



Universiteit
Leiden

The Netherlands

The COVID-19 pandemic and vulnerable older persons: impact of a public health emergency on nursing homes and geriatric rehabilitation

Tol, L.S. van

Citation

Tol, L. S. van. (2024, December 11). *The COVID-19 pandemic and vulnerable older persons: impact of a public health emergency on nursing homes and geriatric rehabilitation*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4172070>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

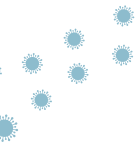
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4172070>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).



11

Nederlandse samenvatting
Bibliography
Dankwoord
Curriculum Vitae



NEDERLANDSE SAMENVATTING

In maart en april 2020 luidden de Nederlandse nieuwskoppen: *“Bezoek aan verpleeghuizen niet langer mogelijk ...”*, *“Stille ramp in verpleeghuizen ...”*, en *“Ze sterft aan eenzaamheid”*. De ziekte COVID-19, die wordt veroorzaakt door het Coronavirus SARS-CoV-2, werd begin december 2019 ontdekt in Wuhan, China. In januari 2020 begon het virus zich snel over de wereld te verspreiden. Medio maart was Europa het epicentrum van de wereldwijde COVID-19-pandemie geworden.

Er was een groot gebrek aan kennis over deze nieuwe ziekte. Het was nog onbekend hoe snel het virus zich verder zou verspreiden, hoeveel mensen eraan zouden sterven en hoelang de pandemie zou duren. Diagnostische tests, een geneesmiddel en vaccins tegen de ziekte ontbraken. Mensen vreesden voor hun eigen gezondheid en voor ziekte en overlijden van hun dierbaren. Bovendien zetten de grote aantallen COVID-19 patiënten de gezondheidszorg ernstig onder druk. Het werd snel duidelijk dat deze nieuwe ziekte een ernstige bedreiging zou worden voor de mondiale volksgezondheid, vooral voor kwetsbare bevolkingsgroepen zoals kwetsbare ouderen.

Verpleeghuizen werden zwaar getroffen door de COVID-19-pandemie. Verpleeghuisbewoners zijn vatbaar voor infecties. Kenmerken van verpleeghuisbewoners, zoals hoge leeftijd, kwetsbaarheid en het hebben van meerdere ziekten, zijn namelijk ook risicofactoren voor veel infectieziekten. Daarnaast hebben verpleeghuisbewoners vaak nauw contact met zorgpersoneel en andere bewoners. Bovendien zijn veel bewoners vanwege cognitieve beperkingen niet in staat de algemene hygiëneregels en infectiepreventiemaatregelen na te leven. Verpleeghuisorganisaties hebben doorgaans een commissie voor infectiepreventie en -bestrijding en tijdens een ernstige infectie uitbraak een uitbraakteam. Het was echter moeilijk voor deze uitbraakteams om snel beslissingen te nemen met betrekking tot COVID-19 toen specifieke kennis en richtlijnen over COVID-19 nog ontbraken.

Ook thuiswonende ouderen liepen het risico om ernstig ziek te worden van COVID-19. Ze werden vaker dan jongere patiënten opgenomen in het ziekenhuis en op de intensive care. Om hun herstel te bevorderen was er grote vraag naar geriatrische revalidatiezorg. Geriatrische revalidatie is een vorm van herstellzorg, die zich richt op ouderen en mensen met complexe gezondheidsproblemen, zoals het hebben van meerdere ziekten, cognitieve beperkingen en kwetsbaarheid. De belangrijkste doelen van geriatrische revalidatie zijn dat iemand weer zelfstandig leert functioneren en naar huis kan terugkeren. Het was aan het begin van de pandemie echter nog niet duidelijk welke geriatrische

revalidatiezorg er tijdens de pandemie beschikbaar was en in hoeverre ouderen van COVID-19 konden herstellen.

Deel 1. Impact, uitdagingen en beleidsmaatregelen van Nederlandse verpleeghuisorganisaties tijdens de COVID-19-pandemie

Deel 1 van dit proefschrift beschrijft de impact, uitdagingen en beleidsmaatregelen van Nederlandse verpleeghuisorganisaties tijdens de COVID-19-pandemie. Nederlandse verpleeghuisorganisaties en landelijke beleidsmakers vroegen om inzicht in wat er speelde in de sector, om snel te kunnen leren van elkaars ervaringen en om beleid te kunnen maken. Dat was de aanleiding voor het snel opzetten van de “COVID-19 management in nursing homes by outbreak teams” (MINUTES) studie. In deze studie werden uiteindelijk meer dan anderhalf jaar lang notulen van COVID-19-uitbraakteams verzameld die vele nieuwe inzichten opleverden.

