

De gevolgen van de COVID-19 maatregelen voor het welbevinden van bewoners van instellingen voor langdurige zorg

Auteurs: Debby L. Gerritsen, Roeslan Leontjevas, Marleen Prins, Henriëtte van der Roest

Samenvatting

Om de impact van de COVID-19-maatregelen op bewoners van instellingen voor langdurige zorg te onderzoeken, hielden we in het voorjaar van 2020 twee enquêtes. Leontjevas en collega's (studie 1) inventariseerden de mening van behandelaren en Van der Roest en collega's (studie 2) die van zorgmedewerkers, familie en bewoners zonder ernstige cognitieve beperkingen. Dit artikel beschrijft de gecombineerde resultaten over sociale contacten en eenzaamheid, probleemgedrag en affect, en door professionals opgedane inzichten om toe te passen in de toekomst (lessons learned).

Verpleeghuispsychologen zijn gevraagd een online enquête, anoniem in te vullen en de link te delen met hun collega-artsen ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten. Zestien deelnemers zijn vervolgens geïnterviewd via beeldbellen (studie 1). Daarnaast zijn 357 zorgorganisaties uitgenodigd om bewoners zonder ernstige cognitieve beperkingen, naasten en zorgmedewerkers aan een digitale, anonieme enquête te laten deelnemen (studie 2).

De ingevulde enquêtes van 323 behandelaren (studie 1) en 193 bewoners, 1609 naasten en 811 medewerkers (studie 2) zijn meegenomen in de analyses. Sociale contacten van bewoners waren veranderd in frequentie en vorm ten opzichte van vóór de maatregelen. Veel bewoners ervoeren eenzaamheid tijdens het bezoekverbod, vooral bewoners zonder cognitieve beperkingen. Er bleek zowel een toename als afname van probleemgedrag en affecten. Verschillende strategieën, ingezet om effecten van COVID-19 maatregelen op welbevinden te verminderen, wilde men behouden.

Onze studies toonden een impact van de COVID-19 maatregelen op het welbevinden van bewoners, maar toonden ook succesvolle strategieën van professionals waar zorgverleners in de toekomst voordeel mee kunnen doen.

Consequences of the COVID-19 measures for wellbeing aspects of long-term care residents

Summary

To examine the impact of COVID-19 measures on residents of long-term care institutions, two surveys were conducted in the spring of 2020. Leontjevas et al. (study 1) inventoried practitioners' opinions, Van der Roest et al. (study 2) opinions of care workers, family, and residents without severe cognitive impairments. This article describes the combined results on social interaction and loneliness, challenging behaviour and mood, and lessons learned.

In study 1, an online survey distributed to nursing home psychologists, they were asked to complete it anonymously and share the link with their fellow elderly care physicians and nurse specialists. 16 participants were then interviewed via video calling. In study 2, three hundred and fifty-seven care organizations were invited to recruit residents without severe cognitive impairments, family members and care workers for participating in a digital, anonymous survey (Study 2).

The completed surveys of 323 practitioners (study 1) and 193 residents, 1609 family members and 811 employees (study 2) were included in the analyses. Social contacts of residents had changed in frequency and form compared to before the COVID-measures. Many residents experienced some loneliness during the visit ban, especially residents without cognitive

impairments. There were both an increase and a decrease in challenging behaviour and affect. Several strategies used to reduce the effects of COVID-19 measures on well-being, were considered maintainable.

Our studies confirmed a major impact of the COVID-19 measures on the wellbeing of long-term care residents, but also showed successful strategies of practitioners that can benefit future practice.

Kernwoorden: behandelaars, bezoekverbod, digitale survey, naasten, verpleeghuisbewoners, verzorgingshuisbewoners

Keywords: Family carers, Nursing homes, Residential homes, Treatment staff, Visitor ban

Inleiding

Bewoners en medewerkers van instellingen voor langdurige zorg (ILZ) zijn kwetsbaar voor COVID-19 en de gevolgen daarvan.^{1, 2,3} Er is een hoog risico op verspreiding^{4,5}; bijvoorbeeld door fysiek contact tijdens de zorgverlening of het delen van fysieke ruimtes en sanitair. Bovendien kunnen bewoners met cognitieve beperkingen zich niet altijd houden aan de preventieve maatregelen zoals de 1,5 meter afstand. Daarnaast zijn bewoners kwetsbaar vanwege hun algehele kwetsbaarheid en immunosuppressieve medicatie.² Vanaf het begin van de pandemie tot en met oktober 2020 waren er alleen al 15.987 verpleeghuisbewoners geregistreerd met een (mogelijke) COVID-19 besmetting, waarvan er 2.219 zijn overleden.⁶ Vanwege de beperkte testmogelijkheden en onvolledige registratie, kan dit een onderschatting zijn. In Nederland waren tot dan toe in totaal 7.546 mensen overleden aan een COVID-19 infectie.⁷ Dit betekent dat ongeveer 30% van alle overlijdens door COVID-19 een verpleeghuisbewoner betrof. Op datzelfde moment werd geschat dat van alle overlijdens door COVID-19 wereldwijd, 46% verpleeghuisbewoners waren.⁸ Dit grote aandeel laat zien hoe kwetsbaar deze populatie is voor de gevolgen van COVID-19.

Momenteel zijn de meeste bewoners en medewerkers gevaccineerd, maar in het voorjaar van 2020 was er nog geen vaccin beschikbaar. Om de verspreiding van COVID-19 te voorkomen en bewoners, hun bezoekers én medewerkers te beschermen, heeft de Nederlandse overheid ILZ op 20 maart 2020 in quarantaine geplaatst.⁹ Dit betekende een bezoekverbod en beperkingen om naar buiten te gaan of deel te nemen aan (sociale) activiteiten.¹⁰

Zo'n 70% van de bewoners van verpleeghuizen heeft dementie; zo'n 80% daarvan heeft gedrags- en affectproblemen ('probleemgedrag') die zowel voor henzelf als voor hun omgeving belastend zijn (bijvoorbeeld agitatie, angstig gedrag en prikkelbaarheid).¹¹ Ook bewoners met gerontopsychiatrische multimorbiditeit¹² en ouderen die zijn opgenomen voor geriatrische revalidatie¹³ kunnen probleemgedrag ontwikkelen. De COVID-19-maatregelen kunnen dit gedrag bij bewoners met en zonder dementie hebben versterkt of getriggerd. Bovendien begrijpen bewoners met cognitieve problemen de noodzaak van quarantainemaatregelen niet altijd en kunnen zij aanvullende beperkingen nodig hebben, die weer kunnen leiden tot probleemgedrag.¹⁴ Ook kunnen verdriet, angst en paniekreacties van bewoners zijn versterkt door het sterven van medebewoners en informatie in de media over extreme COVID-19-sterftcijfers in verpleeghuizen.^{15,16} Het bezoekverbod en het verbod op buiten- en binnenactiviteiten kunnen hebben geleid tot sociaal isolement en eenzaamheid.

