

# **ETHISCH KOMPAS VOOR KEUZES OMTRENT BEZOEKREGELING IN TIJDEN VAN CORONA**

DEZE NOTA WERD, IN OPDRACHT VAN DE TASKFORCE  
COVID-19 ZORG, OPGESTELD DOOR YVONNE DENIER,  
MARC VLAEMINCK & IGNAAS DEVISCH.



# COLOFON

## **Verantwoordelijke uitgever**

Karine Moykens  
Secretaris-generaal  
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Koning Albert II-laan 35, bus 30  
1030 Brussel

## **Redactie**

Deze nota werd, in opdracht van de Taskforce COVID-19 Zorg, opgesteld door Yvonne Denier, Marc Vlaeminck & Ignaas Devisch.

## **Concept & lay-out**

Afdeling Beleidsinformatie, Communicatie en Kennis

## **Depotnummer**

D/2020/3241/143

# SAMENVATTING

De coronacrisis plaatst ons voor specifieke ethische uitdagingen wanneer het gaat om de concrete vormgeving - en geleidelijke aanpassing - van het **bezoekregelingskader** in de sectoren van zorg en welzijn. Bij dat proces dat zijn richting zoekt, helpt een **ethisch kompas**.

Het Noorden van dit ethisch kompas is de **kernvraag**: “Hoe bevorderen onze keuzes het welzijn en de waardigheid van elke unieke persoon (i.c. bewoners, cliënten, hun naasten, de medewerkers) in afweging met het algemeen belang van de samenleving?”

Antwoorden op die kernvraag gelden op het **microniveau** van de concrete, individuele en specifieke zorgcontext, op het **mesoniveau** van de teams en de organisatie en op het **macroniveau** van de bredere samenleving en het beleid.

Hierbij gaan we **waarden** afwegen die we als gewichten op een weegschaal plaatsen. In tijden van corona liggen dan in de schaal:

- de **noden van de mensen** (Wat is er heel concreet nodig? Dit is individu-gericht en bekeken vanuit een breed en holistisch biopsychosociaal perspectief);
- een zo laag mogelijk **besmettingsrisico** nemen en zo weinig mogelijk bijdragen aan de verspreiding van het **virus** (dit is maatschappijgericht en betreft de veiligheidsfactor & de volksgezondheid);
- de **mogelijkheden** van het **personeel** en de **organisatie** in hun specifieke werkingscontext (Hoe kunnen we dit waarmaken in de concrete praktijk?).

Dat zijn de gewichten op onze schaal waarbij het **menswaardig** karakter van onze keuzes (de menselijkheidsfactor) altijd centraal moet staan. Het vinden van een goed **evenwicht** tussen menselijkheid en veiligheid is essentieel.

Het maken van ethische keuzes gebeurt niet in het ijl. In de huidige coronacrisis moeten we rekening houden met **vier spanningsvelden**:

1. Het spanningsveld tussen **maatschappelijk belang** (de volksgezondheid) & het **individuele belang** (de persoons- en relatiegerichtheid van de zorg, de warmmenselijke factor & factor van nabijheid)
2. Het spanningsveld tussen **weldoen ('Beneficence')** en **niet-schaden ('Non-Maleficence')**
3. Respect voor **autonomie van mensen** (individuele keuzevrijheid) en de ruimte voor deze vrijheid vs. het **inperken** ervan in het kader van het algemeen belang (i.c. de volksgezondheid).
4. Het garanderen van **sociale rechtvaardigheid** (niet enkel bij de verdeling van voordelen, maar ook bij het opleggen van restricties)

Het maken van ethische keuzes veronderstelt ook altijd **maatwerk**, specifiek toegespitst op individuele contexten en organisaties. Dit maatwerk krijgt concreet vorm aan de hand van de vier volgende vragen van de zorgethiek:

1. **Wat is er nodig?** D.w.z.: wat wil de **bewoner/cliënt**? Familie en naasten? Op vlak van bezoek: hoe

## SAMENVATTING

### ETHISCH KOMPAS VOOR KEUZES OMTRENT BEZOEKREGELING IN TIJDEN VAN CORONA

zien zij dat? Hoe willen ze dit doen? Wie wil dat? Wanneer?

