



RAPPORTAGE

Afwegingskader

2023

Programmalijn IV – Risico's, Impact en Markt

Projectnummer TNO 060.51323

DATUM

18 maart 2024

AUTEURS

Karin Kompatscher (TNO), Menno Hinkema (TNO), Aleksandrina Skvortsova (UL), Judy Veldhuijzen (UL)

REVIEWER

ORGANISATIES

TNO, Universiteit Leiden
TNO 2024 R10478

INHOUD

Inhoud	2
Lijst met afkortingen	5
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	6
1.2 Doelstelling van het onderzoek	7
1.3 Positionering en inkadering binnen het P ³ Venti programma	8
1.4 Types afwegingskader functies en beoogd gebruik	10
1.4.1 Types afwegingskader	10
1.4.2 Functies en beoogd gebruik	11
1.5 Leeswijzer	12
2 Methode	13
2.1 Desktopanalyse	13
2.1.1 Onderzoeksvraagstelling	13
2.1.2 Identificatie domeinen	13
2.1.3 Aanpak literatuuranalyse	14
2.2 Stakeholderinterviews	15
2.2.1 Doelstelling	15
2.2.2 Onderzoeksvraagstelling	15
2.2.3 Selectie geïnterviewden	15
2.2.4 Aanpak	16
3 Uitkomsten analyse	17
3.1 Belang en relevantie domeinen	17
3.1.1 Uitkomsten desktopanalyse	17
3.2 Domein oversterfte	23
Samenvattende bevindingen	23
3.2.1 Begripsbepaling	23
3.2.2 Gegevensbronnen en registraties	24
3.3 Domein gezondheidsschade	27

	Samenvattende bevindingen	27
	3.3.1 Begripsbepaling	27
	3.3.2 Gegevensbronnen en registraties	29
3.4	Domein kwaliteit van zorg en dienstverlening	34
	Samenvattende bevindingen	34
	3.4.1 Begripsbepaling	34
	3.4.2 Onderzoek en registratie kwaliteit van dienstverlening tijdens de COVID-pandemie	35
	3.4.3 Voorspelbaarheid	35
3.5	Domein productie-uitval	36
	Samenvattende bevindingen	36
	3.5.1 Begripsbepaling	37
	3.5.2 Onderzoek en registratie productie-uitval tijdens de COVID-pandemie	37
	3.5.3 Voorspelbaarheid	39
3.6	Aanvullende en verdiepende inzichten stakeholderinterviews	39
	3.6.1 Domein oversterfte	40
	3.6.2 Domein gezondheidsschade	41
4	Conclusies en agenda voor vervolg	48
4.1	Conclusies onderzoek 2023	48
	4.1.1 Relevantie en invulling elementen en aspecten afwegingskader	48
	4.1.2 Kennishiaten en complicaties	50
4.2	Vraagstelling en aanpak verder onderzoek	51
	4.2.1 Generaliseerbaarheid en toepassing voor maatschappelijk urgente sportvoorzieningen	51
	4.2.2 Verdiepend onderzoek naar kwantificering en/of semi-kwantificering impact	51
	4.2.3 Verdiepend onderzoek problematische elementen en aspecten	51
4.3	Vraagstelling en aanpak uitwerking handelingsperspectief	52
	4.3.1 Geschiktheid taxonomie als oplossingsrichting	52
	4.3.2 Eerste uitwerking taxonomiestructuur	52
5	Referenties	60
6	Bijlage A – uitgebreide uitkomsten desktopanalyse	67
6.1	Methodes voorspellen van oversterfte	67
	6.1.1 Oversterfte aan de hand van het historische gemiddelde	67
	6.1.2 Dynamisch lineair model – regressiemodel	68
6.2	Methode literatuurstudie oversterfte	69
6.3	Uitwerking literatuurstudie gezondheidsschade	72

6.3.1	Onderzoeken RIVM uitstel ziekenhuiszorg	72
6.3.2	RIVM-overzichten onderzoeken COVID-19	72
6.3.3	Tweede literatuurstudie Integrale Monitor COVID-19	76
6.3.4	Methoden voor voorspelbaarheid	81
6.4	Overzicht kwaliteitskaders domein kwaliteit van dienstverlening	82
6.4.1	Kwaliteitskaders langdurige zorg	82
6.4.2	Studies kwaliteit verpleeghuiszorg vanuit cliëntenperspectief	88
6.5	Overzicht registraties en ervaringen tijdens COVID-19	92
6.5.1	'Stip op de horizon' langdurige zorg	92
6.5.2	Kwaliteitsaspecten in COVID-response protocollen	93
6.5.3	Kwaliteitseffecten dementiezorg	95
6.5.4	Kwaliteitseffecten zorg aan mensen met een beperking	97
6.5.5	Kwaliteitseffecten: verwachte input uit onderzoekslijn I van P ³ Venti	99
7	Bijlage B – protocol en vraagstelling stakeholderinterviews	100
8	bijlage C – Lijst inventarisatie interviewees	103

LIJST MET AFKORTINGEN

OMT	Outbreak Management Team
MIT	Maatschappelijke Impact Team
OVV	Onderzoeksraad voor Veiligheid
DALY	Disability Adjusted Life Years
QALY	Quality Adjusted Life Years
MKBA	Maatschappelijke Kosten Baten Analyse
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
AHP	Analytical Hierarchy Process
NEA	Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

De ontwikkeling van een afwegingskader maakt onderdeel uit van het onderzoek in programmalijn IV – Risico's, impact en markt van P³Venti. In deze programmalijn wordt kennis opgebouwd die helpt om antwoord te geven op de vraag hoe de (rijks)overheid en andere maatschappelijke stakeholders goed overwogen keuzes kunnen maken bij het inzetten van publieke middelen om maatregelen op het gebied van ventilatie en andere luchtbehandelingssystemen binnen een bepaalde maatschappelijke sector te faciliteren. 'Inzet van publieke middelen' kan betrekking hebben op geld, maar bijvoorbeeld ook op beleidsinspanningen en het creëren van handelingsruimte voor stakeholders in maatschappelijke sectoren.

De vraagstelling voor programmalijn IV is een reflectie van de urgentie en problematiek die tijdens de COVID-19 pandemie is ondervonden. Die problematiek had niet alleen betrekking op de beheersbaarheid van besmettingsrisico's, maar ook en vooral op het nut en de bijeffecten van maatregelen die werden getroffen om het besmettingsrisico te beperken.

Het spanningsveld tussen enerzijds (medische) risicobeheersing en anderzijds de verstorende effecten van maatregelen op maatschappelijk welzijn en publieke gezondheid is in het publieke en politieke debat prominent naar voren gekomen. Dit heeft onder andere geleid tot de oprichting van het Maatschappelijke Impact Team (MIT), dat bij een eventueel weer opvlammen van de COVID-19 pandemie en bij een nieuwe pandemische dreiging een plek krijgt naast het Outbreak Management Team (OMT) bij het adviseren van de Rijksoverheid.

In haar eerste evaluatierapport over de COVID-19 pandemie (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2022) heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) voor de langdurige zorg twee voornamelijk problemen geïdentificeerd waarmee de sector, vooral in de vroege fase van de pandemie maar ook daarna, te maken heeft gehad.

- In de eerste weken en maanden van de pandemie was sprake van een gebrek aan zichtbaarheid van de sector bij het managen van de acute, medische risico's van de pandemie. Dit kwam onder andere tot uiting in onvoldoende beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en gebrekkige toepasbaarheid van veiligheidsprotocollen op de werkprocessen in de langdurige zorg.
- Een primair op medische risico's en infectiepreventie gericht referentiekader voor beschermende maatregelen. Dit hield voor de langdurige zorg onvoldoende rekening met voor kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van cliënten belangrijke contacten en interacties, bijvoorbeeld contact met naasten en dagbesteding.

Het Ministerie van VWS signaleert dat in haar beleidsdomein behoefte bestaat aan meer kennis over welke factoren bijdragen aan risico's voor en negatieve impact op primaire processen van hetzij besmettingen hetzij maatregelen om die besmettingen te voorkomen. Deze kennis is nodig om voorbereid te kunnen zijn op een hernieuwde of nieuwe pandemische dreiging en op dat moment tot besluitvorming te kunnen komen. Daar hoort bij dat in beeld gebracht wordt welke referentiekaders een rol spelen bij het vormgeven van besluiten. Die referentiekaders kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op medisch-specialistische aspecten, maatschappelijke aspecten, kwaliteit van leven. Het ontwikkelen van deze kennis helpt de overheid niet alleen om zelf beter onderbouwde afwegingen te maken, maar ook om transparantie te bieden over en draagvlak te creëren voor die besluitvorming.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Zoals gezegd richt het onderzoek in programmalijn IV zich op zin en noodzaak van investeringen in ventilatie en andere luchtbehandelingssystemen binnen een maatschappelijke sector. De kennis die wordt opgebouwd is ook bedoeld om overheden te helpen bij het afwegen en ten opzichte van elkaar prioriteren van (investeringen in) verschillende sectoren en/of deelsectoren – en om maatschappelijke stakeholders in dat afwegingsproces mee te nemen.

De ontwikkeling van een afwegingskader heeft een meer specifieke focus binnen deze doelstelling voor programmalijn IV. De volgende vraag staat centraal.

Wat is de impact voor een sector van het optreden van besmettingen met pathogenen en/of van maatregelen die genomen worden om de kans op besmetting met pathogenen te verkleinen?

De aanleiding voor deze vraagstelling ligt in de impact die is ervaren tijdens de COVID-19 pandemie. De ambitie van het onderzoek is echter om kennis te ontwikkelen die meer generiek toepasbaar is bij een pandemie of dreiging daarvan.

De doelstelling van het afwegingskader is om deze vraag gestructureerd en toetsbaar te kunnen beantwoorden. In eerste instantie richt het onderzoek zich op de sector langdurige zorg. Later in het onderzoek wordt een vergelijkende analyse uitgevoerd voor een aantal maatschappelijk urgente sportvoorzieningen, waaronder zwembaden. Aan de hand van die vergelijkende analyse zal een meer algemeen toepasbaar afwegingskader worden opgesteld. Op basis van dit algemeen toepasbare afwegingskader zal (voornamelijk in 2025) een of meerdere besluitvormingsondersteunende instrumenten worden ontwikkeld die de overheid handelingsperspectief moeten bieden bij de vraag hoe publieke middelen het effectiefst kunnen worden ingezet om investeringen in verbetering van ventilatie mogelijk te maken.

De onderzoeksactiviteiten voor ontwikkeling van het afwegingskader voor de langdurige zorg richten zich in eerste instantie op het analyseren van vier impactdomeinen onderverdeeld naar uitkomstmaten voor cliënten en aspecten die te maken hebben met de dienstverlening zelf. Deze vier domeinen zijn tijdens de definitiefase van het P³Venti-programma en tijdens inleidende verkenningen voor lijn IV geïdentificeerd.

1. Oversterfte
2. Ernstige gezondheidsschade, anders dan overlijden
3. Kwaliteit van dienstverlening
4. Continuïteit van dienstverlening, c.q. productie-uitval

Het is niet bij voorbaat gezegd dat dit de enige impactdomeinen zijn die in het afwegingskader worden opgenomen. Het is goed mogelijk dat gedurende het onderzoek aanvullende domeinen in beeld komen.

1.3 Positionering en inkadering binnen het P³Venti programma

Het in dit rapport gedocumenteerde onderzoek maakt deel uit van de pijler sociaalwetenschappelijk en beleidsondersteunend onderzoek van P³Venti: lijnen IV en V. Het onderzoek in deze programmalijnen is erop gericht kennis op te bouwen en toegankelijk te maken die overheden, andere actoren in de publieke sector en maatschappelijke en not-for-profit organisaties ondersteunt bij het effectief en verantwoord inzetten van ventilatie als mitigatiemaatregel. Verantwoord en effectief inzetten wil zeggen: maatregelen waarvan duidelijk is wat ze doen, op plekken waar ze het meeste effect sorteren en met oog voor bedrijfsmatige en maatschappelijke kosten en baten.

Het onderzoek in programmalijn IV is breder dan alleen de ontwikkeling van een afwegingskader. Parallel aan de ontwikkeling daarvan vindt meer installatietechnisch gericht onderzoek plaats. Dit wordt uitgevoerd om zicht te krijgen op de huidige kwaliteit van ventilatievoorzieningen in de langdurige zorg, verbetermogelijkheden te identificeren en inzichtelijk te maken welke investeringen nodig zijn voor welk niveau van verbetering.

Deze twee onderzoekslijnen (afwegingskader en installatietechnische inventarisatie) worden parallel en in samenhang uitgevoerd. De uitkomsten worden gecombineerd met inzichten die in andere projectlijnen van P³Venti worden ontwikkeld. Hierdoor is het naar verwachting mogelijk om de overheid en maatschappelijke stakeholders ondersteuning te bieden bij alle stappen die zij moeten doorlopen om tot beter onderbouwde en transparantere beslissingen te komen over toepassing en inzet van ventilatie en nut en noodzaak van het daarbij inzetten van publieke middelen. Tabel 1.1 geeft de processtappen en bijbehorende P³Venti-input weer.

Processtappen	Input P ³ Venti
1) Bepalen of vergelijken van de verwachte effectiviteit	
a) Zijn er aanmerkelijke risico's voor aerogene transmissie aanwezig op basis van de ruimtetypologie, ventilatietypologie en gebruikstypologie?	- Programmalijn I voor ruimtetypologieën, ventilatietypologieën en typologieën ruimtegebruik - Programmalijn IV – voor inventarisatie van ventilatietypologieën - Programmalijnen II en III voor modellering (II) en blootstelling (III) - <i>Inzichten uit programmalijn VI voor de relatie tussen blootstelling en besmettingsrisico</i>
b) Is ventilatie naar verwachting een zinvolle maatregel om het risico te beperken?	- Programmalijn I voor risico's uit ruimtegebruik en haalbaarheid ventilatie als maatregel - Programmalijnen II en III voor modellering (II) en meting (III) risicoreductie bij toepassing verbeterde ventilatie
2) Bepalen of vergelijken van impact en maatschappelijk belang	
a) Hoe groot is de impact van transmissie, dan wel van voorzorgsmaatregelen anders dan ventilatie of een combinatie van beide factoren voor de betreffende sector? i) Bij implicatie: wat valt er te winnen als transmissie lager is en/of voorzorgsmaatregelen afgezwakt kunnen worden?	- <u>Programmalijn IV – afwegingskader</u>
b) Wat is de bredere economische en maatschappelijke impact hiervan? i) Wat is de economische en maatschappelijke impact op het beleidsterrein van VWS? ii) Welke economische en maatschappelijke impact doet zich voor die primair buiten het beleidsterrein van VWS valt, maar daar wel in doorwerkt / naar uitstraalt?	- <u>Programmalijn IV – afwegingskader</u> - Programmalijn V – MKBA
3) Bepalen of vergelijken van het verbeterpotentieel	
a) Hoever kan de blootstelling (bij gelijkblijvend gebruikspatroon) worden gereduceerd door opwaardering van de prestaties van ventilatiesystemen in de betreffende sectoren? i) Welke verbeterscenario's kunnen worden onderscheiden en wat zijn de typische kosten en mate van verbetering van elk scenario? ii) Wat is de publieke financieringsbehoefte?	- Programmalijnen II en III voor modellering (II) en blootstelling (III) - <i>Inzichten uit programmalijn VI voor de relatie tussen blootstelling en besmettingsrisico</i> - Programmalijn IV – voor inventarisatie van ventilatietypologieën - Programmalijn V – voor kosten en baten bedrijfsvoering

Tabel 1.1. Processtappen en bijbehorende P³Venti-input.

Zoals uit de tabel blijkt richt het onderzoek in programmalijn IV zich op twee hoofdaspecten:

- De impact op primair proces en de economische en maatschappelijke impact van besmettingsrisico en van voorzorgsmaatregelen (afwegingskader)
- De aanwezigheid van risicofactoren en de verbeterruimte m.b.t. ventilatie (inventarisatie)

Wanneer later in het P³Venti-programma de focus verschuift naar het creëren van handelingsperspectief voor de (rijks)overheid en maatschappelijke actoren, is het zaak de input uit deze twee onderdelen van programmalijn IV samen met de input uit andere programmalijnen in één geïntegreerde omgeving onder te brengen.

1.4 Types afwegingskader functies en beoogd gebruik

1.4.1 Types afwegingskader

Het begrip "afwegingskader" is niet eenduidig gedefinieerd. Afwegingskaders zijn er in soorten en maten, in verschillende gradaties van complexiteit, op basis van uiteenlopende typen gegevens en met heel diverse beoogde toepassingen. Het is een basaal kenmerk van een afwegingskader dat niet alleen alternatieven ten opzichte van elkaar vergeleken worden, maar dat ook binnen elk alternatief verschillende aspecten in samenhang worden bekeken en ten opzichte van elkaar gewogen.

Waar de keuze relatief simpel is en gebaseerd op eenduidige, goed kwantificeerbare data, komt een afwegingskader neer op een ja/nee keuze tussen twee of meer alternatieven. Denk bijvoorbeeld aan de leverancierselectie voor een nieuwe tillift. Bij de aanbesteding van diensten is het model van de Beste Prijs-Kwaliteit Verhouding (BPKV) (Chen, 2016) een bekende vorm van een afwegingsgebaseerd besluitvormingsmodel.

Bij risicomanagement en procesveiligheid in de gezondheidszorg wordt veel gebruik gemaakt van risicomatrices. Deze brengen op de ene as de waarschijnlijkheid in beeld dat een risico zich voordoet en op de andere as de ernst van het effect als het risico zich voordoet. Een risicomatrix kan worden gebruikt om te bepalen of het treffen van een beheersmaatregel voor een specifiek risico nuttig en noodzakelijk is. Anderzijds kan met behulp van een risicomaatregel de effectiviteit van verschillende maatregelen worden vergeleken, door te analyseren welke verschuiving op de risicomatrix ze opleveren.

De informatie in een risicomatrix is niet per definitie kwantitatief; ook kwalitatieve en semi-kwantitatieve versies komen voor. Pascarella et al. gaan op basis van een 'critical literature review' uitgebreid in op het gebruik van deze drie typen risicomatrix voor de analyse van gezondheidsrisico's (Pascarella, et al., 2021). Het verantwoord gebruik van risicomatrices, ook met kwalitatieve en semi-kwantitatieve data, leunt zwaar op bekendheid van de gebruikers met het risicodomein en met de indicatoren die in de matrix zijn meegenomen. Voor het P³Venti-afwegingskader als geheel lijkt de

methodologie daarom minder geschikt. Wel kunnen risicomatrices mogelijk een rol spelen op onderdelen.

Waar de kennisbasis complex is, meerduidig is en mogelijk niet door alle betrokkenen op dezelfde manier begrepen wordt, en sprake is van relatief grote onzekerheid met betrekking tot toekomstige ontwikkelingen, kunnen scenario-gebaseerde methoden helpen om de effecten van mogelijke ontwikkelingen in verschillende domeinen kwalitatief in beeld te brengen en met elkaar te verbinden. Waar effecten onzeker zijn maar al wel meer duidelijkheid bestaat over de systeemverandering waarvan effecten worden bestudeerd, kunnen analysemethoden uit de discipline Health Impact Assessment een rol spelen. In de verdere uitwerking van het onderzoek in de programmalijn om tot ondersteuning van het handelingsperspectief voor (primair) de overheid te komen, is een belangrijke focus om de gebruikte besluitvormings- en afwegingsmodellen af te stemmen op het kennisniveau dat redelijkerwijs binnen het programma kan worden bereikt.

1.4.2 Functies en beoogd gebruik

De functie van een afwegingskader is niet om absolute, kwantitatieve uitspraken te doen over de aard en ernst van risico's en impactfactoren in verschillende domeinen. Bij een pandemische dreiging is sprake van een hoge mate van intrinsieke onzekerheid en is de informatie die moet worden meegenomen complex en meerduidig. Kwantificering van effecten zal slechts beperkt en op onderdelen mogelijk zijn.

De functie van een afwegingskader is ook niet om besluiten en keuzes voor te schrijven of te adviseren. Dat is bij uitstek een bevoegdheid die ligt bij de overheid, die deze in overleg met betrokken stakeholders uitoefent. De functie van een afwegingskader is om informatie (inhoud) en bouwstenen (proces) aan te leveren waarmee die besluitvorming zorgvuldig en gebalanceerd kan plaatsvinden.

Binnen de context van programmalijn IV van P³Venti, is een afwegingskader bedoeld als een gemeenschappelijk begrippenkader. Dit begrippenkader brengt gegevens en opvattingen over verschillende domeinen van risico en impact bijeen. Het ondersteunt daarmee de dialoog die tussen actoren moet plaatsvinden om de overheid in staat te stellen afgewogen beslissingen over prioritering van (financiering voor) maatregelen te kunnen nemen. Een afwegingskader biedt de overheid en andere betrokken actoren een eenduidige basis aan van elementen die bij besluitvorming mee moeten worden gewogen. Daarnaast moet een afwegingskader waar mogelijk toegang bieden tot beschikbare kennis over de impact op de opgenomen elementen van verschillende scenario's van pandemische dreiging.

Een belangrijke functie van een afwegingskader is; fungeren als gestructureerd hulpmiddel om besluitvorming transparant en navolgbaar te maken waarbij gebruik wordt gemaakt van de meest relevante en actuele gegevens. Dit helpt om draagvlak te creëren voor prioriteringsbeslissingen. Een

afwegingskader kan de overheid helpen aan anderen inzichtelijk te maken welke gedachtegangen en analyses bij besluitvorming een rol hebben gespeeld.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit rapport worden de onderzoeksmethode en -vraagstelling besproken die bij de inventarisatie tot nu toe zijn gehanteerd. Hoofdstuk 3 beschrijft eerst voor de vier domeinen gezamenlijk welke inzichten desktopanalyse heeft opgeleverd met betrekking tot het belangen de relevantie van de domeinen voor de onderzoekscope van P³Venti. Vervolgens wordt per domein een overzicht gegeven van de verdere uitkomsten van de desktopanalyse. Hierbij wordt per domein ingegaan op de begripsbepaling, aangetroffen gegevensbronnen en registraties en de mate waarin naar verwachting bij een (nieuwe) pandemische dreiging voorspellingen over de aard en ernst van impact kunnen worden gedaan. Ook wordt per domein stilgestaan bij welk onderzoek en gegevensverzameling tijdens de COVID-19 pandemie hebben plaatsgevonden. In de hoofdtekst van hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van de desktopanalyse relatief beknopt weergegeven, een uitgebreidere bespreking van geanalyseerd materiaal is opgenomen in Bijlage A. Hoofdstuk 3 sluit af met een bespreking per domein van aanvullende en verdiepende inzichten uit de semigestructureerde interviews die met stakeholders zijn gehouden. Hoofdstuk 4 vat de conclusies van het in 2023 uitgevoerde onderzoek samen en zet lijnen uit voor de vraagstelling en aanpak van verder onderzoek in de programmalijn in 2024 en 2025. Ook wordt in dit hoofdstuk een eerste beschrijving gegeven van een mogelijke aanpak om via de creatie van een gezamenlijk begrippenkader (taxonomie) een basis te leggen voor het creëren van handelingsperspectief in het laatste halfjaar van het P³Venti-programma.

2 METHODE

Het onderzoek in de langdurige zorg heeft plaatsgevonden door middel van desktopanalyse en door middel van stakeholderinterviews. In dit hoofdstuk wordt per onderzoeksvorm ingegaan op de onderzoeksvraagstelling en aanpak.

2.1 Desktopanalyse

2.1.1 Onderzoeksvraagstelling

Er is een set onderzoeksvragen geformuleerd aan de hand waarvan de eerste analyse is vormgegeven.

- Wat kan er vastgesteld worden over de **relevantie** van het domein voor de kwaliteit en continuïteit van de primaire processen in en de maatschappelijke functie van de langdurige zorg?
- Hoe kunnen we de **begripsbepaling** voor het domein definiëren?
 - Welke aspecten spelen een rol?
 - Welke verschillen zijn er eventueel in toepasbaarheid op en relatief belang voor verschillende stakeholdergroepen binnen de langdurige zorg?
 - Welke onduidelijkheden, kennislacunes en interpretatieproblemen zijn te onderscheiden?
- Welke **registraties en gegevensbronnen** zijn beschikbaar voor historische en actuele data? Voor zover die gegevensbronnen ontbreken (of niet beschikbaar kunnen worden gemaakt): wat zijn daarvan de implicaties voor de analyse?

Tot op welke hoogte, hoe en in welke vorm is het mogelijk om effecten in het domein bij een hernieuwde of nieuwe pandemische dreiging te **voorspellen**? Wat kunnen we wel en niet verwachten van voorspellingen in dit domein op grond van de huidige kennisbasis?

2.1.2 Identificatie domeinen

De meest simpele begripsomschrijving voor het domein **oversterfte** is het aantal sterfgevallen dat extra optreedt ten opzichte van het verwachte aantal op basis van de extrapolatie van een meerjarige historische trend. Deze begripsomschrijving is onvoldoende genuanceerd. Ze maakt geen onderscheid tussen de impact van extra overlijden van (kwetsbare) oudere en/of ernstige zieke burgers en extra overlijden van relatief jonge en/of gezonde burgers. Om die nuancering beter mee te kunnen nemen wordt oversterfte vaak uitgedrukt in extra verloren DALY's (disability adjusted life years).

Het begrip **gezondheidsschade** wordt opgevat als zijnde schade aan de gezondheid niet zijnde extra overlijdens. Er wordt onderscheid gemaakt in:

- gezondheidsschade direct ten gevolge van het doormaken van een besmetting
- indirecte gezondheidsschade, dat wil zeggen
 - ofwel schade die ontstaat nadat een besmetting is doorlopen,
 - dan wel gezondheidsschade die ontstaat als gevolg van maatregelen die worden getroffen om besmettingen te voorkomen.

In combinatie met dit onderscheid wordt een onderscheid gemaakt tussen fysieke gezondheid, mentale gezondheid en sociale gezondheid. Als gezondheidsschade gekwantificeerd kan worden, gebeurt dat meestal in termen van DALY's. Kwantificering is echter maar beperkt mogelijk (de Wit, et al., 2022) (van Giessen, et al., 2020).

Kwaliteit van dienstverlening kan voor de sector langdurige zorg worden verbijzonderd tot kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg wordt uitgedrukt met behulp van proces-, structuur- en uitkomstindicatoren voor het primair proces – en voor randvoorwaardelijke parameters zoals huisvesting – die betrekking hebben op de veiligheid, effectiviteit, persoonsgerichtheid en vraaggerichtheid van zorg. Kwaliteit van zorg omvat zowel “harde” aspecten als infectiepreventie, alsook “zachtere” aspecten zoals persoonlijke autonomie van de cliënt/bewoner. Kwaliteit van zorg is een bij uitstek meerduidig en gecompliceerd domein. Een eenduidige, kwantitatieve benadering ligt dan ook niet voor de hand. Eerder is het bij de ontwikkeling van een afwegingskader zaak recht te doen aan de veelheid van perspectieven en hun onderlinge samenhang.

Productie-uitval kan op meerdere manieren worden beschouwd. Één mogelijke invalshoek is het maken van een vergelijking tussen het onder pandemische omstandigheden beschikbare volume van diensten en het “normale” niveau van beschikbaarheid. Deze benadering geeft niet noodzakelijkerwijs voldoende inzicht in problematiek en impact. Enerzijds kan ze ertoe leiden dat de impact wordt overschat: de gebruikelijk beschikbare capaciteit omvat vaak een zekere buffer. Maar de impact kan ook worden onderschat. De aanwezigheid van een pandemische dreiging kan op zich al leiden tot wijzigingen in de aard en omvang van de vraag naar diensten. Een betere manier om een idee te krijgen van de impact in dit domein is om de actueel beschikbare dienstencapaciteit met de actueel aanwezige vraag te vergelijken. Productie-uitval kan overigens door meerdere factoren, al dan niet in combinatie, worden veroorzaakt, onder andere: beperkingen in openstelling of toegankelijkheid; ziekteverzuim of verloop onder personeel; afnamebereidheid en dienstenvertrouwen onder burgers.

2.1.3 Aanpak literatuuranalyse

De literatuuranalyse is op twee manieren uitgevoerd.

- Een scoping review van grijze literatuur en ervaringen tijdens de COVID-pandemie, aangevuld met een beknopte, gerichte analyse van wetenschappelijke literatuur op aspecten die uit de analyse van grijze literatuur naar voren komen als bijzonder belangrijk en/of problematisch. Deze analyse is voor elk van de vier domeinen uitgevoerd.

- Specifiek voor het domein oversterfte is een meer uitgebreide scoping review van wetenschappelijke literatuur uitgevoerd. Dit onderzoek is uitgevoerd in zes stappen, die in Bijlage 6.2 zijn gedefinieerd en uitgewerkt.

2.2 Stakeholderinterviews

2.2.1 Doelstelling

Voor het valideren van de resultaten uit de desktopanalyse hebben we gebruikgemaakt van de methode van semigestructureerde interviews. Semigestructureerde interviews zijn gesprekken waarin enkele vaste vragen worden gesteld, maar waarbij ook ruimte is voor open vragen en verdieping. Het doel van de interviews was om te onderzoeken of de belanghebbenden de domeinen die uit de desktopanalyse naar voren kwamen herkennen, om de desktopanalyse te valideren en eventuele kennislacunes aan te vullen.

2.2.2 Onderzoeksvraagstelling

De interviewvragen werden opgesteld aan de hand van de voorlopige gegevens uit de desktopanalyse. De interviews begonnen met open vragen aan belanghebbenden over de impact van de COVID-19-pandemie op het langdurige zorgsysteem in het algemeen. De geïnterviewden werden gevraagd om de domeinen van de langdurige zorg te noemen die volgens hen het meest werden beïnvloed door de infecties en de genomen maatregelen. In het vervolg van de interviews werden de belanghebbenden gevraagd naar elk van de vier domeinen die waren geïdentificeerd in de desktopanalyse. Er werden vragen gesteld over: 1) de impact van de COVID-infecties op elk van de domeinen; 2) de impact van de genomen maatregelen op elk van de domeinen; 3) of de effecten van de pandemie op elk van de domeinen was gemeten en de mogelijkheden om de impact überhaupt te meten; 4) eventuele andere belangrijke domeinen die werden beïnvloed door de pandemie naar inzicht van de geïnterviewde en die niet eerder zijn genoemd.

2.2.3 Selectie geïnterviewden

Voor de uitvoering van de interviews hebben we een gedegen selectie gemaakt van sleutelactoren op alle vier niveaus - beslissers, beïnvloeders, gebruikers en uitvoerders. Deze selectie is gebaseerd op de krachtenveldanalyse van projectlijn V. In totaal hebben we gesprekken gevoerd met 18 belanghebbenden, elk met een unieke rol en perspectief binnen het domein van de langdurige zorg. De diversiteit van de geïnterviewden is essentieel om een volledig beeld te krijgen van de impact van de COVID-19-pandemie. De groep geïnterviewden omvatte een vertegenwoordiger van:

- een zorgbrancheorganisatie (1 interview),
- stakeholders van een technische brancheorganisatie (2 interviews),
- vastgoedeigenaren (2 interviews),
- directeur van een zorginstelling (1 interview),

- zorgmanager (1 interview),
- lid van de raad van bestuur (1 interview),
- vastgoedmanagers (4 interviews),
- facilitair adviseurs (3 interviews),
- twee verpleegkundigen (1 interview), en
- een gezondheidswetenschapper gespecialiseerd in de geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking (1 interview).

In totaal zijn stakeholders van 8 verschillende zorginstellingen geïnterviewd, waarvan 5 gericht zijn op de ouderenzorg en 3 op de gehandicaptenzorg. Ondanks verschillende pogingen is het niet gelukt met een GGZ-instelling een interview te plannen. Deze instellingen zijn gevestigd op verschillende plaatsen in het land: Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht, Noord-Brabant, Gelderland en Overijssel. De lijst van geïnterviewde organisaties wordt gepresenteerd in Bijlage C.

2.2.4 Aanpak

De kwalitatieve thematische data-analyse is uitgevoerd met een deductieve benadering. De antwoorden van de geïnterviewden werden gelabeld aan de hand van vooraf gedefinieerde labelcategorieën. Deze labels waren voorafgaand aan de analyse gecreëerd op basis van de onderwerpen die naar voren kwamen tijdens het literatuuronderzoek. Voorbeelden van labels zijn onder andere "oversterfte", "somatische gezondheidsschade", "psychische gezondheidsschade", "positieve effecten COVID", "meetinstrumenten" enzovoort. Na het labelen van de interviews werden de labels samengevat en gecontroleerd op consistentie. Descriptieve analyse werd uitgevoerd om het aantal vergelijkbare/verschillende reacties in elke labelcategorie samen te vatten.

3 UITKOMSTEN ANALYSE

Hoofdstuk drie geeft de uitkomsten van de desktopanalyse en het stakeholderonderzoek. Paragraaf 3.1 beschrijft het belang en de relevantie van de geïnccludeerde domeinen. Paragrafen 3.2 t/m 3.5 gaan per domein in op begripsbepaling, gegevensbronnen en registratie, en voorspelbaarheid. In paragraaf 3.6 komen de inzichten uit de stakeholderinterviews aan bod.

