

Ervaringen van patiënten die COVID-ic-opname overleefden: enquête naar psychische gevolgen

K. Berends, L. Claus, E. De Waele, C.L. Crunelle, F. Matthys, N. Vanderbruggen

- Achtergrond** De komende jaren kan de geestelijke gezondheidszorg te maken krijgen met patiënten die psychische klachten krijgen gerelateerd aan hun kritieke ziekte en intensivacare(ic)-opname wegens COVID-19. Ervaringen van deze patiënten werden tot op heden weinig gedocumenteerd.
- Doel** Inzicht verwerven in de ervaringen van patiënten met ic-opname wegens COVID-19.
- Methode** 19 patiënten met ic-opname wegens COVID-19 beantwoordden vier maanden na opname een schriftelijke enquête. Met screeningslijsten maten we psychische klachten en slaapstoornissen. Met visueel-analoge schalen (VAS'sen) maten we de invloed van de pandemische context en de levenskwaliteit. Een geschreven interview bracht patiëntervaringen in kaart. Kwantitatieve data werden descriptief geanalyseerd en kwalitatieve data thematisch.
- Resultaten** 50% van de deelnemers ervoer psychische klachten of slaapstoornissen. Een beperkt sociaal netwerk en media-aandacht voor COVID-19 bemoeilijkten het herstelproces van patiënten. 19% van de deelnemers ervoer een verminderde levenskwaliteit. Een zwak sociaal netwerk veroorzaakte gevoelens van hopeloosheid. Toch lieten patiënten een grote veerkracht zien.
- Conclusie** Hoewel de pandemische context uitdagingen stelt aan de revalidatie van COVID-ic-overlevenden, beschikken de meeste patiënten over voldoende veerkracht om hun ervaringen te integreren in hun leven. Het is dan ook belangrijk psychische klachten die optreden tijdens revalidatie niet te medicaliseren. Onze aandacht dient te gaan naar degenen met een zwak sociaal netwerk.

COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) wordt veroorzaakt door SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) en werd voor het eerst gerapporteerd in december 2019 in Wuhan, China. Op 11 maart 2020 erkende de Wereldgezondheidsorganisatie COVID-19 als een pandemie (Yu e.a. 2020). In België werden tussen 15 maart en 14 juni 2020 in totaal 17.628 patiënten ten gevolge van COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen. Op het moment dat de crisis een piek bereikte, verbleef iets meer dan 20% van de opgenomen patiënten met COVID-19 op de ic. Onder deze patiënten was de mortaliteitsratio 40% (Van Beckhoven e.a. 2020). Op de website van de Nederlandse Stichting Nationale Intensive Care Evaluatie is terug te vinden dat deze percentages in Nederland respectievelijk 21% en 34% bedroegen (<https://stichting-nice.nl/covid-19-publications.jsp>).

Patiënten die hun ic-opname overleefden, worden bij thuiskomst geconfronteerd met een langdurig fysiek en psychosociaal revalidatieproces, alsmede met de psychische impact van een ic-opname (Hanquet e.a. 2020). Bij 22 tot 57% van de ic-overlevenden blijkt de slaap langdurig verstoord (Altman e.a. 2017). In de SARS- en MERS-coronavirusuitbraken kreeg 30% van de ic-overlevenden klachten van depressie, angst of posttraumatische stress (Ahmed e.a. 2020). Verder is er internationale consensus om bij ic-overlevenden ook steeds ervaren daling in levenskwaliteit in kaart te brengen (Hanquet e.a. 2020). De komende jaren kan de geestelijke gezondheidszorg te maken krijgen met patiënten met psychische klachten gerelateerd aan hun ic-opname wegens COVID-19 (Hanquet e.a. 2020; Hatch e.a. 2020, Luykx e.a. 2020; Van de Kraats & Van Veen 2020). Het kan voor de hulpverle-

AUTEURS

Kinge Berends, arts in opleiding tot psychiater, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel).

Lukas Claus, arts in opleiding tot psychiater, VUB, UZ Brussel.

Elisabeth De Waele, professor en diensthoofd a.i. departement Intensieve Zorg (IZ), VUB, UZ Brussel.

