

Waardenafweging in crisistijd:

*een retrospectief onderzoek naar de afweging tussen persoonlijke
vrijheid en bescherming
in de besluitvorming van bestuurders met betrekking tot de sluiting
van de verpleeghuizen tijdens de eerste COVID-19 golf in
Nederland.*

Mr. drs. Madelijn van Tilborg

Waardenafweging in crisistijd:

een retrospectief onderzoek naar de afweging tussen persoonlijke vrijheid en bescherming in de besluitvorming van bestuurders met betrekking tot de sluiting van de verpleeghuizen tijdens de eerste COVID-19 golf in Nederland

‘Freedom for the pike is death for the minnows’¹

*Thesis in het kader van de opleiding Master of Health Business Administration,
jaargang 17, mei 2021, Erasmus Universiteit Rotterdam*

Begeleider: Prof. dr. P. Meurs

Tweede beoordelaar: Dr. A. Stoopendaal

Meelezer: Drs. J. Wesselius

¹ Tawney, R. H. (1938).

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Summary	7
1. Inleiding	9
1.1 Doel van het onderzoek	9
1.2 Centrale onderzoeksvraag	10
1.3 Relevantie van het onderzoek	10
2. Waarden, waardenafweging en crisisrespons	12
2.1 Waarden en normen	12
2.2 Persoonlijke vrijheid en bescherming	13
2.3 Bestuurlijke waardenafweging	17
2.4 Governancecode	19
2.5 Risicoafweging en crisisbesluitvorming	20
2.6 Conceptueel model	22
3. Methoden	24
3.1 Instrumenten	24
3.2 Literatuur onderzoek en analyse van beleidsdocumenten	24
3.3 Interviews en focusgroepen	24
4. Landelijk beleid: zoektocht naar waardenafweging	27
4.1 Aanloop	27
4.2 Fase 1: regionale en landelijke sluiting van de verpleeghuizen	28
4.3 Fase 2: verlenging van het bezoekverbod	30
4.4 Fase 3: extra verlenging en pilots	32
4.5 Fase 4: versoepelingen	34
4.6 Vervolg	36
5. Resultaten: waardenafwegingen van zorgbestuurders	38
5.1 Waarden en waardenafweging door bestuurders	38
5.1.2 Waardenafweging rondom de sluiting	39
5.1.2 Welke waarden waren in het geding voor de bestuurders?	40
5.1.3 Conclusies waardenafweging rondom de sluiting	44
5.1.4 Afweging van waarden binnen knellende regels	44
5.1.5 Botsing van waarden	45
5.1.6 Ruimte voor eigen afwegingen?	46
5.2 Invloed van belanghebbenden binnen en buiten de organisatie	47
5.2.1 Het crisisteam	47
5.2.2 Tegenspraak en geluiden uit de organisatie	49
5.2.3 Medezeggenschap	49

5.2.4 Andere vormen van tegenspraak of feedback.....	50
5.3 De regionale afstemming met andere verpleeghuisbestuurders.....	51
5.3.1 Samen optrekken	51
5.3.2 Maatschappelijke discussie of eigen koers?	53
5.4 Positieve invloed van het bezoekverbod?	54
6. Analyse: in crisistijd weinig ruimte voor waardenafweging	56
6.1 Bescherming en verantwoordelijkheid.....	56
6.2 Expliciete waardenafweging?	56
6.3 Bescherming van kwetsbare ouderen voorop?	57
6.4 Welke waarden?	58
6.5 Het medische perspectief.....	59
6.6 Afwegingsruimte bestuurders.....	59
6.7 Persoonlijke vrijheid van medewerkers	60
6.8 Liever iets té veilig, dan niet veilig genoeg?	60
6.9 Samenspraak en tegenspraak	61
6.10 De rol van de bestuurder.....	62
6.11 Regionale samenwerking.....	62
7. Conclusies en discussie	64
7.1 Conclusies op basis van het onderzoek	64
7.2 Lessen voor de toekomst.....	66
7.3 Terug naar het conceptueel model.....	67
7.4 Discussie	69
8. Literatuurlijst.....	73
Bijlage 1: topic list interviews	78
Bijlage 2: uitnodiging bestuurders.....	80
Bijlage 3: thema's voorgelegd aan focusgroep.....	81
Dankwoord	82

Samenvatting

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe verpleeghuisbestuurders de afweging hebben gemaakt tussen persoonlijke vrijheid en bescherming bij de sluiting van de verpleeghuizen voor bezoekers tijdens de eerste COVID-19 golf in Nederland. Daarvoor zijn negen bestuurders uit de regio IJsselland geïnterviewd.

Persoonlijke vrijheid en bescherming

Persoonlijke vrijheid en bescherming maken deel uit van de grondrechten. Persoonlijke vrijheid gaat om de vrijheid om het leven zelf in te richten naar eigen keuze. Als een cliënt zelf niet bij machte is om goede keuzes te maken, is bescherming nodig. Toch mag er niet zomaar voor gekozen worden om een cliënt ‘dus maar te beschermen.’ Zijn eigen keuzes moeten zo veel mogelijk leidend zijn. Dat blijkt uit de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Ook het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2017), de professionele standaard voor de verpleeghuiszorg, stelt de autonomie en eigen regie van de cliënt voorop. De belangrijkste criteria voor de inperking van de vrijheid van anderen zijn proportionaliteit en noodzaak. Daarvoor moet een afweging worden gemaakt tussen individuele belangen en algemene belangen.

Landelijk beleid

Vanaf de aanloop naar het landelijk bezoekverbod lag de focus in het landelijke beleid op bescherming van de kwetsbare ouderen in de verpleeghuizen. Bescherming van de cliënt en van andere cliënten en medewerkers kregen een absolute prioriteit boven de persoonlijke vrijheid van cliënten. De inperking van kwaliteit van leven werd onderkend, maar gezien als noodzakelijk, waarbij de opdracht was om kwaliteit van leven zoveel mogelijk vorm te geven binnen de beperkingen van het bezoekverbod.

Bescherming en veiligheid werden ingevuld vanuit het medische perspectief: namelijk als bescherming van de fysieke gezondheid en overleven. Ook proportionaliteit en noodzaak zijn vanuit het medische perspectief beoordeeld. Proportionaliteit kan ook gelinkt worden aan het verzorgingsbeginsel en de risico-regelreflex. Dat wordt treffend samengevat in het adagium ‘liever iets té veilig, dan niet veilig genoeg’: zeker in de beginfase lijkt er geen oog geweest te zijn voor de verhouding tussen de maatregel en het probleem en de effecten van de maatregelen op systeemniveau.

Bestuurders: interne afweging en tegenspraak

In tijden van crisis komen verschillende rollen van de bestuurder samen: boegbeeld voor de organisatiewaarden, verbinder van interne en maatschappelijke waarden, ondernemer en bewaker. Uiteindelijk is het de bestuurder die richting geeft, maar niet zonder alle belanghebbenden te consulteren. Dat doet hij door inspraak, samenspraak en tegenspraak te organiseren. Medezeggenschap is daar nadrukkelijk onderdeel van. Uit het onderzoek komt naar voren dat bestuurders zich bewust waren van het risico op bias en actief tegenspraak opzochten en de onafhankelijk blik in hun crisisteam en het afwegingsproces bevorderden.

Bestuurders: waarden, waardenafweging en botsing van waarden

De meeste bestuurders hebben geen expliciete waardenafweging gemaakt: veiligheid en bescherming hadden ook voor hen absolute prioriteit. De waarde bescherming werd ook door bestuurders ingekleurd vanuit het medische perspectief. Het tekort aan persoonlijke

beschermingsmiddelen maakte dat bestuurders de waarde bescherming niet op een minder vergaande manier konden invullen. De waarde verantwoordelijkheid versterkte de waarde bescherming. Kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid waren ondergeschikt aan de waarde bescherming. Kwaliteit van leven is zoveel mogelijk ingevuld binnen de beperkingen van het bezoekverbod. Persoonlijke vrijheid kwam pas aan de orde in de vervolgfase toen er langzamerhand versoepelingen mogelijk werden. Naast deze waarden speelden ook procedurele waarden een rol: compliance en de waarde 'samen', die gerelateerd was aan de regionale samenwerking. Tot slot speelden operationele afwegingen een rol: tijd winnen en informeren en communiceren.

Vanuit de waarde compliance volgden bestuurders de richtlijnen van het RIVM, maar op den duur ging deze waarde botsen met goed werkgeverschap en verantwoordelijkheid. Ook de botsing tussen de waarden bescherming en persoonlijke vrijheid werd steeds meer gevoeld. Bestuurders gingen daar verschillend mee om: waar sommige bestuurders lang vasthielden aan compliance, zochten andere bestuurders het maatschappelijke debat op. Er waren ook bestuurders die hun eigen ruimte zochten in een ruimhartige interpretatie van de regels.

