



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9640

De *Belgian Mental Health Monitor COVID-19*, een methode om de overheidsrepons op de impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de Belgische bevolking op te volgen.

Versie gevalideerd op het College van
7 Juli 2021¹

INHOUDSTAFEL

Inhoudstafel.....	1
I INLEIDING.....	2
II Methodologie.....	2
III UITWERKING EN ARGUMENTATIE.....	3
1 Situatieschets.....	3
1.1 Wat is de impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de Belgische bevolking?.....	3
1.2 Samenvatting van de eerdere adviezen ' <i>mental health & COVID-19</i> ' van de HGR ...4	
1.3 In 10 stappen naar het nieuwe normaal.....	12
2 De toekomst: het getrapte zorgmodel.....	15
2.1 Getrapte zorg in de geestelijke gezondheidszorg.....	15
2.2 De impact van het veranderproces.....	19
2.3 Waar staan we nu?.....	20
3 Naar een bruikbare mental health monitor covid-19.....	22
3.1 Het belang van gecentraliseerde informatie.....	22
3.2 Welke impact werd beoogd?.....	23
3.3 Doelgroepen in kaart brengen.....	24
3.4 Preventiemaatregelen in kaart brengen.....	26
3.5 7-stappenplan voor de definiëring van nieuwe initiatieven.....	27
IV Conclusie: Drie adviezen voor de Mental Health Monitor COVID-19.....	28
V Referenties.....	31
VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....	31

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.

Lijst van afkortingen

ASS	Acute Stress Stoornis
BMHDR	<i>Belgian Mental Health Data Repository</i>
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
HGR	Hoge Gezondheidsraad
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

I INLEIDING

In maart 2020 kreeg de Hoge Gezondheidsraad (HGR) de opdracht om **omkadering** te bieden m.b.t. **de impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de Belgische bevolking**.

In eerste instantie werd gevraagd een **overzicht** te geven van **de kaders** die gebruikt kunnen worden om orde te scheppen in de chaos van de crisisfase. Hiervoor werd nationale en internationale wetenschappelijke literatuur geraadpleegd, vooral in verband met eerdere crises. Ook werden diverse inzichten vanuit vergelijkbare situaties en beschikbare richtlijnen onderzocht. Dit leidde tot [het eerste advies 'Geestelijke gezondheid & COVID-19' \(mei 2020\)](#). In dit advies werden niet alleen de kaders geïnterpreteerd, maar ook een overzicht gegeven van de mogelijke effecten op de mentale gezondheid. Al snel rees de vraag of deze kaders wel voldoende bruikbaar waren binnen de Belgische context.

Als antwoord op deze vraag werd de [Belgian Mental Health Data Repository](#) (BMHDR) opgebouwd. Hierin worden alle onderzoeken gecentraliseerd die mogelijk een inzicht kunnen geven in de impact van de pandemie op de mentale gezondheid. In dit kader wordt ook een systematische review uitgevoerd om de beschikbare inzichten in een coherent geheel samen te brengen op basis van de beschikbare level-of-evidence. Zo geeft een longitudinale cohortestudie betrouwbaardere informatie dan een single-time cross-sectionele survey.

In het [tweede advies 'Psychosociale opvang tijdens de COVID-19-pandemie' \(februari 2021\)](#) werd de beschikbare wetenschappelijke literatuur op punt gesteld, met deze keer de focus op studies in verband met de huidige pandemie. Op basis van deze update werden hiaten duidelijk, met name **er is bitter weinig cijfermateriaal beschikbaar over mentale gezondheid**. Bijgevolg werd een Delphi-onderzoek opgezet om de beleving van de impact van zorgprofessionals, mantelzorgers en patiënten uit de geestelijke gezondheidssector rechtstreeks te bevragen. Die inzichten die hieruit voortkwamen, waren in lijn met de adviezen die we uit het wetenschappelijk materiaal distilleerden.

In navolging van al deze inspanningen werd aan de HGR gevraagd om een **methode** voor te stellen om de **initiatieven** op te volgen die genomen werden binnen de vooropgestelde adviezen omtrent de mentale gezondheid van de Belgische bevolking. Op deze manier kunnen de genomen maatregelen bijgestuurd en/of aangevuld worden indien nodig.

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, en virologie. 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.

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

III UITWERKING EN ARGUMENTATIE

1 Situatieschets

1.1 Wat is de impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de Belgische bevolking?

De impact van COVID-19 op de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking volgt het patroon van de pandemie en de respectieve maatregelen. Hoe strikter de te volgen maatregelen en/of hoe langer de maatregelen moeten worden volhouden, hoe groter de impact op het welbevinden. Zo zien we dat het algemene onwelbevinden gevoelig stijgt tijdens de tweede lockdown-periode.

Een overzicht van de belangrijkste vaststellingen (Juni 2021):

- De **algemene bevolking** doet het goed en houdt stand. Echter: wat niet goed liep vóór de pandemie, loopt nu nog slechter.
- Zelf als de **algemene bevolking** het goed doet, de ‘**infodemie**’ leeft echter de indruk ‘dat het met iedereen slecht gaat’. Er moet meer nadruk gelegd worden op hoe men toch plezier kan hebben binnen de opgelegde maatregelen. Ook positieve cijfers dienen meer aandacht te krijgen.
- **Specifieke groepen** (bv. Adolescenten en jonge volwassenen, mensen met reeds bestaande aandoeningen en mensen met een lagere sociaaleconomische status) hebben meer te lijden onder **geestelijke gezondheidsproblemen**, wat moet worden erkend en aangepakt.
- Geestelijke gezondheidsproblemen en angst nemen toe tijdens perioden van **onzekerheid**, bijvoorbeeld met betrekking tot het al dan niet nemen van strenge(re) maatregelen.
- Ook het **gebrek aan sociale interactie** tijdens een periode van lockdown werkt dit in de hand.
- COVID-19 heeft **de sociale ongelijkheden versterkt**, wat ook een impact heeft op de geestelijke gezondheid.
- De **zorg** stond en staat nog steeds **voor bijzondere uitdagingen** die ze al bij al goed doorstaat. De druk is hoog en dat uit zich in onwel bevinden, stijgend aantal conflicten, uitval en verstoorde werk-privé balans. Belangrijke drijfveren zijn angst, te weinig middelen om de job uit te voeren en het gevoel onvoldoende opgeleid of voorbereid te zijn om de bijzondere uitdagingen het hoofd te bieden. Verontrustend is het stijgend aantal zorgprofessionals dat de zorg wil verlaten.

- Er is een **wanverhouding** tussen de **behoefte aan geestelijke gezondheidszorg** en de **beschikbaarheid** ervan, een rechtstreeks gevolg van de gefragmenteerde organisatie van deze zorg. Zo zien we een daling in het gebruik van de Belgische geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in 2020 in vergelijking met 2019, wat betekent dat de zorgbehoefte zich niet vertalen in zorggebruik. Dit zou het gevolg zijn van versnippering binnen het zorgaanbod (ook qua tarieven) en onduidelijke communicatie. Dit leidt tot een stijging in **onvervulde behoeften** zowel voor de algemene bevolking, de kwetsbare groepen, de risicogroepen en de zorg.

1.2 Samenvatting van de eerdere adviezen 'mental health & COVID-19' van de HGR

1.2.1 Belangrijkste punten uit advies 1 - mei 2020

1) Faseer de psychosociale hulpverlening

Een pandemie verloopt in fasen. Hoewel een aantal maatregelen voor alle fasen relevant zijn (voldoende aandacht voor het psychosociale luik, duidelijke en transparante communicatie, versterking van de collectieve veerkracht), is het van belang om te kijken naar de specifieke behoeften per fase:

De start van de pandemie

Hier ligt de focus op een **efficiënte inzet van middelen** met voldoende aandacht voor psychologische en psychiatrische noden, met **laagdrempelige, getrapte zorg** als conditio sine qua non. Ook moet bijzondere aandacht gaan naar traumatische verlieservaringen. Daarnaast verdienen specifieke groepen zoals jongeren, ouderen en kwetsbaren (migratie-afkomst, armoede, beperking of mentaal kwetsbaar) bijzondere opvolging. Ook de zorgsector zelf is nu extra kwetsbaar en heeft nood aan correcte informatie, rolduidelijkheid en een goede ondersteuning.

Tijdens de pandemie

Tijdens de pandemie blijft het van belang om de **uitbouw en de versterking van de psychosociale hulpverlening** verder te **faciliteren**. Ook bij de zorgverleners is het belangrijk om de toegang tot psychologische/psychiatrische hulpverlening laagdrempelig te houden. Continuïteit van de zorg en aandacht voor de confrontatie met traumatisch verlies, blijven belangrijke aandachtspunten. Hoe langer de pandemie duurt, hoe groter de kans op overbelasting binnen de samenleving. Voorbeelden hiervan zijn de toename van huishoudelijk geweld, stigmatisatie van bepaalde doelgroepen, uitingen van eenzaamheid, enz.

Na de pandemie

Hier ligt de focus op de **evaluatie** van de eerder genomen initiatieven, die leidt tot een **crisisplan** en een **plan van aanpak** voor een eventuele volgende pandemie. Binnen de zorg dient volop ingezet te worden op training en ontwikkeling. Daarnaast blijft het cruciaal om in te zetten op individuele en gemeenschappelijke veerkracht.

In alle fasen van een pandemie is er, meer dan ooit, behoefte aan **heldere, transparante, intern afgestemde en waarheidsgetrouwe communicatie**. 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 uitdagingen zoals

framing, stigma en discriminatie. Belangrijk aandachtspunt hierbij is **het verschil in mediageletterdheid en mediavorkeuren bij de bevolking**, wat o.a. vraagt om communicatie via een verscheidenheid aan mediakanalen. Ook dient men rekening te houden met het niveau van *health literacy* of **gezondheidsgeletterdheid**: de mate waarin mensen beschikken over het vermogen om fundamentele diensten en informatie op het gebied van gezondheid te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen, zodat ze beslissingen kunnen nemen die hun gezondheid ten goede komen (zie bij voorbeeld : <https://health.gov/our-work/health-literacy/health-literacy-online>).

Daarnaast dringt zich een duidelijke interne rolverdeling op vlak van communicatie en taken op. Tijdens een pandemie is bovendien een appel nodig tot gemeenschapszin, samenhang en volutarisme. Dwang en repressie hebben perverse effecten, zowel op de mentale gezondheid als op het naleven van adviezen.

2) Stimuleer natuurlijk herstel en zelfredzaamheid

Tijdens een collectieve noodsituatie moet de nadruk liggen op **natuurlijk herstel en zelfredzaamheid**. De psychosociale hulpverlening moet erop gericht zijn die te bevorderen. Wanneer hulpverleners in die periode het natuurlijk herstel en de zelfredzaamheid stimuleren, komt dat de gezondheid van getroffenen op de langere termijn ten goede. In dat kader is het bijzonder belangrijk de **toegang tot de hulpverleners zo laagdrempelig mogelijk** te maken en de personen volledig vrij te laten.

De beste aanpak is om in te spelen op de onmiddellijke praktische, sociale en emotionele behoeften van getroffenen. Hulpverleners dienen alert te zijn voor wie therapeutische behandeling nodig heeft en de weg ernaartoe wijzen.

