

# Handreiking bezoek en sociaal contact

Uitbraken van virussen  
& ziekteverwekkende  
micro-organismen  
in verpleeghuizen

---



# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
------------------	----------

<b>1. Plan voor bezoek &amp; sociaal contact</b>	<b>5</b>
<b>2. Besluitvorming</b>	<b>13</b>
Besluitvorming in verschillende situaties	13
Besluitvorming binnen zorgorganisaties	14
Besluitvorming buiten zorgorganisaties	15
Communicatie over plan	17

## Bijlagen

<b>1. Medische maatregelen rondom bezoek</b>	<b>19</b>
<b>2. Bouwstenen en gesprekshulp voor maatwerk in contact met naasten</b>	<b>26</b>
<b>3. Rol van de cliëntenraad</b>	<b>30</b>
<b>4. Het gesprek tussen zorgorganisatie, CR, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar</b>	<b>32</b>
<b>5. Risicoafweging omtrent bezoek en sociaal contact</b>	<b>34</b>

# 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. Het coronavirus heeft duidelijk gemaakt dat zorgorganisaties voorbereid moeten zijn op uitbraken door ziekteverwekkers. Om uitbraken van virussen, bacteriën en schimmels zoveel mogelijk te voorkomen is het noodzakelijk dat zorgorganisaties blijven werken aan infectiepreventie en adequate uitvoering van de basis preventiemaatregelen om introductie van virussen op locaties te voorkomen. Organisaties worden geadviseerd om uitbraakplannen gereed te hebben en up-to-date te houden. In het geval er onverhoopt een virusuitbraak plaats vindt, kunnen de uitbraakplannen worden gebruikt bij het maken van lokale afwegingen.

Het uitgangspunt blijft dat er een balans gezocht wordt tussen kwaliteit van leven en veiligheid. Ouderen met een kwetsbare gezondheid en de (toekomstige) gebruikers van langdurige zorg moeten erop kunnen vertrouwen dat hun keuzes met betrekking tot hun gezondheid worden gerespecteerd. Het is van belang dat iedere zorgorganisatie voor iedere locatie een plan op maat heeft wanneer wordt overwogen om tijdelijk het bezoek en sociaal contact van groepen bewoners te beperken. Bij een verhoogde omgevingsprevalentie of uitbraak in de verpleeghuiszorg moet een zorgvuldige afweging gemaakt worden tussen de risico's op introductie en verspreiding van infectieziekten op de locatie en het effect van de maatregelen op de kwaliteit van leven van de bewoners. Ook wanneer er lokaal ruimte voor versoepelingen ontstaat wordt hierover vroegtijdig het gesprek gevoerd. Het is van belang dat het plan van de zorgorganisatie voor bezoek en sociaal contact ten tijde van een virusuitbraak recht doet aan de diversiteit tussen bewoners, medewerkers en locaties. Het uitgangspunt is kwaliteit van leven. Maatregelen die worden genomen in het kader van infectiepreventie dragen hieraan bij.

Deze handreiking is bedoeld om te komen tot afspraken over lokaal maatwerk in elke zorglocatie. De handreiking is bruikbaar bij crisissituaties in de toekomst.

Als bijlagen zijn verschillende documenten opgenomen. Het betreft professionele richtlijnen en hulpmiddelen. Zo zijn de medische maatregelen rondom bezoek en sociaal contact ([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. En dus de tijd te benutten om tot een breed gedragen maatwerkplan te komen.

Deze handreiking vormt samen met het afwegingskader Fase 3: Code zwart en de 'Stip op de horizon Covid-19 voor de langdurige zorg' een basis voor de afwegingen rondom uitbraken van virussen en ziekteverwekkende micro-organismen. De handreikingen worden jaarlijks geactualiseerd.



# 1. Plan voor bezoek & sociaal contact

---

Sociaal contact met naasten en verzorgen is essentieel voor het ervaren van kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners. Wanneer dit beperkt wordt heeft het gevolgen voor het welzijn. Daarom heeft iedere zorglocatie en iedere bewoner een (zorg)plan nodig over hoe om te gaan met bezoek en sociale contacten tijdens een uitbraak van virussen of ziekteverwekkende micro-organismen. Bewoners verschillen in behoeften aan bezoek en sociale contacten. Daarnaast verschillen locaties qua gebouw, ligging, teams en omvang. Deze handreiking gaat over de randvoorwaarden voor alle vormen van sociaal contact en de besluitvorming over het plan.

## Vorbereiden op een crisis

Het is onzeker wanneer een volgende virusuitbraak plaatsvindt. Het is van groot belang om voorbereid te zijn op de komst van nieuwe virussen en epidemische of pandemische situaties. En we weten dat daarbij de dialoog met bewoners, naasten en medewerkers essentieel is.

