

---

**Het gebruik van psychosociale ondersteuning door  
medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren:  
Hoe de drempels overkomen?**

---

Hanne Van Horebeek  
Evelien Coppens  
Chantal Van Audenhove

LUCAS KU Leuven

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
 Tel 0032 16 37 34 32  
 E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)  
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

**STEUNPUNT  
 WELZIJN  
 VOLKSGEZONDHEID &  
 GEZIN**

Publicatie nr. 2022/11

SWVG-Rapport 16

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Het gebruik van psychosociale ondersteuning door medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren: Hoe de drempels overkomen?

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove, LUCAS KU Leuven

Onderzoekers: Hanne Van Horebeek, dr. Evelien Coppens, LUCAS KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Ann Van Hecke
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Piet Stinissen
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Sociaal Werk	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
<b>Karel De Grote hogeschool</b>	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
<b>Hogeschool PXL</b>	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
<b>Odisee co-hogeschool</b>	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
<b>KeFor</b>	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof



## Rapport 16

Oktober 2022

### Het gebruik van psychosociale ondersteuning door medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren: Hoe de drempels overkomen?

Onderzoekers: Hanne Van Horebeek, dr. Evelien Coppens, LUCAS KU Leuven

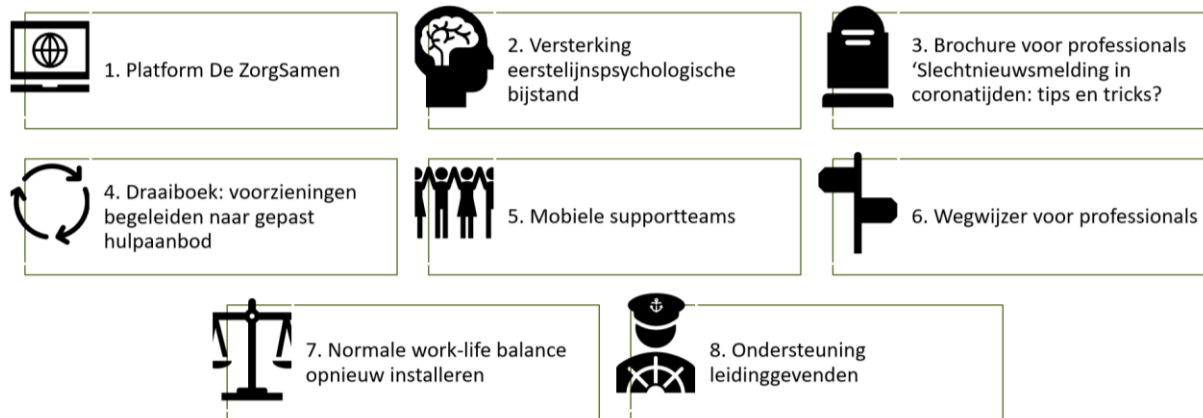
Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove, LUCAS KU Leuven

#### Samenvatting

**Medewerkers in gezondheids- en welzijnssectoren kwamen tijdens de coronacrisis onder grote druk te staan.** Als antwoord op de toegenomen psychosociale klachten ontwikkelde de Projectgroep Psychosociaal Welzijn vanuit de Taskforce COVID-19 Zorg een ondersteuningsaanbod, nl. het '**actieplan Psychosociaal Welzijn**' (Figuur 1). De voorzieningen en medewerkers in zorg en welzijn gebruikten dit aanbod echter minder dan verwacht. Hierbij aansluitend toonden de ZorgSamen Barometers en Power to Care enquêtes (P<sup>2</sup>C-enquêtes) – die het mentaal welzijn van de medewerkers meermaals bevraagd hebben gedurende de coronacrisis – dat de psychosociale klachten en de vraag naar ondersteuning groot bleven (Peeters et al., 2021).

Het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin (SWVG) kreeg de opdracht om te onderzoeken welke drempels tot het beperkt gebruik van het ondersteuningsaanbod hebben geleid, wat helpend kan zijn om deze drempels weg te werken en hoe de psychosociale klachten kunnen gelenigd worden.

Volgende vier **onderzoeksvragen** staan centraal in deze studie: (1) Welke psychosociale klachten en noden ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren? (2) Welke medewerkers ervaren de grootste klachten en noden? (3) Welke drempels ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren die hen beletten om beroep te doen op het extra ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn? en (4) Welke inspanningen kunnen verschillende actoren in en rond de gezondheids- en welzijnssectoren – overheid, zorg- en welzijnsorganisaties, team of individuele medewerker - leveren ter ondersteuning van het mentaal welzijn van de medewerkers?



Figuur 1 Actieplan Psychosociaal Welzijn van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn – acties voor personeel van zorg- en welzijnsorganisaties.

In een **eerste fase** namen de onderzoekers wetenschappelijke, praktijkgerichte en beleidsgerichte **literatuur** door betreffende: (1) de psychosociale klachten en noden die medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren ervaren, (2) modellen rond hulpzoekend gedrag die inzicht bieden in waarom mensen al dan niet gebruik maken van psychosociale ondersteuning, en (3) de aanpak van psychosociale klachten op individueel en organisatieniveau (zie Hoofdstuk 3).

In een **tweede fase** werden de data van de **ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes** onder de loep genomen om meer te weten komen over de groep **mensen die langdurige stress ervaart en overweegt om te stoppen met het uitoefenen van hun beroep** (zie Hoofdstuk 4).

In een **derde fase** organiseerden de onderzoekers een **expertpanel** met vier leden van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn en namen elf bijkomende interviews af. Dit kwalitatief onderzoek beluisterde de mening van de experts inzake het actieplan Psychosociaal Welzijn en zinvolle aanbevelingen ten aanzien van overheden, sectoren, organisaties en teams om het psychosociaal welzijn van medewerkers in zorg en welzijn op de werkvloer in de toekomst te verbeteren (zie Hoofdstuk 5).

Een **vierde en laatste fase** bestond uit twee **focusgroepen** en drie individuele interviews met medewerkers uit de gezondheids- en welzijnssectoren. Deze kwalitatieve bevraging ging dieper in op de ervaren psychosociale klachten tijdens de coronapandemie en de ontvangen ondersteuning (al dan niet gerelateerd aan het actieplan Psychosociaal Welzijn). Daarnaast werd gepeild naar zinvolle suggesties om het mentaal welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren in de toekomst beter te ondersteunen (zie Hoofdstuk 6).

De antwoorden op de vier onderzoeksvragen kunnen als volgt worden samengevat (zie Hoofdstuk 7).

**Onderzoeksvraag 1: Welke psychosociale klachten en noden ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren?**

De beginperiode van de crisis leidde vooral tot angstgevoelens veroorzaakt door de onzekerheid en de onvoorspelbaarheid die de pandemie teweegbracht mede omwille van het gevaar op besmetting. Na verloop van tijd eiste vooral de toegenomen mentale druk zijn tol. Medewerkers kregen af te rekenen met acute en voornamelijk **chronische stress** wat allerhande symptomen met zich meebracht bv. prikkelbaarheid, vermoeidheid en spanningshoofdpijn (Blake, Bermingham, Johnson, & Tabner, 2020; Cai et al., 2020; Chew, Wei, Vasoo, & Sim, 2020; Galati, Avard, & Ramsay, 2021; Mrklas et al., 2020; Pascoe, Paul, Johnson, Putland, Willis, & Smallwood, 2021; Peeters et al., 2021). De respondenten

ervaarden ook een onevenwicht tussen hun werk- en privésituatie. De ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes stelden naast chronische stress ook **werkgerelateerde problemen** vast. Zo overwoog bijna een op vijf respondenten om te stoppen met het uitoefenen van het beroep. Deze medewerkers hadden vaker het gevoel er alleen voor te staan en voelden zich meer onzeker binnen het team.

Tijdens de crisis vormden de eigen partner, naasten en collega's de belangrijkste **bronnen van steun** voor medewerkers. Sommige medewerkers gaven aan dat ze steun van hun leidinggevende en professionele psychologische ondersteuning wel noodzakelijk achtten, maar niet hebben gezocht (13% en 16%).

### **Onderzoeksvraag 2: Welke medewerkers ervaren de grootste klachten en noden?**

Op basis van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-bevragingen kunnen we concluderen dat medewerkers uit de **woonzorgcentra** tijdens de covidcrisis de meeste stress kregen te verduren, gevolgd door medewerkers uit de **ziekenhuizen en de eerste lijn**. Ook een vergelijking volgens beroepsgroepen die actief zijn in zorg en welzijn gaf opvallende verschillen. Zo waren de stressklachten het meest uitgesproken bij de **zorgkundigen**: zij legden meer dan andere beroepsgroepen een verhoogde waakzaamheid aan de dag, hadden sterker het gevoel onder druk te staan, voelden zich het meest uitgeput en meldden het meest slaapproblemen. **Vrouwelijke** medewerkers rapporteerden meer klachten van langdurige stress dan mannen.

Tussen een aantal stress- en werkgerelateerde problemen bestond er een duidelijke samenhang. Medewerkers die het gevoel hadden er op het werk alleen voor te staan, die zich onzeker voelden binnen het eigen team en die overwogen om te stoppen met het beroep rapporteerden vaker slaapproblemen, hadden sterker het gevoel onder druk te staan en waren meer vermoeid. Daarnaast rapporteerden medewerkers met een beperkt **sociaal netwerk** en medewerkers met een eerdere **psychische kwetsbaarheid** meer stress- en werkgerelateerde klachten.

### **Onderzoeksvraag 3: Welke drempels ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren die hen beletten om beroep te doen op het extra ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn?**

Verschillende bevroegde medewerkers waren niet vertrouwd met de acties uit het actieplan Psychosociaal Welzijn en/of twijfelen over de up-take van de acties binnen de eigen organisatie. Het kwalitatieve onderzoeksluik bracht verschillende redenen aan het licht die een mogelijke verklaring bieden voor dit beperktere gebruik, nl.:

- **Onbekendheid** van het ondersteuningsaanbod.
- **Gebrek aan aandacht voor de implementatie** van de acties in organisaties. Organisaties en leidinggevenden hebben nood aan praktische richtlijnen om de acties op de werkvloer te laten landen bij de personen die het nodig hebben en acceptabel vinden op een bepaald moment.
- **Aard van het aanbod**. Het actieplan van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn bestaat uit een divers aanbod aan psychosociale ondersteuning. Dit is noodzakelijk omwille van de verschillen tussen de sectoren binnen zorg en welzijn. Niet alle acties zijn echter even gemakkelijk hanteerbaar binnen alle sectoren en voor alle voorzieningen. Wanneer acties zijn afgestemd op de specifieke noden of settings en inhaken op de lokale context waarin voorzieningen actief zijn, spreken ze de doelgroep wellicht meer aan.

- **Specifiek met betrekking tot de ZorgSamen-website:** De website is de best gekende en meest gebruikte actie uit het ondersteuningsaanbod en lokte veel positieve reacties uit. Wat betreft de opbouw en de gebruiksvriendelijkheid van de website zijn er nog mogelijkheden tot verbetering. Daarnaast leggen dergelijke acties veel verantwoordelijkheid bij het individu. Het is misschien wat te optimistisch om te verwachten dat iemand met een hoge mentale nood actief op een website op zoek gaat naar informatie en tools om zichzelf te ondersteunen.
- **Hulpverleners zien zichzelf in de eerste plaats als zorgverstreker en niet als zorgvrager.**
- Mentaal welzijn blijft een moeilijk te bespreken thema dat soms **stigmatiserende attitudes en reacties** uitlokt. Dit weerhoudt medewerkers ervan om anderen deelgenoot te maken van hun psychosociale klachten en op zoek te gaan naar hulp.
- **Andere prioriteiten binnen zorg en welzijn.** Medewerkers en organisaties probeerden zo goed als mogelijk de coronacrisis door te komen en het hoofd te bieden aan de moeilijke arbeidsomstandigheden die de pandemie teweegbracht (overbelasting, uitval personeel, overlijdens cliënten, wisselende werkplanningen, ...). De focus op mentaal welzijn verschoof zo meer naar de achtergrond.
- **Structurele problemen** binnen zorg en welzijn. Al jaren is er een tekort aan arbeidskrachten, zijn er te weinig middelen en is er een overmaat aan administratie. Deze problemen drijven – ook los van de covidpandemie - de werkdruk de hoogte in en tasten het mentaal welbevinden van medewerkers aan. Medewerkers vinden het essentieel om eerst op deze aandachtspunten in te zetten om zo de werkdruk te verlichten en van daaruit verder in te zetten op gerichte acties ter ondersteuning van het mentaal welzijn van medewerkers in zorg en welzijn.

**Onderzoeksvraag 4:** Welke inspanningen kunnen verschillende actoren in en rond de gezondheids- en welzijnssectoren – overheid, zorg- en welzijnsorganisaties, team of individuele medewerker - leveren ter ondersteuning van het mentaal welzijn van de medewerkers?

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de onderzoeksresultaten en de expertise van de betrokken onderzoekers en opgedeeld in drie categorieën:

#### **Algemene aanbevelingen rond mentaal welzijn in de gezondheids- en welzijnssectoren**

- Zet in op het doorbreken van stigma rond psychosociaal welzijn bij medewerkers in zorg en welzijn.
- Investeer in een systematische opvolging van de mentale gezondheid van medewerkers in zorg en welzijn.
- Geef medewerkers de tijd om te bekomen van de COVID-19-pandemie en zich opnieuw bezig te houden met hun core-business, nl. het verlenen van goede zorg en ondersteuning. Beperk op korte termijn de lancering van initiatieven om het mentaal welzijn te bevorderen en zelfzorg te stimuleren.

#### **Aanbevelingen met het oog op de context en arbeidsomstandigheden binnen de gezondheids- en welzijnssectoren**

- Pak de structurele problemen in zorg en welzijn blijvend aan.
- Nieuwe praktijken uit de covidcrisis omzetten in procedures om goede innovaties in zorg en welzijn te installeren.

- Zet in op een zo veilig mogelijke, aangename werkomgeving voor medewerkers, ook in crisis-situaties.

### **Aanbevelingen met het oog op het ontwikkelen en implementeren van acties rond mentaal welzijn**

#### I. Ontwikkeling van acties ter bevordering van het mentaal welzijn

- Diversifieer de aanpak rond mentaal welzijn in functie van de specifieke doelgroep en/of organisaties.
- Zet in op proactieve acties om medewerkers te ondersteunen.
- Geef aandacht aan het mentaal welzijn van de leidinggevenden en de ondersteunende rol die zij hebben ten aanzien van medewerkers in zorg en welzijn.
- Zet in op begeleide online-zelfhulp in plaats van loutere zelfhulp.
- Houd rekening met/bied ondersteuning ten aanzien van de privésituatie van medewerkers in zorg en welzijn.

#### II. Bekendmaking van acties rond mentaal welzijn

- Zorg voor doorstroming van de communicatie over de acties vanuit de overheid naar de organisaties, alsook binnen de organisaties.

#### III. Verankering van acties binnen organisaties

- Heb aandacht voor implementatie bij het lanceren van acties rond mentaal welzijn in organisaties bv. koppel doelstellingen aan de acties, vervat de acties in procedures zodat ze overeind blijven na afloop van een project.

#### IV. Opvolging en evaluatie van acties

- Zet in op monitoring en evaluatie van acties rond mentaal welzijn in organisaties.

De aanbevelingen maken duidelijk dat verschillende actoren in en rond de gezondheids- en welzijnssectoren inspanningen kunnen leveren ter ondersteuning van het mentaal welzijn van de medewerkers. Het is noodzakelijk dat zowel individuele medewerkers, teams, zorg- en welzijnsorganisaties, alsook betrokken overheden hier gelijktijdig op inzetten. De overheid dient zich verder te buigen over de budgettaire en praktische aandachtspunten die de aanbevelingen met zich meebrengen.





## Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>13</b>
<b>Hoofdstuk 1      Onderzoeksdoelstellingen en -methode</b>	<b>15</b>
1      Onderzoeksdoelstellingen	15
2      Onderzoeksmethode	15
<b>Hoofdstuk 2      Actieplan Psychosociaal Welzijn ter ondersteuning van het mentale welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren</b>	<b>19</b>
<b>Hoofdstuk 3      Documentanalyse</b>	<b>23</b>
1      Psychosociale klachten en noden die medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren ervaren	23
2      Modellen omtrent hulpzoekend gedrag (bij mentale gezondheidsproblemen)	24
3      De aanpak van psychosociale klachten op individueel en organisatieniveau	28
<b>Hoofdstuk 4      ZorgSamen Barometers en Power to Care enquêtes</b>	<b>33</b>
1      Onderzoeksvraag	34
2      Gebruikte data	34
3      Statistische analyses	38
4      Resultaten	39
4.1      Klachten van langdurige stress en werkgerelateerde problemen	39
4.2      Gekregen steun en sociaal netwerk	39
4.3      Behandeling voor emotionele problemen in het verleden	41
4.4      Samenhang tussen langdurige stress en functioneren binnen het team	41
4.5      Samenhang tussen langdurige stress en functioneren binnen het team enerzijds en socio-demografische variabelen anderzijds	42
5      Samenvattende conclusie uit rijke bron van data	63
<b>Hoofdstuk 5      Expertpanel met leden van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn en aanvullende interviews</b>	<b>65</b>
1      Actieplan Psychosociaal Welzijn: bekendheid, gebruik en ervaringen	65
1.1      Algemeen	65
1.2      Specifieke acties	66
2      Input voor aanbevelingen ter ondersteuning van het mentaal welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren in de toekomst	67
2.1      Suggesties ter verbetering van de werkcontext in de gezondheids- en welzijnssectoren	67
2.2      Suggesties ter verbetering van het actieplan Psychosociaal Welzijn	68
2.3      Suggesties ter verbetering van het mentaal welzijn binnen zorg- en welzijnsorganisaties	68

<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Focusgroepen en interviews met medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren</b>	<b>71</b>
1	Psychosociale klachten op de werkvloer	71
2	Bekendheid en gebruik van het actieplan Psychosociaal Welzijn	72
3	Andere acties rond psychosociale ondersteuning in de zorg- en welzijnsorganisaties	73
4	Suggesties ter ondersteuning van het mentaal welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren in de toekomst en het breder gebruik van het actieplan Psychosociaal Welzijn	74
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>77</b>
1	Conclusies	77
1.1	Welke psychosociale klachten en noden ervaren medewerkers in de zorg- en welzijnssector?	77
1.2	Welke medewerkers ervaren de grootste klachten en noden?	78
1.3	Welke drempels ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren die hen beletten om beroep te doen op het extra ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn?	79
2	Aanbevelingen	81
2.1	Algemene aanbevelingen rond mentaal welzijn in de gezondheids- en welzijnssectoren	81
2.2	Aanbevelingen met het oog op de context en arbeidsomstandigheden binnen de gezondheids- en welzijnssectoren	83
2.3	Aanbevelingen met het oog op het ontwikkelen en implementeren van acties rond mentaal welzijn	85
<b>Referenties</b>		<b>93</b>

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Aantal deelnemers aan de focusgroepen en bijkomende interviews volgens subsector	16
Tabel 2	Overzicht van bevestigingen van de ZorgSamen Barometer en de Power to Care enquête.	33
Tabel 3	Variabelen uit de ZorgSamen Barometer en de Power to Care enquête die we meenamen in de bijkomende analyses.	35
Tabel 4	Gemiddelde en frequenties voor de variabelen die langdurige stress en werkgerelateerde problemen meten.	39
Tabel 5	Frequenties voor de variabelen die ervaren steun meten.	40
Tabel 6	Resultaten m.b.t. de tevredenheid over zijn sociaal netwerk en grootte van het sociaal netwerk.	40
Tabel 7	Percentage bevestigden dat in het verleden emotionele problemen ervaarden.	41
Tabel 8	Samenhang tussen langdurige stress en het functioneren binnen het team.	41
Tabel 9	Samenhang tussen geslacht en langdurige stress en het functioneren binnen het team.	42
Tabel 10	Samenhang tussen provincie en langdurige stress.	44
Tabel 11	Samenhang tussen provincie en werkgerelateerde problemen.	44
Tabel 12	Samenhang tussen sector en langdurige stress.	45
Tabel 13	Samenhang tussen sector en werkgerelateerde problemen.	46
Tabel 14	Beroepsgroep van de respondenten per sector.	47
Tabel 15	Samenhang beroepsgroep en langdurige stress.	50
Tabel 16	Samenhang beroepsgroep en functioneren in het team.	52
Tabel 17	Samenhang tussen tevredenheid over het sociaal netwerk en langdurige stress.	55
Tabel 18	Samenhang tussen tevredenheid over het sociaal netwerk en functioneren binnen het team.	55
Tabel 19	Samenhang tussen de grootte van het sociaal netwerk en langdurige stress.	56
Tabel 20	Samenhang tussen de grootte van het sociaal netwerk en het functioneren binnen het team.	56
Tabel 21	Samenhang tussen het delen van emoties met derden en langdurige stress.	57
Tabel 22	Samenhang tussen het delen van emoties met derden en het functioneren binnen het team.	59
Tabel 23	Samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en langdurige stress.	62
Tabel 24	Samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en functioneren binnen het team.	62

## Lijst Figuren

Figuur 1	Actieplan psychosociaal welzijn van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn – acties voor personeel van zorg- en welzijnsorganisaties.	4
Figuur 2	Schematisch overzicht onderzoeksactiviteiten.	15
Figuur 3	Actieplan psychosociaal welzijn van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn – acties voor personeel van zorg- en welzijnsorganisaties.	19
Figuur 4	Behavioral model of health services use (Andersen, 1995; 2008).	25
Figuur 5	Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991).	27
Figuur 6	Health Belief Model (aangepaste versie door Henshaw & Freedman-Doan, 2009).	27
Figuur 7	Model voor hulpzoekend gedrag van Rickwood et al. (2005).	28
Figuur 8	Psychische klachten die zich tijdens de pandemie voordeden (ZorgSamen Barometers & Power to care enquêtes).	71

## Inleiding

De coronacrisis zorgde voor een hoge druk op medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren (algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, thuiszorg, zorg voor personen met een handicap, jeugdhulp, kinderopvang, CAW's, OCMW's, ...). In dit rapport zal de term 'medewerkers in zorg en welzijn' verwijzen naar de professionele hulpverlening binnen de gezondheids- en welzijnssectoren. Hiermee wordt bedoeld op mensen die instaan voor de directe zorg, begeleiding of ondersteuning van cliënten, alsook professionals in ondersteunende functies (administratie, logistiek, onderhoud) en managementfuncties. De zorg geboden door mantelzorgers en vrijwilligers valt buiten de scope van dit onderzoek.

Als antwoord op de toenemende psychosociale klachten bij het personeel, creëerde de Projectgroep Psychosociaal Welzijn onder de Taskforce COVID-19 Zorg een ondersteuningsaanbod, nl. het 'actieplan Psychosociaal Welzijn'. Dit actieplan bevat initiatieven om – naast bewoners van residentiële voorzieningen en hun directe sociale omgeving – medewerkers in zorg en welzijn te ondersteunen op vlak van psychosociaal welzijn.

De projectgroep stelde echter vast dat het ondersteuningsaanbod minder is gebruikt dan verwacht. Hierbij aansluitend toonden de resultaten van de ZorgSamen Barometers en Power to Care enquêtes (P<sup>2</sup>C-enquêtes), die sinds het begin van de coronacrisis meermaals werden afgenomen, dat de psychosociale klachten en vraag naar ondersteuning groot blijven onder de medewerkers (Peeters et al., 2021).

Deze studie van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin (SWVG) gaat verder in op de drempels die tot dit beperkter gebruik van het aanbod hebben geleid, en onderzoekt wat helpend kan zijn om deze drempels, alsook de psychologische klachten en noden, aan te pakken. Concreet staan volgende doelstellingen centraal: (1) de psychosociale klachten en noden van medewerkers in zorg en welzijn in kaart brengen, (2) in kaart brengen welke medewerkers de grootste psychosociale klachten en noden ervaren, (3) zicht krijgen op de drempels die medewerkers in zorg en welzijn beletten om het extra ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn te gebruiken, en (4) praktische aanbevelingen formuleren om de klachten, noden en drempels aan te pakken.



# Hoofdstuk 1

## Onderzoeksdoelstellingen en -methode

### 1 Onderzoeksdoelstellingen

Deze studie wil zicht krijgen op de **psychosociale klachten en noden** van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren. Daarnaast brengen we de **drempels** in kaart die de doelgroep er van weerhouden heeft om (meer) gebruik te maken van het ondersteuningsaanbod, nl. de acht acties uit het actieplan Psychosociaal Welzijn die zich specifiek op medewerkers richten, opgesteld door de Projectgroep Psychosociaal Welzijn (zie Hoofdstuk 2). Via **aanbevelingen** – zowel voor de verschillende sectoren binnen zorg en welzijn, als de betrokken overheden – wil het onderzoek bijdragen aan een betere ondersteuning van de mentale gezondheid van medewerkers in zorg en welzijn in de toekomst. Aan deze doelstellingen zijn vier concrete onderzoeksvragen gekoppeld:

- (1) Welke psychosociale klachten en noden ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren?
- (2) Welke medewerkers ervaren de grootste klachten en noden?
- (3) Welke drempels ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren die hen beletten om beroep te doen op het extra ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn?
- (4) Welke inspanningen kunnen verschillende actoren in en rond de gezondheids- en welzijnssectoren – overheid, zorg- en welzijnsorganisaties, team of individuele medewerker - leveren ter ondersteuning van het mentaal welzijn van de medewerkers?'

### 2 Onderzoeksmethode

Figuur 2 geeft een schematisch overzicht van de verschillende stappen die de onderzoekers namen binnen dit onderzoek.



Figuur 2 Schematisch overzicht onderzoeksactiviteiten.

Het onderzoek ging van start met een **documentanalyse** om na te gaan welke kennis reeds voor handen is omtrent het onderwerp, zowel nationaal als internationaal (zie Hoofdstuk 3). De documentanalyse werpt een eerste licht op de bestaande psychosociale noden onder medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren, drempels die hen ervan weerhouden om gebruik te maken van psychosociale hulp en acties om in te spelen op de noden.

Eind maart organiseerden de onderzoekers een **expertpanel** met leden van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn (n = 4) om het actieplan Psychosociaal Welzijn – en meer bepaald de acties gericht op medewerkers in zorg en welzijn – te bespreken. Ook aanbevelingen naar de sectoren en overheden toe inzake het bevorderen van het psychosociaal welzijn op de werkvloer zijn bevestigd. Niet iedereen kon deelnemen aan het expertpanel; daarom **interviewden** de onderzoekers bijkomend **11 experten** die al dan niet deel uitmaakten van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn. Het expertpanel en de interviews behandelden volgende richtvragen:

- (1) In welke mate bent u vertrouwd met de acties uit het actieplan psychosociaal welzijn die bedoeld zijn voor medewerkers in zorg en welzijn? Welke acties kent u niet? Welke acties heeft u zelf doorlopen?
- (2) Wat is uw globale indruk van dit actieplan?
- (3) Wat verwacht u dat dit actieplan teweeg zal brengen?
- (4) Welke aanbevelingen heeft u voor overheden en sectoren inzake het bevorderen van het psychosociaal welzijn van medewerkers in zorg en welzijn?

Een van de onderzoekers transcribeerde de audio-opnames van deze gesprekken, maakte hiervan een verslag en voerde vervolgens een inhoudsanalyse uit om belangrijke inhoudelijke thema's en uitspraken uit het verslag te extraheren. De resultaten van deze inhoudsanalyse staan beschreven in Hoofdstuk 5.

In april vonden **twee focusgroepen met medewerkers uit zorg en welzijn** (n = 18) plaats. Een van de onderzoekers interviewde bijkomend **drie medewerkers** die niet konden deelnemen aan de focusgroepen. De oproep tot deelname werd breed verspreid via leden van de stuurgroep van het project en contacten van de onderzoekers. In het totaal participeerden 21 medewerkers uit diverse sectoren aan dit kwalitatieve luik van het onderzoek (zie Tabel 1). De OCMW's, CAW's en thuisverpleging waren, ondanks uitnodiging, niet vertegenwoordigd.

Tabel 1 Aantal deelnemers aan de focusgroepen en bijkomende interviews volgens subsector

<b>Subsector binnen zorg en welzijn</b>	<b>Aantal deelnemers</b>
Algemene ziekenhuizen	4
Mutualiteiten	4
Eerstelijnszones	2
Geestelijke gezondheidszorg	2
Woonzorgcentra	2
Zorg voor personen met een handicap	2
Huisartsen	1
Jeugdhulp	1
Kinderopvang	1
Thuis- en gezinszorg	1
Sub-sector overstijgend	1
	<b>21</b>



De onderzoekers legden volgende richtvragen voor aan de deelnemers:

- (1) In welke mate kwamen psychosociale klachten voor bij medewerkers in uw zorg- of welzijnsorganisatie?
- (2) In welke mate is het ondersteuningsaanbod van de overheid gekend op de werkvloer?
- (3) Welke acties kent u? Welke acties heeft u gebruikt?
- (4) Waarom wordt dit ondersteuningsaanbod niet/weinig gebruikt?
- (5) Wat kan ervoor zorgen dat het aanbod beter gekend is en meer gebruikt wordt?

De dataverwerking van deze bijeenkomsten gebeurde op eenzelfde manier als bij de voorgaande kwalitatieve dataverzameling. Een van de onderzoekers transcribeerde de twee focusgroepen en drie interviews at verbatim, beoordeelde de thema's en inhoudelijke uitspraken en bracht ze samen in een Excel-file. Deze analyse vormde de tussenstap naar het uitschrijven van de belangrijkste bevindingen in Hoofdstuk 6.