Cleo Crunelle, professor en arts-neurowetenschapper, VUB, UZ Brussel.

Frieda Matthys, professor, VUB, UZ Brussel, psychiater.

Nathalie Vanderbruggen, professor en klinisch dienstverantwoordelijke afd. Psychiatrie, VUB, UZ Brussel.

Correspondentieadres

Kinge Berends, VUB, UZ Brussel, dienst Psychiatrie,

Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel, België.

E-mail: kingeberends@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-3-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):324-330

ner een voordeel zijn inzicht te hebben in de ervaringen van deze specifieke patiëntenpopulatie.

Een recente studie rapporteerde dat bij COVID-ic-overlevenden één maand na opname respectievelijk 11%, 9% en 6% van de patiënten klachten van depressie, angst en posttraumatische stress vertonen (Liu e.a. 2020). Een kwalitatieve studie naar patiëntervaringen tijdens COVID-ic-opname vond een grote mate van veerkracht bij patiënten. Daarnaast bleek de huidige pandemie een unieke situatie met zich mee te brengen. Patiënten werden geconfronteerd met hulpverleners in persoonlijk beschermingsmateriaal, kregen een verbod op bezoek, ontvingen veel informatie en mediaberichtgeving rond COVID-19 en dienden hun sociaal contact te beperken (Niuniu e.a. 2020).

Op het moment van schrijven zijn er echter geen studies bekend over de ervaringen op middellange termijn van patiënten die een ic-opname wegens COVID-19 overleefden. De opzet van onze studie was dan ook om met *mixed-methodsonderzoek* een beeld te krijgen van deze ervaringen. De opbouw en uitvoering van de studie werden gestructureerd rond de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Vinden we op middellange termijn psychische klachten bij COVID-ic-overlevenden? Zien we slaapstoornissen?
2. Hoe groot is de ervaren invloed van de pandemische context? Ervaren patiënten een daling in levenskwaliteit?
3. Wat zijn de ervaringen van COVID-ic-overlevenden? Welke copingmechanismen hanteren zij om met de stress van het revalidatieproces om te gaan? Hoe integreren zij hun ervaringen in het leven? Waar vinden patiënten emotionele steun?

METHODE

Studieopzet

Om vanuit een gedetailleerd onderzoek naar individuele ervaringen iets te kunnen zeggen over de ervaringen van de groep als geheel, is een homogene studiepopulatie vereist (Atkinson e.a. 2020). Uit de literatuur is bekend dat een ic-opname wegens COVID-19 plaatsvindt bij een redelijk homogene subpopulatie van de bevolking (COVID-ICU Group 2020). Daarom kozen wij in deze studie voor *convenience sampling*.

Om maximale deelname te bereiken, kozen we voor schriftelijke in plaats van persoonlijke of telefonische enquêtes. Om de betrouwbaarheid en de validiteit van resultaten te waarborgen, werd methodetriangulatie toegepast (Flick 2019). Met screeningslijsten brachten we psychische klachten en slaapstoornissen in kaart en met 5 visueel-analoge schalen (VAS'sen) brachten we de ervaren invloed van contextuele factoren in kaart. Met een zesde VAS brachten we ervaren daling in levenskwaliteit in kaart. Data uit screeningslijsten en VAS'sen werden descriptief geanalyseerd. Met een geschreven interview werden patiëntervaringen in kaart gebracht; de antwoorden werden thematisch geanalyseerd.

Geïnccludeerde patiënten

Patiënten die in de periode maart-mei 2020 werden opgenomen op de COVID-ic in het Universitair Ziekenhuis Brussel, ouder waren dan 18 jaar, en als moedertaal Nederlands, Frans of Engels spraken, kwamen in aanmerking voor de studie. Patiënten met neurologische aandoeningen werden geëxcludeerd wegens mogelijke moeilijkheden bij het invullen van de schriftelijke enquête.