Het betekent in de praktijk een continue gesprek met bewoners, naasten en medewerkers over wat zij individueel van belang vinden. Wat zijn hun wensen en behoeften? Welke risico's willen zij lopen als er een virusuitbraak is? Wie zijn voor bewoners van belang in hun leven en hoe willen zij het contact met hen vormgeven? Hoe zorg je dat bewoners ook tijdens virusuitbraken bezoek kunnen krijgen? Hoe kun je preventief werken aan verbetering van infectiepreventie?

Op basis van individuele wensen en behoeften van bewoners is het mogelijk per afdeling plannen te maken. Daarbij komen ethische vraagstukken aan de orde die voor iedere professional, bewoner en naaste anders liggen. Want keuzes hebben consequenties voor anderen. Daarom is het goed om van tevoren afwegingen te maken en het gesprek over de plannen per locatie te voeren tussen het management van de organisatie, PAR/VAR, cliëntenraad en de betrokken regiebehandelaar(s). Met als basis de geïnventariseerde individuele wensen van bewoners, naasten en professionals.

# 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:
  - Bij uitbraken van bestaande virussen/ziekteverwekkende micro-organismen: wanneer wordt overwogen om tijdelijk de vrijheid van groepen bewoners te beperken
  - Bij uitbraken van nieuwe/onbekende virussen/ziekteverwekkende micro-organismen (regionaal of landelijk)
  - Bij een epidemische of pandemische situatie waarin eventueel landelijke maatregelen worden genomen
4. Het plan houdt ten minste rekening met de volgende vier groepen:
  - Bewoners
  - Naasten
  - (zorg)professionals
  - Vrijwilligers
5. Bezoek en sociaal contact zijn essentieel voor het welzijn van bewoners
6. Zorgvuldige besluitvorming: individueel-, locatie- en organisatieniveau
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 '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. Deze afweging moet op individueel, locatie en organisatieniveau gemaakt worden.

Het uitgangspunt “JA, mits” geldt ook voor de individuele vrijheid van de bewoner. Uitgangspunt is en blijft dat bezoek mogelijk is, ook als er besmettingen zijn. Daarbij is voor het maken van een risicoafweging overleg nodig met bewoners, naasten en de cliëntenraad. Tevens is de Wet Zorg en Dwang van kracht. Voor [meer informatie](#) over de Wet Zorg en Dwang kunt u terecht op de website Dwang in de Zorg van de Rijksoverheid.

Wanneer bewoners of naasten ontevreden zijn, kunnen zij hierover het gesprek aangaan met de zorgorganisatie. In het tekstvak op pagina 5 staan adviezen voor het gesprek tussen de bewoner, naasten, zorgprofessional en de zorgorganisatie die horen bij multidisciplinair en methodisch werken. Mocht er na het gesprek nog steeds onduidelijkheden zijn, dan hebben bewoners en naasten de mogelijkheid om een klacht in te dienen. De zorgorganisatie wijst hen op de procedure hiervoor: Wkkgz. Daarnaast dient de zorgorganisatie de bewoners en naasten ook te verwijzen naar de cliëntvertrouwenspersoon wanneer vragen zijn over vrijheidsbeperkende maatregelen. De zorgorganisatie zorgt ervoor dat de cliëntvertrouwenspersoon ook als er bezoekbeperkingen zijn toegang heeft tot het verpleeghuis.

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. De organisatie 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 samen 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 virusuitbraken zoveel mogelijk te voorkomen.

## Adviezen om te komen tot maatwerk per bewoner (Advance Care Planning):

Verwachtingen van bewoners en hun naasten zijn enorm belangrijk. Proactieve zorgplanning, ook wel Advance care planning genoemd, helpt om kwaliteit van leven en maatregelen in balans te brengen afgestemd op de individuele bewoner. Van belang is dat iedere bewoner in de ouderenzorg met betrokkenheid van de naasten tijdig met zijn behandelende en verzorgende professionals wensen, doelen en voorkeuren bespreekt en vastlegt. De zorgplanbespreking vindt binnen zes weken na inhuizing plaats. Met wat is besproken en vastgelegd, wordt ook rekening gehouden bij bijvoorbeeld een virusuitbraak. Het is belangrijk om wensen en behoeften op het gebied van mogelijke virusuitbraken tijdig te bespreken, door dit onderdeel te laten zijn van de reguliere evaluatiegesprekken over de zorg en de zorgplanbesprekingen. Als met een nieuw virus de ziektelast en mortaliteit substantieel wijzigt, is het goed de afspraken opnieuw te bespreken en vast te leggen. Om hier goed invulling aan te geven is het noodzakelijk dat er door middel van goede registratie en monitoring meer informatie beschikbaar komt over de risico's bij specifieke doelgroepen zodat op voorhand beter afwegingen kunnen worden gemaakt.

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 commissie of moreel beraad.

## 2. Geen landelijke bezoeksbeperking maar maatwerk per locatie

Door nieuwe inzichten, ervaringen en vergrote 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.