Op vraag van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn, voerden de onderzoekers extra analyses uit op de data van de **ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes** die KU Leuven en Sciensano tijdens de COVID-19-pandemie verzamelden. De focus lag hierbij op identificatie van de groep van medewerkers in zorg en welzijn die langdurige stress ervaren en overwegen om te stoppen met hun beroep. Zij werden getypeerd aan de hand van variabelen zoals leeftijd, geslacht, regio, beroepsgroep, thuissituatie, aanwezigheid van een sociaal netwerk, relatie met leidinggevende en het team (zie Hoofdstuk 4).

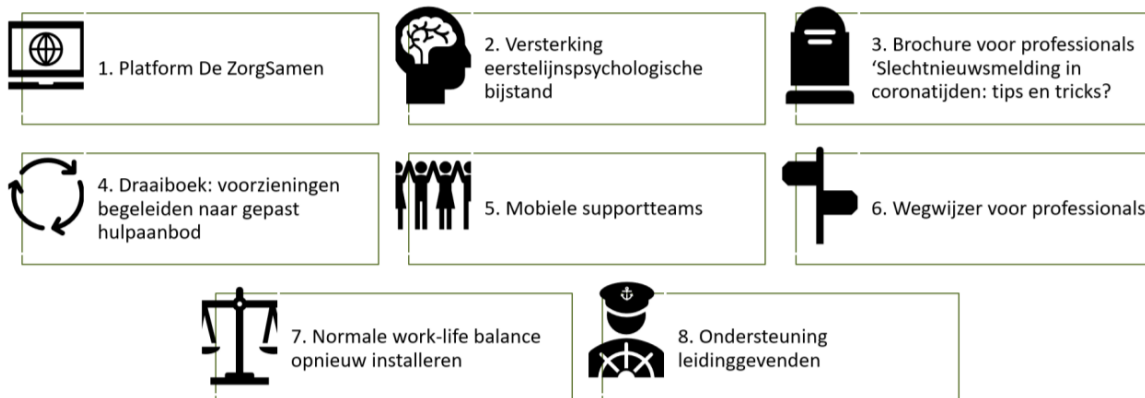
De onderzoekers namen de input uit de documentanalyse, het expertpanel, de focusgroepen, de bijkomende interviews en de extra kwantitatieve analyses mee om de onderzoeksvragen te beantwoorden en **aanbevelingen** te formuleren voor de zorg- en welzijnsorganisaties en de betrokken overheden (zie Hoofdstuk 7). Leden van de stuurgroep van dit project gaven feedback op de eerste versie van aanbevelingen. Het **onderzoeksrapport** bundelt de finale aanbevelingen, alsook een synthese van de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksresultaten, en de conclusies.



## Hoofdstuk 2

### Actieplan Psychosociaal Welzijn ter ondersteuning van het mentale welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren

De Taskforce COVID-19 Zorg richtte in april 2020 de Projectgroep Psychosociaal Welzijn op, bestaande uit vertegenwoordigers van de Vlaamse overheid en (koepel)organisaties van/uit diverse gezondheids- en welzijnszorgsectoren. Zij kregen de opdracht om tijdens de coronacrisis een ondersteuningsaanbod uit te werken voor (1) personeel van zorg- en welzijnsorganisaties en (2) bewoners van residentiële voorzieningen en hun directe sociale omgeving als antwoord op de vele psychosociale noden die de crisis met zich meebracht. Dit onderzoek focust specifiek op het ondersteuningsaanbod dat de Projectgroep Psychosociaal Welzijn ontwikkelde voor medewerkers van zorg- en welzijnsorganisaties (Departement WVG, z.d.; interne bron, 8 maart 2022 (a)). Dit aanbod bevat acht acties die hier kort besproken worden (zie Figuur 3). Of en in welke mate medewerkers in zorg en welzijn gebruik hebben gemaakt van de initiatieven, wordt in Hoofdstuk 6 besproken.



Figuur 3 Actieplan psychosociaal welzijn van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn – acties voor personeel van zorg- en welzijnsorganisaties.

#### Actie 1. Ontwikkeling van het onlineplatform De ZorgSamen

De [ZorgSamen-website](#) is een online platform voor (o.a.) medewerkers in zorg en welzijn dat tools aanbiedt om het eigen mentaal welzijn en dat van collega's te versterken. Zo kunnen medewerkers op de website terecht voor onder meer: een korte zelftest (i.e. Zorgscreener) om na te gaan of hun mentale klachten verdere opvolging vereisen, praktische tips om de eigen mentale veerkracht op peil te houden, webinars over diverse topics, getuigenissen van collega's en hulplijnen om professionele ondersteuning te vinden.

De gebruikersgegevens laten zien dat de ZorgSamen-website in de periode van maart 2020 tot en met juni 2021 114.567 bezoekers telde, waarvan 15,2% terugkerende bezoekers. Gemiddeld genomen bleven bezoekers twee minuten op de website. De meest bezochte pagina's waren de homepagina, de pagina's verwijzend naar de ZorgSamen Barometers en Power to Care enquêtes, de 'zorg voor elkaar'-, 'zorg voor jezelf'-, en de webinar-pagina. De webinars werden in totaal 7284 keer bekeken (interne bron, 23 maart 2022). 7383 bezoekers maakten gebruik van de Zorgscreener (interne bron, 23 maart 2022).

Voor 73 van hen is een dossier opgemaakt, zij lieten na invulling van de screener hun gegevens achter en zijn binnen de 48 uur gecontacteerd geweest door een Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk. Deze diensten maakten een inschatting of het noodzakelijk is om zelf ondersteuning te voorzien of door te verwijzen naar eerstelijnspsychologische bijstand of een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Het werd geapprecieerd dat respondenten die dit wensten werden opgebeld in plaats van dat ze zelf op zoek moesten gaan naar ondersteuning. Evaluatie van het initiatief bracht aan het licht dat het gebruik beperkt bleef omwille van de timing van de opstart en een gebrek aan doorstroming van de communicatie binnen instellingen. Zo werd het project afgesloten op het moment dat het systeem het meest actief werd gebruikt (december 2021). Daarnaast fungeerden enkel de ZorgSamen en de overlegorganen van de leden van het begeleidingscomité (de vertegenwoordiging van betrokken stakeholders bij het initiatief die regelmatig samenkwamen bv. CGG, Zorgnet-Icuro, IDEWE, ...) als communicatiekanalen (interne bron, 15 september 2022).

### **Actie 2. Versterking eerstelijnspsychologische bijstand door de CAW's**

Deze actie is eigenlijk onderdeel van het Vlaamse actieplan '[Zorgen voor morgen](#)' dat zich richt tot de brede bevolking, maar kreeg ook een plaats in het actieplan 'Psychosociaal Welzijn'. Het betreft een versterking van het reguliere aanbod 'psychosociale bijstand' van de CAW's en bestaat uit: (1) een proactief aanbod voor nabestaanden van overleden personen, (2) kortdurende psychosociale begeleiding van personen met persoonlijke en psychische problemen, (3) begeleiding van personen met relationele problemen of in een scheidingssituatie, (4) psychosociale begeleiding van slachtoffers en plegers van intrafamiliaal geweld en misbruik, en (5) laagdrempelig onthaal en rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp voor minderjarigen (12 - 17 jaar) en jongvolwassenen (18 - 25 jaar) (interne bron, 8 maart 2022 (b)). Doordat de actie zich op de bredere bevolking focuste, zijn er geen cijfers omtrent het gebruik van het initiatief door medewerkers in zorg en welzijn.

### **Actie 3. Brochure 'Slechtnieuwsmelding in coronatijden: tips en tricks?' voor medewerkers in zorg en welzijn**

De CAW-groep ontwikkelde een brochure omtrent het overbrengen van slecht nieuws aan cliënten in tijden van corona. De brochure bevat tips en tricks over hoe medewerkers dit op een goede manier kunnen aanpakken zonder zich in allerlei bochten te hoeven wringen om het slechte nieuws te verzachten of het gesprek uit te stellen. Deze brochure is terug te vinden op de website van het departement WVG: <https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/slechtnieuwsgesprek-folder-A5-tweeluik.pdf>. Er zijn geen gegevens beschikbaar over hoe vaak de brochure geraadpleegd en/of gedownload is.

### **Actie 4. Voorzieningen begeleiden naar het meest gepaste hulpaanbod**

De schakelzorgcentra zijn een federaal initiatief dat tijdelijk werd opgezet tijdens de covidcrisis met als doelstelling een schakel vormen tussen ziekenhuizen en zelfstandig wonen om zo voldoende capaciteit in de ziekenhuizen te kunnen blijven garanderen. Rond de schakelzorgcentra zijn stevige netwerken uitgebouwd met provinciale en lokale zorg- en welzijnsactoren en besturen. Na verloop van tijd kregen de centra een extra opdracht, nl. de psychosociale hulpvragen van zorg- en welzijnsorganisaties binnen hun eerstelijnszones afstemmen op het aanbod. Het is de bedoeling om voorzieningen die zelf niet de weg vinden naar bestaande initiatieven in contact te brengen met het aanbod dat lokaal aanwezig is.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid (2020) ontwikkelde een draaiboek om de rol van de schakelzorgcentra binnen deze opdracht te duiden. Het [draaiboek](#) reikt vier niveaus van hulpverlening aan waar men naar kan verwijzen, namelijk:

1. Zelfzorg, via de ZorgSamen-website
2. Eerstelijns hulp zoals bv. Tele-Onthaal, doctors4doctors, CAW, druglijn, 1712, ...
3. Mobiele supportteams door CGG's (zie actie 5)
4. Wegwijzer voor medewerkers in zorg en welzijn (zie actie 6)

Er zijn geen cijfers over hoe vaak de schakelzorgcentra werden geraadpleegd omwille van psychosociale hulpvragen of hoe vaak het draaiboek gebruikt is.

#### **Actie 5. Mobiele supportteams**

Zorg- en welzijnsorganisaties die tijdens de coronacrisis niet over de nodige capaciteit beschikten om hun personeel met psychosociale noden zelf op te vangen (bv. omwille van een te hoge personeelsuitval en/of een hoge besmettingsgraad van de bewoners), konden beroep doen op de mobiele supportteams van de CGG's. Deze actie was specifiek bedoeld voor woonzorgcentra, voorzieningen van het VAPH en de jeugdhulp. 15 Vlaamse en Brusselse CGG's stuurden op vraag een therapeut ter plaatse om zowel individuele als groepsbegeleiding te voorzien binnen deze voorzieningen. De supportteams waren werkzaam van juni 2020 tot juni 2021. Vanaf het najaar van 2020 kwam deze actie goed op gang. Vooral woonzorgcentra maakten gebruik van de actie. Deelnemende organisaties ervaarden het als deugddoend om in groep even te kunnen stilstaan bij en aandacht te schenken aan hun mentaal welzijn (interne bron, 30 maart 2022). In de provincie Limburg benutten organisaties het aanbod minder mogelijks omdat deze regio kon rekenen op gelijkaardige lokale initiatieven. Net als actie 2, is ook deze actie onderdeel van het actieplan 'Zorgen voor morgen'.

#### **Actie 6. Wegwijzer voor medewerkers in zorg en welzijn**

Cliënten legden tijdens de coronacrisis ook nieuwe vragen en behoeften voor aan medewerkers in zorg en welzijn. Om de medewerkers hierin te ondersteunen, ontwikkelden verschillende partners (SAM vzw, het Steunpunt Geestelijke Gezondheid, de CAW's, het Wit-Geel Kruis, Zorggezind en De ZorgSamen) een wegwijzer die informatie aanreikt om enerzijds de eigen expertise te verhogen en anderzijds om cliënten met vragen over corona, (toegenomen) middelengebruik, een onveilige thuissituatie, etc. te kunnen doorsturen naar het gepaste hulpaanbod (bv. naar coronalijn, CAW, Tele-Onthaal, druglijn, zelfmoordlijn, ...) (Departement WVG, z.d.). De wegwijzer is terug te vinden op de ZorgSamen-website via <https://www.dezorgsamen.be/clientenhulp/>

#### **Actie 7. Normale balans work-life balance herstellen**

De balans tussen het werk- en privéleven kwam bij verschillende medewerkers (meer) onder druk te staan tijdens de coronacrisis. De VVSG ontwikkelde samen met ethici van Governance & Integrity een filmpje rond het dilemma tussen rust inbouwen voor medewerkers, zorgcontinuïteit en psychosociaal welzijn (Departement WVG, z.d.). Het filmpje is terug te vinden via <https://www.youtube.com/watch?v=2vw5itVvQk>

Een van de negen webinars, georganiseerd door de ZorgSamen, focuste op het inschakelen van steunfiguren. Kris Vanhaecht, verbonden aan de KU Leuven en een van de initiatiefnemers van de ZorgSamen, ging hierbij in gesprek met Peter Adriaenssens (kinder- en jeugdpsychiater), Ilse De Pauw (Jessa Ziekenhuis) en Katleen Evenepoel (Zonnelied vzw). De focus lag hierbij op hoe men als naaste

omgeving van een medewerker ondersteuning kan bieden aan deze persoon en hoe medewerkers zich op hun beurt kunnen openstellen voor deze ondersteuning. De webinar is nog steeds te raadplegen via de ZorgSamen-website: <https://www.dezorgsamen.be/webinar/actief-in-zorg-of-welzijn-ontdek-hoe-familie-of-vrienden-jou-mee-kunnen-sterken-in-je-veerkracht/>

### **Actie 8. Ondersteuning leidinggevenden**

De laatste actie was specifiek bedoeld om leidinggevenden te ondersteunen. Zij kregen een **aparte button op de ZorgSamen-website**. Daarnaast organiseerden de ZorgSamen een **webinar omtrent veerkrachtig leidinggeven**. Onder leiding van Kris Vanhaecht bespraken Margot Cloet (Zorgnet-Icuro), Erik Franck (Universiteit Antwerpen), Tom Van Daele (Te Gek!?) en Tine Daeseleire (The Human Link) de uitdagingen waarmee leidinggevenden geconfronteerd worden op mentaal vlak bv. Hoe blijf je aandacht besteden aan je eigen psychisch welbevinden? Toon je je eigen kwetsbaarheid? Welke lessen nemen we mee naar de toekomst omtrent mentaal welbevinden? In totaal keken er 712 personen – live of uitgesteld – naar de webinar (interne bron, 23 maart 2022). De webinar is nog steeds te raadplegen via de ZorgSamen-website: (<https://www.dezorgsamen.be/webinar/veerkrachtig-leidinggeven/>).

## Hoofdstuk 3

### Documentanalyse

De documentanalyse heeft als doel nagaan welke kennis reeds voorhanden is in wetenschappelijke, praktijkgerichte en beleidsgerichte publicaties betreffende:

- (1) de psychosociale klachten en noden die medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren ervaren
- (2) modellen rond hulpzoekend gedrag die inzicht bieden in waarom mensen al dan niet gebruik maken van psychosociale ondersteuning
- (3) de aanpak van psychosociale klachten op individueel en organisatieniveau.

De onderzoekers namen daartoe diverse bronnen door waaronder internationale wetenschappelijke publicaties, (onderzoeks-)rapporten, actieplannen, adviezen en nota's.

#### 1 Psychosociale klachten en noden die medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren ervaren

Uit de ZorgSamen Barometers en de Power to care enquêtes bleek dat de mentale druk op medewerkers in zorg en welzijn tijdens de COVID-19-crisis sterk toenam (zie Hoofdstuk 4). De bevraging in juni 2021 wees nog steeds op een hoge prevalentie van symptomen gerelateerd aan acute en **chronische stress** (Peeters et al., 2021). De internationale literatuur bevestigde verschillende van deze symptomen. Medewerkers gaven bijvoorbeeld aan dat ze zich uitgeput voelden, onder druk stonden, zich onvoldoende konden ontspannen, met concentratiestoornissen kampten en slaaptkort/slapeloosheid hadden (Blake et al., 2020; Cai et al., 2020; Chew et al., 2020; Galati et al., 2021; Mrklas et al., 2020). Ook hyperalertheid, verhoogde waakzaamheid en verschillende lichamelijke klachten die veelal gelinkt kunnen worden aan chronische stress (bv. maagpijn, hyperventileren, ...) kwamen uit de zeven Vlaamse en nationale bevestigingen naar voor (Peeters et al., 2021).

Verschillende bronnen wezen eveneens op **verhoogde angst- en schuldgevoelens**. Medewerkers in zorg en welzijn waren enerzijds bang om zelf besmet te geraken door een tekort aan beschermingsmateriaal en hadden anderzijds schrik om cliënten, collega's en (kwetsbare) familieleden te besmetten (Blake et al., 2020; Cai et al., 2020; Chew et al., 2020; interne bron, 10 januari en 2 februari 2022; Mrklas et al., 2020; Pascoe et al., 2021; Peeters et al., 2021; Smallwood et al., 2021). De internationale literatuur maakte ook melding van psychische klachten waaronder **depressieve gevoelens, posttraumatische stress en obsessief-compulsief gedrag** (i.e. compulsief handen wassen) (Chew et al., 2020; Mrklas et al., 2020; Pascoe et al., 2021; Smallwood et al., 2021). Volgens twee studies kwamen deze symptomen meer voor bij medewerkers die covidpatiënten verzorgden dan bij medewerkers die niet-covidpatiënten verzorgden (Cai et al., 2020; Mrklas et al., 2020). Een andere studie rapporteerde echter het omgekeerde: meer psychologische stress bij medewerkers die niet in de frontlinie werkten dan bij zij die wel in de frontlinie werkten (Tan et al., 2020). Tot slot waren medewerkers tijdens de coronacrisis door de verhoogde werkdruk meer vatbaar voor **burn-out** (Pascoe et al., 2021; Smallwood et al., 2021).

De webinars van de ZorgSamen<sup>1</sup> beklemtoonden dat **het beleid van de overheid** tijdens de covid-pandemie zeer bepalend was voor het mentale welzijn van medewerkers, inclusief de leidinggevendenden. Onduidelijke communicatie, het moeten naleven van ondoordachte maatregelen, de flexibiliteit die medewerkers onophoudelijk aan de dag moesten leggen, leidden bij medewerkers tot onzekerheid, frustraties en burn-out (interne bron, 2 februari 2022). Volgens de laatste P<sup>2</sup>C-bevraging overwoog in juni 2021 maar liefst 22% van de respondenten **om te stoppen met hun beroep** (Peeters et al., 2021). Op organisatieniveau leidde de crisis tot meer absentieïsme en presenteïsme wat zich vertaalde naar een minder kwaliteitsvolle zorg (Blake et al., 2020; Carrieri et al., 2020; Chew et al., 2020; Galati et al., 2021).

Uit de ZorgSamen Barometers en de P<sup>2</sup>C-enquêtes bleek dat het eigen netwerk voor medewerkers een belangrijke **bron van steun** was. De meerderheid van de bevroegden kon met zijn zorgen terecht bij de eigen partner, vrienden en directe collega's. Ook leidinggevendenden speelden een belangrijke rol. Een op drie medewerkers vond bij zijn of haar leidinggevende voldoende steun. Van de respondenten gaf 18% aan wel nood te hebben aan ondersteuning maar deze steun niet gezocht te hebben. Met betrekking tot professionele ondersteuning deed zich een gelijkaardige tendens voor. Zo rapporteerde 13,3% van de medewerkers nood te hebben aan ondersteuning van zijn huisarts maar deed hier desondanks geen beroep op; 17,2% had behoefte aan een gesprek met een psycholoog of andere professionele psychosociale hulpverlener maar ondernam hiertoe geen stappen (juni '21). Dit laatste is geen uitzonderlijke vaststelling. Hulpafwijzend gedrag ten aanzien van een psycholoog of psychiater is iets wat in de bredere bevolking voorkomt (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021b).

## 2 Modellen omtrent hulpzoekend gedrag (bij mentale gezondheidsproblemen)

Ondanks het aanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn ter ondersteuning van het mentaal welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren, tonen de data van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes aan dat de psychosociale klachten en de vraag naar ondersteuning groot bleven. Dit onderdeel van de documentanalyse gaat dieper in op de factoren die mee bepalen of iemand al dan niet hulpzoekend gedrag stelt.

De literatuur biedt geen consensus over de definitie van '**help-seeking behavior**'. Rickwood, Thomas en Bradford (2012) voerden een literatuurstudie uit en zagen dat de meeste studies – al dan niet expliciet – spraken van hulp zoeken als '*an active process of using the resources of other people to deal with problems*'. Met het oog op consistentie en vergelijkbaarheid van studies in de toekomst, stelden ze een algemene definitie van hulpzoekgedrag voor, nl. '*In the mental health context, help-seeking is an adaptive coping process that is the attempt to obtain external assistance to deal with a mental health concern.*'

Er bestaan verschillende theoretische modellen die de faciliterende en belemmerende factoren voor hulpzoekend gedrag in kaart brengen, al dan niet gekoppeld aan formele of informele (geestelijke) gezondheidsondersteuning. We bespreken hier vier bekende modellen: (1) het model van Andersen, (2)

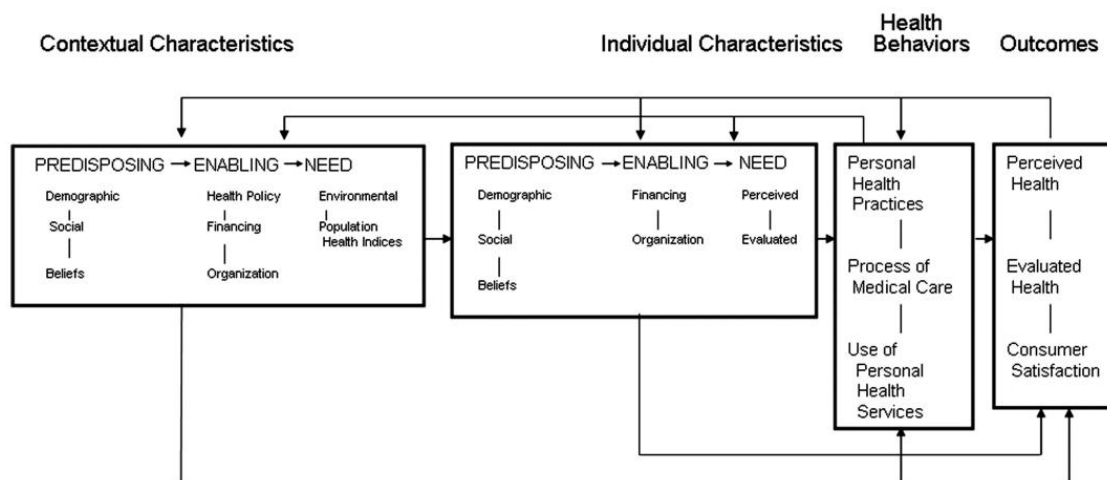
---

<sup>1</sup> Deelnemers van de webinars konden privé chatten met iemand van de ZorgSamen om vragen voor te leggen of advies te vragen. De onderzoekers hebben de anonieme input van chatsessies van vijf webinars kunnen bekijken en meegenomen in deze documentanalyse.



the theory of planned behavior, (3) het Health Belief Model en (4) het model voor hulpzoekend gedrag van Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi (2005).

Het **model van Andersen** focust zowel op contextuele als individuele determinanten van gezondheidszorggebruik om gezondheidsgedragingen en -uitkomsten te verklaren (Andersen, 1995; 2008) (zie Figuur 4).



Figuur 4 Behavioral model of health services use (Andersen, 1995; 2008).

Het model deelt de **individuele determinanten** op in drie categorieën: (1) predisponerende kenmerken, (2) faciliterende kenmerken en (3) de gepercipieerde en geëvalueerde gezondheidstoestand.

**Predisponerende kenmerken** (predisposing factors) zijn langer bestaande kenmerken die maken dat iemand al dan niet hulpzoekend gedrag stelt. Het model onderscheidt drie types van predisponerende kenmerken. Ten eerste, *demografische kenmerken* zoals geslacht, leeftijd en burgerlijke staat. Onderzoek toont bijvoorbeeld dat mannen minder gebruik maken van zorg (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021a; Fleury, Ngamini Ngui, Bamvita, Grenier, & Caron, 2014). De samenhang tussen leeftijd en hulpzoekend gedrag is niet consistent. Zo rapporteren Fleury et al. (2014) dat jongere medewerkers meer geneigd zijn om hulp te zoeken terwijl in de studie van She et al. (2021) oudere medewerkers sneller ondersteuning zoeken. Ten tweede, kunnen *sociale factoren* een impact hebben op gezondheidsgedragingen en -uitkomsten. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over opleidings- en beroepsstatus, omvang van het huishouden en financiële mogelijkheden. Een positieve correlatie is vast te stellen tussen opleidingsniveau en het zoeken naar hulp voor psychische problemen (Fleury et al., 2014). Daarnaast zijn niet-gebruikers van gezondheidszorgdiensten vaker mensen die alleen wonen, alleen wonen met kinderen of samenwonen met anderen dan personen die samenwonen met een partner en kind(eren) (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021a). Ten derde, zijn houdingen, overtuigingen en kennis die mensen hebben ten aanzien van gezondheid en gezondheidsdiensten bepalend (*gezondheidsopvattingen*). De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021a) toont bijvoorbeeld dat mensen die bang zijn van medische onderzoeken of -uitslagen minder gebruik maken van de zorg (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021a).

**Faciliterende kenmerken** (enabling factors) hebben een invloed op de mogelijkheden van een persoon om beroep te doen op zorgvoorzieningen. Voorbeelden zijn: de kostprijs van zorg, kwaliteit en kwantiteit van sociale relaties, beschikbaar budget om voor diensten te betalen. De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021a) geeft aan dat financiële redenen voor ongeveer een op de vijf respondenten een rol spelen in het uitstellen van zorg of raadplegingen. Ook Chartier-Otis, Perreault en Bélanger (2010)

stellen vast dat de kosten de grootste barrière vormen om tot therapie te komen bij mensen met een angststoornis. Fleury et al. (2014) verwijzen naar een studie waar een hoger inkomen positief samenhangt met het gebruik van gezondheidszorg voor psychische problemen. Op organisatorisch vlak kunnen daarenboven factoren zoals weten waar men terecht kan, beschikken over transportmogelijkheden en wachtlijsten een invloed hebben. Zo weten niet-gebruikers van de gezondheidszorg minder goed bij wie ze terecht kunnen voor hulp (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021a). Tot slot zijn sociale steun en sterke connecties positief gecorreleerd met het gebruik van gezondheidszorg voor mentale ondersteuning (She et al., 2021).

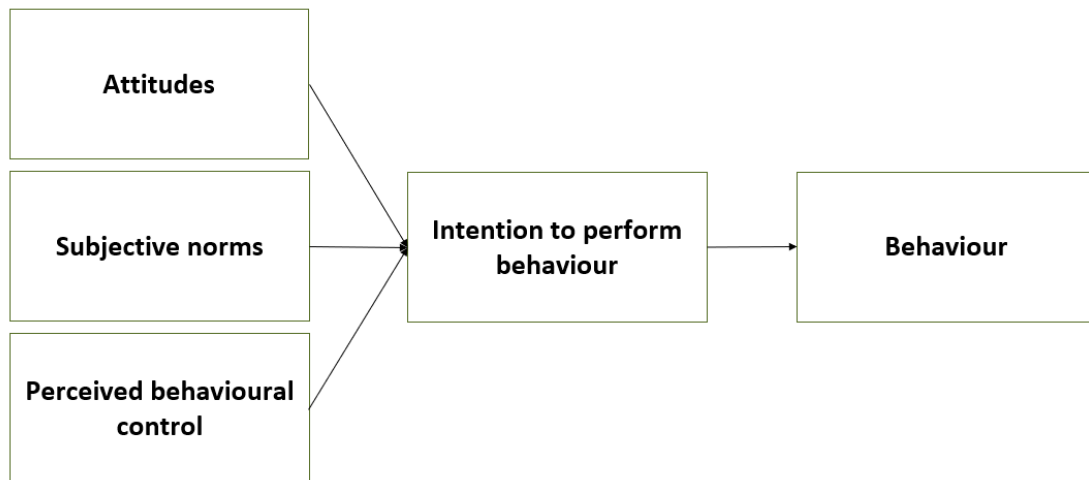
**Gepercipieerde en geëvalueerde gezondheidstoestand** (need factors) verwijst naar het eigen oordeel en het objectieve oordeel van een professional – bijvoorbeeld aan de hand van een diagnose – over de omvang van een gezondheidsprobleem en de nood aan zorg. Niet-gebruikers van gezondheidsdiensten voelen zich vaker gezond (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021a). Medewerkers die zelf vermoeden dat ze een psychische aandoening (depressie of angststoornissen) hebben zijn meer geneigd om hulp te zoeken (She et al., 2021). Fleury et al. (2014) geven eveneens in hun introductie aan dat de diagnose van een psychische aandoening, alsook de ernst en duur van psychische symptomen geassocieerd zijn met het zoeken naar hulp voor mentale gezondheidsredenen.

Het model van Andersen deelt de **contextkenmerken** evenzeer op volgens de drie clusters – predisposing, enabling en need factors – met als verschil dat de kenmerken hier betrekking hebben op een welomschreven geografische entiteit (bv. een stad). Onder de predisponerende factoren vallen wederom demografische kenmerken, sociale factoren en gezondheidsopvattingen maar dan op groepsniveau. Hier zijn bijvoorbeeld de leeftijdsstructuur en bevolkingssamenstelling, de tewerkstellingsgraad, de verdeling qua etniciteit en de lokale waarden en attitudes ten opzichte van de zorg en het zorggebruik in de regio van belang. Wat de faciliterende factoren betreft zijn de gezondheids- en welzijnspolitiek op lokaal niveau en de manier waarop diensten georganiseerd zijn bepalend. De ‘nood’-factoren verwijzen in deze context naar de noden die er zijn binnen een afgebakende populatie (Andersen, 2008; Declercq et al., 2009).

