

Handreiking bezoek en sociaal contact

corona in verpleeghuizen



Inhoud

Inleiding	3
------------------	----------

1. Plan voor bezoek & sociaal contact	4
2. Besluitvorming	12
Besluitvorming in verschillende situaties	12
Besluitvorming binnen zorgorganisaties	13
Besluitvorming buiten zorgorganisaties	15
Communicatie	16

Bijlagen

1. Medische maatregelen rondom bezoek (versie 14-9)	18
2. Bouwstenen en gesprekshulp voor maatwerk in contact met naasten	24
3. Rol van de cliëntenraad	28
4. Het gesprek tussen zorgorganisatie, CR, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar	30
5. Risicoafweging omtrent bezoek en sociaal contact	32

Inleiding

In de eerste helft van 2020 hebben alle verpleeghuizen in Nederland met de gevolgen van corona te maken gekregen. Verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen moesten hun deuren sluiten voor bezoek. De gevolgen voor alle betrokkenen waren groot. Inmiddels zitten we in een volgende fase. Op basis van de geleerde lessen kan lokaal een goede afwegingen gemaakt worden waarbij er een balans gezocht wordt tussen kwaliteit van leven en veiligheid.

De kans is klein dat er voor verpleeghuizen een nieuwe landelijk geldende ministeriële regeling voor bezoek en sociaal contact in verpleeghuizen opgesteld wordt. Daarom is het van belang dat iedere zorgorganisatie voor iedere locatie een plan op maat heeft. Het uitgangspunt is meer maatwerk en oog voor lokale verschillen. Deze handreiking is bedoeld om te komen tot afspraken over lokaal maatwerk in elke zorglocatie. De handreiking kan ook bruikbaar zijn bij andere crisissituaties in de toekomst.

Als bijlagen zijn verschillende documenten opgenomen. Het betreft professionele richtlijnen en hulpmiddelen. Zo zijn de 'medische maatregelen rondom bezoek (bijlage 1) opgenomen die door zorgorganisaties gevolgd moeten worden.

Voor wie is deze handreiking?

Deze handreiking is een hulpmiddel voor bestuurders/managers, cliëntenraden, ondernemingsraden/VAR/PAR en de regiebehandelaar van een zorgorganisatie. Het advies is om proactief aan de slag te gaan met het maken of bijstellen van een plan als voorbereiding op een tweede golf. En dus nu de tijd te benutten om tot een breed gedragen maatwerkplan te komen.

1. Plan voor bezoek & sociaal contact

Iedere zorglocatie en iedere bewoner heeft een eigen (zorg)plan nodig over hoe om te gaan met bezoek en sociale contacten tijdens de coronatijd. Bewoners hebben verschillende behoeften aan bezoek en sociale contacten. Daarnaast verschillen locaties qua gebouw, ligging, teams en omvang. Corona heeft gevolgen voor alle sociale contacten van bewoners. Deze handreiking gaat over de randvoorwaarden voor alle vormen van sociaal contact en de besluitvorming over het plan.

Plan bezoek en sociale contacten

De volgende uitgangspunten zijn het fundament van het plan van de zorgorganisatie over bezoek en sociaal contact:

1. Balans tussen kwaliteit van leven en veiligheid voor zowel de bewoner, naasten, vrijwilliger als de (zorg)professional (uitgangspunt kwaliteitskader verpleeghuiszorg)
2. Geen landelijke bezoekbeperking maar maatwerk per afdeling
3. Het plan heeft betrekking op de drie verschillende situaties:
 - Waakzaam
 - Zorgelijk
 - Ernstig
4. Het plan houdt ten minste rekening met de volgende vier groepen:
 - Bewoners
 - Naasten
 - (zorg)professionals
 - Vrijwilligers
5. Bezoek en sociaal contact zijn essentieel
6. Zorgvuldige besluitvorming
7. Duidelijke communicatie

1. Balans tussen kwaliteit van leven en veiligheid

De verpleeghuissector heeft de afgelopen jaren een manier van werken ontwikkeld waarbij de individuele behoeften van bewoners het centraal staan. Uitgangspunt is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: de bewoner kan zijn leven leiden zoals hij dat wenst, samen met de mensen die voor hem of haar van betekenis zijn.

Het uitgangspunt bij contacten met dierbaren is in Coronatijd 'JA, mits...'. Mits, omdat er bij elke maatwerkoplossing aandacht moet zijn voor de veiligheid van andere bewoners, (zorg)professionals, vrijwilligers, naasten en mensen buiten het verpleeghuis. Een belangrijke voorwaarde is dat er een afweging plaatsvindt tussen ieders veiligheid en de gevolgen voor de kwaliteit van leven.

De zorgorganisatie schept de algemene voorwaarden voor maatwerk op iedere afdeling/woongroep. Daarbij weegt de zorgorganisatie de belangen van bewoners, naasten, vrijwilligers en (zorg)professionals. En het zoekt naar een balans tussen kwaliteit van leven en veiligheid. Het multidisciplinaire team voert gesprekken met bewoners/vertegenwoordigers en naasten over de wensen en behoeften rond bezoek en sociaal contact. Dit kan bijvoorbeeld in de reguliere MDO's en kan worden verwerkt in de zorgdossiers. Deze afspraken zijn input voor het Plan bezoek en sociale contacten van de zorglocatie. Het besluit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de bewoner, zijn naasten en (zorg)professionals. Hierover voeren zij gezamenlijk het gesprek. In de bijlage van de handreiking zijn praktische adviezen opgenomen die kunnen helpen bij het aangaan van het gesprek met bewoners en hun naasten over contact met dierbaren. Verder is er een gesprekshulp toegevoegd ter ondersteuning van de multidisciplinaire teams in het afwegen van veiligheid en kwaliteit van leven en zo te komen tot maatwerk.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Bestuur, bewoner, bezoeker, naasten en (zorg)professionals hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de introductie en, bij een besmetting, de verdere verspreiding van COVID-19 zoveel mogelijk te voorkomen.

Adviezen om te komen tot maatwerk per bewoner:

1. Het gesprek met bewoners en hun dierbaren is van groot belang om wederzijds vertrouwen op te bouwen of waar nodig te herstellen en wensen en mogelijkheden telkens goed af te wegen (de dialoog). Geef bewoners en hun naasten informatie die afgestemd is op hun bevattingsvermogen en ondersteun hen zoveel als nodig bij het autonoom nemen van beslissingen. Inventariseer hierbij wat de behoefte aan contact met dierbaren is. Het gesprek kan bijvoorbeeld gevoerd worden door de zorgcoördinator, de eerst verantwoordelijk verzorgende en/of arts of psycholoog of geestelijk verzorger.
2. Ga ervan uit of wijs de familieleden erop dat zij zelf verantwoordelijkheid hebben om de algemeen geldende regels en richtlijnen toe te passen/ na te leven. Zorg ervoor dat het netwerk goed in kaart is, inclusief vrienden en vrijwilligers. Bespreek met de 1e contactpersoon hoe anderen in het netwerk geïnformeerd blijven over bezoekmogelijkheden.
3. De specifieke behoeften aan contact met naasten zijn voor iedere bewoner anders. Daarom is het van belang deze na de inventarisatie vast te leggen in het zorgplan/ cliëntdossier. Gebruik hiervoor de bestaande structuren van methodisch werken (de evaluatie van het zorgplan, het MDO). Ga in overleg met bewoner en naasten wanneer de omstandigheden of maatregelen in de samenleving veranderen.
4. Probeer, juist in tijden van een uitbraak, met elkaar te zoeken naar creatieve oplossingen om zoveel mogelijk aan de behoeften die in het zorgplan beschreven staan, tegemoet te komen. Dat betekent dat er maatwerk geboden wordt. Ieder individu is immers uniek.
5. Als niet aan de behoefte en wensen van bewoner omtrent contact met dierbaren voldaan wordt, of als niet aan de geldende regels met betrekking tot besmettingsrisico's voldaan wordt, onderzoek dan multidisciplinair en in overleg met de bewoner en naasten hoe de afspraken kunnen worden aangepast.
6. Bij twijfel, of als het niet mogelijk is om aan de behoefte te voldoen, kan de casus worden voorgelegd aan een onafhankelijk adviesorgaan, bijvoorbeeld een ethische commissie¹ of moreel beraad.