3) Monitor psychosociale gevolgen tot minstens 6 maanden na de pandemie

Voor zover we weten hebben velen tijdens en na een collectieve noodsituatie te kampen met stressreacties. In de regel zijn de gezondheidsklachten die ermee gepaard gaan, tijdelijk van aard. **De meeste mensen zijn veerkrachtig en herstellen binnen afzienbare tijd.**

Op de langere termijn zijn de meest voorkomende reacties na een collectieve noodsituatie:

- angst,
- neerslachtigheid,
- indringende herbeleving,
- middelenmisbruik (zoals alcohol en drugs),
- lichamelijk onverklaarde klachten.

Volgens de literatuur met betrekking tot rampensituaties zou in Westerse **landen twintig tot vijftig procent** van de getroffenen een jaar na de collectieve noodsituatie last hebben van dergelijke klachten. Hieruit leiden we af dat een substantieel deel van de getroffenen vroeg of laat zal lijden aan wat we benoemen als Acute Stress Stoornis (ASS). ASS kan overgaan in Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Er is sprake van PTSS als bepaalde vormen van ernstige stressklachten zoals herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid langer dan een maand na de gebeurtenis aanhouden of meer dan een maand erna ontstaan.

Bij volwassenen is de kans om een PTSS na blootstelling aan een traumatische gebeurtenis te ontwikkelen gemiddeld ongeveer tien procent. Maar sommige onderzoeken stellen hogere kansen vast, zelfs tot boven dertig procent. Ook bij jongeren zijn verhoogde symptomen gebruikelijk in de eerste maanden. De gevonden incidentele percentages verschillen sterk

tussen onderzoeken. Ze zijn onder meer afhankelijk van het type gebeurtenis en de gebruikte onderzoeksprocedures.

Het blijkt dat symptomen en effecten doorgaans **het sterkst** zijn in **de periode direct na de collectieve noodsituatie** en daarna meestal geleidelijk minder worden, soms onderbroken door korte periodes van stilstand of zelfs toename. De meeste klachten verliezen hun scherpste binnen één tot anderhalf jaar. Soms blijven ze gedurende lange tijd constant of verergeren ze. Bij een niet te verwaarlozen minderheid van de onderzochte personen – zo'n 20 à 25 procent van de getroffen – blijven de klachten maanden- tot jarenlang bestaan. Verder is er een duidelijk verband aangetoond tussen de ernst van de symptomen op korte termijn en die op middellange en lange termijn.

4) Eenmalige psychosociale interventies zijn weinig zinvol

Het preventieve effect van vroegtijdige psychologische interventies is onvoldoende onderzocht, maar het is duidelijk dat een **eenmalige debriefing geen preventieve waarde** heeft voor PTSS-symptomen. Laagdrempelige psychologische groepsinterventies kunnen wel ingezet worden. Het doel van interventies in de acute fase van een collectieve noodsituatie is om stressklachten, ASS en het risico van PTSS te verminderen.

5) Laat het expertenwerk over aan de specialisten

In het advies Nr 9403 van de HGR (2017) met betrekking tot de aanbevelingen inzake de preventie en het beheer van psychosociale restletsels na individuele of collectieve noodsituaties werd reeds gesteld dat de behandeling van trauma-ervaringen moet gebeuren door **opgeleide en competente professionele hulpverleners** die voldoen aan een bepaald profiel.

6) Hou rekening met de oorzaken van psychosociale klachten

Bij het ontstaan en verloop van psychosociale aandoeningen onderscheiden **we factoren in drie categorieën**. De hypothese bij dit denkmodel is dat de klachten alleen chronisch van karakter worden als bij een persoon zowel predisponerende als uitlokkende en onderhoudende factoren gelden. Er is nog geen eensgezindheid over welk gewicht de diverse factoren daarbij in de schaal leggen.

1. Predisponerende factoren

Voorbeelden hiervan zijn leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, cultuur, aanleg tot piekergedrag, gevoel van controle over het leven, sociaal netwerk, eerdere psychische schade en andere voorafgaande klachten.

Hierbij dient nog te worden aangevuld dat mensen verschillend zijn in kwetsbaarheid.

2. Uitlokkende factoren

Dit gaat over de omstandigheden die de klachten bij daarvoor gevoelige personen op gang brengen, in dit geval de collectieve noodsituatie. De belangrijkste uitlokkende factor is de indringendheid waarmee men met de collectieve noodsituatie is geconfronteerd, bijvoorbeeld omdat iemand in levensgevaar heeft verkeerd, langdurig onzeker is geweest over het lot van dierbaren of in quarantaine heeft gezeten.

3. Onderhoudende factoren

We spreken hier over factoren die de klachten doen voortduren en herstel in de weg staan. Voorbeelden van deze factoren zijn:

- Evacuatie en quarantaine
- Somatische attributie (wanneer men ten onrechte gezondheidsklachten toeschrijft aan een crisissituatie)
- Persoonlijke factoren, sociale steun
- De reactie van de gemeenschap
- Het vertrouwen in de ter beschikking gestelde informatie, deskundigen en gezagsdragers, financiële steunregelingen
- Aandacht in de media (zowel positief als negatief).

7) Speciale aandacht voor eenzaamheid

Onderzoek toont aan dat eenzaamheid en sociale isolatie **risicofactoren** zijn voor **mentale problemen, ziektes en overlijden**, al dan niet door zelfdoding. Omgekeerd lijkt het er ook op dat een slechtere gezondheid of gezondheidsproblemen kunnen leiden tot vereenzaming.

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 samen met de strenge maatregelen voor sociaal contact. Quarantainemaatregelen en het resulterende isolement leiden tot een verhoging van huiselijk geweld, kindermishandeling, exploitatie van kinderen en verwaarlozing.

8) Kwetsbare groepen en momenten

Individuele verschillen in gezondheidsuitkomsten hangen af van unieke risicofactoren, waaronder de contextuele kenmerken van de gebeurtenis, het geslacht, de leeftijd tijdens de gebeurtenis, de sociaaleconomische status, de aanwezige psychische aandoeningen, het verlies van een dierbare, de verstoring van het sociale weefsel (sociale relaties kunnen na een collectieve noodsituatie verbeteren, met name in de eigen familie; de overgrote bulk aan bewijs wijst echter juist op het eroderen van persoonlijke relaties en gemeenschapszin).

Onderzoek wijst uit dat er niet één enkele dominante voorspeller blijkt te bestaan voor psychische klachten en herstel. Het gaat om een **combinatie van factoren (zie ook veerkracht- of werkbaarheidsquotiënt)**. Sommige groepen zijn kwetsbaar. De HGR volgt de opsomming die terug te vinden is in de wetenschappelijke literatuur en de bestaande richtlijnen. We constateren een toename in psychopathologie bij onder meer moeders met jonge kinderen, personen die geëvacueerd werden, migranten, mensen met eerdere psychiatrische problematiek en adolescenten. Een aantal groepen hebben een verhoogd risico op langdurige problemen, zoals bijvoorbeeld mensen met een grote angst voor COVID-19, mensen die onzeker zijn over hun job of inkomen, jongeren, laaggeschoolden en psychiatrische patiënten.

9) Extra aandacht voor onze zorg- en welzijnsverstrekkers

De zorgsector verdient **specifieke aandacht**. Deze groep loopt **tijdens de crisis** een reëel infectierisico en medisch en zorgend personeel krijgt bovendien te kampen met een erg zwaar werkritme, een onverwachte nieuwe jobinhoud en confronterende situaties. Daarnaast komen ze in aanraking met lijden en sterven en dienen ze snel moeilijke beslissingen te nemen over leven en dood. Diverse internationale studies tonen sterk toegenomen stress aan. Het is

vooral de ethische dimensie van het werk waardoor zorgverleners aan het werk blijven. Erkenning voor hun inzet, zowel vanwege het eigen management als vanuit de bevolking, wordt als belangrijk ervaren.

Na de coronacrisis is ook een bijkomende uitval te verwachten door langdurige mentale gezondheidsproblemen zoals burn-out, depressie en angststoornissen. Dat blijkt nu al uit de cijfers uit China en uit vorige epidemieën met SARS en MERS. Er ontstaat een domino-effect: wanneer collega's wegvallen, verhoogt de werklast voor het zorgpersoneel verder. Eerdere griepandemieën toonden aan dat er een uitval kan zijn van veertig tot zeventig procent van het ziekenhuispersoneel, enerzijds omwille van ziekte door het virus zelf of door acute mentale problemen.

Hoewel er genoeg literatuur voorhanden is die de stressoren voor zorgverleners in een crisissituatie bespreekt, is er weinig te vinden over traumatisering bij deze doelgroep. **We weten te weinig over de factoren die traumatisering in de hand werken.** Het lijkt aannemelijk dat het aangeraden is om de bekende stressoren zoveel mogelijk te beperken. Ook preventieve psychosociale ondersteuning is gewenst.

10) Werk en psychische gezondheid

We moeten ons bewust zijn van de **langetermijneffecten** voor de gezondheid van alle werknemers. Personeelsuitval is te verwachten, niet alleen door infecties met het coronavirus, maar ook door stress, frustratie en isolatie ten gevolge van quarantaine.

Inzetten op terugkeer naar werk, arbeidsbegeleiding en een sociaal vangnet zijn belangrijke gezondheid bevorderende investeringen tijdens een recessie, die tegelijk ook de economie zal helpen opleven. De HGR adviseert dus om te **investeren in (om)scholing van werknemers** en **programma's die de kans om een baan te vinden verhogen**.

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 mentale gezondheids- en andere gezondheidsproblemen.

11) Werkhervatting

Er is geen tot beperkte literatuur over werkhervattingsprocedures, het (her)openen van de bedrijven die tijdens de lockdown hun activiteiten moesten stopzetten of de terugkeer naar de gebruikelijke werking voor bedrijven die hun werking aanpasten. Er zijn ook weinig inzichten over de impact op medewerkers die tijdens en na de lockdown in (langdurige) tijdelijke werkloosheid terechtkwamen of hun zoektocht naar werk moesten opschorten. **We kunnen dus geen onderzoek aanhalen in vergelijkbare contexten met de coronapandemie.**

Onderzoek naar de werkhervatting en risicofactoren voor langdurige arbeidsongeschiktheid toont aan dat -naast leeftijd en geslacht- de inschatting van de eigen gezondheid en kans om succesvol terug te keren belangrijke determinanten zijn.

12) Collectieve verwerking van verlies

Verlies en rouw moeten tijdens deze pandemie strikt verlopen en wijken af van de gebruikelijke rituelen. Door de lockdown-maatregelen zijn mensen die afscheid moeten nemen van een overleden naaste, gedwongen om dat op afstand te doen. Daarnaast is de impact voor zorgen welzijnsverstrekkers significant. Tot slot verwijzen we ook naar de patiënten die op de afdelingen aanwezig zijn op het moment van overlijdens. Omdat **dit type verlies en rouw**

onbekend is en er **geen empirisch onderzoek** beschikbaar is over hoe deze situatie het rouwproces beïnvloedt, is er momenteel **een gebrek aan evidence-based richtlijnen of protocollen** rond rouw tijdens pandemieën. De manier van afscheid nemen, de voorbereiding van de begrafenis, maar ook de rouwrituelen worden immers aangepast aan het risico voor infectie. De snelheid van het aantal overledenen en het daaruit gebrek aan opslagruimten, hebben ook een impact op de rouwverwerking.