### Medisch handelen Verenso

Verenso heeft documenten opgesteld hoe medisch te handelen bij bezoek en sociaal contact in het verpleeghuis ten tijde van een virusuitbraak. Behandelaadviezen of richtlijnen blijven variëren tussen de verschillende virussen, omdat er onderscheid zit in bijvoorbeeld diagnostiek, medicatie, mate van besmettelijkheid, verspreiding en ernst van de gevolgen van het virus.

### 3. Verschillende situaties

De handreiking voor bezoek en sociaal contact is toepasbaar in verschillende situaties.

- Bij uitbraken van bestaande virussen/ziekteverwekkende micro-organismen: wanneer wordt overwogen om tijdelijk de vrijheid van groepen bewoners te beperken
- Bij uitbraken van nieuwe/onbekende virussen/ziekteverwekkende micro-organismen (regionaal of landelijk)
- Bij een epidemische of pandemische situatie waarin eventueel landelijke maatregelen worden genomen

De ziektelast, mortaliteit en besmettelijkheid van het virus zijn bepalend voor het nemen en versoepelen van maatregelen. Op lokaal niveau kan dit verschillend worden ingevuld, in afstemming met cliëntenraad, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar. Er wordt gezocht naar een balans tussen kwaliteit van leven en veiligheid van (mede)bewoners en professionals.

Wanneer er sprake is van een regionale of landelijke uitbraak, worden zorgorganisaties door de directeur Publieke Gezondheid (dPG) geïnformeerd over de stand van zaken in de regio en in welke situatie Nederland zich bevindt. Belangrijk is dat zorgorganisaties binnen verschillende situaties zelf aan zet zijn om 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. Er zijn vele verschillende onderwerpen te bedenken die opgenomen en geactualiseerd 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 en van het gesprek dat blijvend in de organisatie wordt gevoerd in samenhang met de algemeen geldende richtlijnen. Zorgorganisaties zijn vrij 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;
- Aanscherpen (zelf)testbeleid;
- Etc.

Zorgorganisaties zullen er alles aan doen om zo snel als mogelijk eventuele maatregelen op te heffen. Het is belangrijk om bij het beperken van bezoek de duur van de maatregelen te af te wegen. Hoe langer de eventuele beperkende maatregelen duren, des te meer zwaarwegende redenen er moeten zijn om niet te versoepelen. Het gesprek aangaan en het bieden van maatwerkoplossingen in en blijft het uitgangspunt. Wensen van bewoners en naasten vormen de basis van de besluitvorming rondom het bezoek en sociaal contact. Elke organisatie maakt de afwegingen samen met cliëntenraad, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar.

#### **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 virusuitbraken toegestaan. 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 regels van de zorgorganisatie bij bezoek en sociaal contact.

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 te betrekken in het plan.

### **Ruimte voor rouw en herstel**

Een crisissituatie is een intense en ingrijpende periode voor iedereen: bewoners, hun naasten, medewerkers en bestuurders. Gezamenlijk stilstaan bij het verlies binnen en buiten het verpleeghuis kan helend werken. Het is daarnaast belangrijk elkaars ervaringen te kennen en oog te hebben voor complexe rouwprocessen of traumatische ervaringen waar bewoners, hun naasten en professionals last van kunnen hebben en tijdig passende hulp te organiseren. 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 virusuitbraken 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 hierover in gesprek blijft.

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 infectiepreventie en virusuitbraken. 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)

Zeggenschap van medewerkers is cruciaal, zeker als het gaat om infectiepreventie. Dit draagt ook bij aan duurzame inzetbaarheid van professionals en is bovendien essentieel voor de zorg nu en in de toekomst. Keuzes moeten worden gedragen door medewerkers binnen de zorgorganisatie. Hoe zorgen we dat zeggenschap van professionals goed vorm krijgt, ook als het gaat om keuzes rondom infectiepreventie? Het management van de zorgorganisatie heeft samen met medewerkers een taak om hier invulling aan te geven.

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**

Om vanuit verschillende disciplines en perspectieven aan de slag te gaan binnen de zorgorganisatie met infectiepreventie en virusuitbraken hebben gedurende de eerdere corona-crisis veel zorgorganisaties een crisisuitbraakteam ingericht. In veel gevallen bestaat het crisisteam uit een vertegenwoordiging vanuit de zorgorganisatie samen met een bestuurder. Het crisisuitbraakteam 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. 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

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.