2. **Hoe kunnen we hieraan tegemoet komen? Hoe organiseren** we dat concreet? Diverse concrete en pertinente vragen dienen zich aan.
3. **Hoe kunnen we dat zo professioneel en deskundig mogelijk doen?** Dat betekent rekening houdend met de letterlijke gezondheidsrisico's verbonden aan covid-19.
4. **Dat wat we doen, helpt het ook?** We zorgen voor **opvang en nazorg** na bezoek, dat betekent dat we tijdens het gehele proces nagaan of hetgeen we doen en organiseren op vlak van bezoek ook daadwerkelijk tegemoetkomt aan de noden en wensen van de bewoner/cliënt en naasten, gegeven de huidige omstandigheden van de coronacrisis.

**Elke** zo gemaakte **keuze** moet altijd **samengaan** met veel en duidelijk **communiceren** & helder **informer**. Immers, een goede bezoeksregeling, of (stapsgewijze) aanpassing ervan staat of valt met goede communicatie en heldere informatie, zowel naar de bewoners/cliënten en de medewerkers. De communicatie gaat in op mogelijkheden, maar ook op grenzen. Duidelijkheid en duiding staan altijd voorop.

Wat is onze **globale ethische opdracht**?

We dienen ons allen te engageren, op de drie niveaus (micro, meso & macro), tot een **constructief-kritische** houding die bewaakt dat alle bevolkingsgroepen hierin op een **rechtvaardige wijze** worden behandeld. De **ethische kernvraag** die ons hierbij begeleidt, en die we herhalen, blijft: *“Hoe bevorderen onze keuzes het welzijn en de waardigheid van elke unieke persoon (i.c. bewoners, cliënten, hun naasten, de medewerkers) in afweging met het algemeen belang van de samenleving?”* Dat is onze toetssteen.

Dit doen we **proportioneel & stapsgewijs**. Samen blijven meedenken en meezoeken naar goede uitwegen, in de geest van **samenwerking en overleg** met alle stakeholders om zo het meest menswaardige te realiseren in deze ongeziene omstandigheden.

**Belangrijk:** deze samenvatting bevat enkel de essentiële kernpunten van het ethisch kompas. Om het kompas te kunnen hanteren als hulpmiddel voor de vormgeving van operationele doelstellingen verwijzen we naar de hoofdttekst (p. 5-13) waarin exemplarische voorbeelden van vertaalslag worden gegeven. Deze maken het hanteerbaar en concreet.

# HOOFDTEKST

## SITUERING & DOEL VAN DEZE TEKST

De coronacrisis plaatst ons voor specifieke ethische uitdagingen wanneer het gaat om de concrete vormgeving - en geleidelijke aanpassing - van het **bezoekregelingskader** in de sectoren van zorg en welzijn.

De voorbije weken waren in het kader van de *lockdown* de richtlijnen zeer strikt en werd er geen direct en persoonlijk bezoek toegelaten in de residentiële sectoren. Niettemin werden er de voorbije weken vele mooie en creatieve initiatieven genomen voor sociaal contact tussen bewoners/cliënten en hun naasten met het oog op het behoud en de bevordering van ieders welzijn en tegelijk in het kader van de veiligheidsvoorwaarden.

Met het oog op de *exit* rijst de vraag hoe en in welke mate we de klassieke en waardevolle vorm van direct en persoonlijk bezoek opnieuw mogelijk kunnen maken. Meer concreet wordt de vraag gesteld: **hoe kunnen we dit op een (ethisch) doordachte manier doen?**

Voorliggende tekst biedt een **ethisch kader** om concrete keuzes i.v.m. aanpassing van de bezoekregeling in de sectoren van zorg en welzijn af te toetsen. We roepen alle betrokkenen op om zich te engageren, vanaf het beleidsniveau tot de concrete gesprekken met bewoners/cliënten, hun naasten en medewerkers in de organisaties, dit kader te gebruiken als **toetssteen** voor het handelen binnen de specifieke context van de eigen werkomgeving.

