

Voorstel voor gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoeksregeling in verpleeghuizen

Inleiding

Met directe ingang werd op 20 maart 2020 een besluit van de ministeriele commissie crisisbeheersing (MCCB, dat werd overgenomen door het kabinet) in werking gesteld dat bezoek niet meer was toegestaan in verpleeghuizen. Deze maatregel is inmiddels verlengd (in principe tot 20 mei 2020) en geldt zowel voor alle verpleeghuizen als een aanzienlijk aantal woon-zorgcomplexen voor ouderen.

De bezoeksregeling werd ingegeven door de noodzaak om bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19 en om verdere verspreiding van het virus te voorkomen. Tegelijkertijd is de persoonlijke en sociale impact van de maatregel groot: er is sprake van schrijnende situaties voor bewoners, verwanten en zorgverleners. Uiteraard willen we allemaal dat mensen in deze periode van hun leven niet vereenzamen en contact kunnen onderhouden met hun partner en familie. De impact van (langdurige) sociale isolatie op het functioneren en het welzijn/welbevinden van bewoners in verpleeghuizen is onbekend en volledig onderbelicht. Er zijn cases van ouderen die binnen een korte termijn zijn overleden met verwijzing naar de isolatie. Ook zijn er meldingen van toename van depressiviteit, toename van onrust en eenzaamheid. Hiertegenover staat het uitgangspunt van het kabinetsbeleid dat de meest kwetsbare ouderen en zorgmedewerkers beschermd moeten worden.

Nu de bezoeksregeling al enige tijd van kracht is, en het ernaar uitziet dat de Covid crisis langere tijd zal duren, dient het moment zich aan om te bezien of deze regeling kan worden versoepeld. De situatie rond de bezoeksregeling in verpleeghuizen is een belangrijk maatschappelijk thema en kent meerdere dilemma's. Het betreft onder andere de dilemma's: a) veiligheid versus welzijn van de bewoner (perspectief van de bewoner), b) veiligheid versus welzijn van de bezoeker en diens naasten (perspectief van de bezoeker), c) veiligheid versus druk op en risico voor de zorgprofessional (perspectief van de professional). Verpleeghuizen hebben de verantwoordelijkheid voortdurend een afweging te maken tussen het belang van het individu (bewoner) en het belang van de groep (andere bewoners & medewerkers).

De combinatie van de getroffen maatregelen lijkt effect te sorteren. Het risico van (en angst voor) het oplopen van het virus is echter iedere dag nadrukkelijk aanwezig. Daarom moet bij de versoepeling van de bezoekersregeling niet alleen naar de verpleeghuizen worden gekeken. Versoepeling kan ook bijdragen aan het vergroten van de risico's in de samenleving, in het bijzonder voor kwetsbare ouderen thuis. Dat vereist een zeer zorgvuldige en stapsgewijze aanpak van de toekomstige versoepeling waarbij de effecten op compliance en welbevinden worden gemonitord. Samen voelen we de verantwoordelijkheid om te zoeken naar de juiste balans tussen enerzijds het voorkomen van besmetting en verspreiding van het virus en anderzijds alle aspecten m.b.t. kwaliteit van leven.

Drie duidelijke voorwaarden van het kabinet als basis voor de transitie strategie

Consistent worden door het kabinet de volgende drie voorwaarden benoemd als basis voor de verdere ontwikkeling van de transitie strategie. Bij deze voorwaarden worden de elementen benoemd die belangrijk zijn voor een verruiming van de bezoekersregeling:

1. De druk op de acute en reguliere gezondheidszorg moet beheersbaar blijven
 - a. De curve met betrekking tot het aantal coronabesmettingen moet voldoende gekeerd zijn. Ook in de verpleeghuizen zelf moet een afvlakkende curve te zien zijn.
 - b. Landelijk en met name lokaal moet voldoende beschikbaarheid zijn van PBM
 - c. Realisatie van actief testbeleid bewoners met klachten verpleeghuizen en medewerkers in de zorg

2. De bescherming van ouderen, kwetsbare burgers en medewerkers in de zorg
 - a. Een versoepeling van de bezoekersregeling mag niet leiden tot een dusdanig hoog aantal nieuwe besmettingen onder cliënten, naasten en zorgmedewerkers . Bestendigen: $R < 1$.
 - b. Het toepassen van het juiste evenwicht tussen strikt noodzakelijke gezondheid/hygiënemaatregelen en oog voor een humaan leven.

3. Zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus

Het aanpassen of treffen van maatregelen kan alleen op een intelligente en verantwoorde wijze plaatsvinden in combinatie met monitoring van het aantal besmettingen. Het vergroten van de kennis over de transmissie van het virus is hierbij cruciaal. Dit onderzoek start op 04.05.2020, onder leiding van (10)(2e)

(10)(2e)

Aanvullend hierop heeft VWS gesteld dat goede zorg en welzijn van kwetsbare ouderen die wonen in verpleeghuizen en hun naasten onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en dus integraal aandacht verdienen. Momenteel is dit niet het geval en geldt dit alleen in uitzonderingssituaties (palliatief terminale zorg). Hiermee wordt de verbinding gemaakt met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg: de geboden zorg moet ondersteunend zijn aan de *kwaliteit van leven* van de cliënt. De bewoner krijgt 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.

Voorstel voor verruiming bezoekregeling verpleeghuizen

Met betrokken veldpartijen is gekomen tot een gezamenlijk voorstel. Het voorstel betreft een stapsgewijze verruiming van de bezoekregeling verpleeghuizen. Hierin zijn de verschillende perspectieven zorgvuldig gewogen.

1. Op 4 mei aanstaande wordt gestart met het onderzoek naar presymptomatische verspreiding van het virus. De eerste uitkomsten van dit onderzoek worden in de loop van mei 2020 verwacht. Alle partijen hechten waarde aan de uitkomsten van dit onderzoek i.r.t. de beoogde verruiming van de bezoekregeling en de consequenties die dit onderzoek kan hebben voor het adequaat inzetten van PBM.

2. Intussen werken partijen in de komende periode aan een gefaseerde verruiming van de bezoekerregeling, met een beoogde startdatum op 11 mei 2020. Het betreft een stapsgewijze goed controleerbare verruiming, zodat in nader te bepalen periodes de effecten van de stappen kunnen worden beoordeeld. De monitoring vindt plaats vanuit de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg. Op basis hiervan volgt een beoordeling voor de volgende stap. Cruciaal is het vooraf met elkaar vaststellen van de succes- en faalfactoren en hoe deze gemonitord worden. In deze notitie zullen wij nader ingaan op een aantal algemene randvoorwaarden, de beoogde fasering, succes- en faalfactoren en de hoofdlijn van de monitoring. De inhoudelijke aspecten zullen worden uitgewerkt door ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso en V&VN. De Academische Werkplaatsen (AWO's) dragen zorg voormonitoring. De rol en verantwoordelijkheden van GGD, RIVM, IGJ en mogelijk andere betrokken partijen zal op korte termijn nader worden uitgewerkt. De monitoring van de specifiek de infecties zal belegd worden bij de GGD en landelijke COVID-19 registratie.

Beoogde startdatum is op 11 mei 2020. Bij positief advies van OMT en besluitvorming door de Minister zullen partijen de versoepeling nader uitwerken en projectplan opleveren inclusief plan evaluatie / monitoring.

Doelstellingen

- Inzicht in de gevolgen van gecontroleerde afbouw van sluiting voor bezoek in verpleeghuizen op kwalitatieve maten zoals welbevinden van bewoners en naasten en belasting van zorgmedewerkers;
- De praktische implicaties van implementatie van dit nieuwe beleid die noodzakelijk zijn voor verdere opschaling. Denk aan het zich houden aan geldende afspraken (o.a. afstand, hygiëne) en regels verpleeghuis door bezoekers;
- Deze informatie levert input voor besluitvorming over de wijze waarop, de omvang en termijn waarop de sluiting voor bezoekers en voor alle anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg op grote(re) schaal kan worden opgeheven.

Randvoorwaarden voor alle stappen

1. *Flatten the curve* in verpleeghuizen. Dit moet aangetoond zijn via de cijfers van Ysis, Ons en Pluriform en de data over het aantal nieuwe locaties met meldingen.
2. Academische Werkplaatsen Ouderenzorg zijn samen met betrokken partijen verantwoordelijk voor de monitoring met betrekking tot compliance en welbevinden.
3. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor de mogelijkheden tot versoepeling en strikte naleving (hygiëne-)richtlijnen conform RIVM
4. Voldoende testcapaciteit voor bewoners, vaste bezoeker en medewerkers met klachten, indicatie voor testen conform richtlijnen
5. Volledig in samenspraak met cliëntenraad, OR, VAR/PAR, Vakgroepen SO