Hoofdstuk 2 beschrijft hoe de MINUTES studie eruit zag. Er namen 41 Nederlandse verpleeghuisorganisaties deel aan de studie. Deze vertegenwoordigden samen meer dan 500 verpleeghuislocaties. Wekelijks tot driewekelijks werden de belangrijkste aandachtspunten uit de notulen van deze uitbraakteams samengevat in rapporten en gedeeld met de deelnemende verpleeghuisorganisaties en nationale beleidsmakers. Ook beschrijft dit hoofdstuk de samenstelling van de deelnemende COVID-19-uitbraakteams. In de meeste uitbraakteams zaten managers, medisch personeel, ondersteunend personeel (zoals facilitaire zaken en personeelszaken), beleidsadviseurs en communicatiespecialisten. Verplegend en verzorgend personeel en bewonersvertegenwoordigers maakten meestal geen deel uit van de uitbraakteams. De notulen bevatten acht grote terugkerende onderwerpen

1. Crisisbeheersing, inclusief infectiepercentages, financiën die gerelateerd zijn aan COVID-19, interne en externe communicatie, etc.;
2. Isolatie- en afstandsmaatregelen voor bewoners;
3. Persoonlijke beschermingsmiddelen en hygiëne;
4. Personeel, inclusief personeelsplanning en welzijn van personeel;
5. Welzijn van de bewoners;
6. Bezoekersbeleid;
7. Testen; en
8. Vaccinatie.

Hoofdstuk 3 zoomt in op de verscheidenheid aan isolatie- en afstandsmaatregelen die uitbraakteams namen tijdens de eerste golf (voorjaar 2020), zomer 2020, en tweede golf (najaar 2020 – voorjaar 2021). Uit de notulen blijkt dat uitbraakteams het bezoekersverbod en ander bezoekersbeleid het vaakst bespraken (tijdens alle drie de

periodes). Ook werden verschillende soorten isolatiemaatregelen besproken (vooral tijdens de eerste golf); maatregelen om personeel en vrijwilligers op afstand te houden van bewoners (vooral tijdens de zomerperiode); en maatregelen om afstand te houden tussen bewoners onderling (vooral tijdens de zomerperiode en tweede golf). Minder vaak werden ook maatregelen bij nieuwe opnames in het verpleeghuis besproken. Afstandsmaatregelen brachten uitdagingen met zich mee, zoals onrust en conflicten tussen bezoekers en personeel, bezoekers en bewoners die zich niet aan de maatregelen hielden en personeelsproblemen. De maatregelen werden voortdurend bijgesteld vanwege veranderende omstandigheden, maar ook omdat men leerde van uitdagingen en opgedane ervaringen.

In **hoofdstuk 4** is de impact van de COVID-19-pandemie en infectiepreventiemaatregelen op de activiteiten van verpleeghuisbewoners onderzocht. Het voortzetten en herstarten van activiteiten werden vaker door uitbraakteams besproken dan het stoppen van activiteiten. Het bleek mogelijk om activiteiten te blijven organiseren als er infectiepreventiemaatregelen van kracht zijn. Maar vaak werden activiteiten alleen onder bepaalde voorwaarden of op aangepaste wijze georganiseerd, zoals in kleinere groepen, op bepaalde plekken (bijvoorbeeld buiten), of alleen voor gevaccineerde bewoners of bewoners zonder klachten die op COVID-19 kunnen wijzen. Belangrijke overwegingen om activiteiten voort te zetten, te herstarten, of te stoppen waren het behouden van het welzijn en de veiligheid van de bewoners.

Om van de vele maatregelen en besluiten die in de notulen van uitbraakteams werden beschreven de belangrijkste maatregelen te kunnen prioriteren, is er een panelonderzoek uitgevoerd met verpleeghuispersoneel en bewonersvertegenwoordigers.

In **hoofdstuk 5** beschrijft welke maatregelen er door vier panels het meest belangrijk worden gevonden om coronabesmettingen te voorkomen. Ook is beschreven welke maatregelen er door nog eens vier panels het meest belangrijk worden gevonden om het welzijn van bewoners te behouden. Ieder panellid selecteerde een belangrijke maatregel. Deze geselecteerde maatregelen werden tijdens een online bijeenkomst met elkaar besproken. Daarna beoordeelde ieder panellid de besproken maatregelen. Ieder panel bestond uit drie tot zeven leden. De meest belangrijke maatregelen om infecties te voorkomen zijn: het toepassen van isolatiemaatregelen op basis van testresultaten, testen bij symptomen van COVID-19, cohortisolatie, andere isolatiemaatregelen voor bewoners die cognitief niet in staat zijn om zich aan cohortisolatie te houden, gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen rondom (vermoedelijk) besmette bewoners en het treffen van voorbereidingen op uitbraken door uitbraakteams. Ook de panels die over welzijn gingen vonden isolatiemaatregelen op basis van testresultaten en