Het kompas biedt **inzicht** in (1) de algemene aspecten van een ethische afweging, (2) de ethische principes en spanningsvelden die in dit verband relevant zijn, en (3) de verschillende stappen van een zorgethisch besluitvormingsproces. Hierbij maken we telkens een combinatie van algemene grondprincipes en een concrete toepassing ervan op bezoekregeling. Als besluit stellen we enkele generieke aanbevelingen voor omtrent de samenwerkingen ter zake tussen overheden, sectoren, organisaties, bewoners/cliënten en hun naasten.

Het **doel** van de tekst is een ethisch kader te voorzien van waaruit sectoren en organisaties een operationele bezoekregeling kunnen opstellen op maat van individuele voorzieningen en hun bewoners, cliënten en naasten, en dit in een snel evoluerende context.

De **realiteit is divers**, doelgroepen, sectoren en contexten verschillen, alsook de concrete praktische mogelijkheden voor bezoekregeling. De ethische aandachtspunten zijn evenwel voor iedereen dezelfde. Als dusdanig is dit kompas een **overkoepelend hulpmiddel** voor concrete besluitvorming.

**Noot:** In de onderstaande tekst gelden de **cursieve passages** als illustratieve verduidelijking van de ethische principes en spanningsvelden, wanneer toegepast op de thematiek van keuzes omtrent

## HOOFDTEKST

### ETHISCH KOMPAS VOOR KEUZES OMTRENT BEZOEKREGELING IN TIJDEN VAN CORONA

bezoekregeling. Ook betreft het exemplarische mogelijkheden als antwoorden op de vier vragen van een zorgethisch besluitvormingsproces

## ALGEMENE ASPECTEN VAN EEN ETHISCHE AFWEGING

Een ethische afweging is in essentie een **balansoefening** in het kader van een specifieke probleemstelling op basis van een aantal ethische waarden en handelingsprincipes. Hier komen vaak spanningsvelden, conflicterende keuzes en prangende dilemma's bij kijken waar we een uitweg uit willen vinden. Aan de hand van ethische reflectie en discussie proberen we dat op een ethisch onderbouwde manier te doen. In deze paragraaf schetsen we de algemene kernaspecten van elke ethische afweging. We gebruiken daarbij de metafoor van het kompas.

### HET KOMPAS & HET NOORDEN

Het Noorden van dit ethisch kompas is de kernvraag: "Hoe bevorderen onze keuzes het welzijn en de waardigheid van elke unieke persoon (dit betreft alle betrokkenen: bewoners, cliënten, hun naasten, de medewerkers) in afweging met het algemeen belang van de samenleving?"

### DRIE CONTEXTNIVEAUS

De **context** waarin deze kernvraag telkens opnieuw moet worden gesteld speelt zich af op drie niveaus: micro, meso en macro.

- Het **micro-niveau** is dat van de concrete, individuele en specifieke zorgcontext: bewoners/cliënten, hulpverleners, medewerkers, familie en naasten.  
Hier is de vraag: *"Wat heeft deze persoon hier en nu heel concreet nodig en wat kunnen we doen om hieraan zo menswaardig en zo veilig mogelijk tegemoet te komen?"* - (bv. omtrent bezoekregeling in individuele context).
- Het **meso-niveau** is dat van de teams en de organisatie, eventueel de groep: directie en leidinggevenden, bestuurders, ...  
Hier is de vraag: *"Hoe kunnen wij, als contextcreators van de zorg, ervoor zorgen dat de mensen waarvoor we verantwoordelijk zijn, die zorg zo menswaardig en zo veilig mogelijk kunnen geven (i.c. het personeel) en ontvangen (bewoners en cliënten, hun naasten)?"* – (dit gaat over de modaliteiten van bezoekregeling op team- en organisatieniveau).
- Het **macro-niveau** is dat van de bredere samenleving en het beleid: beleidsmakers en -adviseurs.  
Hier is de vraag: *"Hoe kunnen we de richtlijnen en contexten (i.c. lockdown en exit) zodanig vormgeven dat ze het welzijn en de waardigheid van de mensen zo goed mogelijk bevorderen, de veiligheid garanderen en de samenleving als geheel in een goede richting krijgen?"* – (bezoekregeling op samenlevingsniveau – bezoekregeling op sectorniveau).