Tijdens de eerste COVID-19 golf in 2020 zijn twee landelijke studies uitgevoerd in ILZ om de impact van COVID-19-maatregelen op het welbevinden van bewoners te onderzoeken. Leontjevas et al.¹⁷ onderzochten de mening van behandelaren van verpleeghuisbewoners, en Van der Roest et al.¹⁸ die van zorgmedewerkers, familie en bewoners zonder ernstige cognitieve problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit artikel beschrijft de gecombineerde resultaten van deze twee studies over veranderingen in

1. sociale contacten en eenzaamheid;
2. probleemgedrag van verpleeghuisbewoners; en
3. door professionals opgedane inzichten om toe te passen in de toekomst (lessons learned voor de toekomstige dagelijkse praktijk).

Methoden

Design en procedure

Studie 1: Tussen 25 april en 2 juni 2020 is een online enquête verspreid onder verpleeghuispsychologen.¹⁷ Via openbare posts op LinkedIn zijn psychologen benaderd uit de netwerken van het Nederlands Instituut voor Psychologen (www.nip.nl), Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen, Amsterdam Universitair Medisch Centrum (Afdeling Ouderengeneeskunde) en de Psychogeriatrische Dienst (www.pgDEXPERTISE.nl). Ze werden gevraagd de survey in te vullen en de link door te sturen naar hun collega-artsen ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten. Een aantal van de deelnemende behandelaren gaf aan benaderd te kunnen worden voor vervolgonderzoek. Een aselechte selectie uit deze groep werd vervolgens per e-mail benaderd en tussen 19 juni en 8 juli 2020 geïnterviewd via beeldbellen. Elk interview werd opgenomen en samengevat volgens een vooraf gedefinieerd format.

Studie 2: Gegevens van bewoners zonder ernstige cognitieve problemen, naasten en zorgmedewerkers van allerlei typen afdelingen, werden tussen 30 april en 27 mei 2020 digitaal en anoniem verzameld.¹⁸ Via e-mail werden 357 ILZ uitgenodigd voor deelname. De uitnodiging bevatte informatie over de studie, specifieke uitnodigingsteksten voor de drie doelgroepen en een link naar de online enquête, die binnen de organisaties kon worden verspreid. ILZ hoefden zich niet aan te melden voor de studie, zodat zij zonder tussenkomst van het onderzoeksteam de vragenlijsten konden verspreiden, en de vragenlijst was volledig anoniem. Dit hield de tijdsbelasting en drempel voor deelname aan de studie zo laag mogelijk.

Ethiek

Volgens de Medisch Ethische Toetsingscommissies van het Radboudumc en het Amsterdams Instituut voor Sociaalwetenschappelijk Onderzoek vielen de studies niet onder de Wet Medisch Onderzoek met Mensen. Beide studies zijn uitgevoerd conform de gedragscode gezondheidsonderzoek (www.federa.org), de verklaring van Helsinki (www.wma.net/declaration-of-helsinki) en de Nederlandse wetgeving. De onderzoeksgegevens werden anoniem geanalyseerd en opgeslagen. Alle deelnemers gaven digitaal informed consent.

Instrumenten

De online enquêtes bestonden uit gesloten en open vragen over COVID-19-maatregelen in ILZ en de gevolgen daarvan, vergeleken met de situatie vóór de pandemie. In de enquête van studie 1 werd gesproken over 'probleemgedrag'; in de enquêtes van studie 2 over 'gedragsproblemen en affecten'. Deze terminologie handhaven wij in de resultatensectie van dit artikel, waarbij we probleemgedrag daarnaast als overkoepelende term gebruiken.

Behandelaren (studie 1) werd gevraagd informatie te verstrekken over veranderingen in probleemgedrag bij bewoners en de mate waarin specifieke COVID-19-maatregelen (bijvoorbeeld geen bezoekers toegestaan) of gevolgen van dergelijke maatregelen (bijvoorbeeld aangepaste activiteiten) het gedrag beïnvloedden. Ze rapporteerden tevens het totale aantal bewoners op een van de verpleeghuisafdelingen waar ze werkten ("Hoeveel bewoners telt deze afdeling?") en noteerden vervolgens het aantal bewoners op die afdeling met meer probleemgedrag ("Bij hoeveel bewoners (geschat) zag u een toename in probleemgedrag?") en het aantal met minder probleemgedrag (idem). Verder werden alleen hun discipline en werkervaring geregistreerd. Met de bevindingen van de enquête is een topiclijst ontwikkeld voor aanvullende semi-gestructureerde interviews om a) de bevindingen van de enquête te verdiepen en onderzoeken, en b) 'lessons learned' te identificeren voor de toekomstige dagelijkse praktijk.¹⁷

Voor bewoners, naasten en zorgmedewerkers (studie 2) zijn drie doelgroepspecifieke enquêtes ontwikkeld, waarin de gevolgen van de COVID-19-maatregelen voor sociaal contact, eenzaamheid en gedragsproblemen en affecten van ILZ-bewoners zijn onderzocht. Bewoners en naasten beantwoordden de vragen op individueel niveau. Zorgmedewerkers beantwoordden vragen op afdelingsniveau, voor de afdeling waarop zij de meeste dagen per week werkten. De enquêtes

bevatten vragen over achtergrondkenmerken van de invullers – voor naasten aangevuld met achtergrondkenmerken van de aan hen verwante bewoner. Verder werden vragen gesteld over sociale contacten van bewoners (vroegere en huidige frequentie en manieren van contact tussen bewoners en naasten), affect (voor naasten; minder frequent, even frequent, vaker vertonen van zes verschillende affecten), gedragsproblemen (voor zorgmedewerkers: minder ernstige, even ernstige, ernstiger presentatie van tien soorten gedragsproblemen¹⁹) en eenzaamheid.²⁰ Ook werden sociale en emotionele eenzaamheid van bewoners beoordeeld. Sociale eenzaamheid geldt wanneer iemand meer contacten of een breder netwerk wenst dan hij nu heeft; emotionele eenzaamheid resulteert uit afwezigheid van hechte emotionele banden.^{20,21} Bewoners werd gevraagd om zichzelf in te delen in een van vier eenzaamheidscategorieën (niet eenzaam, matig eenzaam, behoorlijk eenzaam of erg eenzaam). Naasten classificeerden de aan hen verwante bewoner in een eenzaamheidscategorie en zorgmedewerkers noemden voor elk van de categorieën het aantal bewoners van hun afdeling. Tenslotte is de respondenten gevraagd wat voor bewoners het belangrijkste was: *kwaliteit van leven*, en dus bezoek toelaten en een hoger besmettingsrisico accepteren, of *veiligheid* en bezoek verbieden om het risico op besmetting te minimaliseren.¹⁸ Om onderscheid te kunnen maken tussen bewoners met somatische of psychogeriatrische problematiek, is familie gevraagd naar de belangrijkste reden voor opname. Bewoners waarbij geheugenproblemen de belangrijkste reden voor opname in de ILZ waren, werden als cognitief beperkt beschouwd. Medewerkers is gevraagd aan te geven op welk type afdeling zij werkzaam waren.

