf is nog maar net begonnen het publiek heeft geen respect meer voor witte jassen, meer verbale en fysieke agressiviteit".

- Psychopathologie (in het bijzonder bij kwetsbare groepen):

- Reguliere zorg onder druk en soms zelfs stopgezet (geen garantie voor continuïteit van zorg)
"onderbreken van behandelingen en na-traject op zowel psychiatrisch als somatisch niveau => meer terugval van ziektes nadat ze zich gestabiliseerd hadden"
"Geen besluit tot uithuisplaatsing door jeugdzorg bij mishandeling"
- Bestaande aandoeningen verergeren

“we hebben bij enkele patiënten waargenomen dat hun mentale toestand verslechterde, vooral bij volwassenen met reeds bestaande aandoeningen (angstklachten, fobieën, verlatingsangsten, enz.)”

“De lockdown en de beangstigende situatie van de pandemie hebben bij meerdere patiënten een oud trauma doen herleven”

“bij de meest geïsoleerde patiënten het ontstaan van zelfmoordgedachten”

- Nood aan een gefaseerde aanpak, die bovendien aansluit op de behoeftes
“niet alle psychotherapeutische instrumenten te kunnen gebruiken”
- Gezondheidsprofessionals:
 - Moeilijk om kwaliteitswerk te leveren (voortzetten van een therapeutische relatie op afstand; voortdurende aanpassingen...)
“afstandsregels, mondkapje, plexiglas, videoconsults: interactie met patiënt van lagere kwaliteit, emoties van patiënten lezen is moeilijker, voor slechthorende patiënten is liplezen moeilijker.”
“thuiswerken (in mijn slaapkamer zodat mijn kinderen niet in de buurt zijn) maakte het zeer moeilijk om professioneel over te komen.”
“Enorme relevante zorgvraag, waardoor men moet kiezen en prioriteiten moet stellen (nog meer dan normaal). Het sentiment dat overheerst is dat het werk niet naar behoren kan worden gedaan en dat de werkwijze niet voldoende tegemoetkomt aan de behoeften van de doelgroep”
 - Angst voor besmetting, wat leidt tot emotionele overbelasting
“Angst om de eigen familie te besmetten”
“Moeite de ongerustheid weg te nemen bij het gezin dat bang is dat ik blootgesteld word aan Covid.”
“Werken met stress vanwege het Covid-risico op werkplekken.”
 - Impact op welzijn op het werk (telewerken, stress, privé-werkbalans)
“Ik voel mij uitgeput”
“Moeilijk om een comfortabele werkomgeving vast te houden, per telefoon of videovergadering (mensen hebben de neiging te denken dat je 24/7 beschikbaar moet zijn, veel meer dan bij fysieke aanwezigheid); moeite om de problematiek van de cliënt los te laten (mishandeling, geweld, sterfte, zelfmoordgedachtes) aangezien men voortdurend op dezelfde plek leeft en werkt, en de enige mogelijkheid is om in een andere kamer te gaan zitten”
“cognitieve uitputting als gevolg van de vele vergaderingen per videoverbinding”

3) Geïdentificeerde risicogroepen

- Kinderen en jongeren en ouderen (met name risico op huiselijk geweld)
- Personen in precaire situaties
- Personen met een voorgeschiedenis:
 - Geestelijk
 - Lichamelijk
 - Verslaving/middelenmisbruik
 - Handicap
- Gezondheidsprofessionals in de eerste lijn
- Mantelzorgers
- Zelfstandigen
- Ex-Covid-patiënten
- Familie van Covid-patiënten (in het bijzonder nabestaanden)

4) Middelen die hebben geholpen

Op individueel niveau:

- Gezonde levensstijl (wandelingen, rust...)
- Levenshouding (positieve instelling, bewust leven...)
- Werk en privé in balans (mentaal maar ook lichamelijk, bijvoorbeeld op het gebied van tijd en ruimte)
- Vrije tijd, sport...
- Toekomstperspectieven (praktische, zoals projecten, maar ook levensbeschouwelijke)
- Gevoel van financiële zekerheid
- Informatie (heldere communicatie; aanspreekpunt – vertrouwelijke informatie)
- Sociale en fysieke contacten

Op institutioneel niveau:

- Sociale contacten en band met collega's
"De steun van naaste collega's en nieuwe samenwerkingen met andere collega's op het werk".
- Gevoel nuttig te zijn, een rol te vervullen
"het gevoel iets nuttigs te doen, in het kader van een job, ten tijde van deze gezondheids crisis"
Kennissuitwisseling
- Bestuur/management dat openstaat voor, en in staat is tot, flexibiliteit en innovatie
- Nieuwe kansen (lopende gesprekken, nieuwe functies...)
- Controle binnen het netwerk (zorg voor de zorgverleners)
- Meebeslissen

Op maatschappelijk niveau:

- Preventiecampagnes
- Collectieve, spontane initiatieven (applaus, vrijwilligerswerk, enz.)

3.3 Tweede fase: kwantitatieve feedback op stellingen

De verzamelde onderwerpen werden samengevat in 21 stellingen (zie bijlage). De kwalitatieve analyse van de resultaten en de formulering van deze stellingen werden gereviseerd door twee andere onderzoekers (één Franstalige en één Nederlandstalige), die niet betrokken waren bij het initiële onderzoek (externe referenten aan het onderzoek om de validiteit te bewaken) en concludeerden dat de methodologie goed was opgevolgd en dat de stellingen correspondeerden met de onderzoeksresultaten. Deze stellingen werden vervolgens voorgelegd aan de 195 deelnemers aan het eerste deel. Aan hen werd gevraagd om bij elke stelling aan te geven hoe sterk ze het ermee eens waren, daarbij gebruikmakend van de 7-punts Likertschaal (van "Helemaal oneens" tot "Helemaal eens").

Daarnaast werd de deelnemers gevraagd om aan te geven in hoeverre (Likertschaal) zij akkoord gingen met de definiëring van de 10 risicogroepen die in de eerste fase geïdentificeerd werden als groepen die een hoger risico zouden hebben op het ontwikkelen van Covid-19 gerelateerde geestelijke gezondheidsklachten:

Kinderen/Jongeren

Senioren

Mensen met een lagere sociaaleconomische status (armoede, isolatie, ...)

Bestaande aandoeningen (geestelijk, lichamelijk,...)