### ETHISCHE AFWEGING ALS WEEGSCHAAL

Elke ethische afweging impliceert het afwegen van **waarden** zoals bv. autonomie en keuzevrijheid, weldoen, niet-schaden & sociale rechtvaardigheid. Ethiek is niet van de orde van 'ja' versus 'neen' maar van balans.

Wat helpt? Het keuzeproces beschouwen als **weegschaal**.

- De kernvraag is: welke waarden leg je op de weegschaal en wat laat je in die afweging het meeste doorwegen?

Concreet: *"Welke waarden treden er naar voren wanneer het gaat over (aanpassing van) bezoeksregeling?" – daar gaan we in wat volgt dieper op in.*

### WAT LIGT ER OP DE WEEGSCHAAL IN TIJDEN VAN CORONA?

De basisopdracht is momenteel het vinden van een evenwicht tussen welzijn en veiligheid. Daarin zijn inbegrepen:

- de **noden** van de **mensen** (wat is er heel concreet nodig?) (individu-gerichtheid);
- hun sociale omgeving, psychisch welzijn, relationeel welbevinden, etc. (het holistische, **biopsychosociaal** model);
- een zo laag mogelijk **besmettingsrisico** nemen en zo weinig mogelijk bijdragen aan de verspreiding van het **virus** (maatschappijgerichtheid, de veiligheidsfactor & de volksgezondheid);
- de **mogelijkheden** van **personeel** en **organisatie** in hun specifieke werkingscontext.

Dat zijn de gewichten op onze schaal waarbij het **menswaardig karakter** van onze keuzes (de menselijkheidsfactor) altijd centraal moet staan. Het vinden van een goed **evenwicht** tussen menselijkheid en veiligheid is essentieel. Wanneer we te restrictief zijn om de veiligheid te garanderen, riskeren we het menselijke uit het oog te verliezen. Wanneer we alleen kijken naar het warmmenselijke, wordt het onveilig.

### ETHISCHE SPANNINGSVELDEN IN DE AFWEGING WELZIJN EN VEILIGHEID

Tijdens de coronacrisis zien we *grosso modo* vier grote spanningsvelden opduiken:

- Het spanningsveld tussen **maatschappelijk belang** (de volksgezondheid) & het **individuele belang** (de persoons- en relatiegerichtheid van de zorg, de warmmenselijke factor & factor van nabijheid)
  - *Bv. de lockdown is een noodzakelijke maatschappelijke maatregel ter bescherming van de bevolking, maar brengt ons in situaties waarbij we op individueel vlak worden ingeperkt in onze warmmenselijkheid & nabijheid t.o.v. elkaar*