Analyses

Gesloten vragen zijn geanalyseerd met beschrijvende statistiek. In studie 1 is het aandeel bewoners met toegenomen en met afgenomen probleemgedrag vergeleken met een Wilcoxon Signed-ranktest. Met Mann-Whitney U-tests is dit vergeleken tussen afdelingen met en afdelingen zonder vermoedelijke of bevestigde gevallen van COVID-19-infectie. Twee onderzoekers analyseerden de antwoorden op open vragen en interviews met een deductieve benadering met vooraf, op basis van de survey-resultaten, gedefinieerde onderwerpen, en een inductieve inhoudsanalyse van de onderwerpen die het meest opvielen.²² Interpretaties werden door drie onderzoekers besproken om tot consensus te komen. Voor studie 2 werden bewoners met ernstige cognitieve problemen vergeleken met bewoners zonder, en bewoners van verpleeghuizen versus bewoners van verzorgingshuizen, met Chi-kwadraattesten en onafhankelijke t-testen. Beoordelingen door naasten van eenzaamheid en affect van bewoners zijn alleen in de analyses meegenomen als zij in de vier weken voorafgaand aan hun beoordeling met de aan hun verwante bewoner hadden gesproken. Antwoorden van medewerkers over eenzaamheid onder bewoners zijn meegenomen in de analyses als de som van het aantal vermelde bewoners in de vier eenzaamheidscategorieën maximaal 20% afweek van het totaal aantal bewoners op de afdeling dat die medewerker bij een voorgaande vraag van de vragenlijst had ingevuld.

Resultaten

Demografische gegevens

Van de 323 behandelaren die de enquête invulden (studie 1), waren er 200 (62%) psycholoog, 76 (24%) specialist ouderengeneeskunde (SO), 33 (10%) verpleegkundig specialist. De vragenlijst bleek ook doorgestuurd naar andere disciplines: 14 (4%) respondenten waren een andere behandelaar (bijvoorbeeld ergotherapeut) of manager. De helft van de respondenten werkte langer dan drie jaar in de huidige ILZ. Alle Nederlandse provincies waren vertegenwoordigd. Elf psychologen, drie SO, een verpleegkundig specialist en een senior manager zijn tevens geïnterviewd.

De ingevulde enquêtes van 193 bewoners (gemiddeld 83,7 jaar (SD 9,2); 73% vrouw), 1609 naasten (60,2 jaar (SD 8,8); 72% vrouw) en 811 medewerkers (45,8 jaar (SD 8,8) 95% vrouw) werden geanalyseerd in studie 2. Van de naasten waren 1311 (82%) (schoon-)kind, 143 (9%) echtgenoot en 54 (3%) broer/zus, de overige 101 naasten hadden een andere relatie met de bewoner. Van 1173 (73%) naasten was de aan hen verwante bewoner vrouw, de gemiddelde leeftijd van verwante bewoners was 85,9 jaar (SD 8,3) en de gemiddelde verblijfsduur 6,5 maand (SD 4,4). Volgens 1029 naasten (64%) waren geheugenproblemen de belangrijkste reden voor opname. Van de medewerkers verleenden 623 (77%) directe zorg, 326 (40%) werkten op een psychogeriatrische afdeling, 485 (60%) op andere afdelingstypen. De meerderheid van de respondenten was betrokken bij een ILZ in een regio met hoge infectiepercentages (97 (50%) bewoners, 994 (62%) naasten en 455 (56%) medewerkers). Elf Nederlandse provincies waren vertegenwoordigd.

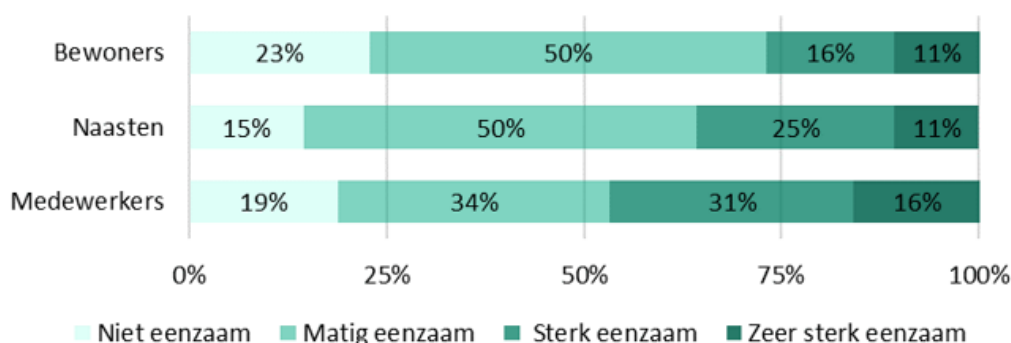
1) Sociaal contact en eenzaamheid (studie 2)

Van de naasten hadden er 1387 (86%) in de afgelopen vier weken gesproken met de aan hen verwante bewoner. De meest voorkomende manieren van contact waren telefoon (n=1105, 80%), video-gesprekken (n=861, 62%) of raamcontact – vaak met audioverbinding (n=644, 46%). Ernstige cognitieve beperkingen; verdriet of rusteloosheid veroorzaakt door het contact; onvermogen om digitale communicatie te begrijpen; of zintuiglijke beperkingen van bewoners zijn de door naasten vaakst aangevoerde redenen waarom digitaal communiceren onmogelijk was. Volgens medewerkers had ongeveer één op de vijf bewoners de afgelopen vier weken geen contact met naasten. Ook noemde een kwart, naast bovengenoemde redenen, dat digitaal communiceren voor met name echtgenoten moeilijk was.

De sociale contacten van bewoners waren anders dan vóór de COVID-19-maatregelen. Van de bewoners die vóór het bezoekverbod bezoek kregen van kleinkinderen, broers/zussen en bekenden, had één op de drie in de afgelopen vier weken geen contact gehad met kleinkinderen. Ook had één op de vier-vijf bewoners geen contact met broers/zussen en de helft niet met vrienden en kennissen. De gemiddelde contactfrequentie van bewoners via alternatieve middelen zoals (video-)bellen en raamcontact week niet af van de gebruikelijke bezoekfrequentie. Degenen die vóór het bezoekverbod dagelijks bezoek hadden, hadden echter minder frequent contact tijdens het bezoekverbod ($\chi^2=116,85$; $p<0,000$). Daarnaast was de contactfrequentie bij bewoners met cognitieve beperkingen lager dan bij bewoners zonder cognitieve beperkingen; laatstgenoemden hadden vaker dagelijks contact (36% vs 15%; $\chi^2=104,95$, $p<0,000$). Cognitieve problemen waardoor bewoners digitaal contact niet begrepen, maar ook onrust en verdriet bij bewoners door enkel digitaal contact, en audiovisuele beperkingen vormden barrières om sociaal contact te onderhouden.

De gemiddelde score van bewoners was 1,7 (SD=1,2) op sociale eenzaamheid en 2,3 (SD=0,9) op emotionele eenzaamheid (studie 2). Beide schalen lopen van 0 tot 3. Van de bewoners gaf 77% (n=149) aan enige eenzaamheid te ervaren. Dit sloot aan bij de beleving van naasten en medewerkers; volgens hen was respectievelijk 86% en 81% van de bewoners enigszins eenzaam (Tabel 1). Medewerkers vonden bewoners met cognitieve beperkingen minder vaak eenzaam dan bewoners zonder (29% vs 13%; $t=5,74$, $p<0,000$). Meer specifiek waren bewoners zonder cognitieve beperkingen volgens medewerkers vaker behoorlijk eenzaam (34% vs 25%; $t=-2,94$, $p<0,01$) of zeer eenzaam (18% vs 12%; $t=-2,57$, $p<0,05$). Naasten rapporteerden dat verschil ook ($\chi^2=14,96$, $p<0,01$).

