

# Gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoekregeling in verpleeghuizen:

## Indrukken week 1

18 mei 2020

Prof. dr. JPH Hamers, Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg  
Prof. dr. RTCM Koopmans, Radboud UMC, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen  
Prof. dr. DL Gerritsen, Radboud UMC, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen  
Prof. dr. H. Verbeek, Universiteit Maastricht, Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg

**Contactpersoon:** Prof. dr. Jan Hamers, E: [jph.hamers@maastrichtuniversity.nl](mailto:jph.hamers@maastrichtuniversity.nl), T: 0433881570

## Inleiding

Sinds maandag 11 mei is bezoek toegestaan op 26 verpleeghuislocaties. De gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de regeling wordt geëvalueerd via een monitoring door de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg. De monitoring bestaat uit twee onderdelen<sup>1</sup>:

1. Een globale monitoring in alle 26 locaties (vragenlijst, telefonische interviews met contactpersonen verpleeghuizen, documenten, whats'app-groep contactpersonen);
2. Een diepte-monitoring in 5 locaties (observaties en interviews met betrokkenen).

De monitoring richt zich op de compliance en op het welbevinden en ervaringen van betrokkenen (bewoners, familie en medewerkers). Het monitoren van infecties is geen onderdeel, maar gebeurt aan de hand van de geldende procedures via de GGDs.

In deze korte notitie zijn de eerste indrukken samengevat van een week monitoren, gebaseerd op de globale monitor en eerste indruk van diepte-monitoring op 2 locaties. Ze vormen de basis voor de factsheet die op vrijdag 22 mei 2020 wordt gepresenteerd. Er zijn in korte tijd veel gegevens verzameld die nog volledig geanalyseerd moeten worden.

*Daarom kan het zijn dat de resultaten in onderhavig document nog niet volledig zijn en op sommige onderdelen nog kunnen veranderen en daarmee afwijken van de factsheet.*

## Eerste bevindingen

### Monitoring week 1

Globale monitoring: 26 telefonische interviews met contactpersonen verpleeghuizen, 21 digitale vragenlijsten ingevuld; 19 protocollen bezoekregeling geretourneerd

Dieptemonitoring: op 2 locaties gestart vanaf de start van de locatie

Locatie 1 (vanaf 11 mei): 5 dagen geobserveerd (5 woongroepen dementie en 3 woongroepen somatiek), 63 interviews met bezoekers, 20 interviews met medewerkers.

Locatie 2 (vanaf 12 mei): 3 dagdelen geobserveerd, 9 interviews met bezoekers, 7 interviews met medewerkers

### De cijfers

#### *De locaties*

Er is veel variatie in locatietypen die hebben deelgenomen: grote en kleine locaties, reguliere afdelingen van 20+ bewoners, kleinschalige woongroepen van 8 bewoners die een huishouden voeren met elkaar en gecombineerde locaties. Locatiegrootte verschilt sterk tussen deelnemende locaties van 24 bewoners per locatie (n=2) tot 100+ bewoners per locatie (n=6; maximum 130 bewoners per locatie).

---

<sup>1</sup> Voor een gedetailleerd overzicht van de monitoring wordt verwezen naar het document met de opzet daarvan (Hamers et al., Monitoring gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoekregeling in verpleeghuizen, Maastricht-Nijmegen, 11 mei 2020).

### *Start bezoek*

Van de 26 locaties zijn er 12 (46%) werkelijk gestart op 11 mei.  
(6 op 12 mei; 6 op 13 mei; 1 op 14 mei. Eén locatie is niet gestart, maar zegt dat te doen op 18 mei)

### *Bezoek in aantallen*

In totaal hebben sinds 11 mei 954 bewoners in de 25 verpleeghuislocaties die gestart zijn bezoek ontvangen. Dit is iets meer dan de helft (57% om precies te zijn) van het totale aantal bewoners in deze locaties die vanwege de verruiming bezoek hadden kunnen ontvangen.

Van de 12 locaties die op maandag 11 mei gestart zijn, varieert het aantal bewoners dat deze week daadwerkelijk bezoek heeft ontvangen tussen de 20% (16/72) en 100%. Twee locaties geven aan dat dezelfde bewoners meerdere keren bezoek hebben ontvangen.

### *Grote verschillen tussen locaties*

We zien grote verschillen in de selectie van wie op bezoek kan komen tussen locaties.

Daarbij zijn grofweg 3 groepen te onderscheiden:

1. Locaties (n=6) zeggen voor alle bewoners een bezoeker toe te laten en dit is deze week ook grotendeels gerealiseerd

Op deze locaties (allen maandag gestart) heeft circa 80% of meer van alle bewoners op een locatie daadwerkelijk bezoek ontvangen. Het maximum ligt op 92% van de bewoners. Noot: Niet alle familieleden willen/durven/kunnen op bezoek komen, vandaar dat 100% niet realistisch is.

