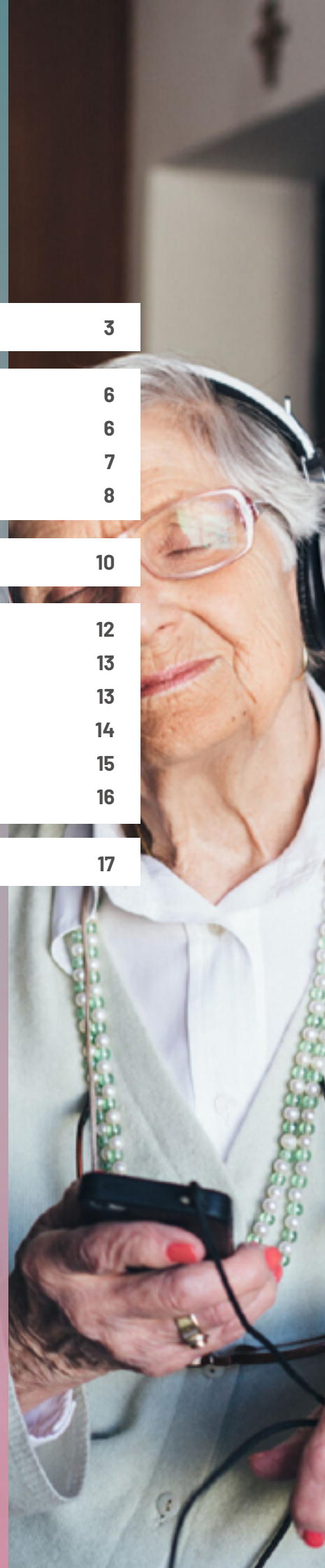


Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd



Inhoud

1.	Inleiding	3
2.	Proces	6
	Fasering	6
	Voorwaarden	7
	Monitoring	8
3.	Uitgangspunten	10
4.	Bezoekersprotocol	12
	De bewoner	13
	De bezoeker	13
	De (zorg)professional	14
	Het verpleeghuis (procedures)	15
	Uitzonderingsgevallen	16
5.	Bijlagen	17



1. Inleiding

Sinds maart 2020 heeft ook in Nederland de dreiging van het coronavirus een crisis van ongedachte omvang veroorzaakt. Het kabinet heeft in onzekere omstandigheden zware maatregelen genomen om de verspreiding van het virus tegen te gaan.

In de verpleeghuissector heeft de maatregel om verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg vanaf 20 maart te sluiten voor bezoekers en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg, een grote impact. Deze sluitingsmaatregel is bedoeld om de kwetsbare bewoners en zorgprofessionals te beschermen tegen het coronavirus en is in lijn met het advies van het OMT over het beperken van contacten en in het bijzonder het beperken van bezoek aan kwetsbare personen. De maatregel geldt ook voor vrijwilligers die zelf klachten ervaren of die in de groep van kwetsbare personen vallen. In de praktijk blijkt dat een groot deel van de vrijwilligers gezien hun leeftijd in deze groep vallen.

Door de maatregel is het voor familie en vrienden van bewoners van verpleeghuizen voorlopig niet mogelijk om op bezoek te gaan, terwijl dit voor het welzijn van de bewoner van groot belang kan zijn. De beschermingsmaatregel trekt daarmee een enorme wissel op verpleeghuisbewoners, naasten en zorgprofessionals. Natuurlijk doen de organisaties en hun zorgprofessionals er alles aan om bewoners en naasten op andere manieren met elkaar in contact te laten blijven. Het staat echter buiten kijf dat goede initiatieven zoals (video)bellen geen vervanging zijn voor direct contact.

Het kabinet heeft vastgesteld dat de versoepeling van de bezoekenregeling onvermijdelijk risico's met zich meebrengt. De ontwikkelde aanpak is weloverwogen, waarbij dit risico door de gefaseerde en gecontroleerde aanpak geminimaliseerd wordt. Samen voelen overheid en de veldpartijen de verantwoordelijkheid om te zoeken naar de juiste balans tussen enerzijds het voorkomen van besmetting en verspreiding van het virus en anderzijds alle aspecten m.b.t. kwaliteit van leven.



Drie voorwaarden van het kabinet als basis voor de transitie strategie

Consistent worden door het kabinet de volgende drie voorwaarden benoemd als basis voor de verdere ontwikkeling van de transitiestrategie. Bij deze voorwaarden worden de elementen benoemd die belangrijk zijn voor de versoepeling van de bezoekenregeling.

1

De druk op de acute en reguliere gezondheidszorg moet beheersbaar blijven

- a. De curve met betrekking tot het totaal aantal coronabesmettingen moet voldoende gekeerd zijn. Ook bij het totaal aantal coronabesmettingen in de verpleeghuizen moet een afvlakkende curve te zien zijn.
- b. Landelijk en met name lokaal moeten er voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar zijn en gepast gebruikt worden.
- c. Er is sprake van een actief testbeleid voor mensen met klachten, i.c. bewoners van verpleeghuizen, medewerkers in de verpleeghuizen en bezoekende familie/mantelzorgers.

2

Bescherming van ouderen, kwetsbare burgers en medewerkers in de zorg

- a. Een versoepeling van de bezoekenregeling mag niet leiden tot een dusdanig hoog aantal nieuwe besmettingen onder cliënten, bezoekers en zorgmedewerkers. Bestendigen: $R < 1$.
- b. Het toepassen van het juiste evenwicht tussen strikt noodzakelijke gezondheids-/hygiënemaatregelen en oog voor een humaan leven.

3

Zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus

- a. Het aanpassen of treffen van maatregelen kan alleen op een intelligente en verantwoorde wijze plaatsvinden in combinatie met monitoring van het aantal besmettingen. Het vergroten van de kennis over de transmissie van het virus is hierbij cruciaal.

Aanvullend hierop heeft VWS gesteld dat goede zorg en welzijn van kwetsbare ouderen die wonen in verpleeghuizen en hun naasten onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Hiermee wordt de verbinding gemaakt met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: de geboden zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven van een individuele bewoner. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van leven en ondersteuning. Daarnaast zijn we als veld ook mede verantwoordelijk voor het niet verder verspreiden van het virus in het verpleeghuis en in de regio om het verpleeghuis heen.



Met betrokken veldpartijen is gewerkt aan een gezamenlijke handreiking voor de gefaseerde en gecontroleerde aanpak van de bezoeksregeling voor de verpleeghuiszorg. Deze handreiking is bedoeld om binnen zorgorganisaties afspraken te maken hoe deze versoepeling van de bezoeksregeling te organiseren is. De handreiking is geschreven voor de eerste zorgorganisaties die benaderd zijn om vanaf 11 mei een versoepeling mogelijk te maken. Daarnaast biedt deze handreiking andere zorgorganisaties de mogelijkheid om zich eventueel voor te bereiden op de situatie na 25 mei. Ondertussen vormen de ervaringen van de 25 organisaties die per 11 mei van start gaan met de versoepeling van de bezoeksregeling input voor een eventuele aanpassing van deze handreiking voor de situatie na 25 mei 2020.

Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op het proces van de versoepeling van de bezoeksregeling. Vervolgens wordt in het derde hoofdstuk ingegaan op de uitgangspunten die gelden bij deze versoepeling. In hoofdstuk vier volgt een bezoekersprotocol. In de bijlagen van deze handreiking vindt u de onderbouwing van het bezoekersprotocol. De onderbouwing is tot stand gekomen door zowel een theoretische verkenning als het organiseren van verschillende focusgroepen bij zorgorganisaties.



2. Proces

Minister De Jonge heeft in de persconferentie van woensdag 6 mei 2020 aangekondigd dat de verpleeghuizen gefaseerd weer open gaan voor bezoek.

Fasering

Fase 1

Verpleeghuislocatie zonder besmettingen: één vaste bezoeker per bewoner. Het betreft maximaal 1 locatie per veiligheidsregio.

Op een verpleeghuislocatie waar COVID-19 aanwezig is, vindt geen bezoek plaats. Bezoek is enkel mogelijk op een locatie die 'schoon' is. Het behandeladvies van Verenso en de richtlijnen van het RIVM zijn hierbij leidend. Zodra er sprake is van een (onbeheersbare) uitbraak is er de mogelijkheid om de bezoekenregeling (tijdelijk) volledig stop te zetten, dit ter beoordeling aan het crisis/uitbraakteam van de zorgorganisatie.

In de bijlage van deze handreiking is de 'medische handreiking mbt bezoek' van Verenso opgenomen. In deze medische handreiking is aangegeven dat het ook mogelijk is om op afdelingsniveau bezoek toe te laten, onder verschillende voorwaarden. Het besluit van het Kabinet is echter dat nu enkel verpleeghuislocaties deel mogen nemen die geheel vrij zijn van COVID-19. Dit punt nemen de veldpartijen mee in de doorontwikkeling van deze handreiking voor een vervolg wat mogelijk is vanaf 25 mei 2020.

Selectie van locaties

Per veiligheidsregio kan in fase 1 één locatie (of afgezonderd gedeelte van een locatie) zonder besmettingen meedoen. De verantwoordelijk Directeur Publieke Gezondheid zal zorgorganisaties benaderen met een verzoek tot deelname. Het betreft alleen verpleeghuislocaties zonder besmettingen en altijd geldt: één vaste bezoeker per bewoner.