## HOOFDTEKST

### ETHISCH KOMPAS VOOR KEUZES OMTRENT BEZOEKREGELING IN TIJDEN VAN CORONA

- Het spanningsveld tussen **weldoen ('Beneficence')** en **niet-schaden ('Non-Maleficence')**
  - *Bv. wanneer we kiezen voor het welzijn en de gezondheid van bewoners en cliënten – bv. door opnieuw bezoek toe te laten – dan lopen we het risico op schade wanneer hierdoor de infectiegraad weer stijgt.*
  - *De kernvraag is: hoe kunnen we het welzijn van mensen zo goed mogelijk ondersteunen binnen de context van noodzakelijke veiligheid? De ethiek van proportionaliteit vraagt dan om te kiezen voor dat wat het minste schade teweegbrengt en toch meer welzijn oplevert.*
  - *Concrete antwoorden op deze vragen blijven zoeken – zoals we dat in de praktijk zien gebeuren met zoveel goede voorbeelden: raamcontacten, sociale media, briefkaarten, robots, ... - is de ethische opdracht waar we vandaag voor staan. Stapsgewijs bezoek toelaten, rekening houdend met de mogelijkheden van de organisatie, maakt hier deel van uit.*
- Respect voor **autonomie van mensen** (individuele keuzevrijheid) en de ruimte voor deze vrijheid vs. het **inperken** ervan in het kader van het algemeen belang (i.c. de volksgezondheid).
  - *Dat betekent dat we nagaan wat de wensen en noden van de bewoner/cliënt en zijn naaste omgeving precies zijn. Bv. omtrent bezoek. Dit varieert van persoon tot persoon.*
  - *Wanneer er hier beperkingen zijn (en die zijn er altijd wel, dus ook in 'normale' omstandigheden) is heel belangrijk dat we die beperkingen op autonomie en individuele vrijheid (en aanpassingen hieraan) steeds moeten kunnen motiveren (als noodzakelijk en proportioneel).*
  - *Dit betekent dat we niet meer gaan beperken dan nodig en dat het altijd proportioneel in verhouding is tot het beoogde resultaat (bv. welzijn en gezondheid binnen de vereiste veiligheidsnormen).*
- Het garanderen van **sociale rechtvaardigheid** (niet enkel bij de verdeling van voordelen, maar ook bij het opleggen van restricties)
  - *Dit gaat over verdelende rechtvaardigheid inzake de nadelen en voordelen van alle maatregelen.*
  - *Dit gaat over gelijkwaardigheid van behandeling & gelijke kansen voor iedereen op goede en kwaliteitsvolle zorg.*
  - *Bemerk hierbij dat 'Equity' ≠ 'Equality'. Een rechtvaardige situatie ('Equity') laat verschillen toe tussen individuen, sectoren en doelgroepen, in functie van hun specifieke noden, mogelijkheden en context. (m.b.t. de bezoeksregeling impliceert dit dat hierin verschillende modaliteiten zullen zijn tussen verschillende personen, sectoren en doelgroepen)*
  - *Specifiek Rawlsiaans principe: bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren en voor de specifieke locus van hun kwetsbaarheid. Waar situeert zich die? Is dat biomedisch (fysieke kwetsbaarheid)? Is dat sociaal of relationeel (bv. eenzaamheid)? Is dat psychologisch (bv. angst)? Of existentieel (bv. zinsverlies)? Of nog iets anders?*



## **WELKE ZIJN DE STAPPEN VAN EEN ZORGETHISCH BESLUITVORMINGSPROCES?**

Een aantal elementen kunnen helpen in het maken van de concrete afweging binnen de eigen organisatie omtrent (aanpassing van) bezoeksregeling. We bieden ze aan onder de vorm van concrete, richtinggevende vragen. Hierbij volgen we de vier dimensies van de zorgethiek.

### **1.**

#### **WAT ZIJN DE NODEN?**

We willen aandachtig zijn voor wat er zich afspeelt door de vraag te stellen: "Wat wil de bewoner/cliënt? Familie en naasten? Op vlak van bezoek: hoe zien zij dat? Hoe willen ze dit doen? Wie wil dat? Wanneer?"

- *We proberen hier duidelijkheid in te krijgen door nauw overleg tussen bewoner/cliënt (indien mogelijk) en naaste verwanten, de meest relevante medewerkers (zoals team coaches, referentiepersonen, aandachtspersonen, ...) directie en CRA/huisarts.*
- *Belangrijke factor tijdens de coronacrisis: er zullen logistieke en organisatorische beperkingen zijn op de praktische mogelijkheden om de wensen van mensen concreet vorm te geven. Zowel casuïstiek als context zullen doorslaggevend zijn in de beslissing omtrent bezoeksregeling en -mogelijkheden.*
- *Bewoners/cliënten (indien mogelijk) en familieleden moeten in ieder geval goed worden geïnformeerd over de mogelijkheden, onmogelijkheden, afspraken en risico's, alsook over de regels en aanbevelingen die door de overheden worden gegeven. Er is veel nood aan heldere communicatie en concrete afspraken.*

**Noot:** Er zal altijd aandacht nodig zijn voor uitzonderlijke maatregelen bij bijzondere noden, zoals mensen in een **palliatieve fase** die hebben. In dit ethisch kompas wensen we het belang hiervan te benadrukken. Tegelijk hebben we er in deze nota nog onvoldoende uitwerking aan kunnen geven.