Geïnterneerden

Eerste lijn binnen de gezondheidszorg

Mantelzorgers

Zelfstandigen

Covid slachtoffers die de ziekte overleven

Familie van overlevenden/slachtoffers/overledenen

Tot slot werd de deelnemers gevraagd aan te geven in hoeverre 11 hulpbronnen die geïdentificeerd werden in de eerste fase hen hadden geholpen en in welke mate deze hulpbronnen structureel zouden moeten worden bevorderd (van "Helemaal niet belangrijk" tot "Zeer belangrijk"):

Een gezonde levensstijl (evenwicht tussen werk en privéleven, vrije tijd, sport enz.)
Een gevoel perspectief te hebben: praktisch (bv. projecten) en filosofisch (bv. boeken lezen)
Gevoel van financiële zekerheid
Betrouwbare, up to date en duidelijke informatie
Fysieke sociale contacten (familieleden, psychosociale diensten, lotgenoten enz.)
Virtuele sociale contacten
Vrije kennisuitwisseling (geen compartimentering meer)
Management dat openstaat voor/in staat is tot: flexibiliteit/bevordering van innovatie
Een duidelijke visie die mensen het gevoel geeft dat ze zich nuttig kunnen maken door rollen op te nemen, bezig te blijven, nuttig te zijn, te helpen
Campagnes/preventieve boodschappen (bv. geestelijke gezondheid)
Gezamenlijke sociale initiatieven (bv. applaus na 20u, vrijwilligerswerk enz.)

Van de 195 verstuurd vragenlijsten werden er 113 ingevuld (60 Nederlandstalig en 53 Franstalig). De uitval laat zich ten dele verklaren door het feit dat de vragenlijst naar de patiëntenverenigingen werd verstuurd om ze onder hun leden te verspreiden. Die hadden vervolgens de keuze om wel of niet hun contactgegevens te vermelden en geen van de patiënten die het eerste deel had ingevuld, vulde een e-mailadres in. Datzelfde gold voor de vragenlijst gericht aan de professionals. Enkele deelnemers namen deel via een link en lieten geen e-mailadres achter.

Daar komt bij dat verschillende deelnemers aan de 1^e studie simpelweg het 2^e deel niet hebben beantwoord. Zoals blijkt uit onderstaande tabel zijn de ontbrekende antwoorden redelijk gelijkmatig verdeeld over de verschillende werkvelden:

	N Antwoorden op 1ste	N 2e ontvangen	% 2e ontvangen	N geen antwoord op 2e	% geen antwoord op 2e
Patiënten en mantelzorgers	46	27	59	6	22
Psychologen	24	21	88	10	48
HR/Dienst voor preventie	25	23	92	6	26
Coördinator/directeur	22	17	77	5	29
Personeel instelling GGZ	45	32	71	7	22
Artsen – Psychiaters	12	7	58	3	43
Netwerkcoördinatoren	5	5	100	2	40
Onderzoekers – academisch	11	11	100	0	0
Geen informatie beschikbaar	5	5	100	0	0
Totaal	195	148	76	39	26

De analyse van de resultaten van deze ondervraging (in detail na te lezen in de bijlage) laat zien dat de deelnemers het grotendeels eens zijn met alle stellingen. Er is bovendien geen verschil tussen de antwoorden van de Franstalige en Nederlandstalige deelnemers (de

antwoorden van de Franstalige deelnemers zijn iets uitgesprokener, maar volgen eenzelfde tendens/richting).

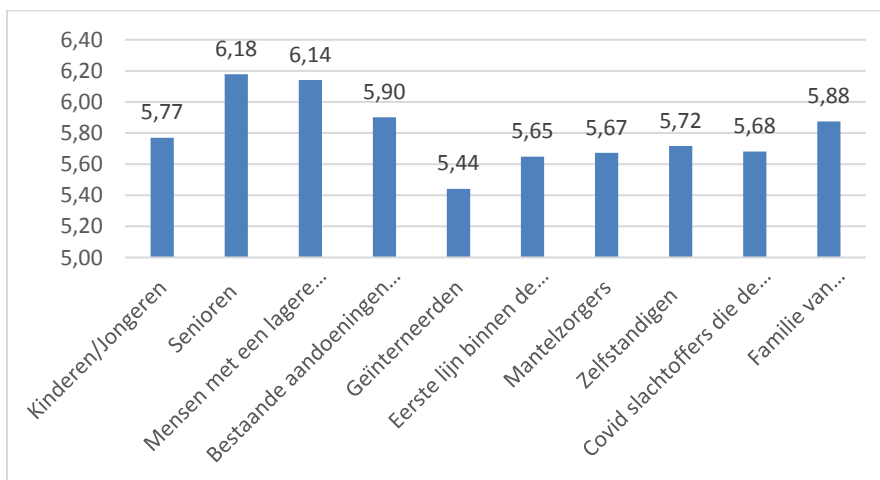
De scores liggen tussen de 5,18 en 6,07 op een schaal van 7 (1 = " Helemaal niet belangrijk" en 7 = " Zeer belangrijk"), behalve voor de volgende stellingen:

- Dankzij teleconsults is de geestelijke gezondheidszorg ook toegankelijk geworden voor personen die voorheen niet op consult kwamen. (3,99)
- Onder de algemene bevolking openbaren geestelijke gezondheidsklachten als gevolg van COVID-19 zich voornamelijk op de werkplek. (3,94)
- Dankzij innovaties die tijdens de eerste golf in de geestelijke gezondheidszorg werden doorgevoerd, is de zorg tijdens de tweede golf toegankelijker geworden (voorbeeld van de hybride zorg). (4,84)

De volgende stellingen konden op de meeste instemming rekenen:

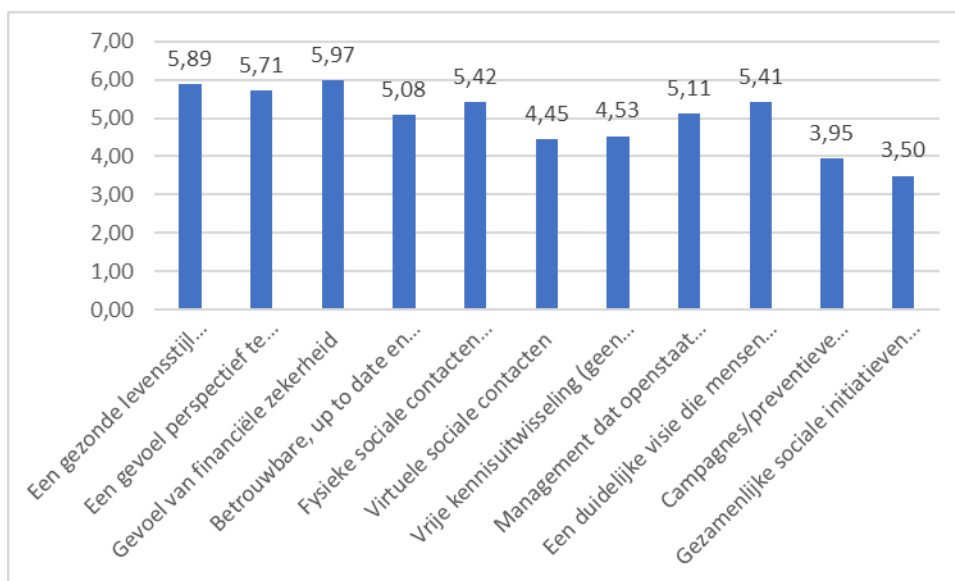
- Het ontbreken van een langetermijnvisie voor de geestelijke gezondheidszorg en het belang van de geestelijke gezondheidszorg voor de maatschappij. (5,92)
- De angst om zelf besmet te raken en de angst om anderen (naasten, patiënten) te besmetten zorgen voor extra emotionele spanning. (5,95)
- De impact van COVID-19 heeft de sociale ongelijkheid vergroot, wat weer zou kunnen zorgen voor een toename van geestelijke gezondheidsproblemen. (6,07)

Ook de stellingen over kwetsbare groepen kunnen op grote instemming van de deelnemers rekenen, vooral ten aanzien van ouderen en personen met een zwakke sociaaleconomische positie.



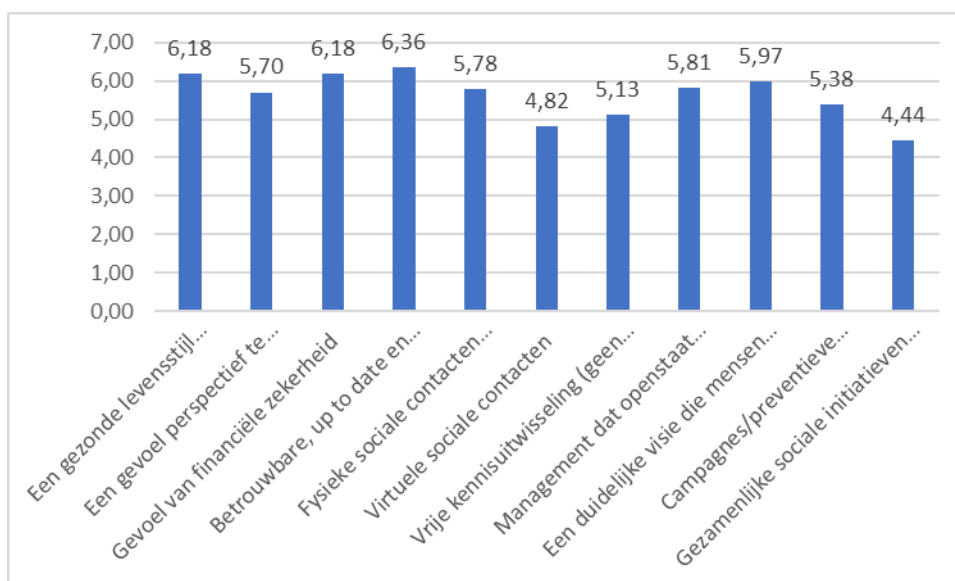
Op het vlak van hulpbronnen zien we dat vooral een gezonde levensstijl, financiële zekerheid, een heldere toekomstvisie en perspectieven, en sociale en fysieke contacten geholpen hebben.

De respondenten geven aan minder baat te hebben bij sociale, collectieve initiatieven en preventiecampagnes.



De deelnemers denken van de meeste hulpbronnen dat het belangrijk is om ze te ontwikkelen, en dan met name de informatieverstrekking, het gevoel van financiële zekerheid, de gezonde levensstijl en de heldere visie die het gevoel geeft nuttig te zijn.

Het ontwikkelen van virtuele sociale contacten en sociale, collectieve initiatieven wordt als minder belangrijk gezien.



3.4 Derde fase: feedback op het synthese rapport

Het syntheserapport werd opgestuurd naar de 113 deelnemers van de tweede fase, waarbij hen gevraagd werd om na te gaan of ze zich konden vinden in de bevindingen en hen de kans gegeven werd om, eventueel, nog bijkomende elementen toe te voegen.

50 respondenten reageerden op de oproep. Alle reacties waren positief en bevestigden dat de deelnemers zich herkenden in de bevindingen. 19 respondenten voegden nog extra opmerkingen toe.

Samengevat, benadrukken deze bijkomende opmerkingen vooral het belang van de impact die Covid heeft op de mentale gezondheid, het gebrek aan perspectief, het gebrek aan veiligheid, de aanwezigheid van stress, het verminderen van sociale contacten en de sociale cohesie, de gecompliceerde rouw en de duurtijd van de crisis. Vooraf bestaande problemen zijn enkel maar verergerd door de pandemie. De effecten van de pandemie zullen zich nog lang laten voelen.

De volgende noden worden in deze extra commentaren benadrukt:

- De nood aan nieuwe hulpbronnen: er moet meer aandacht komen voor positieve boodschappen, autonomie dient centraal te staan, het belang van participatie, de eigen hulpbronnen moeten gepromoot worden om de veerkracht te versterken.
- Er dient erkenning te komen van de huidige psychologische moeilijkheden en er dient gesensibiliseerd te worden inzake mentale gezondheid: mensen dienen zich erkend te voelen wanneer ze moeilijkheden ondervinden en gesteund voelen wanneer ze hulp zoeken.
- Het versterken van de mentale gezondheidszorg: de pandemie heeft bovenal reeds bestaande lacunes in de sector blootgelegd. De mentale gezondheidszorg zou in haar totaliteit moeten erkend en versterkt worden vanaf de eerste lijn, dit zowel op het niveau van personeel (incl. directie) als op infrastructuur en supervisiemogelijkheden. Het gaat hierbij niet om de creatie van nieuwe dingen, maar bovenal het versterken van wat reeds bestaat. Zorgverleners hebben zich meermaals onmachtig gevoeld ten opzichte van de verergerde problemen en de toenemende werklast. Er is ook een grote nood aan data (o.a. zelfmoord).