cohortisolatie tot de meest belangrijke maatregelen behoren. Daarnaast prioriteerden zij uitzonderingen op bezoekersverboden en diverse (andere) bezoekersregelingen. De geprioriteerde maatregelen zorgen voor meer focus en voor een beter evenwicht tussen infectiepreventie en het behoud van het welzijn tijdens toekomstige uitbraken van COVID-19. De panelleden waren ontevreden over hun beperkte betrokkenheid bij de besluitvorming tijdens de eerste maanden van de pandemie.

Hoofdstuk 6 benoemt strategieën om de bereidheid van verpleeghuispersoneel zich tegen COVID-19 te laten vaccineren te vergroten. Volgens de notulen van uitbraakteams zijn hiervoor ten minste zeven strategieën gebruikt in de deelnemende verpleeghuisorganisaties. Twee panels van verpleeghuispersoneel zijn van mening dat zes van deze zeven strategieën belangrijk zijn

1. persoonlijk contact en mogelijkheden om vragen te stellen, bijvoorbeeld tijdens teamvergaderingen;
2. het delen van verhalen onder het personeel;
3. logistieke ondersteuning, zoals vervoer naar een vaccinatielocatie;
4. rolmodellen die hun mening delen;
5. visuele informatie, zoals informatieve video's; en
6. schriftelijke informatie, bijvoorbeeld via intranet of nieuwsbrieven.

Combinaties van deze zes strategieën zouden vaker moeten worden ingezet. De zevende strategie, het verstrekken van financiële beloningen zoals cadeaubonnen, zou niet bijdragen aan een grotere vaccinatiebereidheid.

Een aantal belangrijke inzichten komen voort uit de onderzoeken die beschreven zijn in deel 1 van dit proefschrift. Ten eerste mogen infectiepreventiemaatregelen nooit het belang van het algehele welzijn van verpleeghuisbewoners overschaduwen. Er moeten infectiepreventiemaatregelen worden gekozen die de minste impact hebben op het algehele welzijn van de bewoners. Ten tweede bestaat er niet één manier die altijd werkt om de beste balans tussen infectiepreventie en welzijn te bereiken. Maatregelen moeten worden afgestemd op lokale omstandigheden, waaronder bijvoorbeeld de fysieke structuur van het verpleeghuis, besmettingspercentages, de bewoners, hun familieleden en de beschikbaarheid van personeel. Ten derde moeten naast managers en artsen ook verplegend en verzorgend personeel en bewonersvertegenwoordigers betrokken blijven wanneer er snel besluiten moeten worden gemaakt over te nemen maatregelen. Ten vierde is het belangrijk om te investeren in de ontwikkeling en beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen klinische tests, en vaccins. Deze middelen kunnen het risico op een infectie verminderen en daarmee mogelijk ook de noodzaak voor vergaande infectiepreventiemaatregelen.

Deel 2. Herstel van COVID-19 met geriatrische revalidatie

Deel 2 van dit proefschrift beschrijft het herstel van COVID-19 patiënten die geriatrische revalidatiezorg kregen. Ook wordt beschreven welke geriatrische revalidatiezorg er in verschillende Europese landen wordt gegeven. Er deden 59 geriatrische revalidatiezorginstellingen in tien landen (Duitsland, Ierland, Israël, Italië, Malta, Nederland, Rusland, Spanje, Tsjechië en het Verenigd Koninkrijk) mee aan de 'European Cooperation in Geriatric Rehabilitation (EU-COGER) after COVID-19' studie. Zij verzamelden routinematige zorggegevens van in totaal 723 COVID-19 revalidanten die van oktober 2020 tot en met oktober 2021 werden opgenomen. Deze revalidanten werden gevolgd tot 6 maanden na hun revalidatietraject.

Hoofdstuk 7 laat zien dat ouderen die na een Coronavirus infectie geriatrische revalidatie kregen gemiddeld genomen binnen enkele maanden herstellen in hun dagelijks functioneren, tot bijna terug op het niveau van voordat ze COVID-19 kregen. Ook hun kwaliteit van leven neemt in deze periode aanzienlijk toe. De meeste revalidanten zijn lichtkwetsbaar of kwetsbaar bij aanvang van geriatrische revalidatie. Deze mate van kwetsbaarheid beïnvloedde hun herstel niet. Daarom zou kwetsbaarheid niet de hoofdreden mogen zijn om COVID-19-patiënten de toegang tot geriatrische revalidatie te weigeren.

