Voorstel voor een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling in verpleeghuizen

We vragen het OMT dit voorstel op de risico's voor de volksgezondheid te toetsen.

1. Inleiding

Verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg zijn vanaf 20 maart gesloten voor bezoekers en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg. De bezoekregeling is 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. Daartoe worden veel lokale initiatieven opgezet om en zo goed mogelijk contact op andere manieren te bevorderen. Het is belangrijk dat deze initiatieven doorgaan en verder worden opgeschaald.

De impact van (langdurige) sociale isolatie op het functioneren en het welzijn/welbevinden van bewoners in verpleeghuizen is nog vaak onbekend en potentieel ingrijpend. Er zijn 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 bezoekregeling 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 "voorzichtig geprobeerd" kan worden met een versoepeling van de regeling.

De situatie rond de bezoekregeling in verpleeghuizen is een belangrijk maatschappelijk thema en kent meer 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);
d) bestuurders van verpleeghuizen hebben de verantwoordelijkheid voortdurend een afweging te maken tussen het belang van het individu (bewoner) en het belang van de groep (andere bewoners en medewerkers, organiseerbaarheid).

De combinatie van de genomen maatregelen lijkt effect te sorteren. Het risico van (en angst voor) het oplaaien van het virus is echter nog steeds 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 groepen. Dat vereist een zeer zorgvuldige en stapsgewijze aanpak van de toekomstige versoepeling waarbij de effecten op handhaafbaarheid, uitvoerbaarheid en welbevinden worden gemonitord.

Samen voelen overheid en veldpartijen de verantwoordelijkheid om te zoeken naar de juiste balans tussen enerzijds het voorkomen van besmetting en verspreiding van het virus en anderzijds alle aspecten m.b.t. kwaliteit van leven.

Vertrouwelijk

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

1. *De druk op de acute en reguliere gezondheidszorg moet beheersbaar blijven*
    a. De curve met betrekking tot het totaal aantal coronabesmettingen moet voldoende gekeerd zijn. Ook bij het totaal aantal coronabesmettingen in de verpleeghuizen moet een afvlakkende curve te zien zijn.
    b. Landelijk en met name lokaal moeten persoonlijke beschermingsmiddelen voldoende beschikbaar zijn en gepast gebruikt worden.
    c. Er is sprake van een actief testbeleid voor mensen met klachten, i.c. bewoners van verpleeghuizen en medewerkers in de verpleeghuizen.

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, bezoekers 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*
    a. Het aanpassen of treffen van maatregelen kan alleen op een intelligente en verantwoorde wijze plaatsvinden in combinatie met monitoring van het aantal besmettingen. Het vergroten van de kennis over de transmissie van het virus is hierbij cruciaal. Dit onderzoek start op 4 mei 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. 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 een individuele bewoner. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de *kwaliteit van zorg en ondersteuning*, met als bouwstenen: betrokken en vakbekwame zorgverleners, een persoonlijk zorgleefplan en betrokkenheid van informele zorgverleners.

4. **Voorstel voor gerichte en stapsgewijze versoepeling bezoekregeling**

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

Op 4 mei aanstaande wordt gestart met het onderzoek naar (pre)symptomatische 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 versoepeling van de bezoekregeling en de consequenties die het onderzoek kan hebben voor de inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Intussen werken partijen in de komende periode aan een gefaseerde versoepeling van de bezoekregeling, met een door VWS beoogde startdatum op 11 mei 2020. Het betreft een stapsgewijze, goed controleerbare versoepeling, zodat in nader te bepalen periodes de effecten van de stappen kunnen worden beoordeeld. De monitoring vindt plaats vanuit de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg. Mede 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.

De inhoudelijke aspecten zullen worden uitgewerkt door ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso en V&VN. De Academische Werkplaatsen (AWO's) dragen zorg voor monitoring. De rol en verantwoordelijkheden van GGD, RIVM, IGJ en mogelijk andere betrokken partijen wordt op korte termijn uitgewerkt. De monitoring van specifiek de infecties wordt belegd bij de GGD (intensief monitoren van aantallen besmettingen; beginnende uitbraken snel kunnen signaleren om snel maatregelen te kunnen nemen) en de landelijke COVID-19-registratie (mede op basis van gegevens uit de EPD-metingen van Ysis, Ons en Pluriform Zorg). Het voorliggende voorstel is ook besproken met de ANBO, KBO-PCOB en Mantelzorg Nederland.

VWS stelt de beoogde startdatum van het traject 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 voor monitoring.

Doelstellingen

- Inzicht in de gevolgen van gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling op kwalitatieve maten zoals welbevinden van bewoners en naasten en belasting van zorgmedewerkers;
- De praktische implicaties van implementatie van dit nieuwe beleid die relevant 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. De mogelijkheden tot versoepeling komen niet in plaats van de creatieve initiatieven die ontwikkeld zijn en nog steeds worden. Deze veilige manieren van contact dienen te worden gecontinueerd.
3. Academische Werkplaatsen Ouderenzorg zijn samen met betrokken partijen verantwoordelijk voor de monitoring met betrekking tot compliance en welbevinden.
4. Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor de mogelijkheden tot versoepeling en strikte naleving (hygiëne-)richtlijnen conform RIVM.