2. Locaties (n=15) zeggen voor alle bewoners bezoekers toe te laten, maar dit is deze week niet voor iedereen gerealiseerd

- het percentage bewoners dat ook echt bezoek ontvangt ligt hier tussen de 20% en 70%  
- 5 locaties zijn hier ook op maandag (dag 1) gestart; 6 locaties zijn pas halverwege de week begonnen (woensdag, dag 3)

3. Locaties (n=4) die slechts voor een specifieke selectie van bewoners bezoek toelaten

- Een locatie geeft bijvoorbeeld aan bewust gekozen te hebben voor bewoners die het 'het hardste nodig hebben'; overig bezoek blijft plaatsvinden via raambezoek /beeldbellen. Een locatie kon niet helemaal open vanwege een coronabesmetting.

## **De ervaringen**

### *Protocol*

De protocollen geven een gevarieerd beeld van hoe de bezoekregeling is geïmplementeerd in praktijk. De beschikbare handreiking (Actiz, Verenso, V&VN e.a.) is daarbij niet tot wisselend gebruikt. Sommige locaties geven aan sommige richtlijnen niet haalbaar/uitvoerbaar te vinden.

Dit is ook terug te zien in de uitvoering van de bezoekregeling; er zijn grote verschillen te zien tussen locaties. Illustraties daarvan zijn: wel of geen handschoenen/mondkapjes, dingen aanraken of niet, bezoek op kamer of in daarvoor speciaal ingerichte ruimte buiten de locatie, toezicht tijdens bezoek of bewust niet.

Wat alle locaties overeenkomstig hebben is dat het bezoek vooraf gepland wordt volgens een schema (één bezoeker per bewoner); dat er medewerkers zijn om de naasten binnen te laten, te controleren op symptomen (zoals vragen naar verkoudheidsklachten) en de te gebruiken beschermende maatregelen indien van toepassing. Vervolgens wordt het bezoek naar de bewoner gebracht en dan na een vooraf afgesproken tijdsduur weer naar buiten begeleid.

### *Eerste ervaringen en welbevinden*

Op alle locaties is erg positief gereageerd op de mogelijkheid om bezoek toe te laten. Wat echter vooral opviel is dat het opstarten van de bezoekmogelijkheid onder hoogspanning gebeurde. Bezoekers zijn in het algemeen erg gespannen (“word ik nog herkend door mijn naaste?”) en vaak zeer emotioneel bij het eerste bezoek. Datzelfde geldt voor de medewerkers en het management (“houden we infecties buiten de deur?”). Daarnaast wordt door het management gerapporteerd dat het opstarten van het bezoek veel voorbereiding vergt (o.a. informatie en planning) en extra inspanningen tijdens het bezoek (o.a. registratie en begeleiding). Uit gesprekken met de bezoekers komt verder naar voren dat zij vinden dat het bezoek (ook met mondkapjes) niet te vergelijken is met creatieve oplossingen als raambezoeken of beeldbellen. Unaniem geven ze de meerwaarde aan van het daadwerkelijke bezoek samen in een ruimte om zo direct met elkaar te kunnen praten en bij elkaar te zijn. Ten slotte is er vanuit bezoekers veel begrip voor de genomen maatregelen om infecties te voorkomen en lof voor de medewerkers van de locaties voor de verzorging van hun naasten.

### *Compliance*

In de eerste week is er ook variatie in de compliance. Er wordt verschillende keren melding gemaakt van ‘het geven van knuffels, het mondkapje even afdoen, het onderling aanraken van bewoner en bezoeker, snel een zoen’.

In algemene zin wordt echter aangegeven wordt dat bezoekers zich aan de afspraken houden. Veel naasten zijn zo blij dat ze weer op bezoek mogen (en een deel ook emotioneel erg kwetsbaar), dat ze bereid zijn zich aan alle afspraken te houden. De vraag is wel of dat ook nog geldt bij een 3<sup>e</sup> of 4<sup>e</sup> bezoek.

Bij een enkele locatie is niet één vaste maar zijn meerdere of verschillende bezoekers toegelaten.

### *Verdere uitrol*

Een aantal locaties geeft aan zich zorgen te maken over de verdere uitrol vanwege noodzakelijke menskracht om dat onder de huidige condities (voorwaarden en richtlijnen) te realiseren. Maar ook omdat dit op maat moet, omdat locaties (ook binnen een zorgorganisatie) van elkaar verschillen.