Waardenafweging en afstemming met andere verpleeghuisbestuurders in de regio

De waarde 'samen' die was gerelateerd aan de regionale samenwerking heeft een belangrijke rol gespeeld in de afwegingen van bestuurders. Het contact met peers was voor bestuurders cruciaal, zeker in de eerste onzekere periode. De waarde 'samen' stond ook voor gelijk optrekken in de regio. Dat heeft het risico van een verschuiving van verantwoordelijkheid naar afspraken en procedures. De oorspronkelijke invulling van 'gelijk optrekken' is gaandeweg omgevormd: de nieuwe duiding van 'samen' werd 'in openheid en afstemming met elkaar.' Daarmee werden de eigen autonomie en verantwoordelijkheid van bestuurders weer meer benadrukt.

Lessen

De eerste COVID-19 golf heeft ons laten zien wat de consequenties zijn van een eenzijdige focus op (medische) veiligheid. Juist voor cliënten in een verpleeghuis die nog slechts een korte levensverwachting hebben, zijn (ook) andere perspectieven essentieel. Het feit dat ook de bescherming van anderen in het geding was, maakte de afwegingen lastig. Volledige vrijheid van het individu en volledige bescherming van het collectief zijn onverenigbaar. Wat overblijft is de dialoog, het wegen van waarden en belangen en het creëren van ruimte om mee te bewegen zonder dat de ander alle rechten ontnomen worden. Daarmee kunnen beide waarden in balans worden gebracht.

Juist als waarden onder druk staan, is het belangrijk om ruimte te maken voor een expliciete afweging. Het structureel inzetten van 'moreel beraad' kan daarvoor een belangrijke waarborg zijn.

Summary

This research focuses on the question of how nursing home administrators have balanced the values of personal freedom and protection when closing nursing homes for visitors during the first COVID-19 wave in the Netherlands. Nine directors from the IJsselland region were interviewed for this.

Personal freedom and protection

Personal freedom and protection are part of the fundamental rights. Personal freedom implies the freedom to organize your own life according to your own choices. If a client is incapable of making good choices himself, protection is needed. Yet it is not allowed to simply choose to 'protect a client.' His own choices must be guiding as much as possible. This is evident from the case law of the European Court of Human Rights. The Quality Framework for Nursing Home Care (2017), which is the professional standard for nursing home care, also puts the client's autonomy and self-management first. The main criteria for restricting the freedom of others are proportionality and necessity. This requires a balance between individual interests and general interests.

National policy

Leading up to the national ban on visits, the focus in national policy was on protecting the vulnerable elderly in nursing homes. Protection of the client and of other clients and employees were given an absolute priority over the personal freedom of clients. The curtailment of quality of life was recognized, but seen as necessary, whereby the task was to shape quality of life as much as possible within the restrictions of the visiting ban.

Protection and safety were interpreted from a medical perspective: namely as protection of physical health and survival. Proportionality and necessity have also been assessed from a medical perspective. Proportionality can also be linked to the precautionary principle and the risk regulation reflex. This is aptly summarized in the adage 'rather a little too safe than not safe enough': certainly in the initial phase, there seems to have been no attention to the relationship between the measure and the problem and the effects of the measures at system level.

Directors: internal consideration and contradiction

In times of crisis, different roles of the director come together: figurehead for organizational values, connector of internal and social values, entrepreneur and guardian. Ultimately, it is the director who provides direction, but not without consulting all stakeholders. He does this by organizing participation, consultation and contradiction. Employee participation is an explicit part of this. The research shows that administrators were aware of the risk of bias and actively sought contradiction and promoted the independent view in their crisis team and the assessment process.

Directors: values, value balancing and clash of values

Most directors have not made an explicit value assessment: safety and protection had absolute priority for them too. The value of protection was interpreted from a medical perspective by directors also. The shortage of personal protective equipment meant that directors could not fulfill the value of protection in a less far-reaching way. The value responsibility reinforced the value protection. Quality of life and personal freedom were secondary to the value of protection. Quality of life has been implemented as much as possible within the restrictions of the visiting ban. Personal freedom only came up for

discussion in the follow-up phase when relaxation gradually became possible. In addition to these values, procedural values also played a role: compliance and the value 'together', which was related to regional cooperation. Finally, operational considerations played a role: gaining time and informing and communicating.

Based on the value of compliance, directors followed the guidelines of the RIVM, but eventually this value clashed with good employment practices and responsibility. The clash between the values of protection and personal freedom was also increasingly felt. Directors dealt with this differently: while some directors stuck to compliance for a long time, other directors sought out the social debate. There were also directors who created their own space in a generous interpretation of the rules.

Value assessment and coordination with other nursing home administrators in the region

The value 'together' that was related to regional cooperation played an important role in the decisions of directors. Contact with peers was crucial for directors, especially in the first uncertain period. The value together also stood for equal movement in the region. This has the risk of a shift from responsibility to agreements and procedures. The original interpretation of 'equal movement' has gradually been transformed: the new interpretation of together became 'in openness and coordination with each other'. This emphasizes the own autonomy and responsibility of directors again.

Lessons

The first COVID-19 wave has shown us the consequences of a one-sided focus on (medical) safety. Especially for clients in a nursing home with only a short life expectancy, other perspectives are (also) essential. The fact that the protection of others was also at stake made decisions difficult. Complete freedom of the individual and complete protection of the collective are incompatible. What remains is the dialogue, weighing up values and interests and creating space to move along without depriving the other of all rights. This allows both values to be brought into balance.

Especially when values are under pressure, it is important to make room for explicit considerations. The structural use of 'moral deliberation' can be an important safeguard for this.

1. Inleiding

In dit inleidende hoofdstuk van deze thesis wordt allereerst de aanleiding van het onderhavige onderzoek beschreven. Daarna komen de doelstelling en de vraagstelling aan bod. Als laatste komt de relevantie van dit onderzoek aan bod.

Aanleiding

In het voorjaar van 2020 stond de wereld op zijn kop. Het COVID-19 virus dat oorspronkelijk nog 'veilig ver weg' leek in China, overspoelde in rap tempo Europa en andere werelddelen. Het leidde tot een wereldwijde pandemie, die nog steeds is uitgeraasd. Ook Nederland worstelt nog steeds met de aanpak van het virus.

De wereld bleek niet voorbereid op deze pandemie. Met name het enorme tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen bleek een groot probleem bij de bestrijding van COVID-19. Het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen zorgde in Nederland voor grote dilemma's. Veel mensen in de zorg moesten hun werk onbeschermd doen, met alle risico's voor medewerkers en cliënten van dien (Boin, Overdijk, Van der Ham, Hendriks & Sloof, 2020).

Halverwege maart werd duidelijk dat er relatief veel mensen stierven in de verpleeghuissector (Van den Dool, 2020a). Op 19 maart 2020 besloot Minister De Jonge op advies van Verenso (vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde) en branchevereniging Actiz om de verpleeghuizen met ingang van 20 maart te sluiten voor bezoekers (Markus, 2020; Kamerstukken II 2019/20, 31765, 491). Verenso vond de landelijke sluiting voor bezoekers nodig in het belang van de veiligheid van bewoners en medewerkers (Verenso, 2020; Kamerstukken II 2019/20, 31765, 491). Actiz-bestuurslid Conny Helder verwoordde het zo: *'We begrijpen dat maatregelen rond het beperken van bezoek zeer ingrijpend zijn voor onze bewoners in verpleeghuizen, voor hun familie, naasten en ook voor zorgmedewerkers. Maar om in deze ongekende crisis de levens van de meest kwetsbare ouderen in onze verpleeghuizen te beschermen, zijn uitzonderlijke maatregelen nodig (Actiz, 2020a).'* In het bijbehorende bericht op de website van Actiz werd gesproken van een gemeenschappelijk doel om besmetting van ouderen en zorgmedewerkers te voorkomen (Actiz, 2020a). Een aantal verpleeghuizen had overigens al eerder zelf de keuze gemaakt om de deuren te sluiten voor bezoek.

Aan de sluiting van de verpleeghuizen lag een waardenconflict ten grondslag: het conflict tussen persoonlijke vrijheid en autonomie versus veiligheid en bescherming. Deze waarden vinden hun begrenzing in elkaar. Het recht van de ene cliënt op persoonlijke vrijheid vindt zijn beperking in het recht van de andere cliënt en van de medewerkers op bescherming en andersom. In Nederland zijn -net zoals in veel andere Europese landen- de verpleeghuizen gesloten voor bezoekers om kwetsbare cliënten en de medewerkers te beschermen. Dat betekende dat de sociale contacten van cliënten van de ene op de andere dag werden stilgezet, zonder dat duidelijk was wat dat voor consequenties zou hebben voor cliënten, familie van cliënten en het personeel.