2. Geen landelijke bezoeksbeperking maar maatwerk per locatie

Door nieuwe inzichten, ervaringen en vergrote (test)capaciteit is het mogelijk om lokaal maatwerk te bieden. Een algemeen uitgangspunt is dan ook dat het niet snel denkbaar zal zijn dat er een landelijk geldende ministeriële regeling opgesteld zal worden die ervoor zorgt dat er landelijk een algemene bezoeksbeperking komt. Maatwerk wordt gevraagd. Dit vraagt dus ook dat per locatie vanuit verschillende perspectieven afwegingen worden gemaakt. Dit samen met de direct betrokkenen. Dit vraagt om zorgvuldige communicatie met deze betrokkenen en vraagt ook om beslissingen ten aanzien van ethische dilemma's. De bestuurder besluit, in afstemming met direct betrokkenen, uiteindelijk over de te volgen afspraken ten aanzien van het beleid in een locatie.

Algemene richtlijnen gelden

Bij het opstellen van het plan zijn de algemene richtlijnen van het RIVM en het behandeladvies van Verenso het uitgangspunt. Samen met de richtlijnen rondom de inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en het testbeleid en inzet zorgmedewerkers. (zorg)Professionals hebben rondom de richtlijnen de ruimte om in specifieke zorgsituaties op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd af te wijken van de richtlijnen.

Medisch handelen Verenso

Verenso heeft een document opgesteld hoe te handelen bij bezoek en sociaal contact in het verpleeghuis ten tijde van corona. Het document biedt instructies over het toelaten van bezoek, zowel voor de situatie waarbij een locatie geen besmette bewoners heeft als voor de situatie waarbij meerdere bewoners besmet zijn met corona. In het document is er ook aandacht voor bezoek tijdens de stervensfase. Het medisch handelen is opgenomen als bijlage van deze handreiking.

3. Verschillende situaties

De afgelopen periode hebben we gezien dat er regionaal en lokaal veel diversiteit kan zijn in de wijze waarop het coronavirus zich verspreidt. Zo kunnen er plaatsen en regio's zijn waar nog geen of weinig besmettingen zijn en er zijn regio's waar veel mensen besmet zijn geraakt met het virus. Daarom is het belangrijk de volgende drie situaties op te nemen in het plan. Deze situaties gelden voor de gehele samenleving en zijn door het kabinet vastgesteld:

- **Waakzaam**

Er is sprake van een beheersbare situatie. Het aantal corona-besmettingen is laag. Kwetsbare groepen dienen alert te zijn. Het bron- en contactonderzoek is overwegend effectief. Maatregelen worden voldoende nageleefd en zijn te handhaven. Er is voldoende regionale zorgcapaciteit beschikbaar. Aanvullende maatregelen zijn er op gericht om de bestaande aanpak beter te laten functioneren.

- **Zorgelijk**

De situatie ontwikkelt zich negatief. Het aantal nieuwe besmettingen neemt toe. Maatwerk is nodig om kwetsbare groepen te beschermen. Als de situatie voortduurt, wordt het bron- en contactonderzoek ineffectief. Maatregelen worden onvoldoende nageleefd. De druk op de regionale zorgcapaciteit neemt toe. De bestaande aanpak moet met aanvullende maatregelen worden versterkt om de verspreiding van het virus weer onder controle te krijgen en terug te keren naar een beheersbare situatie.

- **Ernstig**

Hard ingrijpen is noodzakelijk om verdere escalatie te voorkomen en terug te keren naar een beheersbare situatie (waakzaam). Het aantal nieuwe besmettingen neemt snel toe. Het bron- en contactonderzoek is niet meer effectief, waardoor het zicht op de verspreiding afneemt. Maatregelen worden onvoldoende nageleefd. De regionale zorgcapaciteit is onvoldoende. Maatregelen zijn er op gericht om (regionale) overbelasting van de zorg te voorkomen, kwetsbare te beschermen en weer zicht op de verspreiding van het virus te krijgen.

Naast deze drie situaties bestaat er ook nog de situatie van een daadwerkelijke uitbraak. Er is sprake van een uitbraak als er 1 of 2 bevestigde COVID-19 bewoners zijn op een afdeling/unit/woongroep. Ook de situatie waarbij er sprake is van een uitbraak moet onderdeel zijn van het plan.

De zorgorganisaties worden door de directeur Publieke Gezondheid (dPG) geïnformeerd over de stand van zaken in de regio en in welke situatie de regio zich bevindt. Belangrijk is dat zorgorganisaties binnen de drie situaties zelf aan zet zijn om aanvullende maatregelen te treffen, welke maatregelen wanneer getroffen moeten worden is aan de zorgorganisatie, eventueel in overleg met de dPG.

Per situatie kunnen er een aantal andere, eventueel aanvullende, afspraken gelden. Zo kan in situatie 1 (waakzaam) een zorgorganisatie het naleven van de algemene richtlijnen moeten waarborgen. Dit betekent waar kan 1,5 meter afstand houden en bij klachten niet op bezoek komen. In situatie 2 (zorgelijk) kan het nodig zijn om naast de algemene richtlijnen afspraken te maken over het eventueel (preventief) inzetten van mondklappers bij bezoek. Er zijn vele verschillende onderwerpen te bedenken die opgenomen kunnen worden in het plan en deze onderwerpen kunnen dan ook nog per situatie verschillend worden ingevuld. Hieronder volgt een opsomming van onderwerpen die onderdeel vormen van het plan in samenhang met de algemeen geldende richtlijnen. Zorgorganisaties zijn vrij, passend bij de drie situaties (waakzaam, zorgelijk en ernstig), om hier lokaal invulling aan te geven:

- (preventief) Inzetten van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM);
- Beperken van bezoek;
- Contactbehoefte van bewoner;
- Registratie en triage van bezoek;
- Besluitvorming rondom bezoek en sociaal contact, ook in crisissituatie;
- Maatregelen in het gebouw, bijvoorbeeld looproutes, ventilatie;
- Blijven faciliteren van sociaal contact;
- Beweging van bewoners zowel binnen als buiten gebouw (wandelen);
- Inzet contactberoepen;
- Inzet vrijwilligers;
- Etc.