Tabel 1. Eenzaamheid van bewoners tijdens het bezoekverbod, volgens bewoners, naasten en medewerkers (studie 2)



“Ze zeggen “we moeten kwetsbare ouderen beschermen”. Als ze nu niet dood gaan aan Corona, dan gaan ze dood van verdriet en eenzaamheid. Voor mezelf als dochter is het ook niet te doen, ik wil zo lang als ze nog leeft nog leuke, gezellige momenten met haar hebben.” (Naaste)

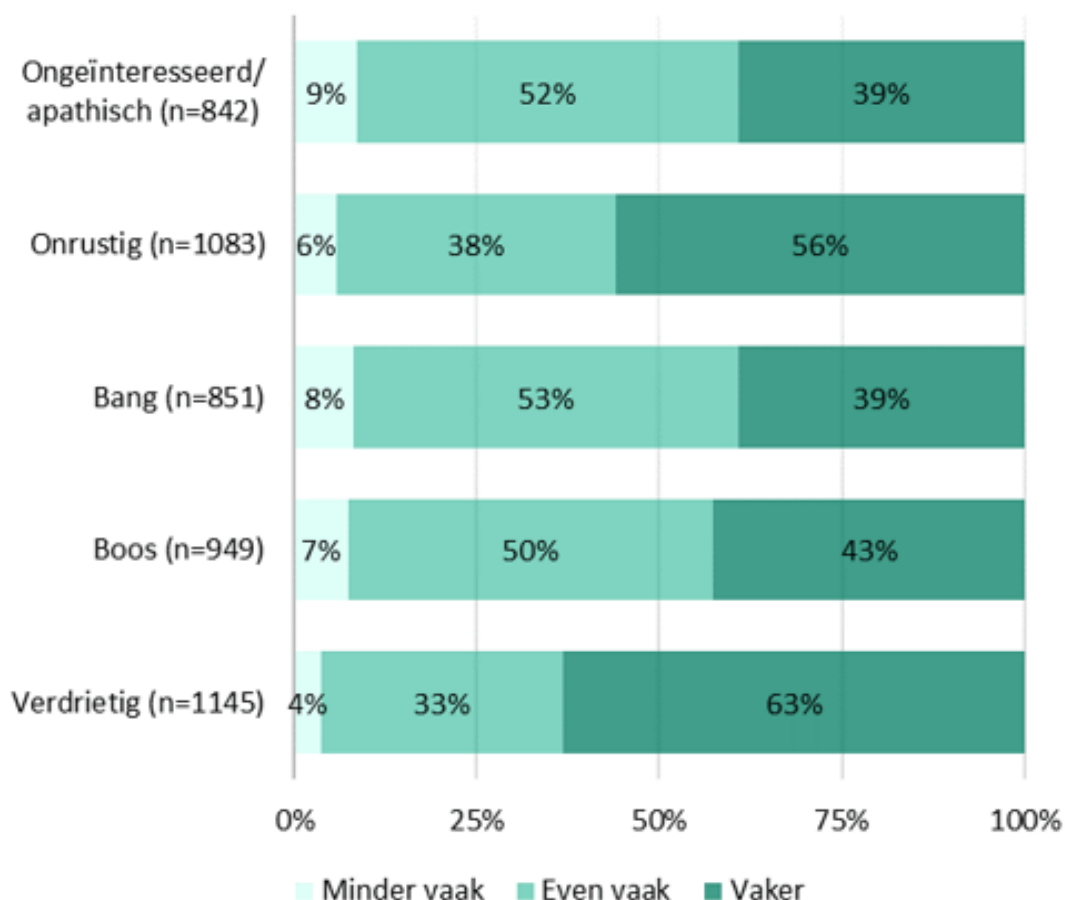
2) Probleemgedrag

Bijna alle behandelaren (studie 1) rapporteerden zowel toegenomen als afgenomen probleemgedrag bij bewoners, met een iets hoger percentage bewoners met toename (Q1/Mediana/Q3: 13%, 22%, 31%) dan afname (9%, 15%, 28%) van probleemgedrag ($Z=-2,35$, $p=0,019$).

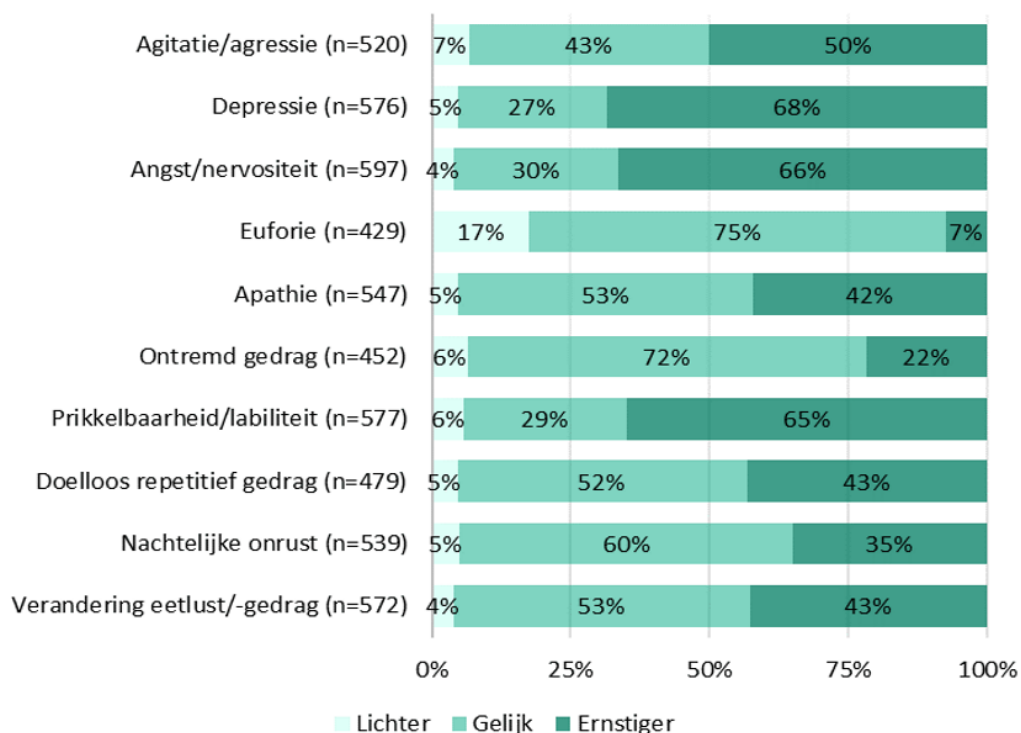
De meerderheid van de naasten (studie 2) die de afgelopen vier weken met de bewoner hadden gesproken, meldde een verandering in de frequentie van verschillende affecten bij bewoners sinds de maatregelen startten, vooral een toename in frequentie van verdriet ($n=722$, 63% van de naasten), rusteloosheid ($n=606$, 56%) en boosheid ($n=404$, 43%). De frequentie van geluksgevoel bij bewoners nam af ($n=709$, 60%). Enkele naasten meldden echter ook een verbetering van de gemoedstoestand. Vooral desinteresse ($n=74%$), angst ($n=70%$) en boosheid ($n=72%$) kwamen minder vaak voor (Tabel 2). Naasten van bewoners met cognitieve beperkingen rapporteerden minder geluksdaling en verdriet dan naasten van bewoners zonder cognitieve beperkingen ($\chi^2=9,64$, $p=0,008$; $\chi^2=26,03$, $p<0,000$).