Gedurende deze eerste coronagolf werden op de ic van het UZ Brussel 139 patiënten met COVID-19 opgenomen. Van deze groep overleden 43 patiënten (31%). Van de 96 overlevenden voldeden 91 aan de inclusiecriteria. Patiënten werden benaderd voor deelname via hun behandelend arts. 46 patiënten gaven akkoord voor deelname. Geïnccludeerde patiënten ontvingen per post een toestemmingsbrief en de schriftelijke enquête.

Tot op heden ontvingen we 19 ingevulde toestemmingsbrieven en enquêtes retour. De tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en het invullen van de enquêtes bedroeg gemiddeld 4 (SD: 1) maanden.

De studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB; B1432020000104) en alle deelnemers gaven vooraf *informed consent* voor deelname en inzage in hun medisch dossier.

Verzamelde data

Via een sociodemografische vragenlijst werden leeftijd, geslacht, opleiding, woon- en werksituatie en de aanwezigheid van een sociaal netwerk bij deelnemers geïnventariseerd. Uit het medisch dossier verkregen we opnameduur, noodzaak van beademing en de SAPS-II-waarden. De SAPS-II is een maat voor ernst van ziekte (*Simplified Acute Physiology Score II*; <https://clincalc.com/IcuMortality/SAPSII.aspx>).

Met screeningslijsten maten we psychische klachten en slaapstoornissen. De *Hospital Anxiety and Depression Scale* mat angst- en depressieklachten (HADS; Spinhoven e.a. 1997; Hanquet e.a. 2020). Met de PTSD Checklist for DSM-V maten we posttraumatische stresssymptomen (PCL-5; Ashbaugh e.a. 2015; Van Praag e.a. 2020) en met de *Insomnia Severity Index* slaapstoornissen (ISI; Morin e.a. 2011).

Aan elke screeningslijst werd een VAS van 10 cm toegevoegd om na te gaan of klachten reeds voor opname bestonden. Uit de literatuur is bekend dat VAS'sen valide en betrouwbare instrumenten zijn om depressie-, angst- en stressklachten, evenals slaapstoornissen in kaart te brengen (Williams e.a. 2010; Zisapel & Nir 2013; Dutheil e.a. 2017; Huang e.a. 2020).

Met vijf VAS'sen van 10 cm brachten we in kaart in welke mate de volgende contextuele factoren het psychisch welzijn beïnvloedden: 1. de media; 2. informatie over COVID-19 die patiënten te horen kregen; 3. het gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal van hulpverleners; 4. de onmogelijkheid tot bezoek in het ziekenhuis en 5. het beperkte sociale contact na opname. Met een zesde VAS werd ervaren daling in levenskwaliteit in kaart gebracht. Uit de literatuur is bekend dat een VAS een valide en betrouwbaar instrument is om ervaren levenskwaliteit te meten (de Boer e.a. 2004).

Met vier open vragen ten slotte vroegen we patiënten te schrijven over hun ervaringen. De volgende vragen kwamen aan bod:

1. Piekert u vaker of meer ten opzichte van de periode voor uw opname? Waarover piekert u dan?

2. Bent u angstiger ten opzichte van de periode voor uw opname? Zo ja, waarvoor?
3. Bent u prikkelbaarder? Schrikt u sneller of heftiger dan vroeger? Zo ja, kunt u hierover meer vertellen?
4. Heeft u sinds uw opname hulp gezocht wegens emotionele moeilijkheden? Zo ja, kunt u hierover meer vertellen?

Data-analyse

Gegevens uit de sociodemografische vragenlijst en medische dossiers werden descriptief geanalyseerd. Bij de analyse van de screeningslijsten berekenden we frequentiecijfers en percentages. Om te kunnen spreken van klinisch significante klachten werden de uit de literatuur bekende afkapwaarden gebruikt. Bij de HADS voor depressie is dat 10, bij de HADS voor angst 10, bij de PCL-5 33 en bij de ISI 14 (Spinhoven e.a. 1997; Morin e.a. 2011; Ashbaugh e.a. 2016). Bij de analyse van de VAS 'klachten voor opname' werden eveneens frequentiecijfers en percentages berekend. Hierbij gebruikten we per subklacht telkens een op de literatuur gebaseerde afkapwaarde van 7 (Williams e.a. 2010; Zisapel & Nir 2013; Dutheil e.a. 2017; Huang e.a. 2020).

