

Burgertops over COVID-19:

‘Plotseling speelden de grenzen weer een rol’





**Verloren, betrokken, eenzaam, angstig,
enthousiast, begaan, traumatisch, rustig,
terug naar de basis,
hartverscheurend, hartverwarmend, verenigd,
onbegrepen, niet erkend, moe, verlangend,
hoopvol, ingewikkeld
door de grenzen in de Euregio Maas-Rijn.**

Astrid van der Zanden, EPECS
Jo Maes, EPECS

Maastricht 9 november 2021

Inhoud



Voorwoord	4
1. Inleiding	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Projectkader	6
1.3 Belang van betrokkenheid van burgers	6
1.4 EPECS	7
2. Methodologie	8
2.1 Vergelijkende analyse	8
2.2 Identificatie van onderwerpen	8
2.3 Participatie van de burgers	9
2.4 Rol van de moderatoren	10
2.5 De burgertop als methode	11
3. Resultaten	12
3.1 COVID-19 en mijn leven	12
3.1.1 Lichamelijke en mentale gezondheid	13
3.1.2 Sociaal leven	14
3.1.3 Winkelen en sporten	16
3.1.4 Reizen naar het buitenland	17
3.2 COVID-19 gerelateerde informatie en nationale maatregelen	18
3.2.1 Informatie	19
3.2.2 Lidmaatschap van verenigingen	20
3.2.3 COVID-19 en reizen	21
3.3 COVID-19 en de gezondheidszorg?	22
3.3.1 Gebruik van het gezondheidszorgsysteem	22
3.3.2 Ervaringen met medische zorg	23
3.3.3 Waarde en toekomst van de gezondheidszorg	24
3.3.4 Gelijke toegang tot de zorg	25
3.3.5 Overbrenging naar een buurland	26
3.4 Vaccinatieprobleem	27
3.4.1 Vaccinatie of niet	27
3.4.2 Bijwerkingen van vaccinatie	28
3.4.3 Verplicht	29
4. Conclusies en aanbevelingen	30
4.1 Conclusies	30
4.2 Aanbevelingen	32

Voorwoord

Dank u voor het lezen van dit rapport. Dank u dat u naar ons luistert, dat u geïnteresseerd bent in onze ervaringen. Sommige uitkomsten zullen u verrassen. Sommige uitkomsten zullen tegen de grenzen ingaan, sommige verhalen zijn bemoedigend, sommige zijn bedroefd.

De burgers hopen u een inkijk te geven in hun leven met COVID-19, hun angsten en negatieve en positieve ervaringen. Hopelijk kunt u dit meenemen in uw dagelijks leven en er voordeel uithalen.

Dit verslag is geschreven door EPECS (European Patients Empowerment for Customised Solutions) in opdracht van het euPrevent COVID-19-project, een project waar EPECS met toewijding aan heeft meegewerkt met haar netwerk en vrijwilligers. EPECS gebruikte haar expertise om in contact te komen met burgers in grensregio's en om hun ervaringen met betrekking tot de coronapandemie te verzamelen. Op televisie zien we vaak korte interviews met burgers, maar wat als we hen aan het woord laten? Wat denken ze nu echt over bepaalde kwesties? Wat betekent COVID-19 en de verschillende maatregelen voor hen? Iets posten op sociale media is voor veel burgers gemakkelijker, maar wat zit er achter een post? Zoals met zoveel dingen gaat het erom het gesprek voort te zetten met de inwoners, de mensen voor wie je het doet: de burgers. EPECS juicht het initiatief toe om de burgers opnieuw naar hun mening te vragen. Dat maakt abstracte beslissingen en regels 'echt', geeft ze een naam, een glimlach, of een traan, omdat u en ik door die beslissingen en regels worden geraakt.

Wij nodigen u van harte uit de resultaten van de burgertops te lezen. Er wordt een zeer gevarieerd beeld geschilderd: verloren, betrokken, eenzaam, angstig, enthousiast, toegewijd, traumatisch, rustig, terug naar de basis, hartverscheurend, hartverwarmend, verenigd, onbegrepen, niet herkend, moe, verlangend en hoopvol.

EPECS wil euPrevent bedanken voor deze kans om de burgertops te organiseren. We hebben dit met veel plezier gedaan. Alle moderatoren willen de deelnemers bedanken: voor hun openheid en belangstelling voor elkaar en vooral voor hun medeleven. Zoals iedereen tijdens de burgertops merkte: we zijn niet alleen. Verdriet wordt gedeeld, een glimlach wordt doorgegeven. Dank u wel. Het waren bijzondere dagen.

Jo Maes

Voorzitter EPECS

1. Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergrond van het project en het belang van het betrekken van burgers bij COVID-19 onderwerpen en Euregionale samenwerking. In dit hoofdstuk stellen wij EPECS - voor, alsook onze rol en expertise.



1.1 Achtergrond

In maart 2020 riep de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) Europa uit tot het epicentrum van de nieuwe pandemie van het coronavirus (SARS-CoV-2). Binnen zes weken na de eerste gemelde en bevestigde COVID-19-patiënt in Europa, waren alle 27 EU-lidstaten getroffen. De Euregio Maas-Rijn (EMR) werd getroffen: Nederland, België en Duitsland voerden allemaal een verschillend nationaal beleid om COVID-19 aan te pakken, wat tot complexe situaties leidde voor burgers die in grensoverschrijdende regio's wonen. Hoe gaan deze burgers om met de verschillende maatregelen, gegeven het feit dat hun dagelijks leven, werk en sociale contacten altijd gebaseerd zijn geweest op een regio zonder grenzen?

De uitdaging kan zelfs een kwestie van leven of dood zijn wanneer het om medische zorg gaat. Neem bijvoorbeeld de ambulancedienst in Maastricht, Nederland: door grensbepalingen mocht een COVID-19-patiënt niet naar het ziekenhuis van Aken in Duitsland worden overgebracht (op slechts een half uur rijden met de auto). Hij moest per helikopter naar Rotterdam (Nederland), dat veel verder weg ligt. Het ziekenhuis in Rotterdam bleek volledig bezet en de patiënt werd vervolgens overgebracht naar nog een ander ziekenhuis.

Dit voorbeeld onderstreept het belang van grensoverschrijdende samenwerking tussen regeringen en gezondheidsdiensten, vooral in tijden van crisis. De COVID-19 pandemie en de verschillende maatregelen die aan weerszijden van de grens werden genomen om dezelfde problemen aan te pakken, veranderden plotseling de manier waarop burgers gebruik maakten van de gezondheidszorg en de manier waarop zij over de grens reisden voor familiebezoek, om te winkelen of om te werken. COVID-19 had dan ook een omvangrijke en sterke impact op grensregio's zoals de EMR.

Onderzoek dat kan bijdragen tot een gecoördineerd en geharmoniseerd Euregionaal en Europees beleid in tijden van een gezondheids crisis is van essentieel belang. Wat waren precies de effecten van COVID-19 op de EMR en zijn burgers, en hoe konden die worden gemeten en geëvalueerd? Dit zijn de onderzoeksvragen die werden onderzocht in het kader van het project "De impact van COVID-19 op de Euregio Maas-Rijn", bijgenaamd "euPrevent COVID-19". In de drie landen werden Burgertops georganiseerd om inzicht te krijgen in het perspectief van de burgers ten aanzien van COVID-19.

1. Inleiding



1.2 Projectkader

Het project euPrevent COVID-19 werd gefinancierd door Interreg EMR, een samenwerkingsverband tussen verschillende partners uit de EMR: GGD Zuid Limburg (NL), Stichting euPrevent, MUMC (NL), Sciensano (BE), Gesundheitsamt Düren (DE), Gesundheitsamt StädteRegion Aachen (DE), Gesundheitsamt Heinsberg (DE) en Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens (BE).