Ook veel zorgmedewerkers meldden veranderingen in ernst van gedragsproblemen. Minstens de helft rapporteerde ernstiger signalen bij bewoners van depressie ($n=394$, 68% van medewerkers), angst ($n=396$, 66%), prikkelbaarheid ($n=374$, 65%) en agitatie ($n=260$, 50%). Desalniettemin werden ook verbeteringen gemeld door een kleine groep medewerkers. Afname van euforie ($n=75$, 17%), agitatie ($n=35$, 7%), ontremming ($n=29$, 6%) en prikkelbaarheid ($n=33$, 6%) werden het vaakst gemeld (Tabel 3). Ontremming uitgezonderd, rapporteerden medewerkers van psychogeriatrische afdelingen minder vaak een toename in ernst dan medewerkers van andere typen afdelingen ($p<0,050$).

Tabel 2. Veranderingen in frequentie van affecten van bewoners tijdens COVID-19 maatregelen, vergeleken met daarvoor, volgens naasten (studie 2)



Tabel 3. Veranderingen in ernst van gedragsproblemen tijdens COVID-19 maatregelen, vergeleken met daarvóór, volgens zorgmedewerkers (studie 2)



Bij open vragen van de enquête en in individuele interviews rapporteerden behandelaren (studie 1) enerzijds een toename van depressie, eenzaamheid, verveling, slaapproblemen, angst, apathie, terugtrekking, steunzoekend gedrag, negativiteit, achterdocht, agitatie, agressie en ontremming. Bovendien werd een afname van het fysieke en cognitieve functioneren, een afname van eetlust en een toename van hallucinaties en wanen genoemd. Anderzijds rapporteerden behandelaren over andere bewoners een betere stemming, een afname van agitatie, agressie, slaapproblemen en steunzoekend gedrag. Ook noemden zij toename van de cohesie en sociale verbondenheid tussen bewoners en tussen zorgverleners en familie.

“Saamhorigheid. Bewoners en het zorgteam die onderling complimenteus zijn naar elkaar. Elkaar daadwerkelijk bedanken door dit te zeggen of met een gebaar. In sommige situaties is er nu sprake van een betere zorgrelatie in verband met wederzijds begrip.” (Psycholoog)

Veel behandelaren schreven zowel toename (n=208, 79%) als afname (n=196, 75%) in probleemgedrag toe aan het bezoekverbod (Tabel 4).

“PG met ver gevorderde dementie: bij veel bewoners een afname van probleemgedrag door meer rust op afdeling. Geen familie en vrijwilligers geeft veel rust. Op geriatrische revalidatie toename probleemgedrag (stemming) zeker bij patiënten met cognitieve problemen (onbegrip bezoek niet zien) en naarmate coronamaatregelen langer duren op deze afdeling zie je een toename van stemmingsproblematiek.” (Psycholoog)

Behandelaren schreven de meest negatieve effecten toe aan het veelvoorkomende verbod om naar buiten te gaan (n=234, 84%), het incidentele verbod om de eigen kamer te verlaten (n=199, 71%), en de veelvoorkomende veranderingen in aangeboden georganiseerde activiteiten (n=203, 74%).

Zorgmedewerkers (studie 2) rapporteerden vooral een afname van reguliere groepsactiviteiten, zoals bewegingsactiviteiten, creatieve activiteiten en muziekactiviteiten (Tabel 5) en minder huiselijke activiteiten. Anderzijds werden vaker activiteiten ondernomen die in de huiskamer en met sociale afstand konden plaatsvinden, zoals gesprekken en spelletjes.

“Bewoners hebben veel minder onrust nu de afdeling gesloten is. In de toekomst moet er echt nagedacht worden in hoeverre ‘grote’ gezamenlijke activiteiten bijdragen aan het welzijn van bewoners.”

(Zorgmedewerker)

Volgens behandelaren (studie 1) brachten de maatregelen voor sommige bewoners rust en werden bewoners met milde of matige dementie het meest door de maatregelen getroffen. Ze schreven dit toe aan een beperkt begrip van de situatie.

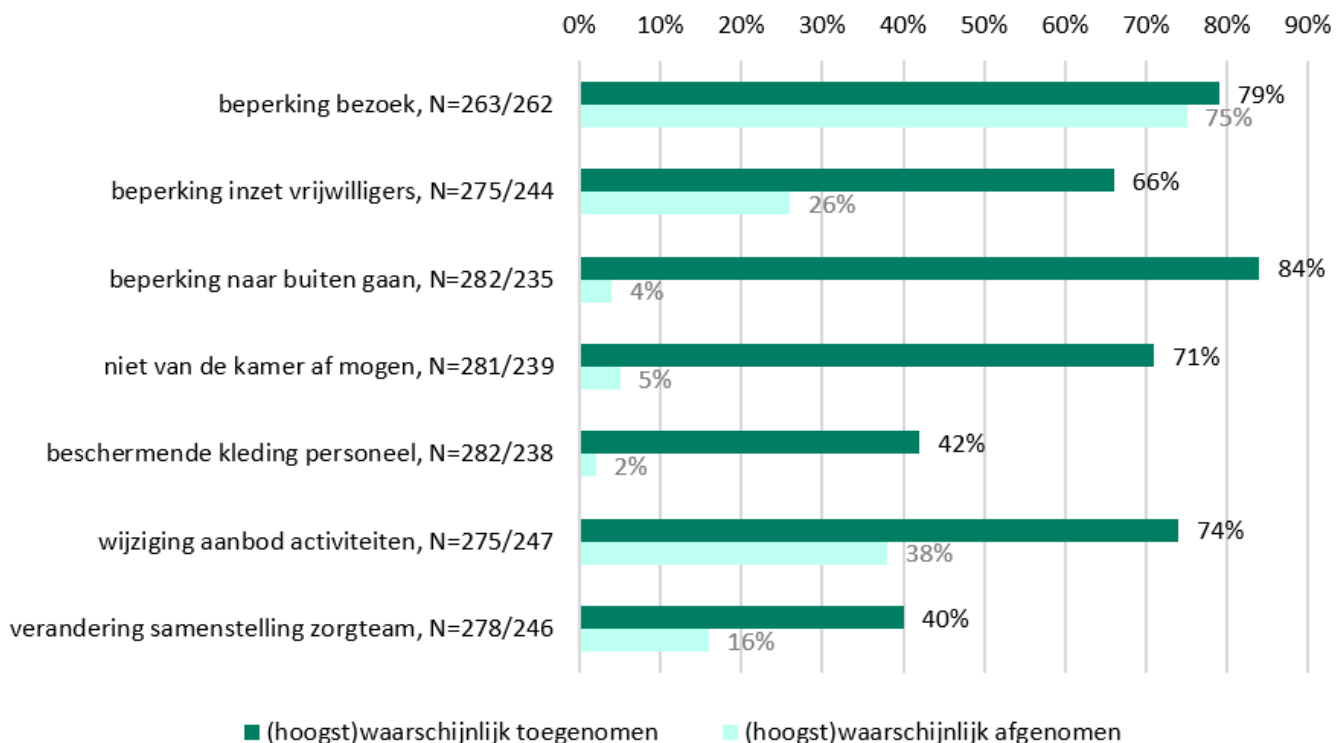
“Sommige cliënten hadden voordeel bij afname van prikkels (ver in dementieproces), andere cliënten minder ver in hun proces, missen hun dierbaren en begrijpen niet waarom zij hen niet kunnen zien. Dit lijkt hen onzeker te maken, waarop ze steeds weer opnieuw de bevestiging zoeken en we zien een toename in claimend gedrag bij sommige cliënten.” (Psycholoog)

Bij bewoners met gevorderde dementie was volgens de geïnterviewde behandelaren meestal sprake van meer apathie en minder agitatie, agressie en dwalen. De maatregelen leken overwegend negatieve psychologische gevolgen te hebben voor bewoners zonder dementie (bijvoorbeeld depressie, dierbaren missen) en te leiden tot meer agitatie, huilen, suicidaliteit en steunzoekend gedrag.