Onder **gezondheidsgedragingen** (health behavior) vallen naast het daadwerkelijke gebruik van zorg ook persoonlijke gezondheidspraktijken (personal health practices). Hieronder plaatst de publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021a) bijvoorbeeld het **gebrek aan tijd** voor een afspraak, onderzoek of behandeling in de covidperiode. Het tijdsaspect is iets wat we in meerdere bronnen zien terugkomen (Carrieri et al., 2020; She et al., 2021; Smallwood et al., 2021). De chats van de webinars tonen eveneens aan dat het veel medewerkers aan tijd en energie ontbreekt om beroep te doen op formele of informele ondersteuning (interne bron, 2 februari).

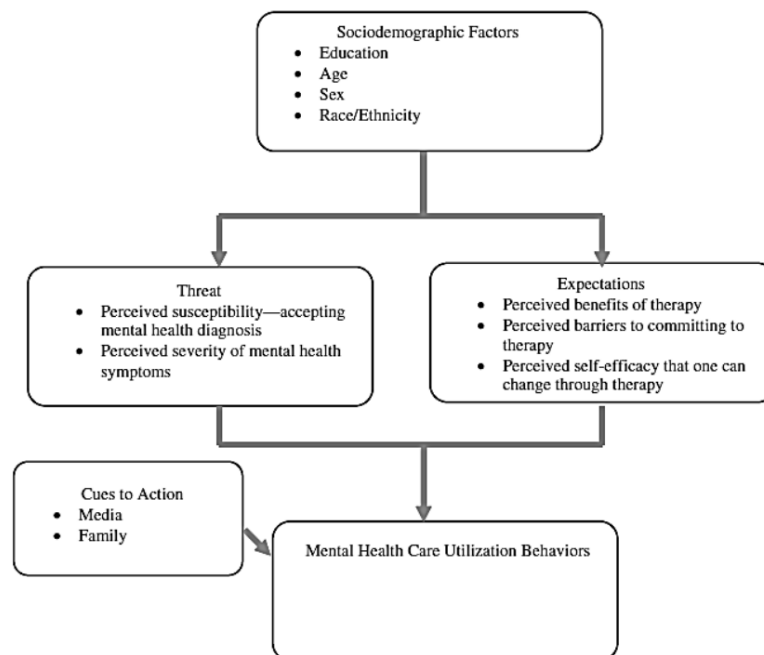
De **Theory of Planned Behavior** (TPB) van Ajzen (1991, zie Figuur 5) is het meest gebruikte model om hulpzoekend gedrag bij mentale gezondheidsproblemen te verklaren (Rickwood et al., 2012). Volgens het model gaan intenties om een gedrag te stellen vooraf aan het daadwerkelijk stellen van een gedrag. Drie factoren beïnvloeden op hun beurt de intentie om een gedrag te stellen: (1) de **attitude** van de persoon ten aanzien van het gedrag, (2) wat men denkt dat anderen van het gedrag vinden (i.e., de **subjectieve norm**), en (3) de mate waarin men denkt het gedrag effectief te kunnen uitvoeren (i.e., **waargenomen gedragscontrole** of perceived behavioural control). Een positieve attitude wordt als een sterke en significante voorspeller bevonden (Mo & Mak, 2009; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2009). Mo en Mak (2009) tonen aan dat de subjectieve norm eveneens een significante voorspeller is van helpzoekende intenties en gedrag, hoewel er ook studies zijn die dit niet bevestigen (Armitage & Conner, 2001; Hunter, Grunfeld, & Ramires, 2003). Baelen (2019) stelt in haar thesis dat de sterkte van

de associaties tussen attitudes, intenties en gedrag echter opvallend zwak is. Dit geldt vooral voor de associatie tussen de intentie van een persoon om hulp te zoeken en het effectieve hulpzoekende gedrag.



Figuur 5 Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991).

Het **Health Belief Model** is een psychologisch model dat focust op het verklaren van proactief gezondheidsgedrag (Rosenstock, 1974). Henshaw en Freedman-Doan (2009) ontwikkelde een aangepaste versie om het gebruik van geestelijke gezondheidszorg te voorspellen (zie Figuur 6).

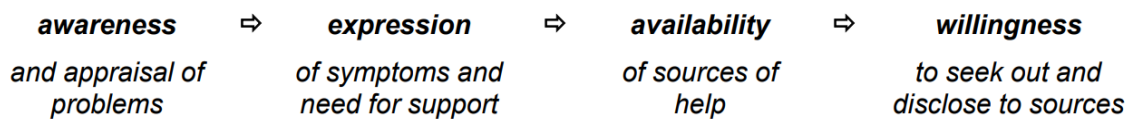


Figuur 6 Health Belief Model (aangepaste versie door Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

Het model omvat vijf kernelementen. Ten eerste, de gepercipieerde dreiging (**perceived threat**) omvat de mate waarin men denkt vatbaar te zijn voor het probleem (bv. een aandoening) en de mate waarin men denkt dat het probleem serieuze gevolgen heeft of zal interfereren met het dagelijks functioneren. Men zal het probleem als bedreigender zien wanneer men denkt hier meer vatbaar voor te zijn en wanneer men de gevolgen ervan ernstiger inschat. Het tweede element, de **gepercipieerde voordelen**, wijst op het geloof dat de interventie of preventieve maatregel effectief zal zijn in het verminderen van

symptomen. Het derde element verwijst naar redenen die het individu ervan kunnen beletten om het gezondheidsgedrag te stellen (**perceived barriers**). **Demografische variabelen** zoals leeftijd, opleiding en geslacht beïnvloeden de gepercipieerde dreiging, alsook de voordelen en barrières van een behandeling. Tot slot onderscheidt het model **cues to action** die het individu kunnen aanzetten tot het gedrag. Deze cues herinneren een individu aan de ernst van het probleem en kunnen via voorlichting, mediaberichtgeving (bv. campagnes over screening) en naasten onder de aandacht van een individu worden gebracht. Samengevat zal een persoon het gedrag stellen wanneer hij gelooft vatbaar te zijn voor het probleem, overtuigd is dat het probleem ernstige gevolgen kan hebben, de interventie als effectief inschat en weinig barrières ervaart om het gedrag te stellen (Baelen, 2019; Rosenstock, 1974).

De literatuur focust sterk op het verklaren van het gebruik van formele hulpbronnen (Baelen, 2019), terwijl uit de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes net blijkt dat medewerkers voor ondersteuning in de eerste plaats te rade gaan bij hun informeel netwerk (partner, familie, collega's, ...) (zie Hoofdstuk 4). Het model van **Rickwood** et al. (2005) houdt rekening met het feit dat mensen in eerste instantie beroep doen op informele hulpbronnen (zie Figuur 7). Rickwood et al. (2005) definiëren hulp zoeken dan ook als volgt: *'Help-seeking is the process of actively seeking out and utilising social relationships, either formal or informal, to help with personal problems.'*



Figuur 7 Model voor hulpzoekend gedrag van Rickwood et al. (2005).

Het model vertrekt vanuit de bewustwording van symptomen en de erkenning van het probleem (**awareness**). De persoon moet deze bewustwording op een comfortabele en begrijpelijke manier kunnen uitdrukken (**expression**). Wanneer dat het geval is, dienen bronnen van ondersteuning aanwezig en toegankelijk te zijn (**availability**). Tot slot moet de hulpzoekende bereid zijn om zich open te stellen voor deze ondersteuning (**willingness**). In elk van deze opeenvolgende fases kan het proces richting het vinden van formele of informele hulp verstoord worden. Zo is het mogelijk dat iemand bij zichzelf een zorgnood identificeert, maar geen toegang tot gepaste hulp vindt.

### 3 De aanpak van psychosociale klachten op individueel en organisatieniveau

Verschillende artikelen uit de internationale literatuur focussen op copingstrategieën die medewerkers hanteerden en maatregelen die voorzieningen namen als antwoord op de toenemende psychosociale klachten tijdens de coronapandemie (Chew et al., 2020; Pascoe et al., 2021; Smallwood et al., 2021). De gebruikte copingstrategieën zijn grofweg op te delen in adaptieve (bv. het zoeken van sociale steun) en maladaptieve strategieën (bv. overmatig alcoholgebruik) waarbij de gehanteerde strategie een bepalende impact heeft op de geestelijke gezondheid van medewerkers (Smallwood et al., 2021).

Op individueel niveau zijn volgende strategieën volgens Chew et al. (2020) adaptief:

- (1) **Inzetten op psycho-educatie** (het geven van informatie en voorlichting over psychische klachten en strategieën om hiermee om te gaan) is essentieel om mensen bewust te maken van

hun eigen psychologische toestand en hen te informeren over zinvolle copingmethodes en bestaande hulpbronnen (Chew et al., 2021).

- (2) **Rustmomenten inbouwen en inzetten op voldoende slaaphygiëne om een kwaliteitsvolle slaap te garanderen.** Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt immers dat medewerkers tijdens de covidpandemie kregen af te rekenen met slaaptekort en slaapproblemen (Blake et al., 2020; Cai et al., 2020; Peeters et al., 2021). Een van de webinars op de ZorgSamen-website, focust dan ook op het effect van piekeren op het dagelijks leven en de nachtrust, en tips om hiermee om te gaan.
- (3) **Contact met familie, vrienden en collega's onderhouden** (Chew et al., 2020; Smallwood et al., 2021). Zelfs wanneer contact telefonisch of via sociale media verloopt, kan dit het gevoel van isolatie en de kans op burn-out verminderen. Daarnaast tonen de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes aan dat de eigen partner, vrienden en collega's de belangrijkste bronnen van steun vormen (zie Hoofdstuk 4).
- (4) **Voldoende tijd vrijmaken voor vrije tijd en ontspanning** (bv. fysieke beweging). Dit kan een positieve invloed hebben op de balans tussen werk en ontspanning, zelfs tijdens een pandemie (Chew et al., 2020; Pascoe et al., 2021; Smallwood et al., 2021).
- (5) **Oplijsten van prioriteiten binnen het takenpakket als probleemoplossende copingstrategie** kan stress, angst en het gevoel van controleverlies over tijd verminderen.
- (6) Het vinden van een **doel en perspectief binnen de dagelijkse praktijken** van de (covid gerelateerde) zorg kan angst en frustratie verminderen en is een actieve manier om het hoofd te bieden aan de posttraumatische gebeurtenissen die zich in de ontwrichte werkcontext voordoen.

Medewerkers in zorg en welzijn maakten tijdens de covidpandemie ook gebruik van maladaptieve copingstrategieën zoals overmatig alcoholgebruik. In de studie van Pascoe et al. (2021) rapporteert een op de vier dokters tijdens de crisis een toename in het gebruik van alcohol. Verhoogd alcoholgebruik komt meer voor bij mensen tussen 31 en 50 jaar, die eerder al te maken kregen met psychische problemen, die een familielid of vriend hadden met COVID-19 en die minder goede sociale relaties hebben met familie en vrienden. Alcoholgebruik correleert eveneens positief met burn-out en stress op de werkvloer (Pascoe et al., 2021; Smallwood et al., 2021).

Uit de review van Chew et al. (2020) blijkt overigens dat veel medewerkers ondersteuningsmaatregelen op organisatieniveau nuttiger vinden dan individuele copingstrategieën. Maatregelen waarop een organisatie kan inzetten om medewerkers tijdens de pandemie te ondersteunen, zijn:

- (1) **Duidelijk communiceren** over veranderingen in werkregelingen, protocollen rond infectiebestrijding en maatregelen op lange termijn. Dit kan het vertrouwen versterken en de heersende onzekerheid en verwarring wegnemen. Ook tijdens een van de webinars van de ZorgSamen haalt iemand het volgende aan: 'Heel veel van de onzekerheid werd in stand gehouden door slechte communicatie vanuit onze overheid. Dit is toch echt een leerpunt.' (interne bron, 2 februari 2022). De Brier, Stroobants, Vandekerckhove en De Buck (2020) benadrukken evenzeer het belang van duidelijke communicatie enerzijds om de impact van de veranderende jobinhoud te reduceren en anderzijds om medewerkers een gevoel van controle te geven.

- (2) **De toegang tot psychologische ondersteuning** (zoals hulplijnen, online zelfhulp-programma's of psychologische consultatie) **garanderen**. Op deze manier neemt men stigma ten aanzien van psychische kwetsbaarheid weg en wordt de medewerker aangemoedigd om beroep te doen op hulp. Het is daarbij belangrijk om medewerkers op de hoogte te stellen van zowel interne (bv. mentaal supportteam) als externe ondersteuningsinitiatieven (bv. hulplijnen of websites, contactinformatie van organisaties in de GGZ) (Briers et al., 2020). Pascoe et al. (2021) zien in hun studie dat zowel junior als senior dokters weinig gebruik maken van professionele ondersteuning (dokters, psychologen). Jongere dokters doen zelfs iets minder beroep op professionele ondersteuning dan oudere collega's en wenden zich vaker tot apps voor mentale ondersteuning. Niettemin stelt Smallwood et al. (2021) vast dat een minderheid van de medewerkers apps voor mentale ondersteuning raadpleegt of professionele hulp zoekt. Ook Vlaamse medewerkers in zorg en welzijn geven aan geen nood te hebben aan en gebruik te maken van online-ondersteuning (Vanhaecht et al., 2020). Mensen met matige tot ernstige psychische symptomen zijn meer geneigd om ondersteuning te zoeken dan mensen met geen of milde symptomen. Kang et al. (2020) zien dat medisch en verpleegkundig personeel met ernstigere psychologische problemen, minder gebruik maken van infobrochures en digitale media en meer nood hebben aan gepersonaliseerde, een-op-een ondersteuning.
- (3) **Toegang tot online hulpverlening**. De covidperiode heeft ervoor gezorgd dat bepaalde beroepsgroepen (noodgedwongen) meer vertrouwd geraakten met het verlenen van online-hulp (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021b; Reilly et al., 2020; Zorgnet-Icuro, 2020). Interventies via het internet of de telefoon zijn laagdrempelig, flexibel, weinig tijdsintensief en anoniem te consulteren (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021b). De meeste medewerkers in de GGZ erkennen dat online-kanalen veelbelovende en effectieve ondersteuningsvormen zijn. Desondanks kent online-hulpverlening heel wat barrières. Veel medewerkers leven in de overtuiging dat dergelijke ondersteuning minder effectief is dan consultaties in real life. Medewerkers voelen zich niet altijd voldoende opgeleid om online-ondersteuning te promoten en mee te faciliteren (Reilly et al., 2020). Daarnaast prefereren de meeste cliënten een fysieke consultatie boven een online-ondersteuningsvorm. Cliënten goed informeren over de meerwaarde van online-interventies kan mogelijk resulteren in positievere attitudes ten aanzien van deze ondersteuningsvorm (Van Daele, 2020).
- (4) **Het promoten van peer support en het inrichten van een buddysysteem** onder collega's. Dit kan psychologische problemen en de daarmee gepaard gaande twijfels en schuldgevoelens bespreekbaar maken en temperen (Chew et al., 2020). De ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-bevragingen benadrukken eveneens het belang van en de nood aan ondersteuning van collega's en leidinggevenden (zie Hoofdstuk 4). Galati et al. (2021) tonen aan dat interne psychologische ondersteuning voordelig is voor personeel op alle niveaus in de organisatie, inclusief leidinggevenden.
- (5) **Vroegtijdige detectie van psychische problemen bij medewerkers**. Het is zinvol om in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen en een escalatie van problemen te voorkomen. Tijdens een vergadering van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn is ook verwezen naar de rol van huisartsen in deze identificatie (interne bron, 10 januari en 2 februari 2022).
- (6) **Gehoor geven aan de feedback van personeel** en waar nodig maatregelen nemen om de werksituatie te verbeteren.

- (7) **Erkenning van de aanhoudende inspanningen** van het personeel. Dit is een essentieel aandachtspunt om de psychologische ondersteuning van het personeel verder te versterken. Tijdens de bijeenkomsten van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn en de webinars kwam veelvuldig aan bod dat de mentale gezondheid van het personeel in voorzieningen meer prioriteit verdient. Tot op vandaag lijkt het mentale welzijn ondergeschikt te zijn aan de lichamelijke gezondheid. Het is belangrijk om het mentaal welbevinden mee op te nemen in toekomstige draaiboeken en daarbij te focussen op vragen zoals 'Wat is goede (zelf)-zorg?' en 'Hoe kunnen we werk maken van preventie rond psychische kwetsbaarheid?' (interne bronnen, 10 januari en 2 februari 2022).

Chew et al. (2020) stellen in hun review dat een multidimensionele aanpak die inzet op interventies op het niveau van het individu en de organisatie het meest zinvol is.

Tot slot merken Chew et al. (2020) op dat de oorzaak van de psychologische problemen bij medewerkers tijdens de crisis niet uitsluitend is terug te voeren tot de ernst van de pandemie, maar verder teruggaat in de tijd. In de meeste voorzieningen was de werkdruk al hoog voor de crisis zich voordeed. De pandemie heeft de uitval van het personeel alleen verder vergroot (besmetting, quarantaine, burn-out, overbelasting) (Blake et al., 2020; Cai et al., 2020; interne bron, 2 februari 2022; Saeys, Vande Reyde, De Vroe, Talpe, Ongena, & Shiltz, 2021; Vandeurzen, 2018). Dit heeft te maken met **structurele problemen** waaronder het **personeelstekort** wat een grote impact heeft op het mentale welzijn van medewerkers. Veel vacatures in de gezondheids- en welzijnssectoren geraken vandaag niet ingevuld omwille van (1) een dalend aantal niet-werkende werkzoekenden, (2) een vergrijzing van de maatschappij en (3) een hoge (en toenemende) uitstroom, (4) een continue groei van de sectoren en (5) mindere arbeidsomstandigheden en loonvoorwaarden (Vandeurzen, 2018). Actieplannen die focussen op het personeelstekort, zoals bijvoorbeeld het zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord, doen suggesties om de instroom naar zorgberoepen te optimaliseren (bv. via zij-instromers, actieve arbeidsmigratie, ...) en de uitstroom te minimaliseren (bv. door in te zetten op werkbaar werk, loopbaanspreiding en -begeleiding, en het wegwerken van onvrijwillige deeltijdse arbeid) (Algemene Raad Vlaamse Onderwijsraad, 2018; Saeys et al., 2021; Vandeurzen, 2018).





## Hoofdstuk 4

### ZorgSamen Barometers en Power to Care enquêtes

De COVID-19-pandemie legde een immense druk op de gezondheids- en welzijnssectoren en zorgde voor een grote ongerustheid over het welzijn van de vele medewerkers die actief zijn in deze sectoren. Vanuit de ZorgSamen – een online platform voor de mentale ondersteuning van (o.a.) iedereen die werkt in zorg en welzijn – werd kort na het uitbreken van de crisis het initiatief genomen om een enquête op te zetten en via deze weg het welzijn van medewerkers systematisch op te volgen en eventuele alarmsignalen vroegtijdig in beeld te brengen.

Tussen april 2020 en oktober 2020 vonden er **vier opeenvolgende edities** plaats van **de ZorgSamen Barometer** onder leiding van het Leuvens Instituut voor GezondheidszorgBeleid (LIGB, KU Leuven). Tussen december 2020 en september 2021 volgden **vier** nieuwe **bevraging rondes** onder leiding van Sciensano en onder de noemer '**Power to Care enquête**'. Onderstaande tabel geeft een samenvattend overzicht van de reeks van bevragingen die gebeurde, het aantal respondenten dat deelnam en de wijze van rapporteren over deze resultaten.

Tabel 2 Overzicht van bevragingen van de ZorgSamen Barometer en de Power to Care enquête.

Ronde	Naam bevraging	Onder leiding van	Periode	N	Rapportage
1	ZorgSamen Barometer	KU Leuven	April 2020	2918	- Persbericht 1 - Wetenschappelijk artikel
2	ZorgSamen Barometer	KU Leuven	Mei 2020	3298	- Persbericht 2 - Wetenschappelijk artikel
3	ZorgSamen Barometer	KU Leuven	Juni 2020	2134	Persbericht 3
4	ZorgSamen Barometer	KU Leuven	Oktober 2020	1280	Persbericht 4
5	Power to Care enquête	Sciensano	December 2020	3140	Persbericht 5
6	Power to Care enquête	Sciensano	Maart 2021	1678	Persbericht 6
7	Power to Care enquête	Sciensano	Juni 2021	951	Rapport
8	Power to Care enquête	Sciensano	September 2021	715	Geen

De bevestigingen werden afgenomen van diverse beroepsgroepen, waaronder verpleegkundigen, artsen, paramedici, opvoeders, begeleiders, medewerkers in managementfuncties en logistiek, administratief en technisch personeel. Inhoudelijk peilden de vragenlijsten onder meer naar volgende ervaringen:

- Psychosociale klachten (angst, vermoeidheid, flashbacks, hyperaltheid, etc.)
- Werkgerelateerde moeilijkheden (twijfelen aan eigen kunnen, gevoel hebben er alleen voor te staan, etc.)
- Lichamelijke klachten (hoofdpijn, spierpijn, maagproblemen, hartkloppingen, etc.)
- Gekregen ondersteuning en ondersteuningsnaden (behoefte aan ondersteuning van naasten, leidinggevend en professionele medewerkers)

Over de acht opeenvolgende bevestigingen verschenen zes persberichten, één artikel in een internationaal wetenschappelijk tijdschrift (Vanhaecht et al., 2020) en één nationaal rapport (Peeters et al., 2021).

In het kader van dit onderzoek vroegen we de ruwe data van de bevestigingen op bij Sciensano en bij het LIGB, KU Leuven om in functie van onze onderzoeksvragen **enkele bijkomende analyses** te kunnen uitvoeren. In dit hoofdstuk beschrijven we achtereenvolgens:

- De onderzoeksvraag die we met de data wensen te beantwoorden (deel 1)
- De data (variabelen) die we daarvoor gebruikten (deel 2)
- De statistische analyses die we uitvoerden (deel 3)
- De resultaten van deze bijkomende analyses (deel 4)

### 1 Onderzoeksvraag

De data verzameld met de ZorgSamen Barometers en de Power to Care enquêtes bevatten een overvloed aan informatie. Bij het analyseren van de beschikbare data, ging onze interesse uit naar de groep **mensen die langdurige stress ervaart en overweegt om te stoppen met het uitoefenen van hun beroep**. Het doel van de bijkomende analyses was meer te weten komen over **wie deze groep van medewerkers precies is. Is deze groep te typeren aan de hand van bepaalde persoonskenmerken** zoals leeftijd, geslacht, regio, beroepsgroep, thuissituatie, aanwezigheid van een sociaal netwerk, relatie met leidinggevende en het team?

### 2 Gebruikte data

Bij het ontvangen van de ruwe data bleek het niet zomaar mogelijk om de data van de acht opeenvolgende bevestigingsrondes samen te voegen, doordat er doorheen de tijd wijzigingen werden aangebracht in bepaalde vragen en antwoordcategorieën. Vooral de vragen van de laatste bevestigingsronde verschilden substantieel van de vragen van de eerdere edities. Vermits de laatste editie een beperkt bereik kende (n=715), beslisten we om deze data buiten beschouwing te laten. De bijkomende analyses hebben dus betrekking op de **data afkomstig uit de eerste zeven edities die verzameld werden in de periode april 2020 tot juni 2021**.

Het aantal gestelde vragen in deze edities is omvangrijk, zo werden er meer dan 170 vragen gesteld. Uit deze lijst selecteerden we 25 vragen die relevant zijn voor onze onderzoeksvraag. Deze vragen handelen over volgende thema's:

- Sociodemografische gegevens: geslacht, leeftijd, opleiding, provincie, beroepsgroep, sector
- Klachten die wijzen op langdurige stress: verhoogde waakzaamheid, verstoorde slaap, onder druk staan, zich vermoeid voelen
- Werkgerelateerde problemen: er alleen voor staan, zich onzeker voelen binnen het eigen team, willen stoppen met het beroep, begeleiding kunnen vragen, deel uitmaken van een team
- Gekregen ondersteuning van de omgeving: collega's, leidinggevende, professionele psychosociale ondersteuning (bv. psycholoog), huisarts, naasten, partner
- Sociaal netwerk: grootte van het netwerk, tevredenheid over het netwerk
- Behandeling voor emotionele problemen in het verleden

Tabel 3 geeft een gedetailleerd overzicht van de geselecteerde vragen en hun antwoordcategorieën. Aansluitend bij de algemene focus van dit rapport, toont de variabele 'beroepsgroep' aan dat de analyses zich niet alleen focussen op medewerkers die directe zorg, ondersteuning of begeleiding bieden, maar eveneens op professionals met een administratieve, ondersteunende of logistieke functie binnen zorg en welzijn.

Tabel 3 Variabelen uit de ZorgSamen Barometer en de Power to Care enquête die we meenamen in de bijkomende analyses.

Variabele	Vraag	Antwoordcategorieën
1. Geslacht	Wat is uw geslacht?	3 waarden: (1) man; (2) vrouw; (3) ander
2. Leeftijd	Wat is uw leeftijd?	Niet van toepassing
3. Opleiding	Wat is het hoogste diploma dat u behaald heeft?	7 waarden: (1) geen; (2) lagere school; (3) secundair onderwijs; (4) Bachelor; (5) Master; (6) Doctoraat; (7) Andere
4. Provincie	In welke provincie werkt u?	5 waarden: (1) Antwerpen; (2) Vlaams-Brabant; (3) Oost-Vlaanderen; (4) West-Vlaanderen; (5) Limburg
5. Beroepsgroep	Wat is uw beroepsgroep?	38 waarden waaronder: medewerkers administratie & onthaal, apothekers, directie & management, ergotherapeuten, huisartsen, kinesisten, klinisch psychologen, maatschappelijk werkers, artsen met specialisatie, ondersteunend & logistiek personeel, opvoeders & begeleider, orthopedagoog, spiritueel zorgverlener, stafleden, verpleegkundigen, verzorgenden, vroedvrouwen, zorgkundigen
6. Sector	In welke sector werkt u?	9 waarden: (1) ziekenhuizen; (2) eerste lijn, thuiszorg en eigen privépraktijk; (3) GGZ (PZ,

		CGG, CAR, PVT, verslavingszorg, kinderpsychiatrie, beschut wonen, psychologische revalidatie, mobiele teams); (4) Overheid, (5) revalidatiecentra (exclusief GGZ); (6) jeugdhulp en gezinsondersteuning; (7) voorzieningen voor personen met een handicap; (8) woonzorgcentra; (9) andere
7. Behandeling voor psychische problemen	Bent u de afgelopen 2 jaar in behandeling geweest of heeft u medicatie genomen omwille van geestelijke gezondheidsproblemen?	2 waarden: (1) ja; (2) nee
8. Arbeidsongeschikt door psychische problemen	Bent u ooit arbeidsongeschikt geweest vanwege emotionele problemen?	2 waarden: (1) ja; (2) nee
9. Hyperalert	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de voorbije week: Hyperalert en verhoogd waakzaam zijn	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
10. Verstoorde slaap	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de voorbije week: Slaaptekort of vaak wakker worden	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
11. Onder druk staan	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de voorbije week: Onder druk staan of stress	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
12. Vermoeid	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de voorbije week: Vermoeid voelen	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
13. Er alleen voorstaan	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de afgelopen week: Gevoel hebben er alleen voor te staan	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
14. Onzeker binnen team	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de afgelopen week: Onzeker voelen binnen het eigen team	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
15. Willen stoppen met beroep	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de afgelopen week: Willen stoppen met uitoefenen van het beroep	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)

16. Steun/begeleiding krijgen	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de afgelopen week: Voldoende steun en begeleiding kunnen vragen	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
17. Deel uitmaken van team	In welke mate herkent u volgende zaken, tijdens de afgelopen week: Gevoel hebben om deel uit te maken van een team	10-puntenschaal gaande van nooit (score 0) tot altijd (score 10)
18. Steun van collega's	In welke mate heeft u, tijdens de voorbije week, uw emoties en gedachten gedeeld met andere mensen: Met eigen of directe collega's	5 waarden: (1) Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan; (2) Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan; (3) Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring; (4) Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring; (5) Ik heb geen directe collega's
19. Steun van leidinggevende	In welke mate heeft u, tijdens de voorbije week, uw emoties en gedachten gedeeld met andere mensen: Met mijn leidinggevende of coördinator	5 waarden: (1) Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan; (2) Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan; (3) Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring; (4) Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring; (5) Ik heb geen leidinggevende
20. Steun van professional	In welke mate heeft u, tijdens de voorbije week, uw emoties en gedachten gedeeld met andere mensen: Met psycholoog of professioneel opgeleide ondersteuner	4 waarden: (1) Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan; (2) Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan; (3) Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring; (4) Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring
21. Steun van huisarts	In welke mate heeft u, tijdens de voorbije week, uw emoties en gedachten gedeeld met andere mensen: Met mijn eigen huisarts	5 waarden: (1) Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan; (2) Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan; (3) Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring; (4) Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring; (5) Ik heb geen huisarts
22. Steun van naasten	In welke mate heeft u, tijdens de voorbije week, uw emoties en gedachten gedeeld met andere mensen: Met vrienden of naasten	4 waarden: (1) Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan; (2) Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan; (3) Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring; (4) Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring
23. Steun van partner	In welke mate heeft u, tijdens de voorbije week, uw emoties en gedachten gedeeld met andere mensen: Met mijn partner	5 waarden: (1) Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan; (2) Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan; (3) Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring; (4) Heb er mee

		gepraat en dit was een positieve ervaring; (5) Ik heb geen partner
24. Tevreden over sociale contacten	Hoe vond u uw sociale contacten, in de afgelopen 2 weken?	4-puntenschaal: (1) Zeer bevredigend; (2) Vrij bevredigend; (3) Vrij onbevredigend; (4) Zeer onbevredigend
25. Aantal sociale contacten	In de afgelopen 2 weken, hoeveel personen stonden u zo dichtbij dat u op hen kon rekenen indien u met zware problemen zou geconfronteerd geweest zijn?	4-puntenschaal: (1) Geen enkele; (2) 1 of 2; (3) 3 tot 5; (4) 6 of meer

### 3 Statistische analyses

We maakten gebruik van **descriptieve statistieken** (frequenties en gemiddelden) om te rapporteren over de ervaren klachten van langdurige stress, de ervaren werkgerelateerde problemen en de gekregen ondersteuning over de zeven bevraging rondes heen.