Het project is opgezet om gegevens te verzamelen over de prevalentie van antilichamen in de EMR. Deze gegevens worden gerelateerd aan mogelijke determinanten, zoals de naleving van infectiepreventiemaatregelen, het sociale netwerk van de deelnemers, hun bereidheid om gevaccineerd te worden en hun demografische gegevens. Het is vooral belangrijk om kennis te genereren over de epidemiologie van immuniteit, waaronder de verworven immuniteit (door besmetting, vaccinatie bereidheid, vaccinatiegedrag) en natuurlijke immuniteit, en de determinanten daarvan. De resultaten van de studie geven inzicht in de mate waarin mensen in de Euregio Maas-Rijn antilichamen hebben opgebouwd, welke overeenkomsten en verschillen er zijn in de diverse landen en welke effecten nationale infectiepreventiemaatregelen hebben gehad. Deze gegevens vormen een solide basis voor het monitoren van de ziekte en voor het opleggen of opheffen van maatregelen op nationaal of (Eu)regionaal niveau. Naast het verzamelen van kwantitatieve gegevens over de impact van COVID-19 in de EMR, heeft het project ook ervaringen verzameld door de burgers van de EMR een stem te geven.



1.3 Belang van betrokkenheid van burgers

Het doel van het project was de impact van COVID-19 op de burgers van de EMR te onderzoeken en te beoordelen, en de uiteindelijke doelgroep zijn de burgers van de EMR. Door burgers bij het onderzoek te betrekken en rechtstreeks te leren van de ervaringen tijdens de pandemie, heeft het onderzoek meer diepgang gekregen. De informatie die we van de burgers hebben gekregen, komt uit de eerste hand en vormt een belangrijk empirisch onderdeel van het project. Acht regionale Burgertops werden georganiseerd, zodat burgers uit verschillende regio's in de EMR werden uitgenodigd om hun ervaringen tijdens de coronaperiode met ons te delen, met bijzondere aandacht voor het grensoverschrijdende element. Het gaat om zeven geselecteerde steden: Aken (Duitsland), Maastricht (Nederland), Luik (België), Hasselt (België), Düren (Duitsland), Heinsberg (Duitsland), en Eupen (België). In Maastricht werden de Burgertop twee keer in verschillende periodes georganiseerd (juni en september 2021) om te zien hoe de pandemie zich ontwikkelde.

1. Inleiding

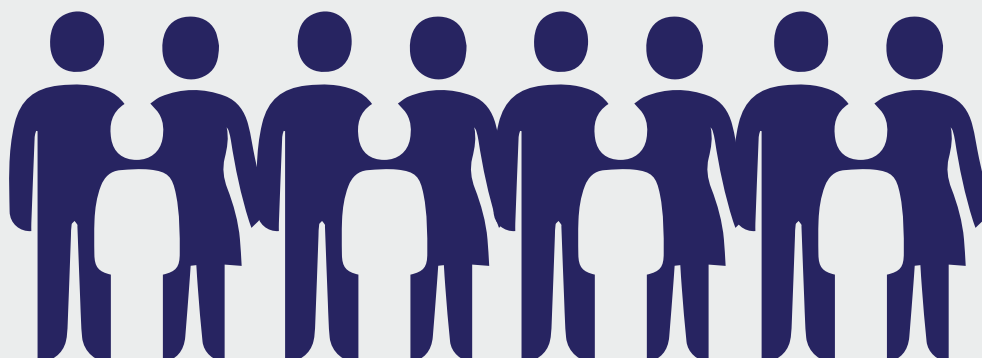


1.4 EPECS

De stichting EPECS (European Patients Empowerment for Customised Solutions) zet zich in voor de gezondheid en het welzijn van de Europese burgers door burgerparticipatie te bevorderen. Sinds haar oprichting in 2007 heeft zij ervaring opgedaan met het organiseren van burgerevenementen en het opbouwen van platforms tussen burgers en professionals. EPECS werd daarom uitgenodigd om de projectgroep te ondersteunen bij het organiseren van de Burgertops en het opstellen van de rapporten.

Tussen mei en september 2021 werden door EPECS acht Burgertops georganiseerd in het kader van het project “euPrevent COVID-19”: 8 mei in Aken (DE), 5 juni in Maastricht (NL), 12 juni in Luik (BE), 19 juni in Hasselt (BE), 4 september in Düren (DE), 11 september in Heinsberg (DE), 18 september in Eupen (BE) en 25 september in Maastricht (NL).

Dit verslag geeft een overzicht van de inbreng van deze burgers met betrekking tot hun persoonlijke ervaring tijdens de COVID-19-pandemie.



2. Methodologie

In dit hoofdstuk beschrijven we de methodologie en de manier waarop de Burgertops werden georganiseerd. We gaan in op de selectie van de thema's, de rekrutering van burgers en de rol van de moderatoren. Het hoofdstuk eindigt met een bespreking van de mogelijkheden en beperkingen van de gebruikte methode.



2.1 Vergelijkende analyse

Verschillende nationale infectiepreventiemaatregelen hebben een verschillend effect op de burgers. In de EMR speelt het grensoverschrijdende element een belangrijke rol. De Burgertops werden georganiseerd om kwalitatieve gegevens te verzamelen over relevante onderwerpen ervaren door EMR-burgers tijdens de gezondheidscrisis. Door levenservaringen in de hele EMR te verzamelen, probeerden we overeenkomsten en verschillen in de impact van COVID-19 en van infectiepreventiemaatregelen vast te stellen. Deze vergelijkende aanpak werd gebruikt om te analyseren hoe burgers uit verschillende grensregio's de COVID-19 pandemie hebben ervaren, en hoe burgers uit dezelfde regio (met Maastricht als voorbeeld) verschillende periodes tijdens de pandemie hebben ervaren.



2.2 Identificatie van onderwerpen

Met het advies van externe deskundigen hebben EPECS en de projectgroep drie discussie-onderwerpen vastgesteld. Elk onderwerp omvat een aantal open vragen. Deze open vragen werden gebruikt om de discussie tussen de deelnemende burgers te stimuleren. Bovendien konden de moderatoren aan de hand van dit soort vragen nagaan wat de deelnemers het belangrijkste vinden wanneer ze andere onderwerpen in de discussie inbrengen.

De belangrijkste onderwerpen die in de eerste fase zijn vastgesteld, zijn onder meer:

1. Hoe heeft COVID-19 de burgers beïnvloed: in hun lichamelijke en geestelijke gezondheid, dagelijks leven, werk en sociale contacten, reizen?
2. Hoe hebben de burgers informatie gevonden over nationale bestrijdingsmaatregelen in verband met COVID-19 in hun eigen land en in de buurlanden, en hoe hebben zij dit ervaren?
3. Hoe hebben de burgers de gezondheidszorg tijdens de pandemie ervaren en wat zijn hun meningen over de gezondheidszorg?

2. Methodologie

In de loop van het project besloten we een vierde onderwerp op te nemen, namelijk vaccinatie, aangezien het onderwerp vaak spontaan ter sprake kwam. Dit is gebeurd na de eerste twee burgertoppen, in Maastricht en Aken. Het vierde onderwerp werd daarom:

4. Welke gedachten hebben de burgers over de verschillende vaccinatiestrategieën en in welke mate zijn zij bereid het COVID-19 vaccin te nemen?



2.3 Participatie van de burgers

De uitnodiging om deel te nemen aan de Burgertops werd hoofdzakelijk verspreid via de partners van het euPrevent COVID-19-project en EPECS. Andere partners van euPrevent, die niet bij dit project betrokken waren maar met andere doelgroepen werkten, hebben ook een grote bijdrage geleverd bij het uitnodigen van burgers. Zo hielpen de Suchthilfe Aachen (verslavingszorgcentrum), ASL (De Vereniging voor Verslavingspreventie en Levensvaardigheden) (BE), en de Universiteit van Luik (BE) ook om burgers uit te nodigen in Aken, Eupen en Luik. Het idee achter deze methode was toegang te krijgen tot een divers scala van burgers, met verschillende leeftijden, geslachten, etniciteit, opleiding en sociale achtergrond. Dit zodat de deelnemers aan de top een goede vertegenwoordiging zouden vormen van de burgers uit de regio waar de top werd georganiseerd.

Elke burgertop had tot doel ongeveer 24 burgers te bereiken. Na een algemene presentatie over het euPrevent COVID-19-project, werden de burgers verdeeld in 6 focusgroepen. Een focusgroep is enorm nuttig om gedachten en ervaringen te verzamelen door middel van groepsinteractie. De basis voor de discussie was Thema-gecentreerde Interactie (TCI)¹. De burgers werden geïnformeerd over de onderwerpen die op de top zouden worden besproken en elke deelnemer kreeg de kans om over zijn/haar eigen ervaring te praten. Onder leiding van een speciaal opgeleide moderator verkende elke groep de onderwerpen in een rondetafelgesprekssetting. In deze setting stonden de deelnemers op gelijke voet, wat de uitwisseling van informatie bevordert. Bovendien werd elke burgertop georganiseerd in de moedertaal van de deelnemende regio. Dit zorgde ervoor dat de burgers zich op hun gemak voelden bij het delen van hun levenservaring in een ruimdenkende en open sfeer.