De deelnemende organisatie dient aantoonbaar een plan te hebben gemaakt dat in overeenstemming met de cliëntenraad, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar tot stand is gekomen. Met als doel dat op 11 mei 2020 de eerste locaties beperkt bezoek toelaten.



Fase 2

In fase 2 is het de bedoeling om verder op te schalen wat betreft het aantal locaties. De opzet is – afhankelijk van de bevindingen – dat deze fase op 25 mei 2020 ingaat. Voordat deze verruiming plaatsvindt, zullen de cijfers wel nadrukkelijk bekeken worden.

Voorwaarden

In de kamerbrief 'COVID-19 update stand van zaken' van 6 mei 2020 heeft de minister een aantal voorwaarden genoemd voor versoepeling van de bezoeksregeling. De eerste randvoorwaarden waaraan de betreffende zorgorganisatie moet voldoen is dat de organisatie vrij is van besmettingen. Daarnaast zien de randvoorwaarden voor de organisatie onder andere op:

- Monitoring met betrekking tot besmetting met COVID-19;
- Naleving van de gestelde regels en goed zicht op welbevinden;
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen;
- Strikte naleving (hygiëne-) richtlijnen van het RIVM;
- Voldoende testcapaciteit;
- Voldoende personeelsbezetting.

De randvoorwaarden voor de bezoekers betreffen:

- Afspraken over frequentie en duur van het bezoek;
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner;
- Persoonlijke hygiëne maatregelen;
- De spreiding van het bezoek over de dag en over de week;
- Bezoek vindt zo veel als mogelijk plaats op anderhalve meter afstand, ook van zorgverleners en andere bewoners en er wordt enig toezicht op het bezoek gehouden;
- Uiteraard dient de bezoeker vrij te zijn van klachten die kunnen duiden op COVID-19 of andere klachten.

Aan de organisaties zelf is het om in samenspraak met de cliëntenraad, OR, VAR/PAR, en de regiebehandelaar met een inhoudelijk plan te komen dat voldoet aan de voorwaarden (zie bijlage 1), de uitgangspunten en het protocol uit deze handreiking. In het plan wordt ook de informatie voor bewoners, bezoekers en medewerkers nader uitgewerkt. Een lokaal plan maakt tevens de monitoring inzichtelijk op compliance en welbevinden. De hoofdlijnen voor deze fase worden hieronder verder toegelicht.

Naast de randvoorwaarden voor de organisatie van de bezoeksregeling en de voorwaarden aan de bezoeker zijn er ook een aantal voorwaarden aan de organisaties die deelnemen. Een van de voorwaarden is dat de organisatie zich committeert aan de registratie van COVID-19 in de ECD-systemen (YSIS, ONS, Pluriform Zorg).



De voorwaarden die genoemd zijn in de Kamerbrief zijn verder uitgewerkt in een bezoekersprotocol in hoofdstuk 4.

Monitoring

De monitoring zal in afstemming met de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg ingericht worden. Op dit moment vindt er nog afstemming plaats met deze werkplaatsen over de inrichting van deze monitoring. De monitoring zal in ieder geval de volgende elementen bevatten.

Bij de monitoring zijn – naast de monitoring van virusbesmettingen via de GGD en de landelijke COVID-19-registratie – de volgende vragen leidend:

- 1 Wat is de naleving van de afspraken bij de versoepeling van de bezoeksregeling en hoe wordt dit door verpleeghuisorganisaties in de praktijk uitgevoerd?
 - a. In hoeverre kunnen de maatregelen zoals voorgesteld in de praktijk worden opgevolgd en uitgevoerd?
 - b. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen hierbij een rol?
- 2 Wat is de impact van de versoepeling van de bezoeksregeling op het welbevinden van de direct betrokkenen: bewoners, hun naasten en zorgmedewerkers?

De monitoring bestaat uit twee delen en wordt uitgevoerd door de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg:

1. Een globale monitoring in alle 25 locaties;
2. Een diepte-monitoring in 4-6 locaties.

Globale monitoring

Dit omvat een korte vragenlijst aangevuld met een telefonisch interview met een vast contactpersoon, die betrokken is bij de zorgteams, per deelnemende verpleeghuislocatie. Dit betekent dat wanneer een organisatie zich meldt bij de GGD, dat zij zich ook committeert aan deze vorm van monitoring.

Diepte-monitoring

De diepte-monitoring vindt aanvullend plaats op 4 tot 6 (van de deelnemende) verpleeghuislocaties die, vanwege praktische haalbaarheid van deze vorm van monitoring, zijn verbonden aan een van de 6 academische werkplaatsen ouderenzorg. De diepte-monitoring omvat observaties in de betreffende verpleeghuislocaties.



Succesfactoren

- Als naar voren komt dat verpleeghuizen de bezoekenregeling op een acceptabele manier kunnen toepassen op locaties in de praktijk om zo het functioneren van bewoners en hun welbevinden te verbeteren.
- Als inzicht wordt gegeven in concrete handvatten voor organisaties hoe zij op een verantwoorde manier kunnen starten met het versoepelen van de bezoekenregeling.
- Als de infecties in de verpleeghuislocaties onder controle worden gehouden, zoals gemonitord door de GGD en de landelijke COVID-registraties in de EPD's.

Faalfactoren

- Wanneer blijkt dat verpleeghuizen de voorgestelde bezoekenregeling niet kunnen toepassen in de praktijk op een manier die als veilig wordt beschouwd door de betrokkenen, hierin een afweging makend tussen het belang van het individu en het collectief.
- Toename van infecties in de deelnemende verpleeghuislocaties.
- Wanneer versoepeling van de bezoekenregeling leidt tot grote onrust/onvrede bij bewoners, bezoekers en zorgmedewerkers.

Wanneer de invoering onverhoopt niet goed uitpakt, is wel inzicht verkregen, waardoor de bezoekenregeling wellicht aangepast kan worden of organisaties beter voorbereid zijn.



3. Uitgangspunten

Veldpartijen hebben de opdracht gekregen om te werken aan de inhoudelijke aspecten en organisatorische randvoorwaarden van de gefaseerde en gecontroleerde aanpak van de bezoeksregeling. Daarbij zijn verschillende dilemma's aan bod gekomen:

- Veiligheid versus menswaardigheid (vanuit de bewoner).
- Veiligheid versus menswaardigheid (vanuit de bezoeker/ vertegenwoordiger. (naasten, familie of wettelijk vertegenwoordiger).
- Veiligheid versus menswaardigheid (vanuit de zorgprofessional).
- Veiligheid versus druk op de zorgprofessional.

Dit heeft geleid tot acht uitgangspunten:

Uitgangspunt 1: Een goed instrueerbare bewoner is zelf in staat om inzicht te hebben in (na uitleg van, toelichting op) wat het risico op besmetting inhoudt en welke consequenties besmetting met het coronavirus voor hem zou hebben. De bewoner is op basis van de informatie zelf in staat te bepalen/af te wegen of hij het risico op besmetting (dat wordt verkleind door maatregelen) aangaat.

Uitgangspunt 2: De keuze van een goed instrueerbare bewoner om bezoek te ontvangen mag niet op een onredelijke wijze ten koste gaan van de veiligheid van een andere bewoner (die dit als onvrijwillig risico ervaart) of van de zorgprofessional. Dit is afhankelijk van de locatie en de inrichting van de woongroep.

Uitgangspunt 3: Een minder goed instrueerbare bewoner is niet zelf in staat te bepalen/af te wegen of hij het risico op besmetting (dat wordt verkleind door maatregelen) vrijwillig wil lopen. De bewoner wordt in de keuze bijgestaan door (geïnformeerde) vertegenwoordiger (naasten, familie of wettelijk vertegenwoordiger), in overleg met de zorgprofessional.

Uitgangspunt 4: De bezoekers hebben inzicht in de risico's en de getroffen maatregelen en beslissen zelf, in samenspraak met de bewoner of zorgprofessional, of ze komen. Zij hebben geen inspraak in de inhoud en vorm van het (bezoek)beleid van de organisatie. De organisatie overlegt hier wel over met de cliëntenraad. Zo wordt de druk



om te kiezen in het belang van de hele verpleeghuislocatie niet bij de (individuele) bezoeker gelegd. De zorgprofessional wordt waar nodig ondersteunt in de gesprekken door de zorgorganisatie.

Uitgangspunt 5: De keuze van de bezoeker om op bezoek te gaan bij een bewoner mag niet op een onredelijke wijze ten koste gaan van de veiligheid van een andere bewoner (die dit als onvrijwillig risico ervaart) of van zorgprofessionals. Indien de bezoeker, of een huisgenoot van de bezoeker (lichte) klachten heeft, komt deze niet naar het verpleeghuis. Ook houdt de bezoeker zich aan alle afspraken uit het bezoekbeleid van de organisatie.

Uitgangspunt 6: Bij de reguliere zorg voor een niet-corona bewoner volstaan de reguliere hygiëne protocollen om veilig te kunnen werken.