Tot slot, benadrukken de commentaren dat bepaalde groepen in bijzondere kwetsbaarheid leven omwille van hun socio-economische situatie. Zij moeten financieel bijgestaan worden (toename van de ongelijkheid). Daarnaast zijn er groepen die een bijzondere fysieke kwetsbaarheid vertonen en extra ondersteuning nodig hebben. Hierbij wordt gedacht aan kinderen, in het bijzonder zij met ontwikkelingsstoornissen of mentale achterstand, en jongeren (adolescenten en studenten), die vooral te lijden hebben onder het sociale isolement. Zij komen onvoldoende aan bod in het beleid.

3.5 Conclusies

De resultaten tonen aan dat de deelnemers het over het algemeen eens waren met de stellingen en dat de analyse van de 1^e fase tot een correcte vertaling van hun antwoorden heeft geleid. We zien dat er vooral veel instemming is met het gebrek aan een langetermijnvisie voor de geestelijke gezondheidszorg, de emotionele spanning als gevolg van de angst om besmet te raken en het effect van Covid op de ongelijkheid in de samenleving. Men was het daarentegen minder sterk eens met de hypothesen met betrekking tot de meerwaarde en het potentieel van teleconsults (toegankelijkheid voor nieuwe doelgroepen, betere toegang tijdens de tweede golf) en de hypothese dat de geestelijke gezondheidsproblemen in de algemene bevolking zich voornamelijk op het werk zouden manifesteren.

Op het gebied van hulpbronnen ziet men de financiële zekerheid, het hebben van perspectieven en een helder toekomstbeeld als de belangrijkste hulpbronnen. Virtuele contacten worden dan weer minder belangrijk gevonden dan fysieke contacten.

Het is belangrijk om op te merken dat de resultaten de gevoelens van de deelnemers weerspiegelen op basis van hun realiteit en daarom niet kunnen worden veralgemeend. Desalniettemin kunnen uit deze studie enkele conclusies worden getrokken:

- Tijdens de crisis hielden de autoriteiten te weinig rekening met de geestelijke gezondheid. Het is noodzakelijk om het **belang van de geestelijke gezondheidszorg**

in te zien en het psychisch welzijn op gelijke voet te plaatsen met de lichamelijke gezondheid. Met name de continuïteit van de zorg en het openblijven van diensten (met inbegrip van de nulde lijn, laagdrempelige, sociale diensten zoals jeugdzorg, gezinsplanning, OCMW,...) moeten altijd worden gewaarborgd.

- Het is belangrijk om een **heldere visie** en perspectieven te formuleren, een alomvattende benadering te hebben die iedereen laat zien welke kant we opgaan. Op zichzelf staande initiatieven volstaan niet. We kunnen ons niet beperken tot de ene of andere aanbeveling zonder het globale kader te heroverwegen. Zo spreekt het voor zich dat het aanbieden van tools voor online consults niet toereikend is. Zelfs als zulke initiatieven ontstaan en voor bepaalde groepen een meerwaarde zullen hebben, moeten ook hybride vormen van zorg worden aangeboden. Ook moet gebruik worden gemaakt van de initiatieven die al bestaan om ze verder te ontwikkelen, in plaats van versnipperde nieuwe initiatieven te creëren.
- Daarnaast is meer **erkenning nodig voor het werk** dat professionals in de geestelijke gezondheidszorg doen. Zij zetten zich enorm in om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de noden van de bevolking. En ze voelen zich in de steek gelaten, omdat er van oudsher te weinig in de sector werd geïnvesteerd en omdat de context bijzonder moeilijk en beangstigend is. Geestelijke gezondheidszorgprofessionals hebben te lijden gehad onder de angst om iemand te besmetten, het gebrek aan financiële zekerheid en aan de moeizame balans tussen werk en privé. Deze inspanningen verdienen meer erkenning en meer bescherming. Om dat te bereiken kunnen de volgende maatregelen worden getroffen (die tegelijkertijd de toegankelijkheid van de zorg moeten verbeteren):
 - professionals in de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijke hulpmiddelen bieden (beschermingsmiddelen, IT-materiaal...),
 - het stimuleren van trainingen (bijvoorbeeld om nieuwe tools te kunnen gebruiken), supervisies, informatie-uitwisselingen en hulpmiddelen en ondersteuning bieden om samenwerkingen te faciliteren,
 - financiële zekerheid waarborgen,
 - zorgen dat er voldoende personeel is om aan de vraag te kunnen voldoen,
 - professionals betrekken in het besluitvormingsproces en participatieprocessen ontwikkelen waarin professionals inzicht kunnen krijgen in wat ze doen.
- Ook moet alles in het werk worden gesteld om professionals **voldoende te informeren**: helder, samenhangend en betrouwbaar. Voor velen was toegang tot betrouwbare informatie een belangrijke hulpbron; de voortdurende wijzigingen in procedures, instructies, en de onsamenshangendheden en tegenstrijdigheden onder experts waren echter een belangrijke bron van stress. Heldere informatievoorziening moet daarom een prioriteit zijn. Deze communicatie zou overigens ook beschikbaar moeten zijn voor de algemene bevolking, aangepast aan de verschillende groepen en gericht op informatieverstrekking in de plaats van angst en schuldgevoel.
- De professionals uit de geestelijke gezondheidszorg geven duidelijk aan dat verschillende **kwetsbare groepen** bijzondere aandacht moeten krijgen. Het komt nadrukkelijk naar voor dat de COVID-19-crisis de sociale ongelijkheid in de samenleving heeft vergroot wat dan weer een weerslag heeft op de geestelijke gezondheid. De groepen met de zwakste sociaaleconomische positie lopen een hoger risico en zouden moeten multidisciplinaire ondersteuning krijgen wil men deze risico's terugdringen. Ook andere groepen met een reeds bestaande kwetsbaarheid (ook psychische) moeten speciale aandacht krijgen alsook kinderen, jongeren en studenten
- Voor de gehele bevolking is het nodig om aandacht te schenken aan **preventie** (weerbaarheid en veerkracht verhogen, voorlichting over persoonlijke hulpbronnen, positieve berichten, participatie, bewustwording van de geestelijke gezondheid...) om aanpassingsproblemen te verminderen. De strategieën moeten daarom worden gefaseerd (monitoring, selectie, afstemming) en aan de verschillende doelgroepen aangepast.