Volgens de HGR is het aangewezen om werk te maken van een **doordacht en gefaseerd rouwverwerkingstraject**. In de eerste plaats en vanaf wanneer dit medisch verantwoord is, moeten mensen de gelegenheid krijgen om hun verlies met naasten te herdenken en er moet een nationale erkenning worden voorzien van de bijzondere wijze waarop mensen in deze uitzonderlijke omstandigheden hebben afscheid genomen.

1.2.2 *Belangrijkste punten uit advies 2 - februari 2021*

Het tweede advies formuleert 7 aandachtspunten, gebaseerd op 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 HGR. Deze worden vervolgens vertaald naar duidelijke actiepunten die een concretisering vormen van de gegeven adviezen.

1) Erken het belang van geestelijke gezondheid voor de paraatheid bij een pandemie, de omgang ermee en de nasleep ervan

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**, om drie redenen:

- De **naleving van preventieve maatregelen** houdt 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 chronische karakter van de pandemie en de aard van de invasieve beschermingsmaatregelen **verhoogt de druk op de geestelijke gezondheid binnen de algemene bevolking**. Uit verschillende bronnen blijkt dat vormen van afreageergedrag (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, mogen we verwachten dat de geestelijke gezondheidsproblemen op langere termijn nog verder zullen toenemen.
- De **geestelijke gezondheidszorg is momenteel niet voldoende uitgerust** om deze pandemie het hoofd te bieden en heeft 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, ...).

ACTIE: *Bijzondere ondersteuning van en erkenning voor het systeem voor geestelijke gezondheidszorg toe is nodig (financieel, HR, organisatorisch) om de best mogelijke zorg in de toekomst te vrijwaren. Deze erkenning kan zich bijvoorbeeld vertalen in het actief opnemen*

van professionals uit de geestelijke gezondheidszorg in de groep die de aanpak van de Corona-pandemie aanstuurt.

2) Ontwikkel een doelmatige en afgestemde communicatiestrategie ter bevordering van de geestelijke gezondheid

De **impact van communicatie over COVID-19 op de geestelijke gezondheid** is zeer groot. In de huidige communicatiestrategie signaleren wij drie aandachtspunten:

- De pandemie gaat gepaard met een **infodemie**, d.w.z. een overdaad aan informatie, van sterk uiteenlopende kwaliteit (inclusief nepnieuws), die voortdurend wordt verspreid via een breed gamma aan mediakanalen. Er is nood aan een stevig communicatieplan rond geestelijke gezondheid, dat de negatieve effecten van de infodemie tegengaat.
- Door het chronisch karakter van de pandemie is het moeilijk 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.
- Het is aangewezen om een autoritaire toon te vermijden en zich toe te spitsen op gemeenschap, menselijkheid, solidariteit en samenhang.

ACTIE: *Ontwikkel een doelmatige communicatiestrategie over de geestelijke gezondheid, die erop gericht is mensen betrouwbare informatie en een realistisch maar hoopvol perspectief te geven en hen te inspireren tot nieuwe strategieën om met de pandemie om te gaan.*

3) Investeer in werk als hefboom en benut bestaande preventiestructuren

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. Werk kan daarom worden gezien als een **cruciale en meteen beschikbare hefboom** voor geestelijk welzijn in deze pandemie.

Binnen de arbeidscontext bestaan er al **diensten voor preventie en bescherming op het werk** die een vitale rol spelen bij het voorkomen en opsporen van geestelijke gezondheidsproblemen. Het is niet nodig het wiel opnieuw uit te vinden. Het is belangrijk deze bestaande diensten te in te zetten en te versterken

ACTIE: *Optimaliseer de bestaande bedrijfsgeneeskundige diensten om snel resultaat te boeken.*

4) Bestendig een effectieve en proactieve, getrapte aanpak van de geestelijke gezondheid

Tijdens de pandemie is een overmaat aan geestelijke gezondheidsdiensten in het leven geroepen vanuit verschillende hoeken (vrijwilligers, particuliere en openbare sector) en bestemd voor verschillende soorten publiek (het grote publiek, doelgroepen). De HGR benadrukt de noodzaak van een **actieve coördinatie en kwaliteitscontrole** om de best mogelijke geestelijke gezondheidszorg te garanderen.

De HGR stelt dat:

- het niet duidelijk is waar al deze diensten en projecten vandaan komen, waarom ze werkelijk in het leven zijn geroepen (data mining?) en welke kwaliteit deze diensten aanbieden. Dat leidt tot ethische vragen en vraagt om een **kwaliteitscontrole** (bv. M-health label, ISO 27K label, ...);
- de veelheid aan geboden diensten de **kans verkleint dat mensen effectief de hulp vinden** die ze nodig hebben. Deze veelheid leidt zelfs tot moeheid met betrekking tot mogelijk noodzakelijke ondersteuning. Ze belemmert ook het inzicht in de benutting en de doelmatigheid ervan;
- er **nood** is aan een **proactieve, stapsgewijze benadering van de geestelijke gezondheid**, die monitoring, triage en doorverwijzing omvat waar en wanneer dat nodig is. De basis van deze benadering moet zich toespitsen op het effectief stimuleren van de natuurlijke veerkracht en middelen van mensen (bv. degelijke zelfhulpprogramma's, campagnes, enz.). Wanneer professionele hulp vereist is, moeten doorverwijzing en zorg zo snel mogelijk volgen. In het algemeen moet de primaire focus liggen op het stimuleren van de natuurlijke veerkracht en middelen.

ACTIE: *Zorg voor een vlotte assimilatie van degelijke instrumenten voor ondersteuning van de geestelijke gezondheid. Kwaliteit kan herkenbaar gemaakt worden aan de hand van bestaande criteria zoals M-health. Breng deze middelen samen op de nationale informatiewebsite over corona. Bovendien is er nood aan een proactieve, stapsgewijze benadering van de geestelijke gezondheid, die monitoring, triage en doorverwijzing omvat.*

5) Geef extra aandacht aan bestaande en nieuwe kwetsbare groepen

De HGR heeft verschillende groepen geïdentificeerd voor wie het **risico op geestelijke gezondheidsproblemen** tijdens en zelfs na deze pandemie **groter** is dan bij de rest van de samenleving. Beleidsmaatregelen moeten **bijzondere aandacht** besteden aan deze groepen.

Vooraf oudere volwassenen en mensen met meerdere comorbiditeiten, mensen met bestaande geestelijke gezondheidsproblemen, eerstelijnsgezondheidswerkers, mantelzorgers, sociaal uitgesloten groepen (waaronder gevangenen, daklozen en vluchtelingen), kinderen en jongeren en mensen die geconfronteerd worden met jobonzekerheid en/of financiële onzekerheid lopen een groter risico. Gezien het chronisch karakter en de indirecte effecten van de pandemie (zoals economisch) moet er actief en vrij lang, tot minstens 1 jaar na de pandemie, gemonitord worden om mogelijke andere risicogroepen te kunnen identificeren.

ACTIE: *Besteed bijzondere aandacht aan reeds geïdentificeerde kwetsbare groepen, en organiseer een actieve uitkijk om nieuwe precaire situaties die ontstaan op te sporen, o.a. via monitoring.*

6) Stroomlijn gegevens en ontwikkel een veerkrachtcoëfficiënt

De HGR inventariseerde verschillende onderzoeksprojecten op het gebied van geestelijke gezondheid en vragenlijsten die via verschillende indicatoren peilen naar geestelijke gezondheidsproblemen. Deze gegevens werden bijeengebracht in een **dataopslagplaats** die een overzicht genereert van de bestaande gegevens.

Tussen de verschillende sets is echter **geen strategische link** die zou kunnen bijdragen tot een beter begrip van de specifieke impact van COVID-19 op de geestelijke gezondheid in België. Precies het gecombineerde effect van verschillende studies kan nauwkeuriger

voorspellen wat er gaat gebeuren en beter richting geven aan toekomstgerichte beleidsbeslissingen.

Een manier om dat te doen is een **veerkrachtcoëfficiënt of werkbaarheidscoëfficiënt** ontwikkelen. De monitoring van de impact van COVID-19 op de geestelijke gezondheid moet worden geprofessionaliseerd en dient ten minste tot 1 jaar na de pandemie door te gaan, aangezien bekend is dat er laattijdige effecten zullen optreden. Hierbij dienen subjectieve indicatoren te worden gecombineerd met hardere gegevens, zoals het aantal (vrij) verkochte psychotrope geneesmiddelen.

ACTIE: *Werk een gegevensbank uit voor de geestelijke gezondheid en zorg voor actieve links tussen bestaande gegevensbronnen om het potentiële gebruik van data te optimaliseren 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.*

7) Ontwikkel een doordacht en gefaseerd rouwverwerkingstraject

Tijdens een pandemie worden we bijna dagelijks geconfronteerd met signalen die onze kwetsbaarheid en sterfelijkheid aantonen. Experts inzake rouw maken dan ook gewag van een **mogelijk risico op een toename aan pathologische reacties ten gevolge van complexe en onafgewerkte rouw.**

ACTIE: *Maak werk van een doordacht en gefaseerd rouwverwerkingstraject voor familieleden van overledenen, patiënten en zorg- en welzijnsverstrekkers. In de eerste plaats en vanaf dat dit medisch verantwoord is, moet men de gelegenheid krijgen om het verlies met naasten te herdenken en moet er een nationale erkenning worden voorzien van de bijzondere wijze waarop mensen in deze uitzonderlijke omstandigheden hebben afscheid genomen.*

1.3 In 10 stappen naar het nieuwe normaal

De geformuleerde adviezen en actiepunten worden hier samengevat in een 10-punten-plan. Dit vormt meteen ook het **kader voor de opvolging** van de initiatieven die genomen werden binnen de vooropgestelde adviezen m.b.t. de mentale gezondheid van de Belgische bevolking.

1. Optimale organisatie van geestelijke gezondheidszorg volgens het model van getrapte zorg

- Organiseer een beoordeling en triage van psychologische noden afgestemd op de huidige beschikbare middelen. 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.
- Stel psychologische interventies op een doelgerichte en aangepaste manier ter beschikking.
- Geef extra aandacht aan kwetsbare groepen.
- Ontwikkel een laagdrempelig getrappt zorgmodel. Daarbij moet gezocht worden naar een juiste balans met aandacht voor psychologische en psychiatrische noden zonder te vervallen in een opgedrongen veralgemeend behandelaanbod (cfr. veerkracht). Zie ook punt 2 hieronder.

2. Geestelijke gezondheid als integraal onderdeel van publieke gezondheid

- Ontwikkel een strategische aanpak voor de preventie, detectie en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen.
- Ontwikkel een indicator, zoals bijvoorbeeld een veerkracht- of werkbaarheidscoëfficiënt, die toelaat om de nog beschikbare draagkracht van de bevolking (en eventuele kwetsbare groepen) in kaart te brengen.
- Organiseer een zo laagdrempelig mogelijk zorgaanbod, waarbij mentale hulp toegankelijk wordt voor iedereen zonder het infectierisico te vergroten. De voorkeur gaat daarbij uit naar het uitwerken van initiatieven die online en face-to-face combineren, met extra aandacht voor de behoeften en beperkingen van kwetsbare groepen.