1.1 Doel van het onderzoek

In dit onderzoek heb ik me verdiept in de manier waarop de waarden persoonlijke vrijheid en bescherming in de bestuurlijke besluitvorming tijdens de eerste COVID-19 golf een rol hebben gespeeld. In de regio IJsselland gingen een aantal verpleeghuizen al op 16 en 17 maart 2020 dicht voor bezoekers, landelijk werden de verpleeghuizen op 20 maart 2020

gesloten voor bezoek. Ik heb onderzocht hoe bestuurders in deze regio deze waarden hebben gewogen en welke andere waarden voor hen belangrijk waren. Omdat een aantal van hen nog voor de landelijke sluiting beperkingen voor bezoek hebben ingevoerd of de deuren hebben gesloten voor bezoek hebben zij een eigen besluitvormingsproces doorlopen. Dat maakt het interessant om hun waardenafwegingen in dit proces onder de loep te nemen. Hebben zij een expliciete afweging gemaakt op basis van de waarden die in het geding waren of is de veiligheid van de cliënt wellicht vanuit een automatische impuls vooropgesteld? En welke afwegingen hebben zij in het vervolgproces gemaakt op basis van het landelijke beleid én daarna in de fase van de voorzichtige heropening vanaf begin mei 2020? Hoe hebben bestuurders dat afwegingsproces vormgegeven?

Doel van dit onderzoek is om te duiden hoe bestuurders bij de ingrijpende maatregel van sluiting van de verpleeghuizen voor bezoekers tijdens de eerste COVID-19 golf met de weging van deze conflicterende waarden zijn omgegaan. Uiteindelijk hoop ik dat dit onderzoek kan bijdragen aan de afweging van deze conflicterende waarden in toekomstige crisissituaties.

1.2 Centrale onderzoeksvraag

Hoe hebben bestuurders de afweging gemaakt tussen persoonlijke vrijheid van cliënten en bescherming van cliënten en medewerkers bij de sluiting van de verpleeghuizen tijdens de eerste COVID-19 golf in Nederland, welke andere waarden speelden een rol en welke lessen kunnen we leren voor de toekomst?

1. Hoe verhouden ‘persoonlijke vrijheid’ en ‘bescherming’ zich tot elkaar?

2. A. Hoe komen bestuurders tot een waardenafweging bij ingrijpende besluiten waarbij belangrijke conflicterende waarden in het geding zijn?

B. Welke belanghebbenden worden daarbij betrokken?

3. Is in het landelijke beleid voor de verpleeghuissector tijdens de eerste COVID-19 golf in Nederland een afweging gemaakt tussen ‘persoonlijke vrijheid’ en ‘bescherming’ en zo ja hoe?

4. A. Welke waardenafwegingen hebben verpleeghuisbestuurders van de eerste COVID-19 golf in Nederland gemaakt en in hoeverre hebben zij daarbij een afweging gemaakt tussen de waarden ‘persoonlijke vrijheid’ van cliënten en ‘bescherming’ van cliënten en medewerkers?

B. Welke belanghebbenden binnen en buiten de organisatie hebben hierbij een rol gespeeld en hoe heeft dat de besluitvorming beïnvloed?

C. Heeft er afstemming plaatsgevonden met andere verpleeghuisbestuurders en zo ja, hoe is dit meegewogen?

5. Welke lessen kunnen we leren van de manier waarop de waarden ‘persoonlijke vrijheid’ van cliënten en ‘bescherming’ van cliënten en medewerkers zijn gewogen in de bestuurlijke besluitvorming met betrekking tot de sluiting van de verpleeghuizen tijdens de eerste COVID-19 golf in Nederland?

1.3 Relevantie van het onderzoek

De relevantie van dit onderzoek kan vanuit verschillende invalshoeken worden belicht. Uit wetenschappelijk oogpunt is het interessant om inzicht te krijgen in het afwegingsproces van bestuurders in deze ongekende crisissituatie. In de Governance code Zorg (2017) zijn prachtige volzinnen geschreven over de afweging van waarden, de invulling van hun rol en

het organiseren van medezeggenschap en tegenspraak. Die uitgangspunten zijn verankerd in de reguliere organisatie- en besturingsprocessen. In tijden van crisis ontstaan nieuwe processen: zowel bestuurders als hun omgeving moeten zich tot de crisis verhouden en daarin elkaar opnieuw vinden. Bovendien kwamen in deze crisis waardendilemma's pregnant aan de oppervlakte en dit onderzoek geeft inzicht hoe zij onder druk van de crisis met deze waardendilemma's zijn omgegaan en hun belangrijke rol als boegbeeld, verbinder, ondernemer en bewaker hebben ingevuld.

De sociale en maatschappelijke gevolgen waren groot, zowel voor cliënten als hun familieleden die plotsklaps verstoken waren van alle fysieke contact met elkaar. Het leidde in de loop van de tijd tot indringende oproepen en verzet van partners en familieleden. Een onderzoek naar de waardenafwegingen die aan het bezoekverbod en de invulling daarvan ten grondslag lagen, heeft daarom ook maatschappelijke relevantie.

Tot slot is er sprake van praktische relevantie: bestuurders hebben allemaal een vergelijkbaar proces doorlopen. De bestuurders die in het kader van dit onderzoek geïnterviewd zijn, hebben dat proces ook bijna allemaal gezamenlijk doorlopen, in een nauwe samenwerking tijdens de eerste golf. Ook in andere regio's is samengewerkt in deze hectische periode. Vaak zijn bestuurders nog niet toegekomen aan reflecteren op hun afwegings- en besluitvormingsproces en de rol van hun onderlinge samenwerking daarin. Dit onderzoek kan daar wellicht een aanzet voor zijn.

2. Waarden, waardenafweging en crisisrespons

2.1 Waarden en normen

In dit onderzoek staat de afweging van waarden door bestuurders centraal. Het is dan ook van belang om een fundament te leggen met betrekking tot het begrip 'waarde'. Wat wordt onder waarden verstaan? En wat is de relatie tussen waarden en normen?

Waarden en de democratische rechtstaat

Waarden zijn opvattingen over wat belangrijk is. Die opvattingen zijn persoonlijk en in onze samenleving lopen de opvattingen van mensen vaakijd uiteen. Deze pluriformiteit van opvattingen bestaat van oudsher en vloeit voort uit het vrijheidsdenken, dat de basis is voor onze democratische rechtsstaat. Vrijheid biedt immers ruimte voor eigen opvattingen. Door onder meer een toename van de welvaart en de invloed van immigratie is er bovendien sprake van een individualiseringsproces en worden mensen moreel 'zelfstandiger' (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2003, p.142). Dat onderstreept het belang van onze democratische rechtstaat als belangrijke waarborg voor pluriformiteit. De rechtsstaat biedt een procedureel kader en beschermt daarnaast een aantal inhoudelijke (of substantieve) waarden waarin de menselijke waardigheid centraal wordt gezet. In een democratische samenleving kunnen die inhoudelijke waarden worden beïnvloed via de invloed op het bestuur én gelden er extra garanties dat deze waarden niet zomaar terzijde kunnen worden geschoven (Ibid, p.155). We zien die waarden terug in de grondrechten in onze Grondwet, het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en andere verdragen.

Waarden en normen

De waarde van waarden is dat ze de reflectiegraad van het handelen van personen verhogen (Ibid., p.45). Daarvoor is wel van belang dat mensen het eens zijn over de inhoud van waarden en de contextuele betekenis. Uit waarden kan een veelheid aan normen worden afgeleid die allemaal op een andere manier tot het realiseren van de waarde kunnen leiden (Ibid., p.49). Daarmee kom ik op het verschil tussen waarden en normen: waar waarden ruimte bieden en open zijn, perken normen die ruimte in. Waarden geven aan wat goed, gewenst en waardevol wordt gevonden, normen geven meestal aan wat onjuist en ongewenst wordt geacht: waarden zijn abstract, normen geven concrete richtlijnen voor gedrag (Ibid., p.66). Waarden worden vaak vertaald naar wetten en rechtsnormen. Daarmee worden de betekenis en ruimte vastgelegd. In de woorden van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Ibid., p.66): *'Algemene wetten zijn gestolde waarden en bepalen de hier geldende rechtsnormen.'*

Conflicterende waarden

Hoe pluriformer de samenleving, des te groter de kans dat de waarden van mensen verschillen. Dat maakt het *'meer dan ooit van belang dat er een juridische basis is die onpartijdig is ten opzichte van conflicterende opvattingen over waarden en die bevorderlijk is voor de dialoog en een debat over die opvattingen'* aldus de nota 'Grondrechten in een pluriforme samenleving' van het Ministerie van Binnenlandse Zaken (2004). Deze basis vinden we in onze democratische rechtstaat en de grondrechten. De grondrechten lijken heldere basisnormen te bieden waarin mensen zich herkennen en die in tijden van crisis naar boven worden gehaald (Van Sasse van IJsselt, p.22, 2018). Ook grondrechten maken

een ontwikkeling door en zijn in meer of mindere mate adaptief. De gradatie daarvan komt echter niet altijd overeen met de mate waarin of snelheid waarmee ontwikkelingen in de samenleving zich voltrekken (Ibid.). Dat neemt niet weg dat de betekenis en uitleg van de grondrechten voortdurend in ontwikkeling is en 'meegroeit' met de samenleving, onder andere door nieuwe wetgeving en in de jurisprudentie van de rechter (Ibid., p.154-156).

