

Hospital & Transport Surge Capacity Comité

Krachtens artikel 13 van de Wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen
ingevolge de COVID-19-pandemie.

DATUM 03/06/2021
CONTACT Dr. Paul Pardon
TEL.
E-MAIL

**Aan de directeurs, hoofdartsen, directeurs van het verpleegkundig departement en
noodplancoördinatoren van de Algemene, Universitaire Ziekenhuizen, Psychiatrische Ziekenhuizen
en Revalidatieziekenhuizen**

**Ter info aan de koepels van de ziekenhuizen
Ter info aan de gouverneurs**

BETREFT COVID-19 –communicatie: algemeen kader inzake de bezoekersregeling

Geachte algemeen directeur,
Geachte hoofdarts,
Geachte directeur van het verpleegkundig departement,
Geachte noodplancoördinator,

Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity met vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels en experts, wenst u en uw medewerkers nogmaals te danken voor de bovenmenselijke prestaties waarmee jullie nu al meer dan een jaar ons zorgsysteem staande weten te houden.

1. Epidemiologische evolutie

De epidemiologische en ziekenhuiscijfers zijn de afgelopen weken goed verbeterd.

Versoepelingen komen in zicht en wij schenken binnen dit kader dan ook graag aandacht aan de bezoekersregeling.

2. Bezoekersregeling

Het Comité beseft het grote belang van sociale omkadering tijdens een herstelperiode en wenst dus te versoepelen.

Binnen instellingen met een stabielere populatie, en dan denken we vooral aan psychiatrische ziekenhuizen en/of revalidatieziekenhuizen, kan er een risicoschatting gemaakt worden van bijvoorbeeld vaccinatiegraad van de patiënten en personeel, en kan er op basis van deze inschatting bepaald worden in hoeverre de bezoekersregeling en/of het therapeutisch verloop kan versoepeld worden, dit alles binnen het juiste evenwicht tussen optimale veiligheid voor patiënten en personeel en optimale sociale omkadering.

Binnen de algemene en universitaire ziekenhuizen is de patiëntenpopulatie echter niet stabiel en kan er dus niet gewerkt worden met deze stabiele indicatoren. Binnen deze instellingen zal er dus uit veiligheidsoverwegingen moeilijker veel kunnen versoepeld worden. In bijlage van onze brief van 13 augustus 2020 hadden wij een algemeen kader voor bezoek en begeleiding uitgewerkt, wij hernemen dit kader in bijlage als ondersteunende tool, teneinde de processen op vlak van bezoek en begeleiding zoveel als mogelijk in een generieke regeling te kaderen, waarbij de ziekenhuizen maximaal de mogelijkheid hebben om met de eigenheid van het ziekenhuis en het ziekenhuisnetwerk rekening te houden.

Wij hebben aan het federaal crisiscentrum gevraagd het aspect bezoekersregeling en blijvende beperkingen, ruimer binnen de algemene en universitaire ziekenhuizen, bespreekbaar te maken binnen het persmoment.

Wij wensen de ziekenhuisdirecties, de zorgverleners en het personeel van de ziekenhuizen dus nogmaals te bedanken voor de blijvende inspanningen.

Ook wij zullen ons tijdens de komende periode blijven inzetten om ondersteunend te werken naar de ziekenhuissector toe.

Indien u specifieke vragen heeft over deze brief, kan u contact nemen met algemeeneziekenhuizen@vlaanderen.be.

Dr. Paul Pardon

Chief Medical Officer
België

Marcel Van der
Auwera
Voorzitter Comité
Hospital & Transport
Surge Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe
Wetenschappelijk
expert van het Comité

Prof. Dr. Geert
Meyfroidt
Voorzitter van de
Belgische Vereniging
Intensieve
Geneeskunde