Bij de VAS 'contextuele factoren' en 'daling in levenskwaliteit' kozen we naar analogie met het voorgaande telkens voor een afkapwaarde van 7.

De antwoorden uit het geschreven interview analyseerden we met een interpretatieve fenomenologische benadering. Deze kwalitatieve onderzoeksbenadering heeft als doel om vanuit een gedetailleerd onderzoek naar individuele ervaringen gemeenschappelijke thema's te extraheren die iets kunnen zeggen over de ervaringen van de groep als geheel (Atkinson e.a. 2020).

Alle data werden per patiënt geanalyseerd, gecodeerd en vervolgens werden eruit springende thema's geëxtraheerd. Bij soortgelijke antwoorden op een vraag binnen deze populatie gingen we bij de twee volgende deelnemers na of we nieuwe antwoorden vonden. Het volledige analytische proces werd ter verificatie voorgelegd aan een ervaren statisticus binnen het onderzoeksteam.

RESULTATEN

Studiedeelnemers

Door middel van de sociodemografische vragenlijst konden we een beeld vormen van de studiegroep. De gemiddelde leeftijd van de studiegroep was 57 (SD: 13) jaar. De studiegroep bestond uit 63% mannen en 37% vrouwen. Van de deelnemers gaf 68% aan samen te wonen met partner, familie of anderen. Emotionele of fysieke steun uit hun omgeving ervoeren respectievelijk 42% en 37% van de deelnemers. 21% van de patiënten ervoer zowel emotionele als fysieke steun. 42% van de deelnemers ervoer noch emotionele noch fysieke steun uit hun omgeving.

Respectievelijk 11%, 37%, 42% en 11% van de deelnemers hadden een diploma primair, secundair, hoger of

Tabel 1. Beschrijvende kenmerken van de studiedeelnemers (n = 19)

KENMERKEN	N (%) OF GEMIDDELDE (SD)
Leeftijd (jaren)	57 (13)
Geslacht	
Man	12 (63%)
Vrouw	7 (37%)
Socio-economische achtergrond	
Samenwonend	13 (68%)
Emotioneel steunsysteem	8 (42%)
Fysiek steunsysteem	7 (37%)
Hoger of universitair onderwijs	10 (53%)
Werkzaam op moment van studie	4 (21%)
Toegenomen verblijf thuis	17 (89%)

universitair onderwijs. Op het moment van deelname aan de studie was 21% van de deelnemers professioneel actief. 89% van de patiënten gaf aan meer tijd thuis door te brengen dan voor opname. Redenen hiervoor waren thuiswerk (5%), technische werkloosheid (5%), ziekte (26%) of overige redenen (32%). Een overzicht van de karakteristieken van de studiegroep wordt weergegeven in [tabel 1](#).

Duur en beloop COVID-ic-opnames

Uit de medische dossiers van de deelnemers bleek dat de ic-opname gemiddeld 11 (SD: 10) dagen duurde. 75% van de patiënten kreeg niet-invasieve ademondersteuning. 25% van de patiënten werd behandeld met invasieve mechanische beademing. De gemiddelde SAPS-II was 22 (SD: 10).

Psychische klachten en slaapstoornissen na opname

Uit de analyse van de screeningslijsten bleek dat 50% van de patiënten psychische klachten rapporteerde. 32% van de deelnemers scoorde ≥ 10 op de HADS voor depressie; 32% van de patiënten scoorde ≥ 10 op de HADS voor angst; 32% van de deelnemers scoorde ≥ 33 op de PCL-5 en 47% van de patiënten scoorde ≥ 14 op de ISI.

Uit de analyse van de VAS 'klachten voor opname' bleek dat 37% van de deelnemers aangaf voor opname reeds klachten te ervaren. 13% van de patiënten scoorde de VAS 'depressieklachten voor opname' ≥ 7 ; 26% van de patiënten scoorde de VAS 'angstklachten voor opname' ≥ 7 ; 13% van de deelnemers scoorde de VAS 'stressklachten voor opname' ≥ 7 en 21% van de deelnemers scoorde de VAS 'insomnia voor opname' ≥ 7 .