6. Eenduidige en bij voorkeur ge communicatie. Goed verwachtingenmanagement en voorkom dat medewerkers in de zorg in discussie komen aan de voordeur (en daarmee relaties beschadigd worden).
7. Eenduidige en digitale registratie van bezoek. Met bewoners en bezoekers worden afspraken gemaakt over het tijdstip, duur van het bezoek en de persoonlijke hygiënemaatregelen die noodzakelijk zijn.
8. Er wordt gezorgd voor spreiding van bezoekers over de dag.
9. Bezoeker hebben geen hoest- of verkoudheidsklachten en/of koorts.
10. Alleen waar de desbetreffende locatie vrij is van besmetting of (indien er COVID-19 heeft geheerst) inmiddels 14 dagen klachtenvrij is, is er de mogelijkheid tot een gecontroleerde en gefaseerde aanpassing van de bezoeksregeling.
11. De mogelijkheden tot versoepeling komen niet in plaats van de creatieve initiatieven die ontwikkeld zijn en nog steeds worden. Deze veilige manieren van contact dienen te worden gecontinueerd.
12. Kwalitatief en kwantitatief voldoende bezetting van zowel het verpleegkundige en verzorgende team evenals van het behandelteam.
13. Deelname aan landelijke COVID-19 registratie in verpleeghuizen.
14. Bezoek vindt plaats op een veilige afstand van zorgverleners en andere bewoners, zoals de eigen kamer of een daarvoor ingerichte ruimte.
15. De inzet en toegang van vrijwilligers blijft vooralsnog ongewijzigd.

Genoemde voorwaarden en aanvullend medisch perspectief van Verenso (zie bijlage) zijn essentieel om verdere opbouw mogelijk te maken. ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso en V&VN zullen een handreiking opstellen.

Beoogde fasering

De beoogde fasering is dat er per periode van 2 weken vastgesteld wordt of de volgende stap gezet kan worden. Op dit moment wordt alleen stap 1 weergegeven, de vervolgstappen worden komende periode nader uitgewerkt door partijen. .

In het algemeen geldt dat de keuze van een bewoner (of naasten) om bezoek te ontvangen niet op een onredelijke wijze ten koste mag gaan van de veiligheid van een andere bewoner (die dit als onvrijwillig risico ervaart) of van de zorgprofessional.

Omdat in de praktijk juist mensen met dementie de afstandsregel vergeten, of niet snappen, of de omstandigheden echt niet begrijpen, of voor wie fysiek contact de enige resterende communicatievorm is, moet er voor de bezoeker een alternatief geboden worden in overeenstemming met het alternatief voor medewerkers in de zorg (PBM).

Stap 1:

Woonzorglocatie (of gedeelte van een locatie) zonder besmettingen: één vaste bezoeker. Het betreft maximaal 1 locatie per Veiligheidsregio.

Aan de zorgorganisaties zelf is het om in samenspraak met de cliëntenraad, OR, VAR/PAR en de SO met een inhoudelijk plan te komen dat voldoet aan de voorwaarden die we formuleren, waarbij ook

voldaan moet worden aan de afwegingen van Verenso. In het plan wordt ook de informatie voor bewoners, bezoekers en medewerkers nader uitgewerkt. Een lokaal plan maakt tevens de monitoring inzichtelijk op compliance en welbevinden. De hoofdlijnen staan hieronder beschreven.

Selectie van locaties

Per Veiligheidsregio kan in fase 1 één locatie meedoen. Verantwoordelijk DPG zal zorgorganisaties benaderen met een verzoek tot deelname. Daarover moet aantoonbaar overeenstemming zijn tussen de cliëntenraad, OR/VAR/PAR, management en de SO van de betreffende locatie. Met als doel dat op 11 mei de eerste locaties beperkt bezoek toelaten.

In fase 2 gaan we opschalen wat betreft het aantal locaties. De opzet is - afhankelijk van de bevindingen) - dat deze fase op 25 mei ingaat.

Het perspectief is om de bezoekerregeling in het hele land te versoepelen.