BIJLAGE: ALGEMEEN KADER INZAKE BEZOEK EN BEGELEIDING

Bezoekersregeling

Bezoek is een essentieel gegeven binnen het genezingsproces en het welbevinden van patiënten. Anderzijds zorgt bezoek voor een belangrijke werklast op afdelingen, zowel op het zorgproces als op vlak van communicatie met artsen en verpleegkundigen, waardoor bezoek voor een afdeling ook een arbeidsintensief proces is. In de eerste golf werd het geheel van bezoekers, enkele uitzonderingen niet te na gelaten, verboden. Die beslissing was op het moment dat het virus niet gekend was, én dat de ziekenhuizen zich massaal moesten herorganiseren, een belangrijke en logische beslissing. Ze heeft er mee voor gezorgd dat de eerste golf goed gemanaged kon worden door de ziekenhuizen. Tegelijk was er wel enige kritiek op de psychosociale impact en/of het ongenueanceerde karakter van de maatregel. Daarom wordt hierbij een generiek voorstel gedaan waarbij bezoek zo lang als haalbaar mogelijk moet blijven, maar dat tegelijk de mogelijkheid bestaat om het bezoek te beperken of zelfs te verbieden als dit voor de zorgprocessen noodzakelijk is. In het generieke voorstel wordt gewerkt met meerdere stappen, waarbij een ziekenhuis een stap kan kiezen

- STAP 0 : de bezoekerregeling is de klassieke bezoekerregeling

- STAP 1 : beperking van het bezoek (bv. aantal, moment, duurtijd, etc.) per patiënt. Dit is de situatie waarin de meeste ziekenhuizen zich actueel bevinden. Het is aan de hoofdarts om in functie van de zorgprocessen en het beschikbare personeel te bepalen hoeveel uur per patiënt en hoeveel bezoekers per patiënt toegelaten worden. Een regeling wordt inherent per afdeling bepaald, maar moet uiteraard coherent zijn over het hele ziekenhuis.

- STAP 2 : beperking van bezoek op bepaalde diensten of in bepaalde omstandigheden (bv. geen mogelijkheid tot begeleiding op spoedgevallendiensten, kortdurende opnames, etc.). Dit is op zich een zware maatregel waarbij het duidelijk moet zijn dat het bezoek een zodanig effect heeft op de zorgprocessen en de garantie op adequate zorg in het ziekenhuis dat deze stap noodzakelijk is. Louter ter voorbeeld of inspiratie, zouden bv. volgende regels kunnen worden overwogen. We herhalen dat elk ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts lokaal moet bekijken wat meest gepast is.

- Mogelijkheid A : patiënten die minder dan 5 dagen in het ziekenhuis blijven of minder dan 7 dagen in het ziekenhuis blijven (het aantal 5 of 7 is te bepalen door de hoofdarts) krijgen geen bezoek
- Mogelijkheid B : sommige ziekenhuizen melden dat het voor hun moeilijk is om de duur van de hospitalisatie op voorhand te bepalen en kiezen om deze regel toe te passen op basis van de afdeling waar de patiënt terecht komt. Het doorslaggevend criterium is dan de gemiddelde ligduur op die afdeling, als dat onder de 5 of de 7 dagen is (te bepalen door de hoofdarts) zal er geen bezoek toegelaten worden voor die afdeling

- Uitzonderingen : De regeling in stap 2 is voor een aantal mensen een verregaande behandeling, denk maar aan iemand die via spoed binnenkomt na een ongeval en een operatie moet krijgen, of een persoon die omwille van oncologie 5 dagen wordt opgenomen. Ook bevallingen of pediatrie zijn typische gevallen waar het vaak niet haalbaar is om zeer stringent te zijn. Daarom worden de volgende uitzonderingen toegestaan, overigens congruent met de situatie in de eerste golf

- ✦ Pasgeborenen en kinderen jonger dan 18 jaar: In deze uitzondering moet het bezoek zeer beperkt zijn en kan in geen geval het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid, overschrijden
- ✦ Naderend levenseinde : ook hier moet men een zekere mate van stringentheid nastreven, weliswaar met voldoende respect tot het menswaardig afscheid nemen.

- ✦ Medische situatie waarbij de behandelend arts en de hoofddarts menen dat voor een patiënt bezoek noodzakelijk is. In dat geval is bezoek mogelijk, de hoofddarts bepaalt wel de strikte modaliteiten van het bezoek en houdt hierbij rekening met het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid
- ✦ Het therapeutisch verloop kan worden toegestaan aan patiënten in uw voorziening. Het ziekenhuis moet ook hier een regeling voorzien die de veiligheid van de overige patiënten en het personeel garandeert

- STAP 3 : absoluut verbod met zeer beperkte uitzonderingen die individueel en onder toezicht van de behandelend arts en coördinatie van de hoofddarts worden toegestaan. Dat betekent dat de uitzonderingen dezelfde zijn als de uitzonderingen die toen golden :