Uitgangspunt 7: Bij een bewoner, verdacht van of met een bevestigde coronabesmetting, neemt de zorgprofessional aanvullend voorzorgsmaatregelen, beschreven door Verenso in haar behandeladvies, om zichzelf te beschermen. Op een verpleeghuislocatie waar COVID-19 aanwezig is, vindt geen bezoek plaats.

Uitgangspunt 8: Indien de zorgprofessional in de risicocategorie valt, dan gaat hij in overleg met zijn leidinggevende om gezamenlijk een risico-inschatting te maken, om invulling te geven aan zijn rol in de verpleeghuiszorg.

Deze uitgangspunten vormen de basis voor het bezoekersprotocol. Het bezoekersprotocol is terug te lezen in het volgende hoofdstuk. Een uitgebreide onderbouwing van de acht uitgangspunten vindt u terug in de bijlage van deze handreiking.



4. Bezoekersprotocol

Om veiligheids- en organisatorische redenen zal het beleid **gefaseerd** moeten worden ingevoerd. Een belangrijk uitgangspunt is immers: *de keuze van een bewoner (of naasten) om bezoek te ontvangen mag niet op een onredelijke wijze ten koste gaan van de veiligheid van een andere bewoner (die dit als onvrijwillig risico ervaart) of van de zorgprofessional.*

Om (andere) bewoners (op een redelijke wijze) te beschermen zal het aantal bezoekers moeten worden beperkt. Naast de eerder genoemde voorwaarden voor bezoek uit de kamerbrief volgen onderstaand nog aanvullende voorwaarden. Iedere verpleeghuisorganisatie dient voor elke locatie een plan te maken voor het versoepelen van de bezoeksregeling. In het plan komen de voorwaarden uit hoofdstuk 3 terug, samen met de onderstaande aanvullende voorwaarden.

- 1 Het verpleeghuis bepaalt in overleg met de vertegenwoordiger op welk moment het bezoek plaatsvindt en eventueel hoe lang het bezoek kan duren.
- 2 Er komen niet te veel bezoekers per afdeling/woongroep (passend bij de faciliteiten van de locatie). Per locatie is een medewerker van de zorgorganisatie aangewezen die hier regie op heeft.
- 3 Een tijdelijke beperking van het bezoekbeleid treedt in werking indien er sprake is van een COVID-19 besmetting op de locatie.

Het plan moet opgesteld en goedgekeurd worden door de zorgorganisatie, cliëntenraad, de ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar.

Deze handreiking en dit protocol bieden voorwaarden om tot maatwerk te komen. Het biedt de mogelijkheid om (in beperkte mate) bezoek toe te laten en is geen kant-en-klaar product dat op iedere locatie passend is. Uitgangspunt is dat een verpleeghuis beschikt over de juiste faciliteiten en dat de hygiëne- en veiligheidsmaatregelen strikt worden nageleefd.

Ten aanzien van de regeling gelden voor de bewoner, de bezoeker, de zorgprofessional en het verpleeghuis verschillende voorwaarden. Per functie is hieronder een weergave gegeven van hun rol en voorwaarden bij bezoek.



De bewoner

Goed instrueerbaar:

- Heeft zelfstandig de keuze gemaakt of hij bezoek wenst te ontvangen. Dit is vastgelegd in het zorgleefplan van de bewoner. De contactpersoon is hier schriftelijk van op de hoogte gesteld.
- Indien mogelijk ontvangt hij het bezoek op de eigen kamer en blijft men hier gedurende het bezoek ook. Indien de bewoner geen eigen kamer heeft, blijven de bewoner en het bezoek tijdens het bezoek in de daartoe bestemde ruimte.

Minder goed instrueerbaar (PG):

- De keuze voor bezoek is tot stand gekomen in samenspraak met de vertegenwoordiger en de zorgprofessional. Dit is vastgelegd in het zorgleefplan.
- De vertegenwoordiger bespreekt de keuzes t.a.v. het bezoek met familieleden in de eerste lijn en andere naasten. Daarnaast wordt deze informatie schriftelijk beschikbaar gesteld, zodat het gedeeld kan worden met familieleden en andere naasten.
- Indien mogelijk ontvangt hij het bezoek op de eigen kamer en blijven hij en het bezoek hier ook. Indien de bewoner geen eigen kamer heeft, blijven de bewoner en het bezoek tijdens het bezoek in de daartoe bestemde ruimte.

De bezoeker

- Blijft thuis bij (milde) ziekteverschijnselen passend bij corona bij zichzelf of diens huisgeno(o)t(en).
- Heeft zich aangemeld voor bezoek via de aanmeldprocedure.
- Kan zich legitimeren en is als bezoeker opgenomen in het zorgleefplan.
- Heeft de checklist eigen gezondheid doorlopen voorafgaand aan ieder bezoek en alle vragen met 'nee' kunnen beantwoorden.
- Wordt bij de entree gevraagd naar:
 - Klachten van hoesten, niezen, neusverkoudheid, koorts;
 - Doorgemaakte COVID-19;
 - Indien aanwezig COVID-19 geweest: hoeveel dagen de bezoeker er geen klachten meer van heeft;
 - De temperatuur wordt opgenomen.
- De bezoeker wordt bij entree geweigerd bij:
 - COVID-19 of daaraan gerelateerde klachten en/of koorts;
 - Bij twijfel, besloten door de verpleeghuislocatie.
- Past handdesinfectie toe bij binnenkomst van het verpleeghuis.
- Kent de richtlijnen voor basishygiëne van het RIVM en volgt deze op.



- Wordt geïnstrueerd over het bezoekplan door de zorgprofessional en volgt te allen tijde de instructies van de zorgprofessional op.
- Houdt anderhalve meter afstand van alle zorgprofessionals en andere aanwezigen. Er vindt geen fysiek contact plaats tussen bezoeker en bewoner. Er wordt zo veel mogelijk een afstand van anderhalve meter in acht genomen.
- Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door bezoeker: minimaal bezoekers van niet-instrueerbare bewoners dragen sowieso een chirurgisch neusmondmasker (type IIR) vanaf de entree. De verpleeghuislocatie dient deze beschikbaar te stellen.
- Komt alleen voor het bezoeken van de bewoner, vragen aan de zorgprofessional worden telefonisch of per mail gesteld.
- Loopt van de ingang van het verpleeghuis rechtstreeks naar de kamer van de te bezoeken bewoner of de voor bezoek bestemde ruimte. Het is niet mogelijk om gebruik te maken van de huiskamer waar andere bewoners verblijven. De bezoeker blijft op de kamer van de bewoner of in de voor bezoek bestemde ruimte en verlaat het verpleeghuis rechtstreeks na afloop van het bezoek.
 - De bezoeker komt niet in contact met andere bewoners of verblijft niet in een ruimte met andere bewoners, dit mag echter niet leiden tot beperkingen bij andere bewoners.
- Het meebrengen van cadeau's/presentjes is toegestaan, het meebrengen van huisdieren of consumpties niet (consumpties in de vorm van een presentje als een doosje chocolade is wel toegestaan).
- Mocht de vaste bezoeker klachten krijgen, dan mag het bezoek overgedragen worden aan een andere persoon. Echter dient deze persoon wel uit een ander huishouden te komen. Deze nieuwe bezoeker dient wel te voldoen aan de voorwaarden die opgenomen zijn in deze handreiking.

De (zorg)professional

- Kent de richtlijnen van het RIVM en het behandeladvies van Verenso en volgt deze op, zowel privé als in de werksfeer.
- De RIVM-richtlijn voor het gebruik van PBM buiten het ziekenhuis is terug te vinden op hun website. Onderdeel van deze richtlijn is als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze uitgangspunten.
- Volgt de procedures van de zorgorganisatie op in afstemming met de eigen professionele verantwoordelijkheid over hoe te handelen bij COVID-19 gerelateerde klachten.
- Hanteert strikt de vastgestelde en gepubliceerde werkinstructies ten aanzien van het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Kan een professionele afweging maken om bij het ontvangen van bezoek PBM te dragen.
- Instrueert bezoeker volgens een vaste instructie.