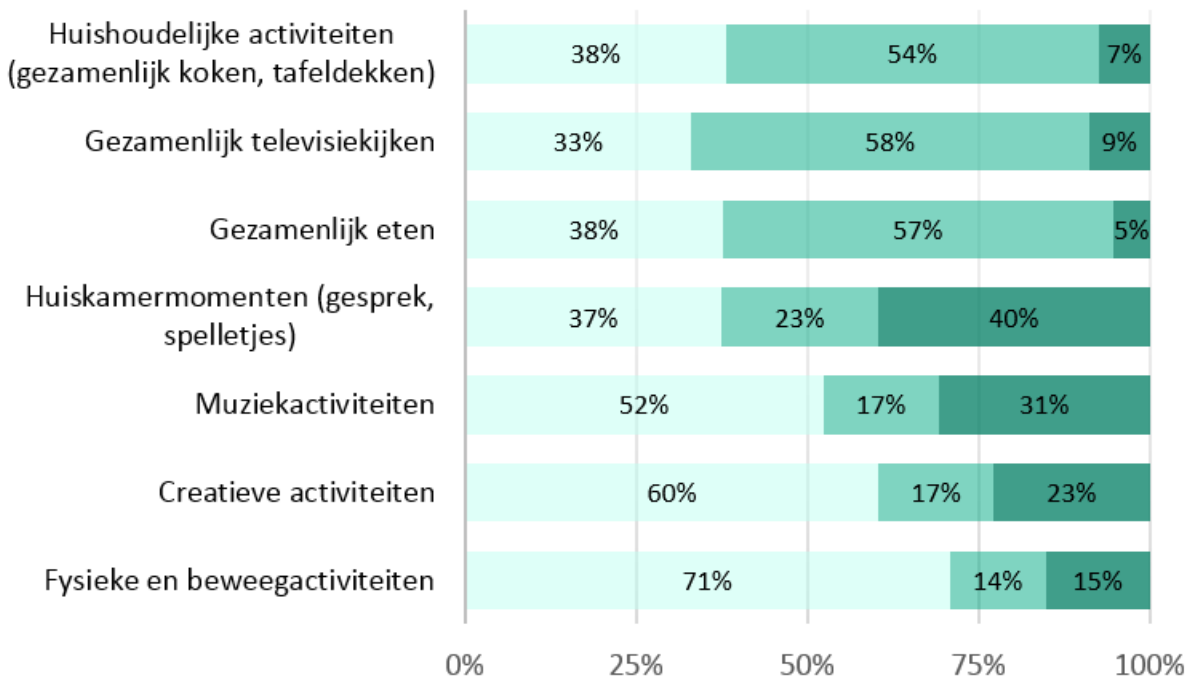
“Ik ben de afgelopen weken drie maal betrokken geweest bij ernstige suicide-ideatie en een suicidepoging, waar ik dat eerder niet heb meegemaakt.” (Psycholoog)

Bovendien rapporteerden behandelaren (studie 1) dat bewoners die minder leden onder de situatie, deze leken te hebben geaccepteerd en in staat waren hun activiteiten te veranderen. Hoewel bewoners zich bij de maatregelen neerlegden (studie 2), voelden ze ook dat hun autonomie werd weggenomen omdat ze helemaal niet werden geraadpleegd over de invulling van de maatregelen.

Tabel 4. Toe- en afname van probleemgedrag als gevolg van COVID-19-maatregelen, volgens behandelaren (studie 1)



Tabel 5. Wijzigingen in activiteiten tijdens COVID-19 maatregelen vergeleken met daarvoor, volgens medewerkers (studie 2)



"Ik vind het dubbel. Het is onmacht. Ik begrijp het wel, maar vind dat er niet echt rekening met ons wordt gehouden. Bovendien maken ze verkeerde beslissingen." (Bewoner, 90 jaar)

"Ik vind het onmenselijk, maar ik begrijp het ook, want ik wil niet dat anderen het krijgen." (Bewoner, 74 jaar)

Tenslotte leken nieuw opgenomen bewoners specifiek getroffen te worden, omdat de overgang van thuis naar verpleeghuis werd beïnvloed door de maatregelen, en ze daarbij steun van hun dierbaren moesten missen (studie 2).

"We hebben verschillende nieuwe bewoners die hier in crisis zijn gekomen. Vooral bij deze nieuwe cliënten zag ik meer agressie en nachtelijke onrust." (Zorgmedewerker)

3) Inzichten ten bate van de toekomst

In beide studies, vooral in de interviews van studie 1, deden deelnemers suggesties voor de toekomst op basis van hun ervaringen tijdens COVID-19. Zo noemden geïnterviewde psychologen het bieden van (individuele) ondersteuning aan zorgmedewerkers als belangrijke nieuwe taak en vonden het belangrijk dit in de toekomst te blijven uitvoeren.

"Behalve de gebruikelijke werkzaamheden, ben ik betrokken bij de psychische opvang voor medewerkers die zorgen hebben over de huidige situatie. Er is veel meer vakgroepoverleg [...] Ook wordt gevraagd of we afdelingscoördinatoren willen worden die de communicatie tussen de teams en de toeleverbronnen willen stroomlijnen op het gebied van patiënten, personeel en materialen." (Psycholoog)

Om de effecten van de lockdown te beperken, zijn verschillende strategieën toegepast, zoals videogesprekken voeren, speciale ruimtes inrichten waar bewoners hun naasten konden ontmoeten, activiteiten aanpassen en het beperken van blootstelling aan COVID-nieuws. De meerwaarde van e-communicatie varieerde: voor sommige bewoners werd het als effectief beschouwd en leidde het zelfs tot frequenter contact met naasten, terwijl het voor veel bewoners met cognitieve beperkingen als een uitdaging werd beschouwd.

"Wijziging in aanbod van activiteiten: je ziet dat teams nu creatiever bezig zijn met wat ze de mensen aan kunnen bieden op de afdelingen waar geen coronabesmettingen zijn, wat ervoor zorgt dat ze beter bezig zijn met het bieden"

van gedoseerde prikkels.” (Psycholoog)

“Er is voor sommige bewoners meer contact met naasten dan voorheen. Soms kan een kort videobelletje al leiden tot een goede stemming. Het kost voor familie minder moeite om even te bellen, dan om normaliter langs te komen.” (Psycholoog)

Bij verschillende aanpassingen gaven geïnterviewden aan dat die in de toekomstige dagelijkse praktijk zouden kunnen worden gehandhaafd. Dit betrof (meer) kleinschalige activiteiten, activiteiten in kleine groepen en individueel, meer activiteiten in de huiskamer, buitenshuis of in de gang en de inzet van sociale robots of robotachtige knuffels. Ook noemde men het belang van een individuele heroverweging van het aantal activiteiten dat aan een bewoner wordt aangeboden. Een aantal genoemde aanpassingen hadden betrekking op het blijvend reduceren van prikkels, zoals omgevingen creëren met weinig prikkels, geen gangen gebruiken voor bezorging en specifieke tijdslots instellen voor leveringen, drukte in de huiskamer beperken door daar geen zorgtaken uit te voeren en daar geen bezoek te ontvangen. Verscheidene geïnterviewden suggereerden het instellen van bezoeken.