4. Bezoek & sociaal contact

Het bezoek en de betrokkenheid van naasten en vrijwilligers is vaak essentieel voor het welbevinden van bewoners in het verpleeghuis. In principe is dit in tijden van corona toegestaan, in alle drie de situaties. De mate van bezoek kan verschillen en soms zullen de maatregelen verschillen per situatie. Dit is nodig om de kans op een besmetting of verdere verspreiding van het virus zo klein mogelijk te houden. Het besluit wordt genomen door de zorgorganisatie samen met de direct betrokkenen. In hoofdstuk 3: besluitvorming wordt hier nader op ingegaan. De besluitvorming en communicatie zijn manieren om zo veel mogelijk draagvlak te creëren voor de maatregelen. Bezoek en contact tijdens de stervensfase verdient speciaal aandacht in het plan. Daarnaast is het goed om stil te staan bij de toegang voor externe stakeholders als advocaten, clientvertrouwenspersonen, onderzoeker CIZ etc.

In de bijlage van de handreiking is een document opgenomen over de risicoafweging die gemaakt dient te worden door de zorgorganisatie in afstemming met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR, regiebehandelaren en het crisisteam.

Bewoners & naasten

Vanwege de enorme diversiteit en betrokkenheid van naasten is het aan te raden om over het bezoek en de sociale contacten met de bewoner en zijn of haar naasten in gesprek te gaan. Naasten kunnen ook een rol spelen bij het verlenen van de basiszorg. Ook dan is het goed om hierover, voor de verschillende situaties, afspraken te maken. Het uitgangspunt voor dit gesprek is het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, ook in een crisissituatie.

Belangrijk bij het voeren van het gesprek is dat zowel de bewoner als de naaste van de bewoner goed geïnformeerd is. De informatie moet voor iedereen te begrijpen zijn. Tijdens het gesprek is het uitgangspunt om zoveel als nodig te ondersteunen bij het autonoom nemen van beslissingen. Het is belangrijk om dit gesprek niet eenmalig te voeren maar tussentijds samen met de bewoner en zijn naasten in gesprek te blijven over de behoefte aan bezoek en sociale contacten. Het kan namelijk zo zijn dat de behoefte en/of wensen wijzigen. Het is aan te raden om in het gesprek ook de naasten te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de algemene maatregelen omtrent corona en de regels van de zorgorganisatie bij bezoek en sociaal contact.

Zorgorganisaties inventariseren wensen en behoeften maar het is, net zoals in een tijd waarbij corona geen rol speelt, niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld vanwege de lokale situatie, om aan alle wensen en behoeften van bewoners en naasten te voldoen.

In de bijlage van deze handreiking zijn bouwstenen en een gesprekshandleiding opgenomen als ondersteuning bij het gesprek tussen bewoner, naasten en (zorg)professional voor het individuele zorgplan en de aandacht daar binnen voor bezoek.

Vrijwilligers

Vrijwilligers zijn in meer of mindere mate betrokken bij de zorgverlening. Voor het organiseren van groepsactiviteiten, de begeleiding van bezoek of het organiseren van sociaal contact middels beeldbellen of babbelboxen worden vrijwilligers veelvuldig ingezet.

In het plan dient aandacht te worden besteed aan de rol van de vrijwilligers in de drie verschillende situaties. Het is belangrijk om hier de vrijwilligers ook zelf bij te betrekken. Zo kan er in het plan de afspraak opgenomen worden om in een bepaalde situatie alleen maar vaste vrijwilligers te betrekken. Daarnaast is het ook aan te raden om vooraf afspraken vast te leggen over de (preventieve) inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen voor vrijwilligers.

(zorg)Professionals

Een andere groep die ook contact heeft met de bewoners betreffen de (zorg)professionals. De (zorg)professionals bespreken met de bewoner en de naasten de wensen en behoeften over bezoek en sociaal contact in de verschillende situaties. Dit doen de (zorg)professionals op basis van kaders en richtlijnen. De zorgorganisatie dient waar nodig de (zorg)professionals hierbij te faciliteren. Daarnaast stemt de (zorg)professional de inzet van vrijwilligers af met de zorgorganisatie om in alle situaties ook bezoek en sociaal contact mogelijk te maken. In de bijlagen is het perspectief van de (zorg)professional verder uitgewerkt.

Er zijn ook medewerkers van de zorgorganisatie die wel op de afdeling aanwezig moeten zijn, maar niet betrokken zijn bij de directe zorgverlening. Het belangrijk om deze groep (zorg)professionals ook mee te nemen in het plan en uit te schrijven wat zij wel en niet mogen per situatie.

2. Besluitvorming

Het plan dat een zorgorganisatie maakt voor bezoek en sociale contacten in het verpleeghuis gedurende corona-tijd wordt door de zorgorganisatie samen met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR, regiebehandelaren en het crisis-/uitbraakteam gemaakt. De wijze waarop de verschillende interne stakeholders betrokken worden bij de besluitvorming kan per situatie verschillen. In dit hoofdstuk leest u welke afspraken onderdeel vormen van het plan als het gaat om besluitvorming en welke rol de verschillende interne stakeholders hierin spelen. Bij de besluitvorming dienen alle interne stakeholders zowel aandacht te hebben voor de kwaliteit van leven van de bewoner en zijn naasten als voor de veiligheid van de bewoner, naasten, vrijwilligers en de zorgprofessionals. Het is belangrijk om hierbij aandacht te hebben voor besluitvorming die lokaal plaats moet vinden en welke besluiten eventueel aanvullend op organisatieniveau genomen moeten worden. In de bijlage van deze handreiking is een document opgenomen over het gesprek tussen de zorgorganisatie, cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR, regiebehandelaar en crisisteam.

Besluitvorming in verschillende situaties

In hoofdstuk 2 van de handreiking is beschreven dat iedere zorgorganisatie een plan maakt voor bezoek en sociale contacten en dat dit geldt voor drie verschillende situaties.

Er kan zich een situatie voordoen, bijvoorbeeld een uitbraak op de locatie, waardoor een zorgorganisatie snel tot besluitvorming moet komen. Het is belangrijk om als onderdeel in het plan samen met de interne stakeholders af te stemmen hoe een besluit genomen wordt in een crisissituatie. Zo kan een zorgorganisatie in afstemming met de interne stakeholders besluiten om in een crisissituatie de besluitvorming enkel af te stemmen met de voorzitters van de verschillende interne stakeholders of enkel met het crisisteam. Instemming van welke stakeholder vooraf nodig is en wanneer verantwoording achteraf goed is. In acute situaties kan de koninklijke weg niet gevolgd worden. Het is daarom aan te raden dit op voorhand af te spreken.

Het is belangrijk om in de besluitvorming oog te hebben voor elkaars rollen en verantwoordelijkheden. Hieronder volgt een toelichting op deze verschillende rollen.

Besluitvorming binnen de zorgorganisatie

Rol van de cliëntenraad

Bij het vaststellen van het plan over bezoek en sociaal contact in de verpleeghuizen is de cliëntenraad een belangrijke partner. De cliëntenraad vertegenwoordigt de bewoners van het verpleeghuis en behartigt hun belangen. De cliëntenraad is verantwoordelijk voor het raadplegen van de wensen en behoeften van de bewoners en hun naasten. Om lokaal maatwerk te bieden wordt als eerste de lokale cliëntenraad betrokken bij de totstandkoming van het plan omtrent bezoek en sociaal contact voor de desbetreffende locatie. Eventueel is het daarnaast mogelijk om ook de centrale cliëntenraad te raadplegen.