De zogenaamde 'klassieke grondrechten' garanderen een aantal vrijheden, zoals vrijheid van meningsuiting en de vrijheid van godsdienst. In sommige situaties zullen deze vrijheden elkaar rechtstreeks raken. Er is dan sprake van conflicterende waarden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn rondom kledingvoorschriften van een school waarbij de één zich beroept op de vrijheid van onderwijs en de ander op de vrijheid van godsdienst (Ibid., p.157). Een dergelijk waardenconflict zien we ook als we hierna het recht op 'persoonlijke vrijheid' en het recht op 'bescherming' nader onderzoeken: de persoonlijke vrijheid van de één kan inbreuk maken op de bescherming van de ander en vice versa.

Hoewel grondrechten niet zomaar opzijgeschoven kunnen worden, gelden zij niet onbeperkt en zijn er wel degelijk mogelijkheden waarmee de overheid deze mag inperken. Er kunnen onder meer beperkingen worden gesteld aan de grondrechten van de een ter bescherming van die van de ander (Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2004). De manier waarop en de redenen waarom de overheid in dit soort gevallen regulerend mag optreden en grondrechten kan inperken, is vastgelegd in de Grondwet, het EVRM en het EU Handvest, en andere verdragen.

2.2 Persoonlijke vrijheid en bescherming

In mijn onderzoek staan de waarden persoonlijke vrijheid en bescherming centraal. Deze waarden vinden hun begrenzing in elkaar én vullen elkaar aan. Deze waarden komen beiden voort uit een verschillende interpretatie van het begrip vrijheid. Dit spanningsveld komt ook tot uitdrukking in de juridische inbedding.

Negatieve en positieve vrijheid

Het recht op vrijheid kan op verschillende manieren uitgelegd worden. Berlin maakt in zijn essay 'Two concepts of liberty' (1958) onderscheid tussen negatieve vrijheid en positieve vrijheid. Negatieve vrijheid noemt hij de 'vrijheid van'. Vrijheid wordt dan uitgelegd als keuzevrijheid: het recht om zelf richting te geven aan het eigen leven, vrij van bemoeienis van anderen. Dat neemt niet weg dat mensen wederzijds van elkaar afhankelijk zijn en het handelen van de één invloed zal hebben op het leven van de ander (Berlin, 1958). Of in de woorden van Tawney (1931, p.208): 'Freedom for the pike is death for the minnows.' Positieve vrijheid is de 'vrijheid tot': het recht op zelfverwezenlijking, ontwikkeling en ontplooiing. Deze uitleg kan uiteindelijk uitmonden in het opleggen van beschermingsmaatregelen uit naam van een hoger doel zoals bijvoorbeeld de volksgezondheid. De onderbouwing hiervoor is dat mensen 'als zij zelf verlicht genoeg zouden zijn' dit doel zelf zouden nastreven (Berlin, 1958, p.27).

Het zijn in de kern deze elementen die een rol spelen met betrekking tot de sluiting van de verpleeghuizen voor bezoekers. Het beschermen van (het leven van) cliënten en medewerkers tegen de risico's op besmetting met COVID-19 is tegelijkertijd een inperking van de vrijheid van cliënten om hun sociale leven zelf invulling te geven.

Vrijheid als rechtsnorm

De begrippen negatieve en positieve vrijheid zijn ook terug te vinden in onze rechtspraak. In het gezondheidsrecht wordt het recht op persoonlijke vrijheid of autonomie vaak aangeduid als het zelfbeschikkingsrecht. Hoewel het niet letterlijk in de Grondwet is opgenomen, is de geldende opvatting dat dit een basisrecht is dat aan andere in de Grondwet opgenomen grondrechten ten grondslag ligt (Hendriks, Frederiks & Verkerk, 2008). Dit heeft duidelijk z'n weerslag gevonden in onze patiëntenwetgeving, die ervan uit gaat dat iedere patiënt voor zichzelf bepaalt welke zorg bij hem past, waarbij de opvattingen zich wel ontwikkelen in de richting van een actieve zorgplicht, waarin de hulpverlener -vanuit het positieve vrijheidsbegrip- kan bijdragen aan de versterking van de autonomie van de patiënt (Ibid., 2008).

Daarnaast wordt het recht op persoonlijke vrijheid ook beschermd door het EVRM. Ook daarin is het niet letterlijk opgenomen, maar het EHRM oordeelde in 2006 dat het recht op persoonlijke autonomie onder de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 8 EVRM) valt. Het EHRM legt dat uit als een breed begrip dat onder meer de fysieke en sociale identiteit van het individu omvat, inclusief een recht op persoonlijke autonomie, persoonlijke ontplooiing en het recht relaties aan te gaan met anderen en met de buitenwereld (EHRM, 2006; College voor de Rechten van de Mens, 2016, p.39). In 2007 heeft het EHRM het recht op persoonlijke autonomie zelfs onomwonden erkend (EHRM, 2007).

Bescherming van de cliënt zelf als rechtsnorm

Hoewel aan individuen de vrijheid toekomt om zonder bemoeienis van anderen richting te geven aan het eigen leven kan volgens het EHRM – ook zonder dat de rechten en vrijheden van anderen in het geding zijn – die vrijheid worden beperkt als deze een bedreiging vormt voor fundamentele waarden zoals het beginsel van goede zorg en menselijke waardigheid (Hendriks, et al., 2008). Hier wordt de positieve uitleg van het begrip vrijheid zichtbaar: als de cliënt zelf niet bij machte is om goede keuzes te maken, zijn beschermingsmaatregelen geboden. In de context van verpleeghuiszorg speelt deze positieve uitleg dan ook een belangrijke rol.

Toch mag er niet zonder meer voor gekozen worden om de cliënt 'dus maar te beschermen'. In een rapport over de betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen constateert het College voor de Rechten van de Mens (2016) dat de verhouding tussen het beginsel van autonomie en het beschermingsbeginsel 'delicaat' is. Beschermende maatregelen mogen niet zo ver gaan dat sprake is van ongerechtvaardigd paternalisme. Er is dan te weinig respect voor eigen keuzes waar die wel kunnen worden gemaakt. Het College voor de Rechten van de Mens wijst in dit verband onder andere naar een uitspraak van het EHRM in 2012 (EHRM, 2012). Volgens het EHRM is het

(...) incumbent on the authorities to strike a fair balance between the competing interests emanating, on the one hand, from society's responsibility to secure the best possible health care for those with diminished faculties (for example, because of lack of insight into their condition) and, on the other hand, from the individual's inalienable right to self-determination (including the right to refusal of hospitalisation or medical treatment, that is, his or her "right to be ill"). In other words, it is imperative to apply the principle of proportionality inherent in the structure of the provisions enshrining those Convention rights that are susceptible to restrictions.'

Een inperking van de persoonlijke vrijheid moet dus altijd proportioneel zijn, dat wil zeggen dat deze in verhouding moet staan tot het gewicht van het doel dat wordt nagestreefd.

Voor cliënten in het verpleeghuis is in zekere zin altijd sprake van een inperking van persoonlijke vrijheid: cliënten wonen in een beschermde omgeving en zijn afhankelijk van hun zorgverleners. Juist daarom is het essentieel dat de cliënt zoveel mogelijk autonomie behoudt en er respect is voor eigen keuzes waar de cliënt in staat is om die te maken.

De verpleeghuiszorg heeft sinds de invoering van de Wet Langdurige Zorg in 2014 een vernieuwing van het kwaliteitsdenken doorgemaakt, waarin naast cliëntveiligheid ook welzijn en waardigheid en betrokkenheid van de cliënt zelf en zijn familie een belangrijke plek hebben gekregen (Den Uijl, Frankowski en Hendriks, 2020). In 2017 is er op basis daarvan een kwaliteitskader vastgesteld, waarin de autonomie van cliënten centraal is gesteld. Op grond van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2017; hierna Kwaliteitskader) is de cliënt zelf het uitgangspunt van zorg en is zijn autonomie, eigen regie over het leven en welbevinden leidend. Dat betekent dat zijn eigen keuzes zo veel mogelijk leidend moeten zijn. Het Kwaliteitskader kan gezien worden als de medisch-professionele standaard waaraan zorgverleners zich moeten houden (Frederiks, Naber, Hovenga & Landeweer, 2020). Deze uitleg is ook zichtbaar in de Wet zorg en dwang, die onvrijwillige zorg mogelijk maakt, maar als laatste optie, als de cliënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen.