Volgens de geïnterviewde behandelaren (studie 1) hadden zorgmedewerkers meer tijd voor persoonlijk contact met de bewoners; vergaderingen en afspraken van bewoners (bijvoorbeeld kapper, vrijetijdsactiviteiten) werden afgelast. Ook merkten medewerkers (studie 2) dat zij meer tijd hadden omdat er geen bezoek was.

“Veel dankbaarheid bij bewoners als zij met familie kunnen videobellen, sterkere band met zorgpersoneel omdat zorgpersoneel nu meer tijd met bewoners doorbrengt (zij doen nu ook haren krullen, nagels verzorgen, meer gesprekjes met bewoners).” (Psycholoog)

Geïnterviewden in studie 1 benadrukten de spanning tussen infectierisico en kwaliteit van leven. Ze zeiden dat veel bewoners, ondanks het risico op infectie, bezoek van dierbaren belangrijker vonden. In studie 2 was dit het geval voor 72 bewoners (37%), terwijl 61 bewoners (32%) veiligheid belangrijker vonden. Ook vond 42% van de naasten (n=681) kwaliteit van leven belangrijker versus 28% (n=459) veiligheid, terwijl medewerkers vaker veiligheid voor bewoners (n=299, 37%) de belangrijkste focus vonden versus kwaliteit van het leven (n=219, 27%). Veel respondenten konden geen keuze maken tussen kwaliteit van leven en veiligheid (31% van de bewoners, 30% van de naasten en 36% van de medewerkers). Verschillende respondenten van studie 1 en 2 wilden meer mogelijkheden voor een bezoekverbod op maat. Zo werden individueel maatwerk en een gedeeltelijke sluiting van het verpleeghuis voorgesteld bij toekomstige infecties.

“Ik vind dat we het volledig sluiten van instellingen en het verbieden van bezoek moeten heroverwegen. Sommige bewoners zijn erg bang, terwijl anderen zeggen ‘sta me gewoon toe bezoekers te hebben, zelfs als ik besmet raak.” (Arts)

Geïnterviewde behandelaren (studie 1) deden verder suggesties voor prikkelvermindering, zoals een limiet voor het aantal bezoekers, vrijwilligers en professionals (vooral in gedeelde ruimtes) en gebruik van de kamer van de bewoner voor bezoek.

“Voor de coronacrisis waren er vaak te veel en te lange bezoeken, te veel vrijwilligers en andere mensen die op bezoek kwamen, veel activiteiten buiten de huiskamer. Nu is er nog een ander uiterste, namelijk geen bezoekers, geen vrijwilligers, alleen activiteiten in de huiskamer. Een middenweg na de coronacrisis is zeker wenselijk.” (Psycholoog)

Over het algemeen begrepen bewoners, naasten en zorgmedewerkers de maatregelen, maar velen vonden ze vanwege de duur te star (studie 2).

“In het begin vond ik het moeilijk, later een stuk minder. Het went wel een beetje. Ik begrijp dat het niet mag, maar ik mis het bezoek wel.” (Bewoner, 95 jaar)

“We kunnen geen enkel risico nemen met onze kwetsbare ouderen, dus veiligheid boven alles!” (Naaste)

“Je ontnemt autonome mensen de mogelijkheid om hun eigen keuzes te maken over de bescherming van hun lichamelijke gezondheid of hun kwaliteit van leven om de andere cliënten te beschermen. Er hadden meer maatwerk

maatregelen kunnen worden genomen.” (Zorgmedewerker)

Discussie

Uit onze enquêtes kwamen zowel een toename als afname van probleemgedrag bij bewoners naar voren. Verschillende COVID-19-maatregelen, zoals het bezoekverbod of veranderingen in georganiseerde activiteiten, leken zowel positieve als negatieve effecten op gedrag te hebben. Beide studies suggereren een sterker negatief effect van een bezoekverbod bij bewoners zonder cognitieve beperkingen en bewoners met milde dementie in vergelijking met bewoners met meer gevorderde dementie. Sociale contacten van bewoners waren veranderd en veel bewoners ervoeren eenzaamheid tijdens het bezoekverbod, vooral bewoners zonder cognitieve beperkingen. Deze negatieve gevolgen van de coronamaatregelen zijn ook in andere landen gevonden.²³ Een tweede enquête naar aanleiding van de resultaten van studie 1 laat zien dat vooral mensen met ernstige dementie, en mensen met geagiteerd en psychotisch gedrag baat leken te hebben bij de gereduceerde omgevingsprikkels door de maatregelen terwijl mensen zonder dementie, en mensen met depressief of apathisch gedrag juist negatieve gevolgen van de gereduceerde omgevingsprikkels ervoeren.²⁴

Door de pandemie lijkt er in de langdurige zorg meer aandacht te zijn voor welbevindenaspecten zoals sociaal isolement en eenzaamheid, vooral bij ouderen.²⁵ Onze studies toonden aan dat zorgmedewerkers verschillende acties ondernamen om eenzaamheid te verminderen en sociaal isolement te voorkomen. Eén van de strategieën was het faciliteren van videogesprekken met naasten, wat soms moeilijk te implementeren leek voor mensen met cognitieve beperkingen.²⁶ Voorbeelden in andere landen²⁷ suggereren dat teleconferenties ook een nuttige strategie kunnen zijn in de toekomst.

Hoewel in verpleeghuizen al decennia wordt gepleit voor een persoonsgerichte aanpak,²⁸ bleek de focus van zorgorganisaties tijdens COVID-19 maatregelen meer te liggen op medische kwesties dan welbevinden. De toepassing van de maatregelen en het bezoekverbod liet weinig ruimte aan medewerkers om zorg op maat te leveren. Door de duur van de maatregelen ervoeren medewerkers problemen om bewoners persoonsgerichte zorg te geven. De gebleken toegevoegde waarde van passende activiteiten wijst bovendien op continuering van zinvolle dag- en sociale activiteiten in samenwerking met bewoners, hun naasten en zorgmedewerkers.¹⁸

De nieuwe strategieën die geïnterviewde behandelaren (studie 1) blijvend bruikbaar vonden, behoeven aandacht en onderzoek. De ontwikkelingen in de persoonsgerichte zorg en familieparticipatie worden mogelijk gehinderd bij implementatie van enkele van de voorgestelde strategieën. Zo kunnen de suggesties om geen bezoek meer toe te laten in huiskamers en om bezoeken in te stellen prikkelreducerend werken, maar ze kunnen ook de huiselijke omgeving ondermijnen die veel zorgorganisaties nastreven.