De cliëntenraad maakt zelf, op basis van de input van zijn achterban, de afweging hoe zij aankijkt tegen de betrokkenheid van naasten en vrijwilligers op een locatie in relatie tot corona. De cliëntenraad kan hiervoor een uitvraag doen bij zijn achterban. Mede op basis van de input uit de uitvraag maakt de cliëntenraad een afweging. Op basis van deze afweging kan de cliëntenraad of een vertegenwoordiger namens de cliëntenraad in gesprek gaan met de zorgorganisatie over de aanpak in de verschillende situaties. Tijdens dit gesprek is het belangrijk om de verschillende perspectieven met elkaar te delen.

Vertegenwoordiging van zorgprofessionals (VAR/PAR, OR en regiebehandelaren)

De professionele adviesraden, ondernemingsraad en regiebehandelaren geven omtrent het beleid voor de verschillende situaties de organisatie gevraagd en ongevraagd advies om de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven te waarborgen en te verbeteren, maar ook om de veiligheid van de (zorg)professionals én bewoners onder de aandacht te brengen. Door deze adviserende rol hebben de (zorg)professionals een stem in het beleid van de zorgorganisatie.

De adviesraden, ondernemingsraden en regiebehandelaar kunnen voorafgaand aan besluitvorming een achterbanraadpleging doen. Mede op basis van wat er uit deze raadpleging naar voren komt kunnen de (zorg)professionals gezamenlijk een advies geven aan de zorgorganisatie. Net zoals geldt voor de cliëntenraad is het voor de vertegenwoordiging van de (zorg)professionals ook belangrijk om als eerste de betrokken (zorg)professionals op een zorglocatie te benaderen voor het opstellen van een plan op locatieniveau. Eventueel is het daarnaast mogelijk om ook de centrale adviesraad of ondernemingsraad te betrekken voor advies.

Rol van het crisis- uitbraakteam, infectiepreventiecommissie

De opeenstapeling van uitdagingen rondom de coronacrisis raakt niet alleen de directie of het bestuur van een zorgorganisatie, meerdere disciplines worden door corona geraakt. Om vanuit verschillende disciplines en perspectieven aan de slag te gaan binnen de zorgorganisatie met corona hebben gedurende de eerdere corona-crisis veel zorgorganisaties een crisis- uitbraakteam ingericht. In veel gevallen bestaat het crisisteam uit een vertegenwoordiging vanuit de zorgorganisatie samen met een bestuurder. Het crisis- uitbraakteam is ingericht om gezamenlijk vanuit verschillende perspectieven te kijken naar verschillende onderwerpen, waaronder ook het beleid rondom bezoek en sociale contacten.

Het crisis- uitbraakteam kan naast de cliëntenraad en de vertegenwoordiging van (zorg) professionals een advies geven aan de bestuurder(s). Het crisis- uitbraakteam zorgt met name voor de borging van de balans tussen de veiligheid en de kwaliteit van leven voor zowel de bewoner, de naasten, vrijwilligers en de (zorg)professionals. Het kan zo zijn dat het crisis- uitbraakteam enkel ingeschakeld wordt in tijden van crisis om snel tot besluitvorming te komen. Hoe het crisis- uitbraakteam zich verhoudt tot de andere interne stakeholders dient onderdeel te zijn van het plan.

Rol van de zorgorganisatie

De raad van bestuur/bestuurder is verantwoordelijk voor het waarborgen van kwaliteit van zorg en de veiligheid van de bewoners, naasten, vrijwilligers en (zorg)professionals. Daarnaast is zij verantwoordelijk voor een zorgvuldige besluitvorming over procedure, proces en inhoud. Besluitvorming vindt in ieder geval op locatieniveau en daar waar dat noodzakelijk is ook op organisatieniveau. Eventueel kunnen per afdeling, binnen een locatie, maatregelen verschillen. Bij de inzet van maatregelen houdt de zorgorganisatie rekening met de mogelijkheden van het gebouw en de eventuele regionale verheffingen.

Wanneer een besluit is genomen is het belangrijk om dit in de praktijk te blijven toetsen. Wanneer blijkt dat er aanpassing nodig is, dit ook te doen. De verschillende betrokkenen kunnen continu uitvragen wat de ervaringen van de bewoners, naasten, vrijwilligers en zorgprofessionals zijn en deze ervaring ook delen met de zorgorganisatie.

Rol ethische commissie

De ethische commissie is een onafhankelijk adviesorgaan waar casuïstiek kan worden voorgelegd als er twijfel is of er voldoende aan de behoefte van bewoner, naasten of zorgmedewerkers is voldaan. Ethische reflectie is een belangrijk onderdeel van maatwerk: het geeft een brede blik vanuit verschillende perspectieven (medisch, psychologisch en ethisch) en weegt verschillende waarden tegen elkaar af. Een ethische commissie is een adviesorgaan voor het crisis/uitbraakteam en kan het multidisciplinaire team adviseren ten aanzien van ethische vragen.

Besluitvorming buiten de zorgorganisatie

Rol directeur Publieke Gezondheid (dPG)

De GGD kan de zorgorganisatie adviseren bij het maken van lokaal beleid, maar ook voor ondersteuning omtrent de infectiepreventie. De basiskennis omtrent infectiepreventie dient in orde te zijn en daar kan de GGD een adviserende rol in hebben. Daarnaast beschikt de GGD over een overzicht van data over het aantal besmettingen lokaal en regionaal. De GGD kan de zorgorganisatie voorzien van een advies over het beleid omtrent bezoek en sociale contacten op basis van deze data. De data worden gepubliceerd op een [dashboard](#) voor de regio. Het is van groot belang om nauwe samenwerking te hebben met de GGD om op die manier tijdig op de hoogte te zijn van wijzigingen in de regionale prevalentie en maatregelen te kunnen op- of afschalen.

De voorzitter van de veiligheidsregio kan een noodverordening vaststellen. In de noodverordening kunnen de maatregelen die het kabinet heeft genomen worden uitgewerkt. Regionaal kunnen er aanvullende maatregelen op de landelijke maatregelen opgenomen zijn in de noodverordening. Afhankelijk van de regio en de wijze waarop maatregelen opgenomen zijn in de noodverordening kan de dPG de beleidsvrijheid van de zorgorganisatie beperken. Dit dient wel te gaan op aanwijzing van de minister.

Rol van de overheid

In de [kamerbrief van 16 juli j.l.](#) heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangekondigd dat met de huidige inzichten, ervaringen en capaciteit de kans klein is dat er op basis van de Tijdelijke Wet Maatregelen COVID-19 (TWM COVID-19)¹ een ministeriële regeling voor een bezoekregeling wordt opgesteld die voor het hele land geldt. Het uitgangspunt is om op regionaal/lokaal niveau maatwerk te bieden: doen wat noodzakelijk is in de regionale/lokale situatie waarbij middel en doel in een goede verhouding tot elkaar staan als het gaat om eventueel het beperken van bezoek en/of sociale contacten.

Rol van de Inspectie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt richtinggevend, stimulerend toezicht op zorgaanbieders. Tegelijk grijpt ze in als er sprake is van een situatie waarbij de kwaliteit en continuïteit van de zorg of veiligheid van cliënten onder de maat is. Van de zorgorganisatie verwacht de IGJ dat zij zicht heeft op de geleerde lessen en deze toepast in de organisatie.