3.1 Belang en relevantie domeinen

3.1.1 Uitkomsten desktopanalyse

Het is belangrijk bij het beantwoorden van de vraag naar relevantie van een domein voldoende focus aan te brengen. Het onderzoeksveld van het programma P³Venti richt zich op aerogene transmissie in binnenomgevingen en de potentiële effectiviteit van ventilatie als beheersmaatregel. Een domein is dus relevant, respectievelijk elementen binnen een domein zijn relevant, als risico- en impactfactoren aan dat onderzoeksveld en de in dat specifieke veld actieve stakeholders kunnen worden gerelateerd. Een voorbeeld: indien in een domein risico's en/of impact ontstaan door verminderde beschikbaarheid van materialen, apparatuur, medicijnen e.d. ten gevolge van beperkingen opgelegd aan het internationale personen- en goederenverkeer, is dat een element dat buiten de scope valt van het P³Venti-programma, waarmee verder geen uitspraak is bedoeld over de relevantie van het element voor pandemische paraatheid in bredere zin. Paragraaf 3.1.1.1. en 3.1.1.1.2 beschrijven dan ook de specifieke relevantie van de impactdomeinen voor stakeholders (3.1.1.1.) en de concrete relatie met specifieke risicofactoren in de binnenomgeving. Paragrafen 3.1.1.3 beschrijft in hoeverre prestatie-indicatoren beschikbaar zijn die in een afwegingskader kunnen worden gebruikt. Paragraaf 3.1.1.4 verkent welke registratie van impact in de domeinen tijdens de pandemie heeft plaatsgevonden.

3.1.1.1 Specifieke relevantie voor stakeholders

De overheid draagt verantwoordelijkheid voor het borgen van publieke gezondheid en de kwaliteit van gezondheidszorg. Wanneer deze door besmettingen of ten gevolge van maatregelen gericht op de risicoreductie in het geding komen, komt een kerntaak van de overheid in het geding. Onnodig en/of voortijdig overlijden van burgers ten gevolge van een disruptieve, externe oorzaak, bijvoorbeeld, is een ernstige aantasting van de volksgezondheid. Oversterfte leidt tot verlies van levensjaren, al dan niet gecorrigeerd voor beperkingen (DALY's) en/of kwaliteit van leven (QALY's). Tijdens COVID-19 was het beperken van het aantal sterfgevallen ten gevolge van het virus dan ook een belangrijke pijler van het beleid.

Actoren in het zorgdomein (primair zorgaanbieders en zorgkantoren (langdurige zorg)/ zorgverzekeraars (curatieve zorg)) dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid, kwaliteit en uitkomsten van zorg. Daarnaast kunnen actoren in het zorgdomein op den duur te maken krijgen met extra druk op capaciteit en budgetten wanneer ontstane gezondheidsschade tot extra zorgconsumptie leidt. Zorgaanbieders hebben daarnaast een verantwoordelijkheid voor de arbeidsveiligheid en de werkgerelateerde gezondheid van werknemers. Dit geldt in bredere zin voor werkgevers, ook buiten het zorgdomein, en voor andere actoren op het gebied van arbeidsveiligheid, zoals arbeidsongeschiktheidsverzekeraars.

Oversterfte, hetzij als gevolg van besmettingen opgelopen in een zorgomgeving, hetzij door beperkingen in zorgleverantie is een ernstige aantasting van die verantwoordelijkheid. Daar komt bij dat zorgomgevingen gekenmerkt worden door een stapeling van risicofactoren die zowel de kans op besmetting als de kans op (zeer) ernstig beloop verhogen. In geval van overlijden van patiënten/cliënten of werknemers ten gevolge of mede ten gevolge van een (vermoedelijk) in de zorgomgeving opgelopen besmetting, lopen zorgaanbieders daarnaast risico op juridische en reputatiegevolgen. Deze negatieve gevolgen ondervinden zij ook door gezondheidsschade voor werknemers door verminderde beschikbaarheid en productiviteit van werknemers, als door de kosten van (langdurig) verzuim.

Een belangrijke factor in de relevantie van productie-uitval in de langdurige zorg is het feit dat deze direct raakt aan de beschikbaarheid van zorg. Niet alleen is dit een verantwoordelijkheid die gezamenlijk door overheid (creëren randvoorwaarden), zorgaanbieders (voldoende aanbod) en zorgverzekeraars (voldoende inkoop) wordt gedragen, gebrek aan beschikbaarheid van zorg heeft direct invloed op de gezondheid en het welzijn van kwetsbare burgers. Cliënten die 24/7 uur zorg nodig hebben kunnen die niet krijgen of moeten genoeg nemen met minder of andere zorg dan nodig is voor optimale ondersteuning. Productie-uitval is daarmee tevens een contribuerende factor aan risico's en impact in de drie andere domeinen; oversterfte, gezondheidsschade en kwaliteit van zorg.

3.1.1.2 Concrete relatie met risicofactoren in de binnenomgeving

In deze analyse wordt onderscheid gemaakt tussen risicofactoren voor besmetting, en risicofactoren voor schade door beperkende maatregelen.

Risicofactoren voor besmetting

De relatie tussen oversterfte, gezondheidsschade, kwaliteit van dienstverlening en risicofactoren in de binnenomgeving is concreet aanwijsbaar. De gezondheidszorg is bij uitstek een sector waar fysiek contact tussen zorgverlener en cliënt en tussen zorgverleners onderling, essentieel is om de dienstverlening te kunnen uitvoeren en te kunnen voldoen aan vigerende eisen met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid. In zorginstellingen vinden contacten plaats tussen zorgverleners en (vaak kwetsbare) cliënten in binnenruimtes die voldoen aan in ieder geval een deel van de criteria die het RIVM in een literatuuranalyse uit 2021 (RIVM, 2021) heeft aangemerkt als gedocumenteerde

risicofactor voor aerogene blootstelling aan pathogenen: personen zijn langere tijd bij elkaar, in vaak directe nabijheid, in ruimtes van relatief beperkte omvang. De intensiteit van inspanning (een andere geïdentificeerde risicofactor) varieert, waar tegenover staat dat de intrinsieke kwetsbaarheid van veel patiënten/cliënten voor besmetting bovengemiddeld hoog zal zijn.

Wanneer dat contact plaatsvindt onder omstandigheden van pandemische dreiging, is het risico dat een of meer van de aanwezige personen besmet is en die besmetting overdraagt verhoogd (RIVM, 2021). Daarmee is er een verhoogd risico op het hele spectrum van mogelijk beloop van de besmetting, tot en met overlijden. Dat overlijden kan ook optreden doordat een virusbesmetting bijdraagt aan een ernstiger beloop van een andere aandoening, leidt tot complicaties na (operatieve) ingrepen, enzovoort. Daar komt nog bij dat cliënten in de zorg bovengemiddeld kwetsbaar van gezondheid zijn en dus een verhoogd risico lopen op besmetting en op een ernstig beloop van die besmetting. Voor medewerkers in patiënt-/cliëntgebonden functies geldt dat zij veel vaker dan de gemiddelde bevolking aan besmettingsrisico's worden blootgesteld.

Een verhoogd risico op besmetting, respectievelijk een verhoogde incidentie van besmetting is vanuit het oogpunt van infectiepreventie een aantasting van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Voor medewerkers in patiënt-/cliëntgebonden functies geldt dat zij vaker dan de gemiddelde bevolking aan besmettingsrisico's worden blootgesteld.

Bij uitstel van zorg en beperkingen in de mate en wijze van dienstverlening gaat het initiatief – weliswaar op geleide van voorschriften en richtlijnen – uit van de zorg verlenende organisatie. Verminderd gebruik van zorg vindt ook plaats op initiatief van patiënten/cliënten. De drijfveer om af te zien van zorggebruik is over het algemeen gelegen in aanwezige, c.q. gepercipieerde besmettingsrisico's in de binnenomgeving waar de zorg wordt verleend. In de langdurige zorg is dit tijdens de COVID-pandemie bijvoorbeeld te zien geweest in een sterk verminderde instroom van cliënten in de zorg met verblijf (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021).

Risicofactoren voor schade door beperkende maatregelen

Beperkingen die worden opgelegd aan de beschikbaarheid en het gebruik van binnenruimtes in de zorg leiden ertoe dat zorg niet, slechts deels, of in aangepaste vorm geleverd wordt. Verminderd contact tussen cliënten en zorgprofessionals kan ertoe leiden dat signalen van gezondheidsproblematiek niet of te laat worden opgepikt, wederom met risico op een ernstiger beloop inclusief verhoogde kans op overlijden. Dit is direct relevant voor de kwaliteit van zorg. De beperkingen aan het gebruik van binnenruimtes leiden er ook toe dat zorg niet, slechts deels, of in aangepaste vorm geleverd wordt. Die relevantie is in de langdurige zorg bijzonder pregnant. De langdurige zorg met verblijf is in belangrijke mate gericht op de woonfunctie en ondersteuning van het dagelijks bestaan voor de kwetsbare clientèle. De diverse ruimtes binnen de zorgvoorzieningen – in het bijzonder de gemeenschappelijke ruimtes zoals huiskamers en activiteitenruimtes – spelen hierbij een essentiële rol. Het buiten gebruik stellen of beperkingen aan het gebruik van deze ruimtes heeft grote impact op de dagelijkse gang van zaken en daarmee de kwaliteit van leven van cliënten.

De kwaliteit van ventilatiesystemen loopt nogal uiteen. In de langdurige zorg gelden in de verblijfsomgevingen de eisen zoals opgenomen in het Bouwbesluit (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2023). Die eisen houden weliswaar rekening met de hulpbehoefte van bewoners, maar zijn gericht op de woonfunctie en houden niet specifiek rekening met infectiepreventie en/of pandemische dreiging. Evaluerend onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) naar de vroege fase van de pandemie wijst onder andere op hoge aantallen besmettingen en aanzienlijke gezondheidsschade in de langdurige zorg met verblijf, met name de verpleeghuiszorg (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2022).

3.1.1.3 Prestatie-indicatoren

Per domein zijn er verschillende prestatie-indicatoren die de relevantie van het domein omschrijven. Voor **oversterfte** zijn dat bijvoorbeeld het verlies in levensjaren en kwaliteit van leven, de aantasting in verantwoordelijkheid en reputatiegevolgen. Onnodig en/of voortijdig overlijden van burgers ten gevolge van een disruptieve, externe oorzaak is een ernstige aantasting van de volksgezondheid. Oversterfte leidt tot verlies van levensjaren, al dan niet gecorrigeerd voor beperkingen (DALY's) en/of kwaliteit van leven (QALY's). Tijdens COVID-19 was het beperken van het aantal sterfgevallen ten gevolge van het virus een belangrijke pijler van het beleid.

Actoren in het zorgdomein (primair zorgaanbieders en zorgkantoren (langdurige zorg)/ zorgverzekeraars (curatieve zorg)) dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid, kwaliteit en uitkomsten van zorg. Oversterfte, hetzij als gevolg van besmettingen opgelopen in een zorgomgeving, hetzij door beperkingen in zorgleverantie is een ernstige bedreiging voor het kunnen invullen van die verantwoordelijkheid. Daar komt bij dat zorgomgevingen gekenmerkt worden door een stapeling van risicofactoren die zowel de kans op besmetting als de kans op (zeer) ernstig beloop verhoogt.

In geval van overlijden van patiënten/cliënten of werknemers ten gevolge of mede ten gevolge van een (vermoedelijk) in de zorgomgeving opgelopen besmetting, lopen zorgaanbieders daarnaast risico op juridische en reputatiegevolgen.

Actoren in het zorgdomein (primair zorgaanbieders en zorgkantoren (langdurige zorg)/ zorgverzekeraars (curatieve zorg)) dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid, kwaliteit en uitkomsten van zorg. Daarnaast kunnen actoren in het zorgdomein op den duur te maken krijgen met extra druk op capaciteit en budgetten wanneer ontstane **gezondheidsschade** tot extra zorgconsumptie leidt. Zorgaanbieders hebben daarnaast een verantwoordelijkheid voor de arbeidsveiligheid en de werkgerelateerde gezondheid van werknemers. Dit geldt in bredere zin voor werkgevers, ook buiten het zorgdomein, en voor andere actoren op het gebied van arbeidsveiligheid, zoals arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. Zij ondervinden negatieve gevolgen van gezondheidsschade voor werknemers, zowel door verminderde beschikbaarheid en productiviteit van werknemers, als door de kosten van (langdurig) verzuim. Daarnaast lopen zij het risico op juridische en reputatiegevolgen.

Kwaliteit van zorg is, naast beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid een van de vier kernelementen waarvoor overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen. Er is sprake van een uitgebreid stelsel van eisen, richtlijnen, toezichtsorganen en toezichtprocedures bedoeld voor de borging van kwaliteit (en veiligheid) in de verschillende zorgsectoren. Met het gefaseerd toezicht op de veiligheid en kwaliteit van zorg is primair de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) belast, maar waar het de ontwikkeling van kwaliteitskaders betreft heeft ook het Zorginstituut Nederland een belangrijke rol. Het leveren van zorg van voldoende kwaliteit is voor zorgaanbieders cruciaal om toegang te blijven houden tot de markt voor verzekerde zorg.

De kwaliteit van zorg staat in relatie tot zorguitkomsten (alhoewel de exacte relatie natuurlijk vaak lastig is vast te stellen): sommige kwaliteitsindicatoren – in de medisch specialistische zorg bijvoorbeeld het aantal heropnamen binnen 30 dagen na een ingreep, of het percentage postoperatieve infecties – zijn direct op uitkomstmaten gebaseerd. Slechtere kwaliteit van zorg leidt dus ook tot persoonlijke en maatschappelijke kosten: hierbij kan worden gedacht aan verminderde gezondheid, slechtere kwaliteit van leven, verminderde zelfredzaamheid, uitval uit arbeidsproces, sociaal isolement et cetera. De relatie tussen kwaliteit van zorg en zorguitkomsten ligt in de langdurige zorg in zoverre anders dat deze niet op genezing is gericht, maar op langdurige verzorging en verblijf. Veel van de gebruikelijke kwaliteitsindicatoren in de langdurige zorg zijn echter direct gelieerd aan de fysieke veiligheid en het fysieke welzijn van cliënten en aan hun persoonlijk en sociaal welbevinden.

Productie-uitval heeft een basale relevantie voor elke sector in termen van gemiste omzet, ongunstige kosten-batenverhoudingen en gevolgen voor werkgelegenheid in de sector. Afhankelijk van de totale omvang van de sector en/of de functie van de sector voor productie elders kunnen ook cascade-effecten in andere sectoren en/of gevolgen op macro-economisch niveau optreden. Productie-uitval in elke sector heeft wel enig gevolg voor welzijn en gezondheid (RIVM, 2020) (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). In hoeverre productie-uitval naast deze “harde” economische effecten en sectoronafhankelijke gevolgen voor welzijn en gezondheid nog andersoortige relevantie heeft, verschilt sterk van sector tot sector. Daarmee is overigens niet gezegd dat in sectoren die niet een directe relatie hebben met gezondheid, zorg of maatschappelijk functioneren productie-uitval per definitie geen effect op die aspecten kan hebben.

3.1.1.4 Registratie tijdens de COVID pandemie

Onderzoek en registratie heeft voor de vier domeinen in verschillende mate plaatsgevonden. Registratie van sterftecijfers heeft tijdens de COVID-19 pandemie geregeld en gedetailleerd plaatsgevonden, bijvoorbeeld in het Coronadashboard van het RIVM en door het CBS (RIVM, 2022). Dit betekent niet dat vaststelling en duiding van oversterfte eenvoudig en/of eenduidig is. Oversterfte kan ook optreden in tijden waar geen sprake is van een pandemie. Vaststelling en toewijzing van een virusbesmetting als directe oorzaak voor een overlijden is in veel gevallen al lastig. Die moeilijkheidsgraad stijgt als het

overlijden te wijten is aan gevolgschade van een pandemie en/of als de virusbesmetting een bijkomende factor is bij een primair aan een andere aandoening toe te schrijven sterfgeval.

Het domein gezondheidsschade is tijdens de COVID-19 pandemie in publiek gefinancierd (en deels door publieksrechtelijke instituten uitgevoerd) onderzoek en gegevensregistratie ruimschoots aan bod gekomen. Het RIVM heeft tijdens de pandemie periodieke overzichten van COVID-19 gerelateerd onderzoek opgesteld en thematisch gerangschikt gepubliceerd (RIVM, 2023), waarbij onder veel van de thema's het onderwerp gezondheidsschade een duidelijke rol speelt. De hier verzamelde overzichten komen in de analyse van het domein gezondheidsschade ruim aan bod. Het onderwerp gezondheidsschade komt in volle breedte aan de orde, echter is een deel van het onderzoek specifiek gericht op of tenminste te realiseren aan de verpleeghuiszorg, c.q. de langdurige zorg. Ook de systematische literatuurstudie naar gezondheidseffecten van en tijdens COVID-19 die is uitgevoerd in het kader van de Integrale Monitor COVID-19 (Bosmans, et al., 2022) behandelt, naast heel veel andere effecten, gezondheidsschade die is gelieerd aan de verblijfsomgeving langdurige zorg en/of specifiek voor de langdurige zorg relevante doelgroepen.

De OVV kijkt in haar eerste evaluerende rapportage verder dan enkel oversterfte en besmettingen die in de vroege fase van de COVID pandemie plaatsvonden (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2022). De raad constateert dat ook toen de ernstige lacunes in beschikbaarheid van beschermende maatregelen waren opgelost, de richtlijnen voor risicomanagement primair vanuit medisch-specialistisch perspectief waren ingestoken. Dat perspectief geeft weinig grip op de complexe balans die in de langdurige zorg gevonden moet worden tussen infectiepreventie en fysieke veiligheid enerzijds en kwaliteit van leven, persoonlijke autonomie, zingeving en (sociale) activering anderzijds. Juist deze "zachte" kant kreeg het door beperkingen met betrekking tot het gebruik van de zorgomgeving hard te verduren. In de media is vooral veel aandacht geweest voor de vérgaande beperkingen die werden ingevoerd voor het ontvangen van bezoek, bijvoorbeeld in NRC (Kouwenhoven, 2021). Gedurende de COVID-pandemie is een reeks onderzoeken verschenen die het in het rapport van de OVV geschetste beeld bevestigen, zij het dat op een aantal punten wel nuanceringen aan te brengen vallen.

3.2 Domein oversterfte

Samenvattende bevindingen

Oversterfte heeft een afgebakende definitie en kan worden omschreven als een tijdelijke bijzondere stijging van het aantal overledenen ten opzichte van het verwachte aantal sterfgevallen voor die periode. Tijdens de COVID-19 pandemie was het aandeel oversterfte dat door het virus werd veroorzaakt niet eenvoudig of eenduidig te bepalen als directe of indirecte oorzaak.

Veel onderzoek en methoden zijn beschikbaar voor het inschatten en voorspellen van oversterfte. Ook buiten de COVID-19 pandemie vond dit plaats. Er zijn twee methoden die toepasbaar zijn voor het voorspellen van oversterfte, 1) voorspellen aan de hand van het historisch gemiddelde en 2) het voorspellen aan de hand van een regressiemodel. Beperkingen van de methode die gebruik maakt van het historisch gemiddelde is dat het niet duidelijk meeneemt welk aandeel door uitstel van zorg of verminderde preventie is toebedeeld. Ook de misclassificatie van COVID-19 speelt hierbij een rol en zaken zoals multimorbiditeit, welk aandeel heeft een besmetting met het virus gehad op het versnellen van een reeds bestaand ziektebeeld. De AVG-wet, kwaliteit en koppelmogelijkheden van data vormen een ongunstig datalandschap om beter inzicht te krijgen in de bovengenoemde beperkingen. Voor de regressiemodelmethode wordt gebruik gemaakt van tijdsreeksanalyses. Hierbij worden ook schattingen gemaakt van de betrouwbaarheid.

Tijdens de COVID-19 pandemie was er een toename in oversterfte zichtbaar in de eerste twee coronagolven. In de derde golf was er minder sterfte met als oorzaak COVID-19. Met de opstart van de vaccinatiecampagne is er een trend genoteerd dat gevaccineerden minder snel overleden ten opzichte van de ongevaccineerde controlegroep. Onderzoek naar oversterfte als gevolg van druk op de zorg en uitgestelde zorg is noodzakelijk, dit onderzoek is nog niet uitgevoerd door complexiteit en databeschikbaarheid.

3.2.1 Begripsbepaling

Er bestaat in de literatuur redelijke consensus over de definitie van oversterfte. Oversterfte is een tijdelijke bijzondere stijging van het aantal overledenen. Deze bijzondere stijging wijkt af van de gewoonlijke schommeling van sterftegevallen van week tot week. De oorzaak van een plotselinge stijging kan allerlei oorzaken hebben, zoals een pandemie/epidemie, maar ook een hittegolf.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft als definitie voor oversterfte: "The mortality above what would be expected based on the non-crisis mortality rate in the population of interest" (WHO, 2021). In Nederland hanteren het CBS, RIVM en ZonMW een soortgelijke definitie, zij spreken van oversterfte als het aantal waargenomen sterfgevallen hoger is dan het verwachte aantal sterfgevallen voor die periode (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022).

Eenduidige toeschrijving van oversterfte aan een virusbesmetting (o.a. COVID-19) is niet eenvoudig. Het vaststellen van COVID-19 als directe oorzaak voor overlijden is al gecompliceerd. Bij veel patiënten is naast COVID-19 sprake van andere aandoeningen. Welke rol COVID-19 precies heeft gespeeld bij het overlijden is dan lastig vast te stellen als er al gericht onderzoek naar de doodsoorzaak wordt gedaan. Bij overlijden aan indirecte gevolgen van COVID-19 is toeschrijving nog lastiger. Overlijden als indirect gevolg van COVID-19 zou kunnen optreden door bijvoorbeeld overbezetting van de gezondheidszorg of door het mijden van zorg. Andersom kunnen juist de beperkende coronamaatregelen sterfgevallen door andere doodsoorzaken hebben voorkomen, doordat bijvoorbeeld minder mensen besmet werden met een griepvirus. Deze indirecte sterfgevallen als gevolg van COVID-19 worden niet meegenomen in de COVID-19-sterftecijfers (CBS en RIVM, 2022).

Ondanks deze problematiek kan oversterfte, in vergelijking met de andere impactdomeinen, worden gezien als een relatief objectieve en vergelijkbare maatstaf voor zowel de directe als de indirecte gevolgen van de COVID-19-epidemie (CBS en RIVM, 2022). De begripsbepaling is redelijk eenduidig en van het aantal sterfgevallen worden gedetailleerde registraties bijgehouden.

3.2.2 Gegevensbronnen en registraties

Inschattingen over oversterfte zijn gepubliceerd tijdens COVID-19 door RIVM en CBS in Nederland. De oversterfte schattingen van het CBS en het RIVM kunnen op weekniveau verschillen. Het CBS kijkt naar de gemiddelden over de afgelopen jaren voor de betreffende week, deze zijn inclusief verhoogde sterfte in het griepseizoen. Het RIVM wil juist ook elk jaar oversterfte door de griep in kaart brengen. Om die reden verschillen de schattingen van het CBS en van het RIVM (RIVM, 2023).

Op Europees niveau zijn er een aantal instanties die een inschatting maken van oversterfte, EuroMOMO (EuroMOMO, 2023), Eurostat (eurostat, 2023) en Our World in Data (Global Change Data, 2023). De achterliggende methodes om oversterfte te berekenen verschillen per instantie, maar de inschattingen komen min of meer overeen. EuroMOMO heeft als doel het meten en opsporen van oversterfte en is niet specifiek voor COVID-19 opgezet maar bevat wel relevante informatie. Eurostat is het bureau voor de statistiek van de Europese Unie en verzamelt gedetailleerde sterftegegevens. Global Change Data Lba ligt ten grondslag aan het project Our World in Data. Deze organisatie maakt de beschikbare data over oversterfte in Europa toegankelijk en inzichtelijk via hun platform.

3.2.2.1 Voorspelbaarheid

Om oversterfte te kunnen inschatten bij een pandemische dreiging zijn enerzijds voorspellingen nodig over het verwachte aantal overledenen voor een bepaalde periode (al dan niet naar doodsoorzaak) en anderzijds moet er een voorspelling worden gedaan over hoeveel sterfte er meer wordt verwacht door in dit geval de pandemische dreiging. Hiermee kan oversterfte worden voorspeld.

Voor het berekenen van verwachte sterfte bestaat geen standaardmethode. Deze methode kan afwijken door o.a. de beschikbare en/of gebruikte data, daarnaast is het ook afhankelijk van het doel. De verschillende methodes kunnen tot verschillende schattingen leiden wat betreft oversterfte,

andersom geldt ook als er vergelijkbare uitkomsten uit de verschillende methodes komen, die elkaars bevindingen kunnen versterken.

Vanuit de grijze literatuur zijn op dit moment in hoofdlijnen twee manieren gevonden waarop een inschatting kan worden gemaakt over oversterfte. Ten eerste oversterfte aan de hand van het historische gemiddelde en ten tweede aan de hand van een dynamisch lineair regressiemodel. Bij het historische model wordt er gekeken naar hoeveel mensen er meer zijn overleden dan verwacht. Bij het dynamisch lineair regressiemodel wordt er een schatting gemaakt van het aantal mensen dat (door corona) is overleden op basis van tijdreeksanalyse. Meer informatie over de verschillende methoden is in bijlage 6.1 te vinden.

Met de scoping review in het domein oversterfte wordt onderzocht welke karakteristieken in beeld moeten zijn om een voorspelling te doen over oversterfte in de toekomst in het geval van een pandemische dreiging voor de langdurige zorg. De methode van de literatuurstudie wordt in bijlage 6.2 beschreven.

3.2.2.2 Onderzoek en registratie oversterfte tijdens de COVID-pandemie

Het CBS en RIVM hebben onderzoek gedaan naar ervaringen met oversterfte tijdens COVID-19 in 2020 en 2021. Dit zijn de drie belangrijkste conclusies uit dat onderzoek (CBS en RIVM, 2022).

- Tijdens de eerste en tweede coronagolf (2020) is een toename van oversterfte zichtbaar. De oversterfte komt overeen met de sterfte door doodsoorzaak COVID-19. In de derde oversterfte golf (2021) was er minder sterfte aan COVID-19 dan er totaal aan oversterfte is berekend.
- Na de eerste weken van vaccinatie tegen COVID-19 overlijden mensen minder snel dan de controlegroep (niet gevaccineerd).
- De rapportage onderschrijft het belang van onderzoek naar oversterfte door druk op de zorg/ uitgestelde zorg. Vanwege de complexiteit van het vraagstuk en de beperkte beschikbaarheid van data is dergelijk onderzoek nog niet uitgevoerd.

Sinds kort is de beschikbaarheid van AVG-gevoelige data verruimd. Er is nu de mogelijkheid om deze informatie (data over aandoeningen en gezondheid of vaccinatiedata) ook beschikbaar te stellen voor onafhankelijke onderzoekers door middel van pseudonimisering en anonimisering van de gegevens. Deze mogelijkheid zal worden aangegrepen voor vervolgonderzoek in de onderzoekagenda oversterfte in Nederland 2020 – 2021 van ZonMw (ZonMw, 2022).

Over de ervaringen tijdens COVID met (over-)sterfte specifiek naar Wlz-zorggebruik is tot nu toe het volgende gevonden in de grijze literatuur. De oversterfte onder mensen die zorg ontvingen in het kader van Wet langdurige zorg (Wlz) was hoger dan onder de rest van de bevolking, met name in de eerste oversterftegolf van de coronapandemie. Dit is voornamelijk te verklaren door hun verhoogde kwetsbaarheid/ hogere leeftijd van deze groep (Nederlandse Zorgautoriteit, 2020) (Schürmann, van

der Toorn, & Stoeldraijer, 2022). De verhoogde oversterfte in Wlz-instellingen door COVID-19 lijkt ook invloed te hebben op het verloop en de ontwikkeling van wachtlijsten en leegstand (bezettingsgraad van instellingen) vooral in de eerste coronagolf. Door angst bij cliënten en/of hun sociaal netwerk voor opname in een Wlz-instelling en door de aangepaste bezoekenregelingen was er terughoudendheid te zien bij wachtenden. De leegstand nam toe én tegelijkertijd de omvang van de wachtlijsten. Zorgbehoevenden bleven langer thuis en dit zorgde voor extra druk bij crisisplaatsen en op mantelzorgers. Pas in 2021 nam de bezettingsgraad van verpleeghuizen weer toe en de wachtlijsten namen af. Dit lijkt het effect te zijn van vaccineren van bewoners en de daling van het aantal (COVID-19) sterfgevallen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021).

Tijdens de tweede golf waren zorginstellingen over het algemeen meer voorbereid. Daardoor ontstond er meer ruimte voor maatwerk. Per regio, gemeente of zelfs per instelling werd er beleid gevoerd/ werden er maatregelen genomen afhankelijk van lokale/regionale uitbraken (Raad Volksgezondheid & Samenleving, 2020). Deze variatie in aanpak ontstond in samenhang met het bredere debat of het welzijn van de cliënten en het zorgpersoneel wel gediend is bij harde maatregelen tegen besmettingsgevaar. In andere woorden, de afweging tussen kwaliteit van leven en kans op overleven (Vilans, 2021). Het pregnant naar voren komen van dit dilemma doet vermoeden dat een integrale analyse van aspecten als oversterfte, kwaliteit van zorg, medewerkerstevredenheid etc. tussen verschillende maatregelmodellen in Wlz-instellingen waardevol kan zijn.

3.3 Domein gezondheidsschade

Samenvattende bevindingen

Voor het domein gezondheidsschade is geen eenduidige definitie beschikbaar op grond van toetsbare en meetbare criteria. Gezondheidsschade heeft namelijk betrekking op meerdere aspecten van gezondheid en welzijn en kan via uiteenlopende mechanismen direct dan wel indirect aan pandemische dreiging en maatregelen zijn gekoppeld. Het is ook sterk afhankelijk van kwetsbaarheidskenmerken op persoons- en doelgroepniveau.

Er is veel onderzoek aangetroffen op onderwerpen zoals uitstel van ziekenhuiszorg, COVID-19, gedrag en leefstijl en mentale en fysieke gezondheid. Deze onderzoeken bevestigen het beeld dat binnen de scope van het P3Venti-programma sprake is geweest van impact op gezondheid en welzijn. Zowel impact op fysieke gezondheid, als zorgbehoefte en gebruik, mentale gezondheid, sociaal welzijn en overige indirecte effecten worden genoemd.

Gezondheidsschade lijkt slechts voor een beperkt deel kwantificeerbaar. Bij gezondheidsschade door uitstel of afstel van zorg, kunnen de kwantitatieve uitkomstmaten DALY's en QALY's als indicator worden gebruikt, maar slechts voor een beperkt segment van uitgestelde of niet uitgevoerde medisch-specialistische trajecten. Voor andere trajecten is de gegevensregistratie ontoereikend of niet beschikbaar. Het inschatten van risico's van een mogelijk nieuw virus is lastig in een vroege fase van een pandemie.

Het voorspellen van gezondheidsschade is lastig, alleen al doordat begripsbepaling en attributie problematisch zijn en van zowel kwantitatieve, als semi-kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren gebruik zal moeten worden gemaakt. Naar verwachting zal voorspelling van impact een relatieve zaak zijn. Dat wil zeggen dat op basis van aannames over risico's van besmetting met een (nieuw) virus uitspraken worden gedaan over types impact, impactmechanisme (directe of indirecte schade) en orde van grootte schattingen over de verwachte mate van gezondheidsschade. In de literatuur zijn methoden bekend om de informatie die wél beschikbaar is op een gestructureerde wijze te analyseren en vertalen naar risicoschattingen, bijvoorbeeld verschillende vormen van risicomatrices alsmede Health Impact Assessment (HIA) methodieken.

3.3.1 Begripsbepaling

Een eenduidige definitie voor gezondheidsschade op grond van toetsbare, meetbare criteria kan niet worden gegeven (de Wit, et al., 2022) (van Giessen, et al., 2020). Gezondheidsschade kan betrekking hebben op meerdere aspecten van gezondheid en welzijn. Het kan via uiteenlopende mechanismen direct dan wel indirect aan pandemische dreiging en maatregelen zijn gekoppeld, het is sterk afhankelijk van kwetsbaarheidskenmerken op persoons- en doelgroepniveau en is voor een deel wel, voor een groter deel niet of slechts beperkt kwantificeerbaar.

De taakstelling bij het definiëren van het begrip Gezondheidsschade is daarom vooral om een gestructureerd beeld op te bouwen welke typen schade op welke aspecten van gezondheid kunnen optreden en aan welke aspecten van pandemieën en pandemiebeleid die te koppelen zijn. Om doelgroepspecifieke en sectorspecifieke prioriteiten te kunnen stellen, moet daarnaast inzicht mogelijk zijn in de relatieve ernst van effecten voor verschillende personen en onder verschillende omstandigheden, zodat een risico- en impacthiërarchie kan worden opgesteld die bij afwegingen binnen en tussen sectoren kan worden gebruikt.

Er zijn verschillende invalshoeken van waaruit het begrip kan worden uitgewerkt. Meerdere aspecten van gezondheid kunnen schade oplopen. Het CBS maakt gebruik van de RAND-36¹ om de ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te monitoren. Er wordt onderscheid gemaakt in negen dimensies van gezondheid, binnen drie hoofddimensies.

Functionele status
Fysiek functioneren
Sociaal functioneren
Rolbeperking (fysiek)
Rolbeperking (emotioneel)
Welzijn
Mentale gezondheid
Vitaliteit
Pijn
Algemene evaluatie
Algemeen ervaren gezondheid
Gezondheidsverandering

Tabel 3.1. Dimensies ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Bron: CBS).

De relatie van schade met de pandemische dreiging is in de literatuur (gerelateerd aan COVID-19) niet gevonden (van Giessen, et al., 2020). Op basis van een RIVM rapport is een onderverdeling denkbaar zoals in de volgende tabel 3.2 is weergegeven.