- Het is nodig om te kunnen beschikken over instrumenten waarmee wij **op een objectieve manier** de situatie in de geestelijke gezondheidszorg en de behoeftes onder de bevolking op dit gebied kunnen evalueren, zodat we daarop kunnen inspelen en de maatregelen kunnen monitoren. Op dit gebied zijn inmiddels verschillende initiatieven ontplooid, maar het ontbreekt aan uitwisseling en afstemming van deze informatie.

IV ALGEMENE AANBEVELINGEN

De gegevens uit de herziening van de internationale literatuur, het onderzoek bij gezondheidswerkers, patiënten en mantelzorgers, de raadpleging van Belgisch onderzoek en de hoorzittingen en discussies binnen de werkgroep zijn zeer eensluidend en stellen de HGR in staat de volgende algemene aanbevelingen te doen:

1. Het belang van geestelijke gezondheid erkennen in de voorbereiding, het beheer en de gevolgen van een pandemie en de sector geestelijke gezondheidszorg op lange termijn steunen.

De HGR bevestigt nogmaals uitdrukkelijk hoe belangrijk het is te erkennen dat de Covid-19-pandemie niet alleen een medische uitdaging is, maar ook een psychosociale crisis. Geestelijke gezondheid is niet louter een aspect van globale gezondheid en vergt specifieke aandacht, voor verschillende redenen:

- De naleving van preventieve maatregelen heeft rechtstreeks verband met verschillende psychosociale factoren (bv. psychosociale en economische kwetsbaarheid, motivatie, vermoeidheid, veerkracht, aanpassingsvermogen). De mogelijke afloop van de pandemie en de nasleep ervan kan daarom gebaat zijn bij psychosociale expertise;
- door het chronisch karakter van de pandemie en de aard van de beschermingsmaatregelen is de druk op de geestelijke gezondheid binnen de algemene bevolking toegenomen. Vooral het sociaal isolement lijkt hard door te wegen, in het bijzonder op kinderen en jongeren. De duurtijd van de maatregelen is weegt zwaarder door dan de maatregel zelf;
- uit verschillende bronnen blijkt dat vormen van afreageergedrag (bv. alcoholisme, geweld, zelfmoord, ...) toenemen, een duidelijk signaal van de toenemende psychologische druk;
- aangezien de indirecte effecten (bv. financiële last) na de pandemie nog ten volle hun uitwerking moeten krijgen en vermits veel geestelijke gezondheidsproblemen een vertraagd effect vertonen, mogen we verwachten dat de geestelijke gezondheidsproblemen op langere termijn nog verder zullen toenemen. Deze stoornissen zullen een langere levensduur hebben dan de coronavirusinfectie;
- de HGR heeft verschillende groepen geïdentificeerd voor wie het risico dat ze geestelijke gezondheidsproblemen ontwikkelen tijdens en zelfs na deze pandemie groter is dan voor de rest van de samenleving: vooral kinderen en jongeren en oudere volwassenen en mensen met multi-morbiditeiten, mensen met bestaande geestelijke gezondheidsproblemen, eerstelijnsgezondheidsverleners, mantelzorgers, sociaal uitgesloten groepen (waaronder gevangenen, daklozen, vluchtelingen, mensen zonder geldige documenten en mensen met een migratieachtergrond) en mensen die geconfronteerd worden met jobonzekerheid en/of financiële onzekerheid.

ACTIES :

- a) Deze erkenning van de geestelijke gezondheid kan zich vertalen in het actief opnemen van professionals uit de geestelijke gezondheidszorg in de groep die de aanpak van de Corona-pandemie aanstuurt.
- b) De geestelijke gezondheidszorg was zelf niet afdoende uitgerust om deze pandemie het hoofd te bieden en heeft deze nog steeds te kampen met een aanzienlijke hoeveelheid stress. Om de best mogelijke zorg te kunnen bieden, ook in de toekomst, moet de sector als geheel ondersteuning krijgen (bv. financieel, HR, organisatorisch, ...) en voor meerdere jaren. De tijdshorizon voor investeringen in geestelijke gezondheidszorg moet aanzienlijk langer zijn dan het verwachte einde van de pandemie.
- c) Er is nood aan **een proactieve, stapsgewijze benadering** van de geestelijke gezondheid, die monitoring, triage en doorverwijzing omvat waar/wanneer dat nodig is. De HGR beveelt aan:
 - De basis van deze benadering moet zich toespitsen op het effectief stimuleren van de natuurlijke veerkracht en middelen van mensen (bv. degelijke zelfhulpprogramma's, participatie, bewustmaking van de geestelijke gezondheid, enz. en zo spoedig mogelijk herstel van de sociale contacten, vooral voor jongeren, en financiële zekerheid).
 - Zorg voor vlotte assimilatie van instrumenten voor ondersteuning van de geestelijke gezondheid. De HGR benadrukt de noodzaak van een actieve coördinatie en kwaliteitscontrole om de best mogelijke geestelijke gezondheidszorg te garanderen.
 - Deze middelen bijeenbrengen op de nationale informatiewebsite over corona.
 - Wanneer professionele hulp vereist is, moeten doorverwijzing en zorg onverwijld zo snel mogelijk en zonder onderbreking volgen.
- d) **De monitoring van de impact van Covid-19** op de geestelijke gezondheid moet worden geprofessionaliseerd en dient jaren na de pandemie door te gaan:
 - subjectieve indicatoren combineren met hardere gegevens, zoals het aantal (vrij) verkochte psychotrope geneesmiddelen;
 - besteed bijzondere aandacht aan reeds geïdentificeerde kwetsbare groepen (waaronder kinderen en jongeren) en organiseer een actieve uitkijk om nieuwe precare situaties die ontstaan op te sporen;
 - werk een gegevensbank voor de geestelijke gezondheid uit en zorg voor actieve links tussen de bestaande gegevensbronnen om het potentiële gebruik van gegevens te maximaliseren bij het beter monitoren en voorspellen van de impact van deze pandemie op de geestelijke gezondheid;
 - Investeer in onderzoek dat inzicht geeft in de impact op de geestelijke gezondheid en de nasleep voorspelt door subjectieve en objectieve indicatoren te combineren.