1 De wet is nog niet aangenomen door het parlement.

3. Communicatie over plan

Coronarichtlijnen en -beleid zijn ingewikkeld, niet altijd eenduidig en veranderen voortdurend. Toch is het belangrijk dat bewoners, naasten, vrijwilligers en zorgprofessionals begrijpen waar ze aan toe zijn. Wat kan wel, wat kan niet en onder welke omstandigheden. Hiervoor is duidelijke en begrijpelijke informatie nodig, opgenomen in een crisiscommunicatieplan. In het bijzonder voor mensen met lage taal- en/of gezondheidsvaardigheden. Daarbij is het te adviseren om een overzicht te bieden van contactgegevens van de zorgorganisatie zodat bewoners, naasten, vrijwilligers maar wellicht ook zorgmedewerkers te allen tijden terecht kunnen voor meer informatie of toelichting op besluitvorming.

Communicatie over inhoud plan

Het is belangrijk om de bewoners, naasten, vrijwilligers en (zorg)professionals tijdig te betrekken en tijdig te informeren over de maatregelen die ingezet worden. Het helpt om bewoners, naasten en vrijwilligers in een vroeg stadium te betrekken en mee te nemen in de overwegingen en argumentatie. In de communicatie wordt meegenomen hoe lang de maatregelen van toepassing zijn. In veel gevallen is het verstandig als de zorgorganisatie communiceert over de verschillende maatregelen van de locaties, bijvoorbeeld richting stakeholders.

De wijze van communicatie

Er zijn verschillende doelgroepen die informatie willen hebben over de besluitvorming. Om al deze doelgroepen/externe stakeholders te bereiken is het advies om zo veel mogelijk verschillende communicatiemiddelen in te zetten. Daarbij kan gedacht worden aan gesprekken, telefoon, mail, sociale media en/of de website van de zorgorganisatie. Op [Rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl) en op de [website van Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen](#), is informatie over het coronavirus uitgewerkt in begrijpelijke informatie. Het bericht kan tevens in verschillende vormen gedeeld worden, bijvoorbeeld via een brief of een video-boodschap.

Bij de ontwikkeling van de verschillende communicatiemiddelen is het verstandig de cliëntenraad en/of naasten, vrijwilligers en (zorg)professionals te betrekken.

Bijlagen

1.	Medische maatregelen rondom bezoek (versie 14-9)	18
2.	Bouwstenen en gesprekshulp voor maatwerk in contact met naasten	24
3.	Rol van de cliëntenraad	28
4.	Het gesprek tussen zorgorganisatie, CR, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar	30
5.	Risicoafweging omtrent bezoek en sociaal contact	32

Bijlage 1: Medische maatregelen rondom bezoek

Versie 14-9-2020 18.00 uur

Medische maatregelen rondom bezoek

Doel medisch perspectief bij bezoekenregeling

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 aerosolen tijdens aerosolvormende handelingen. De besmettelijke periode wordt voor besmette personen in de thuissituatie door het RIVM omschreven als beginnend 2 dagen voor de start van de klachten, en eindigend als de patiënt 24 uur klachtenvrij is en minimaal 7 dagen na start van de symptomen.

Algemene maatregelen rondom bezoek

Uitgangspunten

- Bezoek is in essentie mogelijk maar er zijn maatregelen nodig om de kans op introductie en verdere verspreiding van COVID-19 in een locatie/op een afdeling door een bezoeker die (mogelijk) besmet is met COVID-19 te minimaliseren.
- Maatregelen rondom bezoek worden lokaal bepaald, tenzij er regionale en/of landelijke maatregelen zijn. Lokaal kan er, afgestemd op het lokale uitbraakbeleid, aanleiding zijn om bezoek op een afdeling/locatie tijdelijk te beperken/weren. Het besluit hiertoe ligt bij het bestuur waarbij besluitvorming in overleg met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR, regiebehandelaren en het crisis-/uitbraakteam.

Voorwaarden

- 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;
 - de risico's ten aanzien van een bezoek;
 - de eventuele consequenties van een bezoek zoals kans op besmetting, quarantaine e.d. voor zichzelf en/of voor patiënten.
- Teveel kruisende bezoekers per afdeling/locatie wordt voorkomen (bijvoorbeeld door middel van het beheersen van het aantal bezoekers en een duidelijke routing).
- Het aantal bezoekers is in overeenstemming met de capaciteit aan het screenen en begeleiden van het bezoek.
- De bezoeker (of zijn/haar huisgenoten) heeft geen COVID-19 dan wel klachten die daaraan gerelateerd zijn of is na doormaken van COVID-19 tenminste 24 uur symptoomvrij en minimaal 7 dagen na start symptomen.

Medisch-inhoudelijk maatregelen rondom bezoek

- Bezoekers volgen de algemene maatregelen van het RIVM:
 - toepassen handhygiëne;
 - geen handen geven;
 - hoesten en niezen in de elleboog;
 - papieren zakdoekjes gebruiken, deze daarna weggooien en aansluitend handen wassen;
 - houden van 1,5 meter afstand;
 - regels voor **thuisquarantaine** (conform regels van het RIVM²):
 - bij ontstaan klachten van COVID-19/in afwachting van een testuitslag;
 - indien zij nauw contact/huisgenoot zijn van een COVID-19 patiënt;
 - bij terugkomst uit een risicogebied (oranje/rode gebieden).
- De bezoeker meldt het onverwijld aan de instelling als deze klachten van COVID-19 krijgt en vanaf twee dagen voorafgaand aan ontstaan klachten op bezoek is geweest.
- Afdelingen met (mogelijk) COVID-19 worden niet gebruikt als looproute voor bezoekers.

2 De actuele regels van het RIVM zijn van toepassing.

Medisch-inhoudelijk maatregelen bij procedure entree bezoek

- Verzoek de bezoeker zichzelf op de morgen van het bezoek te temperatuur.
- Bij de entree vindt bij de bezoeker een gezondheidscheck plaats.
- Bezoekers laten (digitaal) hun NAW-gegevens op datum achter op een aanwezigheidslijst. Dit vergemakkelijkt een eventueel te starten bron- en contactonderzoek door de GGD.
- De bezoeker wordt bij de entree geweigerd in geval:
 - de bezoeker COVID-19 heeft en deze is nog geen 24 uur symptomenvrij en minimaal 7 dagen na start symptomen.
 - de bezoeker aan COVID-19 gerelateerde klachten heeft en/of verhoging/koorts ($>37,5^{\circ}\text{C}$). Deze bezoeker wordt (bij thuiskomst telefonisch):
 - gevraagd of deze tot aan twee dagen voor ontstaan van de klachten op bezoek is geweest. Indien bevestigend, handel conform behandeladvies;
 - verzocht zich te laten testen via de GGD (0800-1202) en een positieve test te melden;
 - verzocht niet op bezoek te komen conform de RIVM-regels bij klachten/aanwezigheid van COVID-19 (zie hierboven).
 - van aanwezigheid COVID-19 bij een huisgenoot en er in de afgelopen 14 dagen contact met de huisgenoot is geweest terwijl deze nog klachten had.
 - bij twijfel.
- Bij entree wast of desinfecteert de bezoeker de handen.
- De bezoeker gaat direct van de entree naar de kamer van de patiënt/toegewezen ruimte voor het bezoek (en vice versa). De looproute van de bezoeker (in/uit) is zo kort mogelijk/doorkruist geen andere afdelingen.