Veiligheid en bescherming in de verpleeghuiszorg

In dit onderzoek worden veiligheid en bescherming vaak in één adem genoemd, omdat ze elkaar aanvullen en ook in de praktijk door elkaar worden gebruikt. Met veiligheid wordt vaak de bescherming van de veiligheid bedoeld. De waarde bescherming staat dan ten dienste van de veiligheid, namelijk om de veiligheid van de cliënt zelf of van anderen te garanderen. Bescherming strekt zich echter breder uit dan alleen veiligheid en ziet ook op goede zorg en menselijke waardigheid (zie ook hierboven). Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG, 2019) onderscheidt verschillende betekenissen van 'veiligheid' in de zorg: het voorkomen van schade door fouten, bescherming van cliënten tegen risico's uit het dagelijks leven (zoals bijvoorbeeld vallen) en het afweren van aansprakelijkheid.

De bescherming van cliënten tegen dagelijkse risico's, vaak gereguleerd door (veiligheids-) protocollen en richtlijnen, kan botsen met andere waarden. Met die protocollen wordt de verantwoordelijkheid van de zorgmedewerker verlegd naar regels en procedures. Veiligheid wordt dan niet meer gezien als een waarde die moet worden afgewogen in de samenhang met andere waarden. Het CEG concludeert in haar rapport 'Veilige Zorg, Goede Zorg' dat het belangrijk is om veiligheid af te wegen tegen andere waarden: *'Als veiligheid als hoogste goed zou worden beschouwd, is er in het leven dat overblijft voor cliënten nauwelijks nog ruimte voor pleziertjes, genieten van het leven en leren (CEG, 2019, p.39).'* Het maken van die afweging is lastig: intervisie en moreel beraad kunnen hierin helpen. De uitdaging voor zorgverleners is om met cliënten en familie te bespreken welke risico's zij willen accepteren (Ibid). Op die manier kunnen de eigen regie en persoonlijke vrijheid uit het Kwaliteitskader invulling krijgen.

Bescherming van anderen als rechtsnorm

Naast de bescherming van de cliënt tegen het risico om zelf besmet te raken gaat het in dit geval ook om het risico dat de besmetting wordt overgedragen op andere mensen. Dat maakt dat ook de bescherming van anderen ook een grote rol speelt in de afwegingen. De vraag is dan in hoeverre de persoonlijke vrijheid van de één mag worden ingeperkt ten

gunste van de bescherming van de ander. Ik beperk me voor de bespreking daarvan tot het regime van het EVRM.

Allereerst is van belang dat de inperking onder de reikwijdte van het grondrecht moet vallen: in dit geval gaat het met name om de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer. De persoonlijke levenssfeer ziet volgens uitspraken van het EHRM zowel op het gezinsleven van cliënten en hun echtgenoten of duurzame partners, als ook op het privéleven, waar onder meer relaties onder vallen met familieleden die niet tot het kerngezin behoren (Kofferman & De Vries, 2020).

De overheid heeft op grond van artikel 2 EVRM de positieve verplichting om het recht op leven en gezondheid te beschermen. Dat wil zeggen dat de overheid effectieve maatregelen moet treffen in geval van een reëel en onmiddellijk gevaar voor het leven van anderen. Op grond van artikel 8 EVRM heeft de overheid daarnaast de positieve verplichting om te grijpen in (potentieel) gevaarlijke situaties, waarbij de bescherming van leven en gezondheid in het geding is. De uitoefening van het recht op persoonlijke vrijheid mag namelijk niet leiden tot schade voor anderen.

Inbreuk op de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, waar persoonlijke vrijheid onder valt, is volgens artikel 8 EVRM alleen toegestaan als dat *'bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.'*

Voor de inperking van grondrechten moet er dus een wettelijke basis zijn. Verder moet er sprake zijn van een legitiem doel en moet de inperking 'noodzakelijk zijn in een democratische samenleving' wat betekent dat de beperking noodzakelijk en proportioneel moet zijn. Voor het vaststellen van de noodzaak en proportionaliteit worden de individuele belangen en de maatschappelijke belangen (die worden gediend met het legitieme doel) afgewogen in de zogenaamde 'fair-balance' toets, waarbij voor de minst vergaande maatregel moet worden gekozen (Raad van State, 2020).

De sluiting van de verpleeghuizen

Als we de sluiting van de verpleeghuizen naast de bovenstaande criteria leggen, dan ontstaat het volgende beeld. Door het bezoekverbod zijn cliënten beperkt in hun persoonlijke vrijheid. Duidelijk is dat daarin niet hun eigen keuzes leidend zijn geweest. Het recht op persoonlijke vrijheid en meer specifiek de bepalingen in het Kwaliteitskader betekenen dat cliënten van verpleeghuizen zoveel mogelijk eigen keuzes mogen maken, zelf bepalen wie ze wanneer op bezoek willen hebben en hoe ze hun dag invullen (Frederiks et al., 2020). Het bezoekverbod staat daar haaks op. Het bezoekverbod vindt echter zijn grondslag mede in de bescherming van anderen.

Zowel cliënten zelf als hun partners en familieleden zijn door het bezoekverbod beperkt in hun gezinsleven dan wel hun privéleven. Deze inperking van de persoonlijke vrijheid valt daarmee onder de reikwijdte van artikel 8 EVRM. De inperking had in eerste instantie een wettelijke basis, namelijk een noodverordening van de voorzitters van de Veiligheidsregio's op basis van de Gemeentewet. En de inperking was gericht op het beschermen van de samenleving tegen de verspreiding van COVID-19. Het belang van de volksgezondheid wat hiermee gediend werd, is op grond artikel 8 EVRM een legitiem doel voor de beperkingen.

De Raad van State wees erop dat staten een aanzienlijke eigen beoordelingsruimte toekomt en constateerde in de voorlichting van 25 mei 2020 aan de Tweede Kamer dat gelet op het onmiskenbaar zware belang van de volksgezondheid dat in het geding was, de noodverordeningen voldeden aan de eisen van noodzakelijkheid en proportionaliteit (Raad van State, 2020). Onduidelijk is hoe de Raad van State hier de individuele belangen en de maatschappelijke belangen heeft gewogen en heeft beoordeeld of voor de minst vergaande maatregel is gekozen. De Raad van State heeft hier met betrekking tot het bezoekverbod echter aan toegevoegd dat op grond van de aangepaste formulering van de betreffende bepaling in de noodverordening van 28 april 2020 het niet langer de overheid was die het verbod oplegde, maar de bestuurder van het verpleeghuis. Dat betekende dat deze het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer als zwaarwegende factor moest meewegen in de belangenafweging bij de toestemmingsbeslissing. Dit komt uitgebreid terug in hoofdstuk 4.

Diverse auteurs hebben kanttekeningen geplaatst bij de noodzaak en proportionaliteit van het bezoekverbod, bijvoorbeeld met betrekking tot de zeer beperkte mogelijkheden voor uitzonderingen en de trage uitvoering van de toegestane versoepelingen (i.e. Frederiks et al., 2020; Kofferman & De Vries, 2020).

Voer voor juristen?

De vragen of de persoonlijke vrijheid mag worden beperkt ter bescherming van de cliënt en in hoeverre persoonlijke vrijheid van de één mag worden ingeperkt ten gunste van de bescherming van de ander laten zich dus niet zo gemakkelijk beantwoorden en vergen steeds een zorgvuldige afweging. Daarin spelen niet alleen juridische overwegingen, maar ook morele dilemma's in de weging van verschillende waarden en belangen. In dit onderzoek richt ik me zowel op de afwegingen in het Nederlandse overheidsbeleid (hoofdstuk 4) als op de waardenafweging door bestuurders (hoofdstuk 5).

2.3 Bestuurlijke waardenafweging

In de bestuurlijke waardenafweging spelen verschillende waarden een rol. De professionele waarden van de medewerkers, de bredere organisatiewaarden, maatschappelijke waarden en ook de persoonlijke waarden van de bestuurder. Voor de bestuurder is het de kunst om aan al deze waarden recht te doen en deze mee te nemen in zijn afweging.

Boegbeeld voor organisatiewaarden

Het zijn van bestuurder kan worden gezien als een ambt, dat de bestuurder zo goed mogelijk moet invullen ten dienste van de organisatie. Wijnsma (2019, p.18, p. 279) stelt in dit verband dat zorgbestuurders zichzelf primair zouden moeten zien als 'ambtsdragers' die dienstbaar zijn aan de organisatie, waar zij leiding aan geven. Dat betekent dat een bestuurder de waarden van de organisatie en de specifieke waarden van de professionals in de organisatie centraal zal stellen. De bestuurder draagt de waarden van de organisatie en is daarin het boegbeeld van de organisatie.

Die waarden worden overigens meestal niet door iedereen gelijk beleefd en zijn niet statisch, maar vormen steeds onderwerp van intern debat, bijvoorbeeld tussen beroepsgroepen. Dat interne debat wordt beïnvloed door externe waarden zoals status, macht en geld en mondt vaak uit in een strijd om macht en invloed (Ibid, 2019, p.279). Dat verschil in opvattingen moet dan ook regelmatig worden bijgesteld. En daar heeft de bestuurder een nadrukkelijke rol in.