De burgers die deelnamen, kregen een garantie inzake transparantie en de bescherming van de privacy. Om de privacy van de burgers te beschermen, is dit rapport volledig anoniem. Alle burgers werden ervan op de hoogte gebracht dat het geanonimiseerde rapport zal bestaan uit hun bijdragen en dat het rapport gepubliceerd zal worden op de website van euPrevent en tijdens de slotconferentie dat in het kader van het project 'euPrevent COVID-19' werd georganiseerd. Alle deelnemende burgers werden op de hoogte gebracht van deze garantie inzake transparantie. Bovendien gaven alle deelnemende burgers aan dat ze graag het rapport per e-mail achteraf willen ontvangen.

¹ De ervaring leert dat TCI een effectieve aanpak is voor groepsdiscussies. Deze aanpak werd ook gevolgd op de Burgertops van de WHO in 2019. Zie verslag Burgertops gehouden in Eupen (BE) en Aken (DE) in februari 2019.

2. Methodologie



2.4 Rol van de moderatoren

Op elke burgertop waren ten minste zes moderatoren beschikbaar om de rondetafelgesprekken te faciliteren. EPECS zorgde ervoor dat elke top minstens één stand-by moderator had die kon inspringen indien nodig. De rol van de moderator was om deelnemers een gelijke kans te geven om op elke vraag te antwoorden. Actieve deelname werd aangemoedigd vanuit de niet oordelende en open houding van de moderator.

Aangezien elke burgertop werd georganiseerd in de lokale taal waar de top plaatsvond, waren de moderatoren voor elke sessie ofwel moedertaalsprekers ofwel meertaligen. De selectie van de moderatoren was niet alleen gebaseerd op hun talenkennis, maar er werd ook verwacht dat ze een goed inzicht hadden in het doel en de structuur van het project, hun rol als moderator en de methodologie van de burgertop. De moderatoren waren meestal professionals uit de gezondheidszorg, academici uit aanverwante disciplines (bv. sociologie, psychologie), vrijwilligers en leden van EPECS.

Indien de moderatoren nog geen voorafgaande opleiding hadden genoten of ervaring hadden met het modereren van groepsdiscussies, kregen zij een specifieke opleiding over de technieken van het modereren in verband met de onderwerpen van de topbijeenkomsten (in het Engels of in het Duits). Deze opleiding werd gegeven door een extern bureau dat gespecialiseerd is in de opleiding van opleiders. Tijdens deze opleiding leerden de moderatoren hoe zij een rondetafelgesprek moesten modereren en hoe zij met allerlei situaties moesten omgaan: bijvoorbeeld hoe om te gaan met de stillere deelnemers, of de net spraakzamere deelnemers, of met agressie, verdriet, enzoverder? De organisatoren van het project gaven de moderatoren achtergrondinformatie over het project, de structuur van de burgertop, ondersteunende vragen en instructies over hoe ze een discussie op een positieve en constructieve manier op gang konden brengen en houden.

De moderatoren maakten tijdens elk rondetafelgesprek omvangrijke aantekeningen, waarna de verslaggevers op basis van die aantekeningen dit eindverslag schreven.



2. Methodologie



2.5 De burgertop als methode

Een burgertop is een waardevol instrument om een diepgaande discussie met burgers mogelijk te maken. Het biedt burgers de kans hun verhaal te vertellen en stelt professionals en beleidsmakers in staat relevante informatie te verzamelen. Tijd nemen om naar burgers te luisteren en hun ervaringen serieus te nemen, is een uiting van de wens van beleidsmakers en onderzoekers om burgers als gelijkwaardige belanghebbenden te zien en niet louter als een groep mensen die iets “ondergaan”. Hierdoor wordt de impact van beleid en institutioneel functioneren zichtbaarder en tastbaarder. De uitkomsten van Burgertops maken de impact van beleid zichtbaar en stellen professionals in staat beter beleid te maken, aangezien er mogelijk zaken naar boven komen die niet eerder overwogen waren. Er zijn echter ook beperkingen waarmee rekening moet worden gehouden, zowel in dit project als voor de toekomst:

- Hoewel een representatie van de samenleving wordt nagestreefd, is het niet altijd mogelijk dit te realiseren. Omdat burgers op vrijwillige basis deelnemen, is men afhankelijk van de bereidheid tot deelname. Dit geeft uiteraard geen garantie op een representatieve vertegenwoordiging van de samenleving.
- De COVID-19 situatie maakte het in dit project onmogelijk om fysieke Burgertops te organiseren. Dat betekende dat het niet voor iedereen altijd gemakkelijk was om deel te nemen, omdat daarvoor toegang tot een digitaal communicatieplatform als Zoom nodig was.
- Digitale bijeenkomsten kennen enkele uitdagingen. We merkten dat het voor burgers gemakkelijk was om niet op te dagen, ook al hadden ze zich vrijwillig aangemeld. Het “no show” percentage aan het eind van de reeks Burgertops was vrij hoog.
- Gezien het aantal burgers dat heeft deelgenomen, werd de vraag gesteld of deze participatieve aanpak verder kan worden verfijnd of aangepast om meer input van burgers te krijgen.
- Bovendien werd een algemeen gevoel van “COVID-19-moeheid” ervaren door zowel de organisatoren als de moderatoren. Het is niet duidelijk of dit gevoel terecht was, maar de participatiegraad daalde duidelijk met elke volgende burgertop.

3. Resultaten

Het behoeft geen verdere uitleg wanneer we zeggen dat COVID-19 een impact heeft gehad op ieders leven. Niet alleen op ieders privé-leven, maar ook op ieders beroepsleven. In dit hoofdstuk gaan we daar dieper op in. We vroegen de deelnemers welke invloed COVID-19 heeft gehad op hun lichamelijke en geestelijke gezondheid, hun dagelijks leven, hun sociale leven en hun werk, vooral in een grensregio.

De resultaten van elk onderwerp worden afzonderlijk gepresenteerd en waar mogelijk zijn directe citaten van deelnemers, anoniem, in kaders geplaatst.

Zoals gezegd gaat het om de meningen en ervaringen van burgers: er is geen goed of fout. De belangrijkste doelstellingen waren een luisterend oor te bieden en waardevolle informatie te verzamelen. Het gaat om hoe deelnemers de pandemie waarnemen en ervaren en om het achterhalen van zaken uit het dagelijks leven.



3.1 COVID-19 en mijn leven

Zoals aangegeven, wilden we eerst weten welke impact COVID-19 op ieders leven had. Aangezien dit een brede open vraag is, hebben we subvragen gecreëerd die, indien nodig, in de kleine groepen konden worden gebruikt. Deze subvragen waren:

1. Heeft COVID-19 invloed gehad op uw lichamelijke en mentale gezondheid? Kreeg u voldoende medische behandeling en zorg?
2. Heeft COVID-19 uw sociale leven beïnvloed? Hebt u uw afspraken met anderen gewijzigd of afgezegd? Zijn uw persoonlijke contacten veranderd?
3. Bent u anders gaan winkelen en sporten?
4. Bent u in het afgelopen jaar naar het buitenland gereisd? Om welke reden? Heeft COVID-19 veranderd hoe vaak en om welke reden u naar het buitenland reist?

In de volgende paragrafen worden deze vragen vanuit het standpunt van de burgers besproken.

3. Resultaten



3.1.1 Lichamelijke en mentale gezondheid

Heeft COVID-19 invloed gehad op uw lichamelijke en mentale gezondheid?
Kreeg u voldoende medische behandeling en zorg?