De samenhang tussen de variabelen werd onderzocht aan de hand van drie soorten analyses, afhankelijk van het meetniveau van de variabelen. We berekenden de **Pearson correlatiecoëfficiënt** om de mate van samenhang na te gaan tussen variabelen die gemeten zijn op intervalniveau (leeftijd, ervaren klachten van langdurige stress en ervaren werkgerelateerde problemen). Voor de interpretatie van de correlatiecoëfficiënten hanteerden we volgende vuistregels:

- Correlatiecoëfficiënt tussen 0.00 en 0.30: nauwelijks of geen correlatie
- Correlatiecoëfficiënt tussen 0.30 en 0.50: lage of zwakke correlatie
- Correlatiecoëfficiënt tussen 0.50 en 0.70: middelmatige correlatie
- Correlatiecoëfficiënt tussen 0.70 en 0.90: hoge of sterke correlatie
- Correlatiecoëfficiënt tussen 0.90 en 1.00: zeer hoge of zeer sterke correlatie

Om de samenhang na te gaan tussen nominale variabelen (geslacht, sector, beroepsgroep, etc.) enerzijds en intervalvariabelen anderzijds, deden we beroep op **Univariate ANOVA** wat toelaat om de gemiddelden van twee of meer groepen met elkaar te vergelijken. Om tenslotte het verband te onderzoeken tussen variabelen van nominaal en ordinaal niveau (ervaren ondersteuning, tevredenheid over sociaal netwerk, etc.), gebruikten we **kruistabellen** en een **Chi-kwadraat toets**.

Het is belangrijk om de volgende resultaten met de **nodige voorzichtigheid** te interpreteren. Het gebrek aan een identificatiecode voor de respondenten maakt het namelijk onmogelijk om te identificeren hoeveel unieke medewerkers hebben deelgenomen aan de bevragingen. Zo zal de data zowel input omvatten van medewerkers die eenmalig hebben deelgenomen, alsook van anderen die verschillende keren de ZorgSamen Barometers en/of P<sup>2</sup>C-enquêtes invulden. Daarnaast namen medewerkers vrijwillig deel aan de bevragingen, waardoor de data geen representatieve weerspiegeling vormen van de medewerkers in zorg en welzijn. Zo kunnen we de vraag stellen in welke mate medewerkers met de grootste psychosociale klachten en noden de enquêtes hebben ingevuld.

## 4 Resultaten

Delen 4.1 tot 4.3 geven een overzicht van de ervaren klachten van langdurige stress, de ervaren werkgerelateerde problemen, de gekregen steun, de aanwezigheid van een sociaal netwerk en de aanwezigheid van eerdere psychische problemen over de zeven bevestigingsronden heen. Eerdere publicaties rapporteren telkens over deze resultaten voor een afgebakende periode (i.e. een of enkele bevestigingsrondes) wat een fragmentarisch beeld geeft van de ervaringen van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren. Delen 4.4 en 4.5 beschrijven de mate van samenhang tussen bovenstaande variabelen.

### 4.1 Klachten van langdurige stress en werkgerelateerde problemen

Tabel 4 beschrijft voor elk van de negen variabelen de gemiddelde score van respondenten op de 10-puntenschaal (score 0=nooit; score 10=altijd) en het percentage bevestigden met een lage score (score 0 tot 3), een medium score (score 4 tot 6) en een hoge score (score 7 tot 10).

De helft van de bevestigden geeft aan onder druk te staan en zich vermoeid te voelen. Iets minder dan de helft heeft een verhoogde waakzaamheid en ervaart slaapproblemen.

Een kwart van de bevestigden heeft het gevoel er op de werkvloer alleen voor te staan. Iets minder dan 20% voelt zich onzeker binnen het eigen team en overweegt om te stoppen met het uitoefenen van het beroep. Ongeveer 30% geeft aan onvoldoende steun te kunnen vragen op het werk en 20% heeft niet het gevoel deel uit te maken van een team.

Tabel 4 Gemiddelde en frequenties voor de variabelen die langdurige stress en werkgerelateerde problemen meten.

Variabelen	X	SD	Score 0-3	Score 4-6	Score 7-10
Hyperalert	5,5	3,10	29%	25%	46%
Slaapproblemen	5,2	3,02	32%	27%	41%
Onder druk staan	6,1	2,74	20%	27%	53%
Zich vermoeid voelen	6,2	2,78	21%	25%	53%
Er alleen voor staan	3,8	3,04	53%	23%	24%
Zich onzeker voelen in het team	3,0	2,79	64%	20%	16%
Stoppen met beroep	2,8	3,15	66%	15%	18%
Begeleiding krijgen	5,5	2,97	29%	27%	44%
Deel uitmaken van een team	6,5	2,88	19%	22%	59%

### 4.2 Gekregen steun en sociaal netwerk

Tabel 5 geeft weer met wie de bevestigden tijdens de COVID-19-pandemie hun emoties deelden. Twee derde deelde zijn gevoelens met collega's, naasten en de partner en vond dit een positieve ervaring. Een derde ging in gesprek met de eigen leidinggevende en houdt hier een positief gevoel aan over.

Steun zoeken bij de leidinggevende blijkt echter niet voor iedereen evident: 13% had nood aan de steun van zijn leidinggevende maar geeft aan dat een gesprek met de leidinggevende nooit plaatsvond. Nog eens 10% van de bevestigden deelden zijn emoties wel met zijn leidinggevende maar houdt hier een negatief gevoel aan over.

Opvallend, er blijkt weinig nood te zijn aan professionele psychosociale ondersteuning: twee derde van de bevroegden gaf expliciet aan hier geen nood aan te hebben. 16% van de respondenten gaf aan wel behoefte te hebben aan professionele steun, maar zocht uiteindelijk toch geen psychosociale begeleider op.

Tabel 5 Frequenties voor de variabelen die ervaren steun meten.

Emoties gedeeld met	Niet gedeeld maar wel behoefte	Niet gedeeld want geen behoefte	Wel gedeeld maar geen positieve ervaring	Wel gedeeld en positieve ervaring	NVT
Collega's	10%	13%	6%	69%	2%
Leidinggevende	13%	27%	10%	34%	16%
Psychosociale begeleider	16%	66%	1%	8%	9%
Huisarts	11%	70%	1%	9%	9%
Familie en vrienden	10%	16%	5%	67%	2%
Partner	3%	6%	7%	68%	16%

Iets meer dan de helft van de bevroegden is tevreden over zijn sociaal netwerk. Iets minder dan de helft (47%) heeft naar eigen zeggen een vrij tot zeer onbevredigend sociaal netwerk (zie Tabel 6).

Wat de grootte van het netwerk betreft, heeft iets minder dan de helft van de respondenten een beperkt sociaal netwerk: 4% kan op niemand rekenen en 42% kan in geval van problemen terugvallen op één à twee personen. Iets meer dan de helft heeft een uitgebreider sociaal netwerk: 41% heeft drie tot vijf personen in zijn netwerk waarop hij beroep kan doen en 14% kan op de hulp van zes of meer personen rekenen.

Tabel 6 Resultaten m.b.t. de tevredenheid over zijn sociaal netwerk en grootte van het sociaal netwerk.

Tevredenheid over sociaal netwerk	N	Percentage
Zeer bevredigend	183	8%
Vrij bevredigend	953	45%
Vrij onbevredigend	634	30%
Zeer onbevredigend	373	17%
<b>Aantal personen waarop men in geval van problemen kan rekenen</b>		
Geen	80	4%
1 of 2	900	42%
3 tot 5	880	41%
6 of meer	295	14%



### 4.3 Behandeling voor emotionele problemen in het verleden

Opvallend, bijna een derde van de bevroegden gaf aan in de afgelopen twee jaar een behandeling te hebben gekregen voor psychische problemen en een kwart was hierdoor arbeidsongeschikt (zie Tabel 7).

Tabel 7 Percentage bevroegden dat in het verleden emotionele problemen ervaarden.

In de afgelopen 2 jaar ...	N	Ja	Nee
In behandeling geweest omwille van psychische problemen	4129	30%	70%
Arbeidsongeschikt geweest vanwege psychische problemen	1554	25%	75%

### 4.4 Samenhang tussen langdurige stress en functioneren binnen het team

Tabel 8 geeft een overzicht van de Pearson correlatiecoëfficiënten tussen de negen variabelen die langdurige stress en functioneren binnen het team meten en deze laten een samenhang tussen meerdere variabelen zien.

Tabel 8 Samenhang tussen langdurige stress en het functioneren binnen het team.

	Hyperalert	Verstoorde slaap	Onder druk staan	Vermoeid	Er alleen voorstaan	Onzeker binnen team	Willen stoppen met beroep	Steun of begeleiding krijgen
Hyperalert								
Verstoorde slaap	,411							
Onder druk staan	,517	,569						
Vermoeid	,416	,639	,713					
Er alleen voorstaan	,297	,392	,477	,450				
Onzeker binnen team	,252	,330	,386	,368	,584			
<b>Willen stoppen met beroep</b>	,222	,316	,392	,375	,510	,508		
Steun of Begeleiding krijgen	-,015	-,088	-,119	-,113	-,297	-,187	-,248	
Deel uitmaken van team	,004	-,072	-,082	-,088	-,346	-,322	-,279	,534

Geheel binnen de verwachting zien we een samenhang tussen de vier variabelen die **langdurige stress** meten: mensen met een verhoogde waakzaamheid hebben vaker een verstoorde slaap, hebben sterker het gevoel onder druk te staan en voelen zich meer vermoeid.

Ook tussen de vijf variabelen die **het functioneren binnen het team** meten is er een sterke onderlinge samenhang. Een belangrijke vaststelling: mensen die meer geneigd zijn om te stoppen met het uitoefenen van hun beroep, hebben vaker het gevoel er alleen voor te staan en voelen zich meer onzeker binnen het eigen team. Deze laatste twee variabelen correleren eveneens onderling met elkaar. Beide variabelen correleren bovendien negatief met het gevoel deel uit te maken van het eigen team. Opvallend, willen stoppen met het beroep hangt nauwelijks samen met het al dan niet kunnen vragen van begeleiding of steun en het gevoel hebben onderdeel te zijn van het team. Er is dus samenhang te bemerken tussen sommige maar niet alle werkgerelateerde variabelen.

Tussen de vier variabelen die langdurige stress meten en de vijf variabelen die het functioneren binnen het team meten zien we ook enkele interessante correlaties: zo ervaren mensen die het gevoel hebben er alleen voor te staan, die zich onzeker voelen binnen het eigen team en die overwegen om te stoppen met het beroep vaker slaapproblemen, hebben ze sterker het gevoel onder druk te staan en zijn ze meer vermoeid.

#### 4.5 Samenhang tussen langdurige stress en functioneren binnen het team enerzijds en socio-demografische variabelen anderzijds

##### 4.5.1 Geslacht en leeftijd

Via een ANOVA gingen we na of de gemiddelde scores van mannen en vrouwen op de negen afhankelijke variabelen significant van elkaar verschillen. De resultaten laten zien dat vrouwen in vergelijking met mannen meer langdurige stress ervaren. Kortom, vrouwen zijn waakzamer, hebben vaker last van een verstoorde slaap en voelen zich meer vermoeid dan mannen (Tabel 9). Binnen het eigen team hebben vrouwen meer het gevoel er alleen voor te staan en voelen ze zich vaker onzeker. Tussen mannen en vrouwen is er geen verschil wat betreft de wil om te stoppen met het beroep.

Tabel 9 Samenhang tussen geslacht en langdurige stress en het functioneren binnen het team.

Variabelen	Mannen		Vrouwen	
	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Hyperalert	4,8	3,17	5,7	3,07
Verstoorde slaap	4,5	3,06	5,3	2,99
Onder druk staan	5,5	2,92	6,2	2,69
Vermoeid	5,4	2,98	6,3	2,72
Er alleen voorstaan	3,3	2,93	3,9	3,05
Onzeker binnen team	2,4	2,52	3,1	2,82
Willen stoppen met beroep	2,7	3,13	2,9	3,16
Steun of Begeleiding krijgen	5,4	3,05	5,6	2,95
Deel uitmaken van team	6,5	2,94	6,5	2,87

Geen van de ervaren problemen hangt samen met de leeftijd van de respondenten.

#### 4.5.2 Provincie

Voor twee van de vier variabelen die langdurige stress meten, is er een significant verschil tussen de provincies (Tabel 10). Het gevoel waakzaam te moeten zijn en onder stress te staan verschilt namelijk tussen de provincies. Medewerkers in zorg en welzijn uit de provincie West-Vlaanderen scoren daarbij het minst gunstig en medewerkers uit de provincie Antwerpen het meest gunstig. Wat betreft slaapproblemen en gevoelens van vermoeidheid, zijn er geen significante verschillen tussen de provincies.

Voor de variabelen die het functioneren binnen het team meten, zien we voor drie van de vijf variabelen een significant verschil tussen de provincies: voor het gevoel er alleen voor te staan, willen stoppen met het beroep en voldoende steun kunnen vragen (zie Tabel 11). In Oost-Vlaanderen hebben medewerkers iets vaker het gevoel er alleen voor te staan en iets minder het gevoel steun te kunnen vragen in het team. In Limburg hebben medewerkers het sterkst de neiging om te stoppen met het beroep. Voor de variabelen 'zich onzeker voelen binnen het team' en 'het gevoel hebben deel uit te maken van het team' is er geen significant verschil tussen de provincies.

#### 4.5.3 Sectoren

Via een ANOVA gingen we na of de gemiddelde scores tussen de sectoren op de negen afhankelijke variabelen significant van elkaar verschillen.

Voor elk van de vier variabelen die langdurige stress meten, is er een significant verschil tussen de sectoren (Tabel 12). Medewerkers uit de WZC rapporteren over de hele lijn het hoogste niveau van langdurige stress, gevolgd door medewerkers actief in de ziekenhuizen en de eerste lijn. Minder gunstige resultaten staan in Tabel 12 in het rood gemarkeerd waarbij een donkerrode kleur verwijst naar een zeer ongunstig resultaat.

Wat het functioneren binnen het team betreft, zien we eveneens voor de meeste variabelen een significant verschil tussen de bevroegde sectoren (Tabel 13). Enkel voor het item 'willen stoppen met het beroep', bereikt de F-statistiek net geen significantie. Over het algemeen scoren medewerkers werkzaam in de OCMW minder gunstig op de werkgerelateerde items, gevolgd door medewerkers uit de WZC.

Tabel 10 Samenhang tussen provincie en langdurige stress.

Provincie	Hyperalert			Slaaptekort			Stress			Vermoeid		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Antwerpen	3423	5,3	3,07	3434	5,1	2,99	3431	6,0	2,73	3435	6,1	2,75
Limburg	1457	5,7	3,12	1459	5,3	3,08	1459	6,2	2,77	1460	6,2	2,78
Oost-Vlaanderen	2080	5,4	3,12	2093	5,2	3,03	2094	6,2	2,76	2094	6,2	2,80
Vlaams-Brabant	1724	5,5	3,05	1730	5,2	3,00	1728	6,0	2,78	1731	6,2	2,82
West-Vlaanderen	2563	5,8	3,12	2567	5,3	3,03	2566	6,3	2,69	2563	6,1	2,76

Tabel 11 Samenhang tussen provincie en werkgerelateerde problemen.

Provincie	Er alleen voor staan			Onzeker binnen het team			Stoppen met beroep			Steun of begeleiding krijgen			Deel uitmaken van team		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Antwerpen	3384	3,7	3,02	3374	3,0	2,79	3380	2,8	3,13	3363	5,5	2,95	3364	6,6	2,85
Limburg	1414	3,7	3,13	1407	3,0	2,84	1414	3,0	3,28	1410	5,8	2,97	1405	6,4	3,00
Oost-Vlaanderen	2051	4,0	3,05	2025	3,1	2,78	2033	2,9	3,17	2028	5,4	2,99	2020	6,4	2,89
Vlaams-Brabant	1694	3,8	3,03	1687	3,0	2,72	1691	2,8	3,12	1675	5,5	2,99	1682	6,5	2,85
West-Vlaanderen	2503	3,7	3,02	2495	3,0	2,82	2501	2,7	3,12	2494	5,6	2,95	2497	6,5	2,86

Tabel 12 Samenhang tussen sector en langdurige stress.

Sector	Hyperalert			Slaaptekort			Stress			Vermoeid		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Ziekenhuizen	2988	5,6	3,08	2991	5,2	3,01	2992	6,1	2,77	2992	6,2	2,73
Eerste lijn, thuiszorg, eigen praktijk	2721	5,5	3,08	2736	5,0	3,06	2737	6,4	2,76	2739	6,2	2,79
GGZ	973	4,8	3,04	974	5,0	2,96	972	6,2	2,53	973	6,1	2,69
OCMW, lokale besturen, overheid	99	5,0	3,04	99	5,4	2,92	99	6,3	2,65	99	6,2	2,73
Revalidatiecentra	250	5,7	2,96	248	5,2	2,89	250	6,1	2,80	250	5,9	2,86
Jeugdhulp en gezinsondersteuning	425	4,5	3,07	425	5,0	3,0	425	5,9	2,69	424	6,0	2,74
VAPH	1260	5,4	2,94	1266	5,1	2,90	1264	5,9	2,67	1264	5,9	2,75
WZC	1852	6,5	3,03	1857	5,8	3,04	1856	6,6	2,66	1855	6,5	2,78
Andere	627	4,9	3,20	633	4,9	3,10	629	5,6	3,00	633	5,7	2,95

Tabel 13 Samenhang tussen sector en werkgerelateerde problemen.

Sector	Er alleen voor staan			Onzeker binnen het team			Stoppen met beroep			Steun of begeleiding krijgen			Deel uitmaken van team		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Ziekenhuizen	2950	3,5	3,00	2945	3,0	2,79	2948	2,8	3,15	2943	5,6	2,97	2940	6,7	2,80
Eerste lijn, thuiszorg, eigen praktijk	2664	3,8	3,05	2633	2,8	2,73	2655	2,9	3,15	2624	5,4	2,97	2626	6,3	2,98
GGZ	954	3,8	2,92	952	3,3	2,75	953	2,8	3,09	952	5,5	2,87	952	6,5	2,76
OCMW, lokale besturen, overheid	95	4,0	3,24	95	4,0	3,14	94	3,3	3,48	94	4,9	3,01	94	6,1	2,89
Revalidatiecentra	248	3,7	2,99	247	3,3	2,82	247	2,8	3,11	247	5,7	2,90	246	6,4	2,84
Jeugdhulp en gezinsondersteuning	418	4,0	2,99	417	3,2	2,80	418	2,8	2,92	416	5,8	2,72	417	6,7	2,60
VAPH	1234	3,8	2,94	1230	3,0	2,65	1232	2,6	3,01	1230	5,7	2,83	1230	6,6	2,81
WZC	1824	4,0	3,20	1822	3,3	2,96	1822	3,0	3,33	1821	5,6	3,11	1822	6,6	2,93
Andere	611	3,8	3,08	605	2,6	2,71	606	2,7	3,11	600	5,2	3,05	598	6,2	3,05

#### 4.5.4 Beroepsgroep

De variabele beroepsgroep bestaat uit veel verschillende categorieën (i.e.,  $k=39$ ). Sommige beroepsgroepen zijn in de bevraging slechts in beperkte mate vertegenwoordigd. De resultaten per beroepsgroep rapporteren heeft daarom weinig zin. Desalniettemin kan de variabele ‘beroepsgroep’ meer licht werpen op de bevroegde sectoren en waar de noden zich precies situeren.

Onderstaande tabel beschrijft voor elke sector tot welke beroepsgroep de bevroegde respondenten behoren. We beperken ons bij de rapportage tot de beroepsgroepen met de grootste aantallen (i.e.  $n \geq 50$ ). In de sector ‘OCMW, lokale besturen, overheid’ en ‘revalidatiecentra’ is het aantal respondenten helaas beperkt. Geen van de beroepsgroepen telt in deze sectoren meer dan 50 respondenten.

Tabel 14 Beroepsgroep van de respondenten per sector.

Sector	Beroepsgroep	N	%
Ziekenhuizen (n=3694, k=33)	Verpleegkundige	1633	45,4
	Arts-specialist	295	8,2
	Directie, management, verantwoordelijke	225	6,3
	Administratief medewerker	150	4,2
	Ondersteunend & logistiek personeel	143	4,0
	Apotheker, farmaceutisch assistent	129	3,6
	Staffunctie	111	3,1
	Spiritueel zorgverlener	90	2,5
	Kinesitherapeut	89	2,5
	Vroedvrouw	89	2,5
	Klinisch psycholoog	86	2,4
	Arts-specialist in opleiding (ASO)	79	2,2
	Ergotherapeut	64	1,8
Zorgkundige	56	1,6	
Eerste lijn, thuiszorg, eigen praktijk (n=3247, k=37)	Huisarts	798	26,0
	Verpleegkundige	668	21,8
	Maatschappelijk werker, welzijnswerker	319	10,4
	Apotheker, farmaceutisch assistent	266	8,7
	Zorgkundige	138	4,5
	Verzorgende	110	3,6
	Klinisch psycholoog	104	3,4
	Andere	93	3,0
	Staffunctie	69	2,2
	Huisarts in opleiding (HAIO)	66	2,1

	Arts-specialist	66	2,1
	Directie, management, verantwoordelijke	65	2,1
	Kinesitherapeut	51	1,7
GGZ (n=1137, k=26)	Verpleegkundige	262	24,4
	Klinisch psycholoog	168	15,7
	Directie, management, verantwoordelijke	105	9,8
	Arts-specialist	85	7,9
	Maatschappelijk werker, welzijnswerker	72	6,7
	Ergotherapeut	64	6,0
OCMW, lokale besturen, overheid (n=147, k=20)	Voor elke beroepsgroep is het aantal respondenten < 50		
Revalidatiecentra (n=287, k=21)	Voor elke beroepsgroep is het aantal respondenten < 50		
Jeugdhulp en gezinsondersteuning (n=487, k=22)	Opvoeder, begeleider	200	41,8
	Directie, management, verantwoordelijke	72	15,1
	Maatschappelijk werker, welzijnswerker	58	12,1
VAPH (n=1464, k=26)	Opvoeder, begeleider	674	46,6
	Directie, management, verantwoordelijke	163	11,3
	Orthopedagoog	76	5,3
	Maatschappelijk werker, welzijnswerker	69	4,8
	Verpleegkundige	59	4,1
	Ergotherapeut	54	3,7
	Administratief medewerker	50	3,5
WZC (n=2242, k=26)	Zorgkundige	583	26,9
	Verpleegkundige	486	22,4
	Directie, management, verantwoordelijke	307	14,2
	Ondersteunend & logistiek personeel	97	4,5
	Ergotherapeut	94	4,3
	Spiritueel zorgverlener, pastoor, aalmoezenier	80	3,7
	Verzorgende	76	3,5
	Maatschappelijk werker, welzijnswerker	50	2,3

In een volgende stap, bekijken we of de beroepsgroepen significant van elkaar verschillen voor wat betreft langdurige stress en werkgerelateerde problemen. Opnieuw beperken we ons in de rapportage tot de beroepsgroepen waarin het aantal respondenten groter is dan 50. Voor kleinere



beroepsgroepen is het weinig zinvol om naar de gemiddelden per groep te kijken. Voor alle variabelen is er een significant verschil tussen de beroepsgroepen (Tabel 15 en Tabel 16).

Wat betreft het ervaren van langdurige stress, scoren de zorgkundigen over de hele lijn het minst gunstig: zij zijn het meest waakzaam en rapporteren de grootste klachten op vlak van slaapproblemen, stress en vermoeidheid. Zoals Tabel 14 aangeeft, betreft het zorgkundigen tewerkgesteld in de woonzorgcentra, de eerste lijn en de ziekenhuizen. Ook de verpleegkundigen en het ondersteunend en logistiek personeel scoren op drie van de vier variabelen ongunstig. De arts-specialisten scoren over de ganse lijn het meest gunstig. De klinisch psychologen en de psychologisch consulenten scoren eveneens behoorlijk gunstig wat betreft langdurige stressklachten (Tabel 15). De rode markering wijzen op een ongunstig resultaat en een groene markering op een gunstig resultaat in Tabel 15 en 16.

Wat betreft ervaren werk-gerelateerde problemen zijn de resultaten minder eenduidig. Over het algemeen scoren de kinesisten en de vroedvrouwen op alle variabelen het meest gunstig, terwijl de orthopedagogen het minst gunstig scoren. Ten opzichte van andere beroepsgroepen voelen zij zich meer onzeker binnen het team en hebben ze minder het gevoel er deel van uit te maken. Ze overwegen ook meer om te stoppen met het beroep (Tabel 16).

Tabel 15 Samenhang beroepsgroep en langdurige stress.

Beroepsgroep	Hyperalert			Slaaptkort			Stress			Vermoeid		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Verpleegkundige	2717	6,2	3,02	2718	5,5	3,04	2718	6,4	2,76	2721	6,4	2,73
Directie, management	890	5,4	3,18	895	5,2	3,01	894	6,6	2,60	894	6,2	2,78
Opvoeder, begeleider	825	5,3	3,00	827	5,1	2,94	828	5,9	2,69	826	6,1	2,72
Huisarts	721	5,5	2,86	721	5,0	3,07	722	6,4	2,69	722	6,2	2,84
Maatschappelijk werker, welzijnswerker	677	4,6	3,06	682	5,1	3,00	680	6,1	2,61	681	6,2	2,67
Zorgkundige	655	6,8	2,97	660	5,9	3,05	659	6,6	2,72	658	6,8	2,64
Arts-specialist	399	4,2	3,05	401	4,5	2,94	400	5,3	2,83	400	5,4	2,86
Klinisch psycholoog	384	4,2	2,63	384	4,5	2,77	384	6,1	2,43	384	5,8	2,57
Apotheker	351	5,6	3,04	352	5,1	3,02	353	6,4	2,59	354	6,3	2,69
Staffunctie	312	4,8	3,07	312	4,9	2,98	314	5,9	2,74	314	5,9	2,85
Administratief medewerker	305	5,2	3,10	305	5,3	3,00	306	5,8	2,73	306	5,9	2,86
Ergotherapeut	285	5,7	2,97	286	5,4	3,05	286	6,2	2,66	285	6,2	2,67
Ondersteunend & logistiek personeel	250	6,2	3,11	249	5,4	3,06	250	6,0	2,82	251	6,1	2,92
Kinesitherapeut	224	5,4	3,10	226	4,6	2,92	225	5,3	2,77	225	5,7	2,75
Spiritueel zorgverlener	204	5,8	2,96	204	5,0	2,97	204	5,7	2,63	202	6,0	2,88
Verzorgende	192	6,0	3,26	196	5,4	3,22	196	5,9	2,79	196	6,0	2,94
Orthopedagoog	124	4,7	2,74	124	4,7	2,83	124	6,2	2,58	124	5,9	2,56
Vroedvrouw	108	5,8	2,99	108	5,2	2,86	108	5,9	2,44	108	5,9	2,62
Begeleider wonen en leven (animator)	88	5,8	3,12	89	5,4	2,85	88	5,7	2,73	89	5,9	2,92

Arts-specialist in opleiding (ASO)	78	4,4	2,92	78	5,1	3,24	78	5,7	2,87	78	5,9	2,93
Psychologisch consulent	72	4,2	2,83	72	4,5	2,96	72	5,5	2,68	72	5,7	2,81
Logopedist	71	5,0	3,09	70	5,9	2,90	71	6,5	2,34	71	5,9	2,64
Kinderbegeleider (gezins- en groepsopvang)	63	5,2	3,14	63	5,5	2,97	63	5,7	2,92	63	6,1	2,67
Huisarts in opleiding (HAIO)	55	5,4	2,75	55	4,6	2,81	55	5,7	2,57	55	5,8	3,07

Tabel 16 Samenhang beroepsgroep en functioneren in het team.