Verbinder

Daar waar verschillende waarden samenkomen, is het aan de bestuurder om richting te geven. In eerste instantie door het debat te stimuleren en faciliteren. Wijnsma noemt als voorbeeld onder andere het faciliteren van moreel beraad. In het proces zorgt de bestuurder voor afbakening en verbinding. Zo brengen bestuurders (maatschappelijke) waarden in bij vraagstukken uit de dagelijkse praktijk van de zorgvloer. Zorgbestuurders zijn bekend met het primaire proces en de dilemma's uit de praktijk en staan er tegelijkertijd los van. Juist daardoor kunnen zij kritische vragen stellen en samen met medewerkers reflecteren op vraagstukken waarin maatschappelijke waarden in de dagelijkse praktijk naar voren komen. Stoopendaal (2008, p.205; 2009) noemt dit de rol van 'verbindende buitenstaander'.

Bij grote vraagstukken met betrekking tot het zorgbeleid en de strategie van de organisatie moet de zorgbestuurder meer doen dan alleen de (proces)regie voeren. Uiteindelijk moeten er inhoudelijke keuzes worden gemaakt. Dat betekent dat de bestuurder ook kleur moet bekennen: de bestuurder zal positie moeten innemen met betrekking tot belangrijke zorgthema's en de rol van de organisatie daarin. Dat kan soms betekenen dat de bestuurder in meerdere of mindere mate tegenover de eigen professionals komt te staan (Wijnsma, 2019, p. 279).

Ondernemer én bewaker

Veel zorgbestuurders hebben een langdurige carrière in de zorg en voelen zich sterk verbonden met het primaire zorgproces. Van der Scheer (2013, p. 167) stelt dan ook in haar onderzoek dat veel zorgbestuurders 'gesocialiseerd' zijn in de zorg. Bestuurders gebruiken die kennis en ervaring om veranderingen zo in te richten dat deze zo goed mogelijk aansluiten bij de waarden die binnen de zorgsector gelden (Ibid, p.183). Zij zijn in dat opzicht zowel institutionele ondernemer als institutionele bewaker. Dat betekent dat zij soms veranderingen realiseren, maar die in andere gevallen juist tegenhouden, als ze te zeer indruisen tegen andere legitieme belangen en waarden. Dat maakt dat bestuurders voortdurend wikken en wegen en overleggen met veel partijen om recht te doen aan alle belangen (Ibid, p.166).

Eigen waarden van de bestuurder

Het onderscheid tussen de bestuurder als ambtsdrager en als de persoon die het ambt vervult, is ook van belang. Vaak zal een bestuurder de organisatiewaarden inkleuren vanuit zijn persoonlijke waarden en in die zin de organisatiewaarden beïnvloeden, zonder dat hij daar expliciet stelling in hoeft te nemen. Maar er kan ook een discrepantie optreden tussen de (centrale) waarden die domineren binnen de organisatie en de waarden die voor de bestuurder als persoon centraal staan. Die discrepantie kan leiden tot de conclusie dat de waarden van de organisatie voorop moeten staan, maar ook andersom betekenen dat de bestuurder het debat met anderen binnen de organisatie moet aangaan (Wijnsma, 2019, p.297).

De rol van peers

Voor hun professionele ontwikkeling kijken zorgbestuurders buiten de organisatiegrenzen, maar vaak binnen de zorg. In hun leren zoeken zij zowel experts op met specifieke expertise die niet zorg gerelateerd hoeft te zijn, als peers die weten wat het is om bestuurder te zijn. Peers hebben 'verstand van zaken', begrijpen de vraagstukken van een bestuurder als geen ander en kunnen die mede van betekenis voorzien (Van der Scheer, 2013, p.115). Zorgbestuurders leren van hun collega's door elkaar te coachen en om raad te vragen en zoeken aanvullende kennis en begeleiding bij elkaar (Ibid.).

In tijden van crisis komen deze elementen uiteraard allemaal samen: de bestuurder moet op dat moment voor de troepen staan als boegbeeld, verbinder, ondernemer en bewaker. En daarbij een goed kompas hebben om richting te bepalen. In een crisis als de onderhavige wegen bestuurders de verschillende waarden en zijn zij degenen die de richting aangeven. Juist waar het gaat om conflicterende waarden zal de bestuurder voorop moeten lopen. In die context is het contact met peers extra waardevol.

2.4 Governancecode

In de Governancecode Zorg (2017) zien we een aantal van bovengenoemde aspecten terugkomen. In deze code zijn niet zozeer inhoudelijke, maar met name procedurele kaders opgenomen. Met betrekking tot waardenafweging zijn in de Governancecode Zorg (2017) twee aspecten van belang: om welke waarden (of wiens waarden) gaat het en wie worden er in het kader van tegenspraak en medezeggenschap betrokken bij de afweging?

Welke waarden?

Goede besluitvorming vindt niet plaats in bestuurlijke isolatie. Integendeel, de rol van bestuurders is juist het hanteren en afwegen van verschillende perspectieven vanuit de strategie en waarden. De Governancecode Zorg (2017) besteedt expliciet aandacht aan het organiseren en benutten van tegenspraak in het tweede principe dat over waarden en normen gaat: *‘De raad van bestuur en raad van toezicht hanteren waarden en normen die passen bij de maatschappelijke positie van de zorgorganisatie (Governancecode, 2017).’*

De code noemt een aantal voorbeelden van algemene (organisatie) waarden en publieke waarden, waarvoor de raad van bestuur verantwoordelijk is en actief verantwoording moet afleggen. Opvallend is dat bij de voorbeelden geen specifieke cliëntwaarden genoemd worden. Minkman Zonneveld & Nies (2017) stellen dan ook de vraag over wiens waarden het hier gaat. Zij concluderen dat de definiëring van waarden bovenal en in samenspraak met de cliënten plaats zou moeten vinden, waarbij het gaat om waarde toevoegen aan het leven van de cliënt (als uitkomst) en handelen conform waarden die cliënten belangrijk vinden (als proces) (Ibid.). Uiteraard wordt in het hierboven genoemde Kwaliteitskader wel uitgebreid stilgestaan bij het toevoegen van waarde aan het leven van de cliënt, maar dit is niet in samenspraak met de cliënt tot stand gekomen. En de participatie van de cliënt zelf bij de invulling van waarden staat in tijden van crisis natuurlijk extra onder druk.

Inspraak, samenspraak en tegenspraak

De code besteedt ook aandacht aan de noodzaak van een dialoog in de organisatie en het belang van tegenspraak. De code zegt daarover: *‘Deze code zet in op het borgen van de checks and balances binnen de zorgorganisatie. Daarbij hoort het organiseren en benutten van tegenspraak. De verwachting is dat tegenspraak bijdraagt aan de kwaliteit van besluiten. Dan gaat het bijvoorbeeld om het actief op zoek gaan naar eventuele bezwaren, de zoektocht naar onontgonnen alternatieven of nog niet gewogen belangen. Advisering door de medezeggenschapsorganen en kritische toetsing door de raad van toezicht maken hiervan onderdeel uit (Governancecode Zorg, 2017).’* Dit impliceert dat tegenspraak en medezeggenschap bewust moeten worden opgezocht om op zoek te gaan naar eventuele bezwaren.

De code schrijft voor dat de raad van bestuur zijn besluitvorming zo inricht dat vanuit verschillende deskundigheden en betrokkenen toetsing kan plaatsvinden en advies kan worden gegeven en dat de voor- en nadelen en risico's van het besluit gedurende de procedure zichtbaar blijven.

Het derde principe gaat specifiek over de invloed van belanghebbenden: *'De zorgorganisatie schept randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden.'* De code zegt hierover onder andere: *'Medezeggenschap van cliënten en hun verwanten en van medewerkers, en advisering en beïnvloeding door professionals is van groot belang voor de koersbepaling van de zorgorganisatie, het bewaken van de maatschappelijke doelstelling van de organisatie en het delen van waarden en normen.'* Dit betekent dat waarden en normen logischerwijs onderdeel zijn van het gesprek tussen bestuurders en medezeggenschapsorganen. Het gesprek over de balans tussen persoonlijke vrijheid en bescherming past daarmee op de agenda van de overlegvergaderingen van de bestuurder met de cliëntenraad en met de ondernemingsraad.

Medezeggenschap van cliënten

De code gaat ook in op de invulling van medezeggenschap en noemt de wettelijke regeling van medezeggenschap een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde. De code steunt het benutten van kansen voor andere vormen van medezeggenschap, echter zonder deze nader te duiden. Dit laat ruimte om medezeggenschap naast de wettelijke invulling ook op een andere manier vorm te geven.

In de eerste golf hebben veel cliëntenraden niet kunnen participeren in het besluitvormingsproces, stellen Kruse, van Tol, Vrinzen, Van der Woerd, & Jeurissen (2020). Zij wijten dit aan beperkingen in het houden van bijeenkomsten en aan het feit dat in sommige gevallen crisisteam andere prioriteiten hadden.