- ✦ Pasgeborenen en kinderen jonger dan 18 jaar. In deze uitzondering moet het bezoek zeer beperkt zijn en kan in geen geval het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid, overschrijden
- ✦ Naderend levenseinde : ook hier moet men een zekere mate van stringentheid nastreven, weliswaar met voldoende respect tot het menswaardig afscheid nemen.
- ✦ Medische situatie waarbij de behandelend arts en de hoofddarts menen dat voor een patiënt bezoek noodzakelijk is. In dat geval is bezoek mogelijk, de hoofddarts bepaalt wel de strikte modaliteiten van het bezoek en houdt hierbij rekening met het begrip “bubbel” zoals bepaald door de overheid. Een eventuele regeling met mantelzorgers valt onder deze uitzondering, maar moet uiteraard ook rekening houden met die bubbel.
- ✦ Het therapeutisch verloop kan worden toegestaan aan patiënten in uw voorziening. Het ziekenhuis moet ook hier een regeling voorzien die de veiligheid van de overige patiënten en het personeel garandeert.

Een ziekenhuis is geen geïsoleerde entiteit. Het ligt nabij andere ziekenhuizen, die al dan niet deel uitmaken van hetzelfde ziekenhuisnetwerk. We moedigen dan ook aan dat vanaf stap 2 de maatregel binnen het ziekenhuisnetwerk besproken wordt en dat er een gemeenschappelijk akkoord is over de stappen die de ziekenhuizen van de netwerken kiezen.

Begeleidersregeling

Nog voor het bezoek terug toegelaten werd, werd bij de heropstart na de eerste golf al toegestaan dat begeleiders met een patiënt mee naar het ziekenhuis mochten komen. De meeste ziekenhuizen hadden echter logistieke problemen om de begeleiding mogelijk te maken, alleen al omwille van social distancing in het ziekenhuis en meer specifiek in de wachtkamers en consultatieruimten, waar de grootte van het onderzoekslokaal een belangrijke remmende factor was. Dat betekent dat er beperkingen werden opgelegd aan begeleiding, beperkingen die in een aantal ziekenhuizen ook nu nog bestaan. We willen zeker niet blind zijn voor deze logistieke en operationele problematiek. Anderzijds zijn er ook gevallen waar een begeleiding noodzakelijk is voor de patiënt. Het is aan het ziekenhuis om te bepalen of er een beperking wordt opgelegd aan de begeleiding van de patiënt in het ziekenhuis. Voor een begeleidersregeling zijn er volgende mogelijkheden :

- STAP 0 : er zijn geen beperkingen voor begeleiding

- STAP 1 : er wordt in principe maximaal 1 begeleider toegestaan, tenzij de hoofddarts voor die categorie van mensen, bv. in geval van pediatrie, beslist dat er 2 begeleiders toegestaan worden

- STAP 2 : begeleiders worden verboden, tenzij voor volgende categorieën, waarbij per categorie de hoofdarts het maximum aantal begeleiders bepaalt (bijvoorbeeld logischerwijze 1 voor materniteit maar mogelijk 2 voor pediatrie)

- Materniteit, pediatrie
- Demeterende patiënt of hulpbehoevende patiënt
- Patiënt in het kader van een naderend levenseinde en/of waar er een potentiële slechtnieuws melding is
- Begeleiding om te kunnen vertalen
- Situaties die zeer ziekenhuisspecifiek zijn waar de hoofdarts een generieke uitzondering voor toestaat.

Ondersteuning

Bij de herinvoering van de mogelijkheid van begeleiding en het getrapt herinvoeren van bezoek bleek dat de regel op onbegrip stuitte, en in een aantal gevallen agressie uitlokte. Bij het opleggen van beperkingen zal dat zeker het geval zijn. Er dient dus zeker een goede communicatie te worden voorzien via alle mogelijke kanalen. De interne veiligheidsmechanismen moeten worden klaargemaakt. Preventie en als ultieme maatregel zal via het PCC aan de betrokken politiezones gevraagd worden om een hoge prioriteit toe te kennen aan een oproep voor agressie vanuit een ziekenhuis.

Zoals aangehaald in de regeling rondom het bezoekrecht is het ziekenhuisnetwerk een essentieel element in de zorgketen. Daarom moeten de ziekenhuizen, onafhankelijk van de keuze die gemaakt wordt, onderling overleggen bij een verandering, hetzij een verstrenging, hetzij een versoepeling, van de bezoekersregeling en/of de begeleidersregeling. Het is raadzaam om deze discussie ook te voeren met en/of het resultaat door te geven aan aangrenzende netwerken.