3. Communicatie als motivator in plaats van extra belasting

- Stel paal en perk aan de infodemie. Er is een overaanbod aan informatie die via verschillende kanalen ter beschikking gesteld wordt, informatie die niet altijd correct is en soms zelfs fake news.
- Herstel het vertrouwen in ter beschikking gestelde informatie, deskundigen en gezagsdragers en maak hier een topprioriteit van.
- Vermijd tegenstrijdige berichtgeving en discussies over genomen beleidsbeslissingen. Spreek een duidelijke rolverdeling af op het vlak van communicatie en taken.
- Speel in op de communicatieconsumptie van de verschillende bevolkingsgroepen via verschillende media.
- Stimuleer de media om een meer positieve en minder angstaanjagende rol te spelen in de berichtgeving en in het bijzonder over de te nemen gezondheidsmaatregelen.
- Gebruik bij een gebrek aan eenduidige wetenschappelijke inzichten een verklaringsmodel om de bevolking terug het gevoel van controle en autonomie te geven.

4. Aandacht voor de chroniciteit van de pandemie en het belang van monitoring

- Verbeter de monitoring en adequate opvolging van indicatoren van overbelasting in de samenleving. Zo zijn bijvoorbeeld een toename van alcoholisme, huishoudelijk geweld en uitingen van eenzaamheid belangrijke signalen die opgepikt en tijdig aangepakt dienen te worden. Hoe langer de pandemie en de bijhorende maatregelen duren, hoe groter de kans op overbelasting binnen de samenleving.

5. Versterk de individuele en collectieve veerkracht

- Erken de versterking van veerkracht en zelfredzaamheid als noodzakelijke preventieve maatregel om het aandeel van de bevolking dat professionele hulp nodig zal hebben te beperken.
- Ondersteun de diverse gemeenschappen. De steun en aandacht, erkenning en respect die individuen er krijgen hebben een beschermende werking. Ondersteun ook families als eerste sociale buffer.

6. Bevorder de sociale bescherming

- Erken het belang van (de terugkeer naar) werk voor de heropleving van de maatschappij en werk als belangrijkste factor in de preventie van geestelijke gezondheids- en andere gezondheidsproblemen.
- Investeer 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.

7. Ontwikkel een rouwverwerkingstraject

- Maak werk van een doordacht en gefaseerd rouwverwerkingstraject voor alle betrokkenen, inclusief zorg- en welzijnsverstrekkers.
- Geef mensen, zodra het verantwoord is, de gelegenheid om hun verlies met naasten te herdenken. Geef nationale erkenning aan de bijzondere wijze waarop mensen in deze uitzonderlijke omstandigheden hebben afscheid genomen.
- Faciliteer 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.

8. Voorbereiden op eventuele volgende golven en/of nieuwe pandemie

- Organiseer systemen om te leren uit de huidige situatie en beter voorbereid te zijn op een eventuele volgende golf en/of nieuwe pandemie. Evalueer en voorzie ruimte voor verbeteringen aan de aanpak, het beleid en opleiding van professionals, wanneer dat nuttig en relevant is.
- Maak werk van een coherent crisispreventieplan en plan van aanpak voor een volgende pandemie. Geestelijke gezondheid moet hier fundamenteel deel van uitmaken.
- Erken het unieke karakter van de huidige pandemie en blijf deze aanbevelingen toetsen aan de veranderende situatie.

9. Voorzie extra steun voor de zorgsector

- Houd zorgprofessionals die in de frontlinie staan goed in de gaten op het vlak van stress, mentale belasting en vermijdingsgedrag. Probeer bekende stressoren zoveel mogelijk te beperken.
- Voorzie preventieve psychosociale ondersteuning en identificeer wie mogelijk een hoger risico loopt.
- Zorg voor correcte informatie en rolduidelijkheid.
- Voorzie back-upsystemen die de fysieke en mentale veiligheid waarborgen.
- Zet in op training en ontwikkeling zodat de zorgsector beter voorbereid is om bij crisissituaties op te kunnen treden.
- Voorzie voldoende persoonlijke en collectieve middelen. De manier waarop iemand het eigen vermogen om de situatie zelf aan te kunnen inschat, heeft een sterke invloed op het verdere verloop.
- Geef bijzondere aandacht aan traumatische verlieservaringen als mentale uitdaging waarmee velen te kampen krijgen.
- Voorzie een correcte valorisatie van de zorgsector.

10. Organiseer het psychosociale zorgaanbod eenvormig en nationaal (WGO)

Om een antwoord te kunnen bieden aan deze stijging van psychosociale problematiek adviseert de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) een eenvormige landelijke aanpak om het **psychosociale zorgaanbod** te organiseren met drie aandachtspunten:

- Versterk het reguliere zorgaanbod maximaal en incorporeer nieuwe initiatieven in deze structuren
- Zet een verwijsstructuur op om eerstelijns hulpverleners te ondersteunen met een vlotte triage en verwijzing van psychosociale zorg volgens het principe van getrapte zorg: 'minimale zorg waar mogelijk, meer intensieve zorg waar nodig'.
- Voorzie voldoende zorg voor zorgverleners (zie punt 9).

2 De toekomst: het getrapte zorgmodel

Het managen van de impact van de pandemie op de geestelijke gezondheid (szorg) gebeurt **niet in een vacuüm**. We starten steeds bij wat al bestaat. Dat betekent dat we ook aandacht hebben voor de reeds lopende hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast is het essentieel om **specifieke uitdagingen** op te lijsten en al dan niet aan te pakken. Dit veroorzaakt extra druk, aangezien men van het werkveld verwacht om in volle crisistijd mee te stappen in noodzakelijke veranderingen boven op de werking van alle dag, zoals we deze kenden voor de pandemie.

In dit deel lichten we dit verder toe door enerzijds **het getrapte zorgmodel** te bespreken, dat voor het uitbreken van de pandemie in volle implementatie en verfijning was, en anderzijds ook aandacht te hebben voor het **veranderproces** dat met nieuwe initiatieven of het blootleggen van problemen gepaard gaat.

Elke opvolging dient steeds te gebeuren in de juiste context. Door deze twee elementen concreet te benoemen, hopen we de realiteit te schetsen waarin het managen van de impact van de pandemie op de geestelijke gezondheid (szorg) zich situeert.

2.1 Getrapte zorg in de geestelijke gezondheidszorg

In de adviezen van de HGR '*mental health & COVID-19*' wordt het model van getrapte zorg aanbevolen. Ook de WGO onderschrijft dit model. Omdat het om een **fundamenteel** en **innovatief concept** gaat, gaan we er in dit hoofdstuk dieper op in.

Het principe van getrapte zorg houdt in dat minimale zorg moet geboden worden waar dat mogelijk is en meer intensieve zorg waar dat nodig is. Dit wil zeggen dat de laagste zorglijn in staat is om voldoende en adequate zorg te verlenen. Hierbij kan de capaciteit (al dan niet met wachtlijst) en expertise (generalistische of specialistische zorg) als richtlijn dienen om afgestemde zorg te definiëren².

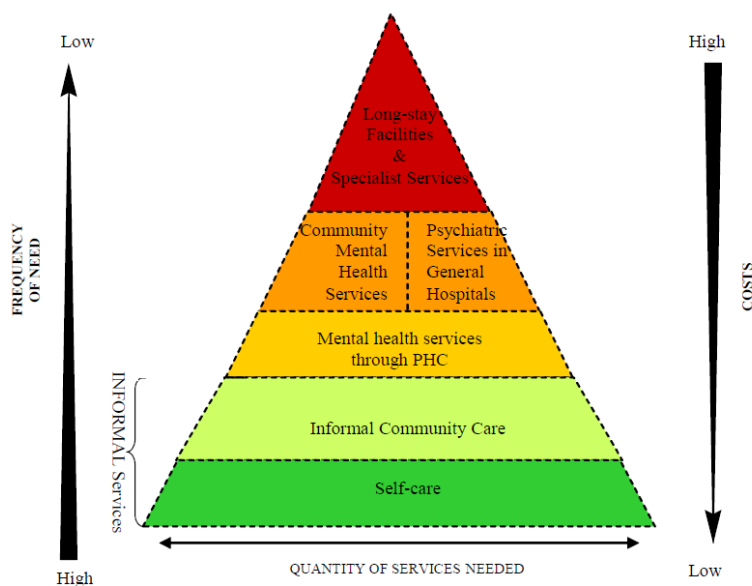
Bij het uitwerken van een getrapte zorgmodel is het goed om de **doelstellingen** voor elk niveau te toetsen aan de verwachtingen van de regelgever, ze te richten op de maatschappelijke noden en de werkwijze maximaal te onderbouwen door wetenschappelijke informatie. Eens de doelen en activiteiten helder zijn, is het duidelijk welke **competenties** vereist zijn voor de

² Reflectie-tekst: Psychosociale zorgaanbod in Nederlandstalige netwerken GGZ volwassenen, Expert team FOD Volksgezondheid i.s.m. Sarah Morsink

uitvoering ervan en welke **professional** hiervoor best aangewezen is. Deze cyclische redenering wordt op elk niveau van het zorgaanbod toegepast en laat toe om het aanbod efficiënt te organiseren volgens het subsidiariteitsprincipe³.

Reeds voor de COVID-19 crisis kwam het huidige zorgaanbod onvoldoende tegemoet aan de noden in de geestelijke gezondheidszorg, met zowel "onvervulde behoeften" als "oververvulde behoeften" als gevolg. Daarom werd in 2019 het vierjarenproject⁴ opgestart om de **toegankelijkheid van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg** verder uit te bouwen, gebaseerd op het principe van **getrapte zorg** (zie figuur 1). Het uitgangspunt is dat de eerstelijns psycholoog of orthopedagoog van essentieel belang is in de ondersteuning van een zorggebruiker met lichte psychische problemen en de drempel naar geestelijke gezondheidszorg zou kunnen verlagen.