Een meerderheid gaf aan dat zij veel stress ervaarden als gevolg van de pandemie. Deze stress werd veroorzaakt door de angst om besmet te raken en op de kans om dan voldoende verzorging te kunnen ontvangen. Bovendien hadden de deelnemers veel stress over de vraag of ze al dan niet COVID-19 hadden. Die stress nam toe als de gezondheid van de deelnemer al achteruit was gegaan of als hij/zij ouder was: stel dat ik COVID-19 krijg, zal ik het dan overleven? Moet ik anders gaan leven om geen COVID-19 te krijgen of om mijn gezondheid te versterken indien ik COVID-19 krijg?

En als ik COVID-19 krijg, krijgt een jonger iemand met COVID-19 dan voorrang?
Zullen ze denken dat ik te oud ben om behandeld te worden?

Er waren ook zorgen over het voortzetten van de zorg die ze al kregen of voor andere ziekten dan COVID-19. Zal ik de behandeling krijgen die ik nodig heb of zal iemand met COVID-19 voorrang krijgen? De reguliere zorg werd teruggeschroefd, dus voor veel deelnemers werd hun medische behandeling op een laag pitje gezet zodat COVID-19 patiënten konden worden behandeld. Dit veroorzaakte veel onzekerheid over hun eigen gezondheid op de lange termijn. Betekent uitstel dat de deelnemer te laat een behandeling krijgt? De deelnemers vermeldden echter dat in gevallen waarin zij dringend zorg nodig hadden, zij de behandeling en zorg kregen die zij nodig hadden.

Degenen die naar hun werk moesten, werden geconfronteerd met veel stress, zowel in verband met de kans om op het werk besmet te raken als in verband met de mogelijkheid dat zij op het werk niet over voldoende beschermingsmiddelen beschikten om besmetting te voorkomen.

Sommige deelnemers gaven ook aan dat de duur van de COVID-19 pandemie invloed had op hun mentaal welzijn. In het begin dacht men dat het snel voorbij zou zijn. De gezondheids-crisis was nieuw en er was een gevoel van saamhorigheid. Maar hoe langer de pandemie duurde en hoe meer de deelnemers de maatregelen als onduidelijk of onbegrijpelijk beschouwden, hoe slechter het mentaal welbevinden werd.

Verschillende deelnemers noemden het een soort moedeloosheid. Naar het ziekenhuis of de huisarts gaan was niet meer zo vanzelfsprekend. En eenmaal in het ziekenhuis of bij de dokter kon je gemakkelijk het gevoel krijgen dat je werd behandeld - zoals een deelnemer het uitdrukte - alsof je ebola had. Het gaat niet om een gebrek aan vriendelijkheid, maar om het letterlijk in een hokje gestopt en op afstand gehouden worden.

3. Resultaten

Het meest hartverscheurende was het feit dat je niet bij je geliefde kunt zijn tijdens de laatste momenten van hun leven. Van de deelnemers die dit hebben meegemaakt ervaren velen dit als traumatisch.

De onzekerheid maakt je kapot. Omdat je niet kunt zeggen: doe dit, zodat je het niet krijgt.

Mijn werk draaide hoe dan ook rond COVID-19, dus ik kon er niet aan ontsnappen, noch op het werk, noch privé. Dat maakte het erg moeilijk.

Veel studenten ervaren gevoelens van depressie. Studenten hebben een verandering van omgeving nodig om effectief te kunnen studeren, maar leren in groepjes was niet toegestaan.

Ik kan het niet meer aan en er is weinig solidariteit omdat niemand het aankan.

Na net een gruwel te hebben aanschouwd, konden we de volgende levensbedreigende aandoening zien aankomen.

Je denkt dat je onkwetsbaar bent en alles aankunt, tot je ontdekt dat onkwetsbaarheid een illusie is.

In de volgende paragraaf bespreken we het sociale leven tijdens COVID-19. Mentaal welzijn en sociaal leven werden vaak genoemd als nauw met elkaar verbonden.



3.1.2 Sociaal leven

Heeft COVID-19 uw sociale leven beïnvloed? Hebt u uw afspraken met anderen gewijzigd of afgezegd? Zijn uw persoonlijke contacten veranderd?

Het sociale leven veranderde voor iedereen: voor de meeste mensen werd het sociale leven minder, maar voor sommigen meer dan voor anderen. Je zag je familie en vrienden nauwelijks meer. Bovendien was het onmogelijk om zieke familieleden en vrienden te bezoeken, wat veel stress veroorzaakte. Velen vonden het erg moeilijk om hun kinderen, broers en zussen of kleinkinderen niet te kunnen zien. Sommige burgers spraken er zelfs over dat ze vervreemd waren geraakt van hun kleinkinderen omdat het zo lang duurde. Dit veroorzaakte veel stress en nog meer gevoelens van eenzaamheid.

3. Resultaten

Contact werd onderhouden via Whatsapp, facetime en Skype, maar dat is iets anders dan samen zijn. De deelnemers misten het omhelzen van elkaar heel erg. Een Nederlandstalige burger noemde het 'huidhonger' wat vertaald zou kunnen worden als 'huidverlangen' of 'aanrakingstekort'.

Een deelnemer zei dat ook de gesprekken waren veranderd: er was veel discussie over COVID-19 en of het er nu wel of niet was, en wie de 'schuldige' was. Sommigen ontdekten daardoor nieuwe lagen in hun vriendschappen, maar anderen waren gedwongen afscheid te nemen van vrienden vanwege verschillende opvattingen. In sommige gezinnen werd het een onderwerp dat vermeden moest worden om scheiding in 'kampen' te voorkomen. Het jongleren van werk, ontspanning en thuisonderwijs voor hun kinderen was niet altijd gemakkelijk voor de deelnemers, vooral als ze in een klein huis of appartement woonden of al verantwoordelijk waren voor de zorg voor een andere volwassene.

Ondanks de negatieve aspecten kwamen ook enkele goede aspecten naar voren. Een deelnemer zei dat ze merkte dat ze meer contact had via telefoon en computer, ook van onbekenden die haar hielpen. Zij ervaarde dit als positief. Plotseling hielpen je burens je of zelfs vreemden. Mensen kregen briefjes in hun brievenbus waarin ze hun hulp aanboden als dat nodig was, om boodschappen te doen bijvoorbeeld. Verder gaf een deelnemer uit Belgisch Limburg aan dat er veel mooie projecten van start gingen, zoals een project waarbij kleine kinderen gingen schilderen voor ouderen, of scouts die boodschappen gingen doen voor ouderen.

Sommige deelnemers vermeldden dat het een positief effect had op hun relatie: de koppels zagen elkaar anders en brachten meer tijd samen door.

Afscheid moeten nemen via een scherm of telefoon: de afstand kan niet groter zijn. Iemand sterft alleen. Het gemis dat je voelt omdat je dat niet kunt...traumatiserend tot op de dag van vandaag.

Het treft iedereen, iedereen is voorzichtiger, veel eenzamer.

Niet meer in staat zijn om je kinderen en kleinkinderen in je armen te houden.... Het doet iets met je.

Mijn Belgische familie kon niet naar de begrafenis komen: dat was zeer confronterend en heeft een enorme impact gehad.

Veel vriendschappen verschoven of verdwenen.

3. Resultaten

Gelukkig konden mensen die je irriteren je niet bezoeken.

Je leert ineens je burens kennen.

Digitalisering en het moeten aanschaffen van voorraden hebben mijn kennis over veel nieuwe dingen vergroot. Er zijn prachtige netwerken ontstaan.

Ik mis mijn vroegere leven niet: ik hou van de rust en de stilte van de stad, hoewel het in het begin een beetje onrustig was.

Je wordt je meer bewust van de natuur.

Je moet je gedrag en je sociale leven veranderen omwille van de risico's, niet omwille van de regels.

De hele tijd samen zijn onder hetzelfde dak. Geen tijd om te ontspannen, geen tijd voor jezelf.

In de volgende paragraaf bespreken we of de deelnemers hun winkel- en bewegingsgedrag hebben veranderd.



3.1.3 Winkelen en sporten

Bent u anders gaan winkelen en sporten?

Boodschappen doen was voor de meeste deelnemers niet meer zo leuk, en ze ontwikkelden nieuwe manieren om boodschappen te doen: online of zo snel mogelijk en ook minder vaak (van een paar keer per week naar één keer per week) en 's ochtends vroeg om de drukke uren te vermijden. Naar eigen zeggen hamsterden de deelnemers niet echt. Ze dachten wel na over de hoeveelheid eten en drinken in hun huis voor het geval ze plotseling met COVID-19 geconfronteerd zouden worden. Als ze plotseling in quarantaine moesten, dan vonden velen dat ze genoeg eten in huis moesten hebben, zodat ze niet afhankelijk hoefden te zijn van andere manieren om aan voedsel te komen.