# 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 tijde 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. Het bericht kan tevens in verschillende vormen gedeeld worden, bijvoorbeeld via een brief of een videoboodschap. 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.	19
2.	Bouwstenen en gesprekshulp voor maatwerk in contact met naasten	26
3.	Rol van de cliëntenraad	30
4.	Het gesprek tussen zorgorganisatie, CR, OR, VAR/PAR en regiebehandelaar	32
5.	Risicoafweging omtrent bezoek en sociaal contact	34

# Bijlage 1: Medische maatregelen rondom bezoek en sociaal contact bij een uitbraak/epidemie/ pandemie

---

## Doel medisch perspectief bij bezoek en sociaal contact

Bezoek en sociaal contact dragen bij aan de kwaliteit van leven van bewoners. In situaties van een lokale uitbraak van een infectieziekte<sup>1</sup> met een (on)bekend micro-organisme dan wel tijdens een epidemie of een pandemie<sup>2</sup> kunnen bezoek en sociale contact bijdragen aan de introductie en (verdere) verspreiding. Het medisch perspectief heeft tot doel de kans op introductie en (verdere) verspreiding van het betreffende micro-organisme op een locatie/afdeling door bezoek of tijdens sociaal contact af te wegen tegen de belasting en impact van te nemen maatregelen op basis van evenredigheid (proportionaliteit).

## Introductie en verspreiding van een infectieziekte

Infectieziekten worden veroorzaakt door micro-organismen zoals virussen, bacteriën en schimmels. Introductie en verspreiding van infectieziekten kan op verschillende manieren plaatsvinden: via direct contact (bijvoorbeeld via de handen of kleding) of indirect contact (via oppervlakten), via druppels<sup>3</sup> (bij hoesten, niezen, neusverkoudheid) of via de lucht (aerogeen)<sup>4</sup>.

---

1 Waar infectieziekte staat kan ook dragerschap worden gelezen zoals bij bijvoorbeeld BRMO en MRSA.

2 Bij een pandemie is de aanname dat sprake is van een meldingsplichtige ziekte. De meldingsplichtige ziekten zijn verdeeld over de groepen A, B1, B2 en C. Deze indeling is gebaseerd op de mate waarin dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden om de bevolking te beschermen. De groepen A, B1 en B2 zijn opgenomen in de Wet publieke gezondheid. Groep C wordt vastgesteld bij Algemene Maatregel van Bestuur.

3 Druppeloverdracht betreft directe transmissie van infectieuze virusdeeltjes in respiratoire druppels en infectieuze aerosolen afkomstig uit de luchtwegen welke op korte afstand (meestal <1,5 meter) via de lucht direct van de geïnfecteerde persoon naar één of meerdere andere personen kan worden overgedragen.

4 Aerogene overdracht betreft indirecte transmissie via zwevende infectieuze virusdeeltjes in aerosolen die over langere afstanden (>1,5 meter) en langere tijd door de lucht kunnen worden verspreid.

De besmettelijkheid van een infectieziekte en de mate waarin een persoon ziek wordt kan variëren en kan mede afhankelijk zijn van de betreffende of dan overheersende variant/type van het micro-organisme. Ook leeftijd, kwetsbaarheid en het wel of niet gevaccineerd zijn kan van invloed zijn.

## Afbakening

Met bezoek wordt bedoeld:

- Het bezoeken van een bewoner door familie, vrienden en kennissen.

Met sociaal contact wordt bedoeld:

- Sociale activiteiten binnen de instelling waarbij meerdere bewoners betrokken zijn, zoals samen eten, handwerkclub.
- Sociale activiteiten binnen de instelling waarbij zowel meerdere bewoners als externen (bijvoorbeeld mensen uit de wijk, artiest) betrokken zijn, zoals samen eten, een muziekmiddag.
- Buitenactiviteiten zoals (het meenemen van een bewoner voor) een wandeling.
- (meerdaagse) Uitstapjes (zoals bijvoorbeeld op bezoek bij familie, bezoek horeca-gelegenheid, winkelen, bezoek aan dierentuin, vakantie).

## Algemene medische maatregelen rondom bezoek en sociaal contact

### *Uitgangspunten*

- Medische maatregelen rondom bezoek en sociaal contact worden lokaal bepaald waarbij de specialist ouderengeneeskunde<sup>5</sup> een belangrijke adviserende rol heeft.
- Medische maatregelen rondom bezoek en sociaal contact volgen landelijke richtlijnen/adviezen zoals voorgeschreven door [Verenso](#), het [LCI](#) en/of het [Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie \(SRI\)](#)<sup>6</sup> en in geval van een pandemie de algemene maatregelen/adviezen van de overheid zoals handen wassen, afstand houden, ventilatie, maximaal aantal bezoekers.
- Maatregelen rondom bezoek en sociaal contact zijn proportioneel, dat wil zeggen dat de kans op introductie en verspreiding van de betreffende infectieziekte op een locatie/afdeling door bezoek of tijdens sociaal contact en de belasting en impact van de infectieziekte wordt afgewogen tegen de kwaliteit van leven. Voor wat betreft de belasting en impact gaat het bijvoorbeeld om de kans op een ernstig beloop en, indien

---

5 Voor de rol van de verpleegkundig specialist en physician assistent wordt verwezen naar de handreiking 'Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg Specialist ouderengeneeskunde Verpleegkundig specialist Physician assistant' (Verenso/V&VN/NAPA, 2022)

6 Voortzetting van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP).

van toepassing, het nemen van maatregelen als testen, quarantaine en isolatie. Het gaat daarbij om het afwegen van risico's voor het individu en de groep.