Invloed pandemie en ervaren daling levenskwaliteit

De analyse van de VAS'sen gaf een beeld van de ervaren invloed van de pandemische context en daling in levenskwaliteit. 6% van de patiënten vermeldde het persoonlijk beschermingsmateriaal van hulpverleners als een stressfactor te hebben ervaren. 63% van de deelnemers ervoer moeilijkheden met de onmogelijkheid van bezoek tijdens opname. 31% van de patiënten gaf aan dat de media en het ontvangen van informatie over COVID-19 een rol speelden in hun huidige mate van welbevinden. 69% van de deelnemers ervoer moeilijkheden met de beperkingen van sociaal contact na opname. 19% van de deelnemers ervoer een daling in levenskwaliteit. We geven een overzicht van klachten, ervaren invloed van contextuele factoren en ervaren daling in levenskwaliteit in [tabel 2](#).

Tabel 2. Klachten, ervaren invloed contextuele factoren en ervaren daling in levenskwaliteit bij patiënten die wegens COVID op ic waren opgenomen (n = 19)

MEETINSTRUMENTEN	N (%) OF GEMIDDELDE $\pm$ SD
Klachten post- en pre-IC (pre-IC = VAS ≥ 7)	
HADS D ≥ 10	6 (32%) < 2 (13%)
HADS A ≥ 10	6 (32%) < 5 (26%)
PCL-5 ≥ 33	6 (32%) < 2 (13%)
ISI ≥ 14	9 (47%) < 4 (21%)
Ervaren invloed contextuele factoren (VAS ≥ 7)	
Beschermingsmateriaal hulpverleners	1 (6%)
Onmogelijkheid bezoek in het ziekenhuis	12 (63%)
Informatie	6 (32%)
Media	6 (32%)
Beperkt sociaal contact	13 (68%)
Ervaren daling levenskwaliteit (VAS ≥ 7)	
↓ QOL	4 (19%)

IC = Intensive Care; VAS = Visual Analogue Scale; HADS D = Hospital Anxiety and Depression Scale for Depression; HADS A = Hospital Anxiety and Depression Scale for Anxiety; PCL-5 = PTSD checklist for Posttraumatic Stress Disorder for DSM V; ISI = Insomnia Severity Index; QOL = Quality of Life

Thematische analyse schriftelijke interviews

Bij het analyseren van de geschreven antwoorden, trad thematische saturatie op na analyse van de eerste 16 antwoorden. Uit deze analyse leidden we vier hoofdthema's af (zie tabel 3).

Het eerste hoofdthema bestond uit de ervaringen van de patiënten. Patiënten ervoeren hun verblijf op de ic als een extreme (of bijna-dood)ervaring waarin ze werden geconfronteerd met plotselinge lichamelijke achteruit-

gang en doodsangst. In de nasleep van hun verblijf op de ic bleven doodsangst en een toegenomen focus op lichamelijke ongemakken bestaan. Ook de angst om opnieuw besmet te worden vormde een belangrijk thema. Vanuit deze angst voor besmetting had men een sociaal meer vermijdende levensstijl.

Het tweede hoofdthema betrof de manier van omgaan met de stress van het herstelproces. Patiënten vonden

Tabel 3. Thematische analyse van schriftelijke interviews bij patiënten die met COVID-19 op ic waren opgenomen