Op dit moment kunnen we wel verwijzen naar bestaande teksten van de **koepelorganisaties** ter zake, i.c. Zorgnet-Icuro en het Vlaams Welzijnsverbond. Concreet: Voor de sector **woonzorg** werden ethische oriëntaties voor bezoek in palliatieve fase ontwikkeld die u [hier](#) kan vinden. Voor de sector van **personen met een handicap** werden er nog geen specifieke ethische oriëntaties ontwikkeld, maar kan u zich momenteel voor de bezoeksregeling in palliatieve situaties laten inspireren door de ethische oriëntaties uit de woonzorgsector, aangevuld met de adviezen uit [deze tekst](#).

De werkgroep ethiek van deze projectgroep is bereid hierrond opnieuw samen te zitten en het verder uit te werken, wanneer de *taskforce* dit nodig acht.

**2.****HOE KUNNEN WE HIERAAN TEGEMOET KOMEN?**

Hoe organiseren we dat concreet? Diverse concrete en pertinente vragen dienen zich aan. Bijvoorbeeld:

- *Maken we in de bezoekenregeling een onderscheid tussen COVID-19 residenten en andere bewoners/ cliënten of niet? Maken we een onderscheid tussen COVID-19 afdelingen/ niet COVID-19 afdelingen, afdelingen cohort-zorg?*
- *Hoe zien we dit specifiek waardevol voor personen met dementie, al naargelang het stadium van dementie waarin ze zich bevinden en de meerwaarde van bezoek in de specifieke coronacontext (i.c. de voorlopige onmogelijkheid tot fysiek contact en de impact daarvan voor hun welzijn)?*
- *Beperken we het aantal bezoekers tot een globaal maximum (bv. 2 à 3 bezoekers 'tout court') of doen we dat niet? Beperken we deze bezoekers tot vast aangeduide bezoekers (geen wisseling mogelijk) of niet?*
- *Beperken we dit tot volwassenen? Of mogen kinderen/kleinkinderen ook op bezoek komen? Bv. vergezeld door de ouder(s) & enkel na overleg met het verzorgend team, directie en CRA/huisarts?*
- *Praktisch: werken we met een bezoekersruimte? Werken we met plexiglas? Is er concreet voldoende plaats in de ruimte om de 1,5m afstandsregel te kunnen respecteren tussen elkaar? Of organiseren we dit buiten? Op een terras of geschikte plaats in de tuin?*
- *Hoe organiseren we dat qua timing en organisatie? Organiseren we dit op weekbasis? (Bv. 2 bezoekenmomenten per week, niet tijdens weekend?) Beperken we het bezoek in tijd? Zo ja, hoeveel tijd voorzien we ongeveer per tijdslot? Wat lijkt ons in dit verband een zinvol en haalbaar maximum? (Bv. een kwartier per bezoek om te beginnen, mogelijks later uit te breiden?) Werken we met bezoekersschema's en een reservatiesysteem? Ook hier zal dit afhangen van context en casuïstiek en concreet overleg met het team, bewoners/cliënten en de naasten, vrijwilligers die eventueel het bezoek mee organiseren. De haalbaarheid van inzet van personeel/vrijwilligers zal mee bepalen wat er mogelijk is.*
- *Wie van het personeel neemt de organisatie van het bezoek en de begeleiding van mensen tijdens het bezoek ter hand? Is dat de teamverantwoordelijke? Of iemand anders? Vrijwilligers? Meer concreet: hoe zien we de inschatting van de tijdsbesteding van de organisatie van dit bezoek (qua mankracht & uren)?*
- *Welke andere vormen van contact maken we daarnaast nog mogelijk en blijven we creatief onderhouden? Bv. telefonisch of digitaal contact, raamcontact, babbelbox ...*
- *Maken we in de bezoekenregeling een onderscheid tussen personen die de 'social distancing' wel of niet kunnen bewaren (bv. jonge kinderen of personen met een verstandelijke beperking)?*
- *Voor het beantwoorden van deze en vele andere vragen reikt de bezoekenregeling voor uw sector een kader aan.*

Vanzelfsprekend is het van belang dat alles duidelijk en helder wordt doorgesproken met de familie en mantelzorgers.