- Bij bewoners in groepsverband, waarbij er sprake is van intensieve contacten, is bij verspreiding vaak sprake van kringbesmetting. Eén geïnfecteerde persoon besmet ongeveer gelijktijdig meerdere personen in de groep.
- Lokaal kan er, afgestemd op het lokale uitbraakbeleid, aanleiding zijn om bezoek en sociaal contact op een afdeling/locatie tijdelijk te beperken. Het besluit hiertoe wordt genomen in overleg met de cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR/PAR, regiebehandelaren en het uitbraakteam.
- Quarantaine naar aanleiding van bezoek en sociaal contact is alleen van toepassing in geval er tijdens een pandemie landelijke quarantainemaatregelen gelden of worden geadviseerd. Ook hier geldt dat de quarantainemaatregel proportioneel moet zijn: een quarantainemaatregel ligt meer voor de hand in situaties waarbij er contact is geweest met meerdere personen binnen een ruimte, zoals bij familiebezoek of bezoek aan een horecagelegenheid, waarbij er (mogelijk) een verhoogd risico is geweest op besmetting dan bij een buitenactiviteit met weinig sociaal contact, zoals een wandeling.

## Medische maatregelen rondom bezoek

### *Voorwaarden voor bezoek*

- De bezoeker is goed geïnformeerd met betrekking tot de risico's en maatregelen rondom bezoek in relatie tot de betreffende infectieziekte.

### *Algemene medische maatregelen rondom bezoek bij een uitbraak/epidemie/pandemie*

- Bij entree wast of desinfecteert de bezoeker de handen.
- De bezoeker gaat bij voorkeur direct van de entree naar de kamer/afdeling van de bewoner (en vice versa). De looproute van de bezoeker (in/uit) is zo kort mogelijk/ doorkruist geen andere afdelingen. Afdelingen met (mogelijk) de betreffende infectieziekte worden niet gebruikt als looproute voor bezoekers.
- Bij vertrek wast of desinfecteert de bezoeker de handen.
- Het bezoek volgt maatregelen ter voorkoming van introductie of verdere verspreiding van het betreffende micro-organisme conform landelijk richtlijnen/adviezen, indien van toepassing kan dit beleid gekoppeld zijn aan een (boven)regionaal risiconiveau.
- In geval van een uitbraak: voorkom te veel kruisende bezoekers per afdeling/locatie, bijvoorbeeld door het beheersen van het aantal bezoekers en een duidelijke routing.

## Maatregelen rondom bezoek in specifieke situaties

### *Maatregelen voor bezoek dat klachten heeft van een infectieziekte (zie hierboven) of (mogelijk) in contact is geweest met iemand met een infectieziekte*

- In geval van (klachten van) een infectieziekte<sup>7</sup>: de bezoeker komt bij voorkeur niet op bezoek. De bezoeker neemt bij twijfel contact op met de instelling. Indien bezoek van deze persoon toch noodzakelijk/gewenst is worden zo nodig preventieve maatregelen genomen.
- In geval van epidemie: de bezoeker komt niet op bezoek in geval deze klachten heeft behorend bij de betreffende infectieziekte en/of een paar dagen voor het geplande bezoek in nauw contact is geweest met iemand met de betreffende ziekte. Indien bezoek van deze persoon toch noodzakelijk is worden zo nodig preventieve maatregelen genomen.
- In geval van een pandemie of in geval van een meldingsplichtige ziekte komt de bezoeker niet op bezoek indien (bij) deze:
  - Klachten heeft gerelateerd aan de betreffende infectieziekte en in afwachting is van de testuitslag of zich niet heeft laten testen.
  - De betreffende infectieziekte is vastgesteld en nog niet wordt voldaan aan de criteria voor opheffen van isolatie.
  - Onder de definitie valt van het bron- en contactonderzoek voor quarantaine of het mijden van kwetsbare personen c.q. de bezoeker voorafgaand aan het geplande bezoek in nauw contact is geweest met iemand met de betreffende infectieziekte.
- In geval van een pandemie van een infectieziekte met presymptomatische overdracht: de bezoeker meldt het direct aan de instelling als deze (klachten van) de betreffende infectieziekte krijgt en vanaf X dagen<sup>8</sup> voorafgaand aan het ontstaan van de klachten op bezoek is geweest.

### *Maatregelen bij bezoek aan bewoner met (mogelijk) een infectieziekte*

- Bezoek is in principe mogelijk mits de lokale situatie voor het waarborgen van infectiepreventie dit toelaat, dit ter beoordeling aan het crisis/uitbraakteam.
- Bezoek draagt dezelfde persoonlijke beschermingsmiddelen die worden voorgeschreven voor medewerkers.
- Bezoek krijgt instructies (mondeling en schriftelijk/visueel) met betrekking tot (de plaats van) aan- en uitkleden van de persoonlijke beschermingsmiddelen en bijbehorende handdesinfectie voorschriften.
- De bezoeker houdt zich, indien van toepassing, aan overige preventieve maatregelen die gelden voor de betreffende infectieziekte zoals handen wassen, afstand houden.