2. Een doelmatige en afgestemde communicatiestrategie ter bevordering van de geestelijke gezondheid ontwikkelen

De HGR wil het cruciale belang benadrukken van communicatie in de impact van Covid-19 op de geestelijke gezondheid:

- de pandemie is gepaard gegaan met een infodemie, d.w.z. een overdaad aan informatie die, met sterk uiteenlopende kwaliteit (inclusief nepnieuws), voortdurend

wordt verspreid via een breed gamma aan media. Er is nood aan een stevig communicatieplan rond geestelijke gezondheid, dat de negatieve effecten van de infodemie tegengaat;

- het is vooral door het chronisch karakter van de pandemie lastig voor mensen om gemotiveerd te blijven en positief ingesteld te blijven. Een afgestemde communicatiestrategie kan mensen ondersteunen bij het omgaan met de pandemie en hen inspireren om daartoe nieuwe strategieën te volgen.

ACTIES:

- a) Bestrijd de infodemie met een doelmatige communicatiestrategie over de geestelijke gezondheid, die erop gericht is mensen betrouwbare informatie en een realistisch maar positief perspectief te bieden en hen te inspireren tot nieuwe strategieën om met de pandemie om te gaan, in samenwerking met de media en de overheidsinstanties.
- b) De communicatie moet een autoritaire toon mijden en zich toespitsen op gemeenschap, menselijkheid, solidariteit en samenhang.
- c) De communicatie moet ook worden afgestemd op verschillende doelgroepen, met name die met een beperkte kennis van gezondheidsinformatie of die niet worden bereikt door de traditionele media.
- d) De media hebben een rol om op een positievere en minder angstaanjagende manier te communiceren over het aannemen van beschermend gezondheidsgedrag.

3. Investeren in werk als hefboom voor de geestelijke gezondheid en bestaande preventiestructuren ten volle benutten

De HGR heeft vastgesteld dat werk van cruciaal belang is voor het welzijn; zowel op persoonlijk als op maatschappelijk niveau; maar ook van cruciaal belang voor het behoud van de financiële stabiliteit (die als indirect gevolg van de pandemie in het gedrang kan komen). Werk geeft zin, een doel, sociale verbondenheid en financiële stabiliteit. Het grote publiek voelt de huidige impact van de pandemie op de geestelijke gezondheid vooral via de gevraagde aanpassingen, overwegend op de werkvloer.

ACTIES:

- a) Werk kan daarom worden gezien als een cruciale en meteen beschikbare hefboom voor geestelijk welzijn in deze pandemie.
- b) De preventiediensten, die op het vlak van arbeid reeds actief en operationeel zijn, kunnen een vitale rol spelen bij het voorkomen en opsporen van geestelijke gezondheidsproblemen op de werkplek. Het is niet nodig het wiel opnieuw uit te vinden, aangezien deze bestaande diensten gemakkelijk kunnen worden versterkt en op hun taak berekend zijn.

V REFERENTIES

Bojdani E, Rajagopalan A, Chen A, Gearin P, Olcott W, Shankar V, et al. COVID-19 Pandemic: Impact on Psychiatric Care in the United States, a Review. *Psychiatry Res* 2020;289:113069.

Bruffaerts, R., Voorspoels, W., Jansen, L., Kessler, R., Mortier, P., Vilagut, G., De Vocht, J., Alonso, J. (2021). Suicidality among healthcare professionals during the first covid19 wave. *Journal of Affective Disorders*, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.013>

Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, behavior, & immunity-health* 2020;8:100144.

Cabrera MA, Karamsetty L, Simpson SA. Coronavirus and its implications for psychiatry: a rapid review of the early literature. *Psychosomatics* 2020; 61(6),607-15.

Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry res* 2020;292:113312.

C Fong V, Iarocci G. Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. *J Pediatr Psychol* 2020;45(10):1124-43.

Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'Encephale* 2020;46(3):193-201.

Cooke JE, Eirich R, Racine N, Madigan S. Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry res* 2020;292:113347.

de Miranda DM, da Silva Athanasio B, de Sena Oliveira AC, Silva ACS. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct: IJDRR* 2020;51:101845.

de Pablo GS, Serrano JV, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;275:48-57.

da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2020;104:110057.

Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr: Clin Res Rev* 2020;14(5):779-88.

Etkind SN, Bone AE, Lovell N, Cripps RL, Harding R, Higginson IJ, et al. The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: a rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2020;60(1):e31-e40.

Galli F, Pozzi G, Ruggiero F, Mameli F, Cavicchioli M, Barbieri S, et al. A Systematic Review and Provisional Metanalysis on Psychopathologic Burden on Health Care Workers of Coronavirus Outbreaks. *Front Psychiatry* 2020;11:568664.

Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, et al. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res* 2020;291:113264.

Harrop E, Mann M, Semedo L, Chao D, Selman LE, Byrne A. What elements of a systems' approach to bereavement are most effective in times of mass bereavement? A narrative systematic review with lessons for COVID-19. *Palliat Med* 2020;34(9):1165-81.

Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. 2020;F1000Research 9:636.

Imran N, Aamer I, Sharif MI, Bodla ZH, Naveed S. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. Pak J Med Sci 2020;36(5):1106-16.

Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. BMJ (Clin research ed)2020;369:m1642.

Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res 2020;293:113382.

Lakhan R, Agrawal A, Sharma M. Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Pandemic. J Neurosci Rural Pract 2020;11(4):519-25.

Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020; 59(11):1218-39(e3).

Luo M, Guo L, Yu M, Wang H. The Psychological and Mental Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on Medical Staff and General Public – A Systematic Review and Meta-analysis. Psychiatry Res 2020;291:113190.

Mayland CR, Harding AJ, Preston N, Payne S. Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. J Pain Symptom Manage 2020;60(2):e33-e39.

Mazza M, Marano G, Lai C, Janiri L, Sani G. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. Psychiatry Res 2020;289:113046.

Menzies RE, Neimeyer RA, Menzies RG. Death Anxiety, Loss, and Grief in the Time of COVID-19. Behaviour Change 2020;37(3):111-5.