De meerderheid gaf aan minder te bewegen als gevolg van COVID-19, hoewel sommigen doelgerichter zijn gaan bewegen (lopend of fietsend naar de supermarkt). Vóór COVID-19 dacht bijna niemand na over wat men wel of niet kon doen. Door COVID-19 beschouwt

3. Resultaten

men veel van de dingen die vroeger vanzelfsprekend waren, niet meer als vanzelfsprekend. Het gaat dan bijvoorbeeld om naar een buurland gaan en uit eten gaan. Sportscholen werden plotseling gesloten, en er moesten alternatieven worden gevonden voor zwemmen, fitness en voetbal. Dingen die zij vaker deden, waren wandelen of fietsen.

Het maakte de deelnemers ook creatiever. Een van de deelnemers is bijvoorbeeld een groentetuin begonnen.

Omdat ik alleen boodschappen kan doen met een sociaal werker en met een gezichtsscherm op, ben ik nu beperkt tot de enige supermarkt die dit accepteert.

Ik heb veel minder geld uitgegeven. Ik plan mijn boodschappen nu ook: één keer per week en ik doe geen impulsieve aankopen meer.

Ik heb niet langer de behoefte om te gaan winkelen.

In de volgende paragraaf wordt besproken of de mensen nog steeds naar het buitenland reisden.



3.1.4 Reizen naar het buitenland

Bent u in het afgelopen jaar naar het buitenland gereisd? Om welke reden? Heeft COVID-19 veranderd hoe vaak en om welke reden u naar het buitenland gaat?

De meesten gingen niet naar het buitenland, terwijl anderen het aantal reizen beperkten. Er werd een onderscheid gemaakt tussen reizen met het oog op vakantie en reizen voor alledaagse doeleinden. Enkelen reisden naar het buitenland omdat zij producten nodig hadden die net over de grens konden worden gekocht; dit omvatte ook zaken als gas en levensmiddelen. Een deelnemster gaf aan dat zij zich een smokkelaar voelde omdat zij niet van België naar Duitsland mocht gaan om boodschappen te doen. Maar omdat de boodschappen daar veel goedkoper zijn, deed ze daar toch haar boodschappen. Met de kinderen ging ze te voet de grens over. Terug aangekomen bij hun auto, stopten ze alles onder hun stoelen.

Daarnaast bezochten de deelnemers familieleden en vrienden, niet alleen voor de gezelligheid maar ook uit noodzaak. Deelnemers beschouwden het helpen van hun ouders die in het buurland wonen niet als reizen, maar als het verlenen van informele zorg. Dit niet kunnen doen vanwege de gesloten grenzen werd als stressvol ervaren voor beide betrokken partijen.

3. Resultaten

Maar hoewel dit soort dagelijkse reizen niet als echt 'reizen' werden beschouwd, beperkten de deelnemers het reizen wel zoveel mogelijk. De meesten van hen zagen af van reizen met het doel op vakantie te gaan. Veel deelnemers annuleerden hun vakantie of onderbraken hun vakantie. Het was moeilijk om thuis te komen: sommigen slaagden erin via omwegen. De weinigen die wel op vakantie gingen, hielden zich strikt aan de regels.

Ik mis de vakanties heel erg. Niets doen thuis voelt anders dan niets doen in het buitenland.

Het ergste was de sluiting van de grenzen: daardoor werd het woon-werkverkeer bemoeilijkt, was het niet mogelijk familie te bezoeken of boodschappen te doen, alles werd erdoor beïnvloed.

Het doorzoeken van je auto als je de grens tussen Nederland en België was overgestoken, was een extreme vorm van controle.

*Plotseling speelden de grenzen weer een rol.
In het ene land moest je nog een mondkapje dragen en in het andere land niet.
Het was een heel vreemde situatie. Je werd gecontroleerd als je van Nederland naar Duitsland reisde, maar als je van Duitsland naar Nederland reisde werd je niet gecontroleerd.*



3.2 COVID-19 gerelateerde informatie en nationale maatregelen

De perceptie van COVID-19 door de deelnemers hing in grote mate af van de inhoud van de gepresenteerde informatie en de wijze waarop deze werd gepresenteerd. De algemene vraag die werd gesteld was:

Hoe hebben zij informatie gevonden over nationale bestrijdingsmaatregelen met betrekking tot COVID-19 in hun eigen land en in de buurlanden, en hoe hebben zij deze informatie ervaren.

De vragen die als leidraad dienden voor de bespreking van dit onderwerp waren de volgende:

1. Hebt u voldoende informatie gekregen over COVID-19?
Was u in staat om de COVID-19-maatregelen toe te passen en te volgen?
(Gemakkelijk/moeilijk?)

3. Resultaten

2. Heeft het nationale beleid ertoe geleid dat u uw lidmaatschap van verenigingen heeft gewijzigd of opgezegd? Welke invloed heeft dit gehad?
3. Bent u op de hoogte van de COVID-19-maatregelen in de buurlanden en weet u waar u deze informatie kunt krijgen? Houdt u er rekening mee wanneer u naar een ander land reist? Persoonlijke ervaring, bv. geweigerd worden in een ander land?

De standpunten van de deelnemers over dit onderwerp worden in de volgende subparagraaf beschreven.



3.2.1 Informatie

Hebt u voldoende informatie gekregen over COVID-19? Was u in staat om de COVID-19-maatregelen toe te passen en te volgen? (Gemakkelijk/moeilijk? Problemen?)

De meerderheid gaf aan dat zij een overvloed aan informatie hadden ervaren, die soms tegenstrijdig was. Sommige Duitse deelnemers vonden echter dat zij door hun nationale regering niet voldoende waren geïnformeerd. Anderen vonden dat de door het land verstrekte informatie zeer goed was.

De deelnemers zagen vooral tegenstrijdigheden tussen overheidsbronnen en de pers. Zij vonden dat de media overdrijven en op sensatie uit zijn. Anderen zeiden dat de eisen onduidelijk waren: waarom moet je je handen wassen, etc? Sommige deelnemers gaven aan dat er meer vertrouwen moet zijn in de specialisten van COVID-19: zij moeten weten hoe het gaat lopen. En sommigen merkten op dat een beslissing op nationaal niveau werd genomen, maar op Vlaams niveau weer werd gewijzigd. Verder was het erg verwarrend dat elk Europees land andere regels had: dit zorgde voor onzekerheid en verminderde het vertrouwen in het eigen interne beleid.

Het was vooral moeilijk voor mensen die niet gewend waren dingen op te zoeken op internet en teksten van hun regering te lezen.

De overheid had eerder gebruik moeten maken van influencers, zodat degenen die hun informatie alleen van sociale netwerken krijgen, goede redenen vinden om zich te laten vaccineren.

Omdat de regels voortdurend werden veranderd, bijna wekelijks, waren zelfs de professionals soms onduidelijk. De deelnemers merkten dit, want als zij ergens navraag deden, kregen zij

3. Resultaten

nog meer onduidelijke antwoorden of gewoon het antwoord “Ik weet het ook niet meer!”.

Er was echter een klein verschil in de mening van de Nederlanders, Duitsers en Belgen over de informatieverstrekking: de Belgen waren over het algemeen vrij tevreden, terwijl de Nederlanders veel kritischer waren.

De communicatie verliep via twee GGD'en (Brabant en Zuid-Limburg) en dat was verwarrend. Het leek alsof de twee processen langs elkaar heen liepen.

De maatregelen werden niet altijd goed gecommuniceerd, wat vaak tot wanhoop leidde. Het werd me duidelijk dat gezondheid geen EU-onderwerp is.

Europa had vanaf het begin de paraplu moeten openen en moeten zeggen: wij gaan dit op Europees niveau regelen, en dit is de basisstructuur voor iedereen van waaruit wij zullen vertrekken.

Ik voelde me in de steek gelaten door het gebrek aan leiderschap.

Meldingen over COVID-19 verschenen automatisch op het scherm van een echtpaar via nieuwsapps. Na een tijdje distantieerden ze zich van de vele meldingen. Te veel is te veel...