Beroepsgroep	Er alleen voor staan			Onzeker binnen het team			Stoppen met beroep			Steun of begeleiding krijgen			Deel uitmaken van team		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Verpleegkundige	2666	3,8	3,16	2658	3,0	2,90	2663	3,2	3,35	2657	5,6	3,03	2655	6,7	2,81
Directie, management	881	3,7	3,10	880	2,9	2,70	880	2,8	3,09	877	5,6	2,92	880	6,7	2,76
Opvoeder, begeleider	814	3,8	2,92	811	3,0	2,69	811	2,7	3,06	809	5,8	2,82	812	6,9	2,68
Huisarts	717	3,7	2,96	710	2,9	2,69	718	3,3	3,16	713	5,4	2,83	708	6,5	2,89
Maatschappelijk werker, welzijnswerker	670	4,1	3,03	668	3,3	2,77	670	2,9	3,16	665	5,4	2,78	669	6,2	2,67
Zorgkundige	636	4,0	3,21	632	3,2	2,98	635	2,9	3,33	632	5,8	3,10	630	6,8	2,88
Arts-specialist	397	3,4	2,85	396	2,9	2,75	397	2,6	3,00	395	5,2	3,08	396	6,2	2,99
Klinisch psycholoog	378	3,7	2,75	375	3,2	2,57	378	2,3	2,70	375	5,5	2,60	375	6,0	2,88
Apotheker	347	3,6	2,95	345	2,6	2,63	345	2,8	3,04	337	5,0	3,05	339	6,5	2,89
Staffunctie	311	3,9	3,01	309	3,1	2,87	310	2,8	3,14	310	5,5	2,90	310	6,1	2,81
Administratief medewerker	294	3,9	3,11	293	3,4	2,90	292	2,8	3,12	292	5,2	3,09	293	5,7	3,15
Ergotherapeut	279	3,9	3,01	279	3,5	2,86	279	2,8	3,20	276	5,5	2,99	277	6,7	2,74
Ondersteunend & logistiek personeel	246	3,6	3,16	246	2,8	2,74	246	2,3	2,94	246	5,5	3,09	246	6,4	3,09
Kinesitherapeut	226	2,9	2,68	223	2,6	2,49	226	2,0	2,57	224	5,8	3,04	225	7,0	2,81
Spiritueel zorgverlener	200	3,9	3,00	197	3,2	2,72	200	1,9	2,45	200	5,9	2,80	199	6,1	2,90
Verzorgende	189	3,5	3,12	189	2,5	2,72	185	2,4	3,09	185	5,9	3,28	188	6,5	3,02
Orthopedagoog	122	3,8	2,64	122	3,8	2,68	122	3,0	2,76	122	5,7	2,51	122	5,9	2,69
Vroedvrouw	106	3,3	2,74	105	2,4	2,41	105	2,0	2,71	104	5,6	3,03	105	7,0	2,84
Begeleider wonen en leven (animator)	85	4,0	2,83	85	3,7	2,96	84	2,7	2,85	85	5,5	2,92	85	6,2	3,10

Arts-specialist in opleiding (ASO)	77	4,0	2,73	77	3,5	2,65	77	2,9	2,94	77	5,2	2,73	77	6,5	2,47
Psychologisch consulent	71	3,7	2,86	70	3,3	3,06	71	2,7	3,00	71	5,4	2,77	67	6,9	2,36
Logopedist	68	3,5	3,10	67	3,4	2,78	67	2,1	2,96	68	5,4	3,01	67	6,0	2,79
Kinderbegeleider (gezins- en groepsopvang)	62	3,8	3,05	62	2,8	2,88	62	2,6	3,34	61	5,7	3,07	62	6,9	2,71
Huisarts in opleiding (HAIO)	55	3,6	2,84	55	3,4	2,97	55	3,0	3,02	55	6,2	2,99	55	7,3	2,47

#### 4.5.5 Sociaal netwerk

Mensen die ontevreden zijn over hun sociaal netwerk hebben meer langdurige stressklachten dan mensen die aangeven een bevredigend netwerk te hebben. Voor de vier variabelen is het verschil significant (Tabel 17).

Hetzelfde geldt voor het functioneren binnen het team. Medewerkers met een minder bevredigend sociaal netwerk hebben vaker het gevoel er alleen voor te staan, voelen zich meer onzeker binnen het team, zijn meer geneigd om te stoppen met het beroep, hebben het minder gevoel steun te kunnen vragen en voelen zich minder deel van het eigen team (Tabel 18).

We zien ook een sterke samenhang tussen de grootte van het sociaal netwerk en de aanwezigheid van langdurige stressklachten. Medewerkers die aangeven op niemand of op slechts één à twee personen te kunnen rekenen, rapporteren een grotere waakzaamheid, meer slaapproblemen, hebben vaker het gevoel onder druk te staan en voelen zich meer vermoeid (Tabel 19).

De wijze waarop medewerkers met een klein netwerk binnen het eigen team functioneren is daarenboven minder gunstig. Ze hebben vaker het gevoel er alleen voor te staan, voelen zich onzekerder binnen het team, zijn meer geneigd om te stoppen met het beroep, kunnen naar eigen zeggen minder steun vragen en hebben minder het gevoel deel uit te maken van het team (Tabel 20).

Tabel 21 en Tabel 22 geven tot slot een overzicht van de mate waarin medewerkers emoties delen met derden (collega's, leidinggevende, psychosociale begeleider, huisarts, familie en vrienden, partner) samenhangt met langdurige stress en werkgerelateerde klachten. De resultaten zijn behoorlijk eenduidig. Medewerkers die hun emoties niet delen met derden maar hier wel behoefte aan hebben en medewerkers die hun emoties wel delen met derden maar hier een negatief gevoel aan overhouden, rapporteren over de ganse lijn meer lichamelijke klachten en meer werkgerelateerde klachten. Wie die derde precies is, doet er weinig toe. De bevindingen zijn gelijkaardig voor het delen van emoties met collega's, een leidinggevende, een psychosociale begeleider, een huisarts of familie en vrienden en partner.

Tabel 17 Samenhang tussen tevredenheid over het sociaal netwerk en langdurige stress.

Tevreden over sociaal netwerk	Hyperalert			Slaaptekort			Stress			Vermoeid		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Zeer bevredigend	176	3,2	3,19	177	3,5	3,13	177	4,2	2,92	177	4,5	2,96
Vrij bevredigend	921	4,0	3,02	930	4,5	3,06	929	5,3	2,81	934	5,7	2,76
Vrij onbevredigend	616	4,8	3,03	621	5,3	2,93	625	6,2	2,55	624	6,7	2,55
Zeer onbevredigend	365	5,7	3,14	369	6,2	3,08	368	7,1	2,68	369	7,4	2,46

Tabel 18 Samenhang tussen tevredenheid over het sociaal netwerk en functioneren binnen het team.

Tevreden over sociaal netwerk	Er alleen voor staan			Onzeker binnen het team			Stoppen met beroep			Steun of begeleiding krijgen			Deel uitmaken van team		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Zeer bevredigend	176	1,8	2,46	175	1,6	2,05	175	1,5	2,33	170	5,8	3,35	173	7,2	2,85
Vrij bevredigend	929	3,0	2,83	917	2,5	2,58	924	2,5	3,04	911	5,3	3,00	914	6,4	2,75
Vrij onbevredigend	626	4,1	2,97	620	3,3	2,96	623	3,2	3,27	616	4,9	2,86	614	6,0	2,79
Zeer onbevredigend	369	5,0	3,26	364	3,5	3,17	365	4,2	3,56	359	4,7	3,04	362	5,8	3,09

Tabel 19 Samenhang tussen de grootte van het sociaal netwerk en langdurige stress.

Aantal personen waarop men kan rekenen in geval van problemen	Hyperalert			Slaaptekort			Stress			Vermoeid		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Geen	77	6,7	2,84	76	6,8	3,16	77	7,0	2,77	77	7,8	2,33
1 of 2	868	5,0	3,06	879	5,3	3,03	879	6,3	2,73	880	6,6	2,67
3 tot 5	851	4,1	3,09	861	4,6	3,09	861	5,6	2,79	864	5,9	2,79
6 of meer	291	3,6	3,08	292	4,3	3,23	292	5,0	2,97	292	5,5	2,89

Tabel 20 Samenhang tussen de grootte van het sociaal netwerk en het functioneren binnen het team.

Aantal personen waarop men kan rekenen in geval van problemen	Er alleen voor staan			Onzeker binnen het team			Stoppen met beroep			Steun of begeleiding krijgen			Deel uitmaken van team		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Geen	77	6,8	2,99	76	4,8	3,52	77	5,0	3,57	77	3,2	2,92	76	4,8	3,29
1 of 2	881	4,2	3,17	870	3,1	2,86	873	3,4	3,40	858	4,6	2,86	863	5,6	2,93
3 tot 5	861	3,1	2,72	851	2,6	2,69	856	2,5	3,01	843	5,5	2,92	851	6,6	2,63
6 of meer	292	2,4	2,71	290	2,1	2,59	292	2,1	2,97	288	6,2	3,15	287	7,5	2,52



Tabel 21 Samenhang tussen het delen van emoties met derden en langdurige stress.

Emoties gedeeld met	Hyperalert			Slaaptekort			Stress			Vermoeid		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
<b>Collega's</b>												
Emoties <u>niet</u> gedeeld maar wel behoefte	986	6,0	2,83	986	6,2	2,82	988	7,0	2,41	989	7,1	2,40
Emoties <u>niet</u> gedeeld want <u>geen</u> behoefte	1373	4,7	3,21	1377	4,5	3,06	1376	5,1	2,93	1376	5,3	2,97
Emoties <u>wel</u> gedeeld maar <u>geen</u> positieve ervaring	635	6,7	2,65	636	6,6	2,73	635	7,6	2,24	636	7,6	2,30
Emoties <u>wel</u> gedeeld en <u>wel</u> een positieve ervaring	7178	5,6	3,07	7191	5,1	2,98	7195	6,1	2,66	7191	6,1	2,73
Niet van toepassing	202	4,2	3,37	208	4,3	3,26	208	4,6	2,99	209	5,2	3,08
<b>Leidinggevende</b>												
Emoties <u>niet</u> gedeeld maar wel behoefte	1383	6,0	2,83	1386	6,1	2,84	1389	7,1	2,34	1387	7,1	2,39
Emoties <u>niet</u> gedeeld want <u>geen</u> behoefte	2793	4,8	3,09	2802	4,7	3,00	2800	5,4	2,79	2801	5,5	2,83
Emoties <u>wel</u> gedeeld maar <u>geen</u> positieve ervaring	1002	6,5	2,85	1001	6,2	2,85	1002	7,5	2,29	1002	7,3	2,35
Emoties <u>wel</u> gedeeld en <u>wel</u> een positieve ervaring	3482	5,7	3,10	3483	5,1	2,99	3486	6,1	2,67	3483	6,0	2,76
Niet van toepassing	1654	5,4	3,11	1660	5,0	3,06	1662	6,0	2,79	1662	5,9	2,84
<b>Psychosociale begeleider</b>												
Emoties <u>niet</u> gedeeld maar wel behoefte	1674	6,4	2,80	1676	6,5	2,76	1679	7,4	2,32	1679	7,5	2,29
Emoties <u>niet</u> gedeeld want <u>geen</u> behoefte	6851	5,4	3,11	6859	4,9	2,97	6859	5,8	2,72	6857	5,8	2,78
Emoties <u>wel</u> gedeeld maar <u>geen</u> positieve ervaring	80	7,4	2,25	80	6,6	2,88	80	7,7	2,18	80	7,7	2,33
Emoties <u>wel</u> gedeeld en <u>wel</u> een positieve ervaring	820	6,0	2,88	821	6,0	2,92	821	7,0	2,48	822	6,9	2,56
Niet van toepassing	891	4,6	3,17	899	4,7	3,08	900	5,6	2,91	898	5,8	2,86

<b>Huisarts</b>												
Emoties <u>niet</u> gedeeld maar wel behoefte	1128	6,5	2,85	1130	6,6	2,82	1131	7,4	2,42	1131	7,4	2,36
Emoties <u>niet</u> gedeeld want <u>geen</u> behoefte	7188	5,4	3,09	7195	4,9	2,98	7197	5,9	2,72	7194	5,8	2,77
Emoties <u>wel</u> gedeeld maar <u>geen</u> positieve ervaring	134	7,3	2,32	136	6,9	2,40	136	7,5	1,93	136	7,7	2,07
Emoties <u>wel</u> gedeeld en <u>wel</u> een positieve ervaring	929	6,2	2,91	935	5,8	2,92	934	6,7	2,62	935	6,9	2,64
Niet van toepassing	918	4,7	3,10	924	4,8	3,10	926	5,8	2,88	925	5,9	2,88
<b>Familie en vrienden</b>												
Emoties <u>niet</u> gedeeld maar wel behoefte	1011	6,0	2,93	1010	6,1	2,84	1012	7,1	2,42	1012	7,1	2,44
Emoties <u>niet</u> gedeeld want <u>geen</u> behoefte	1651	5,1	3,30	1654	4,6	3,12	1655	5,4	2,97	1653	5,5	2,97
Emoties <u>wel</u> gedeeld maar <u>geen</u> positieve ervaring	503	6,6	2,70	502	6,3	2,76	503	7,3	2,29	503	7,3	2,32
Emoties <u>wel</u> gedeeld en <u>wel</u> een positieve ervaring	6938	5,5	3,05	6950	5,2	2,98	6949	6,1	2,67	6950	6,1	2,73
Niet van toepassing	246	4,8	3,30	256	4,8	3,25	256	5,5	3,14	255	5,7	2,99
<b>Partner</b>												
Emoties <u>niet</u> gedeeld maar wel behoefte	358	5,9	2,87	360	6,3	2,77	360	6,9	2,56	360	7,3	2,40
Emoties <u>niet</u> gedeeld want <u>geen</u> behoefte	616	5,0	3,28	619	4,5	3,06	618	5,2	3,04	619	5,3	2,98
Emoties <u>wel</u> gedeeld maar <u>geen</u> positieve ervaring	741	6,4	2,75	742	6,2	2,83	741	7,1	2,30	742	7,2	2,40
Emoties <u>wel</u> gedeeld en <u>wel</u> een positieve ervaring	7018	5,5	3,09	7032	5,1	3,01	7035	6,1	2,71	7032	6,0	2,76
Niet van toepassing	1591	5,6	3,09	1598	5,5	3,0	1597	6,2	2,74	1598	6,3	2,76

Tabel 22 Samenhang tussen het delen van emoties met derden en het functioneren binnen het team.

Emoties gedeeld met	Er alleen voor staan			Onzeker binnen het team			Stoppen met beroep			Steun of begeleiding krijgen			Deel uitmaken van team		
	N	X	SD	N	X	SD	N	X	SD	N	X	SD	N	X	SD
<b>Collega's</b>															
Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan	989	5,6	2,95	981	4,6	2,96	987	4,4	3,46	988	4,3	2,89	981	4,6	2,90
Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan	1374	3,2	2,90	1368	2,6	2,69	1374	2,5	3,05	1361	5,3	3,02	1368	6,0	3,04
Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring	635	6,2	2,91	636	5,4	3,12	634	5,3	3,44	631	4,0	2,84	633	4,5	2,79
Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring	7190	3,4	2,87	7182	2,7	2,56	7182	2,5	2,91	7167	5,9	2,84	7172	7,1	2,57
Niet van toepassing	208	3,4	3,29	179	2,2	2,79	195	2,8	3,39	187	4,4	3,35	175	5,0	3,63
<b>Leidinggevende</b>															
Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan	1387	5,3	3,01	1385	4,4	2,98	1387	4,2	3,39	1385	4,3	2,78	1387	5,3	2,94
Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan	2800	3,1	2,80	2794	2,6	2,58	2797	2,4	2,94	2784	5,6	2,89	2789	6,6	2,76
Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring	1001	5,6	3,06	999	4,3	3,10	1000	4,5	3,52	998	4,0	2,90	998	5,3	2,95
Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring	3485	3,1	2,79	3479	2,6	2,55	3481	2,1	2,74	3473	6,6	2,68	3473	7,4	2,46
Niet van toepassing	1662	3,7	2,98	1632	2,6	2,63	1649	2,8	3,06	1637	5,3	2,91	1623	6,3	3,02
<b>Psychosociale begeleider</b>															
Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan	1678	5,4	3,01	1674	4,5	3,12	1676	4,4	3,47	1671	4,8	2,88	1671	5,8	2,95
Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan	6856	3,2	2,84	6838	2,6	2,49	6850	2,4	2,87	6834	5,7	2,94	6834	6,7	2,79
Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring	80	5,7	3,13	80	5,1	2,81	80	5,7	3,42	80	4,3	2,99	79	5,7	2,91
Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring	821	4,8	3,21	815	4,2	3,11	819	3,7	3,38	816	5,7	2,92	812	6,3	2,96
Niet van toepassing	899	3,2	2,91	879	2,5	2,61	888	2,4	3,00	875	5,5	3,05	874	6,5	2,92

<b>Huisarts</b>																
Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan	1130	5,4	3,11	1127	4,3	3,17	1127	4,6	3,58	1126	4,7	2,98	1126	5,7	2,98	
Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan	7192	3,4	2,89	7173	2,7	2,60	7186	2,4	2,88	7169	5,7	2,91	7166	6,7	2,78	
Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring	136	5,7	3,04	135	4,7	3,07	136	4,6	3,55	136	4,7	2,94	135	5,6	3,04	
Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring	935	4,4	3,17	926	3,6	3,11	928	3,7	3,49	926	5,5	3,00	921	6,1	3,06	
Niet van toepassing	925	3,5	3,03	909	2,7	2,67	917	2,7	3,06	902	5,4	3,01	903	6,4	2,92	
<b>Familie en vrienden</b>																
Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan	1011	5,1	3,00	1007	3,4	3,01	1009	4,0	3,37	1006	4,8	2,84	1007	5,7	2,97	
Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan	1654	3,0	2,88	1650	2,4	2,60	1654	2,3	2,92	1648	5,6	3,08	1648	6,5	2,94	
Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring	504	5,3	3,09	503	4,0	2,93	503	4,0	3,52	501	4,9	2,97	502	5,7	2,92	
Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring	6949	3,6	2,97	6917	3,0	2,73	6935	2,7	3,07	6914	5,7	2,90	6907	6,7	2,78	
Niet van toepassing	254	3,2	3,17	243	2,5	2,72	246	2,6	3,22	240	5,1	3,30	242	6,2	3,17	
<b>Partner</b>																
Heb er niet mee gepraat maar wel behoefte aan	358	5,2	3,04	355	4,1	3,02	357	3,9	3,41	355	4,7	2,98	356	5,6	3,05	
Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan	619	3,2	2,96	618	2,4	2,68	619	2,3	2,93	612	5,2	3,17	616	6,3	3,09	
Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring	742	5,0	3,04	738	3,8	3,03	741	3,6	3,49	735	5,0	2,94	737	5,9	2,94	
Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring	7031	3,5	2,92	6998	2,9	2,72	7017	2,7	3,09	6995	5,7	2,92	6993	6,6	2,81	
Niet van toepassing	1596	4,3	3,19	1584	3,2	2,82	1591	2,8	3,11	1585	5,5	2,96	1576	6,5	2,86	

#### 4.5.6 Psychische kwetsbaarheid

Medewerkers in zorg en welzijn die in het verleden professionele ondersteuning kregen voor psychische problemen en/of arbeidsongeschikt waren ten gevolge van emotionele problemen, ervaren meer stressklachten dan zij die nooit een dergelijke behandeling kregen of arbeidsongeschikt waren door psychische problemen. Voor elk van de vier variabelen was er een significant verschil tussen beide groepen (Tabel 23).

Een gelijkaardig patroon zien we voor de variabelen die het functioneren in groep meten. Voor vier van de vijf variabelen geldt dat medewerkers die eerder geen behandeling kregen voor psychische problemen en niet arbeidsongeschikt waren door emotionele problemen gunstiger scoren. Enkel voor de variabele 'steun kunnen vragen' was er geen significant verschil tussen beide groepen (Tabel 24).

Tabel 23 Samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en langdurige stress.

In de afgelopen 2 jaar in behandeling geweest of medicatie genomen omwille van psychische problemen?	Hyperalert			Slaaptekort			Stress			Vermoeid		
	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Ja	1125	5,1	3,04	1132	5,7	3,00	1129	6,4	2,60	1132	6,9	2,52
Nee	2622	4,4	3,19	2651	4,7	3,08	2650	5,5	2,91	2652	5,8	2,89
<b>Ooit arbeidsongeschikt geweest vanwege emotionele problemen</b>												
Ja	361	5,1	3,06	365	5,8	2,89	364	6,4	2,59	364	6,7	2,61
Nee	1067	4,7	3,17	1073	4,8	3,00	1071	5,5	2,92	1070	5,7	2,89

Tabel 24 Samenhang tussen psychische kwetsbaarheid en functioneren binnen het team.

In de afgelopen 2 jaar in behandeling geweest of medicatie genomen omwille van psychische problemen?	Er alleen voor staan			Onzeker binnen het team			Stoppen met beroep			Steun of begeleiding krijgen			Deel uitmaken van team		
	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>
Ja	1044	4,6	3,08	1024	3,9	3,01	1036	3,7	3,37	1026	5,2	2,96	1019	6,0	2,87
Nee	2505	3,3	2,97	2468	2,6	2,62	2487	2,7	3,14	2447	5,3	3,03	2455	6,4	2,87
<b>Ooit arbeidsongeschikt geweest vanwege emotionele problemen</b>															
Ja	328	4,6	3,06	322	3,9	2,92	328	3,6	3,41	324	5,5	2,98	322	5,9	2,88
Nee	979	3,7	3,02	956	2,9	2,65	968	2,9	3,12	965	5,6	2,96	950	6,4	2,89

## 5 Samenvattende conclusie uit rijke bron van data

De data van de ZorgSamen Barometers en Power to Care enquêtes – verzameld tussen april 2020 en juni 2021 – lieten toe dieper in te gaan op **de groep van medewerkers in zorg en welzijn die langdurige stress ervaarde en overwoog te stoppen met het beroep**. De meeste participanten werkten in een ziekenhuis, de eerste lijn/thuiszorg/een eigen praktijk, of in een woonzorgcentrum. Wat betreft de beroepsgroepen, waren de verpleegkundigen, mensen in een directie-/of managementfunctie, en opvoeders/begeleiders het best vertegenwoordigd.

Het is noodzakelijk om deze **kwantitatieve resultaten met de nodige voorzichtigheid te interpreteren**. Het ontbreken van een code ter identificatie van de respondenten maakt het onmogelijk om meerdere invullingen van eenzelfde respondent te identificeren. De deelnemende respondenten vormen ook geen representatieve weerspiegeling van de medewerkers in zorg en welzijn. Zo is het maar de vraag of de medewerkers met de grootste psychosociale noden hun weg gevonden hebben naar de bevragingen. Daarnaast was het aantal respondenten per beroepsgroep/sector ongelijk verdeeld en soms te klein om gefundeerde uitspraken te kunnen opstellen. Met deze zaken in het achterhoofd ronden graag af met enkele belangrijke bevindingen op basis van de extra analyses met de data van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes.

Tussen een aantal **stress- en werkgerelateerde problemen** is er een duidelijke **samenhang** vastgesteld. Zo hebben medewerkers die het gevoel hebben er alleen voor te staan, zich onzeker voelen binnen het eigen team en die overwogen om te stoppen met het beroep vaker slaapproblemen, sterker het gevoel onder druk te staan en zijn ze meer vermoeid.

**Vrouwen** ervaren meer langdurige stress dan mannen. Wat betreft de wil om te stoppen met het beroep is er geen verschil tussen mannen en vrouwen. Medewerkers uit de **WZC** rapporteren het hoogste niveau van langdurige stress, gevolgd door medewerkers uit de **ziekenhuizen en de eerste lijn**. De stressklachten zijn het meest uitgesproken bij de **zorgkundigen**: zij leggen meer dan andere beroepsgroepen een verhoogde waakzaamheid aan de dag, hebben sterker het gevoel onder druk te staan, voelen zich het meest uitgeput en melden de meeste slaapproblemen. Ook verpleegkundigen en logistiek personeel scoren ongunstig. De arts-specialisten scoren het meest gunstig wat betreft langdurige stress. Daarnaast geven medewerkers met een **beperkt sociaal netwerk** meer stress- en werkgerelateerde klachten aan. Zij die hun **emoties** niet delen met derden maar hier wel behoefte aan hebben en zij die hun emoties wel delen met derden maar hier een negatief gevoel aan overhouden, melden over de ganse lijn lichamelijke klachten en meer werkgerelateerde klachten. Tot slot rapporteren medewerkers met een **eerdere psychische kwetsbaarheid** meer stress- en werkgerelateerde klachten.





## Hoofdstuk 5

### Expertpanel met leden van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn en aanvullende interviews

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste bevindingen afkomstig van het expertpanel met de vier leden van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn en de 11 online-interviews met zeven andere leden van de projectgroep en vier experts niet verbonden aan de projectgroep. Zowel tijdens het expertpanel als tijdens de interviews waren de acties voor medewerkers in zorg en welzijn van het actieplan Psychosociaal Welzijn het voornaamste onderwerp van discussie. In de tweede plaats focuste het kwalitatief onderzoek op zinvolle aanbevelingen voor overheden, sectoren, organisaties en teams om het psychosociaal welzijn van medewerkers in zorg en welzijn op de werkvloer in de toekomst te verbeteren.

#### 1 Actieplan Psychosociaal Welzijn: bekendheid, gebruik en ervaringen

##### 1.1 Algemeen

De meeste respondenten zijn bekend met de acht acties van het actieplan Psychosociaal Welzijn bedoeld voor medewerkers in zorg en welzijn (zie Hoofdstuk 2). Dit is geen verrassende bevinding aangezien elf van de vijftien experts lid zijn van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn, de projectgroep die verantwoordelijk was voor de ontwikkeling van het actieplan. Een van de respondenten, die pas in een latere fase aansloot bij de projectgroep, wist niet dat de acties kaderden binnen een breder actieplan.

De deelnemers van het expertpanel gaven aan dat de Projectgroep Psychosociaal Welzijn via verschillende kanalen (bv. de ZorgSamen, sociale mediacampagnes, pers, koepelorganisaties, website Departement WVG, nieuwsbrieven) **veelvuldig naar directies en verantwoordelijken van voorzieningen communiceerden** over het actieplan (bekendmaking, herinneringen, ...). Volgens twee respondenten verminderde de intensiteit en de aard van de communicatie echter doorheen de tijd. Zo schonk de latere berichtgeving minder aandacht aan het breder kader van de acties. Hoewel de projectgroep sterk inzette op communicatie, is het niet **duidelijk of de communicatie doorstroomde naar de medewerkers op de werkvloer**.

Doordat de Projectgroep Psychosociaal Welzijn vooraf geen indicatoren koppelde aan de acties, is het moeilijk in te schatten of elke actie de vooropgestelde doelstellingen wist te bereiken. De experts hebben over het algemeen het gevoel dat de acties een laag bereik kenden. Niettemin vingen enkele respondenten toch ook positieve signalen op betreffende het gebruik van het ondersteuningsaanbod. Zo gingen sommige organisaties actief aan de slag met het aanbod van de projectgroep. Het **bereik** van het ondersteuningsaanbod verschilde bovendien van actie tot actie, waarbij sommige acties wel een groot bereik kenden. Vooral de ZorgSamen-website wist in een korte tijdspanne veel medewerkers te bereiken: bijna 47.000 unieke bezoekers op slechts twee maanden tijd. Daarnaast was het actieplan voor verschillende voorzieningen een inspiratiebron om eigen acties ter bevordering van het mentaal

welzijn in de organisatie te initiëren. Afgezien van het actieplan van de projectgroep, deden voorzieningen en medewerkers weinig beroep op andere initiatieven (bv. coaches, vertrouwenspersonen en arbeidspsychologen waarbij medewerkers gratis terecht konden).

Tijdens het expertpanel kwamen een aantal **redenen** ter sprake **die voorzieningen en medewerkers ervan weerhielden om gebruik te maken van het aanbod**. Een belangrijke reden is dat sommige voorzieningen tijdens de pandemie kregen af te rekenen met personeelsuitval, ziekteverzuim en overlijdens van cliënten. Net de hardst getroffen voorzieningen met de grootste nood aan mentale ondersteuning hadden **geen tijd** om zich bezig te houden met het mentale welzijn van hun personeel. Ook de medewerkers zelf hadden door de hoge werkdruk noch tijdens de werkuren noch in hun privéleven tijd om zich om hun eigen mentaal welzijn te bekommeren. Daarnaast geven verschillende experts aan dat de acties een **te grote verantwoordelijkheid bij het individu leggen**. Zo moeten medewerkers op de ZorgSamen-website zelf op zoek gaan naar wat ondersteunend kan zijn voor hun situatie. Een van de geïnterviewden laat vanuit zijn expertise weten dat zelfhulp zonder enige vorm van coaching doorgaans maar een kleine fractie van de doelgroep weet te bereiken. Bovendien bereikt zelfhulp vooral mensen die minder nood hebben aan ondersteuning. Een dergelijk aanbod bereikt mensen met grote noden niet. Tot slot is er bij veel medewerkers sprake van een grote **drempel om beroep te doen op psychosociale ondersteuning**. Mensen denken vaak ‘het zal nog wel even lukken’, terwijl ze de eigen grens al lang overschreden hebben. Stigma en taboe verhogen de drempel verder.

Ondanks het beperkte bereik, heeft het actieplan volgens de experts één grote sterkte: het bestaat uit een **gevarieerd aanbod aan acties** waardoor elke specifieke gezondheids- en welzijnssector op minstens één interessante actie kan rekenen.

## 1.2 Specifieke acties

Naast de globale indrukken van het actieplan Psychosociaal Welzijn gingen de respondenten ook dieper in op enkele specifieke acties.

Het **platform De ZorgSamen** is bij uitstek de meest gekende actie (zie Hoofdstuk 2, actie 1). Het platform is volgens de experts mooi, aantrekkelijk en nuttig. Het bundelt de meeste initiatieven die de Vlaamse overheid tijdens de coronacrisis voor medewerkers heeft uitgewerkt. Niettemin benoemden de respondenten enkele verbeterpunten. Zo kan de structuur en de gebruiksvriendelijkheid van de website beter. Een belangrijk punt om rekening mee te houden: voor medewerkers die zich niet goed voelen, is het niet evident om op een website op zoek te gaan naar hulp. Net als sommige andere acties in het actieplan, legt de ZorgSamen-website veel verantwoordelijkheid bij het individu. Enkel een poster voorzien die medewerkers wijst op het bestaan van de website en de tools, is ontoereikend om ervoor te zorgen dat medewerkers hier daadwerkelijk gebruik van maken. Het moet voor medewerkers duidelijk zijn wat ze van de website kunnen verwachten. Het is belangrijk om dit helder naar hen te communiceren – dit bepaalt immers of ze al dan niet naar de website zullen gaan. Volgens enkele respondenten is het verder onduidelijk of medewerkers op de website datgene vinden waarnaar ze op zoek zijn. Zo werd de Zorgscreener meer dan 7300 keer ingevuld, maar bleek het geen evidentie om mensen via deze tool naar een getrappt zorgaanbod te leiden. Verder beschouwde een van de respondenten de webinars als een ondersteunend initiatief.