Vertrouwelijk

5. Voldoende testcapaciteit voor bewoners, vaste bezoeker en medewerkers met klachten, indicatie voor testen conform richtlijnen.
6. Volledig in samenspraak met cliëntenraad, OR, VAR/PAR, Vakgroepen SO.
7. De desbetreffende locatie is vrij van besmetting of (indien er COVID-19 heeft geheerst) inmiddels 14 dagen klachtenvrij.
8. Deelname aan landelijke COVID-19 registratie in verpleeghuizen.
9. Kwalitatief en kwantitatief voldoende bezetting van zowel het verpleegkundige en verzorgende team evenals van het behandelteam.
10. Gesprek met bezoeker en eenduidige, digitale registratie van bezoek. Met bewoners en bezoekers worden in gesprek afspraken gemaakt over frequentie, het tijdstip, duur van het bezoek en de persoonlijke hygiënemaatregelen die noodzakelijk zijn.
11. Er wordt gezorgd voor spreiding van bezoekers over de dag en een goede balans over de week (ook gelet op de belasting van het (zorg)personeel).
12. Bezoeker hebben geen hoest- of verkoudheidsklachten en/of koorts.
13. Bezoek vindt plaats op een veilige afstand van zorgverleners en andere bewoners, zoals de eigen kamer of een daarvoor ingerichte ruimte. Er wordt enig toezicht gehouden op het bezoek, al is het maar om de bewoner/bezoeker te instrueren.
14. Eenduidige communicatie. Het gaat in eerste instantie om "voorzichtig proberen", niet om een brede versoepeling. Dat laatste is wel het perspectief. Een goed management van verwachtingen voorkomt ook dat medewerkers in de zorg in discussie komen aan de voordeur (en daarmee relaties beschadigd worden).
15. De inzet en toegang van vrijwilligers blijft vooralsnog ongewijzigd.

Genoemde voorwaarden zijn essentieel om verdere opbouw mogelijk te maken. ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso, V&VN en NIP zullen een handreiking opstellen. Verenso heeft een conceptnotitie opgesteld voor het medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19. Deze is ter kennisneming bijgevoegd.

<u>Beoogde fasering</u>

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 de eerste stap 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).

<u>Fase 1</u>
Woonzorglocatie (of afgezonderd 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

Woo-WOB

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. Het betreft alleen zorgorganisaties zonder besmettingen en altijd geldt: één vaste bezoeker per bewoner.

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 bezoekregeling in het hele land te versoepelen.

Hoofdlijnen monitoring
VWS stelt de versoepeling van de bezoekregeling vast op basis van bovengenoemde met als eerste stap de invoering van het aangepaste beleid in een groep van 25 verpleeghuislocaties (in principe 1 verpleeghuislocatie per veiligheidsregio).

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

1. Wat is de *compliance* bij de versoepeling van de bezoekregeling en hoe wordt dit door verpleeghuiszorgorganisaties in praktijk uitgevoerd?
    - In hoeverre kunnen de maatregelen zoals voorgesteld in praktijk worden opgevolgd en uitgevoerd?
    - Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen hierbij een rol?
2. Wat is de impact van de versoepeling van de bezoekregeling 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 (10)(2e) en collega's als uitgangspunt genomen bij het ontwerp van vragenlijst/ interview/ observaties. Dat kader geeft gefundeerde concrete handreikingen voor het onderzoeken

Vertrouwelijk

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

Succesfactoren

- Als naar voren komt dat verpleeghuizen de bezoekregeling 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 bezoekregeling
- 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 bezoekregeling 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 bezoekregeling leidt tot grote onrust / onvrede bij bewoners, bezoekers en zorgmedewerkers

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

Ter afsluiting
Het voorstel betreft nadrukkelijk geen pilot of experiment: op basis van "voorzichtig proberen" wordt een stapsgewijze versoepeling van het beleid doorgevoerd met een gedegen monitoring om te bepalen of de versoepeling gecontinueerd of gewijzigd (stap terug of stap vooruit) dan wel opgeschaald kan worden naar nationaal niveau.

-o-o-

vertrouwelijk

vertrouwelijk

Bijlage (ter kennisneming

Notitie Verenso: Medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen ten tijde van COVID-19
Versie 1-5-2020 16.00 uur

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, datum start

- Dalende lijn in verpleeghuizen
  Voordat de verpleeghuizen voor bezoek kunnen worden opengesteld, moet er sprake zijn van een stabiele situatie, waarbij een daling in het aantal besmettingen zichtbaar is. We definiëren een dalende lijn in de verpleeghuizen in Nederland als volgt:
  - Het totaal aantal nieuwe meldingen in de COVID-19 registratie (instroom: aantal positief geteste patiënten en patiënten met een verdenking op COVID-19) daalt gedurende een periode van twee weken ten opzichte van het totaal aantal patiënten bij wie de registratie is afgerond (uitstroom: patiënten die zijn overleden/hersteld).
  - Het aantal overleden personen uit de EPD metingen (YSIS, ONS, Pluriform Zorg) laten 2 weken achter elkaar een afvlakking zien.
  - Het aantal locaties met Covid19 neemt 2 weken achtereen niet toe (meting GGD).

  Deze dalende lijn bepaalt de startdatum van de start met het toelaten van bezoek.
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorgprofessionals en voor bezoek. Zorgprofessionals in locaties waar bezoek wordt toegelaten dragen continu een chirurgisch neusmondmasker.
- Goed geïnformeerde bezoeker, waarbij het van belang is dat duidelijk wordt aangegeven dat de bezoeker transparant is over zijn medische situatie ten aanzien van (een vermoedelijke) COVID-19 en/of daarbij behorende klachten.

Voorwaarden ten aanzien van de 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.

Niet openbaar

- 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 een de kamer van de patiënt of een daartoe aangewezen ruimte onder de volgende voorwaarde:
  - De bezoeker komt niet in contact met andere patiënten of verblijft niet in een ruimte met andere patiënten, dit mag echter niet leiden tot beperkingen bij 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: minimaal bezoekers van niet-instrueerbare patiënten dragen sowieso een chirurgisch neusmondmasker (type IIR) 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.

Concept Welijk