3.2.2 Lidmaatschap van verenigingen

Heeft het nationale beleid ertoe geleid dat u uw lidmaatschap van verenigingen heeft gewijzigd of opgezegd? Welke invloed heeft dit gehad?

De antwoorden waren zeer uiteenlopend: sommigen zegden lidmaatschappen op, terwijl anderen - uit piëteitsoverwegingen - niets opzegden. Sommige deelnemers gingen meer vrijwilligerswerk doen. Anderen waren bewuster bezig met vermijding en hun eigen gezondheid, en weer anderen die het gewoon loslieten. Veel werd online gedaan of buitenshuis waar ze meer ruimte voelden.

Een deelnemster vermeldde dat sommige van de verenigingen waarvan zij lid was, te lijden hadden onder COVID-19: de grootste vereniging moest zelfs haar deuren sluiten.

Ik ben lid van het carnaval en de thuisclub en ik zou nooit mijn abonnement opzeggen omdat zij afhankelijk zijn van bijdragen.

3. Resultaten



3.2.3 COVID-19 en reizen

Bent u op de hoogte van de COVID-19-maatregelen in de buurlanden en weet u waar u deze informatie kunt krijgen? Houdt u er rekening mee wanneer u naar een ander land reist? Persoonlijke ervaring, bv. geweigerd worden in een ander land?

Ook het reizen naar het buitenland werd in een vorige paragraaf vermeld. Deze vraag had echter specifiek betrekking op de vraag of de deelnemers die wel naar het buitenland gingen, informatie konden inwinnen over COVID-19-maatregelen in de buurlanden.

De meesten van hen gaven aan dat zij ofwel niet naar de buurlanden gingen, ofwel wisten waar zij informatie konden vinden. Enkelen hadden problemen omdat een zone plotseling van kleur veranderde: wat te doen als je er al bent of als je van plan bent diezelfde dag nog te vertrekken. Zij vonden dat deze informatie beter had kunnen worden gecommuniceerd. Een kleinere groep vond het moeilijk landen specifieke informatie te vinden die actueel was.

Veel deelnemers vonden het moeilijk om op de hoogte te blijven van de steeds veranderende regels in hun eigen land, laat staan in de buurlanden.

Lang leve Facebook. Daar heb ik vandaag veel informatie vandaan gehaald.



3. Resultaten



3.3 COVID-19 en de gezondheidszorg?

Een van de belangrijkste onderwerpen die steeds weer terugkwam, ongeacht de fase waarin de pandemie zich bevond, was de belasting van het gezondheidszorgstelsel en de gevolgen die dit had voor individuele deelnemers die van het gezondheidszorgstelsel gebruik moesten maken. Dit was dan ook het onderwerp van het derde deel van de discussies met de deelnemers:

Hoe hebben de deelnemers de gezondheidszorg tijdens de pandemie ervaren en wat zijn hun meningen over de gezondheidszorg.

Om inzicht te krijgen in wat dit voor de deelnemers betekende, werden de volgende deelvragen met hen besproken:

1. Aarzelde u om contact op te nemen met een arts? Bezoekt u gewoonlijk uw huisarts of het ziekenhuis? Is dit veranderd? Zoekt u vaker of minder vaak gezondheidszorg? Waarom?
2. Wat is uw relatie met en/of uw mening over de medische zorg?
3. Hoe ziet u de zorgverleners, wat zij leveren en hoe zij worden gewaardeerd? Wat denkt u dat de toekomst voor de gezondheidszorg in petto heeft?
4. Wat ziet en ervaart u met betrekking tot gelijke toegang tot de zorg?
5. Wat vindt u ervan als u naar een ziekenhuis in een buurland wordt overgebracht? Zou u liever in uw eigen land blijven, ook al is het veel verder weg?

De standpunten van de deelnemers worden in de volgende subparagrafen beschreven.



3.3.1 Gebruik van het gezondheidszorgsysteem

1. Aarzelde u om contact op te nemen met een arts? Bezoekt u gewoonlijk uw huisarts of het ziekenhuis? Is dit veranderd? Zoekt u vaker of minder vaak gezondheidszorg? Waarom?

De meerderheid gaf aan dat de normale zorg werd uitgesteld: jaarlijkse gynaecologische controle, tandartsafspraken, enz; maar voor sommigen ging deze zorg gewoon door. Sommigen benaderden hun huisarts niet omdat de huisarts het al zo druk had of omdat

3. Resultaten

de huisarts moeilijk te bereiken was. Een deelnemer vertelde dat een gewone patiënt moest uitwijken voor een COVID-19 patiënt. Het leek alsof kanker ineens niet meer “bestond”. Een andere opmerking was dat er weinig informatie werd gegeven over de gevolgen van uitstel van operatie en zorg. Men was bang voor de mogelijke gevolgen. Sommigen wilden niet naar het ziekenhuis uit angst COVID-19 op te lopen. Zij hadden verhalen gehoord van bekenden die getroffen waren. Een van de deelnemers, die huisarts is, zag het aantal afspraken in zijn praktijk met maar liefst 90% afnemen. Aan de andere kant explodeerde het aantal vragen via de telefoon, Whatsapp etc. Onzekerheid was hier een groot probleem, en dat veranderde tijdens de COVID-19-periode. Als het ging om het niet terecht kunnen in het ziekenhuis of als de zorg vertraging opliep, waren burgers aan het begin van de pandemie veel begripvoller dan een jaar later.

Vermijd die plaatsen als het niet echt nodig is.

Ik heb nooit geweigerd te gaan of een patiënt te zien, maar veel van mijn collega's weigerden patiënten en verlieten hun post. Ze waren bang.



3.3.2 Ervaringen met medische zorg

Wat is uw relatie met en/of uw mening over de medische zorg?

De deelnemers waren verdeeld over het onderwerp medische zorg. Sommigen waren zeer positief en hadden vertrouwen in het personeel. Anderen voelden zich in de steek gelaten: zij kregen weinig hulp en moesten veel dingen zelf uitzoeken. De afstand tot elkaar en tot het personeel werd als problematisch ervaren. Een deelnemer zei dat de term “corona-slachtoffer” misplaatst is. We hebben het toch ook niet over slachtoffers van kanker? Andere ziekten zijn net zo erg. Een andere deelnemster zei dat zij veel zelf heeft moeten betalen, terwijl eerst haar mondmaskers werden vergoed vanwege haar geestelijke toestand, is het nu anders: zij kan nu 100 mondmaskers per maand kopen, terwijl er vroeger zelfs in ziekenhuizen niet genoeg waren.

3. Resultaten



3.3.3 Waarde en toekomst van de gezondheidszorg

Hoe ziet u de zorgverleners, wat zij leveren en hoe zij worden gewaardeerd?
Wat denkt u dat de toekomst voor de gezondheidszorg in petto heeft?

Alle deelnemers zeiden hetzelfde, namelijk dat er in het begin veel aandacht was voor de zorgmedewerkers, maar dat dit snel vervaagde. Veel deelnemers vonden de loftuitingen aan het adres van het zorgstelsel en zijn medewerkers overdreven. Zij verdienen wel erkenning en waardering, maar de verheerlijking was overdreven. Zij hebben meer waardering van de overheid nodig: in termen van werkdruk en financiële waardering.

Zorgpersoneel moet te lang werken, is oververmoeid en onderbetaald. Dit wordt als zeer slecht beschouwd. Het is vragen om een burn-out.

De financiële compensatie die aan de zorgwerkers was beloofd, is ofwel nog niet uitbetaald, ofwel is het een brutobedrag, zodat zij zeer onbeduidend is. Een deelnemer noemde het een “hou je mond en wees stil”-cadeau.

Het beroep was al onaantrekkelijk voor schoolkinderen, maar men vreest dat dit de zaak nog erger heeft gemaakt. Ook het initiatief om waardering te tonen voor zorgpersoneel werd aanvankelijk als positief ervaren, maar wat heeft het voor zin als niemand zich aan de regels houdt?

Een grote uitdaging in de toekomst zal de geestelijke gezondheidszorg zijn. Tijdens de COVID-19-periode was deze voor veel mensen ontoegankelijk en COVID-19 zelf had ook een enorme impact op de geestelijke gezondheid van sommige mensen: er waren veel ontslagen, mensen konden geen afscheid nemen van dierbaren, kinderen groeien op met mondklappers, enz.