Hoofdlijnen monitoring

De verruiming van de bezoekerregeling zoals die op basis van bovengenoemde voorwaarden wordt vastgesteld door het ministerie van VWS en als nieuw beleid ingevoerd in een groep van 25 verpleeghuislocaties (1 verpleeghuislocatie per veiligheidsregio). De invoering daarvan zal worden gemonitord. Daarbij zijn de volgende vragen leidend:

1. Wat is de *compliance* bij de verruiming van de bezoekerregeling en hoe wordt dit door verpleeghuiszorgorganisaties in praktijk uitgevoerd?
 - o In hoeverre kunnen de maatregelen zoals voorgesteld in praktijk worden opgevolgd en uitgevoerd?
 - o Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen hierbij een rol?
2. Wat is de impact van de verruiming van de bezoekerregeling op het *welbevinden* van de direct betrokkenen: bewoners, hun naasten en zorgmedewerkers?

De monitoring bestaat uit twee onderdelen:

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

De globale monitoring omvat een kort vragenlijstonderzoek aangevuld met een telefonisch interview met een vaste contactpersoon per deelnemende verpleeghuislocatie. Dit betekent dat de 25 deelnemende verpleeghuislocaties zich ook committeren aan de deelname aan deze vorm van monitoring.

De diepte monitoring vindt aanvullend plaats op 4 tot 6 (van de 25 deelnemende) verpleeghuislocaties die, vanwege praktische haalbaarheid van deze vorm van monitoring, zijn verbonden aan een van de 6 academische werkplaatsen ouderenzorg. De diepte monitoring omvat observaties in de betreffende verpleeghuislocaties.

Zowel voor de globale en diepte monitoring wordt het theoretisch kader van Leontjevas en collega's als uitgangspunt genomen bij het ontwerp van vragenlijst/interview/observaties. Dat kader geeft gefundeerde concrete handreikingen voor het onderzoeken hoe het nieuwe beleid wordt geïmplementeerd.

Belangrijk is te benadrukken dat tijdens de monitoring op geen enkele wijze wordt geïntervenieerd, bijvoorbeeld door het adviseren over de implementatie of operationalisatie van bezoeksverruiming op locatie. Er wordt alleen gekeken naar het proces van invoering van het nieuwe beleid en daarbij specifiek naar compliance en het welbevinden.

Succesfactoren

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

Faalfactoren

- Wanneer blijkt dat verpleeghuizen de voorgestelde bezoeksregeling niet kunnen toepassen in de praktijk op een manier die al veilig wordt beschouwd door de betrokkenen, hierin een afweging makend tussen het belang van het individu en het collectief
- Wanneer versoepeling van de bezoeksregeling leidt tot grote onrust / onvrede bij bewoners, naasten en zorgmedewerkers

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

Ter afsluiting

Het voorstel betreft nadrukkelijk geen pilot of experiment: op basis van een stapsgewijze versoepeling in het beleid en gedegen monitoring wordt op dagbasis gevolgd of de bezoekersregeling gecontinueerd of gewijzigd (stap terug of stap vooruit) kan worden.

Bijlage

Notitie Verenso: Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19 (in aanvulling op hoofdstuk)

Doel notitie

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

Doel medisch perspectief bij bezoekregeling

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

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

Voorwaarden voor openstelling, zie hoofdstuk

Voorwaarden ten aanzien van de patiënt

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

Medisch-inhoudelijk adviezen bij toelaten bezoek

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

Medisch-inhoudelijke voorwaarden voor de bezoeker:

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

Medisch-inhoudelijk adviezen bij procedure toelaten bezoek

- Bij de entree
 - wordt de bezoeker gevraagd naar:
 - klachten van hoesten, niezen, neusverkoudheid, koorts;
 - aanwezigheid COVID-19;
 - Indien aanwezig COVID-19 geweest: hoeveel dagen de bezoeker er geen klachten meer heeft
 - temperatuur opnemen (m.b.v. 'vliegveld' thermometer)
- De bezoeker wordt bij de entree geweigerd bij:
 - COVID-19 of daaraan gerelateerde klachten en/of koorts (>38°)
 - 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.

- Het bezoek vindt plaats in de kamer van de patiënt of een daartoe aangewezen ruimte onder de volgende voorwaarde waarbij De bezoeker komt niet in contact met andere patiënten
- De bezoeker houdt >1,5 meter afstand van de zorgprofessional als er tijdens het bezoek zorg moet worden verleend die niet kan worden uitgesteld.
- Gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door bezoeker: bezoekers van niet-instrueerbare cliënten kunnen een chirurgisch neusmondmasker krijgen vanaf de entree.
- Er vindt zo min mogelijk fysiek contact plaats tussen bezoeker en patiënt. Er wordt zoveel mogelijk een afstand van >1,5 meter in acht genomen.