1 <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/36-item-short-form-health-survey/>

Directe schade door besmettingen	
Semirecte schade, door besmettingen als complicatie bij andere ziektebeelden	
Indirecte schade binnen het domein zorgverlening	• Schade door uitgestelde behandeling • Schade door suboptimale behandeling • Schade door late diagnose of onderdiagnose
Indirecte schade buiten het domein zorgverlening. Deze categorie is nogal diffuus, maar wel belangrijk: dit type schade is prominent aan de orde bij de discussie over maatschappelijke impact. Bovendien kan dit type schade op termijn leiden tot schade binnen het domein zorgverlening	• Vereenzaming • Gezondheidsschade door economische onzekerheid/inkomensval • Gezondheidsschade door ongezondere levensstijl • Gezondheidsschade door psychische effecten: angst, depressie, verlies van zingeving

Tabel 3.2. Onderverdeling relatie schade met pandemische dreiging.

Een ander aspect is de ernst en duur van de gezondheidsschade. Dit aspect is – zij het natuurlijk niet specifiek voor pandemische dreiging – vrij ver uitgekristalliseerd in methoden voor Health Risk Assessment, schadeverzekeringen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en -beoordeling. Specifieke uitwerkingen en definities variëren van methode tot methode, maar komen kort samengevat neer op kwantitatieve antwoorden op de volgende vragen:

- Hoe zwaar grijpt de gezondheidsschade in op het dagelijks functioneren?
- Hoe lang is sprake van het genoemde niveau van gezondheidsschade?
- Is de gezondheidsschade blijvend? Meer geacheveerd: in hoeverre treedt (naar verwachting) herstel op? Of: wat is de blijvende restschade?

3.3.2 Gegevensbronnen en registraties

3.3.2.1 Voorspelbaarheid

Het woord 'voorspelbaarheid' is een paraplu-begrip. Het duidt meer aan dan alleen de kwestie met welke nauwkeurigheid de gezondheidsschade van een pandemische dreiging – in het geval van P³Venti meer precies in of bij gebruikers van een specifieke omgeving – van tevoren kan worden ingeschat. Het heeft ook betrekking op de vraag of die gezondheidsschade kwantitatief, semi-kwantitatief en/of kwalitatief kan worden beschreven; en of de schade in absolute termen of in relatieve schadelast vergeleken tussen verschillende doelgroepen/sectoren e.d. kan worden ingeschat. Tenslotte gaat deze paragraaf over de vraag welke methoden en technieken zouden kunnen worden ingezet om als onderdeel van een afwegingskader een inschatting te doen.

Het RIVM doet in het eerdergenoemde rapport een poging om voor een aantal medisch-specialistische zorgtrajecten een uitspraak te doen over de gezondheidsschade uitgedrukt in verloren QALY's (van

Giessen, et al., 2020). Deze poging tot kwantificering van gezondheidsschade is methodologisch goed uitgewerkt en verenigt een aantal aspecten in één uitkomstmaat, waarin ook het aspect “voortijdig overlijden” is verdisconteerd. De analyse is echter specifiek voor een aantal medisch-specialistische trajecten geschikt wat een beperking voor dit onderzoek vormt. Buiten het medisch-specialistische domein is de gegevensregistratie niet aanwezig of ontoereikend en zijn gezondheidseffecten meerduidig complex.

Bijlage 6.3 geeft een overzicht van de gevonden bronnen die ingaan op verschillende methoden om gezondheidsschade-effecten inzichtelijk, toetsbaar en/of meetbaar te maken. Er kan nu al worden vastgesteld dat het uitdrukken van vermoedelijke gezondheidsschade in een eenduidige, kwantitatieve uitkomstmaat alleen onder een beperkt aantal specifieke omstandigheden een reële ambitie is. De uitkomstmaat in die gevallen zal het aantal verloren QALY's of DALY's zijn. De omstandigheden waaronder dat mogelijk lijkt zijn ofwel directe fysieke gezondheidsschade door het doormaken van besmettingen ofwel fysieke gezondheidsschade door uitstel of afstel van urgent noodzakelijke, eenduidig omschreven medisch-specialistische ingrepen. In alle andere gevallen, waaronder alle mogelijke gezondheidsschade anders dan direct door besmettingen in de langdurige zorg, zal inschatting en vergelijking van de ernst van effecten vooral op basis van relatieve ernst, relatieve waarschijnlijkheid en kwalitatieve kenmerken moeten plaatsvinden.

De belangrijkste beperking waar het gaat om het voorspellen van gezondheidsschade bij een nieuwe pandemische dreiging – of zelfs een bestaande dreiging als COVID – is dat het voorspellen van gezondheidsschade in absolute termen hoe dan ook niet mogelijk zal zijn. Over de schadelijkheid van een nieuw virus of pathogeen is in de vroege fasen van een pandemie, wanneer de belangrijkste beleids- en beheersbeslissingen moeten worden genomen, nog weinig tot niets bekend. Over SARS-CoV-2 bestaan bijna vier jaar na het begin van de pandemie nog grote onduidelijkheden. We weten bijvoorbeeld nog lang niet alles over het relatieve belang van verschillende besmettingsroutes. Ook over de rol van emissiehoeveelheden virus is de kennisontwikkeling nog in volle gang, evenals over de rol van persoonlijke fysiologische kenmerken, onderliggende morbiditeit et cetera bij besmettingskans en kans op (ernstig) symptomatisch beloop. Verder moet nog veel kennis worden opgebouwd over de invloed van omgevingsomstandigheden, menselijk gedrag en andere factoren. Daar komt nog bij dat een “nieuw” virus gewoonlijk relatief snel muteert en dat de kenmerken van verschillende varianten wezenlijk kunnen verschillen. Zelfs voor bekende virussen als die uit de influenzafamilie is die kennis verre van uitontwikkeld. Ook waar een kwantitatieve raming van gezondheidsschade in principe mogelijk zou zijn, is dit praktisch dus onhaalbaar.

Voorspelbaarheid gaat dus altijd om relatieve schade. Dat betekent twee dingen:

- Er kan over het algemeen iets gezegd worden over het type risico dat met een pandemiedreiging is geassocieerd. Gaat het om een virus? Op welke organen/systemen binnen het lichaam lijkt dat virus effect te hebben? Lijkt de nieuwe dreiging op virussen die we wel

kennen en welke veronderstellingen doen we op basis van die gelijkenis over aangrijpingspunten en mechanismen voor het optreden?

- Met die (onvolledige, voorlopige) kennis kunnen er inschattingen gedaan worden hoe de verwachte mate van gezondheidsschade uitpakt voor verschillende doelgroepen binnen de sector waar we onze analyse op richten.
 - Hoe kwetsbaar zijn betrokken personen binnen de sector voor de betreffende gezondheidsschade?
 - Hoe zit het met hun intrinsieke kwetsbaarheid?
 - Wat is de mate van blootstelling aan de betreffende dreiging waar ze naar verwachting mee te maken krijgen?
 - Hoeveel last hebben betrokkenen van het daadwerkelijk oplopen van een besmetting/contaminatie?
 - Impact op functioneren,
 - Impact op gezondheid,
 - Impact op kwaliteit van leven,
 - Om hoeveel betrokkenen gaat het?

3.3.2.2 Gezondheidsschade als direct gevolg van besmetting

Een afwegingskader moet er dus rekening mee houden dat er grote kennislacunes bestaan en aanwezig zullen blijven met betrekking tot de absolute hoogte van de gezondheidsschade, de onderscheiden effecten naar doelgroepen en de onderscheiden effecten naar binnenomgeving. Het is zaak om schattingsmodellen te gebruiken die het mogelijk maken om verschillende combinaties van aannames tot scenario's voor ernst van de gezondheidsschade samen te voegen. Als die schattingsmodellen goed in elkaar zitten – bijvoorbeeld voldoende ruimte bieden voor nuancering naar persoonsgebonden factoren, doelgroepen etc. – is het mogelijk om nieuwe kennis die geleidelijk aan beschikbaar komt in te passen zonder dat een heel nieuw model hoeft te worden ontwikkeld. Aanknopingspunten voor de ontwikkeling van schattingsmodellen kunnen onder andere worden gevonden in onderzoeksdisciplines als health impact assessment, maatschappelijke kosten/baten analyses, forecasting en foresight methodologieën, maar ook bijvoorbeeld in de methodologische basis voor lange termijnstudies als de Volksgezondheid Toekomstverkenningen van het RIVM. In de verdere ontwikkeling van het afwegingskader is het wel zaak de praktische hanteerbaarheid van zowel uitwerking als gebruik in de gaten te houden en goed te verkennen of een bestaand risicomodel (zoals bijvoorbeeld het AirCOV-2 model van het RIVM), eventueel met aanpassingen, als 'best available' benadering bruikbaar kan zijn.

De complexiteit zit hem dus in het definiëren van realistische, flexibel aanpasbare scenario's. Het daadwerkelijk berekenen van de ziektelast bij verschillende scenario's en uitdrukken daarvan in uitkomstenmaten als QALY's of DALY's is relatief onproblematisch. Het is niet simpel, maar er zijn meerdere courante methoden om de ziektelast voor aandoeningen in deze termen te berekenen. Zie bijvoorbeeld de rekenmethodiek die het Zorginstituut Nederland hanteert voor de berekening van

ziektelast ten behoeve van beslissingen over het verzekerde pakket (Vijgen, van Heesch, & Obradovic, 2018).

3.3.2.3 Complicaties en mogelijkheden indirecte gezondheidsschade

De indirecte gezondheidsschade veroorzaakt door een pandemische dreiging is relevant om een afweging te kunnen maken met betrekking tot risico's en impact binnen een sector of tussen sectoren. Afhankelijk van het perspectief dat wordt gekozen kunnen dit zelfs de dominante gezondheidsschade-effecten zijn die in ogenschouw moeten worden genomen. In ieder geval hangen deze indirecte effecten vaak vooral samen met de versturende invloed van beheersmaatregelen die worden getroffen om het risico op besmetting te verkleinen. Juist het potentieel van ventilatie om deze beheersmaatregelen te kunnen verlichten of in sommige gevallen achterwege te kunnen laten is onderwerp van onderzoek in P³Venti.

Uit de voorgaande paragrafen komt een aantal specifieke complicaties naar voren die het operationaliseren van het begrip indirecte gezondheidsschade bemoeilijkt.

- Het begrip indirecte gezondheidsschade is opgebouwd uit veel verschillende facetten.
- De definitie van veel van die facetten is niet eenduidig.
- Het is in veel gevallen lastig om gezondheidsschade ten gevolge van (maatregelen tegen) pandemische dreiging helder te onderscheiden van schade door andere factoren.
- De gegevensbasis om uitspraken over verwachte schade te kunnen doen voor veel aspecten van indirecte gezondheidsschade is erg smal. Dit komt niet alleen doordat nog weinig onderzoek is gedaan naar effecten in tijden van crisis of pandemie, maar tevens omdat ook onder 'normale' omstandigheden weinig registratie plaatsvindt. Er is dus geen goede 'baseline' waartegen de extra indirecte gezondheidsschade kan worden afgemeten.

Bij die diversiteit is duidelijk dat in het afwegingskader niet een enkele inschattingsmethode voor indirecte gezondheidsschade zal worden opgenomen. Eerder zal het zo zijn dat op verschillende plekken binnen de totaaltopologie van het begrip verschillende methoden worden toegepast, afhankelijk van welke mate van gemeenschappelijk begrip en welke kwaliteit en omvang van data op dat punt beschikbaar is. Het met stakeholders verder uitwerken van die totaaltopologie staat voor 2024 op de agenda; de tot nu toe verzamelde en in de voorgaande paragrafen besproken informatie vormt daarvoor het vertrekpunt. Ook wordt dan verder gewerkt aan de selectie en aanpassing van methoden en technieken voor het doen van voorspellingen op onderdelen.

Onder die methoden en technieken zullen zich zeker varianten bevinden van twee hoofdmethoden voor ex ante risicobeoordeling: het gebruik van risicomatrices en diverse varianten van health impact assessment. Gezien de verwachte brede relevantie van deze methoden is een eerste verkenning gedaan in bijlage 6.3.4. Net als bij gezondheidsschade als direct gevolg van besmetting, is het ook hier zaak de praktische hanteerbaarheid van zowel uitwerking als gebruik in de gaten te houden en goed te verkennen of een bestaande modellen/benaderingswijzen, eventueel met aanpassingen, als 'best available' benadering bruikbaar kunnen zijn.

3.3.2.4 Onderzoek en registratie gezondheidsschade tijdens de COVID-pandemie

Gedurende de COVID-19 pandemie tot nu toe is in het Nederlands beleidsgebied tamelijk veel onderzoek gedaan naar effecten op de gezondheid van verschillende aspecten van de pandemie. Dit betreft zowel onderzoek dat zich direct en primair op gezondheidseffecten en -schade richt, als onderzoek met een bredere of andere focus waarvan de uitkomsten mede voor dit onderwerp relevant zijn. Onderzoeksuitkomsten specifiek met betrekking tot ouderen en/of de langdurige zorg met verblijf zijn te vinden, maar vormen een nogal klein deel van de totale onderzoeksliteratuur. Mogelijk weerspiegelt zich hier de door de OVV in haar eerste onderzoeksrapportage gememoreerde beperkte zichtbaarheid van de langdurige (ouderen)zorg in beleidsprioritering en gegevensontsluiting. De relevantie van de onderzoeksuitkomsten voor de scope van P³Venti zal daarom in veel gevallen niet direct kunnen worden vastgesteld o.b.v. de onderzoekscope, maar op typologische gronden. Het met stakeholders ontwikkelen van een daarvoor toereikende typologie wordt in de verdere uitvoering van het onderzoek in 2023 en 2024 opgepakt. In bijlage 6.3 staat een samenvatting van in het Nederlandse domein aangetroffen onderzoeken. Naast onderzoeken die door het RIVM zijn uitgevoerd dan wel door het RIVM zijn geïnventariseerd en via de speciale COVID-19 sectie van de RIVM-website zijn ontsloten, is hierbij een voorname plaats ingeruimd voor een systematische review die door onderzoekers van Nivel en RIVM in het kader van de Integrale Monitor COVID-19 (Bosmans, et al., 2022) is uitgevoerd.

3.4 Domein kwaliteit van zorg en dienstverlening

Samenvattende bevindingen

Kwaliteit is een breed en meerduidig begrip en zeer sectorspecifiek. Aan de hand van verschillende kwaliteitskaders is getracht dit te omschrijven. Deze kwaliteitskaders of –kompassen zijn vormgegeven voor VVT, GHZ of het cliëntenperspectief. In de bestaande kaders en verder gevonden literatuur komt naar voren dat sommige zaken kwantitatief te toetsen zijn, maar veel andere zaken niet. Instrumenten die richting willen geven aan kwaliteit van dienstverlening of zorg maken daarom veel gebruik van kwalitatieve analyses.

Tijdens de coronapandemie hebben veel onderzoeken plaatsgevonden. Toch blijft het noodzaak om het kwaliteitsperspectief onder disruptieve omstandigheden te borgen, hieronder vallen onder andere bezoek en sociaal contact, infectiepreventie, professioneel zeggenschap en veilig werken en bouwkundige aspecten. De gevonden en beschikbare COVID-response protocollen bieden allen kwaliteitscriteria op verschillende relevante onderwerpen, echter bieden ze geen toetsingscriteria voor kwaliteit. Ook hier zijn de kwaliteitscriteria, net als bij de kwaliteitskaders, sectorspecifiek. Een hoofdconclusie uit de beschouwde onderzoeken is dat er, zeker in de vroege fase van de pandemie, geen integraal perspectief op kwaliteit in de langdurige zorg voorhanden was.

Voorspelbaarheid van kwaliteit van dienstverlening en zorg hangt samen met wat er onder kwaliteit wordt verstaan en valt. Bij consensus over deze begripsbepaling kan de koppeling van kwaliteit aan elementen van het zorgverleningsproces plaatsvinden. Voor het huidige onderzoek is een afkadering noodzakelijk naar omgevingen en zorgdiensten waar inzet van ventilatie ter beperking van aerogene blootstelling relevant is. Stakeholder consultatie dient hier duidelijkheid in te verschaffen om een taxonomie voor kwaliteits- en proceselementen op te stellen.

3.4.1 Begripsbepaling

Het opstellen van een werkbare begripsbepaling voor het huidige onderzoek komt eerst en vooral neer op inperking. 'Kwaliteit' is in de zorg een zeer breed en meerduidig begrip. Ten behoeve van deze rapportage heeft een uitgebreide inventarisatie van documenten met betrekking tot kwaliteit in de (langdurige) zorg plaatsgevonden. De uitkomsten hiervan worden uitgebreid beschreven in Bijlages 6.4 en 6.5. In de hoofdtekst van dit rapport beperken we ons tot een korte samenvatting.

Concrete indicatoren en toetsingsprocedures zijn veelal sectorspecifiek, in de medisch-specialistische zorg vaak zelfs per specialisme of cluster behandelingen/ingrepen georganiseerd. Vergelijk bijvoorbeeld de beroepsstandaarden van de medisch-specialistische beroepsverenigingen.

Een zinvolle inperking kan worden bereikt door de 'begripsbepaling voor werkdoeleinden' te koppelen aan het primaire onderzoekdomein langdurige zorg van P³Venti.

Daarmee zijn de meest logische vertrekpunten voor de begripsbepaling de Kwaliteitskaders VVT en Gehandicaptenzorg (ActiZ, et al., 2021), (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, 2017), (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Voor de langdurige zorg in de GGZ is nog geen voldragen kwaliteitskader voorhanden. Wel is een voorlopig kader opgesteld dat door de zorgkantoren wordt gebruikt om met instellingen het gesprek over kwaliteit, zorgaanbod en contractering te voeren (Zorgverzekeraars Nederland, 2020). De Kwaliteitskaders beslaan verschillende aspecten van zorg en verblijf en zijn sterk gericht op het welzijn van de individuele cliënt. De Kwaliteitskaders kijken echter niet specifiek vanuit het perspectief van de cliënt. Enkele recente studies diepen dit onderwerp nader uit (Sion, Zwakhalen, Odekerken-Schröder, Schols, & Hamers, 2020), (Shielss, Pivodic, Holmerová, & van den Block, 2020). Bijlage 6.4 geeft een overzicht wat er in de kwaliteitskaders staat en bespreken de genoemde recente studies.

3.4.2 Onderzoek en registratie kwaliteit van dienstverlening tijdens de COVID-pandemie

Het onderwerp 'kwaliteit van zorg' heeft tijdens de COVID-19 pandemie nadrukkelijk in de belangstelling gestaan. Voor wat betreft de acute zorg was daarbij de fysieke en sociale veiligheid van patiënten en medewerkers bij de zorgverlening aan mogelijk besmette patiënten een onderwerp met hoog profiel. Bij alle vormen van ambulante zorgverlening was er daarnaast bezorgdheid in hoeverre online zorg een volwaardig alternatief voor traditionele vormen van zorgverlening kon bieden. In haar al eerder aangehaalde eerste rapportage over de COVID-19 pandemie (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2022) gaat de Onderzoeksraad voor Veiligheid uitgebreid op deze aspecten in. Specifiek voor de intramurale langdurige zorg – in het bijzonder de verpleeghuiszorg – gaat het rapport van de OVV in op ervaren knelpunten met betrekking tot kwaliteit. Enerzijds hebben deze van doen met de acute kwaliteitsproblematiek in de vroege fase van de pandemie: de langdurige zorg was op dat moment bij verantwoordelijken onvoldoende zichtbaar, zodat noodzakelijke instructies en richtlijnen voor veilige zorgverlening niet beschikbaar kwamen en er tekorten ontstonden aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Voorbij de acute problematiek in de vroege fase signaleert de OVV met betrekking tot opvattingen over kwaliteit een primair medisch-specialistische invalshoek, waardoor voor de langdurige zorg wezenlijke kwaliteitsaspecten (kwaliteit van leven, welbevinden, persoonlijke autonomie, zinvolle dagbesteding etc.) buiten beeld bleven. Er was zeker in de vroege fase van de pandemie geen integraal perspectief op kwaliteit in de langdurige zorg voorhanden. Bijlage 6.5 geeft het overzicht van alle geraadpleegde, relevante bronnen in dit onderzoek. Er is gekeken naar de 'Stip op de horizon' langdurige zorg, kwaliteitseffecten in COVID-response protocollen, kwaliteitseffecten dementiezorg, kwaliteitseffecten zorg voor mensen met een beperking en kwaliteitseffecten uit programmalijn I van het huidige P³Venti programma.

3.4.3 Voorspelbaarheid

De uitdaging als het gaat om voorspelbaarheid van effecten op kwaliteit van zorg is allereerst om met betrokken actoren in de sector een gedeeld beeld te creëren van wat er onder kwaliteit wordt verstaan.

Vervolgens is de opgave elementen van dat beeld te koppelen aan elementen van het zorgverleningsproces, zodat het effect van aanpassingen aan dat proces kan worden gesimuleerd. De kaders, instrumenten en literatuur die hierboven zijn beschreven vormen hiervoor het uitgangspunt. Daarbij helpt het dat het onderzoeksterrein beperkt is tot omgevingen en zorgdiensten waar de inzet van ventilatie ter beperking van aerogene blootstelling/besmetting potentieel relevant is; niet het hele palet van zorgverlening hoeft te worden beschreven.

In 2024 wordt met actoren uit het veld nader uitgewerkt hoe deze opgave het best kan worden aangepakt. Een mogelijke oplossing (waarvan de haalbaarheid in 2024 getoetst moet worden) is om op basis van consultatie van stakeholders (via interviews, focusgroepen, AHP²) een taxonomie van kwaliteits- en proceselementen op te stellen. Die kan dan als basis worden gebruikt om scenariomatig het effect van beheersmaatregelen op kwaliteitselementen te verkennen. In eerste instantie zal dit op kwalitatieve grondslag moeten gebeuren. AHP kan bijvoorbeeld worden gebruikt om elementen en clusters van elementen ten opzichte van elkaar te prioriteren.

Zeker in de langdurige zorg spelen zowel infectiepreventie, als kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven een rol. Gezien de grote divergentie in opvattingen over en definities van kwaliteit lijkt het te hoog gegrepen om op alle denkbare interventiepunten een integrale analyse te willen doen. Nuttiger lijkt het om samen met betrokken actoren op zoek te gaan naar specifieke dilemma's en de scenariomatige analyse op die dilemma's te richten.

3.5 Domein productie-uitval

Samenvattende bevindingen

Het begrip productie-uitval is goed te definiëren als de vermindering van productiecapaciteit of -volume ten opzichte van "normaal", waarbij "normaal" meestal zal staan voor een meerjarig productiegemiddelde. Dit zijn vaak economische data en goed bijgehouden.

Productie-uitval wordt goed gemonitord, dit heeft als achtergrond dat deze gegevens van economische belang zijn en over veel sectoren worden verzameld. Hoe productie-uitval is vast te stellen is een lastigere opgave blijkt uit beschouwde literatuur.

Het voorspellen van productie-uitval zou kwantitatief mogelijk zijn onder gebruikelijke omstandigheden. Historische data is waarschijnlijk goed bijgehouden. Het voorspellen van productie-uitval bij een nieuwe disruptieve omstandigheid zoals een pandemische dreiging is niet mogelijk. De ernst en verloop van een dreiging zijn op voorhand niet te voorspellen. Wel is het mogelijk om productie-uitval gekoppeld aan ventilatie en binnenklimaat te voorspellen.

² Analytical hierarchy process

3.5.1 Begripsbepaling

Productie-uitval is een redelijk eenduidig begrip. Het representeert de vermindering van productiecapaciteit of -volume (afgezet tegen een vast ijkpunt) ten opzichte van “normaal”, waarbij “normaal” meestal zal staan voor een meerjarig productiegemiddelde. Dit soort gegevens wordt per sector en regio goed bijgehouden. Het zijn gebruikelijke economische data. Er zijn meerdere factoren die een rol (kunnen) spelen bij het optreden van productie-uitval:

- Beperkingen van de toegankelijkheid van de dienst. Tijdens de COVID-pandemie was dit een hele duidelijke factor in vrijwel alle sectoren: winkelsluitingen, winkelen op afspraak, beperkte capaciteit, horecasluiting en beperkingen, sluiting indoorsportaccommodaties, consulten op afspraak in de zorg, sluiting bibliotheken etc. Iets minder prominent zichtbaar maar wel relevant: beperking van openingstijden, opwerpen van barrières voor toegang (bijvoorbeeld testen vooraf, reserveren),
- Beperkingen van het geleverde pakket aan diensten: bijvoorbeeld alleen nog kleinschalige evenementen, alleen nog levering van acute en bepaalde typen urgente zorg, het opschorten van dagbesteding en groepsactiviteiten in de langdurige zorg,
- Beperkingen in de beschikbaarheid van voor de dienstverlening noodzakelijke goederen en materialen,
 - Verstoring van logistieke ketens (inter)nationaal,
 - Productie-uitval in toeleverende bedrijven/sectoren,
- Beperkingen in de beschikbaarheid van personeel voor levering van de diensten,
 - Ziekteverzuim, hetzij direct door besmettingen, hetzij door secundaire gezondheidseffecten (bijvoorbeeld mentale overbelasting),
 - Non-compliance met voorzorgsmaatregelen waardoor medewerkers niet kunnen worden ingeroosterd,
 - Uitstroom van medewerkers naar andere sectoren.
- Beperkingen in bereidheid van medewerkers om bepaalde aspecten van dienstverlening uit te voeren.

3.5.2 Onderzoek en registratie productie-uitval tijdens de COVID-pandemie

De productie-uitval tijdens COVID-19 is over het algemeen goed gemonitord. Daar is in ieder geval veel moeite voor gedaan. Dat is logisch: de gegevens konden van direct economisch belang zijn, bijvoorbeeld voor het vaststellen van de hoogte van coronasteun aan ondernemers/bedrijven. Het bleek wel vaak heel complex de omvang van de productie-uitval vast te stellen. Specifiek voor de zorg heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een maandelijkse Monitor toegankelijkheid zorg bijgehouden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2023). Data over de vroege fases van de COVID-19-pandemie zijn op de site niet meer te vinden, maar vermoedelijk nog wel elders opgeslagen, dan wel bij de NZa op te vragen. In deze maandelijkse monitor worden gegevens bijgehouden voor verschillende zorgsectoren:

- Ziekteverzuim per sector (Ziekenhuizen, VVT, Gehandicaptenzorg, GGZ),
- Verwijzingen naar ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra,

- Actuele productie medisch specialistische zorg,
- Wachttijden en werkvoorraad medisch specialistische zorg,
- Het aantal wachtenden in de Wlz,
- Verwijzingen GGZ.

Opvallend is wel dat verreweg het meeste detail wordt gepresenteerd over de medisch specialistische zorg; de indicator langdurige zorg is slechts één getal. Huisartsenzorg en ambulancezorg worden in deze rapportages niet meegenomen. Dit komt waarschijnlijk doordat de rapportages via het Zorgbeeldportaal worden aangeleverd. De GGZ is daar sinds kort bij aangesloten, aanbieders dementiezorg sinds oktober 2021. Waarschijnlijk is onder andere de eerstelijns zorg nog niet aangesloten.

De ziekteverzuimcijfers komen van het Vernet Netwerk (Vernet, 2023); deze dataset bevat gegevens over kortdurend verzuim (1 t/m 91 dagen), langdurend verzuim (92 t/m 730 dagen) en totalen. De bezettingsgraad van V&V aanbieders is gebaseerd op gegevens die door de zorgkantoren worden aangeleverd en het aantal cliënten per aanbieder met status 'In zorg' vermelden. Het is wel belangrijk op te merken dat het in de methodologiebijlage over aantallen cliënten 'in zorg' gaat, terwijl in de eigenlijke rapportage het aantal wachtenden vermeld staat. Er wordt geen vermelding gemaakt hoe deze getallen aan elkaar verbonden zijn.

Het Verbond van Verzekeraars heeft onderzoek gedaan naar gegevens over ziekteverzuim tijdens en door corona in de data van verzuimverzekeraars (Verbond van verzekeraars, 2022). Het is niet duidelijk of deze data openbaar beschikbaar zijn. Het lijkt in ieder geval mogelijk om voor onderzoeksdoeleinden toegang te krijgen, indien ze noodzakelijk zijn om mogelijke effecten kwantitatief in beeld te brengen.

Het CBS gaat in op de ziekteverzuimpercentages in het eerste kwartaal 2022 (met vergelijkingen met 2021) (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). Op de betreffende pagina zijn ook verwijzingen opgenomen naar twee meer algemene pagina's: Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken (SBI 2008) en bedrijfsgrootte (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2023). Dit betreft alleen data zonder verdere duiding van de gegevens. Uit de data zijn patronen te halen: in heel veel sectoren ligt het ziekteverzuim niet veel hoger dan voor corona, in de sector Gezondheidszorg wel, zeker in specifieke subsectoren van de gezondheidszorg. Het ziekteverzuim lijkt verder toe te nemen naarmate de COVID-19 pandemie langer duurt.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft in het document Arbeidsmarkt in kaart: Werkgevers – editie 3 verkend welke invloed de eerste fase van de coronapandemie heeft gehad op de omzet en het personeelsbestand bij werkgevers in verschillende sectoren (Swart & van der Laan, 2022).

Het programma Monitoring van Arbeid van TNO heeft zeer uitgebreide gegevens over allerlei aspecten van arbeid. Een specifiek rapport kijkt naar de impact van de COVID-19 pandemie op werknemers (per

eind 2021) (Oude Hengel, in der Maur, Bouwens, de Vroome, & Hooftman, 2022). Dit rapport is gebaseerd op een vierde vervolgmeting van het NEA-COVID-19 onderzoek. NEA staat voor de jaarlijks door TNO uitgevoerde Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden. Gedurende de COVID-19 pandemie is op een aantal momenten (tot en met eind 2021 minstens vier keer) een specifieke aanvullende uitvraag gedaan onder NEA-respondenten die daarmee instemden. De andere NEA-COVID-19 metingen en een vergelijking met de NEA-baseline van 2019 zijn mogelijk ook nog interessant. De uitkomsten van de vier NEA-COVID-19 metingen worden elk afgezet tegen die baseline 2019. Voor de vierde meting was data beschikbaar van 8.099 respondenten die zowel aan de 2019 meting als aan deze vierde metingen hebben deelgenomen (respons 32% t.o.v. het totaal aantal mensen dat voor deelname aan de vierde NEA-COVID-19 meting is benaderd). Het onderzoek kent een nette weging naar geslacht, leeftijd, onderwijs en sector om een representatief beeld te kunnen geven.

3.5.3 Voorspelbaarheid

Het historisch verloop van productie-uitval tijdens COVID is voor de meeste sectoren vermoedelijk bijgehouden. Dit zou in het vervolg van dit onderzoek moeten worden geverifieerd. In ieder geval is de sequentie van beperkende maatregelen goed te reconstrueren. Het koppelen van beperkende maatregelen aan contribuerende factoren voor productie-uitval is wel complex. Absolute voorspelling van productie-uitval is niet mogelijk omdat de ernst van een nieuwe pandemische dreiging niet duidelijk zal zijn.

Gekoppeld aan ventilatie en binnenklimaat is productie-uitval door factoren die met toegangsbeperkingen en inperkingen van het functiepakket vrij goed voorspelbaar op basis van de historische gegevens van COVID-19. Het gaat daarbij meer specifiek binnenomgevingen met een publiek of bedrijfsmatig karakter, waar een rechtspersoon verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het binnenklimaat en maatregelen op het gebied van ventilatie mogelijk risicobeperkend zijn. Aan het gebruik van die binnenomgevingen is (mogelijk deels op basis van schattingen/expert opinion) redelijk goed een schatting te koppelen van de productiecapaciteit die door beperkingen verloren gaat.

3.6 Aanvullende en verdiepende inzichten stakeholderinterviews

In dit hoofdstuk wordt per domein een overzicht gegeven van aanvullende en verdiepende inzichten die uit de stakeholderinterviews naar voren kwamen. Per domein zijn enkele quotes beschikbaar gesteld ter illustratie van deze inzichten. Deze quotes zijn letterlijke weergaven van uitspraken van geïnterviewden. Er heeft geen redactie plaatsgevonden op, bijvoorbeeld, grammaticale onjuistheden of onvolledige zinnen. Dat zou methodologisch niet juist zijn: elke tekstredactie houdt al een interpretatie van de uitspraak in. Deze geeft dan niet meer 'ongefilterd' de zienswijze van de geïnterviewde weer.

3.6.1 Domein oversterfte

3.6.1.1. Ervaringen oversterfte tijdens de COVID-pandemie

De geïnterviewde ouderenzorginstellingen identificeren oversterfte als een van de meest ingrijpende gevolgen van de pandemie. Deze bewering wordt bevestigd door de brancheorganisatie, die oversterfte benoemt als een van de voornaamste domeinen die getroffen zijn. Vooral tijdens de eerste twee golven van de pandemie was er een aanzienlijke toename van oversterfte in de ouderenzorg. Een van de geïnterviewde zorginstellingen was gedwongen om specifieke hospice-afdelingen in te richten.

In schril contrast hiermee benoemen de geïnterviewde gehandicaptenzorginstellingen oversterfte niet als het voornaamste probleem van de pandemie. Een verpleegkundige in een gehandicaptenzorginstelling meldde zelfs dat er geen overledenen waren op haar afdeling. Daarentegen gaf een zorgmanager van een andere gehandicaptenzorginstelling aan dat zij relatief weinig oversterfte hadden, mogelijk toe te schrijven aan de jongere leeftijd van de bewoners in vergelijking met de ouderenzorginstellingen.

Desalniettemin onderstreept een wetenschapper, die onderzoek heeft verricht naar de effecten van COVID-19 op de gezondheid van mensen met een lichte verstandelijke beperking, dat deze groep nog steeds buitengewoon kwetsbaar is. Een onderzoeker aan de Radboud Universiteit bevestigt dat mensen met een verstandelijke beperking ongeveer drie keer vaker overlijden aan de gevolgen van COVID-19 dan de algemene populatie.