7 Denk bijvoorbeeld aan klachten als verkoudheid, griepachtige verschijnselen, braken, diarree, hoesten, niezen e.d. Het hebben van klachten is veelal gerelateerd aan de besmettelijke fase van een infectieziekte

8 Aantal dagen conform het landelijk beleid c.q. de kennis over (de termijn van) presymptomatische overdracht.

- Isolatiemaatregelen rondom bezoek aan een individuele bewoner met (mogelijk) de betreffende infectieziekte worden opgeheven op het moment dat de isolatiemaatregelen bij de bewoner worden opgeheven.

#### ***Aanvullende maatregelen rondom bezoek bij aanwezigheid van en infectieziekte/uitbraak op een afdeling/locatie***

- Op een afdeling/locatie waar (mogelijk) de betreffende infectieziekte 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) uitbraaksituatie met verdere verspreiding buiten een cohort 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.

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

- Bezoek in de stervensfase blijft altijd mogelijk, ook tijdens een algehele/gedeeltelijke bezoekbeperking.

## **Medische maatregelen rondom sociale activiteiten bij een epidemie of pandemie**

### **Overwegingen voor het organiseren van sociale activiteiten**

#### ***Overweeg de volgende factoren voor het organiseren van sociale activiteiten:***

- De kwetsbaarheid van bewoners op de afdeling/woongroep c.q. het risico op een gecompliceerd beloop van de betreffende infectieziekte.
- De (boven)regionale omgevingsprevalentie van de betreffende infectieziekte.
- Indien van toepassing, de vaccinatiegraad van de afdeling/woongroep. Houd hierbij rekening dat ook gevaccineerde personen besmet kunnen raken en kunnen bijdragen aan overdracht.
- De stabiliteit van de samenstelling van een locatie/afdeling/woongroep. Bij een stabielere samenstelling is meer mogelijk ten aanzien van sociale activiteiten dan bij een afdeling/woongroep met (veel) verloop.
- Wel/niet doorbreken van de samenstelling van de afdeling/woongroep.
- Binnenactiviteit of in de buitenlucht.
- Toelaten van externen voor activiteiten.  
Toelichting: het toelaten van externen vergroot de kans op 'insleep' van het betreffende micro-organisme en daarmee op het moeten nemen van maatregelen.

## Medische maatregelen bij sociale activiteiten

- Informeer de bewoner over de risico's op besmetting en gecompliceerd beloop en bespreek of de bewoner wil deelnemen aan sociale activiteiten c.q. aan welke sociale activiteiten.
- In geval van druppeloverdracht:
  - Stem bij groepsactiviteiten de groepsgrootte af op de afmeting van de ruimte zodat de aanbevolen afstand voor de betreffende infectieziekte kan worden aangehouden.
  - Neem in geval van verhoogde (boven)regionale omgevingsprevalentie en afhankelijk van de hoogte van de prevalentie één van de volgende maatregelen:
    - Wees bij binnenactiviteiten (zoals modeshow, muziekavond, kerkdienst) terughoudend met het mengen van groepen. Cohorteer zo nodig.
    - Kies voor sociale activiteiten waarbij de samenstelling van afdelingen/woongroepen niet wordt doorbroken.
    - Organiseer geen sociale activiteiten met externe bezoekers/genodigden.

## Medische maatregelen bij (meerdaags) uitstapje

Met (meerdaagse) uitstapjes worden bijvoorbeeld bedoeld: bezoek aan familie of een horecagelegenheid of een vakantie.

### Voorwaarden voor (meerdaags) uitstapje bij een epidemie

- Bewoner en de familie/locatie waar(bij) het uitstapje plaatsvindt zijn vrij van (klachten van) de betreffende infectieziekte.

### Voorwaarden voor (meerdaags) uitstapje bij een pandemie

- Bewoner en de familie/locatie waar(bij) het uitstapje plaatsvindt zijn vrij van (verdenking op/klachten van) de betreffende infectieziekte. Indien mogelijk wordt vooraf op de infectieziekte ge(zelf)test.
- Er is, indien van toepassing, bij terugkomst mogelijkheid tot het nemen van quarantaine-maatregelen.