Ondernemingsraad

Ook in het overleg met de ondernemingsraad past een gesprek over de balans tussen persoonlijke vrijheid en bescherming. De ondernemingsraad was voor bestuurders misschien wel extra belangrijk als vertolker van de geluiden en zorgen van medewerkers. *'Ook de directeur heeft nog nooit een coronacrisis meegemaakt, dus weten wat er speelt op de werkvloer is nu extra belangrijk (Toe Laer, 2020).'* De eerste maanden was de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen vaak nijpend, terwijl afstand houden in de dagelijkse zorg voor verpleeghuiscliënten ondoenlijk is. Dat maakte dat zorgmedewerkers risico's liepen en hun eigen gezondheid in het geding was. Vanuit dat perspectief speelde bescherming van medewerkers tegen de risico's op besmetting begrijpelijkerwijs een grote rol in de sluiting van de verpleeghuizen.

2.5 Risicoafweging en crisisbesluitvorming

De sluiting van de verpleeghuizen heeft plaatsgevonden in een crisis context: de snelle verspreiding van COVID-19 in Europa en in Nederland en het gebrek aan kennis en aan persoonlijke beschermingsmiddelen plaatsten het land en dus ook verpleeghuisbestuurders voor grote onzekerheden. De onzekerheden rondom de risico's en aanpak van de COVID-19 pandemie hebben het besluitvormingsproces enorm onder druk gezet. *'Wat precies de juiste aanpak is, is ons ook niet bekend. In crises als deze moet je met 50 procent van de kennis 100 procent van de besluiten nemen, en de gevolgen daarvan dragen'* zei Minister-President Rutte in de persconferentie op 12 maart 2020 (RTLNieuws, 2020).

Het voorzorgsbeginsel en de risico-regelreflex

In dit soort situaties geldt het zogenaamde voorzorgsprincipe dat vaak wordt uitgelegd als een radicale vorm van preventie, die relevant wordt waar zich een bedreiging van substantiële of niet herstelbare schade aandient, waarover nog onzekerheid bestaat (WRR, 2008, p.18.). Het voorzorgsprincipe is met name bekend vanuit het milieubeleid. Het is

opgenomen in internationale verdragen en vormt voor de Europese Commissie een essentieel beleidsinstrument (Ibid. p.17). In de afgelopen decennia is de aandacht voor risico's explosief toegenomen en zijn er uitgebreide discussies gevoerd over het voorzorgsbeginsel. Daarin is er steeds meer aandacht voor het feit dat zich ook onzekere en ambigue risicoproblemen voordoen, waar de 'klassieke risicobenadering' niet goed op aansluit.

In deze context speelt de 'risico-regelreflex' een rol. Hiermee wordt de reflex van de overheid of andere organisaties bedoeld om na het publiek worden van een risico te besluiten tot het nemen van maatregelen om het risico te verminderen zonder de baten en kosten - zowel materieel als immaterieel - van de maatregelen bewust te wegen. Met maatregelen worden alle interventies bedoeld, zowel wet- en regelgeving als normstelling, toezicht en uitvoeringsmaatregelen (Helsloot & Scholtens, 2015). Deze reflex is zichtbaar in tal van incidenten. Juist in onzekere en ambigue situaties is het de vraag in hoeverre de onzekerheid beperkt en gereguleerd kan worden door het treffen van maatregelen en tegen welke kosten.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid bracht in 2008 een rapport uit waarin het voorzorgsbeginsel werd geduid vanuit het paradigma van een nieuwe risicobenadering. Daarin staat de omgang met onzekerheden centraal. Het voorzorgsbeginsel staat dan voor het besef dat de kwetsbaarheid van mensen, samenleving en natuurlijke omgeving een proactieve omgang met onzekerheden vereist (WRR, 2008, p.146,). Dat vraagt om systemen voor early warning, early listening en monitoring: de aard en omvang van die onzekerheden moeten in kaart worden gebracht en daarbij moeten uiteenlopende perspectieven tot hun recht kunnen komen (Ibid., p.165).

Brenninkmeijer (2011, p.24,) stelt dat risicoperceptie beïnvloed wordt door verschillende vormen van cognitieve bias, waarin attributie (wat goed is ligt aan onszelf, wat misgaat aan de ander), de invloed van hindsight informatie, framing en het ankereffect (de eerste indruk blijft overheersend) een rol spelen. Hij benadrukt dat risico's ook afhankelijk zijn van een meer gevoelsmatige waardering door mensen, die samenhangt met de technische, sociale en psychologische aspecten van risico's. Hij noemt in dat kader de ongelijkheid in de verdeling van nadelen en voordelen van risico's en de weerstand om onvrijwillig aan risico's blootgesteld te worden. Dat maakt dat risico geen objectief begrip is, maar dat het gaat om een subjectieve en met waarden verbonden waardering (Ibid., p.25).

Hoewel het belangrijk is om emoties rond incidenten serieus te nemen, kunnen oplossingen en maatregelen beter gebaseerd worden op een rationele analyse. Brenninkmeijer (Ibid., p. 32) benadrukt hierbij dat het van belang is dat politici, bestuurders en ambtenaren bij deze rationele analyse niet verstrikt raken in hun eigen logica, omdat die onvoldoende waarborgen bieden ten aanzien van het wijs omgaan met risico's. Bijvoorbeeld de verhouding tussen de maatregel en het probleem en de effecten van maatregelen op systeemniveau.

Groepsdynamieken

De crisisbesluitvorming over de COVID-19 maatregelen is tot stand gekomen binnen en tussen groepen. Er heeft op veel verschillende niveaus afstemming en besluitvorming plaatsgevonden: onder meer op Europees niveau, op landelijk niveau en ook op het niveau van verpleeghuisbestuurders. De besluitvorming van verpleeghuisbestuurders zal naar verwachting veelal gebaseerd zijn op afstemming in de regio en afstemming binnen het eigen crisisteam. Het risico van besluitvorming in en door groepen is echter dat relevante

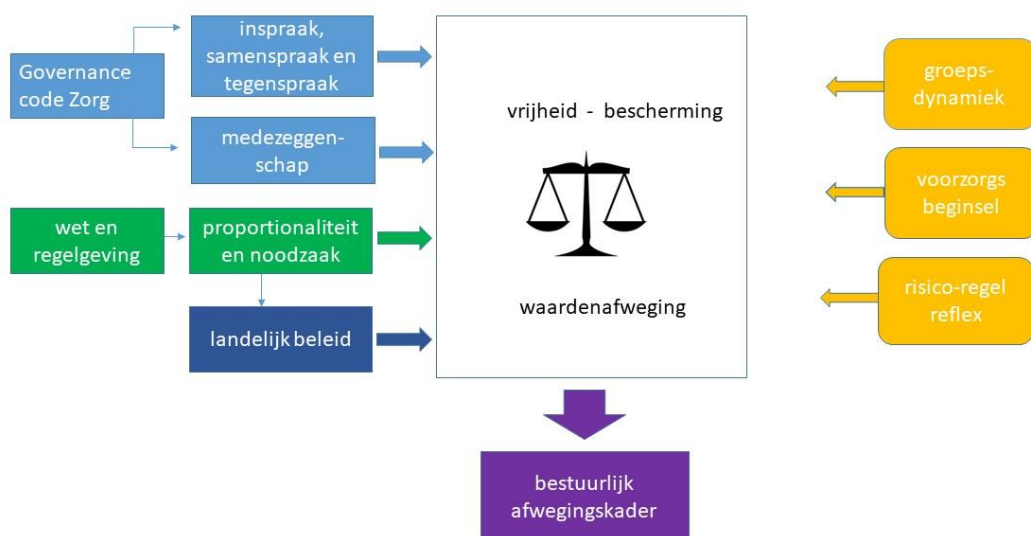
informatie verkeerd kan worden geïnterpreteerd of zelfs genegeerd en daarmee de kwaliteit van de besluitvorming beïnvloedt (Van Eijbergen, 2019). In zijn oratie noemt Van Eijbergen (Ibid.) een aantal verschillende biases die van invloed kunnen zijn:

- *pluristic ignorance*: het fenomeen waarbij individuele groepsleden ervan uitgaan dat de overige groepsleden ergens vóór zijn, zolang die geen tegengeluid laten horen, ondanks het feit dat zij er zelf tegen zijn;
- *shared information bias*: waarbij een groep de neiging heeft meer aandacht te besteden aan informatie die al beschikbaar en bekend is, dan aan informatie die nieuw wordt ingebracht in een groepsdiscussie, hoe relevant deze informatie ook is.
- *confirmation bias*: de neiging van een groep om meer aandacht te besteden aan informatie die de bestaande hypothesen en opvattingen ondersteunt, dan aan informatie die mogelijke alternatieven ondersteunt;
- *availability bias*: de neiging van een groep meer aandacht te besteden aan beschikbare en toegankelijke informatie, dan aan minder toegankelijke informatie omdat de beschikbare informatie als meer relevant wordt ervaren.
- *anchoring bias*: de neiging van individuen en groepen bij ingrijpende beslissingen te focussen op een deel van de beschikbare informatie als een soort anker en alle andere factoren te negeren.