Medisch-inhoudelijke maatregelen tijdens het bezoek

- Er wordt zoveel mogelijk een afstand van 1,5 meter aangehouden tussen bezoeker en patiënt en tussen bezoeker en medewerkers (verantwoordelijkheid van beiden).
- Het bezoek vindt plaats in de kamer van de patiënt of een daartoe aangewezen ruimte onder de volgende voorwaarde:
 - De bezoeker houdt >1,5 meter afstand van de zorgprofessional als er tijdens het bezoek zorg moet worden verleend die niet kan worden uitgesteld.
 - In geval van bezoek in een daartoe aangewezen ruimte:
 - de ruimte tussen de verschillende 'bezoekclusters' is minimaal 1,5 meter.
 - beperk zoveel mogelijk het mengen van patiënten van verschillende afdelingen in de ruimte.
 - In geval van verhoogde regionale/landelijk prevalentie: het bezoek vindt zoveel mogelijk plaats op de kamer van de patiënt.
- Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door de bezoeker: het dragen van een chirurgisch neusmondmasker (type II) bij patiënten waarbij dit naar professioneel inzicht wenselijk is, bijvoorbeeld bij niet-instrueerbare patiënten.
- Bij vertrek wast of desinfecteert de bezoeker de handen.

Specifieke maatregelen rondom bezoek

Maatregelen bij bezoek aan patiënt met (mogelijk) COVID-19

- Bezoek is in principe mogelijk mits de lokale situatie voor het waarborgen van infectiepreventie dit toelaat, dit ter beoordeling aan het crisis/uitbraakteam.
- Indien bezoek wordt toegelaten wordt dit gelimiteerd in overeenstemming met de lokale situatie en de wensen van de patiënt/familie.
- Bezoek draagt dezelfde persoonlijke beschermingsmiddelen die worden voorgeschreven voor medewerkers (zie behandeladvies Verenso paragraaf 5.4.1).
- Bezoek krijgt instructies (mondeling en schriftelijk/visueel) met betrekking tot (de plaats van) aan- en uitkleden van de persoonlijke beschermingsmiddelen en bijbehorende handdesinfectie voorschriften.
- Bezoek houdt zoveel mogelijk 1,5 meter afstand van de patiënt.
- Maatregelen rondom bezoek aan een individuele patiënt met (mogelijk) COVID-19 worden opgeheven op het moment van opheffen maatregelen (zie behandeladvies Verenso paragraaf 4.1 (verdenking) of 6.2 (bevestigde patiënt)). Indien van toepassing blijven algemene maatregelen rondom bezoek bij een uitbraak op een afdeling/locatie gelden zolang deze van kracht zijn.

Maatregelen rondom bezoek bij een uitbraak/aanwezigheid van COVID-19 op een afdeling/locatie en/of verhoogde regionale prevalentie

- Conform het Verenso behandeladvies is sprake van een uitbraak bij 1-2 bevestigde COVID-19 gevallen.
- Op een afdeling/locatie waar (mogelijk) COVID-19 aanwezig is, worden lokaal afspraken gemaakt op welke wijze bezoek mogelijk gemaakt kan worden. Een en ander is bijvoorbeeld afhankelijk van het aantal besmettingen/aantal getroffen afdelingen, beheersbaarheid van een uitbraak, de mogelijkheden van het gebouw e.d.
- In geval van een (dreigende) onbeheersbare uitbraaksituatie kan het bestuur, in overleg met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR, regiebehandelaren en het crisis-/uitbraakteam, besluiten tot een (gedeeltelijke) bezoekbeperking. Familie/naasten worden hierover geïnformeerd.
- In geval van verhoogde regionale prevalentie kan het bestuur van de instelling op advies van het uitbraak/crisisteam besluiten dat bezoekers preventief een chirurgisch neusmondmasker (type II) dragen vanaf de entree.

Bezoek tijdens de stervensfase in geval van een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking

- Bezoek in de stervensfase blijft ook tijdens een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking mogelijk.
- De specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist/physician assistent schat in wanneer de stervensfase begint en informeert de familie zodat zij desgewenst afscheid kunnen nemen.
- In overleg met de patiënt/familie worden afspraken gemaakt over het bezoek waarbij rekening wordt gehouden met de wensen van de patiënt/familie én met de lokale situatie voor het waarborgen van infectiepreventie.
- Er is of wordt een situatie gecreëerd dat de patiënt op kamer ligt waar het bezoek zo min mogelijk de normale loop van andere patiënten en medewerkers kruist.
- Als het vanwege schaarste niet mogelijk is bezoekers van (voldoende) persoonlijke beschermingsmiddelen te voorzien wordt het bezoek hierover *tevorens* geïnformeerd met het advies op 1,5 meter afstand van de patiënt te blijven. Adviseer daarnaast de naasten die de stervende hebben bezocht zonder/bepaalde persoonlijke beschermingsmiddelen dat zij na het overlijden 10 dagen thuisquarantaine in acht nemen en bij klachten telefonisch contact opnemen met de GGD (0800-1202).

Opgesteld in samenwerking met:

Namens Verenso: Paul van Houten, Jessica Edwards van Muijen, Martin Smalbrugge, Wilma Albers, Ingrid Pladdet.

In afstemming met:

- ActiZ
- Alzheimer Nederland
- LOC Waardevolle zorg
- NIP
- V&VN
- Zorgthuisnl

Bijlage 2: Bouwstenen/gespreks- hulp voor maatwerk in contact met naasten Gesprekshulp³

Hoe maak je multidisciplinaire afwegingen en een bezoekbeleid op maat ten tijde van COVID?

Hieronder staan aandachtspunten die je kunt beschouwen als een 'houvast', als een 'ethisch kompas'. Ze kunnen richting geven aan het gesprek dat gevoerd wordt met de bewoner, diens naasten en kunnen bij het MDO gebruikt worden. Het gaat hier nadrukkelijk niet om een afvinklijst, maar om een leidraad in gesprek met elkaar.

Wensen bewoner/vertegenwoordiger

- Heeft de bewoner/vertegenwoordiger de wens geuit om (meer) bezoek te ontvangen?
- Heeft de bewoner/vertegenwoordiger de wens geuit om (meer) naar buiten te gaan?
- Wat is de mening van de bewoner en/of vertegenwoordiger t.a.v. risico op besmetting tijdens bezoek?
- Is de bewoner bang om bezoek te ontvangen?
- Is de bewoner bang voor het gedrag van medebewoners en het bezoek dat zij krijgen, die zich mogelijk niet aan de regels houden?
- Heeft de bewoner behoefte aan fysiek contact?
- Heeft de bewoner de wens om buiten de locatie een bezoek te brengen aan familie in thuissituatie? Of om openbare gelegenheden te bezoeken (bv. winkels of horeca)?

3 Bron: Kwaliteit van leven in het verpleeghuis ten tijde van COVID 19;
Een ethisch kompas bij het navigeren naar HOE, ZorgSpectrum juni 2020

Zie je veranderingen in gedrag of beleving bij bewoner of zijn klachten ontstaan als gevolg van de bezoekbeperking? Denk aan:

- Sombere stemming, depressie
- Minder eten en drinken
- Toename van gedragsproblemen (onrust, agitatie)
- Zich terugtrekken, minder actief zijn, minder contact maken met de zorg (apathie)
- Lichamelijke klachten
- Fysieke achteruitgang (slecht lopen, vallen)
- Cognitieve achteruitgang (o.a. niet meer in staat naasten te herkennen)

Is er inzicht in wanneer overprikkeling en onrust ontstaat bij de bewoner door (te veel) bezoek/activiteiten?

Is bewoner in staat alternatieve communicatiemiddelen te gebruiken? Bijv.