In de perceptie van de gesprekspartners wordt oversterfte voornamelijk toegeschreven aan COVID-19-besmettingen, waarbij zij geen duidelijk effect van de genomen maatregelen op de oversterfte hebben waargenomen.

3.6.1.2. Registraties van sterfgevallen

Het meten van sterfgevallen als gevolg van COVID-19 blijkt een complexe opgave te zijn, zoals aangegeven door de zorgbrancheorganisatie en een zorgmanager van een van de geïnterviewde zorginstellingen. Dit wordt toegeschreven aan de vaak aanwezige comorbiditeit bij bewoners van langdurige zorginstellingen, waardoor de precieze oorzaak van het overlijden niet altijd helder is. De zorgbrancheorganisatie benadrukt het uitdagende aspect van het vaststellen van de specifieke oorzaak van overlijden, waarbij zij aangeeft: *"Ja, het is heel lastig te pinpointen, zeg maar, of iemand dan echt aan COVID is overleden of aan andere zaken"*.

Quotes van zorginstellingen over de oversterfte

- *"Uiteraard zijn er zorglocaties waar in het begin van COVID gewoonweg de helft van de bewoners is overleden"-* vertegenwoordiger van een zorgbrancheorganisatie.
- *"Ik weet, er was een zorglocatie in Rotterdam...Volgens mij was het in de eerste golf, maar dat was even uit mijn hoofd... Die hebben echt binnen een paar weken tijd 70% van hun bewoners verloren aan COVID" -* vertegenwoordiger van een brancheorganisatie.
- *"Van mij zijn er hele afdelingen gestorven op een gegeven moment, ook zo zeker in het begin"-* vastgoedmanager, ouderenzorg instelling.
- *"Maar in zijn totaliteit... in de eerste twee golven zijn er bij ons 592 mensen overleden"-* facilitair adviseur, ouderenzorg instelling.
- *"Ik denk dat we in die twee jaar echt, aan corona gerelateerd, een vijftal à zestal sterfgevallen hebben gehad. Dus dat is relatief weinig. En het aantal besmettingen, dat ging echt met pieken en dalen"-* zorgmanager, gehandicaptenzorg instelling.
- *"Uiteindelijk hebben zo'n 35 tot 40 [gehandicaptenzorg] zorginstellingen gedurende 15 maanden hun COVID-gevallen geregistreerd. Daarin zagen we dat uiteindelijk ongeveer drie keer zoveel mensen met een verstandelijke beperking overleden aan COVID in vergelijking met de gegevens van het RIVM"-* een wetenschapper over onderzoek naar COVID-19 bij mensen met een verstandelijke beperking.
- *"En wat we daarnaast ook wel zagen, is dat ze [mensen met een verstandelijke beperking] wat vaker meer zwaardere klachten hadden. Of het is meer zwaardere uitkomsten van ziekte en dus ook vooral wel, wat je zegt, als domein sterfte, dus dat we echt meer sterfte zagen in deze groep in vergelijking met de algemene populatie. En wat daarbij denk ik ook wel heel belangrijk is; al op een jongere leeftijd. Dus waar het in de algemene populatie, vooral echt de ouderen, de senioren waren, zagen we ook al hier vanaf een jaar of 40 en vooral bij de mensen in de leeftijd van 55, 65 al veel meer overlijdens"-* een wetenschapper over onderzoek naar COVID-19 bij mensen met een verstandelijke beperking.

3.6.2 Domein gezondheidsschade

3.6.2.1. Lichamelijke gezondheidsschade

Lichamelijke gezondheidsschade is door drie van de geïnterviewde zorginstellingen en de zorgbrancheorganisatie geïdentificeerd als een cruciaal domein dat aanzienlijk is getroffen door de pandemie. Specifiek hebben alle geïnterviewde ouderenzorginstellingen unaniem vastgesteld dat COVID-19-besmettingen een aanzienlijk negatief effect hebben gehad op de lichamelijke gezondheid van hun bewoners.

Een gesprekspartner van een ouderenzorginstelling benadrukte de bijzondere kwetsbaarheid van de bewoners, met factoren zoals leeftijd, longaandoeningen en overgewicht, die de besmettingen

verergerden en resulteerden in een verhoogde oversterfte. Desondanks erkennen de geïnterviewde partners dat het uitdagend is om concrete voorbeelden van lichamelijke gezondheidsschade te benoemen. De bewoners van langdurige zorginstellingen vertonen vaak comorbiditeit, en gesprekspartners wijzen op de complexiteit om vast te stellen welke gezondheidsproblemen door COVID-19 zijn veroorzaakt en welke door andere factoren.

Twee gesprekspartners benoemen de complicaties veroorzaakt door dementie en verstandelijke beperkingen, waardoor bewoners moeilijker symptomen kunnen aangeven. Bovendien benadrukt een gesprekspartner uit de ouderenzorg dat concentratieproblemen, een veelvoorkomend symptoom van long-COVID, niet eenvoudig kunnen worden vastgesteld bij bewoners met reeds bestaande concentratieproblemen.

Wat betreft de effecten van preventieve maatregelen op lichamelijke gezondheid, blijkt uit de interviews dat de gesprekspartners moeilijk concrete voorbeelden kunnen noemen. Echter, een gesprekspartner uit een gehandicaptenzorginstelling benoemde een opvallende toename in gewicht bij bewoners als gevolg van geannuleerde activiteiten, waarbij compensatie gezocht werd in gezamenlijke maaltijden. Over het algemeen stellen drie gesprekspartners dat zij weliswaar geen specifieke voorbeelden kunnen noemen, maar wel hebben opgemerkt dat de lichamelijke condities van bewoners zijn achteruitgegaan gedurende de pandemie.

Desondanks gaven vier geïnterviewden aan dat er minder andere besmettelijke ziekten, zoals influenza, waren tijdens de pandemie, wat een positief effect had op de gezondheid van de cliënten.

Quotes van zorginstellingen over de lichamelijke gezondheidsschade

- *"Aantal heel erg achteruitgegaan, prikkels zorgen dat zij scherp/actief bleven: mentaal en fysiek achteruitgegaan"- directeur ouderenzorg instelling.*
- *"Ouderen vormen natuurlijk een behoorlijk kwetsbare doelgroep, niet alleen vanwege hun leeftijd maar ook vanwege hun gezondheidstoestand. Dit heeft ertoe geleid dat de gehele COVID-19-pandemie aanzienlijke gevolgen heeft gehad voor de ouderenzorg"- facilitair adviseur, ouderenzorg instelling.*
- *"Bij onze cliënt is het ook wel moeilijk om de symptomen goed te duiden. Zij kunnen minder goed zelf aangeven. Weet je wel, ik ben ziek, dus je merkt het pas als ze echt al heel ver in de symptomen zijn"- zorgmanager van een gehandicaptenzorg instelling.*
- *"De BMI van de cliënt is flink omhooggegaan, want er werd op een andere manier gecompenseerd en dat was lekker eten met elkaar, want dat kon wel"- zorgmanager van een gehandicaptenzorg instelling.*

3.6.2.2. Psychische gezondheidsschade

De impact van de COVID-19-pandemie op de psychische gezondheid binnen langdurige zorginstellingen is een cruciaal aspect welke door alle gesprekspartners werd benadrukt, zowel in de ouderenzorg als in de gehandicaptenzorg. Verschillende aspecten van de psychische gezondheid kwamen naar voren tijdens de interviews.

Eenzaamheid, voortkomend uit maatregelen en bezoekverboden, werd als een ernstig probleem aangemerkt door alle gesprekspartners. Volgens een zorgbrancheorganisatie werd gemiddeld gedurende 12 weken een compleet bezoekverbod gehanteerd in de ouderenzorg, wat als buitengewoon lang werd ervaren, vooral voor mensen in hun laatste levensfase. In de gehandicaptenzorg benadrukten gesprekspartners dat het bezoekverbod ook lastig was voor jongere bewoners. Het had bovendien aanzienlijke impact op familieleden, resulterend in protesten bij de deuren van zorginstellingen. Andere maatregelen, zoals geannuleerde activiteiten en isolatie tijdens besmettingen, droegen bij aan extra last en eenzaamheid.

De pandemie bracht ook extra angst teweeg bij bewoners van ouderenzorginstellingen, die vreesden voor besmetting of het verlies van een familielid. Drie gesprekspartners noemden onzekerheid en gebrek aan begrip als redenen voor verdere mentale problemen bij bewoners, vooral degenen met dementie of verstandelijke beperkingen. Het onbegrip over de genomen maatregelen leidde tot toenemende angst en soms zelfs agressie bij bewoners.

Twee gesprekspartners noemen communicatieproblemen waarbij het dragen van beschermingsmiddelen door het zorgpersoneel ervoor zorgde dat bewoners medewerkers niet altijd konden herkennen, wat angst veroorzaakte. Ondanks de inspanningen van het zorgpersoneel, gaven twee geïnterviewde verpleegkundigen aan dat door de beperkende maatregelen minder fysiek contact mogelijk was, wat een negatieve impact had op de bewoners.

Niettemin benoemden de gesprekspartners ook een positief effect op het psychisch welbevinden, waarbij drie van hen opmerkten dat gestructureerde bezoek met minder mensen op de afdeling en vast zorgpersoneel resulteerde in minder prikkels voor de bewoners en sommige bewoners een vermindering van angst vertoonden.

Quotes over de psychische gezondheidsschade

- *"Ik denk eigenlijk toch echt dat mentale gezondheid, dat de grootste zou zijn die had moeten [worden ge]meten, of waar de meeste effecten zijn geweest"- vertegenwoordiger van een zorgbrancheorganisatie.*
- *"Als ik terugkijk, zeker naar het begin van de pandemie was de grootste impact het welzijn van onze cliënten"- zorgmanager van een gehandicaptenzorg instelling.*
- *"Ik geloof dat wel 7 weken, of soms nog wel langer, er geen bezoek plaatsvond [kon vinden] bij onze cliënten. Onze cliënten apart moesten eten, we groepen uit elkaar moesten halen, en als je kijkt naar onze doelgroep, mensen met niet aangeboren hersenletsel en verstandelijke beperking, is dat netwerk en sociale contacten, dat is eigenlijk ons werk. Dus het raakt ons hard in de kwaliteit van zorg"- zorgmanager, gehandicaptenzorg instelling.*
- *"Bij mensen die net werden opgenomen of zich in de beginfase van dementie bevonden, was duidelijk merkbaar dat zij de interactie met hun familie misten. Hierdoor kon een gevoel van eenzaamheid optreden"- directeur ouderenzorg instelling.*
- *"We hebben de huiskamers ook nog wel grotendeels opengehouden voor de mensen die niet besmet waren. Ja, want anders verander je gewoon je verpleeghuis in een gevangenis"- vastgoedmanager, ouderenzorg instelling.*
- *"Heel veel mensen met beginnende of gevorderde dementie snapten natuurlijk helemaal niets van al die maatregelen. En dat heeft wellicht ook, misschien niet direct, maar indirect wel zeker gevolgen gehad voor de mentale toestand van de ouderen"- facilitair adviseur, ouderenzorg instelling.*
- *"Ze hadden ook minder sociale contacten en ze vinden het zelf heel moeilijk om die dan ook weer op een andere manier in te vullen, dus we zagen veel meer eenzaamheid, maar ook veel verveling, zeg maar. Minder zingeving en daarmee meer onrust ook, omdat ze niet goed weten welke informatie nou betrouwbaar is en wat ze daarmee moeten. Nou ja, dat alles bij elkaar maakte dat ze zich in ieder geval niet mentaal heel goed hebben, of minder goed hebben gevoeld, laat ik het zo zeggen"- een wetenschapper over onderzoek naar COVID-19 bij mensen met een verstandelijke beperking.*
- *"Ik denk vooral dat het voor de cliënten heel onduidelijk is wat ze wel en niet mogen. In één keer mogen ze ons niet meer aanraken. In één keer mogen ze niet meer dicht bij ons komen, wij lopen met enge mondkapjes op. Dat vooral. Het kwam bij sommige ook best wel angstig over dat je daar ook loopt met brillen en jassen aan en mondkapjes op. En ze moeten in één keer op hun kamer blijven. Ja, waarom dan?"- een verpleegkundige, gehandicaptenzorg instelling.*
- *"Voor sommige mensen was het toen heel moeilijk, vooral voor een moeder die toen voor haar dochter kwam en je kunt niks en geen knuffel geven. En dan sta je daar voor dat raam... Dus ja, dat waren wel trieste momenten"- een verpleegkundige, gehandicaptenzorg instelling.*

- *"Toen bezoek verboden was, merkten we dat dit enerzijds bij een groep mensen schade veroorzaakte, maar anderzijds bij een andere groep mensen juist voor veel rust zorgde. Er was veel minder verstoring in het proces van mensen"- directeur ouderenzorg instelling.*

3.6.3 Domein kwaliteit van dienstverlening

De effecten van de COVID-19-pandemie op de kwaliteit van zorgverlening binnen langdurige zorginstellingen zijn complex en divers, zoals geïdentificeerd in de interviews. Eén opvallend aspect is de verslechterde kwaliteit van de dienstverlening als gevolg van een verminderde beleving van de cliënten. Het wegvallen van sociale activiteiten en dagbesteding, zoals benadrukt door 6 gesprekspartners, heeft bijgedragen aan een negatieve impact op de ervaring van de cliënten. Twee geïnterviewde partners benadrukken dat socialisering een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg is en dat dit het hardst is getroffen door de pandemie.

Daarnaast is er melding gemaakt van verslechterde kwaliteit van verpleging en fysieke zorg als gevolg van afstands- en persoonlijke beschermingsmiddelenregels. Drie gesprekspartners benoemden de uitdagingen die gepaard gaan met het naleven van deze regels, wat leidde tot verminderde fysieke interactie en zorg voor de cliënten.

Een ander aandachtspunt was de beperkte beschikbaarheid van 1-op-1 tijd voor de cliënt, waarbij twee gesprekspartners (zorgmanagers) aangaven dat andere prioriteiten tijdens de pandemie deze persoonlijke aandacht verminderden. Tegengestelde informatie werd gegeven door twee geïnterviewde verpleegkundigen, die aangaven dat er juist meer tijd beschikbaar was voor de cliënten, wat resulteerde in een positieve impact op de kwaliteit van de dienstverlening.

Een regiomanager van een gehandicaptenzorginstelling benadrukte dat bezoek van externe zorgverleners, zoals fysiotherapie, ook verboden was, wat eveneens een negatieve impact op de kwaliteit van zorg moet hebben gehad.

Opmerkelijk is dat vijf gesprekspartners aangaven dat de kwaliteit van zorg tijdens COVID-19 niet werd gemeten of als lastig te meten werd ervaren. Een gesprekspartner benadrukte dat de zorginstelling in overlevingsmodus was tijdens de eerste golven van de pandemie en dat er geen ruimte was voor extra onderzoek naar de kwaliteit van zorg.

Quotes over de kwaliteit van zorg

- *"Kwaliteit van dienstverlening is sowieso natuurlijk altijd een hele lastige te meten in de zorg, hè? Want het is beleving. En tuurlijk zijn er allerlei indicatoren en zo werken we ook via kwaliteitskaders en systemen. En zo heel veel is ook gewoon beleving, en de beleving in die periode, zeker in die golven waarin er veel niet kon en mocht, ja, is de beleving natuurlijk tot een dieptepunt gedaald"*- vertegenwoordiger van een zorgbrancheorganisatie.
- *"De continuïteit van zorg stond onder druk, doordat personeel ziek werd ... En het tweede element van kwaliteit van zorg is dat in het begin van de pandemie moesten wij onze deuren sluiten voor familie, voor andere hulpverleners, netwerk, zeg maar... Dus het raakt ons hard in de kwaliteit van zorg"*- regiomanager gehandicaptenzorg.
- *"Ik denk wel dat we meer aandacht hebben kunnen geven, omdat we ons echt op de cliënt hebben kunnen focussen in plaats van al die dingen eromheen"* - zorgverlener, ouderenzorg instelling.

3.6.4 Domein productie-uitval

Alle geïnterviewde partners melden dat er tijdens de pandemie sprake was van aanzienlijke productie-uitval.

3.6.4.1. Medische behandelingen

Een substantieel probleem dat door alle gesprekspartners werd genoemd, betreft de uitval van medische behandelingen tijdens de pandemie. Dit omvatte het uitstellen van behandelingen en operaties, evenals het stopzetten van fysiotherapie, ergotherapie, en psychologische behandelingen. Voor vijf gesprekspartners was dit een zorgwekkend aspect dat een directe impact had op de kwaliteit van zorg en de gezondheid van de cliënten.

3.6.4.2. Secondaire zorgtaken

De beperkingen tijdens de pandemie dwongen zorginstellingen om secundaire zorgtaken aan te passen. Hierbij werd de training van personeel bemoeilijkt, externe facilitaire beheeractiviteiten werden stopgezet en het onderhoud moest intern worden uitgevoerd. Twee gesprekspartners benadrukken de snelle aanpassingen in management en communicatie, waarbij veel communicatie online plaatsvond. Deze veranderingen waren essentieel om de dagelijkse gang van zaken te handhaven.

3.6.4.3. Dagbestedingen

Het stopzetten van dagbestedingen, zoals fysieke, creatieve en sociale activiteiten, werd door vijf geïnterviewde partners als een van de grootste problemen genoemd. Hierbij werd gewezen op de lichamelijke en psychologische gezondheidsschade die ontstond. Specifiek werd aangegeven dat het stopzetten van sportactiviteiten leidde tot een aanzienlijke toename van de BMI bij bewoners van een gehandicapte zorginstelling. Drie gesprekspartners benadrukken de cruciale rol van de sociale

component van dagbestedingen voor het mentaal welbevinden van de cliënten. Er waren variaties tussen zorginstellingen en pandemiegolven in hoeverre deze activiteiten werden stopgezet, met inspanningen om activiteiten te behouden door verplaatsingen, groepshalvering en het creëren van 'bubbels'. Een zorginstelling installeerde zelfs fitnessapparatuur om fysieke activiteiten binnenshuis voort te zetten.

3.6.4.4. Ziekteverzuim en minder beschikbaar personeel

Alle gesprekspartners rapporteerden een aanzienlijk ziekteverzuim tijdens de pandemie. Drie zorginstellingen merkten op dat het ziekteverzuim nog steeds boven het pre-pandemische niveau ligt. Ondanks dit hoge verzuimniveau meldde geen van de gesprekspartners een extreem tekort aan personeel. Dit probleem werd aangepakt door het inhuren van meer zzp'ers, het verplaatsen van zorgpersoneel van dagbestedingen naar interne taken, en het verlengen van diensten.

Quotes over de productie-uitval

- *"En ook wel gewoon echt het wegvallen van behandelingen, van bijvoorbeeld inderdaad fysiotherapie. Dat soort zaken is dan wel een grote in deze sector. Als dat, op elke zorglocatie werd dat stopgezet of zoveel mogelijk stopgezet. Of ja, dat heeft natuurlijk enorme effecten gehad"-* vertegenwoordiger van een zorgbrancheorganisatie.
- *"Het is echt de angst zat er goed in, dus ook activiteiten naar bijvoorbeeld een zwembad gaan. Of weet je wel in wat drukker ruimtes. Een disco voor mensen met een beperking... Dat is echt pas weer sinds nou een klein jaar echt helemaal weer op het oude niveau"-* zorgmanager, gehandicaptenzorg instelling.
- *"...Zoals welzijn spelletjes, dat soort werk dat, dat is toen zeker in de eerste golf meer naar de achtergrond gedrukt"-* vastgoedmanager, ouderenzorg instelling.
- *"En, we zagen sowieso dat in onze doelgroep veel meer activiteiten gestopt waren, dus mensen deden al minder werk, dus vaak vrijwilligerswerk of dagbesteding"-* een wetenschapper over onderzoek naar COVID-19 bij mensen met een verstandelijke beperking.

4 CONCLUSIES EN AGENDA VOOR VERVOLG

4.1 Conclusies onderzoek 2023

4.1.1 Relevantie en invulling elementen en aspecten afwegingskader

Er zijn een viertal domeinen geïdentificeerd die relevant zijn voor het afwegingskader: oversterfte, gezondheidsschade, kwaliteit van dienstverlening en productie-uitval.

Oversterfte heeft een afgebakende definitie en kan worden omschreven als een tijdelijke bijzondere stijging van het aantal overledenen ten opzichte van het verwachte aantal sterfgevallen voor die periode. Tijdens de COVID-19 pandemie was het aandeel oversterfte dat door het virus werd veroorzaakt niet eenvoudig of eenduidig te bepalen als directe of indirecte oorzaak.

Veel onderzoeksmethoden zijn beschikbaar voor het inschatten en voorspellen van oversterfte. Ook buiten de COVID-19 pandemie vindt dit namelijk plaats. Er zijn twee methoden die toepasbaar zijn voor het voorspellen van oversterfte, 1) voorspellen aan de hand van het historisch gemiddelde en 2) het voorspellen aan de hand van een regressiemodel. Beperkingen van de methode die gebruik maakt van het historisch gemiddelde is dat het niet duidelijk meeneemt welk aandeel door uitstel van zorg of verminderde preventie is toebedeeld. Ook de misclassificatie van COVID-19 speelt hierbij een rol en zaken zoals multimorbiditeit, welk aandeel heeft een besmetting met het virus gehad op het versnellen van een reeds bestaand ziektebeeld. De AVG-wet, kwaliteit en koppelmogelijkheden van data vormen een ongunstig datalandschap om beter inzicht te krijgen in de bovengenoemde beperkingen. Voor de regressiemodelmethode wordt gebruik gemaakt van tijdsreeksanalyses. Hierbij worden ook schattingen gemaakt van de betrouwbaarheid.

Tijdens de COVID-19 pandemie was er een toename in oversterfte zichtbaar in de eerste twee coronagolven. In de derde golf was er minder sterfte met als oorzaak COVID-19. Met de opstart van de vaccinatiecampagne is er een trend genoteerd dat gevaccineerden minder snel overleden ten opzichte van de ongevaccineerde controlegroep. Onderzoek naar oversterfte als gevolg van druk op de zorg en uitgestelde zorg is noodzakelijk, dit onderzoek is nog niet uitgevoerd door complexiteit en databeschikbaarheid.

Voor het domein **gezondheidsschade** is geen eenduidige definitie beschikbaar op grond van toetsbare en meetbare criteria. Gezondheidsschade heeft namelijk betrekking op meerdere aspecten van gezondheid en welzijn en kan via uiteenlopende mechanismen direct dan wel indirect aan pandemische dreiging en maatregelen zijn gekoppeld. Het is ook sterk afhankelijk van kwetsbaarheidskenmerken op persoons- en doelgroepniveau en is voor een deel wel, maar voor een groter deel niet of beperkt

kwantificeerbaar. De meetbaarheid van bijvoorbeeld DALY's en QALY's hebben als beperking dat het enkel voor medisch-specialistische trajecten kan worden uitgevoerd, voor andere trajecten is de gegevensregistratie ontoereikend of niet beschikbaar. Het inschatten van risico's van een mogelijk nieuw virus is lastig in een vroege fase van een pandemie. Aspecten van gezondheidsschade kunnen onderverdeeld worden in drie pijlers, functionele status, welzijn en algemene evaluatie.

Er is veel onderzoek gedaan op onderwerpen zoals het uitstel van ziekenhuiszorg, COVID-19, gedrag en leefstijl en mentale en fysieke gezondheid. Uit deze onderzoeken blijkt dat er gevolgen zijn van de coronapandemie voor gezondheid en welzijn. De focus ligt hierbij op gezondheidseffecten, fysieke gezondheid, zorgbehoefte en gebruik, mentale gezondheid, sociaal welzijn en overige indirecte effecten.

Het voorspellen van gezondheidsschade is lastig. Dit begint bij het begrip gezondheidsschade, is deze kwantitatief, semi-kwantitatief en/of kwalitatief te beschrijven? En zo ja, welke methoden en technieken zijn er om een inschatting te kunnen doen. Vaak gaat voorspelbaarheid van gezondheidsschade om relatieve schade, dit houdt in het type risico, en een inschatting op de verwachte mate van gezondheidsschade. Dit is terug te leiden naar directe en indirecte gevolgen. Met name de indirecte gevolgen zijn lastig, of niet, te voorspellen. Wel zijn er methoden ontwikkeld om hier een inschatting van te maken, risicomatrices en Health Impact Assessments.

Kwaliteit is een breed en meerduidelijk begrip en zeer sectorspecifiek. Aan de hand van verschillende kwaliteitskaders is getracht dit te omschrijven. Deze kwaliteitskaders of -kompassen zijn vormgegeven voor VVT, GHZ of het cliëntenperspectief. In de bestaande kaders en verder gevonden literatuur komt naar voren dat sommige zaken kwantitatief te toetsen zijn, maar veel andere zaken niet. Instrumenten die richting willen geven aan kwaliteit van dienstverlening of zorg maken daarom veel gebruik van kwalitatieve analyses.

Tijdens de coronapandemie hebben veel onderzoeken plaatsgevonden. Toch blijft het noodzaak om het kwaliteitsperspectief onder disruptieve omstandigheden te borgen, hieronder vallen onder andere bezoek en sociaal contact, infectiepreventie, professioneel zeggenschap en veilig werken en bouwkundige aspecten. De gevonden en beschikbare COVID-response protocollen bieden allen kwaliteitscriteria op verschillende relevante onderwerpen, echter bieden ze geen toetsingscriteria voor kwaliteit. Ook hier zijn de kwaliteitscriteria, net als bij de kwaliteitskaders, sectorspecifiek. Een hoofdconclusie uit de beschouwde onderzoeken is dat er, zeker in de vroege fase van de pandemie, geen integraal perspectief op kwaliteit in de langdurige zorg voorhanden was.

Voorspelbaarheid van kwaliteit van dienstverlening en zorg hangt samen met wat er onder kwaliteit wordt verstaan en valt. Bij consensus over deze begripsbepaling kan de koppeling van kwaliteit aan elementen van het zorgverleningsproces plaatsvinden. Voor het huidige onderzoek is een afkadering noodzakelijk naar omgevingen en zorgdiensten waar inzet van ventilatie ter beperking van aerogene

blootstelling relevant is. Stakeholder consultatie dient hier duidelijkheid in te verschaffen om een taxonomie voor kwaliteits- en proceselementen op te stellen.

Het begrip **productie-uitval** is goed te definiëren als de vermindering van productiecapaciteit of -volume ten opzichte van "normaal", waarbij "normaal" meestal zal staan voor een meerjarig productiegemiddelde. Dit zijn vaak economische data en is goed bijgehouden.

Productie-uitval wordt goed gemonitord, dit heeft als achtergrond dat deze gegevens van economisch belang zijn en over veel sectoren worden verzameld. Hoe productie-uitval is vast te stellen is een lastigere opgave, blijkt uit beschouwde literatuur.

Het voorspellen van productie-uitval zou kwantitatief mogelijk zijn onder gebruikelijke omstandigheden. Historische data is waarschijnlijk goed bijgehouden. Het voorspellen van productie-uitval bij een nieuwe disruptieve omstandigheid zoals een pandemische dreiging is niet mogelijk. De ernst en het verloop van een dreiging zijn op voorhand niet te voorspellen. Wel is het mogelijk om productie-uitval gekoppeld aan ventilatie en binnenklimaat te voorspellen.

Het empirisch onderzoek bevestigde de relevantie van de vier domeinen die in de desktopanalyse zijn geïdentificeerd voor de belanghebbenden. Het domein dat door de meeste geïnterviewden als het belangrijkste werd genoemd, was gezondheidsschade, met name de geestelijke gezondheid. De geïnterviewden benadrukten dat de maatregelen die tijdens de pandemie waren genomen, zoals verboden bezoeken, geannuleerde activiteiten en beperkingen in het sociale contact, evenals de onzekerheid en angst die door de pandemie zelf werden veroorzaakt, een grote negatieve invloed hadden op de geestelijke gezondheid van de bewoners. Het domein oversterfte werd als zeer belangrijk beschouwd voor belanghebbenden in de ouderenzorg en minder belangrijk voor belanghebbenden in de gehandicaptenzorg. Kwaliteit van dienstverlening en productie-uitval werden ook door de meerderheid van de belanghebbenden genoemd als belangrijke domeinen die door de pandemie werden beïnvloed. Het empirisch onderzoek bevestigde en valideerde de resultaten van de desktopanalyse.

4.1.2 Kennishiaten en complicaties

Kennishiaten en complicaties die tijdens het onderzoek naar boven zijn gekomen hebben betrekking op verschillende aspecten per domein. Zo is het voor domein oversterfte niet eenduidig te bepalen welk aandeel van oversterfte door het virus is veroorzaakt of welk aandeel als direct gevolg of als indirect gevolg aangekaart dient te worden. Met verdiepend onderzoek zou hier een eerste indicatie in aangebracht kunnen worden, echter zal het voor de voorspelbaarheid van een mogelijk nieuwe pandemie geen één op één vertaling kunnen zijn, daar de ernst en het verloop van een nieuwe pandemie niet vooraf duidelijk is. Dit laatste geldt voor alle domeinen en brengt complicaties in de voorspelbaarheid met zich mee.

Voor de domeinen gezondheidsschade en kwaliteit van dienstverlening vormt met name de niet eenduidige en kwantificeerbare definitie van de domeinen een complicatie. Meerdere aspecten van

gezondheid kunnen schade oplopen. De relatie van schade met de pandemische dreiging is in de literatuur (gerelateerd aan COVID-19) niet gevonden. Kwaliteit van dienstverlening wordt in verschillende kwaliteitskaders beschreven. De verschillende aspecten zijn niet te allen tijde kwantificeerbaar en maken veel gebruik van kwalitatieve analyses.

Een mogelijke complicatie in de uitwerking van het afwegingskader betreft de verschillen in relevantie per domein per subsector. Zo is uit het empirisch onderzoek gebleken dat voor de ouderenzorg het domein oversterfte als zeer belangrijk wordt beschouwd, waar dit voor de belanghebbenden in de gehandicaptenzorg veel minder belangrijk is.

4.2 Vraagstelling en aanpak verder onderzoek

4.2.1 Generaliseerbaarheid en toepassing voor maatschappelijk urgente sportvoorzieningen

De domeinen zoals gedefinieerd in dit rapport, oversterfte, gezondheidsschade, kwaliteit van dienstverlening en productie-uitval kunnen toegepast worden voor maatschappelijk urgente sportvoorzieningen. Hiervoor gelden ook enkele kanttekeningen. Zo zal, net als bij de sector langdurige zorg, het lastig zijn om oversterfte toe te schrijven aan volledig directe gevolgen van het missen van maatschappelijk urgente sportvoorzieningen. Het in kaart brengen van oversterfte ten gevolge van indirecte oorzaken dient nader onderzocht te worden. Dit geldt ook voor de overige domeinen zoals in dit rapport beschreven. Het is daarom noodzakelijk een goed overzicht te krijgen van de bronnen en registraties in de maatschappelijk urgente sportvoorzieningssector om te definiëren of de huidige domeinen te generaliseren zijn voor deze twee sectoren of dat er behoefte is aan domeinen specifiek voor de sector maatschappelijk urgente sportvoorzieningen.

4.2.2 Verdiepend onderzoek naar kwantificering en/of semi-kwantificering impact

Uit het onderzoek tot dusver is gebleken dat er een variatie aan bronnen en registraties bestaat welke wel of geen kwantificering bieden. Voor de voorspelbaarheid van mitigerende maatregelen en de impactgevolgen van een nieuwe pandemie is kwantificering en/of semi-kwantificering gewenst. Er dient verdiepend onderzoek te worden gedaan naar de huidige methoden en de bruikbaarheid voor het afwegingskader.

4.2.3 Verdiepend onderzoek problematische elementen en aspecten

In de voorgaande paragraaf is gesproken over verdiepend onderzoek naar kwantificering en/of semi-kwantificering. Wat tevens uit het onderzoek is gebleken is dat er ook veel bronnen en registraties zijn welke gebaseerd zijn op kwalitatief onderzoek en moeilijk tot niet kwantificeerbaar te maken zijn. Verdiepend onderzoek is gewenst om te bepalen op welke wijze deze informatie in het handelingsperspectief kan worden meegenomen, of welk effect het heeft als dit niet wordt meegenomen in het afwegingskader.

4.3 Vraagstelling en aanpak uitwerking handelingsperspectief

4.3.1 Geschiktheid taxonomie als oplossingsrichting

De vormgeving en methodologische uitwerking van het afwegingskader zijn zowel afhankelijk van de complexiteit van de kennisbasis als van het beoogde gebruik ervan. Het handelingsperspectief is, met andere woorden, bepalend voor de technische vormgeving van het afwegingskader. Dat handelingsperspectief zal in 2024 en 2025 nader worden onderzocht. Vooruitlopend hierop is in 2023 al wel duidelijk geworden dat een basale functionele eis is dat een afwegingskader een gedeeld begrippenkader verschaft. Dat is een noodzakelijke voorwaarde om besluitvorming zorgvuldig, gebalanceerd en transparant te laten plaatsvinden. Op grond van die conclusie is een oplossingsrichting uitgewerkt, die in 2024 en 2025 parallel aan het bepalen van het gewenste handelingsperspectief verder kan worden uitgewerkt. Deze oplossingsrichting betreft de taxonomiestructuur.