Mukhtar S. Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. Int J Soc Psychiatry 2020;66(5):512-6.

Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun 2020;88:901-7.

Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. Current psychiatry reports 2020;22(8):43.

Que J, Yuan K, Gong Y, Meng S, Bao Y, Lu L. Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. Neuropsychopharmacol Rep 2020;10.1002/npr2.12141.

Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian J Psychiatr 2020; 52:102066.

Ramalho R. Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Australas Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 2020;28(5):524-6.

Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(7):611-27.

Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health* 2020;16:57.

Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;277:347-57.

Silva E, Ono BHVS, Souza JC. Sleep and immunity in times of COVID-19. *Rev Assoc Med Bras (1992) vol 66 (suppl 2) São Paulo* 2020;66:143-7.

Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102119.

Stroebe M, Schut H. Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 2020:0030222820966928.

Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria* 2020;55(3):137-44.

Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020;89:531-42.

Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord* 2020;277:55-64.

Zech, E. Fin de vie et processus de deuil. *Santé Conjugée*. 2020 ; 93 :40-42.

VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experts is beschikbaar op de website van de HGR: [wie zijn we?](#)

Al de experts hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experts hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Elke VAN HOOF** in medevoorzitterschap met **Lode GODDERIS** en **Frederique VAN LEUVEN** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD.

BAL Sarah

Klinische psychologie

UGent

BAZAN Ariane

Psychologie

ULB

BLAVIER Adélaïde	Klinische psychologie	ULG
BRUFFAERTS Ronny	Psychologie	UZLeuven
CALMEYN Marc	Psychiatrie, psychotherapie	PZ Onzeliëvrouw Brugge
DE LAET Hannah	Psychologie	VUB
DERLUYN Ilse	Migratie	UGent
GODDERIS Lode	Arbeidsgeneeskunde	KULeuven
LORANT Vincent	Volksgezondheid	UCLouvain
LUMINET Olivier	Gezondheidspsychologie	UCLouvain
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	UZ Brussel, VUB
MOMMERENCY Gijs	Psychologie	UGent
PORTZKY Gwendolyn	Psychologie	UGent
RESIBOIS Maxime	Psychologie	CRéSaM
VAN DEN CRUYCE Nele	Sociologie	VUB
VAN GRAMBEREN Mieke	Sociologie	Zorg Leuven
VAN HOOFF Elke	Klinische psychologie	VUB
VAN LEUVEN Frederique	Psychiatrie	Centre Psychiatrique Saint-Bernard
VANDAMME Annemie (Anne-Mieke)	Virologie, epidemiologie, HIV	Rega Instituut; KU Leuven

De volgende experts werden gehoord maar waren niet betrokken bij de goedkeuring van het advies.

COLEMONT Patrick	Vlaams Patiëntenplatform
LAUREYS Greet	Similes
LOWET Koen	VVKP
LIÉVIN Vincent	Freelance journalist
MOENS Isabel	Zorgnet Icuro
NIEUWENHUYS Céline	Fédération des services sociaux
PEPERMANS Koen	Universiteit Antwerpen
VAN DAELE Tom	Steunpunt GGZ
VANHAECHT Kris	KU Leuven
VANSTEENKISTE Maarten	UGent
ZECH Emmanuelle	UCLouvain

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

CAUCHIE Martin	Minister Maron
CUIGNET Deborah	Minister Linard
DE BOCK Paul	FOV VVVL
FORTUIN Astrid	FOV VVVL
JACOB Bernard	FOV VVVL
LECLERCQ François	Minister Morreale
MOENS Isabel	Minister Vandenborucke
OOSTERLINCK Tineke	Minister Beke
PERL Francois	RIZIV
PIRAPREZ Laura	Minister Antoniadis
RABAU Ria	Minister Van den Brandt
VANDENBROUCKE Elodie	Minister Linard

VII BIJLAGEN

Bijlage 1: Search terminology used in Cochrane and Pubmed (title and/or abstract)

COVID-19 / coronavirus / covid

AND

Mental health (psychological distress)

AND

Children

elderly

resilience

bereavement

Inclusion criteria

Systematic Review and reviews with clear methodological approach

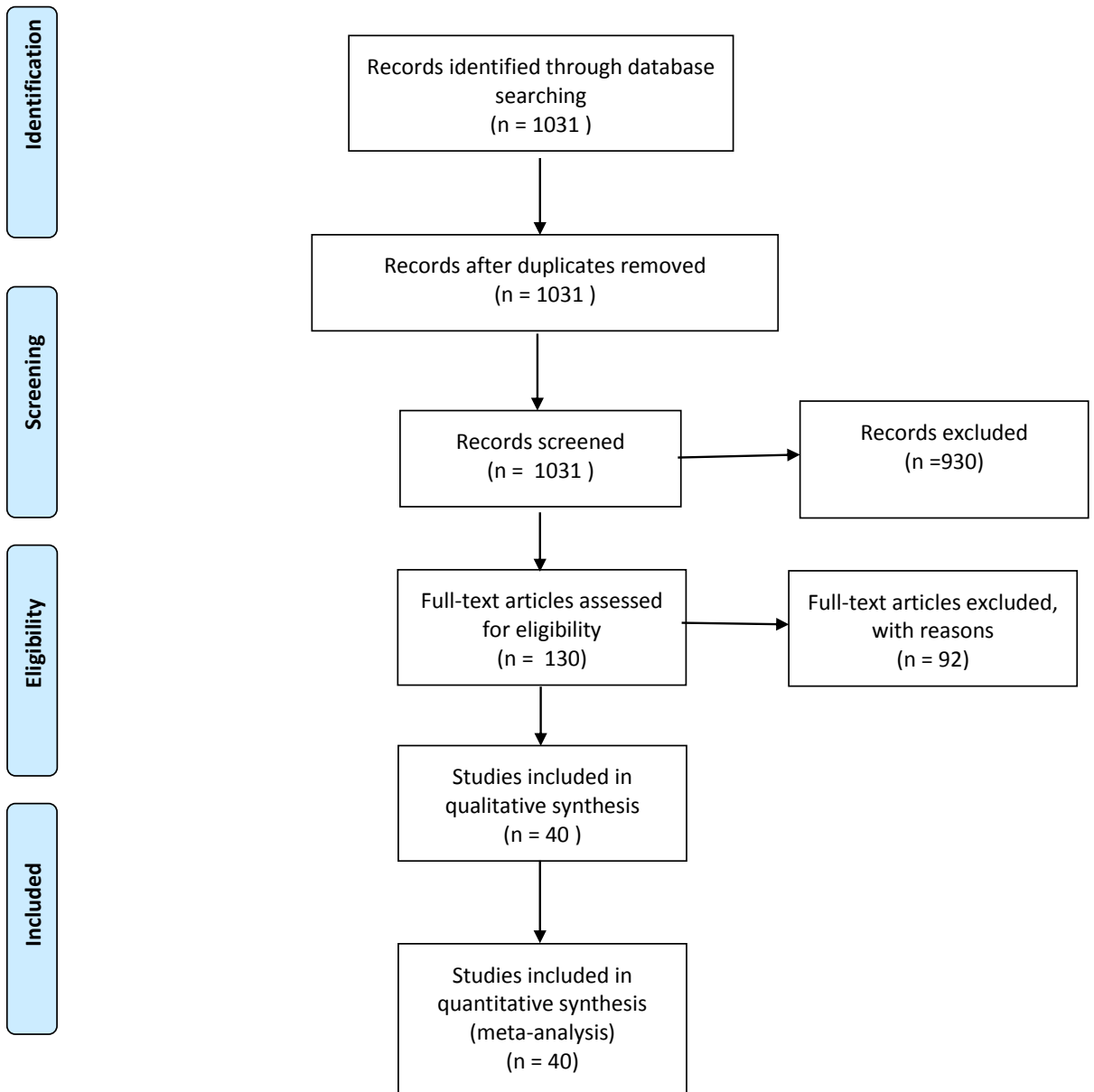
May 2020 – November 2020 (follow up report I)