Hoewel de studies cross-sectioneel waren, zorgt de integratie van twee studies die bovendien met kwantitatieve en kwalitatieve methoden zijn uitgevoerd, voor robuuste resultaten. Ideeën van professionals over oorzaak-gevolgrelaties moeten wel met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Omdat er geen informatie is verzameld over de betrokken organisaties, kunnen deelnemers van dezelfde organisatie gegevens hebben verstrekt voor beide studies, wat tot oververtegenwoordiging zou hebben geleid. Door de methode van dataverzameling zijn geen responscijfers bekend. Hoewel digitale dataverzameling passend was in de toenmalige situatie, is dit een relevant nadeel van deze manier van dataverzameling waarmee de generaliseerbaarheid onder druk kan staan. Verder lijkt er een sterkere toename van probleemgedrag gerapporteerd te worden door naasten en zorgmedewerkers (studie 2) dan behandelaren (studie 1). Dit onderscheid kan zijn veroorzaakt door verschillende onderzoeksmethoden. In beide studies is gevraagd naar een verandering, ofwel ten opzichte van 'voor 20 maart' (studie 1) ofwel ten opzichte van 'voor de coronacrisis' (studie 2), waarbij in studie 1 is gevraagd naar probleemgedrag in het algemeen en vervolgens is gevraagd om het gedrag te specificeren, terwijl in studie 2 de verandering per gedraging en affect is uitgevraagd. Een andere vertekening kan zijn dat de meerderheid van de respondenten in studie 2 zich in een ernstig getroffen regio bevond. Deze respondenten kunnen de COVID-19-maatregelen anders hebben ervaren dan respondenten van organisaties zonder besmettingen.

Conclusies en implicaties

Onze studies bevestigden een grote impact van de COVID-19 maatregelen op ILZ-bewoners. Door te leren van de succesvolle

strategieën die de medewerkers tijdens de pandemie hebben toegepast, kunnen zorgorganisaties zich niet alleen voorbereiden op toekomstige crisissituaties, maar kunnen ze ook profiteren van deze strategieën in de dagelijkse zorg om zo het welbevinden van hun bewoners te optimaliseren.

Delen van dit artikel zijn eerder gepubliceerd:

* Leontjevas R, Knippenberg IAH, Smalbrugge M, Plouvier AOA, Teunisse S, Bakker C et al. Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands. *Aging Ment Health*. 2020 Dec 9:1-6. doi:10.1080/13607863.2020.1857695.

* Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, et al. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands [Research Letter]. *J Am Med Dir Assoc*, 21(11), 1569. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.007.

Auteurs

Debby L. Gerritsen

Radboudumc

Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Radboudumc Alzheimer Centrum, Nijmegen

Roeslan Leontjevas

Radboudumc, Open Universiteit Heerlen

Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Radboudumc Alzheimer Centrum, Nijmegen

Faculteit Psychologie, Open Universiteit, Heerlen

corresponderend auteur: e-mail roeslan.leontjevas@ou.nl

Marleen Prins

Trimbos Instituut Utrecht

Trimbos Instituut Utrecht

Henriëtte van der Roest

Trimbos Instituut Utrecht

Trimbos Instituut Utrecht

Literatuurlijst

1. Danis K, Fonteneau L, Georges S, Daniau C, Bernard-Stoecklin S, Domegan L, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. *Euro Surveill*. 2020 Jun;25(22). doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956.
2. Dichter MN, Sander M, Seismann-Petersen S, Kopke S. COVID-19: it is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 2020 May 12:1-4. doi:10.1017/S1041610220000897.
3. Wang L, He W, Yu X, Hu D, Bao M, Liu H, et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *J Infect*. 2020 Jun;80(6):639-45. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.019.
4. Ayalon L, Zisberg A, Cohn-Schwartz E, Cohen-Mansfield J, Perel-Levin S, Bar Asher-Sigal E. Long term care settings in the times of the COVID-19: Challenges and future directions. *Int Psychogeriatr*. 2020 Jul 1:1-14. doi:10.1017/S1041610220001416.

5. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *J Aging Soc Policy*. 2020 Jul-Oct;32(4-5):310-5. doi:10.1080/08959420.2020.1750543.
6. Verenso. Update registratie verpleeghuizen 27 oktober 2020. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2020/update-registratie-verpleeghuizen-27-oktober-2020>. 2020. [geraadpleegd op 8 November 2021].
7. RIVM. Ontwikkeling COVID-19 in grafieken. 2021. Beschikbaar op: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken>. [geraadpleegd op 8 November 2021].
8. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. In LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 1st February 2021. <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
9. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans R, Hamers JPH. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Jul;21(7):900-4. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.020.
10. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*. 2017 Mar 16;7(3): e012759. doi:10.1136/bmjopen-2016-012759.
11. Van den Brink A, Gerritsen DL, de Valk MMH, Oude Voshaar R, Koopmans R. Natural course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with mental-physical multimorbidity in the first eight months after admission. *Aging Ment Health*. 2020 Jan;24(1):155-61. doi:10.1080/13607863.2018.1531384.
12. Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Bor H, Gerritsen DL, Koopmans RT. Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation. *Aging Ment Health*. 2014;18(8):980-5. doi:10.1080/13607863.2014.899969.
13. Gerritsen DL, Oude Voshaar RC. The effects of the COVID-19 virus on mental healthcare for older people in The Netherlands. *Int Psychogeriatr*. 2020 Jun 3:1-4. doi:10.1017/S1041610220001040.
14. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 May 27;14(5):779-88. doi:10.1016/j.dsx.2020.05.035.
15. Leontjevas R, Knippenberg IAH, Smalbrugge M, Plouvier AOA, Teunisse S, Bakker C, et al. Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands. *Aging Ment Health*. 2020 Dec 9:1-6. doi:10.1080/13607863.2020.1857695.
16. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, et al. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands [Research Letter]. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Sep 10;21(11):1569. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.007.
17. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994 Dec;44(12):2308-14. doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308.
18. Van Tilburg TG. Social, emotional and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. *Gerontologist*. 2020 Jun 30. doi:10.1093/geront/gnaa082.
19. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge: MIT Press; 1973.
20. Benzinger P, Kuru S, Keilhauer A, Hoch J, Prestel P, Bauer JM, et al. [in German] [Psychosocial effects of the pandemic on staff and residents of nursing homes as well as their relatives-A systematic review]. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2021;23:1-5. doi:10.1007/s00391-021-01859-x
21. Knippenberg IAH, Leontjevas R, Nijsten JMH, Bakker C, Koopmans RTCM, Gerritsen DL. Environmental stimuli in nursing homes during the COVID-19 pandemic: Lessons learned to improve the management of challenging behavior. *Int Psychogeriatr*. 2021;33:51. doi.org/10.1017/S1041610221001599
22. Berg-Weger M, Morley JE. Editorial: Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(5):456-8. doi:10.1007/s12603-020-1366-8.
23. Leontjevas R, Knippenberg IAH, Bakker C, Koopmans R, Gerritsen DL. Telehealth and telecommunication in nursing homes during COVID-19 antiepidemic measures in the Netherlands. *Int Psychogeriatr*. 2021 Aug;33(8):835-6.

doi:10.1017/S1041610221000685.

24. Chu CH, Donato-Woodger S, Dainton CJ. Competing Crises: COVID-19 Countermeasures and Social Isolation among Older Adults in Long Term Care. *J Adv Nurs*. 2020 Jul 9. doi:10.1111/jan.14467.
25. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1-10. doi:10.2147/CIA.S38589.