Het beroep van zorgverlener moet weer aantrekkelijk worden.

Vrienden die in de gezondheidszorg werken, maken zich zorgen over hoe het zal zijn als ze zelf oud zijn, er zal niet genoeg personeel zijn.

Ik voel respect en medelijden voor zorgverleners.

3. Resultaten



3.3.4 Gelijke toegang tot de zorg

Wat ziet en ervaart u met betrekking tot gelijke toegang tot de zorg?

Sommige deelnemers gaven aan dat voordat COVID-19 plaatsvond, er zeker sprake was van gelijke toegang tot zorg. Kijkend vanuit een breder perspectief en niet alleen naar COVID-19, gaven sommigen ook aan dat mensen met lichamelijke beperkingen het moeilijk vonden om toegang tot zorg te krijgen. Dit had deels te maken met wachtlijsten, maar ook met het feit dat COVID-19 geen tekenen van ophouden vertoonde. Verrichtingen werden daarom afgelast.

Een deelnemer zei dat er in België een verschil is in toegang tot de gezondheidszorg: wie het zich kan veroorloven sluit een goede hospitalisatieverzekering af en krijgt goede specialisten; anderen kunnen alleen de basiszorg betalen.

Een andere deelnemer gaf aan dat gelijke toegang bestaat voor mensen die weten hoe ze die moeten vinden. “We hebben te maken met snelle veranderingen, veel aanpassingen, nieuwe regels. Je moet kunnen omgaan met snelle veranderingen en deze moeten gepaard gaan met duidelijke instructies”.

Nog een andere burger gaf aan dat er geen gelijke toegang tot zorg bestaat: weinig artsen komen tegenwoordig aan huis, wat een probleem is voor ouderen; en veel artsen hebben niet meer voldoende tijd voor hun patiënten, zodat zij eerder geneigd zijn medicijnen voor te schrijven dan, bijvoorbeeld, fysiotherapie.

Gelijke toegang tot zorg wordt sterk beïnvloed door de manier waarop de verzekering in een land is geregeld. Zelfstandigen vallen soms door de mand, en hetzelfde geldt voor daklozen en asielzoekers.

Sommige Duitse deelnemers zeiden dat ongelijkheid altijd zal blijven bestaan omdat de gezondheidszorg wordt gedekt door overheidsverzekeringen en particuliere verzekeringen. In Nederland daarentegen wordt iedereen hetzelfde behandeld als hij in het ziekenhuis ligt.

Een Nederlandse deelnemer zei dat een lage sociaaleconomische status verband houdt met een slechte gezondheid. Mensen met een uitkering gaan niet naar de tandarts omdat het te duur is, dus dit is iets dat niet alleen met COVID-19 te maken heeft. Zij zijn zich hiervan bewust, zelfs in “normale” tijden.

3. Resultaten



3.3.5 Overbrenging naar een buurland

Wat vindt u ervan als u naar een ziekenhuis in een buurland wordt overgebracht?
Zou u liever in uw eigen land blijven, ook al is het veel verder weg?

Bijna alle deelnemers gaven aan dat als het nodig is voor hun gezondheid, het niet uitmaakt of ze in hun eigen land worden behandeld of in een buurland of nog verder weg. Als je erg ziek bent, beslist de dokter wat het beste is. Het is belangrijk rekening te houden met de taal en de afstand. Kunnen communiceren met het medisch personeel is essentieel, dus gaf één persoon aan dat hij liever in Maastricht dan in Luik behandeld zou worden vanwege de taalbarrière. Een ander gaf aan dat Düsseldorf wel te doen is, maar dat er landen zijn waar de deelnemer liever niet naartoe gaat. Een enkeling gaf aan dat dergelijke overplaatsingen door de ziekenhuizen zelf geregeld moeten worden, die ook rekening moeten houden met de taalkwestie. Een ander gaf aan dat “taal en inlevingsvermogen” samengaan, zodat het soms moeilijk is als je niet in je woonland wordt behandeld.

Mensen zeiden soms dat afstand een probleem kon zijn. Een locatie het dichtst bij huis heeft altijd de voorkeur. Op die manier ben je dicht bij huis, en is het voor je familie makkelijker om op bezoek te komen. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld aan dat het een probleem zou zijn als het om de eigen kinderen zou gaan, omdat de afstand dan te groot zou zijn. Een andere deelnemer zei dat toen zij in het buitenland gewond was geraakt, zij erop stond dat zij naar haar land van verblijf werd teruggebracht.

Een deelnemer merkte op dat in de landen rondom Nederland het risico op MRSA-besmetting (ziekenhuisinfectie) groter is en dat je in Nederland in quarantaine moet voor postoperatieve zorg. Dat is iets om over na te denken.

Het gaat om de keuze tussen leven of dood. Heel eenvoudig. Alles wat gedaan moet worden, moet gedaan worden, zelfs als dat betekent dat ik naar de andere kant van de wereld moet reizen.

Ik ging vrijwillig naar een ziekenhuis in Malta na te veel uitstel van zorg in België.

Ik heb er nooit aan gedacht. Maar als ik moet, zou ik het doen en mijn familie zou het accepteren.

3. Resultaten



3.4 Vaccinatieprobleem

Tijdens het vervolg van de Burgertops werd vaccinatie steeds meer een thema. Daarom werd na twee Burgertops besloten om dit onderwerp in de resterende Burgertopsop te nemen. Vooral omdat de landen veel moeite deden om zoveel mogelijk mensen te laten vaccineren. De vraag die we stelden was dan ook:

Wat zijn uw gedachten over de verschillende vaccinatiestrategieën en in welke mate bent u bereid u tegen COVID-19 te laten vaccineren?

De deelvragen die aan dit onderwerp ten grondslag lagen, zijn:

1. Wilt u gevaccineerd worden, bent u gevaccineerd, of weet u wanneer u gevaccineerd zult worden? Indien u gevaccineerd bent, hoe was uw ervaring met het hele vaccinatieproces, vanaf het moment dat u de uitnodiging ontving tot het einde van de vaccinatie?
2. Hoe zit het met de bijwerkingen van de vaccinatie?
3. Vindt u dat vaccinatie verplicht moet worden gesteld voor bepaalde beroepen, bijvoorbeeld in de gezondheidszorg, de horeca en het onderwijs? Zou u het zelf aanvaarden?

Deze afzonderlijke vragen worden in de volgende paragrafen behandeld.



3.4.1 Vaccinatie of niet

Wilt u gevaccineerd worden, bent u gevaccineerd, of weet u wanneer u gevaccineerd zult worden? Indien u gevaccineerd bent, hoe was uw ervaring met het hele vaccinatieproces, vanaf het moment dat u de uitnodiging ontving tot het einde van de vaccinatie?

De meeste mensen zeiden dat zij (gedeeltelijk) waren gevaccineerd. De reden die vaak werd gegeven om in te stemmen met vaccinatie was om niet ziek te worden, anderen niet ziek te maken, en ook om zijn vrijheid terug te krijgen.

Het hele proces van vaccineren in het vaccinatiecentrum werd als zeer prettig ervaren, en zeer goed georganiseerd. Eén deelnemer, die huisarts is, gaf echter aan dat hij overstelpt werd met vragen over de vaccins en de procedure. Hij vond het jammer dat hij niet kon meebeslissen over deze praktische zaken.

3. Resultaten

Ook werd de opmerking gemaakt dat de overheid eerder en adequater had moeten ingrijpen in verband met nepnieuws. Zij had eerder een beroep moeten doen op influencers die actief zijn op sociale media, want ook tegenstanders zijn actief op sociale media. Het gevolg was dat de verspreiding van de juiste informatie kromp, terwijl de verspreiding van de verkeerde informatie toenam.

Het maken van een afspraak voor vaccinatie was soms moeilijk, vaak als gevolg van slechte communicatie.

Voor sommige deelnemers creëerde het al dan niet vaccineren ook een onwenselijke wij/zij-cultuur. Een deelnemster zei dat haar vriendschap met haar beste vriend eindigde omdat hij tegen vaccinatie was, en zij ervoor was.