**3.**

**PROFESSIONELE DESKUNDIGHEID**

In het tegemoetkomen aan de noden en wensen van bewoners/cliënten en hun naasten omtrent bezoek, doen we dit zo deskundig mogelijk. In de huidige omstandigheden betekent dit:

- *Dat we bij (mogelijk) Covid-19 de beschermende maatregelen toepassen (handhygiëne voor het binnengaan, beschermende kledij onder de vorm van masker en handschoenen, 1,5m afstand van elkaar).*
- *Dat het begeleidend personeel er ook op toeziet dat mensen zich aan de afspraken houden en bij bezoek in een binnenruimte verder niets aanraken.*
- *Dat we bij het afronden van het bezoek mensen begeleiden in het correct verwijderen van het beschermingsmateriaal (wanneer van toepassing), het desinfecteren van de handen en het naar buiten gaan.*
- *Dat we de ruimte, alleszins het bezoekersgedeelte, desinfecteren na elk bezoek.*
- *Ook hiervoor reikt uw bezoekersregeling verdere concrete handvatten aan.*

**4.**

**ONTVANKELIJKHEID EN OPVANG/NAZORG NA BEZOEK**

Tijdens het gehele proces gaan we na of hetgeen we doen en organiseren op vlak van bezoek ook daadwerkelijk tegemoetkomt aan de noden en wensen van de bewoner/cliënt en naasten, gegeven de huidige omstandigheden van de coronacrisis.

- *Hierbij is het essentieel dat we expliciet bewust blijven van de uitzonderlijke druk die de coronacrisis plaatst op de praktijk van de zorg en de organisatie van bezoek. De lockdown heeft ertoe geleid dat mensen reeds enkele weken geen bezoek meer hebben kunnen ontvangen op een manier die we doorgaans gewoon zijn.*
- *Voor sommige mensen is dit heel zwaar. Tegelijk is het ook mogelijk dat het opnieuw openstellen van bezoek emotioneel geen eenvoudige zaak is. Ook dit kan heel wat teweegbrengen op vlak van emoties en psychosociaal welzijn. Het is belangrijk om hier aandachtig voor te zijn.*
- *Daarnaast is het ook zo dat niet elke bewoner/cliënt per definitie gebaat is bij bezoek in de huidige omstandigheden, d.w.z. met alle logistieke vreemdheden van dien (zoals bv. mondklappers en plexiglas, fysieke afstand). Denk bv. aan personen met dementie. Hiervoor moeten we aandachtig blijven. Zowel bij bewoners/cliënten en familie, als bij de hulpverleners. Persoonsgericht kijken: Wat baat de bewoner/cliënt het meest? En wat is voor de hulpverleners haalbaar in de begeleiding hiervan?*
- *Daarom is het van belang om ervoor te zorgen dat bewoners/cliënten, hun naasten én hulpverleners de gelegenheid hebben om hun gevoelens te verwerken in een aangepaste context. Het gaat hierbij om nazorg na bezoek. Aandacht voor het psychosociaal welzijn van bewoners/cliënten, naasten en medewerkers blijft een bijzonder belangrijke dimensie van menswaardige zorg.*

## ESSENTIEEL: VEEL EN DUIDELIJK COMMUNICEREN & HELDER INFORMEREN

Een goede bezoekenregeling, of (stapsgewijze) aanpassing ervan staat of valt met goede communicatie en heldere informatie. Hiertoe behoren onder meer de volgende aandachtspunten:

- Tijdens het hele proces is het bijzonder belangrijk om **goed contact** te onderhouden met **bewoners/cliënten en hun naasten** door helder te informeren, goed uit te leggen hoe de situatie ervoor staat, wat er inzake bezoek wel mogelijk is en wat helaas (nog) niet.
- Dit geldt ook voor de interne communicatie en afspraken met de **medewerkers** en eventueel **vrijwilligers** die worden ingezet bij de organisatie/begeleiding van het bezoek.
- Zeker in de huidige crisiscontext is het belangrijk om helder uit te leggen waar de **mogelijkheden** liggen en waar de **grenzen** zijn. De betrokkenen moeten ook weten dat de voorziening adviezen en regels moet opvolgen waarvan zij niet zelf de auteur is maar die door de overheid worden opgelegd met het oog op de **volksgezondheid**. Dat is de macro-context waarin we allen moeten opereren.
- Hierbij kan het helpen om de **bovenvermelde ethisch spanningsvelden** tussen (1) het maatschappelijk belang (de volksgezondheid) en het individuele belang (de persoons- en relatiegerichtheid van de zorg, de warmmenselijke factor); tussen (2) weldoen ('Beneficence') en niet-schaden ('Non-Maleficence') en tussen (3) respect voor autonomie en de individuele keuzevrijheid van mensen en het noodzakelijk (gedeeltelijk) inperken ervan, als uitgangspunt te nemen.
- We verkeren immers in **uitzonderlijke omstandigheden** waarbij de nadruk op het beschermen van de veiligheid en gezondheid van de bevolking als geheel in een aantal situaties tot gevolg zal hebben dat we individuele personen en hun naasten (nog) niet kunnen geven wat we in normale omstandigheden zeker wel zouden doen. Toch willen we niet nalaten om dit **zo menswaardig mogelijk** te laten verlopen. Wanneer dit helder en eenduidig gecommuniceerd wordt, kan het de basis zijn van **wederzijds vertrouwen** en **respect** voor de genomen keuzes inzake bezoekenregeling.
- Ook bestaat de mogelijkheid dat er in de nabije of verdere toekomst opnieuw moet worden **teruggeschakeld** in de bezoekenregeling (bv. bij nieuwe opstoot van infecties). De *exit* is een dynamisch gegeven. Het is heel belangrijk om in de communicatie omtrent bezoekenregeling mee te geven dat terugschakelen helaas ook tot de (toekomstige) mogelijkheden behoort.

## WAT IS ONZE GLOBALE ETHISCHE OPDRACHT?

De coronacrisis vraagt om een weldoordachte en verstandige aanpak van bezoekenregeling, of (stapsgewijze) aanpassing ervan, in de sectoren van zorg en welzijn.

Dit houdt in dat we allen op de drie niveaus (micro, meso & macro) op een **constructief-kritische** manier blijven kijken naar de keuzes die worden gemaakt en de initiatieven die worden genomen

om de coronacrisis aan te pakken en ervoor te zorgen dat alle bevolkingsgroepen hierin op een rechtvaardige wijze worden behandeld. De ethische kernvraag die ons hierbij begeleidt is, zoals in het begin gesteld, de volgende: “Hoe bevorderen onze keuzes het welzijn en de waardigheid van elke unieke persoon (i.c. bewoners, cliënten, hun naasten, de medewerkers) in afweging met het algemeen belang van de samenleving ?” Dat is onze toetssteen.

Dit doen we **proportioneel & stapsgewijs**. Samen blijven meedenken en meezoeken naar goede uitwegen, in de geest van **samenwerking en overleg** met alle betrokkenen om zo het meest menswaardige te realiseren in deze ongeziene omstandigheden.

### **GENERIEKE AANBEVELINGEN**

Ter afronding stellen we hierbij de volgende generieke aanbevelingen voor die we uit de afwegingen van het ethisch kompas distilleren:

- De Taskforce Covid-19 werkt voor elke (sub)sector een bezoeksrichtlijn uit die aan de organisaties de mogelijkheden (logistiek + medewerkers) biedt om een **bezoekregeling** op hun **maat** voor te bereiden. Het is aan iedere (sub)sector, en finaal aan de voorziening, om hierin hun bestaande noden en grenzen aan te geven en aan overheden om dit te ondersteunen of te maximaliseren waar mogelijk.
- Die regeling heeft de bedoeling bezoek **geleidelijk** aan mogelijk te maken maar mensen niet te schaden in hun veilige omgeving.
- De organisaties gaan na wat de **verzuchtingen** van de bewoners/cliënten, hun naasten en de medewerkers zijn en proberen die mogelijk te maken indien daartoe een **veilige omgeving** zich aanbiedt.
- Als het onmogelijk blijkt bezoek toe te laten zonder het risico op besmetting op te voeren, gaan de sectoren en organisaties na in welke mate **andere middelen** – bv. digitale – de sociale contacten enigszins kunnen herstellen.
- De bestaande **kennis** over oplossingen moet **maximaal** worden **doorgegeven**. Inspanningen die nu al op vele plaatsen zijn geleverd verdienen ondersteuning en kunnen mogelijk dienen als ‘good practices’ voor andere organisaties.