Het verpleeghuis (procedures)

- De zorgorganisatie dient in afstemming met en goedgekeurd door de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar te komen met een plan van aanpak over de bezoeksregeling.
- Het verpleeghuis organiseert dat bewoners, vertegenwoordiger (naasten, familie of wettelijk vertegenwoordiger) en zorgprofessionals zijn geïnformeerd over de risico's. Het verpleeghuis houdt in de communicatie rekening met de achtergrond en (on)mogelijkheden van de ontvangers.
- Het verpleeghuis communiceert transparant over de besmettingen en de daaropvolgende maatregelen.
- Het verpleeghuis voorziet in mogelijkheden om bezoekmomenten in te plannen.
- Bij (verdenking op) besmetting van een bewoner wordt deze in isolatie geplaatst en behandeld conform het behandeladvies van Verenso. De zorgorganisatie, in samenwerking en met goedkeuring van de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar, besluit over een tijdelijke beperking van het bezoekbeleid met inachtneming van de specifieke situatie van de woongroep/locatie/afdeling en het verloop van de besmetting.
- Het verpleeghuis stelt de zorgprofessional in staat te kunnen werken volgens de werkinstructies en voorziet in onder andere persoonlijke beschermingsmiddelen en reinigings-/desinfectiemateriaal.
- Het verpleeghuis zorgt ervoor dat bezoekers in de gelegenheid zijn om hun handen op de juiste wijze te desinfecteren bij binnenkomst. De organisatie ziet er op toe dat dit gebeurt. Daarnaast zorgt de organisatie ervoor dat bezoekers anderhalve meter afstand kunnen houden van anderen binnen het verpleeghuis. Er wordt enig toezicht op het bezoek gehouden.
- De bewoners die bezoek willen ontvangen moeten een eigen kamer of ruimte hebben. Indien dit niet het geval is, zal er een speciaal ingerichte en afsluitbare ontmoetingsruimte moeten komen. Deze ontmoetingsruimte wordt na afloop van ieder bezoek volgens de daartoe geldende werkinstructies gereinigd en gedesinfecteerd.
- Het verpleeghuis stelt voldoende testcapaciteit beschikbaar voor zowel het zorgpersoneel als bewoners.
- Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door bezoeker: minimaal bezoekers van niet-instrueerbare bewoners dragen sowieso een chirurgisch neusmondmasker (type IIR) vanaf de entree.

Bij onvoldoende chirurgische neusmondmaskers (type IIR) is het niet mogelijk om bezoek toe te laten. Dit is een van de randvoorwaarden die ook benoemd is in de kamerbrief.
- De zorgorganisatie is verantwoordelijk voor het treffen en inkopen van de juiste middelen voor de uitvoering van deze versoepeling van de bezoeksregeling.



Uitzonderingsgevallen

- Voor het bezoeken van bewoners in de terminale fase kunnen uitzonderingen worden gemaakt op bovenstaande uitgangspunten.



Bijlagen

1.	Randvoorwaarden voor alle stappen	18
2.	Medische handreiking Verenso m.b.t. bezoek	20
3.	Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	23
4.	Perspectieven en dilemma's	25
5.	Het perspectief van de goed instrueerbare bewoner	27
6.	Het perspectief van de minder goed instrueerbare bewoner	30
7.	Het perspectief van de bezoeker	32
8.	Het perspectief van de zorgprofessional	35
9.	Rol van de cliëntenraad	37
10.	Het gesprek tussen zorgorganisatie, cliëntenraad, OR, PAR/VAR en regiebehandelaar	39
11.	Gesprek tussen bewoner, naasten en zorgprofessional	41

Bijlage 1: Randvoorwaarden voor alle stappen

De volgende voorwaarden zijn essentieel om verdere opbouw mogelijk te maken:

1. *Flatten the curve* in verpleeghuizen. Dit moet aangetoond zijn via de cijfers van Ysis, Ons en Pluriform en de data over het aantal nieuwe locaties met meldingen (zie definitie flatten the curve in bijlage 2).
2. De mogelijkheden tot versoepeling komen niet in plaats van de creatieve initiatieven die ontwikkeld zijn en nog steeds worden. Deze veilige manieren van contact dienen te worden gecontinueerd.
3. Academische Werkplaatsen Ouderenzorg zijn samen met betrokken partijen verantwoordelijk voor de monitoring met betrekking tot naleving van de afspraken en welbevinden.
4. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor de mogelijkheden tot versoepeling en strikte naleving (hygiëne-)richtlijnen conform RIVM.
5. Voldoende testcapaciteit voor bewoners, vaste bezoeker en medewerkers met klachten, indicatie voor testen conform richtlijnen.
6. Volledig in samenspraak met cliëntenraad, OR, VAR/PAR, regiebehandelaar.
7. De desbetreffende locatie (of onderdeel daarvan) is vrij van besmetting of (indien er COVID-19 heeft geheerst) inmiddels 14 dagen klachtenvrij.
8. Deelname aan landelijke COVID-19 registratie in verpleeghuizen.
9. Kwalitatief en kwantitatief voldoende bezetting van zowel het verpleegkundige en verzorgende team evenals van het behandelteam.
10. Gesprek met bezoeker en eenduidige, digitale registratie van bezoek. Met bewoners en bezoekers worden in gesprek afspraken gemaakt over frequentie, het tijdstip, duur van het bezoek en de persoonlijke hygiënemaatregelen die noodzakelijk zijn. Deze registratie kan gedaan worden door de zorgmedewerker, maar mag ook door een andere medewerker, bijvoorbeeld de persoon die ook de regie heeft op het aantal bezoekers per locatie. Deze medewerkers worden ondersteund bij de uitvoering van



deze taken en er is iemand stand by (ook buiten kantoortijden) als er problemen zijn.

11. Er wordt gezorgd voor spreiding van bezoekers over de dag en een goede balans over de week (ook gelet op de belasting van het (zorg)personeel).
12. Bezoekers hebben geen hoest- of verkoudheidsklachten en/of koorts.
13. Bezoek vindt plaats op een veilige afstand van zorgverleners en andere bewoners, zoals de eigen kamer of een daarvoor ingerichte ruimte. Er wordt enig toezicht gehouden op het bezoek, al is het maar om de bewoner/bezoeker te instrueren.
14. Eenduidige communicatie. Het gaat in eerste instantie om “voorzichtig proberen”, niet om een brede versoepeling. Dat laatste is wel het perspectief. Een goed management van verwachtingen voorkomt ook dat medewerkers in de zorg in discussie komen aan de voordeur (en daarmee relaties beschadigd worden).



Bijlage 2: Medische handreiking Verenso m.b.t. bezoek

Versie 7-5-2020 15.00 uur

Notitie Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19

Doel notitie

Deze notitie geeft het medisch perspectief op het idee om bezoekers in de toekomst weer langzaam te gaan toelaten in verpleeghuizen. Input is afkomstig van de specialisten ouderengeneeskunde gespecialiseerd in infectieziekten. De notitie is een eerste concept en zal de komende weken nog verder worden verrijkt.

Doel medisch perspectief bij bezoekregeling

Het medisch perspectief heeft tot doel de kans op introductie van COVID-19 op een afdeling door een bezoeker die (mogelijk) besmet is met COVID-19 zo klein mogelijk te maken.

Bij de besmettelijkheid van COVID-19 wordt uitgegaan van verspreiding via druppels (bij hoesten, niezen, neusverkoudheid) en aërosolen tijdens aërosolvormende handelingen. Echter, over de presymptomatische fase is nog weinig wetenschappelijke informatie bekend. Besmettelijkheid in die fase is niet bewezen, maar ook niet uitgesloten (Arons, 2020).



Voorwaarden voor openstelling, datum start

- Dalende lijn in verpleeghuizen.
Voordat de verpleeghuizen voor bezoek kunnen worden opengesteld, moet er sprake zijn van een stabiele situatie, waarbij een daling in het aantal besmettingen zichtbaar is. We definiëren een dalende lijn in de verpleeghuizen in Nederland als volgt:
 - Het totaal aantal nieuwe meldingen in de COVID-19 registratie (instroom: aantal positief geteste bewoners en bewoners met een verdenking op COVID-19) daalt gedurende een periode van twee weken ten opzichte van het totaal aantal bewoners bij wie de registratie is afgerond (uitstroom: bewoners die zijn overleden/hersteld).
 - Het aantal overleden personen uit de EPD metingen (YSIS, ONS, Pluriform Zorg) laten twee weken achter elkaar een afvlakking zien.
 - Het aantal locaties met COVID-19 neemt twee weken achtereen niet toe (meting GGD).Deze dalende lijn bepaalt de startdatum van de start met het toelaten van bezoek.
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgprofessionals en voor bezoek.
- Goed geïnformeerde bezoeker, waarbij het van belang is dat duidelijk wordt aangegeven dat de bezoeker transparant is over zijn medische situatie ten aanzien van (een vermoedelijke) COVID-19 en/of daarbij behorende klachten.

Voorwaarden ten aanzien van de bewoner

- Er is geen sprake van (mogelijke) COVID-19 dan wel klachten die daaraan gerelateerd zijn.

Medisch-inhoudelijk adviezen bij toelaten bezoek

- Op een **afdeling** waar COVID-19 aanwezig is, vindt geen bezoek plaats.
- Als er op meerdere afdelingen van een **locatie** COVID-19 aanwezig is, is alleen bezoek toegestaan op 'schone' afdelingen. Afdelingen met COVID-19 worden niet gebruikt als looproute voor bezoekers.
- Zodra sprake is van een onbeheersbare uitbraak is er de mogelijkheid om de bezoekerregeling (tijdelijk) volledig stop te zetten, dit ter beoordeling aan het crisis/uitbraakteam.

Medisch-inhoudelijke voorwaarden voor de bezoeker:

- Het betreft een vaste bezoeker (1 persoon).
- Het aantal bezoekers per afdeling/locatie per tijdseenheid voorkomt teveel kruisende bezoekers en is overeenstemming met de capaciteit aan begeleiding.
- De bezoeker heeft geen COVID-19 dan wel klachten die daaraan gerelateerd zijn of is na doormaken COVID-19 14 dagen klachtenvrij.