Sommige deelnemers twijfelden of ze zouden instemmen met vaccinatie. Verschillende dingen hebben hen uiteindelijk over de streep getrokken: het besef dat je vaak een reisvaccinatie aanvaardt zonder er zelfs maar over na te denken; iemand in je omgeving is misschien gestorven aan COVID-19 of heeft COVID-19 meegemaakt; je hebt misschien zelf COVID-19 meegemaakt; de impact van het hebben van COVID-19 of het niet gevaccineerd zijn op je sociale leven.

Vaccinatie geeft gemoedsrust.

Vaccinatie is de uitweg uit de crisis.



3.4.2 Bijwerkingen van vaccinatie

Hoe zit het met de bijwerkingen van de vaccinatie?

Sommige deelnemers hadden na de vaccinatie last van bijwerkingen zoals vermoeidheid, misselijkheid of pijn in de arm. Eén deelnemer lag twee dagen in bed.

Sommige deelnemers zeiden dat zij beter hadden moeten worden geïnformeerd over de bijwerkingen en anderen zeiden dat deze niet hadden mogen worden vermeld.

De communicatie over AstraZeneca was zeer slecht en leidde automatisch tot slechte associaties, ook al is het vaccin in feite veilig.

3. Resultaten

De weinigen die zich niet lieten vaccineren, zeiden dat ze dat niet zouden doen omdat er nog geen duidelijkheid was over de effecten op korte en lange termijn.

Ik had 1,5 dag koorts en hoofdpijn, en ik voelde me er goed bij, want het betekende dat mijn immuunsysteem reageerde.

Ik maakte me veel zorgen om mijn zoon: hij was 3 dagen ziek.



3.4.3 Verplicht

Vindt u dat vaccinatie verplicht moet worden gesteld voor bepaalde beroepen, bijvoorbeeld in de gezondheidszorg, de horeca en het onderwijs? Zou u het zelf aanvaarden?

De deelnemers vonden de vraag of vaccinatie voor bepaalde beroepen verplicht moet zijn, een moeilijke. Een Duitse deelnemer gaf aan dat het verplegend personeel veel te laat was gevaccineerd en dat de wetgeving op een verantwoorde manier verder moet worden ontwikkeld. Een andere deelnemer vond dat vaccinatie niet verplicht moet zijn, maar dat mensen ervan overtuigd moeten worden dat het goed is zich te laten vaccineren.

Als vaccinatie verplicht wordt, wat gebeurt er dan met degenen die niet gevaccineerd kunnen worden?



4. Conclusies en aanbevelingen

De volgende vragen waren leidend in de burgertoppen:

1. Hoe heeft COVID-19 de deelnemers beïnvloed: hun lichamelijke en geestelijke gezondheid, dagelijks leven, werk en sociale contacten, reizen?
2. Hoe hebben de deelnemers informatie gevonden over nationale bestrijdingsmaatregelen met betrekking tot COVID-19 in zijn/haar eigen land en in de buurlanden, en hoe hebben zij de uitvoering aangepakt?
3. Hoe hebben de deelnemers de gezondheidszorg tijdens de pandemie ervaren en wat zijn hun meningen over de gezondheidszorg?
4. Welke gedachten hebben zij over de verschillende vaccinatiestrategieën en in hoeverre zijn de deelnemers bereid zich tegen COVID-19 te laten vaccineren?

De belangrijkste conclusies op basis van deze vragen worden in dit hoofdstuk gepresenteerd. In de tweede paragraaf worden aanbevelingen gedaan. Daarbij wordt ook rekening gehouden met verschillen die al dan niet tussen de landen bestaan.



4.1 Conclusies

De belangrijkste conclusies van de Burgertops zijn:

1. Het wonen in een grensregio en het overschrijden van grenzen in het dagelijks leven in een Euregio werd door de autoriteiten niet echt in aanmerking genomen bij het plannen van hun infectiepreventiemaatregelen. Dit wekte de indruk dat de mensen in de grensregio's werden genegeerd. In de hoofden en dagelijkse gewoonten van burgers die in grensregio's wonen, wordt een grens vaak niet als een grens ervaren. Toen de grensverbindingen plotseling werden afgesneden, voelden de mensen die in een grensregio woonden zich extra beperkt in vergelijking met de mensen die in andere delen van het land woonden.
2. De deelnemers gaven uiting aan hun verbazing en zelfs irritatie over het feit dat de nationale regeringen onafhankelijk van elkaar hun eigen beslissingen hebben genomen, zonder rekening te houden met het grensoverschrijdende element. De deelnemers riepen op tot solidariteit tussen de EU-landen en coördinatie van de gezondheidsvoorschriften in de grensregio in plaats van verschillende maatregelen in elk land.

4. Conclusies en aanbevelingen

3. De ervaringen van de bewoners van de grensregio's vertonen talrijke overeenkomsten in de aangrenzende landen Nederland, Duitsland en België.
4. De perceptie van de gevolgen van het wonen in een grensregio verbeterde in de loop van de tijd naarmate de beperkingen binnen de grensregio's afnamen. Voor andere elementen van de pandemie veranderde de perceptie niet gedurende de periode waarin de Burgertops werden gehouden (voor en na de zomervakantie van 2021). Dit staat los van de vraag of er slechts enkele deelnemers waren of meer. Vanuit dit oogpunt waren de resultaten dus consistent.
5. De deelnemers misten het face-to-face contact, het dicht bij elkaar zijn. De meesten ervoeren op de een of andere manier een gevoel van eenzaamheid. En dit werd versterkt door het wonen in een grensstreek.
6. In tijden van crisis zoals COVID-19 hebben de mensen behoefte aan doeltreffend leiderschap, een begrijpelijke en tijdige (COVID-)strategie, die op haar beurt transparante en duidelijke communicatie vereist met de mensen in het algemeen en belanghebbenden in het bijzonder. Een doeltreffend COVID-beleid dat de mensen wenselijk vindt, beperkt zich niet tot de nationale grenzen, maar moet ook rekening houden met het grensoverschrijdende element.



4. Conclusies en aanbevelingen



4.2 Aanbevelingen

Enkele aanbevelingen die EPECS zou willen doen, na de burgers en hun ervaringen tijdens deze pandemie te hebben gehoord, zijn:

1. Het subsidiariteitsbeginsel, dat ervoor zorgt dat - zelfs tijdens pandemieën - het gezondheidsbeleid binnen de EU een nationale verantwoordelijkheid is, moet vergezeld gaan van nieuwe coördinatiemechanismen en regels die, gezien het feit dat 30% van de EU-bevolking in grensregio's woont, de EU-lidstaten rekening laten houden met de gevolgen van hun nationale beleid voor de grensregio's van hun land.
2. Afgezien van de ervaren en geuite wens om duidelijker en samenhangender informatie te krijgen over het nationale beleid van een land ten aanzien van de COVID-pandemie, is er behoefte aan aanvullende duidelijke informatie van de nationale regeringen om uit te leggen waarom en hoe het nationale beleid aansluit bij de grensregio's van het land.
3. Er moet speciale aandacht worden besteed aan burgers in grensregio's die in hun laatste dagen bij hun dierbaren willen kunnen zijn: ongeacht de COVID-19 risico's.
4. Een punt van aandacht dat EPECS wil uitdrukken: het gezondheidszorgsysteem in elk land wordt op de proef gesteld tijdens een pandemie. Aangezien de pandemie lang duurt, is werken in de gezondheidszorg zwaar en uitdagend. Het EU-beleid moet dit probleem aanpakken, werken in de gezondheidszorg promoten en jongeren in de EU uitnodigen om te studeren en te gaan werken in de gezondheidszorg.
5. De mensen verwachten ook een flexibel en doeltreffend gezondheidszorgsysteem waarbij ook aan de behoeften van andere patiënten dan COVID-19 patiënten wordt tegemoetgekomen, in plaats van deze te negeren. Dit zou kunnen worden gerealiseerd door bijvoorbeeld euregionale samenwerking binnen het zorgstelsel om de bestaande zorgcapaciteit op te schalen.
6. Aangezien 30% van de bevolking van de EU in een grensregio woont, maakt deze pandemie - dit virus - dat zich niets aantrekt van grenzen, eens te meer duidelijk dat grensregio's de EU een unieke kans bieden om haar cohesie te versterken, door een beleid te ontwikkelen dat de bevolking in grensregio's juist bij elkaar brengt en houdt.