### Maatregelen bij (meerdaags) uitstapje bij een pandemie

- Vanaf sterk verhoogde omgevingsprevalentie:
  - Bezoek aan familie vindt zoveel mogelijk plaats bij 1 à 2 vaste adressen.
  - Een uitstapje vindt plaats met 1 à 2 vaste begeleiders.
  - In geval van een groepsuitje/groepsreis (vakantie): het mengen van verschillende instellingen wordt ontraden.
- Vooraf:
  - Informeer de bewoner op basis van de risico-inschatting, waaronder, indien van



- toepassing, de vaccinatiestatus van de bewoner en van de personen van het te bezoeken adres/locatie, (boven)regionale omgevingsprevalentie rondom de eigen locatie en die van het uitstapje, over de mogelijke gevolgen ten aanzien van testen en quarantaine na terugkomst.
- Inventariseer of er bij de familie/op de locatie (een verdenking op) op/klachten van de betreffende infectieziekte is.
  - Instrueer de familie/locatie waar het uitstapje plaatsvindt:
    - Zich, indien van toepassing, te houden aan algemene landelijke maatregelen.
    - Het direct te melden als er (mogelijk) sprake is (geweest) van onbeschermd contact.
  - Achteraf
    - Inventariseer het risico op onbeschermd contact:
      - Is er tijdens het uitstapje (tot maximaal de incubatietijd van de betreffende infectieziekte (zie de betreffende [LCI-richtlijn](#)) voorafgaand aan terugkeer van het uitstapje)(mogelijk) nauw contact<sup>9</sup> geweest met personen met (klachten van) de betreffende infectieziekte? Zo ja, wanneer was het laatste onbeschermd contact en in welke omstandigheden/context vond het onbeschermd contact plaats?
      - Bij buitenlandse vakantie/uitstapje: omgevingsprevalentie van het betreffende land bij terugkomst.
    - Maak, op basis van de resultaten van een inventarisatie een afweging voor het risico op (de gevolgen van) onbeschermd contact en neem zo nodig quarantaine-maatregelen.
    - Uitstapje/vakantie in het buitenland: volg, als inreizen in Nederland is toegestaan, bij terugkomst het landelijk beleid met betrekking tot testen, quarantaine en het tonen van een test- of herstelbewijs.  
Toelichting: indien een test vereist is, is dit minimaal dezelfde test qua validiteit en betrouwbaarheid als die moet worden afgenomen bij verpleeghuisbewoners.

**In afstemming met: ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC Waardevolle zorg, NIP, V&VN, Zorgthuisnl**

---

9 Volg hiervoor de criteria voor bron- en contactonderzoek van de betreffende [LCI-richtlijn](#).



# Bijlage 2:

# Bouwstenen voor maatwerk in contact met naasten

## Gesprekshulp

---

### **Hoe maak je multidisciplinaire afwegingen en een bezoekbeleid op maat ten tijde van een virusuitbraak?**

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.

#### *Het risiconiveau is verhoogd en er geldt een bezoekbeperking*

#### **Wensen bewoner of vertegenwoordiger die zijn/haar belangen behartigt**

- Wat is de behoefte van de bewoner rondom het ontvangen van bezoek?
- Wat is de behoefte van de bewoner rondom het naar buiten gaan?
- Wat is de behoefte van de bewoner rondom fysiek contact?
- Wil de bewoner buiten de locatie een bezoek te brengen aan familie in thuissituatie?
- Wil de bewoner openbare gelegenheden bezoeken (bv. winkels of horeca)?
- Wat is de mening van de bewoner t.a.v. het risico op besmetting tijdens bezoek?
- Is de bewoner bang om bezoek te ontvangen?
- Is de bewoner bang voor dat medebewoners zich mogelijk niet aan de geldende maatregelen houden?
- Is de bewoner/vertegenwoordiger bang dat het bezoek zich mogelijk niet aan de geldende maatregelen houdt?
- Is de bewoner bang om besmet te raken?
- Is de bewoner in staat het risico van een besmetting en de gevolgen hiervan af te wegen.

### ***Uitbraak op de afdeling***

**Er is een uitbraak van virussen of ziekteverwekkende micro-organismen vastgesteld, of een verdenking daarop, bij een medebewoner**

- Indien van toepassing, wat is de vaccinatiegraad onder de bewoners?
- Indien van toepassing, wat is de vaccinatiegraad onder de medewerkers?
- Hoe kan het onderlinge contact tussen bewoners blijven plaatsvinden?
- Hoe kan het bezoek van naasten blijven plaatsvinden?
- Hoe kan de dagstructuur/hobby's van bewoners zo veel mogelijk doorgang vinden?

**Zijn er aanpassingen mogelijk in de fysieke omgeving? Bijvoorbeeld:**

- Is er een aparte ruimte waar bezoek kan plaatsvinden?
- Is er een appartement/ruimte aanwezig met een eigen ingang?
- Is contact met andere bewoners tijdens bezoek te vermijden?

**Beschikbaarheid van Persoonsbeschermende maatregelen (PBM)**

- Zijn er voldoende PBM beschikbaar voor het personeel?
- Zijn er voldoende PBM beschikbaar voor bezoekers?
- Zijn er PBM beschikbaar voor de bewoner wanneer die zich buiten de locatie bevindt?
- Kan de bewoner zich houden aan afspraken rondom toepassing van PBM's en hygiënemaatregelen, eventueel met hulp van de bezoeker?