Medisch-inhoudelijk adviezen bij procedure toelaten bezoek

- Bij de entree
 - wordt de bezoeker gevraagd naar:
 - klachten van hoesten, niezen, neusverkoudheid, koorts;
 - aanwezigheid COVID-19;
 - indien aanwezig COVID-19 geweest: hoeveel dagen de bezoeker er geen klachten meer heeft;
 - temperatuur opnemen.
- De bezoeker wordt bij de entree geweigerd bij:
 - COVID-19 of daaraan gerelateerde klachten en/of koorts ($>38^{\circ}$);
 - bij twijfel.
- Bij entree wast of desinfecteert de bezoeker de handen.
- De bezoeker gaat direct van de entree naar de kamer van de bewoner/toegewezen ruimte voor het bezoek (en vice versa). De looproute van de bezoeker (in/uit) is zo kort mogelijk/doorkruist geen andere afdelingen.
- Het bezoek vindt plaats in de kamer van de bewoner of een daartoe aangewezen ruimte onder de volgende voorwaarde:
 - de bezoeker komt niet in contact met andere bewoners of verblijft niet in een ruimte met andere bewoners, dit mag echter niet leiden tot beperkingen bij andere bewoners.
- De bezoeker houdt $>1,5$ meter afstand van de zorgprofessional als er tijdens het bezoek zorg moet worden verleend die niet kan worden uitgesteld.
- Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door bezoeker: minimaal bezoekers van niet-instrueerbare bewoners dragen sowieso een chirurgisch neusmondmasker (type IIR) vanaf de entree.
- Er vindt zo min mogelijk fysiek contact plaats tussen bezoeker en bewoner. Er wordt zoveel mogelijk een afstand van $>1,5$ meter in acht genomen.



Bijlage 3: Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Sinds 2017 vormt het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (vanaf hier: kwaliteitskader) de basis voor de inrichting van de verpleeghuiszorg. Het kwaliteitskader is op zijn beurt een nadere invulling van de uitgangspunten over kwaliteit die beschreven zijn in het hoofdstuk 'zeggen van de verzekerde over zijn leven' in de vernieuwde Wet langdurige zorg. De kern is simpel: de zorgaanbieder respecteert een weloverwogen wens van de bewoner met betrekking tot de wijze waarop de bewoner zijn leven wenst in te richten, tenzij dit in redelijkheid niet mogelijk is.

Het kwaliteitskader beschrijft meer in detail wat wordt verstaan onder goede verpleeghuiszorg en wat bewoners en hun naasten mogen verwachten. Met name de inhoudelijke thema's 'persoonsgerichte zorg en ondersteuning' en 'wonen en welzijn' vormen de basis voor deze handreiking.

Het kwaliteitskader verstaat onder **persoonsgerichte zorg en ondersteuning** de wijze waarop de bewoner in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij de zorg- en dienstverlening. De bewoner is iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte, maar is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen de relatie tussen de bewoner en zijn naaste(n), de zorgprofessional en de zorgorganisatie.

Dit komt o.a. tot uiting in de volgende thema's:

- *Compassie*: de bewoner ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip en er is aandacht voor familie, naasten en mensen die mantelzorg geven.
- *Uniek zijn* sluit aan bij het gegeven dat waardigheid ontstaat in de verbinding met anderen. De bewoner wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt. Ook is er aandacht voor de naaste(n) van de bewoner als onderdeel van zijn eigen leven.
- *Autonomie*: Autonomie raakt aan het recht op vrijheid en zelfbeschikking over het eigen leven en welbevinden: vrij zijn om zelf keuzes te maken, het leven zelf in te richten en om daadwerkelijk invloed te kunnen uitoefenen op afspraken die worden gemaakt.



Het thema **wonen en welzijn** gaat over de wijze waarop de organisatie en zorgverleners in hun zorg- en dienstverlening oog hebben voor optimale levenskwaliteit en het welbevinden van bewoners en hun naaste(n) en is gericht zijn op het bevorderen en ondersteunen hiervan. Dit komt tot uiting in de volgende thema's:

- *Zinnvolle dagbesteding*: aandacht en ondersteuning van activiteiten die voor de bewoner het leven de moeite waard maken en waardoor de bewoner het leven kan leiden dat zoveel mogelijk past bij zijn persoon.
- *Familieparticipatie en inzet van vrijwilligers*: naasten en ander betrokkenen uit de sociale omgeving van de bewoner krijgen de ruimte om in de zorg en ondersteuning te participeren, zijn aanwezig op de afdeling en werken samen met de zorgprofessionals.

In de Wet langdurige zorg (zie artikel 8.1.1) wordt gesteld dat de geboden zorg ondersteunend moet zijn aan de *kwaliteit van leven* van de bewoner. De bewoner krijgt daarom een persoonlijk arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de *kwaliteit van zorg en ondersteuning*, met als belangrijkste bouwstenen: betrokken en vakbekwame zorgverleners, een persoonlijk zorgleefplan en betrokkenheid van informele zorgverleners.

Cruciaal is dat de bewoner als mens centraal staat. Zelfbeschikkend als dat kan en anders in overleg met zijn vertegenwoordiger. In deze handreiking worden de bovenstaande thema's uit het kwaliteitskader en de verdere uitwerking daarvan als richtinggevend gebruikt. Ze zijn de grondslag onder de dilemma's die in deze handreiking centraal staan en geven tegelijk de oplossingsrichting aan.



Bijlage 4: Perspectieven en dilemma's

De maatregel om verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg te sluiten voor bezoek en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg, roept direct enkele vragen op. Zo past de argumentatie dat dit voor de 'eigen bestwil' van bewoners is, niet goed bij het recht op zelfbeschikking uit het kwaliteitskader. Er kan zelfs contrair beargumenteerd worden dat de maatregel indruist tegen de rechten van de mens.

Natuurlijk hebben bewoners en zorginstellingen net als elk individu en elke organisatie een maatschappelijke verantwoordelijkheid om de uitbreiding van COVID-19 besmettingen zoveel mogelijk te voorkomen. Dit lijkt ook te passen bij de gedachte achter het beleid van de intelligente lock-down, namelijk 'flatten the curve', het voorkomen van de overvraging van de ziekenhuiszorg. Hierbij wordt opgemerkt dat een met het coronavirus besmette bewoner van een verpleeghuis in nagenoeg alle gevallen niet naar een ziekenhuis wordt overgeplaatst om daar verzorgd te worden.

De sluitingsmaatregel heeft specifiek voor het verpleeghuis ook een keerzijde. De maatregel raakt namelijk niet alleen de bewoners maar ook de bezoekers en de zorgprofessional. Dit roept een aantal dilemma's op die vanuit verschillende perspectieven kunnen worden geschetst. We hanteren in deze handreiking drie perspectieven:

- De bewoner van het verpleeghuis.
- De bezoeker van de bewoner.
- De zorgprofessional.

Bovendien maken we onderscheid in deze handreiking naar de doelgroepen die in de verpleeghuizen woonachtig zijn. Hoewel we er de voorkeur aan geven deze doelgroepen te onderscheiden in termen van wilsbekwaamheid (aangezien er ook zoiets bestaat als partiële wilsbekwaamheid), is ervoor gekozen in deze handreiking medische terminologie



aan te houden, en daarbij het zwart-witte onderscheid te maken tussen minder goed instrueerbare bewoners en goed instrueerbare bewoners. Daarbij wordt opgemerkt dat per bewoner zal moeten worden bekeken of hij over dit onderwerp wel of geen weloverwogen keuzes kan maken.

Dit onderscheid is van belang omdat het van invloed is op de concepten 'eigen regie' en de 'vrijwilligheid van het risico' (voortkomend uit concepten als 'risicoperceptie' en 'risico-acceptatie') en het daarmee impact heeft op de uitwerking van de dilemma's.

We onderscheiden de volgende centrale dilemma's (die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn):

- Veiligheid versus menswaardigheid (vanuit de bewoner).
- Veiligheid versus menswaardigheid (vanuit de bezoeker).
- Veiligheid versus druk op de zorgprofessional.

In deze handreiking wordt ingegaan op deze dilemma's en worden inzichten en aanbevelingen gegeven hoe hiermee om te gaan. Als leidend uitgangspunt hanteren we, conform het kwaliteitskader, dat respect voor keuzevrijheid, persoonsgerichte zorg en welzijn de zwaarst mogelijke weging moet krijgen in de besluitvorming over een bezoeksregeling voor verpleeghuizen.

We beseffen dat het onderwerp emotioneel beladen is en er geen kant-en-klare, eenvoudige of enkelvoudige oplossingen zijn. Vanuit dit besef en dit vertrouwen in onze bewoners, hun vertegenwoordigers en onze zorgprofessionals is deze handreiking in gezamenlijk overleg, met deze partijen, tot stand gekomen.

In de volgende paragrafen worden de perspectieven en de daarbij horende dilemma's verder toegelicht. Hieruit voortvloeiend zijn uitgangspunten geformuleerd. Deze uitgangspunten zijn leidend in de eerste aanzet tot het bezoekersprotocol, dat in de bijlage van deze handreiking is opgesteld.