- Bellen
- Beeldbellen
- Raambellen

Hebben klachten als gevolg van bezoekbeperking geleid tot de overweging psychofarmaca voor te schrijven?

Heeft de bezoeker een rol in zorgproces? Bijvoorbeeld:

- Extra eet en drink momenten
- Hulp bij communicatie i.v.m. taalbarrière
- Invulling van de dag
- Hulp bij ADL zorg

Wat is de levensverwachting van de bewoner?

- Maanden tot jaren
- Weken tot maanden
- Stervensfase (< 2 weken)

Zijn er aanpassingen mogelijk in de fysieke omgeving? Bijvoorbeeld:

- Aparte ruimte voor bezoek aanwezig? (Bijvoorbeeld Quarantainer)
- Is er een appartement/ruimte aanwezig met een eigen ingang?
- Is geen contact met andere bewoners tijdens bezoek realiseerbaar?

PBM beschikbaar voor het personeel?

PBM beschikbaar voor bezoeker(s)?

PBM beschikbaar voor bewoner wanneer die zich buiten de locatie bevindt?

Kan de bewoner zich houden aan afspraken rondom toepassen van PBM's en hygiëne-maatregelen, eventueel met hulp van de bezoeker?

COVID 19 op afdeling

COVID-19 vastgesteld, of verdenking daarop, bij medebewoner in woning of zelfde gang?

COVID 19 bij bewoner

COVID-19 vastgesteld, of verdenking daarop?

Is de wens van de bewoner met COVID 19 of verdenking daarop, om bezoek te ontvangen?

COVID 19 bij de bezoeker

COVID-19 vastgesteld of verdenking daarop?

Welke COVID-19 gerelateerde klachten heeft de bezoeker? Bijvoorbeeld:

- Hoesten
- Niezen
- Neusverkoudheid
- Koorts

Is de wens van de bewoner, of een gevoelde noodzaak, om de bezoeker met COVID 19 of verdenking daarop, te ontvangen?

Behoort de bezoeker tot een COVID-19 risicogroep en is hij/zich hiervan bewust of is dit besproken?

Heeft de bezoeker huisgenoten die tot een COVID-19 risicogroep behoren. Is hij/zij zich hiervan bewust en is dit besproken?

Zijn er negatieve consequenties van uitbreiden bezoekbeleid voor de medebewoners?

Kunnen deze consequenties worden ondervangen? Denk bijvoorbeeld aan inzet PBM's bij de bezoeker of thuisisolatie bezoeker.

Zijn er negatieve consequenties van uitbreiden bezoek voor de medewerkers?

Kunnen deze consequenties worden ondervangen? Denk bijvoorbeeld aan inzet PBM's bij de bezoeker of thuisisolatie bezoeker.

Kan het afdelingshoofd, het multidisciplinair en het zorgteam unaniem achter uitbreiden van het bezoekbeleid staan bij deze bewoner?

Gebruik deze punten voor de verslaglegging in het dossier

Noteren in dossier

- Aanleiding voor de multidisciplinaire analyse:
- Waargenomen behoefte of wens bewoner:
- Waargenomen lijden bewoner:
- Risico op besmetting van familie, medebewoners, samenleving:
- Maatregelen om risico op besmetting te minimaliseren of weg te nemen:
- Conclusie en overwegingen:

Bijlage 3: Rol van de cliëntenraad

Bij het vaststellen van een plan omtrent bezoek en sociaal contact in de verpleeghuizen is de cliëntenraad een belangrijke partner. De cliëntenraad vertegenwoordigt de cliënten van het verpleeghuis en behartigt hun belangen. De cliëntenraad is betrokken bij alle belangrijke besluiten van het verpleeghuis. De betrokkenheid bij het plan 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 bezoek en sociale contacten 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 hier tegen aankijkt. 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 op 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

Het plan 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.

Plan 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:

- Staan in het plan de belangrijke uitgangspunten en elementen voor bewoners en hun naasten benoemd?
- Wordt genoemd welke afwegingen zijn gemaakt om tot een balans tussen veiligheid en kwaliteit van leven te komen?
- Is in het plan helder beschreven wat de regels voor bezoek zijn, of ze in verhouding zijn tot datgene wat beoogd wordt (proportionaliteit), voor wie en wanneer de regels gelden en onder welke voorwaarden?
- Worden de ervaringen van bewoners en naasten met het protocol verzameld en meegenomen in de afwegingen van de organisatie voor opschaling?
- Is er handelingswijze afgesproken wanneer team en naasten het niet met elkaar eens zijn over de juiste maatregelen?

Doorlopend toetsen aan de praktijk

Het contact met de achterban is erg belangrijk. De cliëntenraad kan continu uitvragen wat de ervaringen van mensen zijn rond bezoek en sociaal contact. En deze ervaringen delen met de zorgorganisatie. Op basis daarvan kan het plan later aangepast worden, als de omstandigheden daarom vragen of de locatie daar bewust voor kiest.

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 plan. 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 het plan, kunnen contact opnemen met LOC (vraagbaak@loc.nl en 030 284 32 00).

Bijlage 4: Het gesprek tussen zorgorganisatie, cliëntenraad, OR, PAR/VAR en regiebehandelaar

Op welke punten is overleg nodig?

De zorgorganisatie stelt in nauwe samenspraak met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar een plan op over bezoek en sociaal contact per locatie. Het plan voldoet aan de uitgangspunten zoals opgenomen in hoofdstuk 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 bezoek en sociaal contact? 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:

- Welke afspraken zijn er per situatie te maken omtrent bezoek en sociaal contact?
- 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?

Hoe ziet dat er in een schema uit?

Wat?	Opstellen plan	Vaststellen plan	Instemmen plan	Plan gereed	Monitoren en evalueren plan	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		Zorgorganisatie evalueert met CR, VAR/PAR of OR	Zorgorganisatie

Bijlage 5: Risicoafwegingen omtrent bezoek en sociaal contact

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:

- *Zinvolle 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.

Perspectieven en dilemma's

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.

Er kunnen vier perspectieven gehanteerd worden:

- de bewoner van het verpleeghuis
- de naasten van de bewoner
- vrijwilliger
- de zorgprofessional.

In de afweging kan een zorgorganisatie onderscheid maken naar de doelgroepen die in de verpleeghuizen woonachtig zijn. Hoewel er voorkeur gegeven wordt aan deze doelgroepen te onderscheiden in termen van wilsbekwaamheid (aangezien er ook zoiets bestaat als partiële wilsbekwaamheid), is ervoor gekozen om de 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 'risicoacceptatie') 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 kwaliteit van leven (vanuit de bewoner)
- Veiligheid versus kwaliteit van leven (vanuit de naasten)
- Veiligheid versus kwaliteit van leven (vanuit de zorgprofessional)
- Veiligheid versus druk op de zorgprofessional

In de afweging kan worden ingegaan op dilemma's en worden inzichten en aanbevelingen gegeven hoe hiermee om te gaan. Als leidend uitgangspunt wordt het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gehanteerd, dat respect voor keuzevrijheid, persoonsgerichte zorg en welzijn de zwaarst mogelijke weging moet krijgen in de besluitvorming voor het plan over bezoek en sociaal contact. Het onderwerp is emotioneel beladen is en er zijn geen kant-en-klare, eenvoudige of enkelvoudige oplossingen zijn.