**Heeft de bezoeker een rol in het zorgproces? Bijvoorbeeld:**

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

\* Geruststellen en voorkomen van onrust

***Besmetting bij de bewoner***

**Er is een besmetting bij de bewoner vastgesteld, of een verdenking daarop**

- Wat is de behoefte van de bewoner rondom het ontvangen van bezoek?
- Wat is de behoefte van de bewoner rondom het naar buiten gaan?
- Is de bewoner in staat alternatieve communicatiemiddelen te gebruiken?  
Bijv. bellen of beeldbellen
- Wat zijn de wensen rondom contact met zorgteam of medebewoners?
- Wat is de levensverwachting van de bewoner? Maanden tot jaren, weken tot maanden of Stervensfase (< 2 weken)?
- Indien van toepassing, is de bewoner gevaccineerd?

**Zie je veranderingen in gedrag of beleving bij de bewoner of zijn er klachten ontstaan als gevolg van 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?**

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

***Besmetting bij de bezoeker***

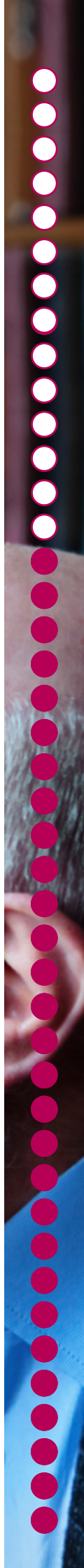
**Er is een besmetting bij de bezoeker vastgesteld of verdenking daarop**

- Is de wens van de bewoner, of een gevoelde noodzaak, om de bezoeker met een besmetting of verdenking daarop, te ontvangen?
- Behoort de bezoeker tot een risicogroep en is hij/zich hiervan bewust of is dit besproken?
- Indien van toepassing, is de bezoeker gevaccineerd?
- Heeft de bezoeker huisgenoten die tot een risicogroep behoren? Is hij/zij zich hiervan bewust en is dit besproken?
- Zijn er mogelijke negatieve consequenties voor de medebewoners? Kunnen deze consequenties worden ondervangen? Denk bijvoorbeeld aan inzet PBM's bij de bezoeker of thuisisolatie bezoeker.
- Zijn er mogelijke negatieve consequenties voor de medewerkers? Kunnen deze consequenties worden ondervangen? Denk bijvoorbeeld aan inzet PBM's bij de bezoeker of thuisisolatie bezoeker.
- Heeft de bezoeker een rol in het zorgproces?

**Kan het afdelingshoofd, het multidisciplinair- en het zorgteam unaniem achter het plan rondom deze bewoner staan?**

### **Gebruik de volgende punten voor de verslaglegging in het 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 regiebehandelaar. 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](http://www.clientenraad.nl)). Cliëntenraden die ondersteuning nodig hebben bij het plan, kunnen contact opnemen met LOC ([vraagbaak@loc.nl](mailto: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?

- Hoe kun je zorgen dat bewoners bezoek kunnen ontvangen met zo min mogelijk bewegingen binnen het gebouw?
- Hoe blijft bezoek mogelijk als bewoners en/of medewerkers positief getest zijn in het huis?
- 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 eventueel landelijke regels die voor alle Nederlanders gelden 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 regiebehandelaar	Zorgorganisatie	Zorgorganisatie legt voor aan CR en VAR/PAR of OR en regiebehandelaar		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 uitbraken van bestaande virussen en ziekte verwekkende micro-organismen 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.

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**

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.

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. Dat dient op zowel individueel-, locatie- en organisatieniveau gedaan te worden. 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 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 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.

Het uitgangspunt is de kwaliteit van leven van cliënten, dit wordt in gesprek met cliënten en naaste(n) afgewogen tegen de veiligheidsrisico's. 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.

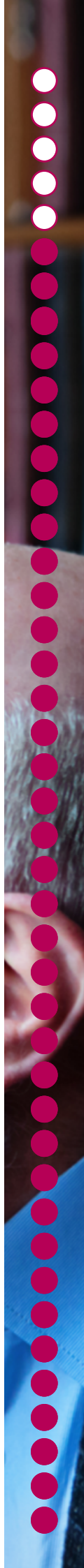
**Uitgangspunt 2:** De keuze van een goed instrueerbare bewoner om bezoek te ontvangen mag niet op een onredelijke wijze ten koste gaan van de veiligheid van een andere bewoner (of van de zorgprofessional). Maar ook andersom, een keuze voor maximale veiligheid mag niet ten koste gaan van de wens om kwaliteit 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

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

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 een virus 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 betrokkenen 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

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. 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. 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.

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:** Is er sprake van reguliere zorg voor een niet-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 7:** Is er bij een bewoner een verdenking van of een bevestigde 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 8:** 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.



Dit document is opgesteld door ActiZ, Zorgthuisnl, Verenso, V&VN, LOC Waardevolle zorg en Nederlands Instituut van Psychologen in samenspraak met Patiëntenfederatie Nederland, Alzheimer Nederland en MantelzorgNL.

Mei 2022

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**