Bijlage 5: Het perspectief van de goed instrueerbare bewoner

Veiligheid versus menswaardigheid

In het kwaliteitskader wordt veiligheid ook als één van de inhoudelijke thema's genoemd. Het gaat bij veiligheid om risicobewustzijn en risicoreductie. Veiligheid heeft een hoge prioriteit, maar moet wel gezien worden in balans met de andere inhoudelijke thema's in het kwaliteitskader, te weten 'persoonsgerichte zorg en ondersteuning' en 'welzijn'. Er kan een duivels dilemma ontstaan als persoonlijke vrijheid en welzijn tegenover persoonlijke veiligheid (vanuit medisch perspectief) en risico's komen te staan.

Op dit moment lijkt het belang van veiligheid en volksgezondheid door de overheid zwaarder gewogen te worden dan het belang van welzijn. Kunnen we dit de overheid kwalijk nemen? Het is voor de overheid steeds kiezen tussen kwaden. Met de beperkte kennis, middelen en tijd moet zij tot een radicale interventie beslissen, liever iets té veilig, dan niet veilig genoeg.

Zonder consequenties is de (algemene) maatregel om de verpleeghuizen te sluiten voor bezoek daarmee niet. Het mag niet onderschat worden welk effect 'iets té veilig' in dit geval kan hebben. Om bewoners te beschermen wordt hen in hun laatste levensfase juist ontnomen waar velen nog voor leven: het contact met hun naasten. Een belangrijke voorwaarde voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning staat daarmee onder druk.

Een redelijke afweging van de maatregel is nodig, waarbij niet alleen naar het collectieve belang wordt gekeken, maar ook naar het individuele belang. Een voorbeeld van een risico waarbij een andere afweging wordt gemaakt, is het valrisico. Hoewel het valrisico verhoogd is bij het merendeel van de bewoners in een verpleeghuis, is het niet zo dat zij niet meer uit hun bed mogen komen om het valrisico maximaal te reduceren. Hierbij geldt dat het valrisico in zekere zin gedeeltelijk wordt geaccepteerd met daarbij enkele redelijke voor-



zorgmaatregelen (het plaatsen van een rollator op een vaste plek naast het bed, het inzetten van een valmatras, etc.).

Risicoperceptie en -acceptatie, vrijwillige en onvrijwillige risico's

Wetenschappelijke studies wijzen al langer op het verschil tussen risicoperceptie en risicoacceptatie. Bij risicoperceptie gaat het om een inschatting, namelijk een inschatting van het 'gevaar' van een risico. Risico acceptatie daarentegen is een afweging: wat zijn de voor- en nadelen van het risico voor mij, en ben ik dan bereid dit risico te accepteren, hoe gevaarlijk ik het ook vind?

Aanvullend onderscheiden we in deze handreiking vrijwillige risico's van onvrijwillige risico's. Beiden zijn onderhevig aan risicoperceptie. Er zijn drie criteria om te kunnen spreken van vrijwilligheid:

1. de aard, omvang en kans van het risico zijn bekend (wat mensen een handelingsperspectief biedt en in staat stelt invloed te hebben en keuzes te maken);
2. het is (bij voorkeur door de overheid) duidelijk gemaakt dat je zelf de verantwoordelijkheid voor dit risico loopt en
3. er zijn geen nadelen voor anderen aan verbonden.

Onvrijwillige risico's worden gekenmerkt door collectiviteit van beslissingen, waar burgers afhankelijk van zijn maar zij weinig vanaf weten. Kennis en informatie blijken voor burgers bepalend te zijn om vast te stellen of zij worden blootgesteld aan een vrijwillig dan wel onvrijwillig risico.

Is een wilsbekwame bewoner zelf in staat om een beslissing te nemen over het ontvangen van bezoek, wetende dat als hij besmet kan raken, dit mogelijk kan leiden tot vervroegd overlijden?

Om een antwoord op deze vraag te vinden, hanteren we de concepten '*autonomie*' en '*uniek zijn*' (hier samen vertaald als 'menswaardigheid') en '*kwaliteit van leven*' uit het kwaliteitskader (zie ook paragraaf 3). Menswaardigheid vormt de basis én het doel van mensenrechten. In het verlengde hiervan stellen we dat mensen ook vrij zijn om voor blootstelling aan bepaalde risico's te kiezen en daarmee een bepaald risico te accepteren, mits er geen nadelen voor anderen aan verbonden zijn.



Groepsactiviteiten als zinvolle tijdsbesteding

Voor bewoners kunnen (groeps)activiteiten van belang zijn voor de kwaliteit van leven. Door de huidige maatregel (en het weren van veel vrijwilligers) zijn veel activiteiten praktisch niet langer mogelijk. De (groeps)activiteiten kunnen een waardevolle invulling en adequate prikkeldosis zijn van de dagbesteding (en daarmee het bestaan) van een bewoner die behoefte heeft aan aanspraak en 'gezelligheid'. Ook fysiek heeft het stoppen van deze activiteiten gevolgen, motorisch gaan bewoners achteruit, met toenemende afhankelijkheid en verlies van eigenwaarde als mogelijk resultaat. Vrijwilligers vormen bovendien vaak de brug tussen de wereld van de bewoner en de buitenwereld.

Dit geschetst hebbende, komen we tot de constatering dat het sluiten van de verpleeghuizen voor bezoek en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg en het beëindigen van onder andere groepsactiviteiten, een extreme maatregel is gezien de implicaties. Uitgangspunt zou moeten zijn dat zorgprofessionals met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's afwegen tegen de kwaliteit van leven.

Uitgangspunt 1: Een goed instrueerbare bewoner is zelf in staat om inzicht te hebben in (na uitleg van, toelichting op) wat het risico op besmetting inhoudt en welke consequenties besmetting met het coronavirus voor hem zou hebben. De bewoner is op basis van de informatie zelf in staat te bepalen/af te wegen of hij het risico op besmetting (dat wordt verkleind door maatregelen) aangaat.

Uitgangspunt 2: De keuze van een bewoner om bezoek te ontvangen mag niet op een onredelijke wijze ten koste gaan van de veiligheid van een andere bewoner (die dit als onvrijwillig risico ervaart) of van de zorgprofessional.

Dat keuzes en invulling van het bezoekbeleid helder gecommuniceerd moet worden met de bewoner, is cruciaal. De bewoner moet immers zelf de afweging maken tussen het wel of niet ontvangen van bezoek (met inachtneming van de mogelijke consequenties en onder de geldende voorwaarden). We verwachten van de (goed instrueerbare) bewoner dat hij en de bezoekers verantwoord omgaan met het risico en de beschermingsmaatregelen.



Bijlage 6: Het perspectief van de minder goed instrueerbare bewoner

Veiligheid versus menswaardigheid

Voor de minder goed instrueerbare bewoner geldt in principe dezelfde redenering als voor de goed instrueerbare bewoner, met als uitzondering dat uitgangspunt 1 niet opgaat. Een minder goed instrueerbare bewoner is in veel gevallen niet in staat om zelfstandig weloverwogen keuzes te maken ten aanzien van risico's en de bijbehorende consequenties. Hierdoor zullen anderen, in dit geval naasten en de zorgorganisaties, de risico-inschatting en keuzes moeten maken voor de bewoner. De zorgprofessional zal hierover in gesprek moeten gaan met de vertegenwoordiger van de bewoner.

Ondanks dat de minder goed instrueerbare bewoner niet in staat is om zelf een weloverwogen keuze te maken, speelt ook hier het bovenstaande dilemma veiligheid versus menswaardigheid. Gezien het gegeven dat minder goed instrueerbare bewoners gemiddeld een korte levensverwachting hebben, kan beargumenteerd worden dat juist voor deze groep de nadruk op menswaardigheid zeer groot zal moeten zijn.

Vanwege de korte tijd die bewoners en hun naasten nog samen kunnen doorbrengen, maar ook door de grotere afhankelijkheid bij deze bewoners, zal het niet kunnen bezoeken een grote impact hebben op de kwaliteit van het resterende leven van de bewoner en zijn naasten. Overigens ervaren niet alle minder goed instrueerbare bewoners (zelf) het gemis. Voor een groep bewoners zorgt het sluiten van het verpleeghuis voor bezoek ook voor minder onrust.

In samenspraak met de zorgprofessional zullen de naasten de keuze voor de minder goed instrueerbare bewoner moeten maken of deze wel of geen bezoek ontvangt. Juist de interactie tussen zorgprofessional en de naasten van de bewoners draagt bij aan optimale



zorg. Wie beter dan iemand die de (minder goed instrueerbare) bewoner al jaren kent, kan in dialoog met de zorgprofessional aangeven wat iemand nog gelukkig maakt?

Uitgangspunt 3: De bewoner is niet zelf in staat te bepalen/af te wegen of hij het risico op besmetting (dat wordt verkleind door maatregelen) vrijwillig wil lopen. De bewoner wordt in de keuze bijgestaan door (geïnformeerde) naasten, in overleg met de zorgprofessional.



Bijlage 7: Het perspectief van de bezoeker

Veiligheid versus menswaardigheid

Ook voor de naasten van de bewoner heeft de maatregel drastische gevolgen. Partners, kinderen en andere naasten moeten hun geliefde, vader, moeder of vriend(in) voor lange tijd missen. Vanuit een hoogwerker of achter glas iemand bezoeken is niet hetzelfde als echt samen kunnen zijn. Uit gesprekken blijkt daarnaast dat het contact tussen bezoeker en bewoner voorafgaand aan de maatregel in sommige gevallen enkel nog bestond uit fysiek contact /aanrakingen. Dit contact is nu bijna geheel onmogelijk geworden.