Figuur 1: Optimale structuur van de geestelijke gezondheidszorg volgens de WGO

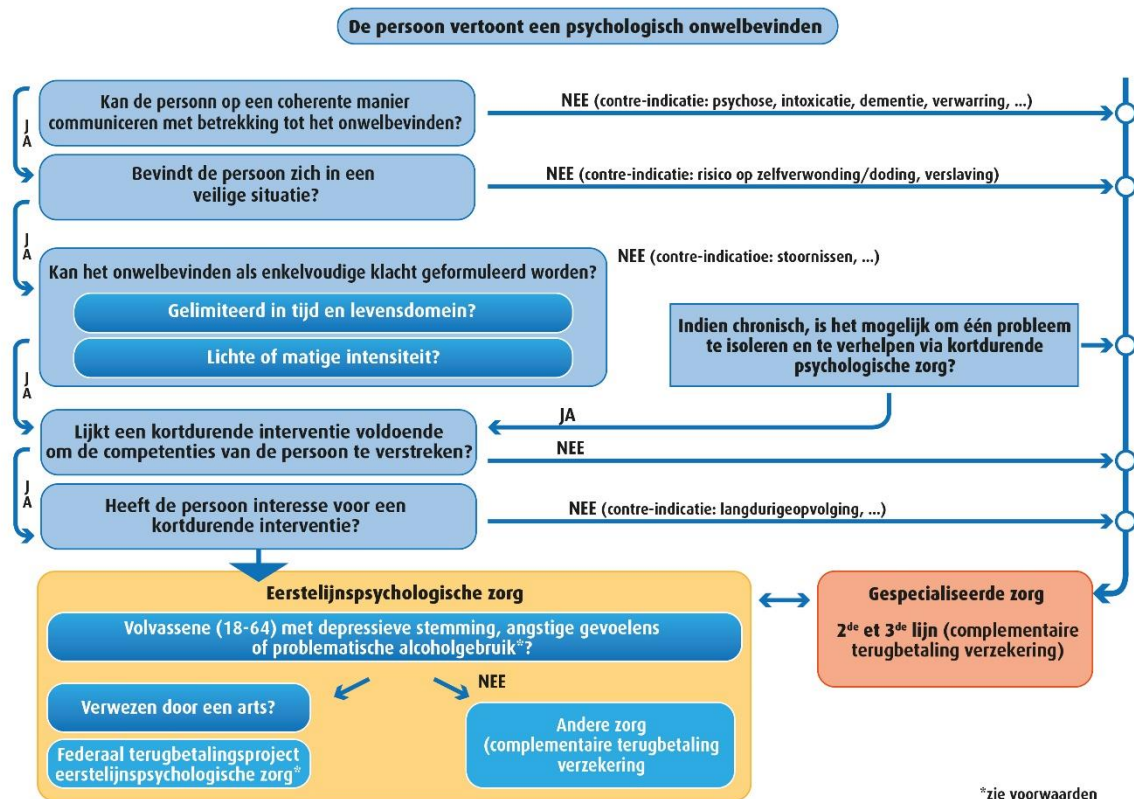


Eerstelijns psychologische zorg biedt een mogelijkheid tot hulp wanneer de informele zorg (nulde lijn) niet volstaat en er sprake is van psychologisch onwelbevinden (zie ook figuur 2). Het is gericht op zorggebruikers die tot op vandaag zelden bij psychologen/orthopedagogen terechtkomen. Het gaat om toegankelijke hulp die bedoeld is om **de eigen krachten van de zorggebruiker te stimuleren of versterken**.

³ Een getrappt zorgaanbod

⁴ Filosofie van het project eerstelijns psychologische zorg

Figuur 2: Beslissingsboom bij psychologisch onwelbevinden



Morsink, Sarah, & Morgane, Seffen (2020). Beslisboom eerste- en tweelijnszorg. Expert team

Zoals hier voorgesteld vraagt het model van getrapte zorg om **interdisciplinaire samenwerking** tussen de verschillende zorgpartners. De verandering in structuur van de geestelijke gezondheidszorg moet gepaard gaan met een **verandering van cultuur**. Het gaat hier immers over een aparte (zelfs nieuwe) manier van werken voor professionals, die vaak gewend zijn om alleen in te staan voor psychologische/psychotherapeutische begeleidingen.

Tijdens de **COVID-19 crisis**⁵ wordt het principe van de getrapte zorg verder toegepast (zie ook figuur 3). **Het is echter niet duidelijk of de opbouw van het getrapte zorgmodel in de geestelijke gezondheidszorg de penetratietest al zou doorstaan**. Zijn alle zorgverleners voldoende op de hoogte, geschoold én gemotiveerd om dit toe te passen? Werden voldoende tools en middelen uitgetekend en uitgebouwd? Bestaat er een efficiënte dispatchings- en verwijzingstool? Kunnen bestaande voorzieningen gemakkelijk hun niveau in hun continuüm van zorg bepalen?

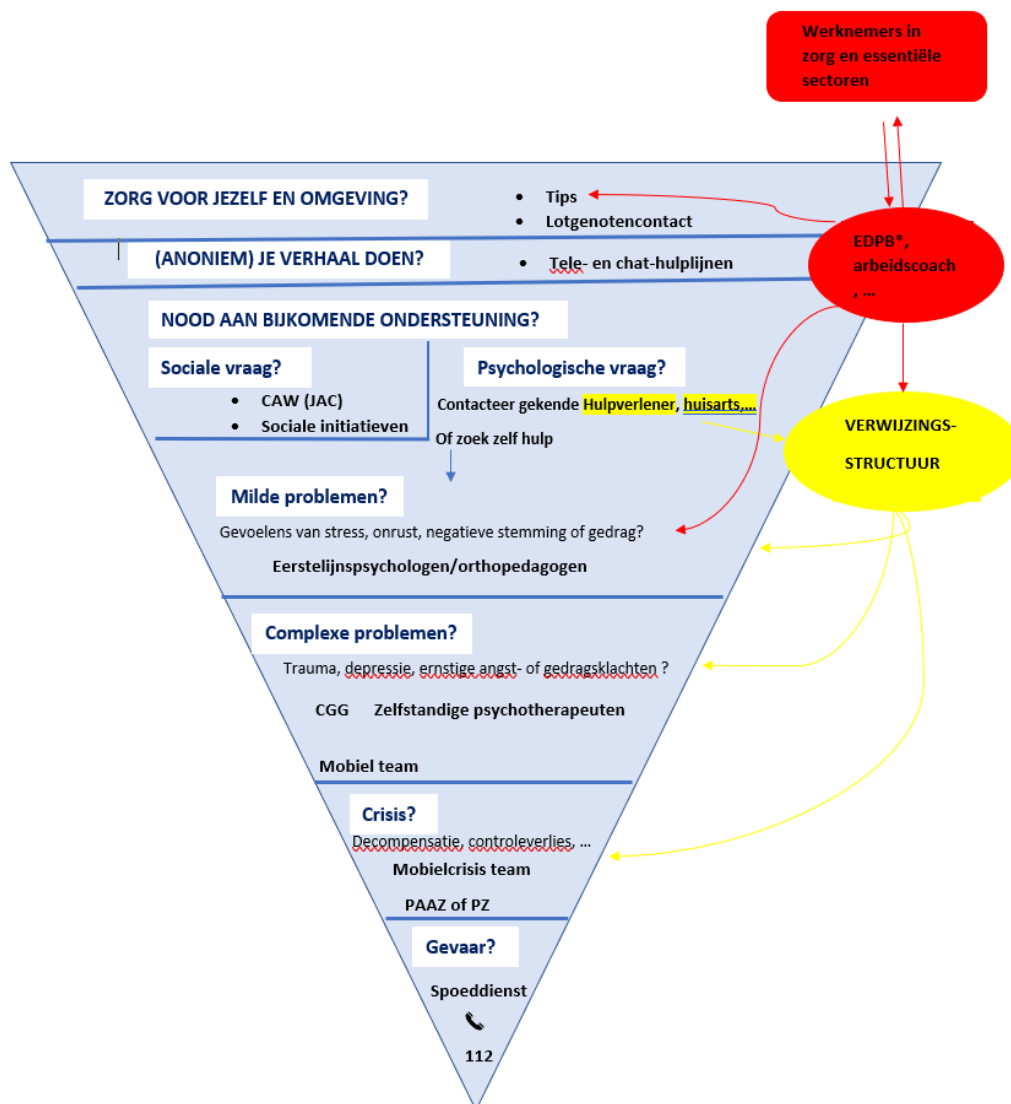
We stellen vast dat tijdens de huidige crisis de meerderheid van de bevolking eerst steun zoekt bij de directe omgeving en hiervoor ook terecht kan op diverse online platformen (vb. in Vlaanderen <https://geluksdriehoek.be> of www.dezorgsamen.be). Daarna vormen telefonische chat- of hulplijnen een eerste, laagdrempelige opstart van zorg. Mensen met een psychosociale problematiek richten zich vervolgens naar gekende eerstelijns hulpverleners zoals huisartsen, thuisverpleging, arbeidsartsen, preventie-adviseurs psychosociale,

⁵ Reflectie-tekst: Psychosociale zorgaanbod in Nederlandstalige netwerken GGZ volwassenen, Expert team FOD Volksgezondheid i.s.m. Sarah Morsink

apothekers en CLB-medewerkers. Voor complexe chronische en ernstige hulpvragen is gespecialiseerde zorg aangewezen via het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, mobiele equipes of zelfstandige psychotherapeuten. Bij crisishulpvragen zijn tenslotte de spoeddiensten het eerste aanspreekpunt.

Deze bestaande zorgstructuren worden versterkt door verschillende netwerken voor volwassenen. Er wordt een telefonische verwijzingsstructuur voorzien om hulpverleners te ondersteunen in de triage van geestelijke gezondheid problematiek. Binnen deze volwassenen netwerken wordt expliciet zorg voor zorgverleners voorzien.

Figuur 3: Algemene template flowchart psychosocial zorgaanbod tijdens COVID-19 gebaseerd op netwerk-specifieke flowcharts.



Morsink, Sarah (2020). Psychosociaal zorgaanbod tijdens COVID-19. Expert team.

Een georganiseerd psychosociaal getrappt zorgmodel sluit niet uit dat er eenmalige initiatieven worden gelanceerd om specifieke noden aan te pakken. Deze eenmalige initiatieven hebben dan een duidelijke doelstelling en afbakening naar budget en tijd.

2.2 De impact van het veranderproces

De overgang naar een getrappt zorgmodel in de geestelijke gezondheidszorg tijdens een sanitaire crisis behelst een complex veranderingsproces dat vraagt om een aantal **belangrijke ingrediënten**. We vragen immers van de professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg om boven op hun dagelijkse routine en werking extra inspanningen te leveren om specifieke noden op te vangen, al dan niet via nieuwe initiatieven en/of maatregelen.

Dat doet wat met een professional. Indien dit niet goed gemanaged wordt, kan dat ook de impact van een initiatief en/of maatregel beïnvloeden. Het is dus essentieel om de impact goed op te volgen om al dan niet in te grijpen zodat de gekozen initiatieven en/of maatregelen ook tot hun volle potentieel komen. Om dit te duiden verwijzen we naar het **Managing Complex Change Model** van Lippitt-Knoster (zie figuur 4).

Volgens dit model zijn er **zes elementen** nodig voor een effectieve verandering: visie, urgentie, actieplan, middelen, competenties en consensus. Als een van deze elementen ontbreekt, zal de inspanning wisselende en mogelijk negatieve veranderingsresultaten opleveren, wat gepaard gaat met specifieke emoties, zoals verwarring, weerstand, chaos, frustratie, angst of zelfs sabotage.

Figuur 4: Managing Complex Change

visie	urgentie	actieplan	middelen	competenties	consensus	=	verandering
X	urgentie	actieplan	middelen	competenties	consensus	=	verwarring
visie	X	actieplan	middelen	competenties	consensus	=	weerstand
visie	urgentie	X	middelen	competenties	consensus	=	chaos
visie	urgentie	actieplan	X	competenties	consensus	=	frustratie
visie	urgentie	actieplan	middelen	X	consensus	=	angst
visie	urgentie	actieplan	middelen	competenties	X	=	sabotage

Visie

In eerste instantie moet er een visie zijn. Waarom is verandering nodig? Wordt de visie gedeeld en geloven de mensen erin? Zijn er meetbare, haalbare doelen? Een gebrek aan visie leidt tot **verwarring**. Als het team vragen stelt als "Waarom zou ik dit doen?" of "Wat denken ze wel niet?" realiseren ze zich misschien niet de algemene visie voor verandering.