Een taxonomie wordt opgevat als een gestructureerde, systematische beschrijving van een entiteit, fenomeen of object, of klasse daarvan. Hoewel volgens de meeste definities het doel van een taxonomie beschrijvend en niet verklarend is, kan een taxonomie niettemin bijdragen aan een beter begrip, door het beschikbaar stellen van gestructureerde beschrijvingen, niet alleen van functies en componenten, maar ook van emergente eigenschappen (in het geval van objecten of verschijnselen) of gedrag (in het geval van entiteiten). Taxonomieën kunnen dus functioneren als een fundamentele beschrijvende taal die een effectief academisch en praktisch discours ondersteunt (Hinkema & Egter van Wisserkerke, A Working Taxonomy and KPI-framework for Smart Age Friendly Living Environments, 2019). Een voordeel van een taxonomie is dat in de beschrijvende structuur het perspectief van verschillende actoren kan worden verwerkt. Een taxonomie kan daardoor inzichtelijk maken hoe verschillende actoren tegen bepaalde fenomenen, eigenschappen et cetera aankijken. Dit ondersteunt wederzijds begrip.

Dat past bij de uiteindelijke doelstelling van de ontwikkeling van een afwegingskader. Een effectief afwegingskader moet meer doen dan alleen besluitvorming van de overheid ondersteunen door impactinformatie gestructureerd te beschrijven. Het moet ook helpen om draagvlak en compliance te vergroten. Daarvoor is nodig dat verschillende perspectieven op problematiek en belangen bij (uitkomsten van) besluitvorming met elkaar in verband worden gebracht. Het gedeelde begrippenkader dat met een taxonomie kan worden gecreëerd kan een basis bieden voor de ontwikkeling van meer specifieke besluitvormingsondersteunende instrumenten. Bij de uitwerking van die specifieke instrumenten kan sprake zijn van toepassing van de in paragraaf 1.4.1 verkende methoden.

4.3.2 Eerste uitwerking taxonomiestructuur

Op basis van de inzichten uit de desktopanalyse en stakeholderinventarisatie voor lijn IV tot nu toe is een eerste opzet uitgewerkt van de mogelijke structuur van de taxonomie. Dit is een eerste analyse welke elementen in die taxonomie moeten worden opgenomen en in welke samenhang. Bij die eerste analyse is tevens gebruik gemaakt van inzichten die zijn verworven bij het uitwerken van een eerdere

taxonomische classificatie in het domein wonen en (langdurige) zorg (Hinkema & Egter van Wisserkerke, A Working Taxonomy and KPI-framework for Smart Age Friendly Living Environments, 2019). Deze structuurbeschrijving zal in de loop van 2024 worden ingevuld. De langdurige zorg vormt de basis voor die invulling. Nadat een krachtenveldanalyse is gedaan voor de maatschappelijk urgente sportvoorzieningen, kunnen interviews in dat onderzoekdomein worden gebruikt om noodzakelijke wijzigingen, bijstellingen, toevoegingen en eventueel aanpassingen in (kwalitatieve en/of semi-kwantitatieve wegingen) in beeld te brengen.

In de rest van deze paragraaf is een eerste uitwerking van de mogelijke opzet en inrichting van de taxonomie uitgewerkt.

Op basis van de tot eind 2023 opgedane inzichten lijkt het zinvol om in de taxonomie informatie op te nemen op drie assen: stakeholderperspectieven, impactcategorieën en impactdomeinen. Op de as **stakeholderperspectieven** worden de verschillende actoren geïdentificeerd die bij afwegingen betrokken zijn, dan wel bij de uitkomst van die afwegingen direct belang hebben. Naast identificatie wordt beschreven hoe elke stakeholder aankijkt tegen de problematiek en vanuit welke kennispositie en belangen de stakeholder dat doet. Voor de selectie van interviewpartners voor lijn IV is in de eerste helft van 2023 een stakeholderinventarisatie gedaan die als bronmateriaal kan worden gebruikt. Belangrijke informatie voor deze as komt verder uit de krachtenveldanalyse die in 2023 in programmalijn V is uitgevoerd. Een eerste inventarisatie aan de hand van deze bronnen levert de volgende clusters actoren op.

- Eigenaren vastgoed (anders dan de instellingen zelf) en vertegenwoordigers en adviseurs daarvan
 - Hieronder vallen AEDES, huisvestingsadviseurs, woningbouwcorporaties en andere “eigenaren vastgoed” (zoals Woonzorg Nederland)
- Brancheorganisaties langdurige zorg
 - Hieronder vallen ActiZ, VGN en de Nederlandse GGZ
- Zorgkantoren
- Zorginstellingen – bestuurders
- Zorginstellingen – facilitair management
- Zorginstellingen – medewerkers kwaliteit en veiligheid
 - Te overwegen valt nog om bestuurders en medewerkers kwaliteit en veiligheid samen te voegen. Laatstgenoemden zijn organisatorisch vaak ondergebracht in stafafdelingen die rechtstreeks onder het instellingsbestuur ressorteren
- Zorginstellingen – zorgmanagement en zorgverlening
- Cliëntperspectieven
 - In de inventarisaties in lijn IV en V worden deze perspectieven vooralsnog vertegenwoordigd door organisaties als Alzheimer Nederland en Ieder(in)
- Ministerie van VWS – directie langdurige zorg
 - Ministerie van VWS – directies pandemische paraatheid en programmadirectie COVID-19

- Toezichthouders overheid
 - In de beschikbare inventarisaties worden de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) genoemd. Mogelijk moet ook het perspectief van Het Zorginstituut worden beschreven.

De perspectieven voor de maatschappelijk urgente sportvoorzieningen kunnen te zijner tijd op soortgelijke wijze worden geclusterd. Een eerste inventarisatie van actoren is reeds gedaan, ten behoeve van de identificatie van interviewpartners voor programmalijn IV.

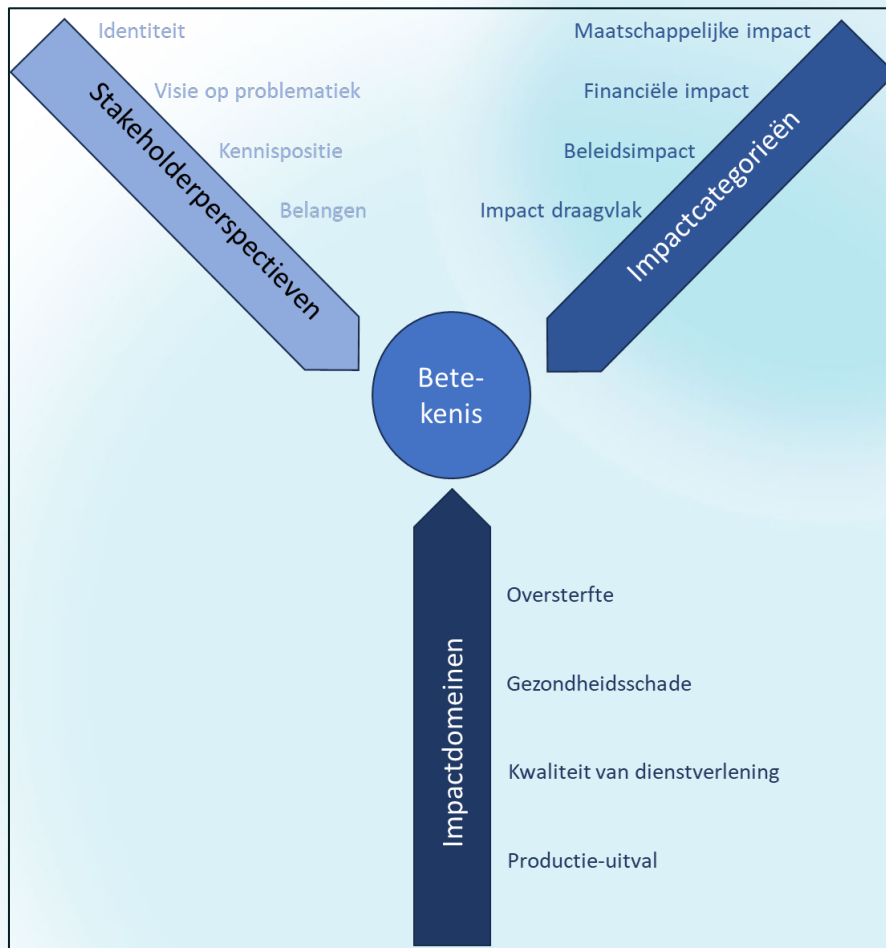
De as **impactcategorieën** is bedoeld om een inventarisatie en beschrijving te geven van de verschillende typen impact die kunnen ontstaan als gevolg van effecten die optreden in de (vooralsnog) vier impactdomeinen. Een eerste indeling van deze as op basis van de desktopanalyse is als volgt.

- Maatschappelijke impact
- Financiële impact
- Beleidsimpact
- Impact draagvlak

Aanvulling en aanscherping van deze asindeling zal plaatsvinden op basis van het stakeholderonderzoek in lijn IV en de maatschappelijke kosten-/batenanalyse in lijn V.

De as **impactdomeinen** wordt in eerste instantie gevuld met de vier domeinen (oversterfte, gezondheidsschade, kwaliteit van dienstverlening en productie-uitval) die in dit rapport worden benoemd en omschreven. De informatie op deze as zal worden aangevuld en aangescherpt aan de hand van het voortgaande onderzoek in deze lijn.

De opzet van de taxonomie is schematisch weergegeven in afbeelding 1.

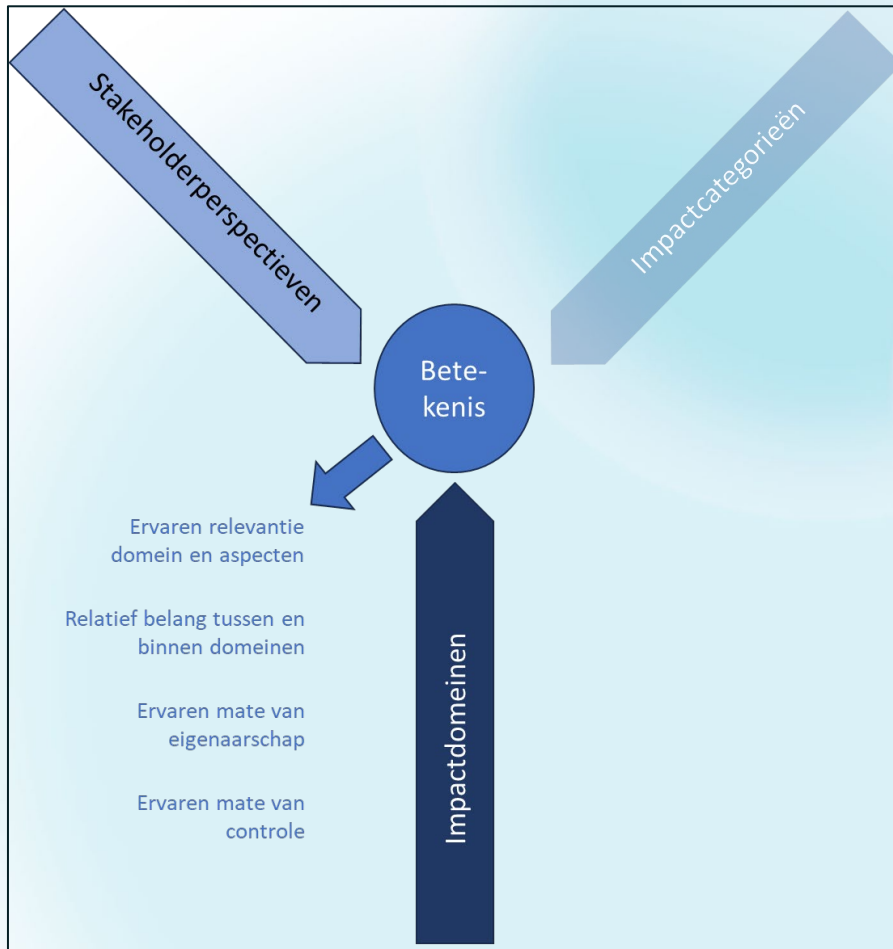


Afbeelding 1 - schematische weergave taxonomie

Met alleen de uitwerking van drie assen ontstaat nog geen bruikbare taxonomie. Inzichten in verbanden tussen elementen en begrippen – en daarmee een gezamenlijk begrippenkader en een basis voor toepasbare kennis – ontstaan door steeds twee assen via confrontatiematrices met elkaar in verband te brengen.

De confrontatie van de assen **stakeholderperspectieven** en **impactdomeinen** laat per actor zien hoe die aankijkt tegen de volgende aspecten.

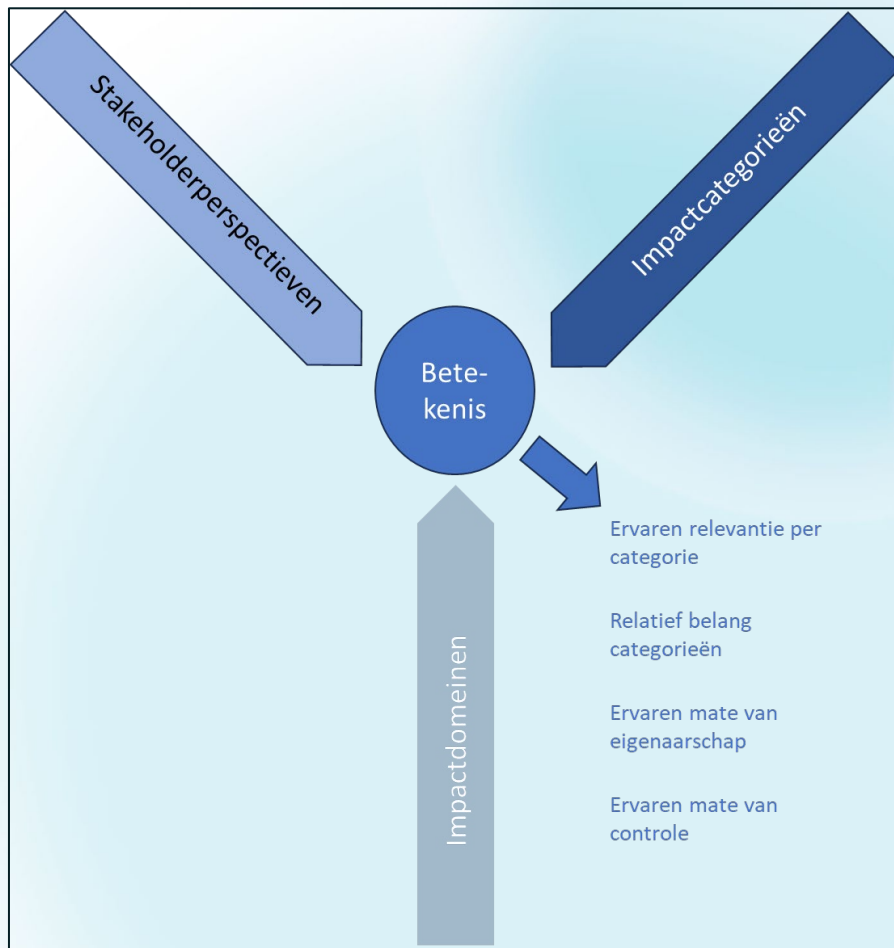
- Ervaren relevantie van het hoofddomein en de elementen daarvan
- Ervaren relatief belang tussen domeinen, binnen domeinen en mogelijk tussen subsets van verschillende domeinen (uit de analyse moet nog wel blijken in hoeverre dat doenbaar en nuttig is)
- Ervaren mate van eigenaarschap
- Ervaren mate van controle



Afbeelding 2: perspectieven versus impactdomeinen

De confrontatie van de assen **stakeholderperspectieven** en **impactcategorieën** laat per actor zien hoe die aankijkt tegen de volgende aspecten.

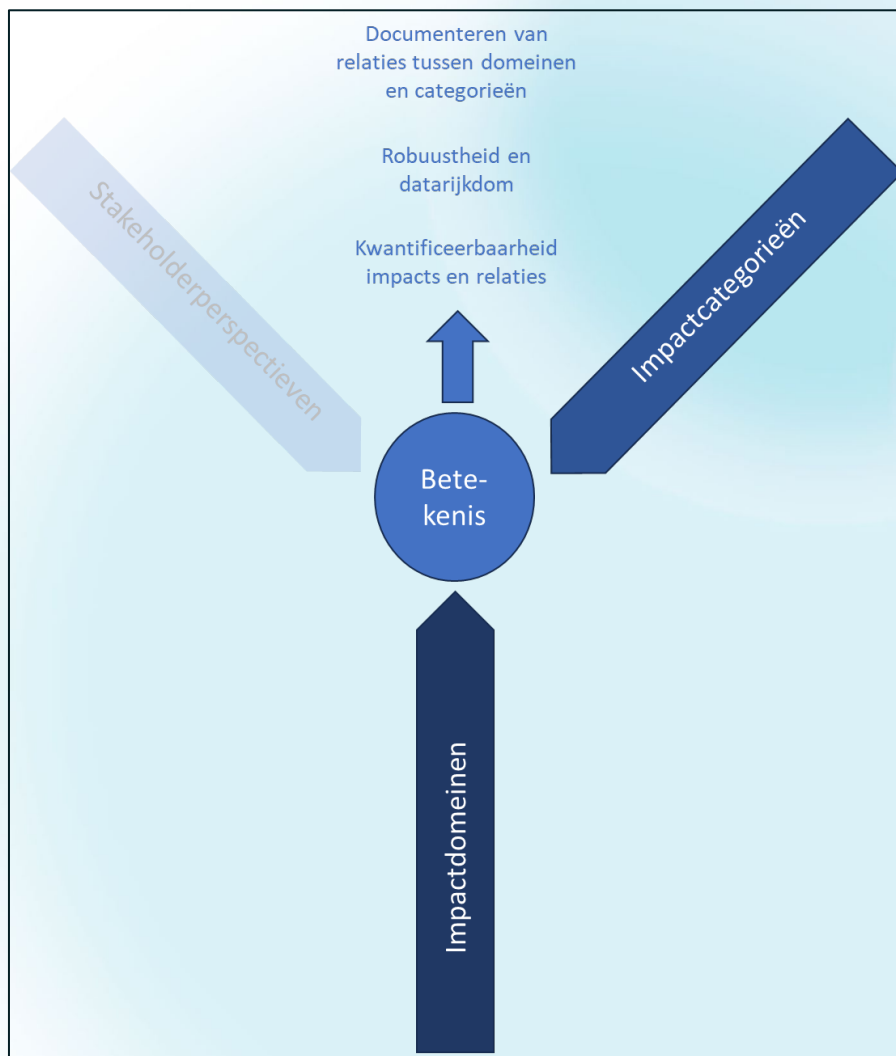
- Ervaren relevantie
- Relatief belang tussen impactcategorieën (en mogelijk binnen impactcategorieën, indien die nog worden uitgesplitst)
- Ervaren mate van eigenaarschap
- Ervaren mate van controle



Afbeelding 3: Perspectieven versus impactcategorieën

Een confrontatie van de assen **impactdomeinen** en **impactcategorieën** levert naar verwachtingen op de volgende punten inzichten op.

- Documenteren van relaties: welke elementen van welk domein leiden tot welke elementen van impactcategorieën?
- Robuustheid en datarijksdom: hoe goed onderbouwd, c.q. breed herkend zijn die relaties en hoeveel data van welke kwaliteit is beschikbaar om die relaties in detail te begrijpen en voor handelingsperspectief te kunnen gebruiken?
- Kwantificeerbaarheid van impacts en impactrelaties



Afbeelding 4: Impactdomeinen versus impactcategorieën

Naast de confrontaties tussen assen is binnen de as **stakeholderperspectieven** de confrontatie tussen perspectieven onderling relevant. Die moet inzicht opleveren in hoeverre op onderdelen van de taxonomie sprake is van:

- Gedeeld begrip
- Begripsdivergentie
- Complementariteit van begrip
- Lacunes in begripsvorming
- Specifieke strijdpunten

De taxonomie zal in de loop van 2024 verder worden uitgewerkt en ingevuld. TNO zal dit proces coördineren. Voor de inhoudelijke input zullen ook de Universiteit Leiden (inzichten vanuit de stakeholderanalyse langdurige zorg) en het Mulier Instituut een belangrijke rol spelen.

Een grote uitdaging bij het uitwerken van de taxonomie ligt in focusering en beperking. Een taxonomie op dit onderwerp kan uitgroeien tot een complex en veelomvattend instrument. Het is zaak de reikwijdte van de informatie in te perken en de diepgang van informatie te beperken tot het praktische niveau dat nodig is om een basis voor handelingsperspectief te leggen. Bovendien moet slim gebruik worden gemaakt van informatie die in andere programmalijnen van P3Venti al wordt verzameld, met name van de krachtenveld- en besluitvormingsanalyses die in programmalijn V worden uitgevoerd.

5 REFERENTIES

- ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC Waardevolle Zorg, Mantelzorg NL, NIP, NVAVG, . . . Zorgthuisnl. (2022). *Stip op de horizon COVID-19 in de langdurige zorg, in alle geclusterde woonvormen in de ouderen- en gehandicaptenzorg*. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC Waardevolle Zorg, Mantelzorg NL, Patiëntenfederatie Nederland, V & V N, . . . Zorgthuisnl. (2022). *Stip op de horizon in de zorg thuis*. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ, LOC Waardevolle Zorg, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso, ZorgthuisNL, & Zorgverzekeraars Nederland. (2021). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg - Samen leren en ontwikkelen. Actualisatie augustus 2021*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ActiZ, V & VN, Verenso, & Zorgthuisnl. (2021). *Afwegingskader voor Fase 3: code zwart in de verpleeghuiszorg, kleinschalige woonvoorzieningen, wijkverpleging, kortdurende zorg, begeleiding en hulp bij het huishouden*. Utrecht: Verenso.
- Associatie van Academische Werkplaatsen. (sd). *Covid-19 Kennisvragen*. Opgehaald van Associatie van Academische Werkplaatsen VB: <https://www.academischewerkplaatsen-vb.nl/kennisvragen-covid-19/>
- Bosmans, M., de Vetten-Mc Mahon, M., Alblas, E., van Duinkerken, A., van Leersum-Bekebrede, L., Heshusius, J., . . . Dückers, M. (2022). *De gevolgen van de coronapandemie voor de gezondheid en het welzijn: deel 2. Een systematische literatuurstudie*. Utrecht-Bilthoven: Nivel-RIVM.
- CBS en RIVM. (2022). *Sterfte en oversterfte in 2020 en 2021. Onderzoek door het CBS en het RIVM, in het kader van het ZonMW onderzoeksprogramma Oversterfte*. Den Haag-Bilthoven: CBS-RIVM.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, februari 3). *Mensen zonder werk voelen zich minder gezond dan werkenden*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/06/mensen-zonder-werk-voelen-zich-minder-gezond-dan-werkenden>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, juni 23). *Beschrijving (over)sterfte en doodsoorzaken in 2020 en 2021*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2022/sterfte-en-oversterfte-in-2020-en-2021/3-beschrijving--over--sterfte-en-doodsoorzaken-in-2020-en-2021>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, juni 10). *In eerste kwartaal 2022 hoogste ziekteverzuim ooit gemeten*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/23/in-eerste-kwartaal-2022-hoogste-ziekteverzuim-ooit-gemeten>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023, maart 10). *Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken (SBI 2008) en bedrijfsgrootte*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/80072ned>
- Chen, T. (2016). *Hoe bepaal je de beste prijs-kwaliteitverhouding*. Opgehaald van PIANO Expertisecentrum Aanbesteden:

- <https://www.pianoo.nl/sites/default/files/documents/documents/hoe-bepaal-je-beste-prijs-kwaliteitverhouding-juni2016.pdf>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- de Groot, K., de Boer, D., & Francke, A. (2023). *Leren en verbeteren met inzichten over ervaren kwaliteit van zorg en leven*. Utrecht: Nivel.
- de Wit, G., Oosterhoff, M., Kouwenberg, L., Rotteveel, A., Janssen, Janssen, K., . . . van Giessen, A. (2022). *De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie. Schattingen voor 2020 en 2021*. Bilthoven: RIVM.
- Embregts, P., Nijs, S., & van Oorsouw, W. (2020, juni 6). *Wat [is] de mogelijke impact van deze crisis op het fysieke, mentale en sociale functioneren van personen met een verstandelijke beperking?* Opgehaald van Associatie van Academische Werkplaatsen VB - Kennisvragen Covid-19: https://www.academischewerkplaatsen-vb.nl/wp-content/uploads/2022/03/3_Q14-effecten-infectie-crisis-op-clie%CC%88nten.pdf
- Embregts, P., van Oorsouw, W., & Nijs, S. (2020, juni 8). *Wat zijn mogelijke gevolgen van deze crisis op het psychologisch welbevinden van medewerkers en hoe kunnen we na de crisis onze medewerkers zo goed mogelijk begeleiden?* Opgehaald van Associatie van Academische Werkplaatsen VB - Kennisvragen Covid-19: https://www.academischewerkplaatsen-vb.nl/wp-content/uploads/2022/03/4_Q14-effecten-infectie-crisis-op-professionals.pdf
- Engels, G., Kuijpers, P., Gerkema, M., Schipper, M., & Herber, G.-C. (2022). *Leefstijl, gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen tijdens de corona-epidemie*. Bilthoven: RIVM.
- EuroMOMO. (2023, March). *EuroMOMO - Graphs and maps*. Retrieved from EuroMOMO: <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>
- eurostat. (2023, March). *Excess mortality - statistics*. Opgehaald van Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics
- Global Change Data. (2023, March). *Covid-19 Data Explorer*. Opgehaald van Our World in Data: <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>
- Goetzel, R., Staley, P., Ogden, L., Stange, P., Fox, J., Spangler, J., . . . Richards, C. (2011). *A Framework for Patient-Centered Health Risk Assessments*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Government of Western Australia. Department of Health. (2023). *Health risk assessment*. Retrieved from Government of Western Australia. Department of Health: https://www.health.wa.gov.au/Articles/F_I/Health-risk-assessment
- Harbers, M., Hulshof, T., Schaink, R., & Vermeulen, H. (2020). *Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken*. Bilthoven: RIVM.
- Harbers, M., Hulshof, T., Schaink, R., van der Borg, W., & Schrijvers, C. (2021). *Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken*. Bilthoven: RIVM.

- Harbers, M., van der Borg, W., Zantinge, E., Smit, E., & Schrijvers, C. (2021). *Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken. Rapportage nr. 12: update mentaal welbevinden*. Bilthoven: RIVM.
- Harbers, M., Zantinge, E., & Schrijvers, C. (2022). *Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken*. Bilthoven: RIVM.
- Hinkema, M. (sd).
- Hinkema, M., & Egter van Wisskerkerke, N. (2019). *A Working Taxonomy and KPI-framework for Smart Age Friendly Living Environments*. Opgehaald van http://www.homes4life.eu/wp-content/uploads/2020/04/Homes4Life_D2.4_D3.1.pdf
- Kouwenhoven, A. (2021, augustus 23). Geen bezoek in verpleeghuizen: is dat nog wel nodig? NRC.
- Lambooij, M., Heins, M., Jansen, L., Meijer, M., Vader, S., & de Jong, J. (2022). *Het midden van huisartsenzorg tijdens de coronapandemie. Inzicht in verminderde huisartsenzorg tijdens de coronapandemie*. Bilthoven-Utrecht: RIVM-Nivel.
- Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. (2017). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022*. Utrecht: VGN.
- Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. (2022). *Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023 - 2028 -Landelijk kompas voor goede zorg en kwaliteit van bestaan*. Utrecht: VGN.
- Lifelines BV. (2023, Maart). *Resultaten en publicaties*. Opgehaald van Lifelines: <https://www.lifelines.nl/over-lifelines/resultaten>
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2023, januari 1). *Bouwbesluit 2012*. Opgehaald van Bouwbesluit Online 2012: <https://rijksoverheid.bouwbesluit.com/Inhoud/docs/wet/bb2012>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, maart 23). Tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie'.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2020). *Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor langdurige zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021, december 15). Corona vroeg veel van zorgkantoren, maar leidde ook tot meer samenwerking. *NZA-Magazines 06*.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021, 9 9). *Overzichtspagina monitor toegankelijkheid van zorg*. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_653695_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). *Overzichtspagina monitor toegankelijkheid van zorg*. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_653695_22/1/
- NZA. (2022). *Kerncijfers langdurige zorg*. Opgehaald van [https://www.nza.nl/zorgsectoren/langdurige-zorg/kerncijfers-langdurige-zorg#:~:text=Het%20declaratievolume%20voor%20zorg%20in,miljoen%20\(13%2C3%25\)](https://www.nza.nl/zorgsectoren/langdurige-zorg/kerncijfers-langdurige-zorg#:~:text=Het%20declaratievolume%20voor%20zorg%20in,miljoen%20(13%2C3%25).).
- Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2022). *Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.

- Oude Hengel, K., in der Maur, M., Bouwens, L., de Vroome, E., & Hooftman, W. (2022). *De impact van de COVID-19 pandemie op werknemers - Eind 2021*. Leiden: TNO.
- P3Venti. (2023, maart). *Inventarisatie en analyse operationele omstandigheden*. Opgehaald van Programma Pandemische Paraatheid en Ventilatie (P3Venti): <https://www.p3venti.nl/technisch-inhoudelijk-onderzoek/inventarisatie-en-analyse-operationele-omstandigheden>
- Pascarella, G., Rossi, M., Montella, E., Capasso, A., De Feo, G., Botti, G., . . . Morabito, A. (2021). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. *Risk Manag Healthc Policy*, 2897-2911.
- Pope, S., Rhodus, J., Fulk, F., Mintz, B., & O'Shea, S. (2016). *The health Impact Assessment (HIA) Resource and Tool Compilation: A Comprehensive Toolkit for New and Experienced HIA Practitioners in the U.S.* Washington, D.C.: United States Environmental Agency, Office of Research and Development.
- Raad Volksgezondheid & Samenleving. (2020, mei 3). *(Samen)leven is meer dan overleven*. Opgehaald van Raad Volksgezondheid en Samenleving: <https://www.raadvsv.nl/actueel/nieuws/2020/05/03/goed-samen-leven-in-tijden-van-corona#:~:text=De%20Raad%20voor%20Volksgezondheid%20%26%20Samenleving,sociale%20en%20gezondheidsrisico%27s%20centraal%20staat.>
- Rebel Group. (2020). *Financiering en bekostiging energietransitie zorg*.
- RIVM. (2020, november 27). *Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze gezondheid*. Opgehaald van Volksgezondheid Toekomst Verkenning: <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/magazine>
- RIVM. (2020a). *Kort-cyclische rapportage indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid. Eerste rapportage - 25 mei 2020*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM. (2020b). *Kort-cyclische rapportage indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid. Tweede rapportage - 26 juni 2020*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM. (2020c). *Kort-cyclische rapportage indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid. Derde rapportage - 21 juli 2020*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM. (2020d). *Kort-cyclische rapportage indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid. Vierde rapportage - 14 september 2020*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM. (2021, december 21). *Aerogene transmissie SARS-CoV-2. Onderbouwing van de rol van aerogene transmissie van SARS-CoV-2 bij mens-tot-mens transmissie*. Opgehaald van Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding: <https://lci.rivm.nl/aerogene-transmissie-sars-cov-2>
- RIVM. (2021). *Gezondheidsonderzoek COVID-19*. Opgehaald van RIVM: <https://www.rivm.nl/gor-covid-19>
- RIVM. (2022). *Coronadashboard*. Opgehaald van Rijksoverheid.nl: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>

- RIVM. (2022, december 1). *Onderzoek Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken*. Opgehaald van RIVM: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/preventie-zorg-maatschappij>
- RIVM. (2023). *Corona-onderzoek*. Opgehaald van RIVM: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek>
- RIVM. (2023, maart 30). *Monitoring sterftcijfers Nederland*. Opgehaald van RIVM: <https://www.rivm.nl/monitoring-sterftcijfers-nederland>
- Schuengel, C., Tummers, J., Embregts, P., & Leusink, G. (2020, september 8). *Wat is er bekend over het effect van de coronamaatregelen op probleemgedrag en functioneren van mensen met verstandelijke beperkingen in instellingen voor langdurige zorg?* Opgehaald van Associatie van Academische Werkplaatsen VB - Kennisvragen Covid-19: https://www.academischewerkplaatsen-vb.nl/wp-content/uploads/2022/03/1_COVID-19-rapid-response-effect-op-incidenten-Nederlands-v2-2.pdf
- Schürmann, R., van der Toorn, J., & Stoeldraijer, L. (2022, februari 16). *Ontwikkelingen in sterfte in 2020 en 2021 - 4. Sterfte naar Wlz-zorggebruik*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/ontwikkelingen-in-sterfte-in-2020-en-2021/4-sterfte-naar-wlz-zorggebruik>
- Shielss, K., Pivodic, L., Holmerová, I., & van den Block, L. (2020). Selfreported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: a scoping review. *Aging & Mental Health*, 24:10, 1553-1568.
- Sion, K. (2021). *Connecting conversations: Experienced quality of care from the resident's perspective (doctoral dissertation)*. Maastricht.
- Sion, K., Zwakhalen, S., Odekerken-Schröder, G., Schols, J., & Hamers, J. (2020). Themes Related to Experienced Quality of Care in Nursing Homes from the Resident's Perspective: A Systematic Literature Review and Thematic Synthesis. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 5:1-16.
- Skog, K., & Viklund, G. (2014). Acrylamide. In Y. Motarjemi, G. Moy, & E. Todd, *Encyclopedia of Food Safety* (pp. II-363-371). London: Elsevier.
- Smaling, H., Tilburgs, B., Achterberg, W., & Visser, M. (2022). The Impact of Social Distancing Due to the COVID-19 Pandemic on People with Dementia, Family Carers and Healthcare Professionals: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 519-529.
- Swart, L., & van der Laan, S. (2022, juli 11). *Welke invloed had de 1e fase van de coronapandemie op de omzet en het personeelsbestand?* Opgehaald van Sociaal Cultureel Planbureau. Arbeidsmarkt in kaart. Werkgevers - editie 3: <https://digitaal.scp.nl/arbeidsmarkt-in-kaart-werkgevers-editie-3/welke-invloed-had-de-1e-fase-van-de-coronapandemie-op-de-omzet-en-het-personeelsbestand/>
- Tharner, A., Bakkum, L., ten Brug, A., Frielink, N., Sterkenburg, P., de Schipper, C., . . . Schuengel, C. (2020, april 17). *Wat is er uit wetenschappelijk onderzoek bekend over de impact voor cliënten in de gehandicaptenzorg van het langdurig geen bezoek kunnen ontvangen als gevolg van de*