Daarnaast zijn de **versterking van de eerstelijnspsychologische bijstand** (zie Hoofdstuk 2, actie 2) en de **mobiele supportteams** (zie Hoofdstuk 2, actie 5) volgens de experts nuttige acties. Het was ook een goede keuze om deze acties te laten trekken door respectievelijk de CAW's en de CGG's. Een van de

experten kent enkele organisaties die gebruik maakten van de supportteams van de CGG's en zeer te spreken waren over dit aanbod. Hoeveel organisaties precies beroep deden op dit aanbod is niet gekend. De Vlaamse overheid gaf aan dat de actie niet volledig benut is geweest en daardoor uiteindelijk werd stopgezet.

## 2 Input voor aanbevelingen ter ondersteuning van het mentaal welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren in de toekomst

Enkele experts benadrukken dat het mentale welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren ook na de coronacrisis bijzondere aandacht verdient. Voor veel medewerkers moet de grote weerslag van de crisis nog komen. Tijdens de pandemie dreven velen voort op adrenaline en solidariteit, zonder oog te hebben voor zelfzorg. Nu de urgentie van de pandemie geweken is, zijn vanuit verschillende hoeken signalen van langdurige uitval en burn-out te horen. De respondenten deden enkele belangrijke suggesties om de werkcontext binnen de gezondheids- en welzijnssectoren, het ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn en het mentaal gezondheidsbeleid binnen organisaties te verbeteren.

### 2.1 Suggesties ter verbetering van de werkcontext in de gezondheids- en welzijnssectoren

De experts maken duidelijk dat de coronacrisis enkele pijnpunten die al langer bestaan verder heeft blootgelegd. Deze punten hebben vooral te maken met de context en de arbeidsomstandigheden waarin medewerkers binnen de gezondheids- en welzijnssectoren werken.

De **hoge werkdruk en het tekort aan arbeidskrachten** zijn belangrijke werkpunten om te voorkomen dat mentale problemen zoals burn-out en stress zich voordoen. De overheid moet het nodige doen om werknemers die actief zijn in de sectoren zoveel mogelijk aan boord te houden en nieuwe werknemers aan te trekken onder meer door het beroep aantrekkelijker te maken.

Een van de respondenten wijst op het gebrek aan *decision latitude* en *structural empowerment* bij medewerkers en een te grote top-down aansturing in de gezondheidszorg. Decision latitude verwijst naar de vrijheid die werknemers krijgen om zelf beslissingen te nemen en hun vaardigheden op het werk te gebruiken en te ontwikkelen (Karasek, 1979). Structurele empowerment wijst dan weer op 'de empowerende managementpraktijken waarbij beslissingen worden gedelegeerd van hogere naar lagere organisatorische niveaus en het vergroten van de toegang tot informatie en middelen voor individuen op lagere niveaus' (De Vrieze, 2011; Kanter, 1977). Daarnaast gaat er alsmaar meer tijd naar administratieve taken wat ten koste gaat van de essentie van het beroep: mensen verzorgen en ondersteunen.

Verder merken verschillende respondenten op dat **medewerkers in zorg en welzijn zelf geen goede zorgvragers** zijn. Ze zijn gewend om te zorgen voor een ander en blijken het moeilijk te vinden om zich kwetsbaar op te stellen en zorg toe te laten voor zichzelf. Daarnaast hangt er nog steeds een **taboe** rond emotionele problemen. Een van de respondenten verwoordt het als volgt *'Ik denk dat er nog altijd een taboe is rond dit thema en dat is nog steeds een belangrijke drempel. Een taboe op de werkvloer, maar misschien ook onder leidinggevend. Het is al niet evident om het bespreekbaar te maken op de werkvloer, laat staan u als leidinggevende daar kwetsbaar in op te stellen.'*

## 2.2 Suggesties ter verbetering van het actieplan Psychosociaal Welzijn

Verschillende respondenten wijzen op het **ontbreken van een implementatieplan** om het actieplan en de up-take van de ontwikkelde acties te faciliteren. Een van de geïnterviewden stelt het als volgt: *‘Ze hebben gezegd ‘Oplevering impliceert implementatie’ maar dat is niet zo.’* Door het gebrek aan inbedding van de acties in zorg- en welzijnsorganisaties, zijn het te veel ad hoc oplossingen. Het implementatieplan moet een antwoord bieden op vragen zoals: Hoe ga je met de medewerkers/je team aan de slag met de acties? Wie neemt dit op binnen een organisatie? Hoe kan je werknemers hierin begeleiden of ondersteunen? Ook wat de ZorgSamen-website betreft is er nood aan sterke richtlijnen over hoe voorzieningen hiermee aan de slag kunnen gaan. De website is een portaal dat informatie, tools en andere acties ter ondersteuning bundelt, maar is als op zichzelf staand initiatief onvoldoende. Een poster ophangen die naar de website verwijst is ontoereikend om mensen aan te sporen hier daadwerkelijk gebruik van te laten maken. Hierbij aansluitend geeft een respondent aan dat je als leidinggevende niet zomaar een link doorstuurt wanneer een medewerker een mentale nood heeft, maar dat je in een dergelijke situatie een persoonlijk gesprek met de persoon in kwestie aangaat, zelf ondersteuning biedt en, indien nodig, doorverwijst naar professionele hulpverlening. Hoewel een van de geïnterviewden wijst op het beperkte bereik van loutere zelfhulp, kan begeleide zelfhulp mogelijk wel een interessante piste zijn. De respondent stelt het als volgt: *‘Begeleide zelfhulp schuif je niet als enige optie naar voor, maar als keuze. Je vraagt of de persoon in kwestie hier graag iemand bij heeft die hem ondersteunt of een duwtje in de rug geeft. Zelfhulp hoeft niet altijd begeleid te zijn, maar de kans is dan wel groter dat mensen er iets mee gaan doen. Want mensen willen geen online-apps, websites als ze zich niet goed voelen, ze willen bij voorkeur met mensen praten. Als je duidelijk toelicht waarom, wanneer, hoe en op welke manier je dat doet, dan wijzigt die attitude vaak wel een beetje. Maar intuïtie, als iemand zich niet goed voelt, wordt tot drie keer meer gekozen voor een hulpverlener dan voor een app.’*

Verder vinden twee respondenten het belangrijk dat voorzieningen zelf een **selectie maken in de aangeboden acties en informatie voor medewerkers**. Het is weinig zinvol om mensen te overladen met overbodige informatie. In de plaats is het beter om concrete acties te selecteren waarvan men weet dat ze zullen aanslaan bij medewerkers. Zo deelde een respondent bijvoorbeeld niet het volledige actieplan op het online-platform van haar organisatie maar een specifieke webinar of oproep om de ZorgSamen Barometer of P<sup>2</sup>C-enquête in te vullen.

Tot slot wijzen de experts op het **belang van een goede afstemming tussen de Vlaamse en federale overheid die beide** bevoegdheden hebben in zorg en welzijn. Bepaalde acties zitten vervat in Vlaamse en federale actieplannen (bv. federaal actieplan Mentaal Welzijn op het Werk) wat een goede stroomlijning tussen de verschillende overheidsniveaus vereist.

## 2.3 Suggesties ter verbetering van het mentaal welzijn binnen zorg- en welzijnsorganisaties

Het is essentieel dat **acties rond mentaal welzijn gedragen zijn binnen de verschillende niveaus van een organisatie**. Leidinggevenden of directieleden die mee zijn in het verhaal is een essentiële maar onvoldoende voorwaarde. De **grootte en specificiteit van een organisatie bepalen mee in welke mate een organisatie acties** onderneemt. Waar bijvoorbeeld grotere organisaties een persoon kunnen inzetten om uitsluitend te focussen op het psychosociaal welzijn van het personeel, komt dit in kleinere organisaties meer bij de directe leidinggevende terecht. Het **installeren van een referentiepersoon rond mentaal welzijn** die de mensen op het terrein kan ondersteunen is een veel geopperde suggestie. Dit

vraagt evenwel de nodige tijd en middelen. Volgens de experts is het minder aangewezen om een externe persoon als referentiepersoon aan te stellen, omdat deze niet gekend is bij het personeel en minder vertrouwd is met de organisatie.

Ook voor de huisartsen is de situatie anders, omdat zij solo, in duo of in kleine huisartspraktijken werken. Het aanstellen van een referentiepersoon is daar geen mogelijkheid. Het is aangewezen om in dergelijke situaties te zoeken naar andere laagdrempelige aanspreekpunten. Daarbij kan het een optie zijn om het niveau boven de huisarts(-praktijken) te betrekken, namelijk de huisartsenkringen.

Ook voor medewerkers die actief zijn in de gezinszorg is de situatie anders. Net als de huisartsen zijn ze niet omringd door de context van een voorziening. Zij werken heel zelfstandig en zien minder vaak andere collega's, waardoor leidinggevenden en andere teamleden minder goed signalen kunnen opvangen.

Binnen een organisatie is het belangrijk om in te zetten op **outreachinge acties en een bijhorende actieve communicatiestrategie**. Een van de respondenten gaf hieromtrent het volgende aan: *'Zitten wachten tot iemand naar u komt, is niet the way to do it. Telefoonlijnen, campagnes, affiches en zeggen 'Bel naar dit nummer/ga naar deze site.' Nee, je moet outreachend, op de plek zelfertussen gaan staan. Groepsinterventies doen, daar signalen oppikken en dan gericht toewijzen, dat is denk ik het model waar je naartoe moet.'*

In overeenstemming met de resultaten van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes (zie Hoofdstuk 4), benadrukken ook de experts expliciet de rol van de **leidinggevenden**. Medewerkers rapporteren een grote nood aan ondersteuning van leidinggevenden, maar deze laatste hebben niet altijd de ruimte om ondersteuning te bieden. Vaak zijn ook zij vermoeid en hebben ze niet de mentale kracht om nieuwe initiatieven te lanceren, omdat ze dikwijls moeten bijspringen op de werkvloer wanneer er een capaciteitstekort is. Extra aandacht voor het mentale welzijn en de veerkracht van de leidinggevende is dus noodzakelijk. Naar de toekomst toe weerklinkt de vraag om leidinggevenden niet volledig weg te trekken van deze werkvloer. Het is belangrijk dat leidinggevenden voeling hebben met de dagelijkse praktijk en medewerkers waar nodig coachen. Veel leidinggevenden zijn echter niet opgeleid om een coachende rol op zich te nemen en hebben geen duidelijke rolidentiteit wat onzekerheid met zich meebrengt over wat ze moeten doen. Een van de geïnterviewden geeft aan dat artsen die werken in de acute zorg tijdens de crisis beter scoorden op vlak van mentaal welzijn en een grotere veerkracht rapporteerden. Dit heeft mogelijks te maken met de duidelijkere rolidentiteit die artsen hebben in vergelijking met bijvoorbeeld de *nursing workforce*.

Uit de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes komt eveneens naar voren dat de eigen partner, vrienden en collega's de belangrijkste bronnen van steun zijn voor medewerkers in gezondheids- en welzijnssectoren. De experts bevestigen het belang van **ondersteuning door collega's**. Dit kan zich in kleine zaken uiten zoals bijvoorbeeld even ventileren bij elkaar wanneer het wat moeilijker loopt. In de toekomst kan men hier nog verder op inzetten door medewerkers aan te moedigen om er meer te zijn voor elkaar (peer support). Een van de respondenten verwoordt het als volgt: *'Eigenlijk zouden alle professionals een antenne voor elkaar moeten zijn. Eerste hulp bij psychische problemen bij uw directe collega. Iedereen zou een beetje voor elkaar back-up moeten zijn en ik denk dat dat in een eerste fase ook wel gebeurd is, dat daar letterlijk en figuurlijk ruimte voor voorzien werd.'*

Tot slot wijzen enkele respondenten op de vraag naar **meer erkenning voor personeel in de zorg en welzijn**. In het begin van de coronacrisis weerklonk applaus voor de sectoren en wapperden witte doeken als blijk van respect, maar er is nood aan een meer systematisch signaal vanuit de overheid.

Verder is er ook binnen een voorziening nood aan erkenning, bijvoorbeeld een baas die aangeeft dat men er niet alleen voor staat. Een van de respondenten geeft aan dat medewerkers in hun organisatie konden rekenen op de waardering van de directie en de leidinggevenden. Cliënten werden in dezelfde organisatie aangespoord om hun waardering ten overstaan van de medewerkers te uiten door een kaartje te schrijven. Zulke kleine attenties geven medewerkers een goed gevoel en maken een verschil.

## Hoofdstuk 6

### Focusgroepen en interviews met medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren

Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste bevindingen van de twee focusgroepen met medewerkers in zorg en welzijn, aangevuld met drie individuele online-interviews met dezelfde doelgroep. In het totaal gaat het hier over de input van 21 deelnemers. Zij vertegenwoordigden de volgende sectoren: algemene ziekenhuizen, eerstelijnszones, mutualiteiten, geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp, kinderopvang, thuis- en gezinszorg, woonzorgcentra, huisartsen en zorg voor personen met een handicap.

De onderzoekers bespraken met deze respondenten de ervaren psychosociale klachten tijdens de coronapandemie en de ondersteuning – al dan niet gerelateerd aan de acties uit het actieplan Psychosociaal Welzijn – waarop hun voorzieningen inzetten. Daarnaast is gepeild naar zinvolle aanbevelingen om de bekendheid en het gebruik van het aanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn op de werkvloer te verhogen.

#### 1 Psychosociale klachten op de werkvloer

De ZorgSamen Barometers en Power to Care enquêtes rapporteren verschillende psychische klachten die het mentaal welzijn van medewerkers in zorg en welzijn tijdens de pandemie danig verstoorden (Peeters et al., 2021). Deze klachten zijn allen te linken aan acute maar voornamelijk chronische stress. De onderzoekers legden als startpunt van de discussie de gerapporteerde klachten voor aan de respondenten en gingen na in welke mate ze voor hen herkenbaar zijn (zie Figuur 8).



Figuur 8 Psychische klachten die zich tijdens de pandemie voordeden (ZorgSamen Barometers & Power to care enquêtes).

De klachten zijn in het algemeen herkenbaar voor medewerkers. Vooral **‘onder druk staan/stress hebben’**, **‘zich vermoeid voelen’** en **‘angstgevoelens’** zijn veel benadrukt. Ook ‘hyperalert zijn/

verhoogd waakzaam zijn' en 'onvoldoende kunnen ontspannen' komen enkele keren naar voor. Opvallend is dat de aard van de klachten verandert doorheen de tijd. Angstgevoelens typeren vooral het begin van de coronaperiode, terwijl er in latere stadia meer sprake was van een voortdurende vermoeidheid, soms in combinatie met uitval onder het personeel en burn-out. Bij sommige medewerkers waren deze klachten reeds voor corona aanwezig.

Aanvullend op Figuur 8, wezen de respondenten op het onevenwicht tussen **werk en privé**. De hoge werkdruk was moeilijk te combineren met de thuissituatie wat de stress verder verhoogde. Daarnaast waren veel medewerkers bang om gezinsleden te besmetten of omgekeerd, om besmettingen van thuis mee te nemen naar het werk. Met betrekking tot thuiswerk vervaagden de grenzen tussen werk en privé. Een belangrijk punt dat de respondenten meermaals benadrukten is dat veel medewerkers in zorg en welzijn tijdens de crisis lange tijd op **adrenaline** overleefden met uitputting tot gevolg.

## 2 Bekendheid en gebruik van het actieplan Psychosociaal Welzijn

Verschillende respondenten zijn niet vertrouwd met de acties uit het actieplan Psychosociaal Welzijn en/of twijfelen over de up-take van de acties in voorzieningen. Kortom, het aanbod stroomde slechts in beperkte mate door naar voorzieningen.

Net zoals de experten (zie Hoofdstuk 5), benadrukken ook de medewerkers in zorg en welzijn dat er **tijdens de coronacrisis andere prioriteiten** waren en er zowel een gebrek aan tijd als mentale ruimte was om in te zetten op mentaal welzijn. De focus lag op het proberen beheersen van de crisis. **Dat medewerkers minder goed zijn in het zorgen voor zichzelf**, werd meermaals herhaald. Jongere generaties lijken hier wel anders tegenaan te kijken: ze vertrekken vanuit het standpunt dat je pas goede zorg kan aanreiken wanneer je zelf goed in je vel zit en verwachten dat de organisatie hierin ondersteuning biedt.

Verder sprak het aanbod weinigen aan omdat de psychische klachten volgens velen te wijten zijn aan **structurele problemen** in zorg en welzijn, waarbij het tekort aan arbeidskrachten een grote rol speelt. Een van de participanten stelt het als volgt: *'De sector worstelt al jaren met chronische stress door onderbezetting en covid is de druppel geweest die de emmer deed overlopen. Hulpverleners voelden zich weinig aangesproken door de aangereikte informatie en tools omdat de eigenlijke oorzaak van de problemen terug te voeren is naar het feit er niet genoeg volk op de werkvloer staat. Er worden ook veel nieuwe dingen van hulpverleners verwacht die niets te maken hebben met hun eigenlijke opdracht: mensen helpen. Hulpverleners worden overladen met administratie, waardoor ze deze initiële opdracht niet meer kunnen uitvoeren zoals gewenst. Dat zorgt er mede voor dat mensen niet tot deze initiatieven komen.'* Verder zorgde de grote **hoeveelheid aan initiatieven** over mentaal welzijn ervoor dat medewerkers door het bos de bomen niet meer zagen. Mogelijks speelde de **algemeenheid van het aanbod** eveneens een rol. Wanneer acties meer op maat zijn van een organisatie of regio, spreken ze wellicht meer aan. Verder bood het actieplan inspiratie voor organisaties om eigen acties uit te werken en/of eigen initiatieven te nemen.

Tot slot opperen de respondenten dat het aanspreken van of het communiceren naar mensen die meer op de werkvloer staan mogelijks tot een betere doorstroming van het aanbod had geleid dan enkel te communiceren naar directies. Sommige medewerkers ontvingen de informatie ook uitsluitend via de werkgever, terwijl velen onder hen geen werkmail bekijken in de privétijd. Daarom had het interessanter geweest om de **communicatie** meer via sociale media, radio of tv te laten verlopen.



Van het hele actieplan is de **website de ZorgSamen** de best gekende en meest gebruikte actie. Het is volgens de deelnemers een goed initiatief en een bron van inspiratie voor het uitwerken van eigen acties. Het diende in sommige voorzieningen als basis voor het opstellen van een draaiboek rond veerkracht, voor het organiseren van ventilatiesessies onder personeel en voor het opstellen van nieuwsbriefitems. Het vormde ook een baken om medewerkers naar door te verwijzen. Verder vonden de medewerkers in zorg en welzijn de webinars op de ZorgSamen-website een nuttig initiatief. Sommige voorzieningen koppelden er VTO-tijd aan en stelden lokalen ter beschikking om ze in groepjes te bekijken. Dergelijke initiatieven maakten de webinars laagdrempeliger voor medewerkers, want veel van hen hadden anders geen tijd om ze te raadplegen.

Verder werd de webpagina over de eerste helper in één voorziening benut. De bijhorende infographics maakten in één oogopslag duidelijk hoe medewerkers elkaar kunnen steunen.

De respondenten hadden ook kritische bedenkingen op de ZorgSamen-website. Zo stroomde informatie, tips en tools slechts in beperkte mate van de voorzieningen door naar de medewerkers in zorg en welzijn. Daarnaast had de website een complexe en onoverzichtelijke structuur en stond de inhoud van het platform soms ver van de dagelijkse realiteit van voorzieningen. Een respondent verwoordde dit laatste als volgt: *‘Het platform van de ZorgSamen is een goed initiatief. Maar als je die informatie met een gestrest hoofd leest dan denk je ‘Ah ja, dat is evident.’ Maar in de praktijk zit je zonder beschermingsmateriaal en liggen er veel mensen op de gang die de volgende ochtend waarschijnlijk niet gaan halen. En dat staat in schril contrast met goed voor jezelf moeten zorgen, wat iedereen wel beseft in het achterhoofd.’*

Naast de ZorgSamen-website, zijn **de versterking van de eerstelijnspsychologische bijstand door de CAW’s en de mobiele supportteams vanuit de CGG’s gekende acties**. Binnen een van de organisaties – een eerstelijnszone – werkten CAW’s en CGG’s hierbij sterk samen. Enkele voorzieningen binnen deze ELZ gaven aan dat ze de actie in het begin aan zich voorbij hebben laten gaan wegens andere prioriteiten. Toen er wel meer ruimte kwam, was de ondersteuning niet meer nodig: *‘Kijk, we hebben het overleefd, het hoeft niet meer.’* De CAW’s en CGG’s zijn gekend onder medewerkers om eigen cliënten naar door te verwijzen, maar men ziet dit als een minder vanzelfsprekende optie ter ondersteuning van zichzelf. Een deelnemer vernam wel dat de mobiele supportteams door medewerkers van deelnemende voorzieningen enorm geapprecieerd is.

De **wegwijzer voor medewerkers in zorg en welzijn** over het inschakelen van een hulplijn voor een cliënt of jezelf kwam in de eerste focusgroep naar voor als derde best gekende/meest gebruikte actie. Het is een helpend initiatief. In de organisatie van een van de respondenten is een soortgelijke tool ontwikkeld dat een overzicht bood van de beschikbare lokale diensten tijdens de coronaperiode.

### **3      Andere acties rond psychosociale ondersteuning in de zorg- en welzijnsorganisaties**

Naast het ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn, werden binnen veel organisaties verscheidene alternatieve acties opgezet om rechtstreeks of onrechtstreeks het psychisch welzijn van medewerkers in zorg en welzijn te bevorderen. Slechts twee deelnemers gaven aan dat hun voorziening tijdens de crisis weinig of geen initiatief nam om het personeel mentaal te ondersteunen.

De alternatieve acties die in voorzieningen plaatsvonden, vertrokken van de specifieke noden op de werkvloer en zijn onder te verdelen in vier categorieën. Ten eerste, zetten verschillende voorzieningen in op het **beluisteren van de ervaringen en noden van medewerkers**. Dergelijke gesprekken konden op

verschillende momenten en op allerlei wijzen plaatsvinden: formele (bv. intervisie, groepsgesprekken met teams) of informele gesprekken (bv. taartmoment); individuele of groepsgesprekken; gesprekken online, via telefoon, of in real life. Enkele voorzieningen namen het initiatief om intern een multidisciplinair supportteam op te zetten of telefoonlijnen te voorzien waar medewerkers terecht konden met hun vragen en bezorgdheden. De telefoonlijnen bleken echter geen succes. Ook de mogelijkheid om een gesprek te voeren met een interne psycholoog kon op weinig bijval rekenen. Ten tweede werden verscheidene andere **acties aangehaald die op directe wijze focussen op mentaal welzijn**, zoals de ontwikkeling van een app rond psycho-educatie, de ontwikkeling van YouTube-filmpjes rond o.a. ademhalingsoefeningen en yoga, de opstart van reload-trajecten met de arbeidsgeneeskundige dienst, het opzetten van een samenwerking met lokale partners voor rechtstreekse doorverwijzing, het aanwerven van een stresscoach, de ontwikkeling van een draaiboek rond veerkracht en het voorzien van een ruimte om o.a. even te pauzeren, op adem te komen, of zich af te reageren.

Ten derde, waren er initiatieven die op een **meer indirecte manier de medewerkers ondersteunden**. Het accent lag vaak op medewerkers erkennen voor hun werk en meer verbondenheid creëren tussen collega's onderling. Enkele voorbeelden zijn soep-momenten, een nieuwsbrief om connectie tussen thuiswerkers en on-campus personeel te behouden, een personeelsblad met focus op 'We laten elkaar niet los.' Op een zeer praktische manier probeerde men medewerkers ook te ondersteunen in hun persoonlijke leven, bijvoorbeeld door de mogelijkheid te voorzien om maaltijden af te halen in naburige restaurants.

Tot slot verwezen de respondenten naar maatregelen die zich eerder richtten op de **arbeidscontext en -omstandigheden** waarin de medewerkers zich bevonden. Zo stelt iemand *'Wat onze mensen vooral geholpen heeft om terug wat rust te krijgen binnen de organisatie, is dat we als leidinggevenden toch bleven aanklaarten dat we meer middelen en meer mensen nodig hebben.'* Een andere voorziening koos er bewust voor om mensen zelf te laten kiezen of ze al dan niet op een corona-unit wensten te werken.

#### **4 Suggesties ter ondersteuning van het mentaal welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren in de toekomst en het breder gebruik van het actieplan Psychosociaal Welzijn**

Het aanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn toont dat de overheid zich bekommert over het mentaal welzijn van medewerkers. Dat is een stap in de goede richting, maar de inspanningen van de overheid zijn voor verbetering vatbaar. Zo is er ruimte voor verbetering van de communicatie rond de acties. Er is nood aan meer communicatie via niet-werkgebonden kanalen en kan het aanbod aan aantrekkingskracht winnen door meer aandacht te schenken aan de visuele presentatie van de initiatieven.

Los van het aanbod van de projectgroep, doen de respondenten verschillende suggesties om **het mentaal welzijn van medewerkers in zorg en welzijn in de bredere zin te bevorderen**. Meerdere respondenten geven aan dat de **weerslag** van covid op medewerkers met vertraging komt. Nu pas krijgen medewerkers hun terugslag en de respondenten denken dat die weerbots nog lang voelbaar zal zijn. Het is aan te raden om de medewerkers enkele maanden **op adem te laten komen** en hen niet onmiddellijk te overstelpen met nieuwe acties. Mensen moeten de tijd krijgen om terug te keren naar hun core-business en opnieuw plezier te vinden in het werk, dat geeft energie.

De arbeidsomstandigheden en -context in de gezondheids- en welzijnssectoren zijn een belangrijk aandachtspunt. De sectoren kampen met een te **hoge werkdruk, te weinig personeel, te weinig middelen en te veel administratie**. Deze pijnpunten dateren al van voor de pandemie, maar zijn tijdens de crisis verder geëscaleerd. Een van de respondenten stelt het als volgt: *‘Eigenlijk was die psychosociale nood er al voor de coronacrisis. Die coronacrisis heeft gewoon een serieuze druppel aan de emmer toegevoegd waardoor dat er overstromingen gebeurd zijn bij het merendeel van de hulpverleners, als ik niet mag zeggen bij alle hulpverleners. ... Volgens mij moet er gewoon structureel ook iets veranderen in de zin van meer personeel, meer middelen. Er zijn zoveel zorgvragen die op ons afkomen. Terwijl vermoelijk de administratie in plaats van dat ze vereenvoudigt. Niet alleen voor ons als hulpverlener maar ook voor de cliënten waardoor er meer cliënten bij ons terecht komen. Ik denk dat er ook op dat vlak van alles moet aangepakt worden door de Vlaamse overheid.’*

Het is volgens de respondenten belangrijk om **de inspanningen en kwaliteiten van het personeel te erkennen**, en dit op verschillende niveaus (organisatie, overheid, ...).

Daarnaast zijn **medewerkers in zorg en welzijn zelf geen goede zorgvragers**. Ze zijn het gewend om te zorgen voor een ander en zijn het absoluut niet gewoon om hulp te vragen en verzorgd te worden. Ze hebben op dat vlak een flinke duw in de rug nodig. Dit is een belangrijk aandachtspunt om mee te nemen in toekomstige acties. Acties die **de organisaties zelf initiëren en bedoeld zijn om medewerkers samen te brengen en te luisteren naar elkaar** lijken zeer belangrijk te zijn. Een van de deelnemers formuleert dat laatste als volgt: *‘Dat lijkt dan toch niet te landen bij de directie, die toch altijd eerst de kaart trekt van nog een extra e-learning en nog een extra brochure, terwijl ik denk, de echte hulp- of zorgverlening zit in het menselijk contact, de mensen samen iets laten beleven.’* Dergelijke initiatieven kunnen op meer bijval rekenen dan acties waar de verantwoordelijkheid bij de individuen zelf ligt, zoals bij telefoonlijnen het geval is. Mensen op een meer formele manier samenbrengen kan relevant zijn, maar informele momenten van samenzijn - bv. even ventileren tijdens een koffiepauze - zijn minstens van even groot belang.

Voorts was er te weinig oog voor de implementatie van de ontwikkelde acties. Zo is het belangrijk om **initiatieven rond mentaal welzijn structureel in te bedden** in organisaties. Het is zaak om minder projectmatig te werken en meer na te denken over de structurele verankering van acties. Cruciaal hierbij is dat zowel de overheid als de voorzieningen bottom-up vertrekken vanuit de vraag **‘Wat is er nodig op de werkvloer?’**, in plaats van louter top-down beslissingen door te voeren.

De respondenten wezen ook op de meerwaarde van **sterke teams**. Teams waar de banden reeds sterk waren voor de covidcrisis zijn tijdens de pandemie nog meer gaan samenwerken. De omgekeerde tendens was eveneens zichtbaar: waar er reeds minder verbondenheid was, is dit tijdens de crisisperiode verder afgenomen. Mensen moeten binnen teams bij elkaar terecht kunnen. Zowel collega’s onderling als de **leidinggevenden** spelen hierin een belangrijke rol. Het mentaal welzijn van de leidinggevenden verdient hierbij extra aandacht. Medewerkers hebben namelijk de ervaring dat leidinggevenden vaak geneigd zijn om zichzelf weg te cijferen en het personeel op de eerste plaats te zetten wat op termijn nefaste gevolgen heeft.