THEMA	SUBTHEMA'S	VOORBEELDEN
Ervaringen	Doodsangst	'Hoe gemakkelijk het is om van ene moment gezond te zijn, naar ander moment op het randje van de dood te zijn.'
		'Ik heb schrik dat ik dit nog eens zal meemaken en dat ik het dan niet meer zal halen.'
		'Heb ik nu genoeg weerstand of kan ik dit nog zo hevig terugkrijgen?'
	Grotere focus op lichamelijke ongemakken	'J'ai mon cœur qui bat fort.'
		'Sneller beangstigend gevoel ter hoogte van mijn borstkas/borstbeen.'
	Piekeren over besmetting	'Je me suis beaucoup inquiétée par rapport à la façon dont j'avais été contaminée.'
Coping		'[...] ik heb wel meer schrik om buiten te komen.'
		'Ik schrik wel heel erg als ik corona hoor of dat er iemand het virus kan hebben.'
	Steun uit contact met familie en vrienden	'Ik had zeer veel hulp aan familie en vrienden via telefoon.'
		'I was supported by my wife.'
	Hoop vanuit hervinden lichamelijke kracht	'Je n'ai pas éprouvé le désir de me rendre chez le psychiatre comme partie intégrée du suivi post- COVID- 19. La pratique du sport en moyenne 1h30 chaque jour après la rentrée de la revalidations dans un centre adapté m'a donné beaucoup d'énergie et a effacé les séquelles ressenties après la sortie des soins intensifs.'
	Spirituele coping	'Je me fais une raison parce que je suis chrétienne, je me dis que si cela est arrivé, c'est par ce que Dieu a voulu que cela soit ainsi.'
Integreren van ervaringen in het leven	Professionele steun	'Ik heb een gesprek gevraagd met een psycholoog met betrekking tot emoties (meemaken van overlijdens op intensieve).'
	Posttraumatische groei	'The situation let me slow down and put in perspective some priorities.'
		'Je n'ai plus peur, car j'ai passé cette maladie.'
		'[...] I take time to enjoy what I have.'
	Angstige of depressieve klachten of stresskwetsbaarder	'[...] je me dis que je n'ai pas le droit de me plaindre, mais j'ai très, très peur. Je n'ai envie de rien. [...] je pense à beaucoup de choses, j'ai du mal à trouver sommeil, je tourne et me retourne dans mon lit, etc.,... '
		'Ik kan absoluut niet meer omgaan met stress en daarvan word ik prikkelbaar [...].'
Belang van steunsysteem		'Mijn neven en nichten hebben me materieel en emotioneel gesteund. Zonder hen was ik een vogel voor de kat geweest.'
		'Ik voel me in de steek gelaten [...].'

steun en troost bij hun familie en vrienden, in hun geloof of in hun hervonden lichamelijke kracht. Ook het zoeken van professionele hulp bleek een belangrijke steun. De belangrijkste vorm van psychisch houvast bij deze COVID-ic-ervaring bleek het contact met familie en vrienden. Religie en spiritualiteit hielpen betekenis te geven aan hun ervaringen. Vanuit de behoefte aan communicatie en informatie ervoeren patiënten het zich kunnen beroepen op hulpverleners als zeer waardevol. Het derde hoofdstuk beschreef de manier waarop patiënten de gebeurtenis in hun leven integreerden. De overgrote meerderheid gaf aan dat zij een persoonlijke groei doormaakten en dat zij zich veerkrachtig opstelden. Dit uitte zich onder meer in het ervaren van een grotere dankbaarheid voor het leven en het vinden van nieuwe perspectieven. Sommige patiënten slaagden minder goed in deze integratie en ondervonden een vorm van psychische restschade.

Het vierde hoofdstuk bestond uit het belang van een sociaal netwerk. Een zwak sociaal netwerk leidde volgens respondenten tot gevoelens van hopeloosheid.

DISCUSSIE

We zagen in deze studiegroep een redelijk homogene populatie wat betreft leeftijd, geslacht en socio-economische achtergrond. Dit laat toe een beeld te schetsen van de ervaringen van patiënten die een COVID-ic-opname overleefden (Atkinson e.a. 2020). Ons valt verder op dat de studiegroep jonger en minder ernstig ziek was dan de gemiddelde patiënt met COVID-19 op de ic. Het hoge mortaliteitsrisico bij oudere en ernstig zieke patiënten kan hier een verklaring voor vormen (COVID-ICU Group 2020).

De analyse van screeningslijsten liet zien dat 50% van de deelnemers klachten ervoer. We kunnen niet uitsluiten dat er een responsbias optrad doordat vooral patiënten met psychische klachten aan de studie wilden deelnemen.

De VAS's laten zien dat beperkingen in sociaal contact en mediaberichtgeving revalidatie bemoeilijken.