- coronacrisis? Opgehaald van Associatie van Academische Werkplaatsen VB - Kennisvragen Covid-19: https://www.academischewerkplaatsen-vb.nl/wp-content/uploads/2022/03/3_COVID-19-rapid-response-VGN_contact.pdf
- TNO. (2019). *Routekaart verduurzaming van het vastgoed in de langdurige zorg*.
- van Giessen, A., de Wit, A., van den Brink, C., Degeling, K., Deuning, C., Eeuwijk, J., . . . Suijkerbuijk, A. (2020). *Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid. Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten*. Bilthoven: RIVM.
- Verbond van verzekeraars. (2022, juni 1). *Verbond meet impact corona op ziekteverzuim*. Opgehaald van Verbond van verzekeraars: <https://www.verzekeraars.nl/publicaties/actueel/verbond-meet-impact-corona-op-ziekteverzuim>
- Vernet. (2023). *Vernet. Grip op verzuim*. Opgehaald van Vernet. Grip op verzuim: <https://www.vernet.nl/>
- Vijgen, S., van Heesch, F., & Obradovic, M. (2018). *Ziektebelasting in de praktijk. De theorie en praktijk van het berekenen van ziektebelasting bij pakketbeoordelingen*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Vilans. (2020, juni). *Verpleeghuizen en corona*. Opgehaald van Waardigheid en trots: <https://www.waardigheidentrots.nl/corona/>
- Vilans. (2021). *5 internationale coronalessen voor de langdurige zorg*. Opgehaald van Vilans: <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/5-internationale-coronalessen-voor-de-langdurige-zorg>
- Visser, M., Tilburgs, B., Achterberg, W., & Smaling, H. (2022). Sociaal contactbeperkende maatregelen en dementie. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 26-37.
- Voermans, M., Frielink, N., Schuengel, C., & Embregts, P. (2021, december 7). *Wat is er vanuit de literatuur bekend over de mogelijke impact van het niet kunnen deelnemen aan arbeid of dagbesteding (b.v. als gevolg van het sluiten van dagbestedingslocaties door de COVID-19 maatregelen) op mensen met een verstandelijke beperking?* Opgehaald van Associatie van Academische Werkplaatsen VB - Kennisvragen Covid-19: https://www.academischewerkplaatsen-vb.nl/wp-content/uploads/2022/03/1_20211209-COVID-19-QA-dagbesteding_v5.pdf
- VWS. (2022). *Gebruik Wlz-zorg*. Opgehaald van Monitor Langdurige Zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik>
- VWS. (2022). *Toegankelijkheid Wlz-zorg*. Opgehaald van Monitor Langdurige Zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/toegankelijkheid>
- ZonMw. (2022, juni). *Oversterfte in Nederland 2020-2021 - Onderzoeksagenda*. Opgehaald van ZonMW: https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Corona/onderzoeksagenda_oversterfte_rapport_def.pdf
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Plan van aanpak inclusief governance. Begeleiden proces (door)ontwikkeling 'Generiek kwaliteitskader zorg voor kwetsbare ouderen' door partijen*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorgverzekeraars Nederland. (2020, februari 5). *Voorlopige kwaliteitsuitgangspunten GGZ in Wlz.*

Opgehaald van [www.regelhulp.nl](https://www.regelhulp.nl/documenten/publicaties/2020/ggz-naar-wlz/publicaties/voorlopige-kwaliteitsuitgangspunten-ggz-in-wlz): <https://www.regelhulp.nl/documenten/publicaties/2020/ggz-naar-wlz/publicaties/voorlopige-kwaliteitsuitgangspunten-ggz-in-wlz>

6 BIJLAGE A – UITGEBREIDE UITKOMSTEN DESKTOPANALYSE

6.1 Methodes voorspellen van oversterfte

6.1.1 Oversterfte aan de hand van het historische gemiddelde

Deze methode wordt gebruikt door o.a. het CBS en RIVM. Het verwacht aantal overledenen wordt per week bepaald. Dit wordt geschat op basis van een gemiddelde van de afgelopen vijf jaar. Eerst wordt er voor elk jaar de sterfte per week berekend. Daarnaast wordt ook de gemiddelde sterfte in de zes omliggende weken berekend. Op basis van die getallen wordt een verwachte wekelijkse sterfte bepaald. Hier gaat nog een correctie overheen op basis van bevolkingstrends zoals vergrijzing (a.d.h.v. bevolkingsprognoses CBS). Er wordt rekening gehouden met toekomstige trends en voortzetting van trends uit het verleden, in zowel Nederland als West – Europa. Door een boven- en ondergrens van het verwachte sterftecijfer per week te bepalen worden gewoonlijke schommelingen in sterfte meegenomen (95% interval).

Om inzichtelijk te maken in hoeverre sterfte in een bepaalde periode kan worden toegeschreven aan bijvoorbeeld COVID-19, kan op basis van een aantal statistische analyses een kwantitatieve studie worden uitgevoerd. In deze analyses worden gegevens over waargenomen sterftecijfers, verwachte sterftecijfers en doodsoorzakengegevens gecombineerd.

In Nederland is CBS registerhouder van doodsoorzakengegevens. Het CBS ontvangt een doodsoorzaakverklaring via de verschillende gemeentes. Op basis hiervan maakt het CBS de doodsoorzakenstatistiek. Uit het formulier wordt de onderliggende doodsoorzaak overgenomen en gecodeerd volgens internationaal afgesproken ICD-10 codes van de WHO (WHO, 2022). Vanaf 2020 is voor COVID-19 een tweetal codes toegevoegd aan de lijst met ICD-10 codes (CBS en RIVM, 2022).

Nieuwe ICD-10-codes voor COVID-19:

- U07.1 COVID-19, virus geïdentificeerd,
- U07.2 COVID-19, virus niet geïdentificeerd.

Klinisch-epidemiologisch gediagnosticeerde COVID-19:

- Waarschijnlijk COVID-19,
- Vermoedelijk COVID-19.

In de statistische analyses wordt eerst de relatieve proportie van waargenomen sterfte boven de verwachte sterfte berekend. Daarna wordt berekend welke proportie van de geobserveerde sterfte kan worden toegeschreven aan COVID-19 of aan andere doodsoorzaken. Dit kan nog verder gestratificeerd worden naar leeftijd of zorgbehoefte aan de hand van gegevens over leeftijd of gebruik van o.a.

langdurige zorg. Een groot verschil tussen verwachte sterfte en waargenomen sterfte zoals berekend voor een bepaalde doodsoorzaak geeft inzicht in (een deel van) de oorzaak van oversterfte in een bepaalde periode.

Alle databronnen die nodig zijn voor dit onderzoek zijn in beheer van het CBS, namelijk: Sterfte- en doodsoorzakenregister (overlijdensdatum, onderliggende doodsoorzaak), Basisregistratie persoonsgegevens (geboortjaar, geslacht, migratieachtergrond) en indien van toepassing de data van Wlz-zorg.

Met deze methode kan redelijk goed inzichtelijk worden gemaakt in hoeverre (over)sterfte in een bepaalde periode kan worden toegeschreven aan COVID-19. Toch zijn er nog een aantal beperkingen. Zo kunnen indirecte effecten (uitstel zorg of verminderde preventie) van de COVID-19-epidemie niet in kaart worden gebracht door middel van doodsoorzakenstatistiek, daarnaast kan er sprake zijn van misclassificatie van COVID-19 en het is ook lastig om rekening te houden met multi-morbiditeit, waarbij mensen overlijden aan verschillende aandoeningen die interactief bijdragen aan het overlijden. Hierdoor zou de sterfte aan COVID-19 mogelijk gevolg kunnen hebben voor het tot uiting komen van andere doodsoorzaken in de doodsoorzakenstatistiek. Tot slot is het datalandschap niet optimaal, er is onvoldoende toegang tot data (AVG gevoelig) en onduidelijkheid over de kwaliteit van gegevens en de koppelmogelijkheden van data (CBS en RIVM, 2022).

6.1.2 Dynamisch lineair model – regressiemodel

Aan de hand van dit model kan er een wekelijkse inschatting van oversterfte door COVID-19 worden gemaakt. Deze methode wordt gebruikt door o.a. het CBS. Dit model is gebaseerd op het idee dat er verschillende componenten nodig zijn die samen de sterfte goed voorspellen. Deze componenten zijn:

- Factor voor trends over de jaren heen (bv. vergrijzing)
- Een factor voor het seizoen (meer mensen sterven in de winter dan in de zomer)
- Factor voor geregistreerde sterfte (bv. corona)
- Een factor die de overgebleven statistische ruis opvangt

De formule wordt gebruikt in tijdsreeksanalyses. Het idee is dat je onderscheid kunt maken tussen zaken die gedurende de tijd veranderen (trends), zaken die zich in de loop van de tijd herhalen (seizoenen), en zaken die je niet verwacht had (zoals corona). Een extra voordeel aan dit type model: schattingen maken van de betrouwbaarheid door het model duizenden keren te draaien en dan het gemiddelde van al die duizenden uitkomsten uit te rekenen. En de ondergrens en bovengrens bepalen met 95% zekerheid (CBS en RIVM, 2022).

6.2 Methode literatuurstudie oversterfte

Om op een overzichtelijke manier literatuur te verkrijgen is een gestructureerde literatuur zoektocht opgezet. Waar bij de beleidsliteratuur en andere grijze literatuur voornamelijk in het Nederlands is gezocht, zijn voor de wetenschappelijke literatuur de zoektermen geformuleerd in het Engels. Zoekacties rondom een deelvraag zijn vervolgens in twee databases (Scopus en PubMed) uitgevoerd om brede kennis van de bestaande literatuur te krijgen. Dit is uitgevoerd aan de hand van een zestal stappen die hieronder uitgebreider worden toegelicht.

1. Identificeren onderzoeksvraag en deelvragen

Voor de scoping review is de volgende centrale onderzoeksvraag geformuleerd: "Welke karakteristieken moet je in beeld hebben om een voorspelling te doen over oversterfte (gerelateerd aan pandemische dreiging) (voor de langdurige zorgsector/ verschillende sectoren)?"

Hierbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke methoden zijn er bekend om een voorspelling te doen over oversterfte?
- Welke informatie is minimaal noodzakelijk om een voorspelling te doen over oversterfte?
- Hoe werkt attributie van oversterfte aan een pandemie/ sector langdurige zorg?

2. Zoektermen definiëren

Tabel 6.1 bevat een overzicht van de zoektermen die voor de scoping review zijn gedefinieerd. Hierbij zijn ook mogelijke synoniemen geformuleerd, die kunnen bijdragen aan het vinden van geschikte literatuur.

Tabel 6.1 Zoektermen gegenereerd uit deelvragen.

Termen uit onderzoeksvraag	Voorspelling	Oversterfte	Pandemische dreiging	Langdurige zorg
	A	B	C	D
Engels	Prediction	Excess mortality	Pandemic threat	Long term care
	Forecast		Corona virus	Elderly care
	Prognosis		Pandemic	Nursing homes
	Method		Epidemic	Assisted living facility
	Forecasting		Infectious	Long – term nursing
	Methodology		Infection	Long – term health care
			Virus	Residential care
			COVID-19	Aged care
			SARS – CoV - 2	
			Corona	

3. Zoekstrings definiëren

Met gebruikmaking van de zoektermen is vervolgens per deelvraag een zoekstring geformuleerd. In Tabel 6.2 is een overzicht gegeven van deze zoekstrings. Deze zoekstrings zijn in de twee databases ingevuld om geschikte literatuur te vinden voor de verschillende deelvragen.

Tabel 6.2 Samengestelde zoekstrings

Deelvragen	Zoektermen	Zoekstring
hoe voorspel je oversterfte	A+B	("Prediction" OR "Forecast" OR "Prognosis" OR "Method" OR "Forecasting" OR "Methodology") AND ("Excess mortality")
hoe voorspel je oversterfte (+ review)	A+B+review	("Prediction" OR "Forecast" OR "Prognosis" OR "Method" OR "Forecasting" OR "Methodology") AND ("Excess mortality") AND ("Review")
(hoe voorspel je) oversterfte tijdens een pandemie en/of door een virus	A+B+C	("Prediction" OR "Forecast" OR "Prognosis" OR "Method" OR "Forecasting" OR "Methodology") AND ("Excess mortality") AND ("Corona virus" OR "Pandemic" OR "Epidemic" OR "Infectious" OR "Infection" OR "Virus" OR "corona" OR "Covid-19" OR "SARS - CoV - 2")
(hoe voorspel je) oversterfte in de langdurige ouderenzorg	A+B+D	("Prediction" OR "Forecast" OR "Prognosis" OR "Method" OR "Forecasting" OR "Methodology") AND ("Excess mortality") AND ("Long term care" OR "Elderly care" OR "nursing homes" OR "Assisted living facility" OR "Long -term nursing" OR "Long - term health care" OR "residential care" OR "aged care")
(hoe voorspel je) oversterfte in de langdurige ouderenzorg tijdens een pandemie en/of door een virus	A+B+C+D	("Prediction" OR "Forecast" OR "Prognosis" OR "Method" OR "Forecasting" OR "Methodology") AND ("Excess mortality") AND ("Corona virus" OR "Pandemic" OR "Epidemic" OR "Infectious" OR "Infection" OR "Virus" OR "corona" OR "Covid-19" OR "SARS - CoV - 2") AND ("Long term care" OR "Elderly care" OR "nursing homes" OR "Assisted living facility" OR "Long -term nursing" OR "Long - term health care" OR "residential care" OR "aged care")

4. Search

In Tabel 6.3 is een overzicht gegeven van het aantal zoekresultaten aan de hand van de verschillende zoekstrings. Voor de eerste deelvraag zijn enkel de resultaten inclusief de zoekterm review meegenomen. Tussen de verschillende databases onderling waren n = 336 duplicaten. Het aantal zoekresultaten na ontdubbeling bedroeg 1.804. Deze selectie is verder verfijnd door alleen literatuur na 2010 verder te bekijken.

Tabel 6.3 Aantal publicaties per zoekstringcombinatie.

	Scopus	Pubmed	Duplicaten
A + B *	4233	1.328	
A + B + review	476	180	131
A + B + C	1045	250	188
A + B + D	130	11	11
A + B + C + D	42	6	6
totaal	1693	447	336

5. Titel en abstract exclusie

Aan de hand van het lezen van de titel en abstracts is een eerste selectie gemaakt in de te includeren literatuur. Het aantal publicaties is hierdoor gereduceerd naar $n = 167$.

6. Full text exclusie

Door middel van het lezen van de complete publicatie zal in het vervolg nog een slag moeten worden geslagen in de inclusie van artikelen. Het totaal aan geïncludeerde artikelen zal nog worden aangevuld door kennis te nemen van de grijze literatuur (rapporten, werkdocumenten etc.) en door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode.

In Tabel 6.4 is een start te zien van het overzicht waarin straks alle waargenomen studies en rapporten worden opgenomen. Hierin is ook zichtbaar in het kader van welke deelvraag ze zijn onderzocht. Verdere analyse van de literatuur en rapportage over de bevindingen zal ook in het vervolg plaatsvinden.

Tabel 6.4 Overzicht rapporten en studies.

	Auteur	Titel	Jaar	Vraag		
				1	2	3
1	D.E. te Beest, P.J. Birrell, J. Wallinga, D. De Angelis, M. van Boven	Joint modelling of serological and hospitalization data reveals that high levels of pre-existing immunity and school holidays shaped the influenza - A pandemic of 2009 in The Netherlands	2014			
2	...	...	...			

6.3 Uitwerking literatuurstudie gezondheidsschade

6.3.1 Onderzoeken RIVM uitstel ziekenhuiszorg

Naast het al eerdergenoemde onderzoek naar uitsteleffecten (van Giessen, et al., 2020), is door het RIVM een tweede, vervolgonderzoek uitgevoerd naar de gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties (de Wit, et al., 2022). Dit onderzoek beslaat de jaren 2020 en 2021 (eerdere onderzoek alleen 2020) en heeft een bredere scope dan het eerdere onderzoek. Dit dekte ongeveer 28% van de ziekenhuiszorg; het tweede onderzoek heeft de analyse uitgebreid naar alle uitgestelde, planbare, operatieve ingrepen.

De methodologische beperkingen waar in de bespreking van het eerdere onderzoek op is gewezen blijven grotendeels in stand. Wel lijkt het erop dat het vervolgonderzoek meer oog heeft voor het issue van derving van gezondheidswinst tijdens de wachtperiode voor andere dan oncologische aandoeningen. In ieder geval is meer differentiatie aangebracht in de niet-gerealiseerde gezondheidseffecten per specialisme.

De uitdrukking van gezondheidsgevolgen in QALY's blijft dus voor de niet-medisch specialistische zorg buiten bereik. Data over gezondheidsgevolgen en zelfs duidelijkheid hoe we gezondheidsgevolgen moeten begrijpen buiten de medisch-specialistische zorg ontbreken.

Voor de langdurige zorg, andere zorgsectoren en sectoren buiten het zorgdomein vormen de twee RIVM-rapporten dus vooral een uiteenzetting wat voor die sectoren niet meetbaar kan worden gemaakt en waarom. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat, indien op enig moment de uitkomsten van het onderzoek in programmalijn IV toepasbaar moeten worden gemaakt op de operatieve medisch-specialistische zorg, deze twee rapporten juist wél relevante input bevatten.

6.3.2 RIVM-overzichten onderzoeken COVID-19

Het RIVM geeft op zijn website (RIVM, 2023) een overzicht van afgerond en lopend onderzoek op zes verschillende thema's.

- Zicht op het virus
- Onderzoeken naar bescherming door vaccinatie
- Onderzoeken naar gedrag en leefstijl
- Onderzoeken naar (mentale en fysieke) gezondheid
- Onderzoeken naar zorg
- Onderzoeken naar invloed van leefomgeving

Een aantal van de onder de thema's zorg, gedrag en leefstijl en mentale en fysieke gezondheid samengebrachte en -gevatte onderzoeken bevatten relevante informatie voor het domein Gezondheidsschade in het huidige onderzoek.

6.3.2.1 Onderzoeken naar zorg

Naast de twee hierboven al beschreven onderzoeken van het RIVM zelf naar de gevolgen van uitstel van medisch-specialistische ingrepen, verwijst dit thema naar een gezamenlijk onderzoek van RIVM en

Nivel naar volume en achterliggende redenen van vermindering van huisartsenbezoek, tussen maart en december 2020 (Lambooy, et al., 2022). Onderzoek naar de gezondheidsgevolgen van deze zorgmijding vormt geen onderdeel van het onderzoek. Het inzicht in typen van en motivaties voor vermijdingsgedrag dat dit rapport biedt kan op termijn wel relevant zijn wanneer keuzes voorliggen over selectie van en communicatie over risicobeheersmaatregelen.

6.3.2.2 Onderzoeken naar gedrag en leefstijl

Naast verwijzingen naar de onderliggende periodieke rapportages (RIVM, 2020a) (RIVM, 2020b) (RIVM, 2020c) (RIVM, 2020d) die ten grondslag liggen aan het eerste van de twee rapporten over uitstel van ziekenhuiszorg, wordt hier beschreven een groot, eveneens door het RIVM (in opdracht van VWS) tussen april 2020 en januari 2021 uitgevoerd onderzoek *Leefstijl, gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen tijdens de corona-epidemie* (Engels, Kuijpers, Gerkema, Schipper, & Herber, 2022).

Het betreft een vrij grootschalig onderzoek, dat is uitgevoerd onder respondenten van het Corona Gedragsonderzoek. Bijna 19.000 respondenten participeerden voldoende vaak tijdens de vier enquêteronden om meegenomen te worden in de totaalanalyse. De vragenlijst is uitgezet onder zelfstandig wonende ouderen, waarbij sprake was van een oververtegenwoordiging van respondenten met hoog opleidingsniveau, samenwonende ouderen, relatief jonge ouderen, ouderen in relatief goede gezondheid. Aangezien de onderzoeksresultaten betrekking hebben op zelfstandig wonende ouderen, is directe relevantie van de uitkomsten voor het P³Venti-afwegingskader problematisch. Echter, behoeften van zelfstandig wonende ouderen verschillen niet fundamenteel van die van intramuraal wonende cliënten. De structurele indeling van leefstijl, gezondheid en kwaliteit van leven die voor het onderzoek is gehanteerd kan dan ook een referentiepunt zijn om binnen het P³Venti-kader met stakeholders te discussiëren over en werken aan een topologische indeling van gezondheidseffecten. De voor het onderzoek gehanteerde structuur maakt onderscheid naar de volgende categorieën en subcategorieën.

- Leefstijl
 - Bewegen en sporten
 - Slaapproblemen
 - Alcoholgebruik
 - Ongezonder eetgedrag
- Sociale gezondheid
 - Eenzaamheid
 - Ervaren kwaliteit van sociale contacten
- Mentale gezondheid
 - Psychische gezondheid
 - Kwaliteit van Leven

Het rapport noch de achterliggende documentatie vermelden op welke bron(nen) deze indeling is gebaseerd. Vermoedelijk maken de SF-36 en/of SF-12 deel uit van het bronmateriaal.

De *Overzichtspagina Onderzoek Preventie & Zorg en Brede Maatschappelijke vraagstukken* bevat periodieke rapportages over en overzichten van onderzoeken op dit terrein (RIVM, 2022). Een recente

inventarisatie (nummer 15) (Harbers, Zantinge, & Schrijvers, Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken, 2022) geeft een overzicht van effecten van de coronacrisis en coronamaatregelen op het mentaal welbevinden van Nederlanders. De bevindingen zijn gerubriceerd naar bevolkingsgroepen: algemene bevolking, jongeren en jongvolwassenen, en ouderen. Van de bevindingen met betrekking tot ouderen gaan er twee specifiek over ouderen in verpleeghuizen. De studie maakt melding van een negatief effect van de eerste lockdown op mentaal welbevinden en van een positief effect op mentaal welbevinden van versoepeling van maatregelen. De overige bevindingen betreffende ouderen gelden voor de bevolkingsgroep als geheel en zijn vermoedelijk ontleend aan de hierboven beschreven rapportage *Leefstijl, gezondheid en kwaliteit van leven tijdens de corona-epidemie* (Engels, Kuijpers, Gerkema, Schipper, & Herber, 2022). Ook het Groningse Lifelines-onderzoek heeft blijkbaar coronagerichte onderzoeksmodules uitgevoerd (Lifelines BV, 2023).

Periodieke rapportage nummer 12 (Harbers, van der Borg, Zantinge, Smit, & Schrijvers, 2021) is een vrij uitgebreide rapportage waarin uitkomsten van diverse onderzoeken naar mentaal welbevinden zijn samengebracht. Voor het onderzoek in programmalijn IV zijn vooral de bevindingen interessant voor de doelgroepen: ouderen; mensen met een chronische ziekte en/of beperking; mantelzorgers en naasten; mensen met psychische problemen.

De bevindingen over mentaal welbevinden van ouderen zijn in lijn met wat er in het rapport *Leefstijl, gezondheid en kwaliteit...* (Engels, Kuijpers, Gerkema, Schipper, & Herber, 2022) staat. Ook hier gelden de meeste bevindingen voor ouderen als algemene groep, met twee specifieke conclusies (effecten aanscherping en versoepeling van maatregelen) voor verpleeghuisbewoners.

De samenvattende conclusies met betrekking tot mentaal welbevinden van mensen met een chronische ziekte en/of beperking zijn als volgt:

- Afname mentaal welbevinden tijdens eerste lockdown.
- Impact van maatregelen op welbevinden van jongeren met chronische ziekte of beperking niet eenduidig.
- Verslechtering van mentaal welbevinden onder mensen met een verstandelijke beperking aan begin coronacrisis.
- Geen eenduidig beeld impact versoepelingen op mensen met een verstandelijke beperking.
- 30% naasten ervaart vlak voor tweede lockdown negatieve invloed van maatregelen op welzijn van mensen met verstandelijke beperking.
- Tijdens en vlak na tweede lockdown was welbevinden goed bij ruim 40% van mensen met een verstandelijke beperking.
- Zorgen om gezondheid en angst voor besmetting bij mensen met een chronische ziekte.
- Zorgen over de psychosociale impact van maatregelen op mensen met (beginnende) dementie.

De samenvattende conclusies met betrekking tot mentaal welbevinden van mantelzorgers en naasten zijn als volgt:

- Op moment van onderliggende onderzoeken (overwegend uit 2020) nog geen verandering mentaal welbevinden mantelzorgers.

- Nog relatief weinig informatie over deze groep bekend.

De samenvattende conclusies met betrekking tot mentaal welbevinden van mensen met psychische problemen zijn als volgt:

- Mentaal welbevinden verbetert (veert terug) na eerste coronagolf.
- Negatieve gevolgen van tweede lockdown voor veel mensen met psychische klachten.
- Jongeren met psychische problemen het hardst getroffen.
- Geen toename van totaal aantal suicides tijdens eerste lockdown, nog weinig zicht op stijging suicides jongeren tijdens tweede lockdown.
- Voor psychisch kwetsbare mensen waren mentale gevolgen tijdens eerste lockdown mogelijk niet sterker dan voor anderen.

De conclusies met betrekking tot mensen met psychische problemen zijn lastig relateerbaar aan het intramurale onderzoeksdomein van lijn IV: het gaat hier toch vooral om cliënten in ambulante behandeling of mensen met bekende psychische problematiek die (ten tijde van het onderzoek) niet onder behandeling zijn.

Rapportage 11 van het RIVM (Harbers, Hulshof, Schaink, van der Borg, & Schrijvers, Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken, 2021) is een samenvatting van onderzoeken naar zorggebruik tijdens verschillende fasen van de COVID-19-pandemie (tot en met juni 2021) onder de algemene bevolking en verschillende specifieke groepen. Het type zorggebruik dat in de rapportage wordt beschreven (huisartsenzorg, paramedische zorg en specialistische GGZ) valt buiten de focus op langdurige zorg van het onderzoek in lijn IV (in ieder geval in 2022 en 2023). De conclusies vanuit doelgroeperspectief zijn wel relevant. Twee specifieke doelgroepen komen we in het langdurige-zorg-domein zeker ook tegen: ouderen en mensen met een chronische ziekte of beperking. De voor deze twee doelgroepen gevonden effecten op zorggebruik – waaruit effecten op gezondheid geïnfereerd zouden kunnen worden – zijn.

Voor ouderen:

- Klein deel van 65-plussers mijdt zorg, analoog aan patroon algemene bevolking.
- Zowel oudere zelf als zorgverlener zei gepland bezoek af.
- Toename van contacten met huisartsenpost voor COVID-19 gerelateerde klachten.

Voor mensen met een chronische ziekte of beperking:

- Ruim een derde van chronisch zieken ondervond gevolgen van corona op ontvangen professionele zorg.
- Meeste mensen met een verstandelijke beperking ontvingen vóór de coronacrisis zorg of ondersteuning.
- Tijdens eerste lockdown volgens meer naasten zorg en ondersteuning weggefallen dan in najaar 2020.
- Dagbesteding voor de meeste mensen met een verstandelijke beperking weer opgestart in het najaar.
- Meeste naasten zijn tevreden over de kwaliteit van zorg en worden voldoende betrokken.

Overigens kan worden opgemerkt dat de zorgomgeving 'dagbesteding' specifiek in scope is als ook in de langdurige zorg aangetroffen gemeenschappelijke verblijfsomgeving waar aerogene blootstelling en toepassing van ventilatie mogelijk een relevante rol spelen.

Rapportage 8 van het RIVM (Harbers, Hulshof, Schaink, & Vermeulen, Inventarisatie Nederlandse COVID-19 Onderzoeken: Preventie en Zorg & Brede Maatschappelijke Vraagstukken, 2020) is een samenvatting van de in de eerdere rapportages 2 tot en met 7 bijeengebrachte onderzoeken en onderzoeksgegevens. De in deze rapportage opgenomen Kernboodschappen maart – september 2020 hebben met betrekking tot ouderen de volgende uitkomsten te melden:

- Grote gevolgen voor ouderen. Kwaliteit van leven onder druk thuis en in verpleeghuis. Angst om te sterven zonder afscheid te kunnen nemen van dierbaren.
- Meeste ouderen tijdens eerste golf niet of mild ziek van corona. Achteruitgang in gezondheid door minder fysieke en mentale prikkels. Minder ervaren zingeving. Toename van eenzaamheid, vooral van emotionele eenzaamheid.
- Gezondheid en kwaliteit van leven bewoners VVT verslechterden na stopzetten activiteiten en instellen bezoekverbod; eenzaamheid nam toe. Behoeftte aan maatwerk voor mitigatie op basis van zorgvuldige afweging. Belang van sociale contacten voor gezondheid en kwaliteit van leven zou daarbij zwaar moeten wegen.
- Toename ongelijkheid, versterkt door ongelijke toegang tot en ongelijke geschiktheid van digitale communicatiemiddelen. Klein aantal ouderen, vooral 80-plussers en alleenwonenden kreeg niet de benodigde hulp.
- Toegankelijkheid overheidsinformatie wordt beperkt door taalgebruik en verwijzingen naar websites.

Onderzoeken naar (mentale en fysieke) gezondheid

Het belangrijkste hier beschreven onderzoek is de vijfjarige Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19 (RIVM, 2021). De tweede ten behoeve van dit programma uitgevoerde systematische literatuurstudie wordt in paragraaf 5.3.3.3 uitgebreid besproken.

6.3.3 Tweede literatuurstudie Integrale Monitor COVID-19

De systematische literatuurstudie De gevolgen van de coronapandemie voor de gezondheid en het welzijn: deel 2 – Een systematische literatuurstudie (Bosmans, et al., 2022) is gezamenlijk uitgevoerd door onderzoekers van het Nivel en het RIVM. Het is een belangrijke, omvangrijke en recente (september 2022) literatuurstudie. We geven er in de hoofdttekst van deze interimrapportage een beknopte samenvatting van.

De review kijkt naar de gezondheidseffecten van COVID-19 binnen alle leeftijdsgroepen, inclusief kwetsbare groepen binnen elke leeftijdsgroep (een eerdere literatuurstudie binnen het kader van de Integrale Monitor – niet beschouwd voor het huidige onderzoek – had zich gericht op jeugd)

De analyse heeft gekeken naar de volgende effectgebieden:

1. Fysieke gezondheid
2. Zorgbehoefte en -gebruik
3. Mentale gezondheid
4. Sociaal welzijn
5. Overige indirecte effecten

De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

- Wat zijn de mogelijke gevolgen van de corona-uitbraak en bijbehorende maatregelen op de gezondheid en het welzijn van de bevolking?
- Verschillen deze gevolgen voor verschillende populatiegroepen? Zijn er risicofactoren (bijvoorbeeld eenzaamheid, lagere sociaaleconomische status) of beschermende factoren (zoals een goed sociaal netwerk, hogere sociaaleconomische status) te onderscheiden?

De inhoudelijke hoofddoelstelling van de analyse was het in kaart brengen van gevolgen van de coronapandemie en de maatregelen voor de gezondheid en het welzijn voor de (Nederlandse) bevolking en inventariseren welke risicofactoren en beschermende factoren een belangrijke rol spelen bij deze gevolgen. De onderzoekers hebben afzonderlijke analyses per effectgebied uitgevoerd van internationale literatuur en nationale literatuur.

De analyse van internationale literatuur is gericht geweest op systematische reviews en meta-analyses (peer-reviewed) van longitudinale studies met meerdere metingen. Voor inclusie in aanmerking komende afhankelijke variabelen zijn (zelf gerapporteerde of klinisch vastgestelde) gezondheidsproblemen en -aandoeningen, gezondheidsstatusscores, gemeten tijdens of in de nasleep van de huidige COVID-19 pandemie. Metingen van mentale gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven, zorggebruik en ook psychosociale uitkomsten zoals eenzaamheid, attitudes/percepties werden ook geïncludeerd.

Van de nationale literatuur is door de onderzoekers van de Integrale Monitor een veel beperktere analyse uitgevoerd, voornamelijk gericht op wat er tijdens de tijdperiode aan Nederlandse studies is verschenen. De focus van de review van nationale literatuur lag veelal op wetenschappelijke, maar niet peer-reviewed publicaties. Studies en overzichtsrapporthages van het RIVM vormden een belangrijke bron.

De belangrijkste uitkomsten van de review in het kader van de Integrale Monitor worden hieronder puntsgewijs in telegramstijl weergegeven. Voor de volledige uitkomsten zij verwezen naar de brontekst van de review (Bosmans, et al., 2022).

Fysieke gezondheid

- Post-COVID-klachten. De prevalentie van specifieke post-COVID-klachten neemt binnen 30 tot 60 dagen na besmetting af. Maar vrijwel de helft van de Nederlanders ervaart drie maanden na besmetting nog minstens één langdurige coronaklacht.
- Uitgelichte negatieve gevolgen voor hartpatiënten en zwangere vrouwen.
- De maatregelen genomen tegen het virus hadden invloed op de verspreiding van andere infectieziekten en leidden uiteindelijk tot een verschuiving van de besmettingspiek van het RS-virus.
- Algehele gezondheid: toename lichaamsgewicht onder Nederlandse kinderen na eerste lockdown. Vooral kinderen/jongeren en zorgpersoneel ervoeren een verslechtering van de fysieke gezondheid. Onder zorgpersoneel ook meer ziekteverzuim.