Meer inzetten op deze **persoonlijke interacties binnen de voorziening kan het mentaal welzijn van medewerkers verbeteren**. Peer support of collega-coaches, waarbij medewerkers een luisterend oor bieden aan elkaar, zijn een interessante piste. Medewerkers die een coachende of ondersteunende rol opnemen, kunnen via intervisie gecoacht worden in hoe ze collega’s het best kunnen helpen. Een andere

piste is werken met antennepunten of vertrouwenspersonen bij wie het personeel terecht kan om persoonlijke moeilijkheden te bespreken.

Er rees ook de vraag om in elke voorziening een welzijnscoach, een stresscoach of een (extra) preventieadviseur voor psychosociale aspecten aan te stellen die zich exclusief bezighoudt met het mentaal welzijn van het personeel. Een van de medewerkers plaatst hier een budgettaire kanttekening bij. In de meeste voorzieningen is de preventie van psychosociale problemen een bijkomende opdracht van een van de medewerkers. Het is dus geen volwaardige functie, waardoor dit onderwerp vaak onvoldoende aandacht krijgt. Bepaalde organisaties beschikken over eigen **interne supportteams** om medewerkers te ondersteunen bij het verwerken van schokkende gebeurtenissen. Deze multidisciplinair samengestelde teams bekommerden zich tijdens corona bijkomend om het mentaal welzijn van cliënten en medewerkers. Het is aan te raden dat zij in de toekomst het mandaat krijgen om hier verder op in te zetten.

Alle betrouwbare initiatieven ter bevordering van het mentaal welzijn van medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren zouden tot slot gebundeld moeten worden op **één duurzame website waar medewerkers terecht kunnen voor hulp**. Tijdens de crisis lanceerde de overheid via verschillende kanalen initiatieven voor medewerkers. Hierdoor oogt het aanbod heel versnipperd en ontbreekt een totaaloverzicht. De website moet een antwoord bieden op de vraag 'Wat kan ik doen om in te spelen op mijn psychosociale noden?' De informatie op de website moet overigens voor alle medewerkers begrijpelijk zijn. Alle initiatieven op de website dienen ook een kwaliteitslabel te dragen, toegekend door de overheid, zodat een organisatie er zeker van kan zijn dat het initiatief betrouwbaar is en zelf geen kwaliteitscheck hoeft te doen.

## Hoofdstuk 7

### Conclusies en aanbevelingen

De coronacrisis zorgde voor een hoge druk op medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren. Het actieplan Psychosociaal Welzijn, ontworpen door de gelijknamige projectgroep, was bedoeld om medewerkers te ondersteunen op vlak van psychosociaal welzijn. Zowel nationale als internationale documentatie toont echter dat de psychosociale klachten en de vraag naar ondersteuning groot bleven bij medewerkers gedurende de pandemie. Deze studie bracht in kaart welke drempels voorzieningen en medewerkers ervan weerhielden om het ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn (meer) te gebruiken. Concreet beantwoordt deze studie vier onderzoeksvragen. Dit laatste hoofdstuk formuleert een antwoord op de eerste drie vragen, nl. (1) Welke psychosociale klachten en noden ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren? (2) Welke medewerkers ervaren de grootste klachten en noden? en (3) Welke drempels ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren die hen beletten om beroep te doen op het extra ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn? De opgestelde **aanbevelingen** bieden een antwoord op de laatste onderzoeksvraag, nl. Welke inspanningen kunnen verschillende actoren in en rond de gezondheids- en welzijnssectoren – overheid, zorg- en welzijnsorganisaties, team of individuele medewerker - leveren ter ondersteuning van het mentaal welzijn van de medewerkers?’

#### 1 Conclusies

##### 1.1 Welke psychosociale klachten en noden ervaren medewerkers in de zorg- en welzijnssector?

De beginperiode van de crisis liet zich vooral kenmerken door **angstgevoelens** veroorzaakt door de **onzekerheid** en de **onvoorspelbaarheid** die de pandemie teweegbracht. Daarnaast was er de vrees om besmettingen van de werkvloer mee te nemen naar huis en omgekeerd, om besmettingen van thuis mee te nemen naar het werk. Na verloop van tijd eiste vooral de toegenomen **mentale druk** zijn tol. Medewerkers kregen af te rekenen met acute en voornamelijk **chronische stress** wat allerhande symptomen met zich meebracht (prikkelbaarheid, vermoeidheid, spierspanning, gebrek aan concentratie, spanningshoofdpijn, etc.) (Blake et al., 2020; Cai et al., 2020; Chew et al., 2020; Galati et al., 2021; Mrklas et al., 2020; Pascoe et al., 2021; Peeters et al., 2021). In de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes werd langdurige stress gemeten aan de hand van vier variabelen, nl. **onder druk staan/stress ervaren, vermoeid zijn, hyperalert zijn en slaapproblemen** ervaren. Uit zowel de enquêtes als de focusgroepen bleek dat vooral de eerste twee symptomen het meest voorkomend waren. De werk-privé balans kwam tijdens de crisis logischerwijs onder druk te staan. De crisis vereiste zowel op het thuis- als op het werkfront veel flexibiliteit en inzet van medewerkers, wat leidde tot algehele **uitputting**.

Naast chronische stress peilden de data van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-bevragingen naar het voorkomen van enkele **werkgerelateerde problemen**, zoals onvoldoende steun kunnen vragen in het team, het gevoel hebben er alleen voor te staan in het team en overwegen om te stoppen met het beroep. Globaal genomen overwoog een op vijf respondenten om te stoppen met het uitoefenen van

het beroep. Deze medewerkers voelden zich doorgaans minder verbonden met het team: ze hadden vaker het gevoel er alleen voor te staan en voelden zich meer onzeker binnen het team.

De toegenomen mentale druk van medewerkers had uiteraard een impact op het organisatieniveau. Zo toont internationaal onderzoek aan dat de crisis leidde tot meer absentisme, presenteïsme (medewerkers komen naar het werk ondanks ziekte, maar zijn niet in staat om hun taken naar best vermogen te verrichten) en minder kwaliteitsvolle zorg. De stressklachten tastten met andere woorden de capaciteit en de kwaliteit van de zorg aan.

Tijdens de crisis vormden de eigen partner, naasten en collega's de belangrijkste bronnen van steun voor medewerkers. Het benaderen van een leidinggevende om emoties en bezorgdheden te delen leek minder evident. Een op tien medewerkers had **nood aan de steun van zijn leidinggevende**, maar gaf aan dat er nooit een gesprek had plaatsgevonden. Nog eens een op tien deelde zijn emoties wel met zijn leidinggevende maar hield hier een negatief gevoel aan over. De meerderheid van de bevroegde medewerkers gaf aan geen **gespecialiseerde psychosociale ondersteuning** gezocht te hebben omdat men hier geen behoefte aan had (66%). Slechts 9% van de medewerkers zocht dergelijke ondersteuning wel; 16% had behoefte aan gespecialiseerde psychosociale ondersteuning, maar maakte er geen gebruik van. Hulpafwijzend gedrag ten aanzien van een psycholoog of psychiater komt in de bredere bevolking vaak voor (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2021b). Dit kan in verband gebracht worden met het stigma ten aanzien van psychische problemen en hulpzoekend gedrag bij de GGZ. Het leren delen van emoties wanneer de nood hoog is, vormt een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst. De cijfers van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes bevestigen namelijk dat mensen die meer geneigd zijn om hun emoties te delen minder lichamelijke en werkgerelateerde klachten rapporteren.

### 1.2 Welke medewerkers ervaren de grootste klachten en noden?

De resultaten van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes toonden dat de ervaren stressklachten tijdens de crisis in sommige sectoren meer uitgesproken waren. Hulpverleners uit de **WZC** kregen over de ganse lijn de meeste stress te verduren, gevolgd door de **ziekenhuizen en de eerste lijn**. Ook tussen de verschillende beroepsgroepen die actief zijn in zorg en welzijn waren er opvallende verschillen. De stressklachten waren het meest uitgesproken bij de **zorgkundigen**: zij legden meer dan de andere beroepsgroepen een verhoogde waakzaamheid aan de dag, hadden sterker het gevoel onder druk te staan, voelden zich het meest uitgeput en meldden de meeste slaapproblemen.

Tussen een aantal stress- en werkgerelateerde problemen bestond er een duidelijke samenhang. Medewerkers die het gevoel hadden er op het werk alleen voor te staan, die zich onzeker voelden binnen het eigen team en die overwogen om te stoppen met het beroep rapporteerden vaker slaapproblemen, hadden sterker het gevoel onder druk te staan en waren meer vermoeid. Daarnaast rapporteerden medewerkers met een beperkt **sociaal netwerk** en medewerkers met een eerdere **psychische kwetsbaarheid** meer stress- en werkgerelateerde klachten.

Hoewel de klachten niet samenhangen met leeftijd, stelden we wel **genderverschillen** vast. Vrouwelijke medewerkers rapporteerden meer klachten van langdurige stress dan mannen. Deze bevinding kan meerdere oorzaken hebben. Onderzoek toont dat vrouwen sneller geneigd zijn om hun kwetsbaarheid en emoties te tonen (Vanhaecht et al., 2020). Dit zou betekenen dat de resultaten van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-enquêtes enigszins vertekend zijn doordat mannen minder over hun klachten rapporteren. Daarnaast nemen vrouwen in de thuiscontext nog steeds de meeste huishoudelijke taken

op zich (Cerrato & Cifre, 2018), waardoor ze meer moeten multitasken om werk en privé gecombineerd te krijgen en bijgevolg meer vatbaar zijn voor stress (Vanhaecht et al., 2020).

### 1.3 Welke drempels ervaren medewerkers in de gezondheids- en welzijnssectoren die hen beletten om beroep te doen op het extra ondersteuningsaanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn?

Het actieplan Psychosociaal Welzijn bestaat uit acht acties die zich specifiek richten op het mentaal welzijn van medewerkers. Deze initiatieven zijn zeer divers, gaande van de ontwikkeling van de ZorgSamen-website tot het inschakelen van mobiele supportteams die begeleiding aanbieden binnen voorzieningen en het versterken van de eerstelijnspsychologische bijstand vanuit de CAW's. Het kwalitatief onderzoeksluik bracht enkele drempels aan het licht die het ondermaats gebruik van het ondersteuningsaanbod verklaren.

Een eerste drempel voor het beperkte gebruik heeft volgens de bevrageden te maken met de doorstroom van de informatie over het aanbod naar de werkvloer. In tegenstelling tot de experten - waarvan de meesten lid waren van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn die het aanbod opstelde - gaven verschillende medewerkers tijdens de focusgroepen namelijk aan **het aanbod niet te kennen**. Wanneer voorzieningen en medewerkers de acties niet kennen, kunnen ze er vanzelfsprekend geen gebruik van maken en is de up-take laag. De projectgroep maakte gebruik van verschillende **communicatiekanalen** (bv. sociale media, nieuwsbrieven) en richtte zich tot meerdere ontvangers (bv. directies voorzieningen en ELZ's) om over het actieplan te communiceren, maar dit bleek niet te volstaan. Een bredere communicatiestrategie had het bereik kunnen vergroten. Communicatie rechtstreeks gericht naar mensen dichter tegen de werkvloer, in plaats van enkel naar directies, en communicatie via niet-werkgebonden kanalen had volgens medewerkers mogelijk een groter verschil gemaakt.

Een tweede drempel betreft het **gebrek aan aandacht voor de implementatie van de acties** rond mentaal welzijn in organisaties. Interventies ontwikkelen en hierover performant communiceren volstaat namelijk niet om een goede up-take te garanderen. Organisaties en leidinggevenden hebben eveneens nood aan **praktische richtlijnen of een handleiding om de acties op de werkvloer te laten landen bij de personen die het nodig hebben en acceptabel vinden op een bepaald moment**. Dit houdt in dat men toegang zoekt via personen die noden ervaren en het aanbod passend vinden. Zij kunnen dan ambassadeurs worden van het programma binnen hun organisatie. Verder is ook het moment waarop het programma aangekondigd wordt van belang. De acties die teamleiders of managers introduceren, mogen niet overkomen als betutteling of overshooting.

Een andere drempel heeft te maken met **de aard van het aanbod**. Het actieplan van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn bestaat zonder twijfel uit een divers aanbod aan psychosociale ondersteuning. Dit is ook noodzakelijk gegeven de verschillende subsectoren die er zijn binnen zorg en welzijn. **Niet alle acties zijn echter even gemakkelijk hanteerbaar binnen alle subsectoren en voor alle voorzieningen**. Zo kunnen medewerkers op de ZorgSamen-website tips vinden om elkaar te ondersteunen binnen een organisatie. Deze informatie is echter minder bruikbaar voor mensen die niet of in beperktere mate omringd zijn door een team (bv. huisartsen die alleen werken). Wanneer acties **beter zijn afgestemd op de specifieke noden van subsettings en inhaken op de lokale context waarin voorzieningen actief zijn**, spreken ze wellicht meer aan.

De **ZorgSamen-website** is de best gekende en meest gebruikte actie uit het ondersteuningsaanbod en lokte veel positieve reacties uit. De bevroegde experts en medewerkers vonden de website een nuttige en aantrekkelijke tool. Vooral de webinars konden op veel bijval rekenen bij zij die tijd en ruimte vonden om ze te bekijken. Afgezien van deze positieve reacties, is **de opbouw en de gebruiksvriendelijkheid van de website voor verbetering vatbaar**. Verschillende experts benadrukten ook dat een initiatief als de ZorgSamen-website **veel verantwoordelijkheid bij het individu** legt. Het is misschien wat naïef optimistisch om te verwachten dat iemand met een hoge mentale nood actief op een website op zoek zal gaan naar informatie om zichzelf te ondersteunen. De experts stellen zich de vraag of de website de medewerkers met een grote nood überhaupt wist te bereiken. Online-hulpverlening hoeft niet altijd begeleid te zijn, maar heeft op die manier wel een grotere kans dat mensen ermee aan de slag gaan. Daarbij aansluitend, rendeert het niet om medewerkers enkel te informeren over het bestaan van de website. Een poster ophangen die melding maakt van de ZorgSamen is onvoldoende om mensen te mobiliseren om een bezoek te brengen aan de website.

Ook in de eigenheid van de doelgroep van medewerkers schuilt een drempel. **Hulpverleners zien zichzelf in de eerste plaats als zorgverstrekker** en niet als zorgvrager. De eigen grenzen bewaken en tijdig signaleren wanneer ze overschreden worden, was door het tekort aan personeel voor sommige medewerkers extra uitdagend in de covidperiode. En verder kan men ook vermoeden dat veel medewerkers wel vertrouwd zijn met hulpverleningsinstanties zoals de CAW's en CGG's, maar dat ze het minder vanzelfsprekend vinden om zelf bij deze instanties te gaan aankloppen.

Bovendien is mentaal welzijn onder medewerkers een moeilijk te bespreken thema dat soms **stigmatiserende attitudes en reacties** uitlokt. Dit weerhoudt medewerkers ervan om anderen deelgenoot te maken van hun psychische problemen en op zoek te gaan naar hulp. Uit de literatuur blijkt dat wanneer een voorziening het gebruik van psychologische ondersteuning actief promoot, de attitudes van medewerkers in de positieve zin veranderen en ze meer geneigd zijn om hier daadwerkelijk gebruik van te maken (Chew et al., 2020). De aansporing van iemand uit het sociaal netwerk om hulp te zoeken kan eveneens een positieve invloed hebben op het stellen van dat gedrag (She et al., 2021).

Een van de voornaamste drempels om het aanbod niet te gebruiken was dat de meeste voorzieningen tijdens de coronaperiode **andere prioriteiten hadden**. Medewerkers vanuit de hele organisatie en voorzieningen probeerden zo goed als mogelijk de crisis door te komen en het hoofd te bieden aan de moeilijke arbeidsomstandigheden die de pandemie teweegbracht (overbelasting, uitval personeel, overlijdens cliënten, wisselende werkplanningen, ...). Het is niet realistisch om te verwachten dat medewerkers na een zware uitputtende werkdag energie over hebben om te werken aan hun eigen mentaal welzijn. Medewerkers kregen daarenboven een **veelheid aan initiatieven rond mentaal welzijn** vanuit verschillende hoeken op zich afgevuurd waardoor ze door het bos de bomen niet meer zagen.

Maar ook los van de crisis, hebben de sectoren af te rekenen met **structurele problemen** die leiden tot moeilijke arbeidsomstandigheden. Al jaren is er een tekort aan arbeidskrachten, zijn er te weinig middelen en is er een overmaat aan administratie. Deze problemen drijven de werkdruk de hoogte in en tasten het mentaal welbevinden van medewerkers aan. Het actieplan van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn wordt daarom door sommigen gezien als een pleister op een houten been. Er is in eerste instantie nood aan het verder doorvoeren van structurele veranderingen om de werkdruk te verlichten om van daaruit verder in te zetten op gerichte acties ter ondersteuning van het mentaal welzijn van medewerkers in zorg en welzijn.



## 2 Aanbevelingen

Welke inspanningen kunnen verschillende actoren in en rond de gezondheids- en welzijnssectoren – overheid, zorg- en welzijnsorganisaties, team of individuele medewerker - leveren ter ondersteuning van het mentaal welzijn van de medewerkers? Op deze afsluitende vraag willen onderstaande aanbevelingen mee een antwoord bieden. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de input afkomstig uit voorgaande hoofdstukken – documentanalyse, analyses op basis van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-bevragingen, expertpanel, focusgroepen en individuele interviews – alsook op de expertise van de betrokken onderzoekers.

De aanbevelingen staan in het paars aangeduid, gevolgd door extra duiding. Er is steeds aangegeven op welk niveau – overheid, zorg- en welzijnsorganisaties, team of individuele medewerker in zorg en welzijn - de aanbeveling zich richt.

### 2.1 Algemene aanbevelingen rond mentaal welzijn in de gezondheids- en welzijnssectoren

- **Zet in op het doorbreken van stigma rond psychosociaal welzijn bij medewerkers in zorg en welzijn** (overheid, organisaties, team, individuele medewerker)
  - Een gezonde medewerker voelt zich niet alleen fysiek maar ook mentaal in orde. Dit is zowel voor de medewerker zelf als voor de organisatie een meerwaarde (voordelig m.b.t. absentieïsme, presenteïsme, kwaliteitsvolle zorg).
  - Mentaal welzijn (meer) bespreekbaar maken op de werkvloer gaat niet vanzelf. Er is nood aan een **cultuurwijziging** in organisaties zodat medewerkers psychosociale klachten tijdig durven signaleren en openstaan voor ondersteuning. Wat anderen denken van een bepaald gedrag (bv. psychologische ondersteuning zoeken), kan mensen beïnvloeden om dat gedrag al dan niet te stellen. Daarom is het belangrijk om het **stigma** rond psychosociale klachten te doorbreken. Inzetten op goede voorlichting (campagnes, training, psycho-educatie, etc.) over psychosociale klachten en de invloed van stigma op het mentaal welzijn, maakt mensen bewust en kan helpen om de stap naar steun te zetten. In Nederland reikt de organisatie '[Samen Sterk Zonder Stigma](#)' tools aan om o.a. op de werkvloer het stigma rond psychosociale klachten te doorbreken. Zo bieden zij een training voor managers aan rond omgaan met psychische diversiteit op de werkvloer en tips over hoe je open kan zijn over je eigen psychische kwetsbaarheid op het werk. Het bespreekbaar maken van mentale gezondheid is dus een opdracht voor allen binnen een organisatie.
  - Aandacht voor het (mentaal) welzijn van medewerkers heeft een plaats in de **visie** van de organisatie en moet vervolgens uitgedragen worden op alle niveaus binnen een organisatie. Om dit te verzekeren is het raadzaam dat actoren die verantwoordelijk zijn voor gezondheid en welzijn (preventieadviseurs, Interne en Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk, coach) **meer aandacht hebben voor mentaal welzijn. Wanneer een dergelijke bevoegdheid nog niet bestaat in een organisatie is het raadzaam om deze te installeren.** Medewerkers moeten op de hoogte zijn van de aanwezigheid van deze functies/instanties zodat het duidelijk is waar ze terecht kunnen in moeilijke situaties.

- Het is belangrijk om extra aandacht te hebben voor **groepen die ‘at risk’ zijn**. Denk aan mensen die zich opeens anders gedragen, mensen die op de werkvloer veel stress ervaren (bv. medewerkers uit woonzorgcentra, ziekenhuizen en de eerstelijnszorg of zorgkundigen), mensen met een moeilijke thuissituatie, mensen die meer hulpafwijzend gedrag stellen.
- Extra aandacht voor psychosociaal welzijn op de werkvloer kan de **vroegdetectie van psychosociale klachten** ten goede komen, wat het mogelijk maakt om vroegtijdig in te grijpen en een escalatie van problemen te voorkomen.
- **Psycho-educatie kan voor medewerkers met psychosociale klachten een bron van ondersteuning zijn**. Het leidt tot meer inzicht in de eigen situatie en reikt handvatten aan om hiermee om te gaan (coping). Daarnaast kan het ook waardevol zijn om klachten bij collega’s sneller te herkennen. Zo kan psycho-educatie op een indirecte manier bijdragen tot het doorbreken van stigma.
- **Investeer in een systematische opvolging van de mentale gezondheid van medewerkers in zorg en welzijn** (overheid, organisaties, teams)
  - De data van de ZorgSamen Barometers en P<sup>2</sup>C-bevragingen hebben nuttige inzichten gebracht ten aanzien van de vraag ‘Wie zijn de medewerkers in zorg en welzijn die langdurige stress ervaren en overwegen om te stoppen met het beroep?’ Echter dienen we de betrokken studiepopulatie kritisch te bekijken. Het betreft namelijk **geen representatieve weerspiegeling** van de medewerkers in de Vlaamse gezondheids- en welzijnssectoren. Zo is het zeer de vraag in welke mate medewerkers met de grootste psychosociale klachten en noden de enquêtes hebben ingevuld.
  - Investeer als overheid in een **systematische opvolging van het mentaal welzijn van de medewerkers in de vorm van een regelmatige bevraging omtrent mentaal welzijn op het werk**. Men kan hiervoor gebruik maken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve bevragingmethoden. De werkbaarheidsmonitor van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV<sup>2</sup>), die driejaarlijks wordt afgenomen bij werknemers en zelfstandigen in Vlaanderen, kan een interessante tool zijn om de situatie rond werkbaarheid en psychosociaal welzijn bij medewerkers in zorg en welzijn in kaart te brengen. Kwalitatief onderzoek dat meer in de diepte gaat vormt een zinvolle aanvulling om een vinger aan de pols te houden. Zo kan het een optie zijn om een representatief panel van medewerkers uit zorg en welzijn samen te stellen en hen op systematische basis te bevragen (bijvoorbeeld om de vier jaar).
  - Organisaties en teams kunnen via **regelmatige functioneringsgesprekken** het mentaal welzijn van de medewerkers opvolgen.

---

<sup>2</sup> In de SERV zetelen vertegenwoordigers van de Vlaamse sociale partners, zowel van werkgeversorganisaties (Boerenbond, UNIZO, Verso en Voka) als van werknemersorganisaties (ABVV, ACV, ACLVB). Zij werken samen aan adviezen en akkoorden over sociaaleconomische onderwerpen.

- **Geef medewerkers de tijd om te bekomen van de COVID-19-pandemie en zich opnieuw bezig te houden met hun core-business, nl. het verlenen van goede zorg en ondersteuning. Beperk op korte termijn de lancering van initiatieven om het mentaal welzijn te bevorderen en zelfzorg te stimuleren.** (overheid, organisaties)
  - Overheden en zorg- en welzijnsorganisaties moeten zich bewust zijn van de naweeën van de pandemie voor wat betreft het mentaal welzijn van medewerkers. Velen overschreden tijdens de crisis de eigen grenzen en hebben nog steeds af te rekenen met **aanhoudende vermoeidheid, burn-out, ...** Het vraagt tijd om hiervan te recupereren. Hen overstelpen met allerhande acties terwijl ze hier nog niet aan toe zijn is niet helpend. Het is daarom raadzaam initiatieven pas te lanceren wanneer de sectoren hier klaar voor zijn.

## 2.2 Aanbevelingen met het oog op de context en arbeidsomstandigheden binnen de gezondheids- en welzijnssectoren

De covidcrisis heeft de mentale druk op medewerkers in zorg en welzijn sterk verhoogd. De oorzaak van de psychosociale klachten is echter niet eenzijdig terug te voeren tot deze crisis. De werkdruk was in de meeste voorzieningen voordien al hoog. De pandemie heeft de pijnpunten die reeds bestonden alleen verder uitvergroot, nl. het tekort aan arbeidskrachten en financiële middelen, en de administratieve overlast. Deze pijnpunten aanpakken is cruciaal om de werkdruk te verlichten, een gezond werkklimaat te creëren en zo psychosociale klachten te voorkomen.

- **Pak de structurele problemen in zorg en welzijn blijvend aan** (overheid)
  - In de afgelopen jaren heeft de Vlaamse overheid verschillende actieplannen opgezet om in te spelen op het groeiende tekort aan **arbeidskrachten** in zorg en welzijn bv. Actieplan ‘Werk maken van werk in de zorg’, Vlaamse Intersectorale Akkoorden.
  - Deze actieplannen delen vaak gelijkaardige – en overlappende - thema’s:
    - (Zij-)instroom en positievere beeldvorming vergroten  
Bv. versterken en harmoniseren van bestaande, kwalificerende opleidingstrajecten voor (zij-)instromers, breder activeren van bepaalde doelgroepen voor een opleidingstraject of beroep in zorg en welzijn (bv. niet-actieven, werkzoekenden met reeds een diploma hoger onderwijs). In het kader van het Actieplan ‘Werk maken van werk in de zorg’ zijn ook 24 aanbevelingen ontwikkeld over hoe de instroom van mensen met een migratieachtergrond in zorg en welzijn gestimuleerd kan worden (Saeys, Neyens, Hermans, & Van Audenhove, 2020).
    - Inzetten op retentie van arbeidskrachten in de gezondheids- en welzijnssectoren  
Bv. inzetten op meer werkbaar werk, inzetten op loopbaanspreiding en -begeleiding, wegwerken van onvrijwillige deeltijdse arbeid.
    - Optimalisatie van de zorg- en arbeidsorganisatie  
Bv. flexibilisering van de handelingen die de verschillende functies in de zorg (kunnen) opnemen, versterking van de mogelijkheden om combi-jobs te realiseren.

➤ Aandacht voor opleiding/vorming

Bv. op uniforme wijze valoriseren van eerder en elders verworven (deel)kwalificaties, maatregelen nemen om eenvoudiger te schakelen tussen (zorg)verwante opleidingen.

Het blijvend inzetten op de uitvoering van deze en gelijkaardige toekomstige maatregelen is noodzakelijk om een antwoord te bieden op het tekort aan arbeidskrachten in zorg en welzijn.

- De coronacrisis heeft ook enkele **financiële beslissingen** in zorg en welzijn (versneld) in gang gezet. Zo is op federaal niveau geïnvesteerd in de uitrol van het IFIC-functieclassificatiesysteem, een verhoging van de eindejaarspremie van het federale zorgpersoneel en een extra vergoeding voor gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook de Vlaamse regering trekt sinds de coronacrisis structureel bijkomend budget uit voor zorg en welzijn. Deze extra middelen zijn bedoeld om het zorgpersoneel beter te verlonen, het zorgberoep aantrekkelijker te maken, het zorgaanbod uit te breiden en kwalitatieve verbeteringen van de arbeidsomstandigheden door te voeren (bv. stabielere en betere arbeidsovereenkomsten, preventie en bestrijding van burn-out). Het is positief dat noodzakelijke financiële investeringen in zorg en welzijn plaatsvinden. Blijvende evaluatie en tijdige bijsturing zal ook in de toekomst nodig zijn om kwaliteitsvolle zorg door gekwalificeerd en gezond personeel te kunnen blijven garanderen.
- Daarnaast is het belangrijk om medewerkers in zorg en welzijn te beluisteren en nauw te betrekken bij het uitwerken van oplossingen voor de bestaande structurele problemen.
- **Nieuwe praktijken uit de covidcrisis omzetten in procedures om goede innovaties in zorg en welzijn te installeren** (overheid, organisaties, teams)
  - Tijdens de covidcrisis waren heel wat organisaties genoodzaakt om 'out of the box' te denken. In ijltempo zijn er verschillende nieuwe good practices ontstaan. Zo deed het thuiswerk waar mogelijk zijn intrede, kregen medewerkers soms andere verantwoordelijkheden en werd het teamwerk hier en daar over een compleet andere boeg gegooid.
  - Het is belangrijk om nieuwe werkvormen die tijdens de coronacrisis ontstonden tegen het licht te houden en de nodige procedures uit te werken zodat goede innovaties die bijdragen tot de missie en visie van een organisatie een vaste plek in de praktijk kunnen krijgen. Goede innovaties dienen niet alleen voor medewerkers maar ook voor cliënten, werkgevers en de overheid een meerwaarde of aanvaardbaar te zijn. Het is daarom aangewezen dat de verschillende partijen hierover met elkaar in gesprek gaan.
- **Zet in op een zo veilig mogelijke, aangename werkomgeving voor medewerkers, ook in crisissituaties** (overheid, organisaties)
  - De beslissingen die de overheid tijdens de crisis nam, hadden een grote impact op de **context waarin medewerkers moesten functioneren**. Een tekort aan beschermingsmateriaal, constant veranderende regels en werkschema's, onduidelijke communicatie, etc. zorgden voor onzekerheid, angst en stress onder medewerkers. Zowel de overheid zelf, alsook de organisaties, dienen in te zetten op een duidelijke communicatie naar medewerkers toe en het bieden van de nodige ondersteuning zodat zij hun werk in een zo veilig mogelijke context kunnen uitvoeren.