Voor bezoekers zou er een moreel dilemma kunnen gaan spelen bij het wel of niet op bezoek gaan. Kies je met je verstand (rationeel en uit veiligheidsoverwegingen) of met je hart (emotie)? We zullen een weg moeten vinden in dit dilemma door zowel te luisteren naar de argumenten als naar de emoties.

Aan de ene kant is er het risico om iemand (familie/partner, maar ook de andere bewoners of iemand in de eigen omgeving) te besmetten of zelf besmet te raken. Dit kan een gegronde reden zijn om de bewoner niet te bezoeken, omdat dit een psychologische belasting kan vormen voor de bezoeker.

We weten dat mensen zich ervan bewust zijn dat absolute veiligheid niet bestaat. Als bezoekers goed worden ingelicht, begrijpen ze dat er altijd een risico op besmetting zal zijn, welke veiligheids- en hygiënemaatregelen er ook genomen zullen worden. Zelfs in landen met een totale lockdown is er sterfte door corona in verpleeghuizen.



Internationaal perspectief

Wereldwijd bepalen landen zelf de koers om de coronacrisis te bedwingen. Zo voert Zweden een coulant beleid, terwijl andere landen voor een totale lockdown kiezen. Ook met betrekking tot het toelaten van bezoek in verpleeghuizen en instellingen voor ouderen is er verschillend beleid zichtbaar. Op basis van een korte verkenning zien we dat België voor één dag het bezoekersbeleid had versoepeld en dat terugdraaide door de commotie die dit teweeg bracht, de Verenigde Staten van Amerika nog geen versoepeld beleid voert en Duitsland evenmin bezoek toestaat. Frankrijk geldt als uitzondering, daar werd op 19 april versoepeling aangekondigd onder zeer beperkende omstandigheden, waarbij niet meer dan twee gezinsleden per bewoner op bezoek mogen komen. Zowel personeel als bezoek dient volledig ingepakt het verpleeghuis in te gaan.

Ondanks de reële kans op besmetting zou er een (innerlijke) schuldvraag kunnen gaan spelen wanneer het coronavirus door de bezoeker zou worden binnengebracht. Uit een gesprek met leden van een cliëntenraad blijkt dat het aannemelijk is dat dit schuldgevoel zal spelen bij bezoekers. “Voor mijn eigen vrouw zou ik het risico wel accepteren, maar niet voor anderen. Dan voel ik me echt schuldig”. Ook het onvermijdelijke ‘oordeel’ van de buitenwereld wordt als druk ervaren.

Aan de andere kant kan het niet bezoeken gevolgen hebben voor de bezoekers, die het als een gemis ervaren niet op bezoek te kunnen gaan bij hun geliefde. Daarnaast kan, net als bij de bewoners, het bezoek een waardevolle invulling geven aan het bestaan voor de bezoeker. De menswaardigheid is dus niet alleen voor de bewoner een punt van aandacht, maar ook vanuit het oogpunt van de bezoeker. Bovendien kan er bij familieleden een schuldgevoel ontstaan door het niet kunnen voldoen aan de ervaren zorgplicht als zij geen bezoek (kunnen) brengen, zelfs al zou je objectief kunnen stellen dat een bewoner de aan- of afwezigheid van bezoek niet bewust ervaart. Door de beperkende maatregelen wordt hen de mogelijkheid ontnomen om de bewoner te zien en in de laatste fase van hun leven een rol te spelen.

Vanuit het menswaardigheid-principe zullen verpleeghuizen onder bepaalde voorwaarden en in beperkte mate daarom weer bezoek gaan toelaten. Net als de bewoners zullen ook de bezoekers verantwoord om moeten gaan met het risico en de beschermingsmaatregelen.



Uitgangspunt 4: De bezoekers hebben inzicht in de risico's en de getroffen maatregelen en beslissen (op basis van deze informatie) zelf, in samenspraak met de bewoner of zorgprofessional, of ze komen. Zij hebben geen inspraak in de inhoud en vorm van het (bezoek)beleid van de organisatie. Zo wordt de druk om te kiezen in het belang van het hele verpleeghuis niet bij de (individuele) bezoeker gelegd. De zorgprofessional wordt waar nodig ondersteunt in de gesprekken door de zorgorganisatie.

Dat bezoekers geen inspraak hebben in het bezoekbeleid wil niet zeggen dat er geen verantwoordelijkheid van de bezoeker wordt verwacht. De bezoeker zal zich moeten conformeren aan de afspraken die worden gemaakt en bewust met de bezoekregeling moeten omgaan.

Uitgangspunt 5: De keuze van de bezoeker om op bezoek te gaan bij een bewoner mag niet op een onredelijke wijze ten koste gaan van de veiligheid van een andere bewoner (die dit als onvrijwillig risico ervaart) of van zorgprofessionals. Indien de bezoeker, of een huisgenoot van de bezoeker (lichte) klachten heeft, komt deze niet naar het verpleeghuis. Ook houdt de bezoeker zich aan alle afspraken uit het bezoekbeleid van de organisatie.

Dat nieuw bezoekbeleid helder gecommuniceerd moet worden met de bezoeker is cruciaal.



Bijlage 8:

Het perspectief van de zorgprofessional

Veiligheid versus de druk op de zorgprofessional

Het sluiten van de verpleeghuizen voor bezoek en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg heeft grote impact op het werk van zorgprofessionals. De afwezigheid van vrijwilligers en mantelzorgers legt extra druk op de schouders van de zorgprofessional die moet proberen de extra kwaliteit van leven die juist mantelzorg bewoners biedt, te compenseren. De afwezigheid van bezoek leidt ook regelmatig tot een toename van onbegrepen gedrag bij minder goed instrueerbare bewoners doordat ritme wegvalt en wegblijven van bezoek lastig uit te leggen is.

Ook om de zorgprofessional te ontlasten, is het daarom wenselijk, zodra dat weer redelijkerwijs kan, vrijwilligers, onder passende voorwaarden, weer toegang tot de verpleeghuizen te geven. De vrijwilligers die weer worden toegelaten zullen dus een aantoonbare bijdrage moeten leveren aan het welzijn van bewoners.

Een versoepeling van het bezoekbeleid kan echter ook tot nieuwe zorgen leiden voor het personeel. In onze gesprekken bleek de angst voor het coronavirus onder zorgprofessionals een aanzienlijke rol te spelen. Het gaat dan zowel om zorgen over de eigen veiligheid en de eigen naasten als zorgen om de veiligheid van bewoners.

Verenso heeft een behandeladvies gemaakt met betrekking tot Covidafdelingen, de inzet van PBM en quarantaine. Op de afdelingen waar geen Covid is wordt bezoek weer mogelijk. Daarbij is in ieder geval de afspraak dat bezoekers van minder goed instrueerbare bewoners sowieso krijgen om een chirurgisch neusmondmasker (type IIR) te dragen. In de richtlijn van het RIVM is aangegeven dat zorgprofessionals nu zelf een professionele afweging kunnen maken omtrent de inzet van PBM. Het is zeer begrijpelijk dat zorgprofessionals



ook zorgen hebben over het extra risico dat bezoek meebrengt voor bewoners.

Zorgprofessionals die in een risicocategorie vallen, kunnen nog meer zorgen ervaren om zelf besmet te raken met het coronavirus. Een zorgprofessional die tot de risicocategorie behoort zal hierover in gesprek moeten gaan met zijn leidinggevende. Gezamenlijk zal een verantwoorde rol in het verpleeghuis moeten worden bepaald.

Uitgangspunt 6: Bij de reguliere zorg voor een niet-corona bewoner volstaan de reguliere basis hygiëne protocollen om veilig te kunnen werken.

Uitgangspunt 7: Bij een bewoner, met (een verdenking op) coronabesmetting, neemt de zorgprofessional aanvullend voorzorgsmaatregelen, beschreven door het RIVM, om zichzelf te beschermen.

Uitgangspunt 8: Indien de zorgprofessional in de risicocategorie valt, dan gaat hij in overleg met zijn leidinggevende om gezamenlijk een risico-inschatting te maken, om invulling te geven aan zijn rol in de verpleeghuiszorg.

Heldere communicatie over de totstandkoming van de herziening van de bezoeksregeling, de afwegingen die hierin leidend zijn en de concrete betekenis voor de zorgprofessional is van groot belang. Door deze communicatie creëren we draagvlak en zorgen ervoor dat de zorgprofessionals het beleid zelf ook uitdragen.

Heel praktisch gesproken is een fasering in de versoepeling van de bezoeksregeling nodig omdat deze extra werkbelasting zal betekenen voor de zorgprofessional bijvoorbeeld vanwege extra begeleiding van bewoners, psychosociale ondersteuning van bezoekers en het coördineren van het bezoek en van activiteiten van vrijwilligers. Zorgmedewerkers kunnen rekenen op proactieve ondersteuning vanuit de organisatie. Dat betekent dat de zorgorganisatie checkt of zorgmedewerkers zich voldoende bekwaam voelen in communicatieve vaardigheden en in het coördineren van de bezoeksregeling. Ook staat iemand er stand by om te helpen als er problemen zijn, ook buiten kantoortijden.