Hoofdstuk 8 beschrijft dat er bij revalidanten uit alle deelnemende Europese landen herstel optreedt, maar dat er wel variatie is in de snelheid van het herstel. Deze variatie in herstelsnelheid ging gepaard met verschillen tussen landen in de organisatie van de geriatrische revalidatiezorg. Geriatrische revalidatiezorg werd verleend in verschillende soorten zorginstellingen, zoals verpleeghuizen, gespecialiseerde revalidatiecentra en ambulant. Deze zorginstellingen gebruikten verschillende combinaties van selectiecriteria om patiënten te verwijzen naar geriatrische revalidatie, waaronder bijvoorbeeld vaak het niveau van dagelijks functioneren, leeftijd, kwetsbaarheid en cognitieve stoornissen. In alle landen kreeg de meerderheid van de revalidanten fysiotherapie en in veel landen ook ergotherapie. Er waren aanzienlijke verschillen in de percentages revalidanten die andere behandelingen kregen. Deze variatie in de organisatie van aangeboden geriatrische revalidatie maakt het moeilijk om uitspraken te doen over welke aspecten het herstel bevorderden, maar kan wel bijdragen aan het ontwikkelen van verwachtingen voor vervolgonderzoek.

Een belangrijk inzicht dat voortkomt uit deel 2 van dit proefschrift is dat ouderen die COVID-19 hebben gehad het vermogen hebben om goed te herstellen. Dit geldt ook voor kwetsbare ouderen, waarvan wellicht wordt gedacht dat ze weinig herstelpotentieel hebben. Daarom moeten zij geriatrische revalidatiezorg krijgen en is voorzichtigheid

geboden bij het selecteren en afwijzen van ouderen voor geriatrische revalidatie. Om de geriatrische revalidatiezorg in Europa te kunnen optimaliseren is er meer internationaal onderzoek nodig. Echter, naast de meetinstrumenten voor dagelijks functioneren (de Barthel Index) en kwaliteit van leven (de EQ-5D-5L) die in dit onderzoek zijn gebruikt, worden er internationaal weinig meetinstrumenten routinematig gebruikt in de geriatrische revalidatie. De ontwikkeling van een set van meer meetinstrumenten die internationaal gebruikt kunnen worden, zou verder onderzoek makkelijker maken.

Snelle en responsieve onderzoeksmethoden

De studies in dit proefschrift zijn uitgevoerd volgens enkele principes van 'snelle en responsieve' onderzoeksmethoden. Er werd gebruik gemaakt van bestaande infrastructuur voor onderzoek zoals van het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) en de 'special interest group' voor geriatrische revalidatie van de 'European Geriatric Medicine Society' (EuGMS). Verder werd bestaande data verzameld (notulen van uitbraak teams van verpleeghuisorganisaties en routinematig verzamelde geriatrische revalidatiezorggegevens). Daarnaast werd de data-analyse aangepast als reactie op veranderende omstandigheden van de pandemie. Ook werden vanaf de start van de dataverzameling resultaten gedeeld in wekelijkse tot driewekelijkse samenvattende rapporten, factsheets en presentaties. Op deze manier werd het tijdsbestek voor het uitvoeren van onderzoek verkort, werden de lasten van het onderzoek voor personeel in deelnemende zorginstellingen beperkt, waren zij gemotiveerd om deel te nemen aan de onderzoeken en was het mogelijk om input te leveren voor beleidsbeslissingen die snel genomen moesten worden. Bij het uitvoeren van snel en responsief onderzoek kan de noodzaak om resultaten snel te delen in theorie de kwaliteit van het onderzoek onder druk zetten. Daarom is het belangrijk om de kwaliteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek en de resultaten te bewaken. Bij toekomstige pandemieën, onderzoek in snel ontwikkelende vakgebieden, of bij het beantwoorden van beleidsgerichte of situatie specifieke onderzoeksvragen moet vaker worden overwogen om de principes van snel en responsief onderzoek toe te passen.

Tot slot

We kunnen inmiddels terugkijken op een roerige tijd die voor veel mensen paniek en verdriet met zich meebracht. Helaas is de vraag niet óf er nieuwe pandemieën zullen komen, maar wanneer. De lessen die we leerden van de COVID-19-pandemie kunnen helpen om ons beter voor te bereiden op toekomstige uitbraken van onbekende infectieziekten waarvan kwetsbare ouderen ernstig ziek kunnen worden. Het is daarom sterk aanbevolen om de geleerde lessen op te nemen in verpleeghuiszorg en geriatrische revalidatie, het uitbraakbeleid, onderwijs voor (toekomstig) personeel in de sector, en toekomstig onderzoek.