De resultaten van de thematische analyse vertonen gelijkenissen met eerder kwalitatief onderzoek (Calkins e.a. 2020; Hanquet e.a. 2020; Niuniu e.a. 2020). In tegenstelling tot eerder onderzoek kwam in onze studie geen thema over traumatiserende herinneringen naar voren. Het toevoegen van een additionele vraag specifiek gericht op dergelijke herinneringen, had hier een meerwaarde kunnen zijn. Nieuw in onze analyse is dat de ervaring van patiënten gekleurd wordt door de angst opnieuw besmet te worden. Hierdoor ontstaat een sociaal vermijdende levensstijl, terwijl een zwak sociaal netwerk volgens respondenten juist leidde tot gevoelens van hopeloosheid.

Toch zien we een grote veerkracht in deze patiëntenpopulatie. Het lijkt ons dan ook belangrijk de klachten van deze patiëntenpopulatie niet te medicaliseren. Wel is het

noodzakelijk om oog te hebben voor patiënten die er in de verwerking van hun ervaringen alleen voor staan.

Sterke kanten en beperkingen

Deze studie is van belang omdat er tot nog toe weinig bekend is over de ervaringen van COVID-ic-overlevenden.

De studie heeft eveneens enkele beperkingen.

Hoewel vanuit de homogeniteit van de COVID-ic-patiëntenpopulatie werd gekozen voor convenience sampling, blijft het risico bestaan dat verschillen in individuele ervaringen meer toe te schrijven zijn aan verschillen in socio-economische status dan aan individuele verschillen (Atkinson e.a. 2020).

Ten tweede kozen we voor een schriftelijke in plaats van een persoonlijke of telefonische enquête. Hoewel schrijven een reflectief proces van deelnemers vereist, kon het interview van de studie minder gestuurd worden en ging essentiële informatie mogelijk verloren.

CONCLUSIE

Hoewel de pandemische context met uitdagingen gepaard gaat voor de revalidatie van COVID-ic-overlevenden, beschikken de meeste patiënten over een voldoende grote veerkracht om hun ervaringen te integreren in hun leven. Het is dan ook belangrijk psychische klachten die optreden tijdens revalidatie niet te medicaliseren. Onze aandacht dient te gaan naar degenen die onvoldoende steun ontvangen vanuit een sociaal netwerk.

Prof. dr. L. Van den Block, prof. dr. C. Schotte, Sue Braun, Marina Mallefroy en dr. Shana Wouters deden waardevolle suggesties.

LITERATUUR

- Ahmed H, Patel K, Greenwood DC, Halpin S, Lewthwaite P, Salawu A, e.a. Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS) and middle east respiratory syndrome (MERS) coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med* 2020; 52: 11.
- Altman MT, Knauert MP, Pisani MA. Sleep disturbance after hospitalization and critical illness: a systematic review. *Ann Am Thorac Soc* 2017; 14: 1457-68.
- Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One* 2016; 11(10).
- Atkinson P, Delamont S, Cernat A, Sakshaug JW, Williams RA, red. Interpretative Phenomenological Analysis: qualitative analysis. Londen: Sage; 2020.
- Van Beekhoven D, Duysburgh E, Montourcy M, De Rouck M, Vilain A, Catteau L, e.a. Belangrijkste punten van de surveillance van ziekenhuispatiënten met een COVID-19-infectie: Resultaten tot en met 14 juni 2020. Brussel, België: Sciensano; 2020. Wettelijk depotnummer: D/2020/14.440/66.