In de volgende paragrafen worden de perspectieven en de daarbij horende dilemma's verder toegelicht. Hieruit voortvloeiend zijn uitgangspunten geformuleerd. Deze uitgangspunten kunnen meegenomen worden als afwegingskader bij het maken van een plan voor bezoek en sociaal contact.

Het perspectief van de goed instrueerbare bewoner

Veiligheid versus kwaliteit van leven

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.

Het beleid van de overheid was veelal gericht op het belang van medische veiligheid en volksgezondheid. Het blijft een lastige situatie waarbij er eigenlijk geen keuze gemaakt kan worden tussen veiligheid en kwaliteit van leven, deze twee dienen dan ook in balans te zijn. In deze handreiking is opgeschreven dat het belangrijk is om vroegtijdig het gesprek te voeren over de wensen en mogelijkheden in de afweging tussen kwaliteit van leven en veiligheid. Daar maak je vervolgens als zorgorganisatie afspraken over met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar.

Belangrijk bij het maken van de afspraken is een redelijke afweging van de maatregel die 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 gedeeltematig 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 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 en sociaal contact, 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 wordt gesteld 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.

Uitgangspunt zou moeten zijn dat zorgprofessionals met de bewoner en zijn naaste(n) de veiligheidsrisico's afwegen tegen de kwaliteit van leven. Daarnaast gaat het over de risico's die iemand voor medebewoners vormt.

Uitgangspunt 1: Een goed instrueerbare bewoner begrijpt het risico op besmetting en de gevolgen daarvan. Deze bewoner kan zelf bepalen welke risico op besmetting hij wil lopen, mits daar geen gevolgen voor anderen aan vast zitten. En wordt geacht zich conform alle maatregelen van de Rijksoverheid te gedragen.

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 (of van de zorgprofessional. Maar ook andersom, een keuze voor maximale veiligheid mag niet ten koste gaan van de wens om kwaliteit van leven van de medebewoner. Dit is afhankelijk van de locatie en de inrichting van de woongroep.

Het perspectief van de minder goed instrueerbare bewoner

Veiligheid versus kwaliteit van leven

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 kwaliteit van leven*. Gezien het gegeven dat minder goed instrueerbare bewoners gemiddeld een korte levensverwachting hebben, kan beargumenteerd worden dat juist voor deze groep de nadruk op kwaliteit van leven 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 betrokken kunnen zijn bij de zorgverlening of 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 dat geval is het belangrijk om goede begeleiding aan de naasten te bieden wanneer daar sprake is van gemis.

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: Een minder goed instrueerbare bewoner begrijpt het risico op besmetting en de gevolgen daarvan niet. Deze bewoner heeft hulp nodig bij het bepalen welk risico op besmetting hij loopt.

Het perspectief van de naaste

Veiligheid versus kwaliteit van leven

Voor naasten zou er een moreel dilemma kunnen gaan spelen bij het wel of niet betrokken zijn bij de zorgverlening of het 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 betrokkene.

We weten dat mensen zich ervan bewust zijn dat absolute veiligheid niet bestaat. Als naasten goed worden ingelicht, begrijpen ze dat er altijd een risico op besmetting zal zijn, welke veiligheids- en hygiënemaatregelen er ook genomen zullen worden.

Ondanks de reële kans op besmetting zou er een (innerlijke) schuldvraag kunnen gaan spelen wanneer het coronavirus door de betrokkene 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 betrokken zijn bij de zorgverlening of niet bezoeken gevolgen hebben voor de naasten, die het als een gemis ervaren niet betrokken te zijn bij hun geliefde. Daarnaast kan, net als bij de bewoners, de naaste een waardevolle invulling geven aan het bestaan voor de naaste. De kwaliteit van leven is dus niet alleen voor de bewoner een punt van aandacht, maar ook vanuit het oogpunt van de naaste. Bovendien kan er bij naaste 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 de naaste 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 kwaliteit van leven-principe zullen verpleeghuizen onder bepaalde voorwaarden en in beperkte mate daarom weer betrokkenen gaan toelaten. Net als de bewoners zullen ook de betrokkenen verantwoord om moeten gaan met het risico en de beschermingsmaatregelen.

Uitgangspunt 4: De naasten hebben inzicht in de risico's en de getroffen maatregelen. Zij beslissen samen met de bewoner of zorgprofessional hoe ze betrokken willen blijven bij de zorg. Zorgprofessionals krijgen als dat nodig is ondersteuning van de zorgorganisatie bij het voeren van gesprekken met naasten. Naasten gaan niet over het beleid van de organisatie. De organisatie overlegt hier wel over met de cliëntenraad, de VAR/PAR, de ondernemingsraad en de regiebehandelaar. De naasten worden op de hoogte gehouden van de keuzes die gemaakt worden inclusief de beweegredenen.

Uitgangspunt 5: Wil een naaste of vrijwilliger betrokken blijven bij de zorgverlening? Of op bezoek gaan bij een bewoner? Dan mag dat niet op een onredelijke manier ten koste gaan van de veiligheid van een andere bewoner of van zorgprofessionals. Er worden duidelijke afspraken gemaakt passend binnen de lokale mogelijkheden.

Het perspectief van de zorgprofessional

Veiligheid versus de druk op de zorgprofessional

Het beperken van bezoek en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg had een 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.

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

Het toelaten van vrijwilligers en naasten kan echter ook tot nieuwe zorgen leiden voor het personeel. Inmiddels weten we ook dat mensen die besmet zijn maar nog geen klachten hebben bijdragen aan de verspreiding van het virus⁴. Uit 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.

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.

4 Bron: COVID-19 verpleeghuisstudie, onderzoek naar besmettingsgraad, transmissie en clustering in verpleeghuizen, 29 augustus 2020.

Op basis van hun professionele inzichten en ervaring kunnen zorgprofessionals per specifieke situatie een inschatting maken van de risico's en als het gaat om het gebruik van PBM besluiten om beredeneerd af te wijken van deze uitgangspunten.

Uitgangspunt 6: Heeft de naaste, een vrijwilliger of een huisgenoot van de naaste of vrijwilliger (lichte) klachten of een vastgestelde COVID-19? Dan mag de naaste of vrijwilliger niet naar het verpleeghuis. De naaste en de vrijwilliger houden zich aan alle afspraken uit het beleid van de organisatie en de landelijke richtlijnen vanuit de Rijksoverheid.

Uitgangspunt 7: Is er sprake van reguliere zorg voor een niet-corona besmette bewoner? Dan volstaan de reguliere hygiëne protocollen om veilig te kunnen werken. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgprofessionals op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken en toch persoonlijke beschermingsmateriaal gebruiken.

Uitgangspunt 8: Is er bij een bewoner een verdenking van of een bevestigde corona-besmetting? Dan neemt de zorgprofessional aanvullend voorzorgsmaatregelen om zich te beschermen o.a. door het volgen van de richtlijnen van het RIVM en het door Verenso beschreven behandeladvies. De organisatie neemt een beslissing over de maatregelen in overleg met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR en de regiebehandelaar. Bij een oplopend aantal besmettingen en bij een uitbraak in de omgeving van een verpleeghuis kan er besloten worden vaker preventief medewerkers en bewoners te testen.

Uitgangspunt 9: Behoort de zorgmedewerker tot een risicogroep? Dan gaat hij in overleg met zijn leidinggevende om gezamenlijk een risico-inschatting te maken. En daarna te kijken wat dat voor de werkzaamheden in het verpleeghuis betekent.



17 september 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**