Urgentie

De mate van urgentie is rechtstreeks verbonden met het belang en het doel van de verandering. Is de urgentie niet aanwezig of onvoldoende duidelijk, dan ontstaat er **weerstand**. Waarom zouden we dit doen? Het is toch niet dringend? En is het eigenlijk wel nodig?

Actieplan

Het actieplan voor verandering moet duidelijk zijn en ontwikkeld worden met vertegenwoordiging van alle belanghebbenden. Zonder actieplan ontstaat het gevoel dat men ter plaatse blijft trappelen zonder vooruit te komen, met **chaos** als gevolg.

Middelen

Middelen kunnen zowel fysiek als emotioneel zijn. Een gebrek aan middelen creëert **frustratie**. Welke middelen zijn direct beschikbaar? Zijn ze geschikt? Is de verdeling van middelen eerlijk? Welke middelen zijn nodig en hoe gaan we die verkrijgen? Dit zijn belangrijke vragen waarop bij aanvang van het verandertraject een duidelijk antwoord geformuleerd moet worden.

Competenties

Welke competenties zijn nodig? Hebben alle betrokkenen wel de juiste expertise of training in wat hen gevraagd wordt te doen? Zo niet, kan hier dan voor gezorgd worden? Wanneer de indruk leeft dat bepaalde competenties ontbreken, ontstaat ongerustheid en **angst**.

Consensus

Om veranderingen te realiseren, is een leider nodig die een bepaalde macht heeft. Dit werkt enkel als er binnen de groep een bepaalde consensus heerst. Is dat niet het geval, dan kan tegenwerking of **sabotage** ontstaan.

Conclusie

Het is volgens de auteurs van belang om deze **aspecten op te volgen** om het proces verder te ondersteunen en te faciliteren. De emoties geven immers inzicht in het proces. Waar staat welke groep in het veranderproces?

Het model geeft handvatten om het proces beter te managen en zo genomen initiatieven en/of maatregelen tot hun volle potentieel te laten komen. Deze opvolging zou zowel bij de professionals (actief in de psychosociale zorgverlening) als bij de eindgebruikers moeten gebeuren. Wanneer we weten wat elke stakeholders nodig heeft, kan hierrond een **actieplan** gebouwd worden om iedereen verder in het proces te ondersteunen.

De opvolging zou ten alle tijden **laagdrempelig, terugkerend en onopvallend** moeten zijn om het dagelijks functioneren zoveel mogelijk te vrijwaren, sociaal wenselijke antwoorden (in de positieve en negatieve zin) te vermijden en administratieve overlast te omzeilen. Wordt dit niet opgenomen, dan kan een goedgekozen initiatief leiden tot meer fragmentatie in plaats van het opheffen en/of aanpakken van een (nieuw) probleem, dat werd blootgelegd door de pandemie.

2.3 Waar staan we nu?

Een recent rapport van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling⁶ (OESO) lijst een aantal belangrijke principes op over geestelijke gezondheidszorg. Een goed werkend systeem voor geestelijke gezondheidszorg moet:

- persoonsgericht zijn, met aandacht voor het individu dat een psychische aandoening ervaart.
- toegankelijke en kwalitatief hoogstaande geestelijke gezondheidsdiensten hebben.

⁶ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4ed890f6-en/index.html?itemId=/content/publication/4ed890f6-en>

- een geïntegreerde en multisectoriële benadering van de geestelijke gezondheid hanteren.
- geestesziekten voorkomen en geestelijk welzijn bevorderen.
- sterk leiderschap en goed bestuur tonen.
- toekomstgericht en innovatief zijn.

Het rapport geeft een overzicht van waar we binnen de OESO landen nu staan:

- De regeringen van de OESO-landen maken van persoonsgerichte zorg een prioriteit in hun strategieën voor geestelijke gezondheidszorg, maar bijna 20% van de mensen met een psychische aandoening meldt dat ze tijdens hun verblijf in het ziekenhuis niet met hoffelijkheid en respect zijn behandeld. Slechts acht landen verzamelen routinematig informatie over de ervaringen van mensen met geestelijke gezondheidszorg en de resultaten van die zorg.
- De beschikbaarheid van toegankelijke en kwalitatief hoogstaande geestelijke gezondheidszorg verbetert, maar 67% van de mensen die geestelijke gezondheidszorg wensten, gaf aan dat zij moeilijkheden hadden om die te krijgen en mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen hebben nog steeds een veel lagere levensverwachting dan het gemiddelde van de bevolking.
- Wat een geïntegreerde, multisectoriële aanpak betreft, blijft de systematische integratie van de benaderingen inzake geestelijke gezondheid, onderwijs en werkgelegenheid een uitzondering en niet de norm. In alle landen hadden mensen met psychische problemen minder vaak werk en een lager opleidingsniveau dan mensen zonder psychische problemen.
- Het bevorderen van een goede geestelijke gezondheid en het voorkomen van geestesziekten is een essentieel onderdeel van goed presterende stelsels voor geestelijke gezondheidszorg. Terwijl het aantal sterfgevallen door zelfdoding daalt (tussen 1998 en 2018 met 21% in alle OESO-landen), verdubbelde tijdens de coronacrisis in sommige landen de prevalentie van angst en depressie, waarbij vooral jongeren zwaar werden getroffen.
- Een belangrijk onderdeel van goed bestuur en leiderschap in de geestelijke gezondheidszorg is de erkenning van de problemen. De leiders en ministers van de OESO hebben gewezen op het belang van geestelijke gezondheid. Hoewel de uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg de afgelopen tien jaar in de OESO-landen zijn gestegen, is het aandeel van de totale gezondheidsuitgaven dat aan geestelijke gezondheid wordt besteed, alleen in Griekenland aanzienlijk toegenomen.
- Landen maken hun geestelijke gezondheidsstelsels innovatiever en toekomstgerichter door gebruik te maken van nieuwe benaderingen van geestelijke gezondheidsondersteuning zoals apps en telegeneeskunde, maar een toekomstgericht en innovatief stelsel voor geestelijke gezondheidszorg betekent ook dat moet worden gezorgd voor een duurzaam personeelsbestand en een sterke gegevensinfrastructuur om de prestaties te volgen en te verbeteren. Op beide gebieden schieten landen tekort: zo hebben 11 OESO-landen slechts één of minder psychologen per 10 000 inwoners, terwijl alle landen moeite hebben om een volledige reeks prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg te verzamelen.
- Sinds de pandemie staat geestelijke gezondheid bovenaan de prioriteitenlijst. Regeringen en leiders hebben geestelijke gezondheid als prioriteit opgenomen in hun COVID-19-plannen en de crisis heeft landen ertoe aangezet actie te ondernemen: in 2021 kondigde Chili - dat in 2018 van alle OESO-landen het laagste percentage van de gezondheidsuitgaven aan geestelijke gezondheid besteedde, namelijk 2,1% van de

overheidsuitgaven voor gezondheidszorg - aan dat het budget voor geestelijke gezondheid met 310% zou worden verhoogd. In 2020 verdubbelde Australië het aantal sessies psychologische therapie. Vóór de crisis ontwikkelde Nieuw-Zeeland het eerste "welzijnsbudget" ter wereld, de destigmatiseringcampagne van Engeland (Time to Change) heeft het bewustzijn en de attitudes rond geestelijke gezondheid verbeterd en in Canada is het leiderschap van inheemse gemeenschappen bij het leveren van beter aangepaste geestelijke gezondheidsdiensten een voorbeeld van een betere manier om diverse bevolkingsgroepen te ondersteunen.

3 Naar een bruikbare mental health monitor covid-19

3.1 Het belang van gecentraliseerde informatie

De eerste belangrijke stap in een opvolging is dat alle **informatie** m.b.t. de genomen initiatieven en maatregelen eenvormig wordt verzameld en dat alle **elementen nodig om op te volgen** beschikbaar zijn. Ook om de regie te behouden én ons voor te bereiden op de toekomst is het essentieel dat er een **overzicht** bestaat van welke acties worden genomen.

Om een goede opvolging op te zetten dient de beschikbare informatie te worden gestructureerd.

Daartoe stellen we het gebruik van deze **checklist** voor.

1. Situering

- Over welke fase gaat het? (*voor, tijdens, na afloop, lessons learned*).
- Welke vorm van preventie? (*universeel, selectief, geïndiceerde, zorg-gerelateerd*)
 - ⇒ Wanneer gericht op personen met ziekte/ problemen en/of een aandoening, richt het initiatief zich dan op *primaire, secundaire* of *tertiaire* preventie?
- Welke doelgroep?
 - ✓ *Zorgverleners.*
 - ✓ *Kinderen, jongeren, gezinnen.*
 - ✓ *Ouderen.*
 - ✓ *Mantelzorgers.*
 - ✓ *Patiënten met bestaande mentale en/of fysieke beperkingen (in het bijzonder patiënten met psychiatrische aandoeningen).*
 - ✓ *Mensen met een sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheid.*
 - ✓ *Mensen die ernstig ziek zijn geweest door COVID-19, hun naasten en de naasten van overleden patiënten.*
- Welk type actie? (*individueel-gericht of populatiegericht*).

2. Titel van de actie

- Verantwoordelijke uitvoerder.
- Contact.
- Referentie/website.

3. Doelstelling

- Directe of indirecte impact op het welbevinden.
- Frequentie van middelen (eenmalig, projectmatig of structurele financiering).
- Regie (welke overheid?).

4. Status

- ⇒ Conceptualisatie.
- ⇒ Afstemming met het werkveld.
- ⇒ Besluitvorming.
- ⇒ Administratief proces.
- ⇒ In voorbereiding.
- ⇒ Implementatie.
- ⇒ Realisatie.
- ⇒ Evaluatie.

5. KPI's

- Hoe weten we of het initiatief werkt? Wat is het gewenste eindresultaat?
- Op basis van welke indicatoren gaan we dit bepalen?
- Hoe worden deze indicatoren verzameld?
- Waar vinden we deze?
- Eventuele bijkomende relevante informatie.

3.2 Welke impact werd beoogd?

Bij een opvolgingsproces dient vooraf helder gesteld te worden welke impact men beoogt. Initiatieven of acties kunnen een **directe** of **indirecte impact** hebben op het welbevinden.

1. Directe impact

Een **directe impact** kunnen we omschrijven als een initiatief dat een eenduidige causale relatie heeft met het beoogde resultaat. Bijvoorbeeld door het geven van meer financiële middelen, zijn er binnen een bepaalde dienst meer psychologische hulpverleners aan het werk. Meer geld, meer aanwervingen. Impact betekent in deze context dat het doel bereikt werd op een manier die causaal is en toerekenbaar. Is het effect het resultaat van mijn eigen activiteiten en niet die van een ander? Het nadeel van deze aanpak is dat het gemeten effect helemaal geen impact hoeft te zijn, maar ook **output** of **outcome** kan zijn.

