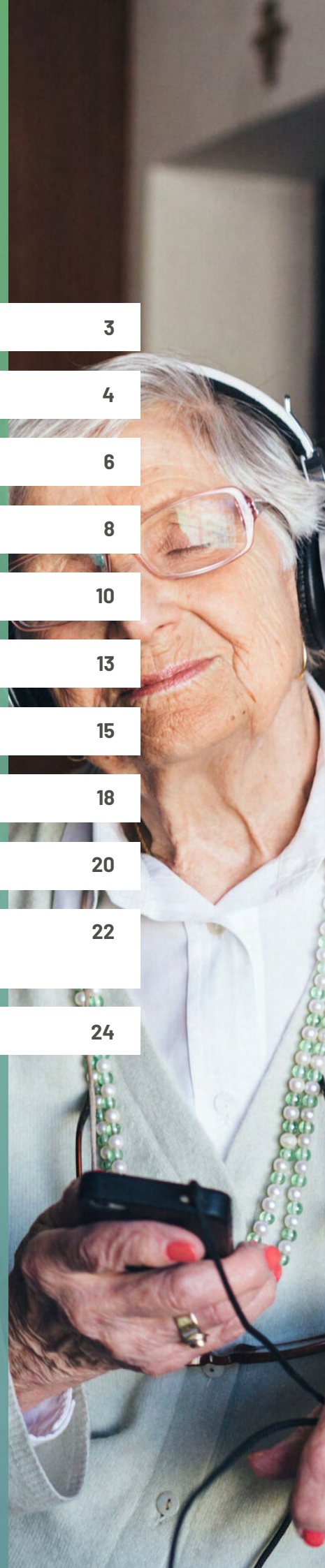


Theoretische onderbouwing handreiking bezoekregeling



Inhoud

1.	Inleiding	3
2.	Uitgangspunten handreiking	4
3.	Kwaliteitskader verpleeghuiszorg	6
4.	Perspectieven en dilemma's	8
5.	Het perspectief van de goed instrueerbare bewoner	10
6.	Het perspectief van de minder goed instrueerbare bewoner	13
7.	Het perspectief van de bezoeker	15
8.	Het perspectief van de zorgprofessional	18
9.	Rol van de cliëntenraad	20
10.	Het gesprek tussen zorgorganisatie, cliëntenraad, OR, PAR/VAR en regiebehandelaar	22
11.	Gesprek tussen bewoner, naasten en zorgprofessional	24



1. Inleiding

Sinds maart 2020 heeft ook in Nederland de dreiging van het coronavirus een crisis van ongedachte omvang veroorzaakt. Het kabinet heeft de zware maatregel genomen om verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg vanaf 20 maart te sluiten voor bezoekers en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg. 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.

Bezoekregeling

Het kabinet heeft besloten dat vanaf 25 mei 2020 er weer bezoek mogelijk gemaakt mag worden op alle verpleeghuislocaties (of afgezonderd gedeelte van een locatie), mits voldaan wordt aan de voorwaarden uit de 'Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd'. Met betrokken veldpartijen, ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en Zorgthuisnl, is gewerkt aan de gezamenlijke handreiking voor de gefaseerde en gecontroleerde aanpak van de bezoekregeling voor de verpleeghuiszorg. Deze handreiking is bedoeld om binnen zorgorganisaties afspraken te maken over de versoepeling en daarbij ook over de fasering van de versoepeling. De theoretische onderbouwing van de 'Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd' is gebundeld in dit document. Daarnaast zijn ook een aantal instrumenten opgenomen in dit document.

Webinar

Er heeft een webinar plaatsgevonden voorafgaand aan het maken van de eerste versie van de handreiking. Het webinar werd verzorgd door Rivas Zorggroep en Zorgbalans. Het webinar kunt u [hier](#) terugkijken.



2. Uitgangspunten handreiking

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 corona-besmetting, 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 bezoekprotocol. Het bezoekprotocol is terug te lezen in het volgende hoofdstuk. Een uitgebreide onderbouwing van de acht uitgangspunten vindt u terug in de bijlage van deze handreiking.



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 'zeggenschap 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 cliënt 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 cliënt 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.



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 bezoekenregeling 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 bezoekprotocol, dat in de bijlage van deze handreiking is opgesteld.



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 voorzorgsmaatregelen (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 handelings-perspectief 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 werven 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.



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 zorginstellingen, 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 mindergoed 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.



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 teruggedraaide 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 bezoekenregeling 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.



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 bezoekenregeling, 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 bezoekenregeling 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 bezoekenregeling. Ook staat iemand er stand by om te helpen als er problemen zijn, ook buiten kantoortijden.



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 verpleeghuiszorg en behartigt hun belangen. De cliëntenraad is betrokken bij alle belangrijke besluiten van het verpleeghuis. De betrokkenheid bij het bezoeksregeling, inclusief een bezoekprotocol 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 bezoekprotocol, wordt opgesteld door de zorgorganisatie, in samenspraak 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 bezoekprotocol 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 bezoekprotocol.

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).



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 bezoekprotocol. 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



11. Gesprek tussen bewoner, naasten en zorgprofessional

De gesprekshandreiking '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 gesprekshandreiking 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 (naasten, familie of wettelijk 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](#)





19 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**