Bijlage 9: Rol van de cliëntenraad

Bij het vaststellen van een bezoeksregeling in verpleeghuizen is de cliëntenraad een belangrijke partner. De cliëntenraad vertegenwoordigt de cliënten van het verpleeghuishuiszorg en behartigt hun belangen. De cliëntenraad is betrokken bij alle belangrijke besluiten van het verpleeghuis. De betrokkenheid bij het bezoeksregeling, inclusief een bezoekersprotocol is belegd bij de lokale cliëntenraad, omdat het een besluit voor de locatie betreft. Als er een centrale cliëntenraad aanwezig is, kan deze de lokale cliëntenraden ondersteunen.

Vorbereiding cliëntenraad

De cliëntenraad maakt zelf de afweging hoe zij aankijken tegen het toelaten van bezoek op de locatie. Hij bespreekt deze afwegingen intern (bij voorkeur digitaal) en de uitkomst met alle betrokken partijen. Daarnaast kan de cliëntenraad een uitvraag doen bij hun achterban hoe zij aankijkt tegen een versoepeling van de bezoeksregeling. Op korte termijn is het lastig om een enquête te maken en deze te versturen via de organisatie. Wel kan de cliëntenraad een brede oproep doen via het verpleeghuis om meningen en ervaringen te delen. Vaak zijn naasten lid van de cliëntenraad. Zij kunnen ook andere naasten benaderen. Mede basis van deze inbreng kan de raad vervolgens een eigen afweging maken. En het gesprek voeren met de zorgorganisatie, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar.

Gesprek binnen de zorgorganisatie

De 'handreiking voor bezoekbeleid' schrijft voor dat het plan voor het bezoeksregeling, inclusief het bezoekersprotocol, wordt opgesteld door de zorgorganisatie, in samenwerking met en goedgekeurd door de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de specialist ouderengeneeskunde. De cliëntenraad kan één lid als vertegenwoordiger afvaardigen om deel te nemen aan dit gesprek. Deze persoon heeft intern beraad gevoerd met de andere leden van de raad en kan zo het perspectief van bewoners en naasten meenemen.



Bezoekregeling vanuit het perspectief van bewoner en naasten

Het plan moet door alle betrokken partijen goedgekeurd worden. Aan de cliëntenraad wordt gevraagd om het perspectief van de bewoner (en hun naasten) te vertegenwoordigen.

Bij het lezen van het plan kan de cliëntenraad de volgende vragen stellen:

1. Staan in het plan de belangrijke uitgangspunten en elementen voor bewoners en hun naasten benoemd?
2. Wordt genoemd welke afwegingen zijn gemaakt om tot een balans tussen veiligheid en menswaardigheid te komen?
3. Is in het bezoekersprotocol helder beschreven wat de regels voor bezoek zijn, voor wie en wanneer de regels gelden en onder welke voorwaarden?
4. Worden de ervaringen van bewoners en naasten met het protocol verzameld en meegenomen in de afwegingen van de organisatie voor opschaling?

Doorlopend toetsen aan de praktijk

Na de goedkeuring van het plan treedt de bezoekregeling in werking op een eerder vastgestelde datum. Vervolgens is contact met de achterban erg belangrijk. De cliëntenraad kan continu uitvragen wat de ervaringen van mensen zijn met het bezoekregeling. En deze ervaringen delen met de zorgorganisatie. Op basis daarvan kan de bezoekregeling later aangepast worden, als de omstandigheden daarom vragen.

Delen van ervaringen en ondersteuning

Daarnaast kan de cliëntenraad zijn ervaring in dit proces delen met andere cliëntenraden. Zowel binnen de eigen organisatie als daarbuiten. Binnen de organisatie kan (indien aanwezig) de centrale cliëntenraad andere raden helpen om het gesprek te voeren voor hun eigen bezoekersprotocol.

Buiten de organisatie kan de raad het proces beschrijven en delen via de (digitale) kanalen van LOC (www.clientenraad.nl).

Cliëntenraden die ondersteuning nodig hebben bij de bezoekregeling, kunnen contact opnemen met LOC (vraagbaak@loc.nl en 030 284 32 00).



Bijlage 10: Het gesprek tussen zorgorganisatie, cliëntenraad, OR, PAR/VAR en regiebehandelaar

1. Op welke punten is overleg nodig?

De zorgorganisatie stelt in nauwe samenspraak met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar een plan van aanpak op voor een bezoeksregeling per locatie inclusief een bezoekersprotocol. Dat plan voldoet aan de voorwaarden uit hoofdstuk 3, samen met de aanvullende voorwaarden uit hoofdstuk 4.

2. Hoe kan het overleg plaatsvinden?

Delen perspectieven

De zorgorganisatie, cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar hebben ieder hun eigen informatie en perspectief. Het is goed deze eerst met elkaar te delen. Zoals: welke signalen geven bewoners en naasten af over het bezoekverbod? Waar lopen medewerkers tegenaan en waar zijn zij mogelijk bang voor? Wat is het medisch perspectief? Wat is het verpleegkundig perspectief? Wat zijn de (on)mogelijkheden van de organisatie?



Verkennen oplossingen

Gezamenlijk kunnen de zorgorganisatie, cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en regiebehandelaar oplossingen verkennen. Vragen die daarbij aan de orde kunnen komen zijn:

- Hoe kan een bezoeksregeling maximaal aansluiten bij de visie van de zorgorganisatie?
- Is er bezoek op de kamer van de bewoner mogelijk? Zo niet, welke algemene ruimtes zijn beschikbaar voor bezoek?
- Zijn afdelingen van elkaar te scheiden zodat gevaar voor besmetting afneemt?
- Is er voldoende beschermingsmateriaal voor medewerkers maar ook voor bezoekers?
- Wie kunnen het gesprek met bewoners en naasten voeren? Wie ondersteunt hen daarbij en wie staat er stand by in het geval er problemen ontstaan?
- Hoe kan de locatie aan de landelijk geformuleerde uitgangspunten voldoen?
- Hoe en door wie vindt de monitoring plaats?

3. Hoe ziet dat er in een schema uit?

Wat?	Opstellen plan van aanpak	Vaststellen plan van aanpak	Instemmen plan van aanpak	Plan van aanpak gereed	Goedkeuren en groen licht bezoeksregeling	Monitoren en evalueren plan van aanpak	Bijsturen
Wie?	Zorgorganisatie in samenspraak met CR, VAR/PAR of OR en SO	Zorgorganisatie	Zorgorganisatie legt voor aan CR en VAR/PAR of OR en SO		GGD	Zorgorganisatie evalueert met CR, VAR/PAR of OR	Zorgorganisatie



Bijlage 11: Gesprek tussen bewoner, naasten en zorgprofessional

De gesprekshandleiding 'Samen beslissen' van Vilans helpt bij het gesprek tussen zorgprofessional en bewoner/naasten. Op basis van dit gesprek kunnen zij een beslissing nemen over het ontvangen van bezoek. Beseffend welke risico's er zijn voor mogelijke besmetting en mogelijk vervroegd overlijden. Deze gesprekshandleiding is een manier om de bewoner/naasten te ondersteunen bij het maken van keuzes.

Erkenning voor verschillende perspectieven

'Samen beslissen' is een proces waarbij verschillende perspectieven bij elkaar komen. De zorgprofessional en de bewoner/naaste hebben elk hun eigen expertise en perspectief. Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een gelijkwaardig gesprek. Doorslaggevend is dat er wederzijdse erkenning is voor elkaars perspectieven. De zorgprofessional begeleidt dit gesprek, waarbij hij zijn eigen normen en waarden niet leidend laat zijn. Als er een situatie ontstaat waarin de gezamenlijke besluitvorming niet lukt dan kan de zorgprofessional – in het belang van de cliënt en de organisatie – opschakelen naar de regiebehandelaar of leidinggevende.

Betrokkenheid van naaste(n)

Is een bewoner niet zelf in staat is om te bepalen/af te wegen of hij het risico op besmetting vrijwillig wil lopen? Dan staat een (geïnformeerde) vertegenwoordiger de bewoner bij in het gesprek en de te maken keuzes. Dit kan een naaste, een familielid of een wettelijk vertegenwoordiger zijn. De zorgprofessional en bewoner voeren het gesprek binnen de kaders van landelijke afspraken en het bezoekbeleid van de betreffende locatie. Uit het gesprek komen maatwerkafspraken voor de bewoner en zijn naasten.

Meer informatie over het gespreksmodel 'Samen beslissen' en het stappenplan hiervoor: [samen beslissen met kwetsbare ouderen](#).





7 mei 2020

Deze uitgave mag zonder toestemming van de partijen voor niet-commercieel gebruik worden gedownload. Afzonderlijk gebruik van het beeldmateriaal is niet toegestaan. Voorts alle rechten voorbehouden.

Disclaimer drukwerk

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. De partijen aanvaarden geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Ontwerp en opmaak **hollandse meesters, Utrecht**