Voorbeeld: een nieuwe school:

- ✓ Output: de school zelf.
- ✓ Outcome: kinderen gaan naar de nieuwe school en krijgen les.
- ✓ Impact: de mate waarin dit onderwijs bijdraagt aan betere toekomstkansen voor de scholieren.

2. Indirecte impact

Een **indirecte impact** is wat complexer. Laat ons *vrijwilligerswerk* nemen als voorbeeld. Er werd een oproep gedaan om zich aan te melden als vrijwilliger in de zorg. In eerste instantie was het de bedoeling om zorgprofessionals te ontlasten. Een bijkomend gevolg was dat de vrijwilliger zelf een vorm van zingeving ervaart. Door zich aan te melden, krijgt de vrijwilliger weer structuur in zijn of haar dag én draagt hij of zij bij aan een hoger doel. De vrijwilliger zet zich in voor een ander. Allemaal factoren waarvan we weten dat ze bijdragen tot het **verhogen van het welbevinden** van een individu.

Maar we kunnen impact ook zien als **het effect van alle initiatieven op het welbevinden in zijn geheel**: de totale impact. Hier nemen we positieve en negatieve gevolgen van beleid mee, bedoelde en onbedoelde effecten, directe en ook indirecte.

Toegepast op het voorbeeld van de school, dienen zich nieuwe vragen aan:

- ✓ *Is de school niet te duur voor de ouders om hun kinderen daarheen te sturen?*
- ✓ *Is de plek wel centraal gelegen, zodat de afstanden haalbaar zijn?*
- ✓ *...?*

3.3 Doelgroepen in kaart brengen

Wanneer we dan kijken naar specifieke situaties zoals een pandemie, dient men de doelgroep(en) zo goed mogelijk af te bakenen. Hier gaat het specifiek om groepen die een **verhoogd risico** hebben op het ontwikkelen van **langdurige psychosociale problemen**. Bij langdurige psychosociale problemen denken we aan een verandering in gedrag, gevoel of cognitie die ongewenst is (voor het individu of de omgeving), die langer dan 4 weken aanwezig zijn en het dagelijks functioneren verstoren.

Zolang we deze doelgroepen niet kunnen afbakenen, heeft het principe van de WGO de bovenhand, namelijk inzetten op **populatie niveau** én reeds bestaande structuren. Zodra **specifieke groepen** afgebakend kunnen worden, dient dit ook opgenomen te worden in een actieplan.

3.3.1 Factoren om doelgroepen in kaart te brengen

In het kader van COVID-19 zijn, op basis van de methode in de adviezen en aan de hand van de *Belgian Mental Health Data Repository*, de volgende factoren geïdentificeerd die kunnen helpen om doelgroepen in kaart te brengen:

Kwetbaarheidsfactoren:

- Reeds aanwezige kwetsbaarheid (zoals psychologische problemen, psychiatrische diagnose, complexe gezinssituatie, verslaving, beperking...).
- COVID-19 infectie.
- Beroep : zorgpersoneel (medisch en psychosociale zorg).
- Mantelzorger.
- Geslacht (vrouwelijk).
- Leeftijd: kinderen onder leeftijd van 12 jaar, jongeren en ouderen.
- Leefomgeving: woonsituatie.

Risicofactoren:

- Confrontatie met COVID-19.
- Isolatie.
- Afwezigheid van kwaliteitsvolle sociale steun.
- *Low frequency of activities*.
- (tijdelijke) werkloosheid.
- Intolerantie voor onzekerheid (angstgerelateerde aandoeningen).

Beschermende factoren:

- Familiale status – beschikbaarheid van gezinsleden.
- Hogere opleiding.

- Betaald werk.
- (Ervaren) kwaliteitsvolle sociale contacten.
- (Ervaren) kwaliteitsvolle gezinssituatie.

Op basis van de doelgroepen kunnen **hulpbronnen** bepaald worden die nodig zijn om de zorgnoden te beantwoorden. Zo kan men **de hoogste zorgnood speciëren** door risicofactoren te combineren, bijvoorbeeld personen die een COVID-19 infectie hebben doorgemaakt met kinderen onder de 12 jaar, mantelzorger zijn en werken in de zorg. Gebruik makend van populatiedata kan gedefinieerd worden om wie het gaat maar op basis van doelgroepanalyse kan ook bepaald worden waar deze groepen het best gecontacteerd en opgevolgd kunnen worden.

3.3.2 *Individuurgerichte zorg versus populatiegerichte acties*

Tijdens een pandemie worden zowel individuurgerichte als populatiegerichte acties georganiseerd. We stellen vast dat de verschillende dimensies door elkaar worden gebruikt, wat vergelijkingen niet altijd faciliteert. Daarom stellen we voor om steeds het overzicht te behouden in de oplistings van de (structurele) initiatieven en maatregelen om verwarring en fragmentatie te vermijden.

Individuurgerichte zorg is het geestelijke gezondheidsaanbod dat gericht is op integrale kwaliteitsvolle zorg voor de geestelijke gezondheid van individuele gebruikers en hun context doorheen hun levensloop, binnen het brede gezondheids- en welzijnslandschap en met linken naar andere sectoren van de samenleving. Dit kan gaan over (vroeg)detectie, kortdurende interventies, diagnostiek, behandeling en rehabilitatie.

Populatiegerichte acties behoren tot het geestelijke gezondheidsaanbod dat gericht is op waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder. Dit omvat de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers en de promotie van destigmatisering van personen met psychische zorgnoden.

		Individueel niveau		Populatie niveau	
		Structurele financiering	Eénmalige financiering	Structurele financiering	Eénmalige financiering
Primaire preventie	Universele preventie				
	Geïndiceerde preventie				
Secundaire preventie	Selectieve preventie				
Tertiaire preventie	Zorg-gerelateerde preventie				

TABEL: Overzicht van de dimensie van preventie

Noot: wanneer we dit visueel zouden willen voorstellen, kan men denken aan kleurcodes en/of categorisatie. Zo kan men zich voorstellen om niet elke doelgroep apart op te lijsten maar deze onder te brengen onder universele versus geïndiceerde preventie met extra onderscheid naar de COVID-19 specifieke risicofactoren.

3.4 Preventiemaatregelen in kaart brengen

Tijdens een pandemie is een groot deel van de zorg idealiter gericht op preventie. Om dit achteraf te kunnen evalueren, is het interessant om hier vooraf een duidelijk kader rond te creëren. We adviseren om hierbij te werken met 2 dimensies:

- 1) Universele, selectieve, geïndiceerde en zorg-gerelateerde preventie.
- 2) Primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Deze dimensies zullen we later in dit rapport in elkaar schuiven. De eerste dimensie wordt vaak gebruikt in de gezondheidseconomie terwijl de tweede dimensie meer gekend is binnen de psychosociale hulpverlening en werkgerelateerde problematieken.

DIMENSIE 1: Universele, selectieve, geïndiceerde en zorg-gerelateerde preventie

Het USI-model (Universal-Selective-Indicated) bakent drie preventieniveaus af: **universele**, **selectieve** en **geïndiceerde preventie** (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). We voegen daar nog **zorg-gerelateerde preventie** aan toe. Zo maken we de brug naar hulpverlening.

1. Universele preventie

Universele preventie richt zich op **de hele bevolking** (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking. Universele preventieacties trachten bij een zo groot mogelijke groep de veerkracht en andere protectieve gezondheidsfactoren te behouden en te versterken.

2. Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op **mensen met beginnende klachten** (signalen) en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening;

3. Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich op bevolkingsgroepen met een **verhoogd risico** en voorkomt dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden.

4. Zorg-gerelateerde preventie

Zorg-gerelateerde preventie richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Waar de aanwezigheid van risicofactoren of -signalen nog een perspectief geeft aan preventie, is dit niet meer het geval bij een geïnstalleerd probleem. Dat maakt een probleemgestuurde werking evenzeer noodzakelijk en aanvullend aan de overige preventieniveaus.

DIMENSIE 2: Primaire, secundaire en tertiaire preventie

Preventie volgens de fase waarin de ziekte zich bevindt is ingedeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Deze indeling is afkomstig uit de gezondheidszorg.

1. **Primaire preventie:** activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen.

2. **Secundaire preventie:** vroege opsporing van ziekten of afwijkingen bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt.
3. **Tertiaire preventie:** voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder.

3.5 7-stappenplan voor de definiëring van nieuwe initiatieven

Om zowel bestaande als nieuwe initiatieven in kaart te brengen, stellen we een **7-stappenplan** voor, waarin ook meteen heel wat tools en oplossingen worden aangereikt. Op die manier helpen we de initiatiefnemers mee te bouwen aan de beleidshervorming binnen de geestelijke gezondheidszorg binnen een getrappt zorgmodel. Deze stappen en vragen helpen om de actie zo goed mogelijk te omschrijven en idealiter te linken aan de visie en missie. Ook voor reeds bestaande initiatieven kan dit stappenplan helpen om orde te scheppen in chaos. Er wordt direct zichtbaar welke elementen ontbreken.

Stap 1: Waarom nemen we dit initiatief?

Eenzijds moet de visie glashelder zijn om zo aan te sluiten bij de visie en missie van welzijn in België. Anderzijds moet de aanpak in lijn liggen met het DNA van alle betrokken organisaties (om zo een goede samenwerking te faciliteren).

Stap 2: Wat is de huidige situatie (as is)?

Hierin beschrijven we met feiten en cijfers de doelgroep en de uitdagingen waar deze doelgroep voor staat. Op basis van deze feiten en cijfers kan men een logisch verband zien tussen het gekozen initiatief en de problematiek die aangepakt dient te worden.

Stap 3: Wie heeft welke rol in de huidige context én bij het nemen van het initiatief?

Alleen maar een initiatief nemen en pas daarna bekijken hoe men dat zal implementeren, creëert chaos. Waarom die stakeholder wel en de andere niet? Dit kan leiden tot een situatie waarin iedereen zijn deel opeist, los van het beoogde doel van het initiatief.

Stap 4: Waar willen we naartoe (to be)?

Hoe gaan we evalueren? Wat is de ideale eindsituatie en wat zijn hiervoor de indicatoren? Via welke bronnen vergaren we hiervoor de nodige informatie?

Stap 5: *Show me the money*

Wat zal het opbrengen? Het systeem kan niet eindeloos teren op steeds meer financiële investering; het dient zelfvoorzienend te worden. Idealiter zorgt een investering bij A dus voor een besparing bij B waardoor de investering rendeert. Door die besparing kunnen we of A versterken of een andere doelgroep aanpakken.

Stap 6: Actie

Welke actie is nodig om het initiatief tot een goed einde te brengen?

Stap 7: Impactmeting

Wie evalueert? Idealiter staat deze rol los van de beleidsmakers die de keuze maken. Alleen dan kunnen we leren voor toekomstige gelijkaardige situaties.

Voorlopige conclusie op basis van dit 7-stappenplan:

Bij elk initiatief is minstens één van bovenstaande elementen afwezig en/of onduidelijk.