Zorgbehoefte en zorggebruik

- Veel minder levering fysieke zorg, zowel acuut als niet-acuut.
- Deel afname zorglevering is toe te schrijven aan zorgmijding. Sommige aandoeningen, zoals beroertes, waarschijnlijk minder goed gesignaleerd door de omgeving.
- Gemiddeld genomen werd bij patiënten een ernstiger ziektebeeld gezien.
- Mentale gezondheidszorg: minder zorg geleverd tijdens pandemie. Hierdoor is gezondheidsschade ontstaan. Aannemelijk dat deel van problematiek niet goed kon worden opgemerkt.
- Veel gebruik, maar wisselende ervaringen met zorg op afstand. Wordt eerder gezien als toevoeging aan dan als vervanging van reguliere zorgverlening.

Mentale gezondheid

- Effecten op mentale gezondheid gehele populatie overwegend negatief.
- Jongeren en jongvolwassenen zijn belangrijkste kwetsbare groepen. Daarnaast zorgmedewerkers.
- Negatieve effecten vooral te zien in periodes van strenge maatregelen. Verbeteringen bij versoepeling duiden op aanwezigheid veerkracht. Dit effect verdwijnt echter naarmate de pandemie langer duurt, vooral bij jongeren.
- Geïnccludeerde onderzoeken laten voorsnog geen toename suïcides zien. Kan aan de periode liggen die de onderzoeken beslaan. Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie ziet in 2021 al wel een toename onder jongeren tot dertig jaar.

Sociaal welzijn

- Eenzaamheid nam toe, vooral onder jongvolwassenen en ouderen, daarnaast onder een aantal andere kwetsbare groepen.
- Mate van ervaren van sociale steun nam niet af. Meer tijd voor familie werd als positief effect ervaren.

- Crisis kan ook hebben geleid tot toename van spanningen in gezinnen. Kindermishandeling kon vaak onopgemerkt blijven.

Het deel overige indirecte effecten van de analyse kijkt naar gezondheidsdeterminanten aan de hand van de overkoepelende thema's 'Leefstijl' en 'Middelengebruik' (ontleend aan het regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead (1991) (Dahlgren & Whitehead, 1991)).

- Verslechterende studieresultaten en toename van leerachterstanden in VO en HO.
- Ook positieve effecten voor kinderen: nieuwe vaardigheden, zelfstandig werken, voor sommigen thuis les prettiger.
- Afname lichamelijke activiteit.
- Eetgedrag over het algemeen ongezonder.
- Veranderingen in middelengebruik houden elkaar op populatieniveau in evenwicht.

De analyse van de Integrale Monitor identificeert drie types factoren en beschrijft de bevindingen voor elk type: sociaaleconomisch; demografisch; bestaande gezondheid en zwangerschap. De analyse leunt sterk op de nationale literatuur en is mede daardoor primair kwalitatief van aard.

Dit aangewezen zijn op de nationale literatuur hangt samen met de zoekstrategie voor de internationale literatuur, die de nadruk legt op uitkomstmaten en niet zozeer op risicofactoren. De onderzoekers stellen daarnaast vast dat informatie over kwetsbare groepen bijna per definitie moeilijk in kwantitatief onderzoek te vatten is.

Deze constatering van de review in het kader van de Integrale Monitor is relevant voor het huidige onderzoek in lijn IV van P³Venti. In het gaandeweg formuleren en bijsturen van de onderzoeksrichting en het stellen van de eindambitie moet er rekening mee worden gehouden dat ook hier kwantificering van effecten en van aspecten van het afwegingskader maar zeer beperkt mogelijk zal zijn.

De door de review van de Integrale Monitor geïdentificeerde risico- en beschermende factoren zijn samengevat als volgt.

Sociaaleconomische kenmerken

- Lage sociaaleconomische status (SES).³ Wordt geassocieerd met een hele serie aan ongunstigere uitkomsten, onder andere, zorgmijding, verminderde toegang tot zorg, mentale gezondheidsklachten, eenzaamheid. Ook vaker en grotere leerachterstanden.
- Verlies van inkomen en geldstress. Komt naar voren als risicofactor voor mentale gezondheidsklachten, spanningen binnen het gezin, kindermishandeling en toename in alcoholgebruik.

³ We volgen hier de terminologie gebruikt in de review. De inmiddels in onderzoek en beleid meer gangbare term is sociaaleconomische positie (SEP).

- Thuiswerken. Risicofactor voor slechtere ervaren gezondheid, toename alcoholgebruik, spanningen en ruzies binnen gezin.
- Zorgmedewerkers en mensen met een cruciaal beroep. Risicofactor voor stress en burn-out, slaapproblemen, alcoholgebruik.
- Mantelzorgers. Risicofactor voor depressieve symptomen en eenzaamheidsklachten.

Demografische kenmerken

- Leeftijd. Hoogste kans op besmetting bij 20-24-jarigen en 70+; hoogste kans op ernstig ziektebeloop bij die laatste groep. Andere gezondheidseffecten: het valt op dat vooral kinderen een toename in BMI rapporteren, ouderen niet. Jongeren en kinderen zijn risicogroep voor heel scala aan negatieve mentale gevolgen, inclusief suïcidegerelateerde klachten. Naast jongeren hebben ouderen, ook ouderen in verpleeghuizen, een grotere kans op mentale problemen, vooral angstklachten, depressieve klachten en eenzaamheid.
- Geslacht. Er worden verschillen gerapporteerd, maar geslacht is niet overtuigend als risicofactor.
- Gezinsamenstelling en woonsituatie. Verschillende subgroepen lopen extra risico op verschillende klachten. Singles vooral stemmingsklachten, mensen in grotere huishoudens vooral meer risico op angst en stressklachten. Grote gezinnen in combinatie met kleine behuizing risicofactor voor spanningen en ruzies binnen het gezin, ook kindermishandeling, groter aantal mensen in huishouden ook risicofactor voor problematisch alcoholgebruik.
- Migratieachtergrond. Invloed blijkt niet duidelijk uit de studie. In de geïnccludeerde literatuur is migratieachtergrond alleen als risicofactor gerapporteerd bij de domein sociaal welzijn en indirecte effecten.

Bestaande gezondheid

- Algemeen: mensen met bestaande gezondheidsproblemen ervaren een grotere negatieve gezondheidsimpact en worden het hardst geraakt door verminderde toegang tot zorg.
- Bestaande fysieke gezondheid. Gerapporteerd als risicofactor in alle in de voorgaande hoofdstukken onderzochte domeinen. Relatie bestaande gezondheidsproblemen met risico op fysieke klachten ligt voor de hand; interessanter dat bestaande fysieke gezondheidsproblemen ook negatieve gevolgen hebben voor mentale impact van de pandemie: vooral angstklachten, depressieve symptomen en eenzaamheid.
- Bestaande mentale gezondheid. Geïdentificeerd als risicofactor in alle onderzochte domeinen. Breed scala aan risico's, deels leeftijdsspecifiek of doelgroepspecifiek, deels meer algemeen voor de bevolking. Daarnaast ook enkele keren genoemd als beschermende factor: schoolsluiting leidde tot afname emotionele problemen bij kinderen en jongeren met bestaande mentale problemen; afname alcoholmisbruik bij mensen met bestaande mentale problemen.
- Zwangerschap. Bij besmetting verhoogde kans op complicaties tijdens de zwangerschap en daarmee op ziekenhuis- en IC-opname.

Onderstaand biedt een korte samenvatting van de voor het huidige onderzoek belangrijkste limitaties. De auteurs van de systematic review gaan op de beperkingen veel uitgebreider in. Hiervoor wordt verwezen naar de brontekst (Bosmans, et al., 2022).

De auteurs wijzen op de nogal uiteenlopende bewijslast tussen de verschillende effectgebieden en op de lage bewijslast voor de effectgebieden fysieke effecten, sociale effecten en het transversale issue risico- en beschermende factoren. De auteurs melden verder de problematiek die in veel gevallen wordt ondervonden om bij de duiding van effecten eenduidig onderscheid te maken tussen COVID-19 gerelateerde effecten en andere effecten. Ook zien zij in de internationale literatuur vooralsnog weinig aandacht voor de langetermijngevolgen van coronabesmetting en voor de gevolgen van uitgestelde zorg.

Tenslotte wijzen de auteurs op een fundamentele beperking in de bruikbaarheid van en vergelijkbaarheid met onderzoek naar eerdere rampen en crises. Deze beperking vloeit voort uit het feit dat het bij eerder onderzoek meestal ging over zogenaamde 'flitsrampen', terwijl we met SARS-CoV-2 te maken hebben met een langdurige crisissituatie.

6.3.4 Methoden voor voorspelbaarheid

Risicomatrices

Risicomatrices zijn een in de gezondheidszorg veel gebruikt instrument om risico's naar ernst en waarschijnlijkheid van voorkomen te ordenen, als hulpmiddel om mitigatiemaatregelen te prioriteren en het effect van mitigatiemaatregelen in kaart te brengen. Meestal wordt in een risicomatrix op de ene as de waarschijnlijkheid dat een risico zich voordoet, verdeeld in een aantal klassen; en op de andere as – ook in een aantal klassen verdeeld – de ernst van het gevolg. Afhankelijk van de combinatie van waarschijnlijkheid en ernst, kleuren de intersecties van de matrix groen ((vrijwel) geen risico), geel (enig risico), oranje (ernstig risico) of rood (kritisch risico). Pascarella et al (Pascarella, et al., 2021) maken in hun peer-reviewed analyse van methodologische benaderingen en knelpunten bij matrixanalyse van gezondheidsrisico's onderscheid naar drie typen risicomatrix: kwantitatief; semi-kwantitatief; en kwalitatief. De gesignaleerde overwegingen, knelpunten en oplossingsrichtingen voor de toepassing van risicomatrices zijn ook voor het gebruik ten behoeve van het domein Gezondheidsschade relevant.

Health Impact Assessment

Een mogelijk relevante methode om gezondheidsschade te kunnen inschatten is health impact assessment. De methode wordt veel toegepast bij gebiedsontwikkeling, grote infrastructurele projecten et cetera en kan zowel ex ante (voorspellen van impacts) als ex post (vaststellen van impacts) worden uitgevoerd. Als methodologische referentie voor de ontwikkeling van referentiekaders is primair het ex ante risk assessment relevant. Veel documentatie over de methode komt uit de Verenigde Staten en uit Australië (Pope, Rhodus, Fulk, Mintz, & O'Shea, 2016), (Goetzel, et al., 2011), (Government of Western Australia. Department of Health, 2023). Health risk assessment (HRA) is een verbijzondering

van health impact assessment en richt zich specifiek op het in kaart brengen van de effecten op gezondheid van de introductie van 'environmental stressors'. Dit maakt de methodiek mogelijk relevant als referentiepunt voor ons domein Gezondheidsschade. Hierbij moet wel worden bedacht dat verschillende studies en artikelen erop wijzen dat HRA voor 'microbial pathogens' methodologisch complex en problematisch is. HRA-analyses op dit terrein zijn tot nu toe vooral kwalitatief van aard. Bij pandemische dreiging gaat het om een pathogeen dat niet alleen biologisch is, maar ook nog eens vooralsnog slecht begrepen. Dit maakt vooral stap 2) hazard characterisation van de klassieke vier onderdelen van een HRA (Skog & Viklund, 2014) erg lastig.

6.4 Overzicht kwaliteitskaders domein kwaliteit van dienstverlening

Het opstellen van een werkbare begripsbepaling voor het huidige onderzoek komt eerst en vooral neer op inperking. 'Kwaliteit' is in de zorg een zeer breed en meerduidig begrip. Concrete indicatoren en toetsingsprocedures zijn veelal sectorspecifiek, in de medisch-specialistische zorg vaak zelfs per specialisme of cluster behandelingen / ingrepen georganiseerd. Vergelijk bijvoorbeeld de beroepsstandaarden van de medisch-specialistische beroepsverenigingen.

Een zinvolle inperking kan worden bereikt door de 'begripsbepaling voor werkdoeleinden' te koppelen aan het primaire onderzoekdomein langdurige zorg van P³Venti.

Daarmee zijn de meest logische vertrekpunten voor de begripsbepaling de Kwaliteitskaders VVT en Gehandicaptenzorg (ActiZ, et al., 2021), (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, 2017), (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022). Voor de langdurige zorg in de GGZ is nog geen voldragen kwaliteitskader voorhanden. Wel is een voorlopig kader opgesteld dat door de zorgkantoren wordt gebruikt om met instellingen het gesprek over kwaliteit, zorgaanbod en contractering te voeren (Zorgverzekeraars Nederland, 2020). Paragraaf 6.4.1 gaat in op wat in de Kwaliteitskaders aan relevante informatie is opgenomen.

De Kwaliteitskaders beslaan verschillende aspecten van zorg en verblijf en zijn sterk gericht op het welzijn van de individuele cliënt. De Kwaliteitskaders kijken echter niet specifiek vanuit het perspectief van de cliënt. Enkele recente studies diepen dit onderwerp nader uit (Sion, Zwakhalen, Odekerken-Schröder, Schols, & Hamers, 2020), (Shielss, Pivodic, Holmerová, & van den Block, 2020). Paragraaf 6.4.2 beschrijft deze studies.

6.4.1 Kwaliteitskaders langdurige zorg

Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2021 (ActiZ, et al., 2021) is de meest actuele versie van dit document, dat betrekking heeft op dat deel van de langdurige zorg aan (kwetsbare) ouderen waarbij

verblijf onderdeel uitmaakt van het verstrekkingenpakket. In technische termen gaat het om zorg volgens zorgprofiel VV4 en hoger.

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is een officieel kwaliteitsdocument, dat door de IGJ als basis voor het gefaseerd toezicht wordt gebruikt.

Het hoofddocument beschrijft de structuur en de elementen van het kwaliteitskader. Jaarlijks worden voor de gedetailleerde toetsing en rapportage indicatorensets vastgesteld en via Handboeken verspreid. Deze detailinformatie is voor de huidige analyse niet geraadpleegd.

Het kwaliteitskader maakt onderscheid naar vier inhoudelijke en vier randvoorwaardelijke kwaliteitsdomeinen.

Inhoudelijk

Onder het domein *Persoonsgerichte zorg en ondersteuning* vallen thema's met betrekking tot Compassie, Uniek Zijn, Autonomie en Samen beslissen. Het domein *Wonen en welzijn* omvat kwaliteitseisen met betrekking tot Zingeving, Zinnvolle tijdsbesteding, Schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding en Familieparticipatie en inzet vrijwilligers. Het domein *Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning* werkt niet met thema's maar met een jaarlijks vastgestelde set verplichte indicatoren en keuze-indicatoren. De kwaliteitseisen binnen dit domein hebben voornamelijk betrekking op de "harde" aspecten van zorgverlening. Het domein *Leren en ontwikkelen* is voornamelijk gericht op een veilig en ondersteunend klimaat voor medewerkers, met thema's rond Leren van en in de praktijk, Leren van elkaar, Plannen maken, Evalueren en ontwikkelen en Inzicht en bijsturen. Dit laatste domein lijkt inhoudelijk niet direct relevant voor de P³Venti-afwegingskaders. Mogelijk bieden de bouwsteendocumenten die voor dit domein worden aangereikt aanknopingspunten hoe een deel van de evaluatie van kwaliteitseffecten zou kunnen worden ingestoken.

Randvoorwaardelijk

Ook hier onderscheidt het kwaliteitskader vier domeinen: Leiderschap, governance en management; Personeelssamenstelling; Hulpbronnen, omgeving en context; en Gebruik van informatie. Van deze vier domeinen is het domein Personeelssamenstelling mogelijk inhoudelijk relevant om bij de ontwikkeling van een afwegingskader te betrekken. Als deze onder pandemische omstandigheden wijzigt – bijvoorbeeld door verminderde beschikbaarheid van personeel in verband met besmettingen, of door wijzigingen in de teamsamenstelling ingegeven door beheersmaatregelen – kan dat gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorgverlening in de zorgspecifieke binnenomgeving. Voor de overige randvoorwaardelijke domeinen ligt inclusie in een afwegingskader niet direct voor de hand. De onder het domein Personeelssamenstelling gerangschikte thema's hebben betrekking op Aandacht, aanwezigheid en toezicht, Specifieke kennis en vaardigheden en Reflectie, leren en ontwikkelen.

Toetsing

Met betrekking tot de toetsingscriteria voor de kwaliteitsdomeinen en thema's valt in eerste instantie op dat de gebruikte indicatoren vrijwel allemaal proces- en structuurindicatoren zijn. Ze zeggen dus niet direct iets over de gewenste uitkomsten van zorg en ondersteuning.

Op hoofdlijnen is de toetsing van kwaliteitscriteria in het Kwaliteitskader als volgt ingeregeld.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

- Invulling aantoonbaar in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag
- Voorlopig zorgleefplan voor elke cliënt binnen 24 uur, definitief plan binnen zes weken
- Verantwoordelijkheid zorgleefplan bij zorgprofessional van tenminste niveau 3

Wonen en welzijn

- Invulling aantoonbaar in kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag
- De vijf thema's zijn aantoonbaar leidend bij kwaliteitsverbetering
- Aanpasbaarheid woonomgeving aan wensen/mogelijkheden verschillende doelgroepen verdient aandacht.

Kwalitatief veilige zorg en ondersteuning

- Informatie over de verplichte indicatoren op concernniveau via het kwaliteitsverslag
- Aanlevering indicatoren basisveiligheid op locatieniveau aan het Zorginstituut
- Verpleeghuis heeft een eigen incidentencommissie of maakt gebruik van een lokale of regionale commissie

Leren en ontwikkelen

- Groot deel van de toetsing van criteria is ingebed in de cyclus kwaliteitsplan – kwaliteitsverslag – aanlevering kwaliteitsverslag.
- De overige kwaliteitscriteria zijn conceptueel lastig te koppelen aan het beoogde toepassingsdomein van de afwegingskaders. Ze hebben betrekking op het op organisatieniveau onderdeel vormen van een lerend netwerk, het beschikken over een kwaliteitsmanagementsysteem en het minstens eens per vijf jaar (multidisciplinair) gevisiteerd worden.

De toetsing van de criteria voor het randvoorwaardelijke domein Personeelssamenstelling geschiedt door het aanleveren van gegevens kernfactoren (aanstellingen; kwalificatieniveaus; ziekteverzuim; in-, door- en uitstroom; ratio personeelskosten / opbrengsten) aan het Zorginstituut.

In principe wordt in het Kwaliteitskader zowel het cliëntenperspectief als het perspectief van personeel, organisatie en toezicht meegenomen.

Het perspectief van cliënten is in het Kwaliteitskader zelf beperkt uitgewerkt en niet of nauwelijks gekwantificeerd. De meeste "harde" indicatoren zijn structuur- en procesindicatoren vanuit organisatieperspectief.

Wel zijn voor de domeinen Persoonsgerichte zorg en ondersteuning en Wonen en welzijn handreikingen als bijlage bijgevoegd, die een kwalitatieve specificatie van de verschillende thema's voorstellen aan de

hand van een serie ja/nee-vragen. De bruikbaarheid hiervan binnen het bestek van een afwegingskader moet in het vervolg van ons onderzoek nader worden bekeken. Input van stakeholders uit de praktijk is daarbij belangrijk.

Voorgenomen actualisatie

Inmiddels is een proces in gang gezet om het Kwaliteitskader door te ontwikkelen tot een maatschappelijk uitvoerbaar *Generiek kwaliteitskader zorg voor kwetsbare ouderen*. Dit initiatief maakt onderdeel uit van de Meerjarenagenda (MJA) van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft dit proces onder regie en heeft inmiddels een aantal processtappen gezet, waarover in een rapportage uit oktober 2022 verantwoording wordt afgelegd (Zorginstituut Nederland, 2022). Het voorziene tijdspad is kort: het uitgangspunt is dat het nieuwe kwaliteitskader voldoende inhoud moet hebben om in het voorjaar 2023 in het Register te worden opgenomen. Tot de deadline van de MJA ligt de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van het kwaliteitskader bij de veldpartijen.

De laatste stand van zaken met betrekking tot deze planning is de onderzoekers niet bekend. Voor de verdere uitvoering van het onderzoek naar het afwegingskader moet er rekening mee gehouden worden dat dit nieuwe kader het referentiedocument zal zijn.

Op basis van de tussenrapportage van het Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, 2022) lijkt de impact van de herziening op de voor het afwegingskader meest relevante kwaliteitsparameters en -aspecten beperkt. De herziening is vooral ingegeven door de wens in het Kwaliteitskader meer ruimte te scheppen voor innovatie en informele zorg, het begrip “passende zorg” meer handen en voeten te geven en een betere afspiegeling te geven van de toenemende diversiteit aan verschijningsvormen tussen thuis en verpleeghuis.

Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg

Het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2022) is een actualisatie van het Kwaliteitskader 2017-2022 (Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, 2017). De opzet en inhoud is in essentie een voortzetting van dat eerdere document. De naam kompas is gekozen omdat de nieuwe editie minder dwingend wil voorschrijven en meer wil ondersteunen en gidsen.

Het kader heeft betrekking op alle gehandicaptenzorg die onder de Wlz valt:

Zorg binnen woonlocaties of ‘zorg in de wijk’ rond steunpunten (minimaal 4 dagen per week zorg)

Integrale zorg en ondersteuning rond wonen, dagactiviteiten en behandeling

Wlz-zorg in iemands eigen woning via VPT

MPT en Pgb vielen bij de introductie niet onder het kwaliteitskader en vallen vooralsnog ook niet onder het Kwaliteitskompas.

De definitie van kwaliteit is opgebouwd rond vier bouwstenen:

Zorgproces rond de individuele cliënt

Ervaringen van cliënten

Medewerkers die aan kwaliteit werken
Bestuurlijk leiderschap rond kwaliteit

Zorgproces rond de individuele cliënt

Elke cliënt heeft een actueel ondersteuningsplan voor de zorg ex Wlz. Dit is op basis van een dialoog met de cliënt tot stand gekomen en biedt duidelijkheid over de volgende kernpunten:

- De zelfredzaamheid en ondersteuningsbehoeften
- De gezondheidsrisico's en veiligheid
- De ervaren kwaliteit van bestaan
- De betrokkenheid van familieleden en belangrijke anderen
- De afspraken over dagelijkse zorg en ondersteuning

Ervaringen van cliënten

'De tweede bouwsteen van het cliëntervaringsonderzoek stelt de stem van de cliënt op de voorgrond, op basis van systematisch onderzoek naar de ervaringen van cliënten.'

Elke zorgorganisatie voert minimaal eens in de drie jaar zo'n onderzoek uit en maakt daarbij gebruik van één van de erkende instrumenten voor cliëntenraadpleging.

De zorgorganisatie maakt op drie niveaus gebruik van de verzamelde cliëntervaringen:

- Individuele cliënt
- Locatie
- Organisatie

Medewerkers die aan kwaliteit werken

Ofwel 'zelfreflectie in teams'. Deze vindt minstens eenmaal per jaar plaats. De volgende aspecten komen in ieder geval aan de orde:

- Het proces rond de individuele cliënt
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers
- Borging van veiligheid met accent op een persoonlijke afweging per cliënt over aanmerkelijke risico's en gezondheidsbescherming.
- Toerusting van medewerkers voor de zorg- en ondersteuningsvragen, individueel en als team.

In alle drie bovenstaande bouwstenen zijn elementen aan te duiden die mogelijk relevant zijn voor een afwegingskader langdurige zorg. Dat geldt niet voor de vierde bouwsteen *Bestuurlijk leiderschap*, die vooral gericht is op kwaliteitsrapportage en regelmatige (externe) visitatie.

Naast toetsingscriteria voor de vier bouwstenen is een algemeen hoofdstuk 'Verantwoording en informatie' opgenomen. Dit korte hoofdstuk beschrijft vooral eisen aan de zorgvuldigheid en transparantie van verwerking en aanlevering van kwaliteitsinformatie.

Evenals in het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, wordt in het Kwaliteitskompas zowel het cliëntenperspectief als het perspectief van personeel, organisatie en toezicht meegenomen.

Perspectief van cliënten is toch maar zeer beperkt uitgewerkt en niet of nauwelijks gekwantificeerd. Meeste “harde” indicatoren zijn structuur- en procesindicatoren vanuit organisatieperspectief.

Voorlopige kwaliteitsuitgangspunten GGZ ex Wlz

De voorlopige kwaliteitsuitgangspunten voor de inkoop van GGZ binnen de Wlz per 2021 (Zorgverzekeraars Nederland, 2020) zijn – de naam zegt het al – een voorlopige set uitgangspunten die de zorgkantoren hanteren bij de inkoop van GGZ die onder de Wlz valt. Zo’n kwaliteitsreferentie is nodig geworden door de verhuizing van de langdurige GGZ van het ene wettelijk regime (Zvw) naar het andere (Wlz). De input voor de voorlopige uitgangspunten is uit verschillende bronnen bij elkaar gebracht.

- Onderzoek naar gemeentelijke kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang
- Vergelijking met bestaande kwaliteitsdocumenten in de GGZ
- Gekeken naar bestaande kwaliteitskaders voor V&V en GHZ (hierboven beschreven)
- Onderling overleg in werkgroep kwaliteit ZN
- Afstemming met stakeholders

De “bestaande kwaliteitsdocumenten in de GGZ” waarnaar de voorlopige uitgangspunten verwijzen zijn in het document nader gespecificeerd.

De voorlopige uitgangspunten onderscheiden vijf kwaliteitsdomeinen, met binnen elk domein een aantal kwaliteitscriteria.

Cliënt

- Zelfbeschikking cliënt over eigen leven; voldoende invloed op zorgplan
- Faciliteren participatie en sociaal netwerk cliënt
- Aandacht, inclusief zorgplandoelen, voor welbevinden en zingeving
- Beleid inzet ervaringsdeskundigen (voor bieden ondersteuning/begeleiding)
- Inspraak cliënt bij keuze begeleider en (zo mogelijk) behandelaar
- Zorgaanbieder betreft waar wenselijk het netwerk van de cliënt

Organisatie⁴

- Zorgplan per cliënt, zorgbeleid per cliëntengroep
- Op herstel gericht beleid waar mogelijk
- Organisatie neemt verantwoordelijkheid om moeilijk plaatsbare cliënten op de voor hen beste plaats te kunnen opnemen
- Borgen van continuïteit van zorg, samen met ketenpartners
- Aansluiting bij bestaande structuren crisis

⁴ Het hier gegeven overzicht is niet compleet, maar beperkt tot criteria die mogelijk enige relevantie hebben binnen de scope van het te ontwikkelen afwegingskader.

- Organisatie neemt verantwoordelijkheid in het betrekken van cliënten, verwanten- en/of familieraad

Personeel⁵

- Voldoende gekwalificeerd personeel, dat werkt conform kwaliteitsstatuut
- Voldoende personeel primaire processen, afgestemd op de behoefte van de cliënt
- Organisatie heeft beleid m.b.t. het terugdringen van arbeidstekorten

Gebouwen en inrichting

- Faciliteit voldoet aan de eisen van de tijd (liefst toetsbaar via objectieve norm of keurmerk); hygiëne is op orde
- Zorgaanbieder faciliteert dat locatie passend aansluit bij de sociale omgeving van de cliënt
- Organisatie doet al het mogelijke om de veiligheid van het personeel te borgen
- Organisatie geeft invulling aan (het gevoel van) veiligheid voor cliënten
- Beveiligingsniveau past aantoonbaar bij de doelgroep

Leren en verbeteren

Van de drie criteria binnen dit domein heeft slechts één criterium mogelijk enige relevantie voor de ontwikkeling van een kwaliteitskader.

- Inzicht in door de cliënt ervaren kwaliteit; organisatie voert aantoonbaar verbeteringen door op basis van dit inzicht.

Het document betreft een voorlopig kwaliteitsuitgangspunt. Er is dan ook geen uitgewerkte vaststaande toetsingsprocedure om compliance met de kwaliteitscriteria vast te stellen.

Het document is bedoeld als handvat en onderlegger bij contracteringsgesprekken. Toetsing bij instellingen vindt plaats op basis van het "dialoogmodel". Dit wil zeggen dat het zorgkantoor de voorlopige uitgangspunten gebruikt als onderlegger om het gesprek met de instelling aan te gaan over het proces van continue kwaliteitsverbetering in de zorg waarbij de cliënt centraal staat. Het biedt ook ruimte voor regionaal maatwerk en individuele verbeterafspraken.

6.4.2 Studies kwaliteit verpleeghuiszorg vanuit cliëntenperspectief

Het feit dat in de Kwaliteitskaders zelf de ervaren kwaliteit vanuit cliëntenperspectief maar beperkt is uitgewerkt, vloeit voor een belangrijk deel voort uit het feit dat instellingen een grote vrijheid hebben in welke specifieke instrumenten ze hiervoor inzetten. Via verschillende bronnen is een breed scala aan methoden, instrumenten en vragenlijsten beschikbaar. Het Nivel vat in een recent gepubliceerd onderzoek (de Groot, de Boer, & Francke, 2023) de huidige praktijk en een aantal eerdere

⁵ Het hier gegeven overzicht is niet compleet, maar beperkt tot criteria die mogelijk enige relevantie hebben binnen de scope van het te ontwikkelen afwegingskader.

overzichtsstudies samen. Dit onderzoek vond plaats in opdracht van Zorginstituut Nederland, dat onduidelijkheden had gesignaleerd met betrekking tot de volgende punten:

- In hoeverre en met behulp van welke werkwijzen en instrumenten worden cliëntrelevante uitkomsten inzichtelijk gemaakt in de langdurige zorg?
- Hoe wordt binnen zorgorganisaties voor een specifieke werkwijze of instrument gekozen?
- In hoeverre worden cliëntrelevante uitkomsten in de praktijk gebruikt om te leren en verbeteren?

Alhoewel de studie van het Nivel een grote diversiteit aan methoden en instrumenten inventariseert, signaleert het onderzoeksinstituut een aantal knelpunten, dat de kwaliteit, relevantie en gerealiseerde meerwaarde van onderzoek naar cliëntrelevante uitkomsten negatief beïnvloedt. Hoeveel er zeer veel instrumenten beschikbaar zijn, beperken veel zorgorganisaties zich tot de in het kwaliteitskader opgenomen minimumeis van één onderzoek(smethode), eens per drie jaar uitgevoerd. De keuze voor methoden of instrumenten wordt vaak niet op inhoudelijke gronden gemaakt, maar omdat ze binnen de sector gebruikelijk zijn, gebruiksklaar beschikbaar (via bijvoorbeeld de "waaier" van VGN) en/of omdat bepaalde instrumenten al worden gebruikt om binnen een sector tussen organisaties kennis en ervaringen uit te wisselen. Hoewel wel vereist, wordt in veel gevallen de cliëntenraad niet betrokken. Zorgprofessionals ervaren belemmeringen in de toepassing van uitkomsten in de praktijk. Dit kan zijn omdat terugkoppeling van uitkomsten van onderzoek naar zorgprofessionals ontbreekt, maar ook omdat de organisatorische en organisatieculturele randvoorwaarden ontbreken om een veilige sfeer en lerende cultuur te bieden niet aanwezig zijn. De instrumenten die worden ingezet zijn veelal kwalitatief van aard, toepassing van (semi-)kwantitatieve en mixed-methods instrumenten komt maar beperkt voor.

Een dieperliggende beperking van beschikbare methodes en instrumenten, zowel nationaal als internationaal, is dat zij gebaseerd zijn op a priori aannames welke aspecten van dagelijkse zorg en dagelijks leven in welke samenhang relevant zijn en dat deze veronderstellingen niet met het perspectief van cliënten als empirisch startpunt zijn gedefinieerd. Hiermee blijft onduidelijk in hoeverre de uitkomsten van methoden en instrumenten daadwerkelijk de voor cliënten meest wezenlijke aspecten van kwaliteit van zorg en leven in beeld brengen. Twee recente studies doen een poging op basis van peer-reviewed literatuur om door cliënten ervaren kwaliteit te structureren en te systematiseren. Deze worden hieronder nader besproken.

Sion et al (2019) Themes Related to Experienced Quality of Care in Nursing Homes from the Resident's Perspective

Deze studie (Sion, Zwakhalen, Odekerken-Schröder, Schols, & Hamers, 2020), onderdeel van een proefschrift (Sion, Connecting conversations: Experienced quality of care from the resident's perspective (doctoral dissertation), 2021), betreft een kwalitatieve analyse van kwaliteit ervaren vanuit cliëntenperspectief op basis van thematische datasynthese van inputs uit d.m.v. systematic review verzamelde literatuur (27 studies, uit 14 landen). Het bronmateriaal omvat enkele Nederlandse studies, maar analyse is niet specifiek op de Nederlandse langdurige zorg gericht.

Een belangrijke beperking die bij eventueel gebruik van deze studie voor afwegingskaders in het kader van P³Venti in het oog moet worden gehouden is dat de bronstudies en bijgevolg het proefschrift alleen kijken naar cliënten met somatische problematiek; studies naar kwaliteitservaringen van mensen met dementie zijn niet geïnccludeerd.

De analyse onderscheidt drie hoofdthema's met voor elk hoofdthema een of meer subthema's, daaronder een of meer categorieën en daaronder een of meer "key aspects". De hoofdthema's zijn (vertaald): Zorgomgeving, Identiteit en Sociale omgeving. Onderstaand overzicht geeft (in het oorspronkelijke Engels) de hoofdthema's, subthema's en categorieën weer. Het brondocument bevat uitgebreide overzichten van de volledige structuur.