### 2.3 Aanbevelingen met het oog op het ontwikkelen en implementeren van acties rond mentaal welzijn

Om te kunnen spreken van een effectieve actie omtrent mentaal welzijn, is het belangrijk om enkele fases te doorlopen. Zo dient uiteraard van start gegaan te worden met de **ontwikkeling** van de actie zelf waarbij het belangrijk is om goed na te denken over welke soort actie wenselijk is binnen zorg en welzijn of een specifieke organisatie. Een **goede communicatiestrategie** zorgt voor de noodzakelijke bekendheid van de actie bij organisaties en medewerkers. Dit is echter onvoldoende om daadwerkelijk gebruik te garanderen, ook het **implementatie**-aspect van acties verdient aandacht opdat initiatieven ook ingang vinden in organisaties. Tot slot dienen de opgestelde doelstellingen ook **gemonitord en geëvalueerd** te worden om zo het bereik en de effectiviteit van de actie in kaart te kunnen brengen. Onderstaande aanbevelingen focussen telkens op een van deze fases omtrent de ontwikkeling en implementatie van acties rond mentaal welzijn.

#### Ontwikkeling van acties ter bevordering van het mentaal welzijn

- **Diversifieer de aanpak rond mentaal welzijn in functie van de specifieke doelgroep en/of organisaties** (overheid, organisaties, teams)
  - De **gezondheids- en welzijnssectoren zijn zeer divers**: zo verschillen de subsectoren sterk van elkaar en bestaan er ook binnen eenzelfde subsector soms grote verschillen tussen organisaties. Kortom, elke organisatie heeft zijn specifieke kenmerken en manier van werken. De covidcrisis liet zich ook niet overal even sterk voelen. Sommige sectoren en organisaties bleven gespaard, terwijl andere volledig in overdrive moesten gaan. Dit impliceert dat een one-size-fits-all-aanpak over de verschillende sectoren heen niet werkt. Het is werkzamer om de initiatieven die inspelen op de mentale gezondheid van medewerkers meer te laten **vertrekken vanuit de organisaties en teams** zelf zodat ze beter aansluiten op de eigenlijke noden.
  - Het aanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn was zeer breed. Een begrijpbare keuze met het oog op de verschillende sectoren binnen zorg en welzijn. Maar de acties waren **niet altijd op maat van welbepaalde sector en organisaties** en haakten onvoldoende in op het lokaal ondersteuningsaanbod waardoor ze minder aanspraken. Het is weliswaar positief dat de CAW's en CGG's – die lokaal vertegenwoordigd zijn - een deel van de acties trokken. Indien er (gelijkaardige) lokale initiatieven zijn, is het een meerwaarde om deze te laten voorgaan op algemenere initiatieven. Organisaties kunnen ook een vertaalslag maken van regionale of nationale initiatieven. Zo maakte een van de betrokken organisaties een tool gelijkaardig aan de wegwijzer voor medewerkers in zorg en welzijn om op die manier een overzicht te bieden van de beschikbare lokale diensten tijdens de coronaperiode.
  - Waar mogelijk is het ook aan te raden dat een organisatie/team rekening houdt met **individuele noden**. Zo toonden de ZorgSamen Barometer- en P<sup>2</sup>C-data bijvoorbeeld aan dat vrouwen vaker last hebben van een verstoorde slaap en zich meer vermoeid voelen dan mannen. Een initiatief zoals de webinar 'minder piekeren, meer slaap' kan voor hun een meerwaarde opleveren.

- **Zet in op proactieve acties om medewerkers te ondersteunen** (overheid, organisaties, teams, individuele medewerker)
  - Medewerkers in zorg en welzijn zijn van nature geen goede hulpvragers. Het zijn in de eerste plaats zorgdragers. Ze zijn dus minder snel geneigd om uit eigen beweging op zoek te gaan naar ondersteuning. Initiatieven waarbij zij zelf de eerste stap moeten zetten en het initiatief volledig bij hen ligt, zijn daarom minder effectief. Het is aangewezen om meer **proactief** te werk te gaan, waarbij **organisaties het initiatief moeten nemen** om met medewerkers in gesprek te gaan over de emoties en klachten die ze ervaren. Dit zorgt ervoor dat zij de kans krijgen om te ventileren en zich gesteund en gehoord voelen door iemand die ze vertrouwen. De leidinggevende maar evenzeer collega's of medewerkers met een specifieke functie omtrent mentaal welzijn komen hiervoor in aanmerking. Het is belangrijk dat medewerkers weten bij wie ze binnen hun team en/of organisatie terecht kunnen voor dergelijk gesprek.
  - Het al dan niet weten waar men terecht kan voor ondersteuning, heeft een invloed op het daadwerkelijke gebruik van gezondheidszorg voor psychische problemen. Het is dus belangrijk dat organisaties een **overzicht** geven van de interne en externe **ondersteunings-initiatieven** waarop medewerkers beroep kunnen doen. Om de drempel naar ondersteuning te verkleinen, is het aan te raden dat alle medewerkers steeds op de hoogte zijn van het bestaande aanbod, onafhankelijk van hun mentale toestand. Het aanbod is best gefaseerd volgens de principes van **getrapte zorg** (i.e. minimale zorg waar mogelijk en maximale zorg waar nodig). Zo kan (begeleide) zelfhulp een eerste stap zijn, gevolgd door ondersteuning vanuit de sociale omgeving (bv. via informele of formele gesprekken met collega's), generalistische hulpverlening (bv. via de huisarts), en tot slot gespecialiseerde hulpverlening (bv. psycholoog, mobiele supportteams).
  - Uit de ZorgSamen Barometer- en P<sup>2</sup>C-data blijkt weinig nood aan **professionele psychosociale ondersteuning**. 16% van de medewerkers had nood aan gespecialiseerde psychosociale begeleiding, maar ondernam hiertoe geen actie; 11% had nood aan de steun van een huisarts maar zocht geen hulp. Er dient goed nagedacht te worden over hoe men invulling geeft aan professionele psychosociale ondersteuning. Telefoonlijnen waar medewerkers zelf naar moeten bellen, werken bijvoorbeeld niet. Mobiele supportteams die tot op de werkvloer komen voor een ondersteunend gesprek (individueel of in groep), zijn wel zinvol. Organisaties die er tijdens de covidcrisis beroep op deden, waren hierover positief. Maar ook andere ondersteunende initiatieven op de werkvloer, zoals interne supportteams en interviews, kunnen een meerwaarde zijn. De kwalitatieve dataverzameling bracht verder aan het licht dat er in (een netwerk van) organisaties nood is aan functieprofielen die specifiek focussen op het mentaal welzijn van het personeel (bv. referentiepersonen, interne welzijnscoaches, stresscoaches).
  - De ZorgSamen Barometer- en P<sup>2</sup>C-data tonen eveneens dat **informele steun** belangrijk is om psychosociale klachten het hoofd te kunnen bieden. Ondersteuning die niet als dusdanig aanvoelt, vormt een grote meerwaarde. Bij medewerkers die behoefte hebben om emoties te delen maar dit niet doen of er een negatieve ervaring aan overhouden, zijn namelijk meer lichamelijke en werkgerelateerde klachten op te merken. Naast de partner, familie en vrienden, zijn **collega's** dan ook belangrijke steunfiguren.

- Informele contacten met collega's zijn van groot belang. Maar collega's kunnen ook een meer formele rol opnemen door bv. antenne-punten, collega-coaches of mentors te zijn (*peer support*). Deze personen vormen een luisterend oor en kunnen bijvoorbeeld via intervisie worden gecoacht in hoe ze collega's goed kunnen ondersteunen.
- Informele contacten tussen collega's zonder expliciet te focussen op mentaal welzijn zijn zeer waardevol. Bij elkaar terecht kunnen om te ventileren, zorgt voor meer verbondenheid, een grotere solidariteit onder collega's en sterker teamwerk. Uit de focusgroepen blijkt dat **teams die sterk samenhangen**, de coronacrisis beter hebben doorstaan. De kwantitatieve data toonden eveneens aan dat mensen die het gevoel hebben er alleen voor te staan, die zich onzeker voelen binnen het eigen team en die overwegen om te stoppen met het beroep vaker slaapproblemen hebben, sterker het gevoel hebben onder druk te staan en zich meer vermoeid voelen. Voorbeelden van kleine informele acties die bevorderlijk zijn voor het mentaal welzijn zijn gezamenlijke soep-, koffie-, of taartmomenten. Ook het opstellen van een nieuwsbrief of magazine helpt om connectie te houden met de thuiswerkers.

Zorgen voor **verbondenheid, een goede groepsdynamiek en aangename werksfeer** is overigens iets waar alle teamleden (leidinggeevenden en niet-leidinggeevenden) aan kunnen bijdragen. Als organisatie of team kan je verbondenheid op zeer praktische manieren ondersteunen. Denk bijvoorbeeld maar aan het voorzien van een gezamenlijke lunchplek of zithoek waar collega's kunnen pauzeren of het installeren van een ontspanningselement op de werkvloer (bv. kicker- of pingpongtafel). Werknemers die regelmatig waardering krijgen voelen zich meer betrokken en zijn minder vaak ziek.

- **Geef aandacht aan het mentaal welzijn van de leidinggeevenden en de ondersteunende rol die zij hebben ten aanzien van medewerkers in zorg en welzijn** (organisaties, team)
  - De **leidinggeevenden** spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van medewerkers in zorg en welzijn. Zij hebben niet altijd de ruimte en/of mentale kracht om hiervoor tijd te maken of nieuwe initiatieven te lanceren door de vele verantwoordelijkheden die zij te vervullen hebben. Door het gebrek aan personeel op de werkvloer moesten zij tijdens de covidperiode ook regelmatig in de zorg of begeleiding bijspringen. Dat er voeling is met de dagelijkse praktijk vinden medewerkers ook wel belangrijk. Medewerkers in leidinggevende functies zijn overigens niet altijd opgeleid om een coachende rol op te nemen. **Coachend leiderschap** legt de nadruk op het begeleiden en ondersteunen van de medewerker wat voor inzichten zorgt die leiden tot persoonlijke groei. Het is belangrijk om leidinggeevenden met een geschikt competentieprofiel aan te stellen. Belangrijke eigenschappen van een goede coach zijn onder meer: begripvol, opmerkzaam en toegankelijk zijn.
  - De ZorgSamen Barometer- en P<sup>2</sup>C-data brachten aan het licht dat een derde van de respondenten emoties gedeeld heeft met de leidinggevende en hier een positief gevoel aan overhield. Echter zijn er ook medewerkers die nood hadden aan een gesprek maar dit niet zijn aangegaan (13%) of er een negatief gevoel aan overhielden (10%). Het is dus zeer belangrijk dat leidinggeevenden **toegankelijk en bereid** zijn om naar de psychosociale

klachten van hun personeel te luisteren. De MENTUPP<sup>3</sup>-website geeft enkele tips over hoe je als leidinggevende psychosociale klachten bij een medewerker kan opmerken en de persoon hierin kan ondersteunen. Ten eerste, let op veranderingen in gedrag (bv. medewerker gaat niet meer lunchen met collega's, huilt, kent prestatiedalingen). Ten tweede, nodig de persoon uit voor een gesprek. Enerzijds krijgt de leidinggevende zo een zicht op de al dan niet effectieve aanwezigheid van klachten en anderzijds kan hij indien nodig advies geven over beschikbare professionele ondersteuning en hem motiveren om hierop beroep te doen. Ten derde, loop niet te hard van stapel tijdens een eerste gesprek: de focus ligt meer op luisteren en inzicht krijgen in de situatie en minder op het zoeken naar concrete oplossingen. Tot slot, ondersteun de medewerker waar mogelijk, maar neem zelf geen therapeutische taken op; dat is niet de taak van een leidinggevende.

- Tot slot is het ook voor een leidinggevende van belang om **goed voor zichzelf te zorgen**. Iemand die zelf niet goed in zijn vel zit, heeft het moeilijker om de veeleisende rol van leidinggevende op een goede manier te vervullen.
- **Zet in op begeleide online-zelfhulp in plaats van loutere zelfhulp** (overheid)
  - **Online-zelfhulptools** (bv. websites, apps) mogen niet als op zichzelf staande initiatieven worden beschouwd. Sommige mensen kunnen en willen hier graag zelf mee aan de slag gaan, wat prima is. Anderen hebben mogelijks nood aan meer **ondersteuning**. Het kan interessant zijn om deze manier van steun te koppelen aan ondersteuning in gesprekken (real life) bv. een digitale ondersteuningstool aanreiken in een persoonlijk contact en hier bij een volgende gelegenheid over in gesprek gaan.
  - Hoewel online-hulpverlening veel voordelen heeft (laagdrempelig, flexibel, minder tijdsintensief, ...), geven mensen over het algemeen de voorkeur aan een face-to-face ontmoeting. Iemand goed informeren over de meerwaarde van een online-interventie kan leiden tot een positievere attitude ten aanzien van dit ondersteuningsaanbod. Online-hulpverlening is overigens niet voor iedereen geschikt en hangt, net zoals elke andere vorm van hulpverlening, af van persoonlijke voorkeuren.
  - **ZorgSamen-website:**
    - De ZorgSamen-website is de best gekende en meest gebruikte actie uit het actieplan Psychosociaal Welzijn. De website wordt omschreven als aantrekkelijk, nuttig, informatief en een inspiratiebron voor andere acties. Vooral de webinars zijn positief onthaald, hoewel barrières zoals het gebrek aan tijd of andere prioriteiten medewerkers soms beletten om ze te raadplegen.
    - Mogelijkheden tot **verbetering/aandachtspunten**: Mensen met hoge psychosociale noden kwamen mogelijks niet toe aan deze website. Veel verantwoordelijkheid ligt bij het individu om te gaan zoeken naar 'Wat kan voor mij werken?' op een moment dat iemand zich mentaal niet goed voelt. Een website op zich is voor velen dan ook onvoldoende als middel ter ondersteuning.

Als zorg- of welzijnsorganisatie enkel verwijzen naar de website (bv. via het uithangen van een poster) is ontoereikend om daadwerkelijk gebruik te garanderen. Er dient tijd

---

<sup>3</sup> MENTUPP ('Mental Health Promotion and Intervention in Occupational Settings'), een grootschalig onderzoek dat wordt gefinancierd door de EU, focust zich op het verbeteren van de mentale gezondheid van werknemers in de bouw, de gezondheidszorg en de ICT-sector.



en ruimte worden vrijgemaakt om ermee aan de slag te gaan. Zo stelde een voorziening ruimtes ter beschikking om de webinars te bekijken en koppelde ze er VTO-tijd aan.

- Medewerkers zijn wel voorstander van **één website** die hen een antwoord biedt op de vraag ‘Wat kan ik doen om in te spelen op mijn psychosociale klachten?’ Dit moet een overzicht bieden van alle acties die er zijn, zowel regionale als nationale initiatieven (die overigens best zoveel mogelijk op elkaar afgestemd zijn). De website zou daarnaast een label van betrouwbaarheid moeten krijgen zodat organisaties/medewerkers zelf geen kwaliteitscheck hoeven te doen.
- **Houd rekening met/bied ondersteuning ten aanzien van de privésituatie van medewerkers in zorg en welzijn** (organisaties, teams, individuele medewerker)
  - Het vraagt veel van een medewerker om na de werkuren nog expliciet bezig te zijn met zijn mentale welzijn dat voornamelijk door de werksituatie onder druk is komen te staan. Echter zijn er **goede copingstrategieën** die op een minder expliciete manier toch een meerwaarde vormen, bijvoorbeeld inzetten op kwaliteitsvolle slaap en tijd maken voor vrije tijd, ontspanning en sociale contacten. Organisaties moeten een afweging maken hoe ze hier op een goede manier een steentje aan kunnen bijdragen zonder te veel te interfereren met het privéleven van de medewerkers bv. mogelijkheid tot afhalen van maaltijden in naburige restaurants, werkuren respecteren.
  - Andere **good practices** die werden aangehaald tijdens de studie zijn de ontwikkeling van YouTube-filmpjes rond yoga en ademhalingsoefeningen, de webinar ‘minder piekeren, meer slaap’ en het opstellen van de werkplanning rekening houdend met privésituatie van de medewerkers.

#### Bekendmaking van acties rond mentaal welzijn

- **Zorg voor doorstroming van de communicatie over de acties vanuit de overheid naar de organisaties, alsook binnen de organisaties.** (overheid, organisaties)
  - Een van de redenen dat medewerkers in zorg en welzijn onvoldoende gebruik hebben gemaakt van het aanbod van de Projectgroep Psychosociaal Welzijn is de onbekendheid ervan. Daarom is het belangrijk om aandacht te besteden aan een **effectieve communicatiestrategie** die de doelgroep weet te bereiken. Inzetten op een combinatie van communicatiemethoden (bv. schriftelijke communicatie via persberichten of mail aanvullen met mondelinge communicatie via televisie of voortrekkers binnen organisaties) is hierbij aangewezen.
  - De overheid dient op een gerichte manier te communiceren over initiatieven die ze opzet. **Wie men aanschrijft en welke kanalen** men hiervoor gebruikt, vormen hierbij aandachtspunten. Het is belangrijk om organisaties niet te overladen met acties vanuit verschillende kanalen.
  - De organisaties dienen te **selecteren in acties** die ze extern ontvangen. ‘Wat kan werken voor onze organisatie/medewerkers?’ is hierbij een belangrijke vraag.

### Verankering van acties binnen organisaties

- **Heb aandacht voor implementatie bij het lanceren van acties rond mentaal welzijn in organisaties** (overheid, organisaties)
  - Communiceren over acties is onvoldoende om te zorgen voor daadwerkelijk gebruik. Acties moeten **verankerd** worden in een organisatie. Volgende vragen verdienen hierbij aandacht: Wie is verantwoordelijk voor de opvolging van de actie? Hoe kunnen medewerkers concreet aan de slag gaan met de actie? Hoe zullen medewerkers ondersteuning krijgen bij de actie?
  - Koppel **doelstellingen** aan de acties: Wie wil je bereiken? Wat wil je bereiken? Wat is de duurtijd van de actie?
  - Een **praktische handleiding** bij de ZorgSamen-website zou alvast mee antwoord kunnen bieden op bovenstaande vragen en bijdragen aan een betere verankering van het initiatief binnen de organisaties.
  - Binnen organisaties kan het zinvol zijn om iemand **verantwoordelijk** te stellen om de acties rond mentaal welzijn tegen het licht te houden en vervolgens relevante acties te selecteren en te vertalen naar en/of ingang te laten vinden in de organisatie.
  - Indien men acties na afloop van een project definitief wenst te implementeren, dienen ze vervat te worden in **procedures**.

### Opvolging en evaluatie van acties

- **Zet in op monitoring en evaluatie van acties rond mentaal welzijn in organisaties** (overheid, organisaties)
  - **Monitor** als overheid en organisatie de gelanceerde initiatieven. Houd de vooropgestelde doelstellingen tegen het licht.
  - **(Cijfermatige) evaluatie** is een essentieel onderdeel om het bereik en de effectiviteit van de acties na te gaan om zo gefundeerde beslissingen te kunnen nemen over het (eventuele) verdere verloop van de acties.

De aanbevelingen maken duidelijk dat verschillende actoren in en rond de gezondheids- en welzijnssectoren inspanningen kunnen leveren ter ondersteuning van het mentaal welzijn van de medewerkers. Het is noodzakelijk dat zowel individuele medewerkers, teams, zorg- en welzijnsorganisaties, alsook betrokken overheden hier gelijktijdig op inzetten. De overheid dient zich verder te buigen over de budgettaire en praktische aandachtspunten die de aanbevelingen met zich meebrengen.

## Referenties

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Algemene Raad Vlaamse Onderwijsraad (2018). *Advies over het actieplan 4.0: Werk maken van werk in Zorg en Welzijn*. Brussel: Vlaamse Onderwijsraad
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 36(1), 1–10. doi: 10.2307/2137284
- Andersen, R.M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647–653. doi: 10.1097/MLR.0b013e31817a835d
- Armitage, C.J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471–499. doi: 10.1348/014466601164939
- Baelen, E. (2019). *Intenties tot hulpzoekend gedrag bij doctorandi met mentale gezondheidsproblemen – over de rol van transformationeel leiderschap en stigma* [Masterscriptie, Universiteit Gent]. Universiteitsbibliotheek UGent. Geraadpleegd op 24 juni 2022, van [https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/784/762/RUG01-002784762\\_2019\\_0001\\_AC.pdf](https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/784/762/RUG01-002784762_2019_0001_AC.pdf)
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International journal of environmental research and public health*, 17(9). doi:10.3390/ijerph17092997
- Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lua, X., ... Liu, Y. (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 275, 210-215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.031>
- Carrieri, D., Mattick, K., Pearson, M., Papoutsis, C., Briscoe, S., Wong, G., & Jackson, M. (2020). Optimising strategies to address mental ill-health in doctors and medical students: ‘Care Under Pressure’ realist review and implementation guidance. *BMC medicine*, 18(1), 76. doi: 10.1186/s12916-020-01532-x
- Cerrato, J. & Cifre, E. (2018). Gender Inequality in Household Chores and Work-Family Conflict. *Frontiers in Psychology*, 9, 1330. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01330
- Chartier-Otis, M., Perreault, M., & Bélanger, C. (2010). *Determinants of Barriers to Treatment for Anxiety Disorders*, 81(2), 127-138. doi: 10.1007/s11126-010-9123-5
- Chew, Q.H., Wei, K.C., Vasoo, S., & Sim, K. (2020). Psychological and Coping Responses of Health Care Workers Toward Emerging Infectious Disease Outbreaks: A Rapid Review and Practical Implications for the COVID-19 Pandemic. *The journal of clinical psychiatry*, 81(6). doi: 10.4088/JCP.20r13450
- Declercq, D., Demaerschalk, M., Vanden Boer, L., Bronselaer, J., De Witte, N., Verté, D., & Molenberghs, G. (2009). *De invloed van individuele en gemeentelijke kenmerken op het formele en informele zorggebruik van Vlaamse ouderen*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse regering

- Departement WVG (z.d.). *Ondersteuning psychosociaal welzijn*. Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin. <https://www.departementwvg.be/taskforce/ondersteuning-psychosociaal-welzijn>
- De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & De Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS ONE*, *15*(12), e0244052. doi: 10.1371/journal.pone.0244052
- De Vrieze, C. (2011). *Het effect van empowerment op respect en waardering bij psychiatrisch verpleegkundigen* [Masterscriptie, Universiteit Gent]. Universiteitsbibliotheek UGent. Geraadpleegd op 8 juli 2022, van [https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/788/057/RUG01-001788057\\_2012\\_0001\\_AC.pdf](https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/788/057/RUG01-001788057_2012_0001_AC.pdf)
- Fleury, M-J., Ngamini Ngui, A., Bamvita, J-M., Grenier, G., & Caron, J. (2014). Predictors of Healthcare Service Utilization for Mental Health Reasons. *International journal of environmental research and public health*, *11*(10), 10559-10586. doi: 10.3390/ijerph111010559
- Galati, C., Avard, B., & Ramsay, L. (2021). Case study of a stepped-care psychological service for healthcare professionals working in critical care. *Australian Health Review*, *45*(5), 633–637. doi: 10.1071/AH20316
- Henshaw, E. J., & Freedman-Doan, C. R. (2009). Conceptualizing Mental Health Care Utilization Using the Health Belief Model. *Clinical Psychology-Science and Practice*, *16*(4), 420–439. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x
- Hunter, M.S., Grunfeld, E.A., & Ramirez, A.J. (2003). Help-seeking intentions for breast-cancer symptoms: a comparison of the self-regulation model and the theory of planned behaviour. *British journal of health psychology*, *8*(3), 319–333. doi: 10.1348/135910703322370888
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., ... Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, *87*, 11-17. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028
- Kanter, R.M. (1977). *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.
- Karasek, R.A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *THOUSAND OAKS: Cornell University Graduate School of Business and Public Administration*, *24*(2), 285 – 308. doi: 10.2307/2392498
- Mo, P.K.H., & Mak W.W.S. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese: the application and extension of the theory of planned behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(8), 675–684. doi:10.1007/s00127-008-0484-0
- Mrklas, K., Shalaby, R., Hrabok, M., Gusnowski, A., Vuong, W., Surood, S., ... Agyapong, V.I.O. (2020). Prevalence of Perceived Stress, Anxiety, Depression, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Health Care Workers and Other Workers in Alberta During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey. *JMIR mental health*, *7* (9), 22408. doi:10.2196/22408
- Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021a). *Het profiel van niet-gebruikers van gezondheidszorg en uitstel van zorg omwille van COVID-19. Een cross-sectionele bevraging bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Onafhankelijke ziekenfondsen website: <https://www.mloz.be/nl/Niet-gebruikers-van-gezondheidszorgen>

- Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021b). *Hulpafwijzend gedrag ten opzichte van de psychiater en psycholoog bij gebruikers van gezondheidszorgen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Onafhankelijke ziekenfondsen website: <https://www.mloz.be/nl/hulpafwijzend-gedrag-mentale-gezondheidszorg>
- Pascoe, P., Paul, E., Johnson, D., Putland, M., Willis, K., & Smallwood, N. (2021). Differences in Coping Strategies and Help-Seeking Behaviours among Australian Junior and Senior Doctors during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13275. doi: 10.3390/ijerph182413275
- Peeters, B., Doggen, K., De Schreye, R., Demarest, S., Drieskens, S., Seys, D., & Vanhaecht, K. (2021). *POWER TO CARE. De enquête naar het welzijn van zorgverleners, hulpverleners en mantelzorgers. Belangrijkste resultaten van de derde nationale enquête juni 2021* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via website Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/power-care-de-enquete-naar-het-welzijn-van-zorgverleners-hulpverleners-en-mantelzorgers-0>
- Reilly, S.E., Zane, K.L., McCuddy, W.T., Soulliard, Z.A., Scarisbrick, D.M., Miller, L.E., & Mahoney, J.J. (2020). Mental Health Practitioners' Immediate Practical Response During the COVID-19 Pandemic: Observational Questionnaire Study. *JMIR Mental Health*, 7(9), e21237. doi: 10.2196/21237
- Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 4(3), 218-251. 10.5172/jamh.4.3.218
- Rickwood, D., Thomas, K., & Bradford, S. (2012). *Help-seeking measures in mental health: a rapid review* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via website Sax Institute: [https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/02\\_Help-seeking-measures-in-mental-health.pdf](https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/02_Help-seeking-measures-in-mental-health.pdf)
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health education & behavior*, 2(4), 328 – 335. doi: 10.1177/109019817400200403
- Saeyns, A., Neyens, I., Hermans, K., & Van Audenhove, C. (2020). *Zorgberoepen: poorten en drempels voor diversiteitsgroepen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via website Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: <https://archieff.steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef45-diversiteit-zorgberoepen>
- Saeyns, F., Vande Reyde, M., De Vroe, G., Talpe, E., Ongena, T., & Schiltz, W.F. (2021). *Conceptnota voor nieuwe regelgeving - over denkpistes om het personeelstekort in de zorg, in het bijzonder in de woonzorgcentra, op te vangen*. Brussel: Vlaams Parlement.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2009). Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: a representative population survey applying the Theory of Planned Behaviour. *Psychological Medicine*, 39(11), 1855–1865. doi: 10.1017/S0033291709005832
- She, R., Wang, X., Zhang, Z., Li, J., Xu, J., You, H., ... Gu., J. (2021). Mental Health Help-Seeking and Associated Factors Among Public Health Workers During the COVID-19 Outbreak in China. *Frontiers in public health*, 9, 622677. doi: 10.3389/fpubh.2021.622677

- Smallwood, N., Karimi, L., Pascoe, A., Bismark, M., Putland, M., Johnson, D., ... Willis, K. (2021). Coping strategies adopted by Australian frontline health workers to address psychological distress during the COVID-19 pandemic. *General hospital psychiatry*, 72, 124-130. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2021.08.008
- Tan, B.Y.Q., Chew, N.W.S., Lee, G.K.H., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L.L.L., ...Sharma, V.K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of internal medicine*, 173(4), 317-320. doi: 10.7326/M20-1083
- Van Daele, T. (2020, 30 juni). Technologie en therapie: sofa en/of Skype? *Karakter*. Geraadpleegd via <https://www.tijdschriftkarakter.be/technologie-en-therapie-sofa-en-of-skype/>
- Vandeurzen, J. (2018). *Actieplan 4.0. Werk maken van werk in zorg en welzijn*. Brussel: Vlaamse Regering 2014-2019
- Vanhaecht, K., Seys, D., Bruyneel, L., Cox, B., Kaesemans, G., Cloet, M., ...Claes, S. (2020). COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1-6. doi: 10.1093/intqhc/mzaa158
- Zorgnet-Icuro (2020). *Eén jaar en één Covid-crisis later. Is nu de Zorg aan Zet?* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Zorgnet-Icuro website: [https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/Beleidsaanbeveling%20Zorgnet-Icuro\\_0.pdf](https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/Beleidsaanbeveling%20Zorgnet-Icuro_0.pdf)
- Zorg en Gezondheid (2020). *Draaiboek afstemming vraag en aanbod. Een handleiding voor de schakelzorgcentra. Versie 1.1/12.06.2020*. Geraadpleegd via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Draaiboek%20afstemming%20vraag%20en%20aanbod%20-%20een%20handleiding%20voor%20schakelzorgcentra%20-%20v1.1.pdf>