Dit ondermijnt de potentiële totale impact die een initiatief kan hebben. En wanneer men beperkt is in middelen, dient men deze zo efficiënt mogelijk in te zetten. Dit onderstreept het verrassingselement van deze pandemie. En een verzachtende omstandigheid is natuurlijk dat men tijdens de pandemie niet alleen de situatie het hoofd moet bieden maar tegelijkertijd ook het welbevinden op innovatieve manieren moet managen.

IV CONCLUSIE: DRIE ADVIEZEN VOOR DE MENTAL HEALTH MONITOR COVID-19

Zowel voor deze als voor toekomstige pandemieën is een consequente en geïntegreerde **opvolging** van de maatregelen ter bescherming en ondersteuning van de mentale gezondheid van de bevolking cruciaal. Het is een *conditio sine qua non* om de impact in kaart te brengen en de nodige vervolgstappen te kunnen zetten.

Zowel tijdens de pandemie maar ook daarbuiten is geestelijke gezondheidszorg een centraal element van een florierende maatschappij. In een recent OESO rapport wordt de kost omschreven: deze individuele en sociale kosten hebben ook een duidelijke economische dimensie - tot 4,2% van het BBP - waarbij meer dan een derde van deze kosten wordt veroorzaakt door een lagere arbeidsparticipatie en een lagere arbeidsproductiviteit. Met een goed uitgebouwd en wendbaar geestelijk gezondheidszorgsysteem kunnen we op zijn minst een deel van deze kost vermijden.

Net als in de andere OESO landen heeft België de geestelijke gezondheid prioriteit gegeven en niet alleen gedreven door de pandemie. België volgt daarin de adviezen van (internationale) richtlijnen zoals deze van de WGO bijvoorbeeld. De hervorming van de geestelijke gezondheid was in volle ontwikkeling op het moment van de pandemie. Vernieuwing en/of aanpassing op het moment van een sanitaire crisis is geen evidentie.

Samenvattend en concluderend formuleert de HGR **drie concrete adviezen** om een bruikbare *Mental Health Monitor COVID-19* verder te ontwikkelen maar ook om inzichten te genereren die de verdere hervorming kunnen voeden.

1) Het opvolgen van reeds genomen maatregelen

Het is belangrijk dat informatie eenvormig wordt verzameld en dat er een **overzicht** bestaat van welke acties worden genomen. Om een goede opvolging op te zetten dient de beschikbare informatie te worden gestructureerd. Daarvoor stelt de HGR het gebruik van de **checklist** uit punt 3.1. voor.

2) Het opvolgen van nieuwe maatregelen

Om nieuwe initiatieven in kaart te brengen, beveelt de HGR het **7-stappenplan** aan (zie punt 3.5.), waarin ook meteen heel wat tools en oplossingen worden aangereikt. Op die manier helpen we de initiatiefnemers mee te bouwen aan de beleidshervorming binnen de geestelijke gezondheidszorg binnen een getrappt zorgmodel. Deze stappen en vragen helpen bovendien om de actie zo goed mogelijk te omschrijven en idealiter te linken aan de visie en missie. Ook voor reeds bestaande initiatieven kan dit stappenplan helpen om orde te scheppen in chaos. Er wordt direct zichtbaar welke elementen ontbreken. Ook hier is het essentieel om het **overzicht** te behouden.

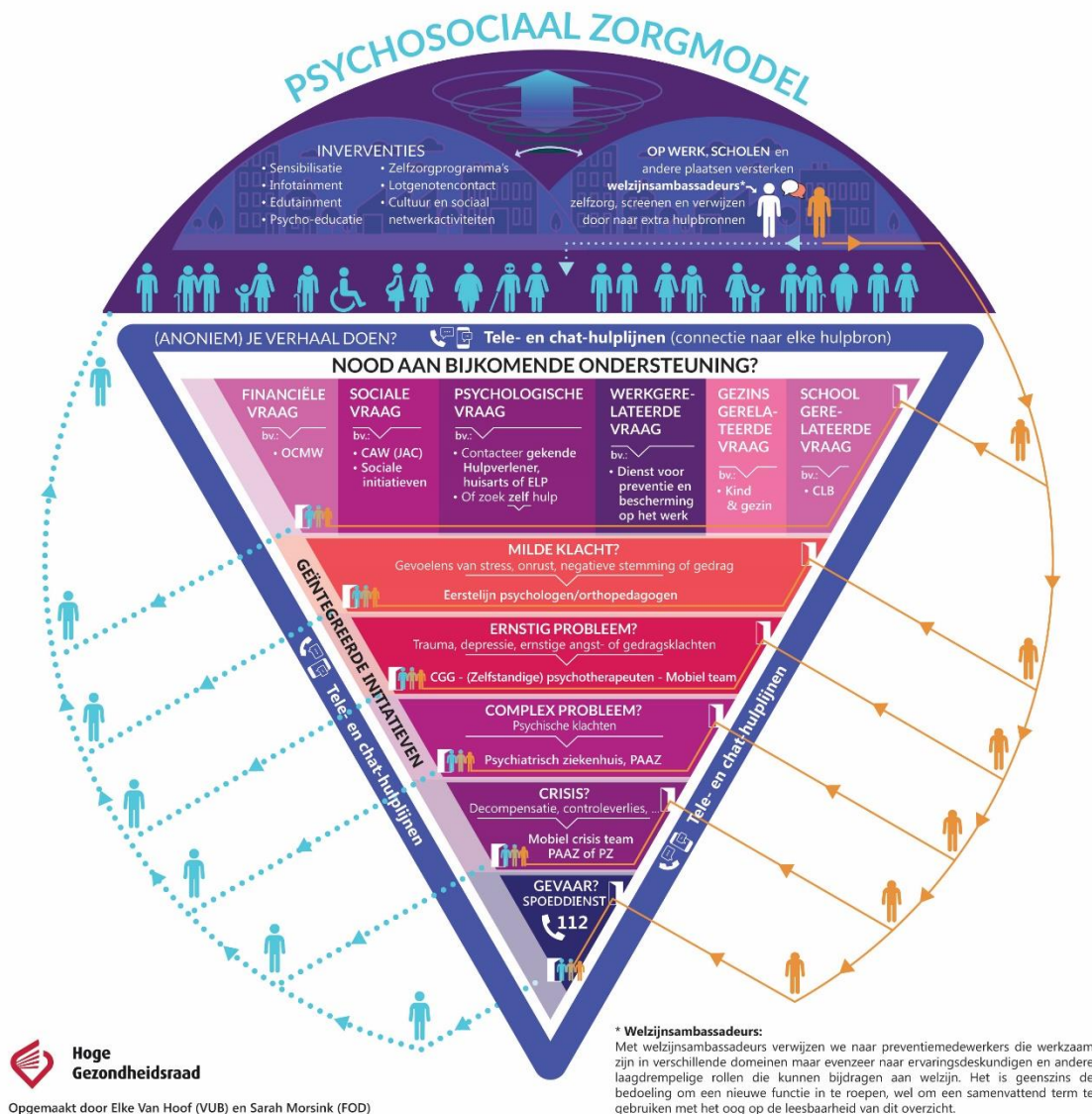
3) Een overzicht dat toelaat om leemten efficiënt te identificeren

Tot slot adviseren we om een overzicht te maken dat mogelijke leegtes in kaart brengt. Twee uitgangspunten worden voorgesteld:

- ⇒ vanuit de geïdentificeerde risicofactoren die doelgroepen afbakenen (zie 3.3.1);
- ⇒ vanuit het model van getrapte zorg.

Om dit overzicht te faciliteren drie tools worden voorgesteld:

1. Een visuele weergave van de genomen initiatieven met een onderscheid tussen structurele financiering versus eenmalige financiering volgens het getrapte zorgmodel.



2. De genomen initiatieven verder structureren volgens de dimensies van preventie (zie 3.4.).

Ter herinnering : Bij deze visuele voorstelling zijn kleurcodes en/of een of andere vorm van categorisatie handig. Zo hoeft niet elke doelgroep apart te worden opgelijst, maar kan hij worden ondergebracht onder universele versus geïndiceerde preventie met extra onderscheid naar de COVID-19 specifieke risicofactoren.

		Individueel niveau		Populatie niveau	
		Structurele financiering	Eénmalige financiering	Structurele financiering	Eénmalige financiering
Primaire preventie	Universele preventie				
	Geïndiceerde preventie				
Secundaire preventie	Selectieve preventie				
Tertiaire preventie	Zorg-gerelateerde preventie				

3. Per COVID-19-specifieke risicofactor en/of beschermende factor aanvinken hoe de dimensies van preventie in het getrapte zorgmodel worden aangepakt.

Hoe worden de risicofactoren voor het ontwikkelen van langdurige problemen voorkomen?

Ter herinnering :

Risicofactoren:

- Confrontatie met COVID-19.
- Isolatie.
- Afwezigheid van kwaliteitsvolle sociale steun.
- *Low frequency of activities.*
- Werkloosheid en/of tijdelijke werkloosheid.
- Intolerantie voor onzekerheid (angstgerelateerde aandoeningen).

Hoe cultiveren we de beschermende factoren?

Beschermende factoren:

- Familiale status, beschikbaarheid van gezinsleden.
- Hogere opleiding.
- Betaald werk.
- (Ervaren) kwaliteitsvolle sociale contacten.
- (Ervaren) kwaliteitsvolle gezinssituatie.

Hoe identificeren we risicogroepen? Welke extra ondersteuning bieden we hen?

Kwetbaarheidsfactoren:

- Reeds aanwezige kwetsbaarheid (zoals psychologische problemen, psychiatrische diagnose, complexe gezinssituatie, verslaving, beperking ...).
- COVID-19 infectie.
- Beroep : zorgpersoneel (medisch en psychosociale zorg).
- Mantelzorger.
- Geslacht (vrouwelijk).

- Leeftijd: kinderen onder leeftijd van 12 jaar, jongeren en ouderen.
- Leefomgeving: woonsituatie.

V REFERENTIES

HGR – Hoge Gezondheidsraad. Psychosociale opvang tijdens de COVID-19 pandemie. Advies n°9589. Brussel : HGR 2020

HGR – Hoge Gezondheidsraad. Psychosociale opvang tijdens de COVID-19 pandemie. Herziening. Advies n°9610. Brussel : HGR 2021

Lippit, M., 1987, The Managing Complex Change Model. Copyright, 1987, by Dr. Mary Lippitt, Founder and President of Enterprise Management, Ltd

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** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD.

BLAVIER Adélaïde	Klinische psychologie	ULG
BRUFFAERTS Ronny	Psychologie	UZLeuven
CALMEYN Marc	Psychiatrie, psychotherapie	PZ Onzelvevrouw Brugge
DE LAET Hannah	Psychologie	VUB
GERMEYS Inez	Psychiatrie	KULeuven
GODDERIS Lode	Arbeidsgeneeskunde	KULeuven
LUMINET Olivier	Gezondheidspsychologie	UCLouvain
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	UZ Brussel, VUB
RESIBOIS Maxime	Psychologie	CRéSaM
VAN DEN BROECK Kris	Psychologie	UAntwerpen
VAN DEN CRUYCE Nele	Sociologie	VUB
VAN GRAMBEREN Mieke	Sociologie	Zorg Leuven
VAN HOOF 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

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

DE BOCK Paul

FOV VVVL

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 experts (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 experts). 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.