- de Boer AG, van Lanschot JJ, Stalmeier PF, van Sandick JW, Hulscher JB, de Haes JC e.a. Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Qual Life Res* 2004; 13: 311-20.
- Calkins K, Kako P, Guttormson J. Patient's experiences of recovery: Beyond the intensive care unit and into the community. *J Adv Nurs* 2020; doi: 10.1111/jan.14729.
- COVID-ICU Group on behalf of the REVA Network and the COVID-ICU Investigators. Clinical characteristics and day-90 outcomes of 4244 critically ill adults with COVID-19: a prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2021; doi: org/10.1007/s00134-020-06294-x.
- Dutheil F, Pereira B, Moustafa F, Naughton G, Lesage F, Lambert C. At-risk and intervention thresholds of occupational stress using a visual analogue scale. *Plos One* 2017; 12(6).
- Flick U. Triangulation. In: Atkinson P, Delamont S, Cernat A, Sakshaug JW, Williams RA, red. *Research Design for Qualitative research*. Londen: Sage; 2019. doi:http://dx.doi.org.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/10.4135/9781526421036826100
- Hanquet G, Benahmed N, Castanares-Zapatero D, Dauvrin M, Desomer A, Rondia K. Post intensive care syndrome in the aftermath of COVID-19. Brussel, België: KCE; 2020.
- Hatch R, Young D, Barber VS, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson PJ. Anxiety, depression and post-traumatic disorder management after critical illness: a UK multi-centre prospective cohort study. *Crit Care* 2020; 24: 633.
- Huang ZY, Kohler IV, Kaempfen F. A Single-item visual analogue scale (VAS) measuring for assessing depression among college students. *Community Ment Health J* 2020; 56: 355-67.
- van de Kraats G, Van Veen S. Neuropsychiatrische gevolgen van de COVID-19 pandemie. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 496.
- Liu D, Baumeister RF, Veilleux JC, Chen C, Liu Z, Yue Y e.a. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Res* 2020; 292: 113297.
- Luyckx JJ, Tjinkink JK, Van Veen SMP, Naarding P, Veltman EM, Risselada A, e.a. Aandacht voor psychiatrie en psychofarmaca tijdens de COVID-19-pandemie. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 427-32.
- Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep* 2011; 34: 601-8.
- Niuniu S, Luoqun W, Hongyun W, Xianru W, Mingxia G, Xinjun H, e.a. Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *J Affect Disord* 2020; doi: org/10.1016/j.jad.2020.08.040.
- van Praag DLG, Fardzadeh HE, Covic A, Maas AIR, von Steinbuechel N. Preliminary validation of the Dutch version of the Posttraumatic Stress Disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) after traumatic brain injury in a civil population. *Plos One* 2020; 15(4).
- Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GJM, Speckens AEM, Van Hemert AM. A Validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997; 27: 363-70.
- Williams VS, Morlock RJ, Feltner D. Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8(57).
- Yu Y, Xu D, Fu SZ, Zhang J, Yang XB, Xu L, e.a. Patients with COVID-19 in 19 ICUs in Wuhan, China: a cross-sectional study. *Crit Care* 2020; 24: 10.
- Zisapel N, Nir T. Determination of the minimal clinically significant difference on a patient visual analog sleep quality scale. *J Sleep Res* 2013; 12(4).

SUMMARY

Experiences of COVID-ICU-survivors: mixed-methods study of psychological consequences by written survey

K. Berends, L. Claus, E. De Waele, C.L. Crunelle, F. Matthys, N. Vanderbruggen

- Background** In the coming years, mental health care may come into contact with patients who developed psychological complaints related to their critical illness and stay in the intensive care unit (ICU) as a result of COVID-19. However, the experiences of these patients are to date rarely documented.
- Aim** Gaining insight into the experiences of COVID-ICU-survivors.
- Methods** 19 COVID-ICU survivors answered a written survey four months after admission. Screening lists measured psychological complaints and sleeping disorders. Visual analogue scales (VAS) measured the influence of the pandemic context and the quality of life. A written survey mapped patient experiences. Quantitative data were analyzed descriptively and qualitative data by means of thematic analysis.
- Results** 50% of the participants experienced psychological complaints or sleeping disorders. A limited social network and media coverage of COVID-19 complicated the recovery process of patients. 19% of the participants experienced a reduced quality of life. A weak social network caused feelings of hopelessness. Still, patients showed great resilience.
- Conclusion** Most COVID-ICU survivors are resilient enough to integrate their experiences into their lives, despite the challenges the pandemic context poses on their rehabilitation. It is therefore important not to overmedicalise psychological complaints that occur during rehabilitation. Our attention needs to be directed to those with a weak social network.