Nursing home environment

- Physical environment
 - Nursing home characteristics
 - Resources
- Caring environment
 - Home
 - Privacy
 - Safety
 - Daily routines and activities

Individual aspects of living in the nursing home

- Personhood
 - Identity
 - Dignity
 - Self-determination
- Coping with change
 - Getting older
 - End-of-life

Social engagement

- Meaningful relationships
 - Staff
 - Family and friends
 - Other residents
- Care provision
 - Tailored care
 - Technical staff skills
 - Emotional staff skills

Een conceptueel framework en kwalitatieve assessment methode zijn door de hoofdauteur ontwikkeld in hoofdstukken 3 – 5 van het proefschrift.

Deze methodieken worden (begrijpelijkerwijs, gezien de recente datum en het conceptuele stadium van ontwikkeling) nog niet in de praktijk toegepast. Ze zijn daarvoor ook nog niet voldoende concreet gedefinieerd. Hoofdstuk 5 beschrijft een conceptueel model voor een narratieve assessmentmethode en enkele trial runs daarvan bij Zuid-Limburgse instellingen. In de verdere ontwikkeling van het afwegingskader langdurige zorg is mogelijk interessant om te onderzoeken of en hoe deze methode ondersteuning kan bieden bij het koppelen van observationele uitkomsten uit programmalijn I aan de deskresearch en stakeholderinput die in lijn IV wordt verzameld.

Een problematisch aspect van het in deze studie ontwikkelde conceptueel framework is dat het (nogal merkwaardig voor een ook op langdurige zorg gericht model) een voor-tijdens-na structuur hanteert voor assessment. Deze structuur lijkt a priori niet heel goed te passen bij de aard van zorgverlening in de Nederlandse langdurige zorg. Mogelijk reflecteert dit het gebruik voor de analyse van bronnen en studies over andere zorgstelsels dan het Nederlandse. In het Nederlandse zorgstelsel is het verblijf in de langdurige zorg over het algemeen structureel. Vanuit het oogpunt van toepassing voor de ontwikkeling van het afwegingskader is het zinvol vast te stellen dat de elementen in het “na” blok ook tijdens verblijf (d.w.z. nadat men enige tijd in de instelling woont en de accommodatiefase voorbij is) lijken te kunnen worden beoordeeld.

Shiells et al (2020) Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: a scoping review

Deze studie (Shiells, Pivodic, Holmerová, & van den Block, 2020) betreft een scoping review van door in verpleeghuizen verblijvende ouderen met dementie zelf gerapporteerde behoeften en ervaringen. In de review zijn 41 studies geïnccludeerd, waarvan meer dan de helft met een kwalitatief study design. Analyse van de gevonden studies heeft plaatsgevonden met behulp van thematische synthese.

De review richt zich specifiek op door ouderen zelf gerapporteerde behoeften en ervaringen omdat hier door de auteurs een specifieke, relevante kennislacune wordt verondersteld.

De studie onderscheidt acht thema's. Dit zijn geconceptualiseerde clusterings van meer specifieke op cliëntervaringen gebaseerde subthema's. Voor een aantal van deze subthema's zijn in de onderliggende literatuur specifieke behoeften omschreven. Voor een volledig overzicht zij verwezen naar de brontekst van de review (tabel 3), onderstaand worden de acht hoofdthema's in het oorspronkelijke Engels weergegeven.

- Activities
- Maintaining previous roles
- Reminiscence
- Freedom and choice
- Appropriate environment

- Meaningful relationships
- Support with grief and loss
- End-of-life care

De auteurs geven zelf als beperking aan dat slechts één studie is gevonden die de spirituele behoeften van cliënten verkent. Dit aspect kon men daarom niet meenemen in het conceptuele raamwerk. Het is volgens de auteurs echter wel een belangrijk aspect dat door middel van aanvullend onderzoek zou moeten worden verkend.

De studie was gericht op het construeren van een conceptueel raamwerk en niet op het beschrijven en/of uitwerken van toetsingscriteria en/of toetsingsmethoden. De uitkomsten van de studie vertonen wel behoorlijke overlap met die van Sion et al (2019). Mogelijk biedt de in Sion et al uitgewerkte narratieve assessmentmethode ook aanknopingspunten om de kwaliteitsthema's in deze studie te helpen operationaliseren.

6.5 Overzicht registraties en ervaringen tijdens COVID-19

6.5.1 'Stip op de horizon' langdurige zorg

De gevoelde noodzaak dit integrale kwaliteitsperspectief onder disruptieve omstandigheden in de toekomst beter te kunnen borgen, heeft een aantal partijen in de langdurige zorg – waaronder ActiZ, VGN en de Patiëntenfederatie Nederland – ertoe gebracht in maart 2022 een gezamenlijke 'stip op de horizon COVID-19' op te stellen (ActiZ, et al., Stip op de horizon COVID-19 in de langdurige zorg, in alle geclusterde woonvormen in de ouderen- en gehandicaptenzorg, 2022), bedoeld voor alle geclusterde woonvormen in de ouderen- en gehandicaptenzorg. De stip op de horizon is weliswaar ontwikkeld naar aanleiding van ervaringen met COVID-19, maar de partijen spreken nadrukkelijk de ambitie uit om de uitgangspunten ook voor toekomstige virusdreigingen relevant te laten zijn: "Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met standaard beleid voor alle virussen die een uitbraak tot gevolg kunnen hebben." De stip op de horizon omvat een aantal uitgangspunten dat mogelijk relevant is voor de definitie en inrichting van het afwegingskader. Zo stellen de partijen dat de kwaliteitskaders verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg het uitgangs- en vertrekpunt moeten zijn. De opstellers stellen de kwaliteit van leven van cliënten (maar ook van andere belanghebbenden) voorop. Ook zingeving en waardigheid worden genoemd als belangrijke aspecten. Om die te borgen is het nodig dat cliënten eigen regie kunnen voeren en zo veel mogelijk zelf kunnen beslissen. De stip op de horizon wijst op de essentiële rol die contact met naasten speelt voor de kwaliteit van leven van cliënten. Zowel in het geval van cliënten en naasten als van medewerkers worden keuzes in gezamenlijk overleg gemaakt. Gezondheidsrisico's worden afgestemd op individuele wensen en behoeften van bewoners en naasten; voor professionals geldt als uitgangspunt dat ze veilig en met plezier het werk kunnen doen waar ze deskundig voor zijn. Zorgorganisaties geven in de visie van de stip op de horizon zelf invulling aan

landelijke kaders: zij zoeken naar een optimale balans tussen kwaliteit van leven en veiligheid. Dat doen ze op basis van een duidelijke visie met draagvlak, die ze gebruiken als basis om maatwerkafspraken per locatie te maken. De kerndoelstelling van organisatiebeleid is behoud van plezier in het leven met zoveel mogelijk sociale contacten, bewegingsvrijheid en eigen regie. Daarbij wegen ze voortdurend de proportionaliteit van maatregelen op individueel niveau, locatieniveau en organisatieniveau. De uitgangspunten van de stip op de horizon worden door de opstellers vertaald naar acties/ commitments van de veldpartijen op negen aspecten:

- Bezoek en sociaal contact,
- Infectiepreventie,
- Eenduidig behandeladvies voor bewoners,
- Advance Care Planning,
- Omgaan met ethische dilemma's,
- Professionele zeggenschap en veilig werken,
- Zeggenschap van en communicatie met bewoners en naasten,
- Bouwkundige aspecten,
- Structureel overleg van veldpartijen om aandachtspunten te bespreken.

Niet al deze aspecten zijn voor de scope van het huidige onderzoek relevant. De aspecten "Bezoek en sociaal contact", "Infectiepreventie", "Professionele zeggenschap en veilig werken" en "Bouwkundige aspecten" zijn dat in ieder geval wel.

6.5.2 Kwaliteitsaspecten in COVID-response protocollen

CoronaWijzer Waardigheid en Trots

Het programma Waardigheid en Trots biedt voor zorgorganisaties de CoronaWijzer aan (Vilans, 2020). Dit betreft een gids op 15 onderdelen om in de eigen organisatie mee aan de slag te gaan. De wijzer specificeert actiepunten per onderdeel en verwijzingen naar officiële richtlijnen, draaiboeken, tools en praktijkvoorbeelden. De bron is bedoeld als praktisch handelingsperspectief voor professionals en als draaiboek om gepaste maatregelen snel te kunnen treffen. Het doel van het instrument is instellingen te helpen om te monitoren of het organisatiebeleid (met betrekking tot COVID-19) conform de landelijke richtlijnen is en waar nodig acties uit te zetten en te monitoren.

De link van het document met kwaliteit van zorg is indirect. De CoronaWijzer is niet bedoeld als kwaliteitskader, maar als referentiekader voor planning en compliance monitoring. Wel is het zo dat de 15 onderdelen zijn geselecteerd omdat ze een relatie tot zorgkwaliteit hebben. Kwaliteit moet daarbij breed worden opgevat en heeft grotendeels betrekking op veiligheid en op managing van het proces rond coronapreventie als zodanig. Enkele onderdelen hebben wel meer specifiek betrekking op zorg- en levenskwaliteit. Dit gaat om de volgende onderdelen:

- Actieve monitoring van bewoners op psychosociale belasting,
- Advance Care Planning voor elke bewoner vastgelegd in het zorgplan,

- Het bekend zijn en nageleefd worden van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij dit onderdeel is vooral het aspect “afwegingen over de zorg” relevant,
- Bezoek en sociaal contact,
- Zorg bij en na overlijden,
- Activiteitenbegeleiding en vrijwilligers.

De CoronaWijzer doet zelf geen uitspraken over wat kwaliteit is of welk kwaliteitsniveau bereikt moet worden: het instrument is primair een op proces- en structuurindicatoren gestoelde checklist. Per onderdeel wordt wel doorverwezen naar onderliggende documentatie, zoals richtlijnen en onderzoeksrapporten, die meer inhoudelijk op de betreffende onderdelen ingaan.

Voor de ontwikkeling van het afwegingskader geeft de systematische opbouw van de CoronaWijzer mogelijk houvast.

Afwegingskader Fase 3: code zwart

ActiZ, Zorgthuis.nl, VerenSo en V&VN hebben in maart 2021 het Afwegingskader voor Fase 3: code zwart uitgebracht (ActiZ, V & VN, Verenso, & Zorgthuisnl, 2021). Het afwegingskader is opgesteld als nadere invulling (voor de langdurige zorg) van het Tijdelijk beleidskader kwaliteit en continuïteit van zorg in fase 3 van VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Gezien de focus van het afwegingskader, het hoogste acute escalatieniveau, gaat het document vooral over wat we als ‘minimale zorg’ moeten beschouwen. Dit kan opgevat worden als een soort werkdefinitie van ‘bodemkwaliteit’ in de langdurige zorg. Het Afwegingskader fase 3 heeft de ambitie informatie te verschaffen die op termijn ook in andere crisissituaties gehanteerd kan worden.

Zorgcontinuïteit wordt in die zin als kwaliteitsaspect benoemd dat noodzakelijke in- en doorstroom kan blijven plaatsvinden. Het niet meer kunnen borgen van die continuïteit is een signaal om op te schalen naar de regionaal verantwoordelijke organisatie (DPG). Daarnaast dient elke zorgorganisatie aangesloten te zijn bij een regionaal VVT-overleg. Indien regionale coördinatie nog steeds niet de zorgcontinuïteit kan borgen, moet verder opgeschaald worden naar bovenregionale coördinatie. Lijst van “mogelijke maatregelen binnen zorgorganisaties” geeft bij verstek inzicht in kwaliteitsparameters. Al deze maatregelen betreffen een compromis t.o.v. wat onder normale omstandigheden kwaliteitscriteria zijn:

- Alleen urgente cliënten in zorg nemen; in uiterste geval opnamestop,
- Tijdelijk afschalen van zorg,
- (wijkverpleging: routes combineren of verlengen; COVID-wijkteams),
- Noodlocaties voor wijkverpleging,
- Meerdere bedden per kamer,
- Bedden in niet-beddenkamers,
- Stopzetten dagopvang/dagbehandeling,
- Inzet van anderen: familieleden, vrijwilligers, medewerkers andere sectoren, niet-zorgmedewerkers, flexibele schil,

- Alternatieve invulling triage urgente medische zorg,
- Maaltijdvoorziening extern organiseren.

Het begrip “minimale zorg” wordt verder geoperationaliseerd. Minimale zorg omvat:

1. Zorgdragen voor eten en drinken,
2. Voorschrijven, aanreiken/toedienen van medicatie,
3. Zorgdragen voor zuurstof,
4. Voorbehouden en risicovolle handelingen,
5. Assistentie bij toiletgang of incontinentie,
6. Verzorgend wassen,
7. Urgente en acute medische behandeling,
8. Bieden van dagstructuur,
9. Palliatieve zorg.

Het afwegingskader verstrekt geen toetsingscriteria voor kwaliteit als zodanig, anders dan – bij implicatie – dat met de criteria van minimale zorg het basisniveau voor zorgkwaliteit wordt gedefinieerd. Deze criteria worden in het afwegingskader verder niet geoperationaliseerd, waarschijnlijk omdat ze dat in door de sector gebruikelijk toegepaste kwaliteitsnormen en -standaarden al wel zijn.

6.5.3 Kwaliteitseffecten dementiezorg

Het onderzoek ISOLATE, met het LUMC als penvoerder uitgevoerd onder het COVID-19 programma van ZonMW, is een kwalitatieve studie naar de impact van COVID-19 en sociale isolatie in de dementiezorg (Smaling, Tilburgs, Achterberg, & Visser, 2022), (Visser, Tilburgs, Achterberg, & Smaling, 2022). De impact is daarbij onderscheiden naar: persoon met dementie, mantelzorger en zorgmedewerker. Zowel de dementiezorg met verblijf als dementiezorg thuis zijn onderwerp van onderzoek.

In verband met de beperkte omvang van de studie is voorzichtigheid geboden bij het generaliseren van de uitkomsten. De conclusies van de studie zijn wel zeer relevant voor ons onderzoek.

Effecten personen met dementie

Het is onduidelijk in welke mate verschillen met betrekking tot de cognitieve gesteldheid toe te rekenen zijn aan de effecten van COVID-19 en COVID-19 maatregelen: natuurlijk beloop speelt ook een rol. De fysieke gesteldheid van personen met dementie is negatief beïnvloed. Mensen met dementie hebben minder beweging doordat zij minder activiteiten doen en minder buiten komen. Dit resulteert in gewichtstoename en stramheid/stijfheid. Buiten de scope van ons huidige onderzoek is de bevinding dat mensen met dementie die thuis wonen gewichtsverlies laten zien. Doordat zij minder hulp krijgen met koken eten zij minder goed. Effecten op gedrag en gedragsproblematiek zijn gerelateerd aan het stadium van dementie waarin de persoon verkeert. In het verpleeghuis komt onrust en agressie voor vanwege sociale isolatie. In de thuissituatie leidt sociale isolatie tot neerslachtigheid en verveling. Dit is gerelateerd aan het stadium van de dementie: Mensen met milde dementie hebben het in het verpleeghuis zwaar (missen sociale contacten), maar thuis minder zwaar (hebben minder beperkingen).

Mensen met ernstige dementie hebben het thuis zwaar (geen hulp, vallen tussen wal en schip), maar in het verpleeghuis relatief minder zwaar (krijgen minder mee van sociale isolatie).

Effecten mantelzorgers

Het onderzoek signaleert negatieve effecten op een aantal verschillende onderwerpen. Alternatieve vormen van communicatie zoals videobellen en raamgesprekken worden door mantelzorgers als niet gelijkwaardig aan reguliere communicatievormen ervaren, maar worden wel gewaardeerd onder het motto "beter iets dan niets". De grootste zorg van de mantelzorgers richt zich erop dat deze vormen van communicatie voor hun naaste met dementie niet goed werken. De veiligheid van naasten met dementie is een belangrijk punt van zorg: mantelzorgers ervaren angstgevoelens en vragen zich af of medewerkers zich wel aan de maatregelen houden. De ruimte voor (in geval van eigen keuze) dan wel noodzaak tot verlenen van informele zorg in het verpleeghuis neemt door de COVID-19 maatregelen sterk af. Hiermee valt voor mantelzorgers ook de sociale functie van het verpleeghuis weg. Hiermee hangt samen dat naasten van mensen met dementie in het verpleeghuis zich buitenspel gezet voelen. Tijdens perioden van sociale isolatie in verband met COVID-19 maatregelen moeten zij alle verantwoordelijkheden uit handen geven.

Zorgmedewerkers

Gevonden effecten bij zorgmedewerkers richten zich onder andere op schuldgevoelens: zorgmedewerkers begrijpen het verdriet bij naasten en voelen zich ongemakkelijk dat zij wel contact kunnen hebben met bewoners. Dat naasten zich niet altijd aan de maatregelen houden kan op begrip van medewerkers rekenen. Hiermee houdt mogelijk verband dat medewerkers in de verpleeghuizen de maatregelen achteraf te strikt vinden en in sommige gevallen spijt hebben van handhaving. De werkdrukke voor zorgmedewerkers in het verpleeghuis is toegenomen. Wel was het in de verpleeghuizen iets rustiger doordat minder bezoek door naasten kon plaatsvinden.

Een door UKON Bureau uitgevoerde enquête *Probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners en COVID-19 maatregelen* geeft een beeld van de effecten tijdens de vroege fase van de COVID-19 pandemie: de verzamelde gegevens hebben betrekking op april 2020. De gegevens uit de enquête zijn daarom vooral relevant voor de 'acute' fase van deze of een volgende pandemie. Zoals onder andere uit het hiervoor besproken onderzoek valt af te leiden, treden veranderingen in ervaringen en percepties op naarmate een pandemie langer duurt.

In deze acute fase zijn de effecten op (probleem)gedrag niet eenduidig positief of negatief. De afname van het aantal prikkels leidt zowel tot positieve gedragsverandering (minder onrust) als tot negatieve gedragsverandering. Veel voorkomende negatieve gedragsveranderingen zijn apathie, depressie, toenemende angst en negatieve gevoelens en gedragingen jegens naasten. Door de maatregelen die in de acute fase moesten worden getroffen, nam de interactie tussen bewoners in veel gevallen toe. Dit kon leiden tot verbetering van de band tussen bewoners maar ook tot een toename van probleemgedrag. In de acute fase lijkt de sfeer op de afdeling en tussen medewerkers onderling vaker

te zijn verbeterd dan verslechterd. Het effect op overleg binnen teams, naleven van behandelaafspraken, werkdruk en werktevredenheid is overwegend tot sterk negatief.

Inzoomend op specifieke maatregelen is het beperken van bezoek niet eenduidig positief of negatief: beide typen effect worden gevonden. Een aantal andere maatregelen heeft een overwegend tot vrijwel exclusief negatief effect op probleemgedrag:

- Niet van de kamer af mogen,
- Beperking naar buiten gaan,
- Beperking inzet vrijwilligers,
- Verandering samenstelling zorgteam,
- Wijziging aanbod activiteiten,
- Beschermende kleding personeel.

Medewerkers rapporteren verder dat er druk staat op de kwaliteit van behandelingen door noodgedwongen aanpassingen aan de manier van werken.

6.5.4 Kwaliteitseffecten zorg aan mensen met een beperking

Om zorgorganisaties te ondersteunen, heeft de Associatie van Academische Werkplaatsen Verstandelijke Beperkingen, het initiatief genomen om een online kennisomgeving in te richten (Associatie van Academische Werkplaatsen, sd), waar vragen van zorgorganisaties met betrekking tot COVID-19 en zorgverlening door wetenschappers van de aangesloten academische werkplaatsen worden beantwoord op basis van een analyse van beschikbare literatuur. De vragen zijn onderverdeeld naar Gedrag, Gezondheid en Participatie. De meeste vragen en daarmee ook de literatuuranalyses dateren van voorjaar en zomer 2020. De wetenschappelijke samenvattingen geven daarmee een goed beeld van de stand van kennis en onderzoek op dat moment.

Een deel van de vragen vanuit het veld is specifiek relevant voor de scope van ons huidige onderzoek. Hoewel specifiek gericht op de groep cliënten met verstandelijke beperkingen, zijn veel inzichten – enigszins aangepast – naar verwachting ook toepasbaar te maken op andere doelgroepen binnen de langdurige zorg. We lichten er hier enkele analyses uit met een op het eerste gezicht hoge relevantie voor de ontwikkeling van het afwegingskader.

Een analyse van december 2021 (Voermans, Frielink, Schuengel, & Embregts, 2021) kijkt vrij uitgebreid naar de mogelijke impact op mensen met een verstandelijke beperking van het niet kunnen deelnemen aan arbeid of dagbesteding. Er is groeiende wetenschappelijke evidentie voor de belangrijke waarde van arbeid of dagbesteding voor de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking. Dat komt onder andere doordat arbeid en dagbesteding in verband worden gebracht met een betere fysieke en mentale gezondheid en tot een gevoel van inclusie bij mensen met een verstandelijke beperking. Zowel voor als gedurende de pandemie is er in de wetenschappelijke literatuur weinig gerapporteerd over de effecten van het verlies van werk of dagbesteding op het leven van mensen met een verstandelijke beperking. De – overwegend kwalitatieve – studies die gedurende de pandemie zijn uitgevoerd wijzen erop dat het wegvallen van werk- en dagbestedingsactiviteiten een negatieve impact heeft gehad op de levens van veel mensen met een verstandelijke beperking. Deze

studies suggereerden dat werkloosheid kan leiden tot sociale isolatie, gevoelens van eenzaamheid en psychische problemen, met name vanwege een gebrek aan relationele verbondenheid en structuur in dagritme. Op basis van wetenschappelijke literatuur is niet te zeggen voor welke mensen met een verstandelijke beperking het noodzakelijk is te kunnen blijven deelnemen aan werk of dagbesteding buitenshuis. Wel kan worden aangeraden om op individueel niveau de fysieke en psychische kwetsbaarheid en het risico op vereenzaming mee te wegen in de keuze om al dan niet te blijven deelnemen aan werk of dagbesteding buitenshuis. Gezien het feit dat er weinig wetenschappelijke kennis bestaat over de impact van verlies op werk of dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking buiten de COVID-19 pandemie, is het moeilijk te zeggen of het verlies van werk of dagbesteding tijdens de pandemie een andere impact had. De mogelijkheid bestaat wel dat mensen met een verstandelijke beperking door het verlies van werk of dagbesteding tijdens een pandemie een groter risico lopen op het ontwikkelen van psychische gezondheidsproblemen, omdat zij moeilijker een beroep kunnen doen op professionele of sociale steunbronnen. Het is niet helemaal duidelijk of deze laatste constatering binnen de scope van ons onderzoek valt. Enerzijds valt te verwachten dat vooral zelfstandig wonende mensen met een verstandelijke beperking hier tegenaan lopen, anderzijds kunnen ook maatregelen op zorglocaties met verblijf er de facto toe leiden dat steunbronnen voor cliënten moeilijker te benaderen zijn.

In antwoord op een vraag over het effect van COVID-19 maatregelen op probleemgedrag en functioneren van mensen met een verstandelijke beperking in instellingen voor langdurige zorg wordt op basis van een vergelijking van incidentmeldingen bij de grote landelijke zorgorganisatie 's Heeren Loo geconcludeerd dat het aantal meldingen van agressie een duidelijke stijging vertoont (Schuengel, Tummers, Embregts, & Leusink, 2020). Met betrekking tot onverklaarde aanwezigheid en medicatie-incidenten is geen sprake van een duidelijke trend. De analyse heeft betrekking op de eerste maanden van de pandemie (afgezet tegen gegevens van vóór de pandemie): er is geen informatie voorhanden over de trends in incidenten gedurende het verdere verloop van de pandemie.

Een scoping review uitgevoerd door onderzoekers verbonden aan het Tranzo instituut van de Universiteit Tilburg (Embregts, Nijs, & van Oorsouw, Wat [is] de mogelijke impact van deze crisis op het fysieke, mentale en sociale functioneren van personen met een verstandelijke beperking?, 2020) concludeert dat virusuitbraken⁶ een negatieve invloed hebben op het fysieke functioneren van mensen met een beperking. De kans op en ernst van negatieve invloed zijn hoger dan bij de gemiddelde burger, een gevolg van de hogere zorgnood en de aanwezigheid van co-morbide stoornissen.

Maatregelen die getroffen worden om de fysieke risico's te beperken kunnen op hun beurt weer van invloed zijn op het mentale en sociale functioneren van individuen uit de betreffende doelgroep.

Een vierde analyse (Embregts, van Oorsouw, & Nijs, Wat zijn mogelijke gevolgen van deze crisis op het psychologisch welbevinden van medewerkers en hoe kunnen we na de crisis onze medewerkers zo goed mogelijk begeleiden?, 2020) kijkt naar het effect van de pandemie op het psychologisch

⁶ Vanwege de beperkte beschikbaarheid van gegevens specifiek voor SARS-CoV-2, hebben de onderzoekers ook gekeken naar literatuur over eerdere virusuitbraken.

welbevinden van medewerkers. Bij deze analyse hebben de onderzoekers ook studies betrokken over eerdere virusuitbraken, alsmede studies meer in het algemeen naar personeel in de gezondheidszorg. Specifiek voor de gehandicaptenzorg bleken nauwelijks studies voorhanden. De gevonden studies maken melding van emotionele reacties en ethische dilemma's bij medewerkers. De opstellers van de wetenschappelijke samenvatting melden dat de onderliggende studies kenmerken identificeren van de cliënt, zorgprofessional en maatschappij-brede restricties die de bereidheid en mogelijkheid van zorgprofessionals om te werken beïnvloeden. Risicofactoren voor psychologisch welbevinden zijn onder het gebrek aan aangepaste gebouwen om bijvoorbeeld besmette cliënten te kunnen isoleren, alsmede het onvoldoende vinden van gehoor bij het management. Beschermende factoren zijn onder andere de aanwezigheid van beschermend materiaal, duidelijke richtlijnen en beleid, en educatie en informatie. De analyse die is gedaan naar aanleiding van een vraag van een zorgorganisatie naar de impact voor cliënten in de gehandicaptenzorg van het langdurig geen bezoek kunnen ontvangen, is uitgevoerd op een zodanig vroeg punt in de pandemie dat nog maar zeer weinig relevante evidentie beschikbaar was (Tharner, et al., 2020).

6.5.5 Kwaliteitseffecten: verwachte input uit onderzoekslijn I van P³Venti

In onderzoekslijn I van P³Venti vindt observationeel onderzoek plaats in verblijfslocaties voor langdurige zorg (P³Venti, 2023). Bij dit onderzoek worden de interacties tussen cliënten, professionals en bezoekers systematisch in kaart gebracht. De aldus geïnventariseerde interacties worden met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethodes geduid in termen van hun rol in en waarde voor het proces van zorgverlening en ondersteuning. Het is de bedoeling de gecombineerde uitkomsten onder te brengen in een Waarden, Interacties en Risico's (WIR) model. De interacties staan centraal, het beoogde model moet ondersteuning bieden bij het afwegen van enerzijds de waarde voor kwaliteit van zorg en leven en anderzijds het risico op besmetting, alsmede bij het verkennen van de waarde en risico's van alternatieven voor de gebruikelijke interacties. Hierdoor kan gaandeweg een in de praktijk geworteld begripsmodel ontstaan waarin kwaliteit begrepen wordt op basis van de waargenomen zorgverlening en de opvattingen en prioriteiten die zorgprofessionals daarvoor meenemen. Dit begripsmodel op basis van waargenomen praktijk kan in combinatie met de hierboven beschreven instrumenten en literatuur worden gebruikt om met betrokken actoren in het veld een gezamenlijk beeld van kwaliteit binnen de scope van ons huidige onderzoek te formuleren. Zo'n gezamenlijk beeld is een essentiële voorwaarde om voorspellingen te kunnen doen over het effect op kwaliteit van verschillende scenario's voor virusdreiging en toegepaste maatregelen.

7 BIJLAGE B – PROTOCOL EN VRAAGSTELLING STAKEHOLDERINTERVIEWS

Inleiding

Dank u voor uw interesse in en medewerking aan het onderzoek naar de effecten van de COVID-19 pandemie op langdurige zorg dat wij uitvoeren bij de Universiteit Leiden en TNO, in samenwerking met diverse instellingen en organisaties.

Het doel van dit project is om een afwegingskader te ontwikkelen waarin de aard en mate van impact van besmettingsrisico's en voorzorgsmaatregelen in kaart worden gebracht. Een afwegingskader is een instrument dat helpt bij het nemen van complexe beslissingen. Het doel van het afwegingskader is om de overheid en belanghebbenden te ondersteunen bij het prioriteren van publieke investeringen in ventilatie.

Ik ga zo meteen met u in gesprek over de impact van COVID-19 besmettingen en maatregelen op verschillende domeinen binnen de sector langdurige zorg. Deze kennis zal worden gebruikt om een effectief en volledig afwegingskader te creëren.

Het gesprek zal ongeveer 60 minuten duren [of korter indien eerder aangegeven] en zal worden opgenomen. Gaat u hiermee akkoord?

Het is belangrijk om te weten dat we vooral geïnteresseerd zijn in uw persoonlijke ervaringen en opvattingen. Er zijn dus geen goede of foute antwoorden; het gaat echt om uw beleving.

Heeft u vooraf nog vragen over dit gesprek of het onderzoek in het algemeen?

Zou u allereerst kunnen beschrijven wat uw functie is, en hoe uw werkzaamheden er op een doorsnee dag over het algemeen uitzien? Sinds wanneer bent u hier werkzaam?

Algemene vragen over de impact van besmettingen

- Zou u kort kunnen noemen welke aspecten van de langdurige zorg u denkt dat het meest zijn getroffen door COVID-19 besmettingen?
- Welke aspecten van de langdurige zorg denkt u dat het meest zijn getroffen door maatregelen tegen covid?
- Tijdens ons deskresearch hebben we vier domeinen in de langdurige zorg geïdentificeerd die volgens literatuur en openbare documenten het meest zijn getroffen door de pandemie. Deze domeinen zijn: oversterfte, gezondheidsschade, kwaliteit van dienstverlening en productie uitval. Herkent u deze domeinen? Zijn er andere belangrijke aspecten van de langdurige zorg die we hebben gemist?

Vragen over de startdomeinen

Gezondheidsschade

- Als we willen kijken naar de gezondheidsschade veroorzaakt door de pandemie, hoe zou u dan gezondheidsschade definiëren? Welke aspecten daarvan zijn naar uw mening het belangrijkste om in overweging te nemen?
- Wat was de impact van besmettingen op de gezondheidsschade in de langdurige zorg [voor algemene actoren]/in uw instelling [voor specifieke instellingen]?
- Wat was de impact van maatregelen op de gezondheidsschade? We zijn vooral geïnteresseerd in mogelijke negatieve consequenties van maatregelen op de gezondheidsschade. [Indien respondent over 1 soort gezondheidsschade praat, een extra vraag stellen over andere soorten: fysiek, mentaal, sociaal]
- In hoeverre was het mogelijk om de gezondheidsschade door COVID-19 te meten in de langdurige zorg [voor beleidsmakers]/ in uw instelling [voor medewerkers]? Is dit gedaan in de langdurige zorg/ uw instelling? Indien dit het geval was, hoe is dit gedaan of hoe zou dit kunnen worden gedaan?

Kwaliteit van dienstverlening

- Wat zijn, volgens u, de meeste belangrijkste aspecten van de kwaliteit van dienstverlening?
- Wat was de impact van besmettingen op de kwaliteit van dienstverlening in de langdurige zorg (voor algemene actoren)/in uw instelling?
- Wat was de impact van maatregelen op de kwaliteit van dienstverlening? We zijn vooral geïnteresseerd of er negatieve effecten op maatregelen op de kwaliteit van dienstverlening zijn geweest.
- Was er iets in de langdurige zorg/ uw instelling gedaan om de vermindering in de kwaliteit van dienstverlening te voorkomen?
- In hoeverre was het mogelijk om de impact van de pandemie op de kwaliteit van de dienstverlening te meten in de langdurige zorg? Is hier een poging toe gedaan? Indien dit het geval was, hoe is dit gedaan of hoe zou dit kunnen worden gedaan?

Productie-uitval

- Wat was de impact van besmettingen op de productie-uitval in de langdurige zorg (voor algemene actoren)/in uw instelling?
- Wat was de impact van maatregelen op de productie-uitval? We zijn vooral geïnteresseerd in mogelijke negatieve effecten van maatregelen op de productie-uitval.
- Was er iets in de langdurige zorg/ uw instelling gedaan om de productie-uitval te voorkomen?
- Hoe moeilijk was het om de impact van de pandemie op de productie-uitval te meten? Was dat gedaan? Indien dat zo was, hoe?

Algemene vragen over het kader

- Bent u betrokken geweest bij de besluitvorming rondom de impact van COVID besmettingen of de maatregelen die zijn ingesteld tegen COVID in de afgelopen periode? Wat was uw algemene indruk hierover?

- Begrijpt u hoe de beslissingen met betrekking tot pandemische paraatheid in de langdurige zorgsector zijn genomen?
- Welke informatie mist u nog in de besluitvorming? Op welke manier zou een afwegingskader u kunnen helpen?
- Aan welke functies moet een dergelijk afwegingskader volgens u voldoen?

8 BIJLAGE C – LIJST INVENTARISATIE INTERVIEWEES

Brancheorganisaties:

ActiZ

Binnenklimaat Nederland

Vastgoedeigenaar:

Woonzorg Nederland

Zorginstellingen:

De Wever Woonzorg- en behandelcentra

Icare

Ons Tweede Thuis

Zozijn

Vecht en IJssel

Aafje

ZorgSpectrum

's Heeren Loo

Overige:

Systemair installatiebedrijf

Radboud Universiteit