English/French

Exclusion criteria

Non psychosocial impact

Non-human impact



Bijlage 2: Stelling en gemiddelde score per stelling (op een schaal van 7)

De autoriteiten besteden onvoldoende aandacht aan de psychosociale aspecten van de pandemie. Het niet opnemen van de psychosociale aspecten van Covid-19 zal een negatieve invloed hebben op het verloop en de verdere ontwikkeling van de gevolgen van de pandemie.	5,34
De geestelijke gezondheidszorg stond al onder druk voordat covid toesloeg. De structureel ontoereikende ondersteuning (bv. financieel, juridisch, organisatorisch,...) van deze sector is een belangrijk element in de reden waarom de sector onvoldoende voorbereid was op de uitdagingen die de pandemie met zich meebrengt.	5,84
Het ontbreekt aan een strategische visie op de geestelijke gezondheidszorg en het belang van de geestelijke gezondheid in de samenleving.	5,92
De geestelijke gezondheidszorg kreeg onvoldoende ondersteuning van de overheid bij het omgaan met de tekorten aan noodzakelijke middelen (bijv. veiligheidsmateriaal, IT-behoefte, ...).	5,49
Veiligheidsmaatregelen die tijdens de pandemie nodig zijn (bijv. afstand, masker, telewerken) hebben een negatief effect op de therapeutische relatie tussen de mentale gezondheidswerker en de patiënt.	5,81
Tijdens de pandemie werden verschillende diensten voor mentale gezondheidszorg gedwongen te sluiten of om hun beschikbaarheid te verminderen, wat een negatieve invloed had op de geestelijke gezondheid.	5,18
Teleconsulten hebben het bereik van de mentale gezondheidszorg opengetrokken, waardoor mensen die voorheen niet bereikt werden nu wel bereikt worden.	3,99
De angst om zichzelf of anderen (familieleden, patiënten, ...) te besmetten, zorgen voor extra emotionele druk.	5,35
Door de veiligheidsmaatregelen ontbreken er heel wat mogelijkheden om de batterijen op te laden, wat de basisprincipes van de preventieve geestelijke gezondheid in de weg staat.	5,75
Er is een gebrek aan communicatie en duidelijke richtlijnen, wat een negatief effect heeft op de mentale gezondheid.	5,95
De impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de algemene bevolking uit zich momenteel in aanpassingsproblemen en emotionele belasting.	5,84
De impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de algemene bevolking is vooral zichtbaar op de werkplek.	3,94
Op de lange termijn zal er een toename zijn van de mentale gezondheidsproblemen in de algemene bevolking.	5,89
Er is behoefte aan meer flexibiliteit met betrekking tot de arbeidsomstandigheden (bijv. pauzes), aan erkenning van de mentale overbelasting op de werkvloer.	5,35
De duur van de preventieve maatregelen heeft een grotere impact op de mentale gezondheid dan de preventieve maatregelen zelf.	5,48
Er is minder sociale cohesie/solidariteit in de tweede golf dan in de eerste golf.	5,27
De impact van COVID-19 heeft de sociale ongelijkheden vergroot, wat weer een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen met zich meebrengt.	5,71
De impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van mensen met reeds bestaande kwetsbaarheden laat zich voelen in een stijging van de frequentie en/of het aantal psychopathologieën.	6,07
Beleidsmakers besteden onvoldoende aandacht aan de impact van de pandemie op de mentale gezondheid van kwetsbare of minder sterk vertegenwoordigde groepen (bv. kinderen en jongeren, mensen met een beperking, mantelzorgers enz.).	5,57
De impact van COVID-19 op de mentale gezondheid is groter in de tweede golf dan bij de eerste golf.	5,50
Er moet een systeem voor koppeling en dispatching worden opgezet, dat toelaat om de psychosociale behoeften snel te identificeren en waar nodig de patiënten door te	5,69

verwijzen; dit is nodig om de continuïteit van de zorg te waarborgen en om snel tegemoet te komen aan de (mogelijk wisselende) behoeften op het gebied van mentale gezondheid (<i>stepped care</i>).	
Er is behoefte aan een beter overzicht van en een betere koppeling tussen de datagegevens en de bestaande analyses van de invloed van COVID-19 op de mentale gezondheid.	5,83
De innovaties die tijdens de eerste golf in de mentale gezondheidszorg zijn gemaakt, hebben geholpen om tijdens de tweede golf beter toegankelijke zorg te kunnen aanbieden (bijv. <i>blended care</i>).	4,84

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de pool van benoemde experten). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.