In de interviews met de verpleeghuisbestuurders komt het besluitvormingsproces ook aan bod. Daarbij is de vraagstelling niet gericht op het achterhalen of bovengenoemde biases een rol hebben gespeeld (dat past niet in het tijdsbestek van de thesis), maar de uitkomsten kunnen wel een beeld schetsen van een context waarin één of meerdere biases een rol kunnen hebben gespeeld.

2.6 Conceptueel model

De elementen uit de theoretische verkenning zijn samengebracht in onderstaand conceptueel model.



Aan de linkerkant zijn verschillende factoren weergegeven die de afweging van de conflicterende waarden persoonlijke vrijheid en bescherming door bestuurders (kunnen) beïnvloeden. Aan de rechterkant zijn drie factoren opgenomen die invloed kunnen hebben op het proces van waardenafweging en besluitvorming. Doelstelling van het onderzoek is om de waardenafweging door bestuurders bij de ingrijpende maatregel van sluiting van de verpleeghuizen voor bezoekers tijdens de eerste COVID-19 golf te duiden, te ontdekken hoe de verschillende factoren samenvallen in het bestuurlijke afwegingskader en zo mogelijk bij te dragen aan de afweging van (deze) conflicterende waarden in toekomstige crisissituaties.

3. Methoden

3.1 Instrumenten

Het onderzoek is nadrukkelijk als verkenning bedoeld en de onderzoeksvraag is retrospectief en exploratief van aard. Dat maakt een kwalitatief onderzoek het meest geschikt (Van der Velde, Jansen & Dijkers, 2015).

Het onderzoek is een combinatie van literatuuronderzoek, analyse van beleidsdocumenten, interviews en een tweetal focusgroepen. Het gaat om interviews met negen verpleeghuisbestuurders uit de regio IJsselland. De geanonimiseerde opbrengsten van deze interviews zijn ingebracht en besproken in twee focusgroepen, waarvan de ene focusgroep bestond uit de geïnterviewde bestuurders en de andere focusgroep uit medestudenten die werkzaam zijn in de verpleeghuissector. De inzichten van de focusgroep van medestudenten zijn overigens niet opgenomen in de analyse, maar gebruikt als toetsing van de stellingen voor de focusgroep van de bestuurders en zijn gedachtenvormend geweest voor de interpretatie van de inzichten uit de interviews.

3.2 Literatuur onderzoek en analyse van beleidsdocumenten

Het literatuuronderzoek richt zich op de verkenning van de relevante basisbegrippen en onderliggende theorieën en de context van de onderzoeksvraag. Daarmee vormt het een belangrijke basis om de topic list voor de interviews (zie de volgende paragraaf) op te stellen.

De analyse van beleidsdocumenten betreft de afwegingen die in het (voortschrijdende) landelijke beleid voor de verpleeghuissector zijn gemaakt rondom persoonlijke vrijheid en bescherming in de eerste COVID-19 golf in Nederland. Daarvoor is een analyse gemaakt van het waardenperspectief in de brieven van het kabinet en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer en in de Tweede Kamer debatten. Ook de bijdrage van branche- en beroepsverenigingen zoals Actiz, Verenso en de landelijke organisatie cliëntenraden (LOC) aan de ontwikkelingen in de waardendiscussie maakt deel uit van de analyse.

Daarnaast is ter voorbereiding op de interviews met de bestuurders een korte analyse gemaakt van de algemene (openbare) documenten van de betreffende organisaties (zoals organogram, missie, visie en kernwaarden, kwaliteitsverslag 2019 etc.).

3.3 Interviews en focusgroepen

Met interviews worden hooguit gedragspercepties, gedragsherinneringen en gedragsintenties blootgelegd (Verschuren & Doorewaard, 2015). Omdat het een retrospectief onderzoek is, is dat in dit onderzoek ook het hoogst haalbare.

Het soort interview, (semi) gestructureerd (met interviewschema) of ongestructureerd (zonder interviewschema), is van belang voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Een interviewschema helpt om efficiënt om te gaan met de beperkte interviewtijd en zorgt er voor dat het afnemen van meerdere interviews meer systematisch en behapbaar wordt en de interacties doelgericht blijven (Hoepfl, 1997). Nadeel is dat bij een vast interviewschema niet kan worden doorgevraagd. In mijn onderzoek vond ik het heel belangrijk om wel door te vragen: om te achterhalen of ik de geïnterviewde goed begrijp, om eventuele

tegenstrijdigheden voor te kunnen leggen maar vooral om de dieperliggende afwegingen van de geïnterviewde te achterhalen.

Ik heb ervoor gekozen om interviews te houden aan de hand van een topic list, die is bijgevoegd als bijlage 1. In retrospectieve interviews is de wens dat de geïnterviewde zijn gedrag en ervaringen zo getrouw mogelijk weergeeft. Daarom is het belangrijk om zo veel mogelijk terug te gaan naar de tijd waar hij over bevraagd wordt. Het is handig om de geïnterviewde daarbij een geheugensteuntje te bieden, bijvoorbeeld door concrete gebeurtenissen als aanknopingspunten te gebruiken (Baarda, De Goede & Van der Meer-Middelburg, 2007). Daarvoor heb ik een tijdslijn gemaakt van het landelijke beleid en die vooraf toegestuurd (bijlage 2).

Omdat ik heb gewerkt met een topic list en in de interviews is doorgevraagd op basis van de specifieke antwoorden is de structuur dus beperkt. Dat heeft effect op de betrouwbaarheid: de interviews zijn minder vergelijkbaar omdat niet altijd op dezelfde manier is doorgevraagd. Bovendien heeft het effect op de navolgbaarheid en replicerbaarheid: een andere interviewer kan het onderzoek nooit precies zo herhalen. Een andere interviewer zou dus andere antwoorden op tafel (kunnen) krijgen. Dat maakt triangulatie van belang.

Daar komt bij dat negen bestuurders een kleine groep respondenten zijn. Zij zijn grotendeels werkzaam in de regio IJsselland. Dat maakt het onderzoek representatief voor de regio IJsselland, maar de representativiteit van het onderzoek is op landelijk niveau natuurlijk beperkt. Ook daarom is triangulatie verstandig. Dat heb ik gedaan door de uitkomsten van de interviews te laten bespreken in een focusgroep.

Focusgroepen

Belangrijk voordeel van focusgroepen is dat het een open methode is, waarin de gespreksleider minder directe invloed heeft op de richting van het gesprek. Dat betekent dat niet alleen informatie aan bod komt die veronderstellingen van de onderzoeker bevestigt dan wel ontkracht, maar er ook gegevens over het onderwerp naar boven kunnen komen die nieuw en onverwacht zijn (Van Assema, Mesters & Kok, 1992). Doordat de deelnemers op elkaar reageren, komt er vaak meer 'diepte'-informatie naar boven die in individuele interviews misschien niet aan de orde komen (Ibid., 1992). Dat maakt focusgroepen een mooie aanvulling op de individuele interviews.

Uiteraard vraagt het werken met een focusgroep een goede procesbewaking en gespreksbegeleiding. Ook vraagt het om een heel zorgvuldige analyse om te voorkomen dat opmerkingen van deelnemers uit de context van het gesprek worden gehaald en dat er voorbarige conclusies worden getrokken (Ibid., 1992). Dat is ook zeker van belang in de bestuurlijke context waar dit onderzoek op gericht is. Mede daarom heb ik een eerste focusgroep gehouden met enkele medestudenten die ook in de VVT sector werkzaam zijn om enige ervaring op te doen met de procesbegeleiding en -bewaking tijdens de focusgroep.

De eerste focusgroep bestond uit enkele medestudenten uit de verpleeghuissector. Bij hen heb ik met name de opzet voor de focusgroep getoetst. Daarnaast was mijn bedoeling om ook te toetsen of de uitkomsten herkenbaar zijn en de representativiteit mogelijk breder is dan alleen voor de regio Zwolle. Omdat de deelnemers echter zelf niet de positie van bestuurder bekleden, zou het betrekken van hun inbreng in de analyse afbreuk doen aan de validiteit. Zij geven een beeld van de bestuurlijke waardenafweging, op basis van hun waarnemingen met betrekking tot hun bestuurder vanuit hun eigen positie. Ik heb hun

inbreng dan ook niet meegenomen in de analyse. Hun inbreng heeft mij wel geholpen om mijn gedachten te scherpen.

De tweede focusgroep bestond uit vier van de bestuurders die ik eerder individueel geïnterviewd had. Ik heb aan hen een vijftal algemene lijnen of dwarsdoorsneden uit de interviews gepresenteerd. De algemene lijnen voor de focusgroep zijn bijgevoegd als bijlage 3. Omdat de tweede focusgroep bestond uit deelnemers aan de interviews, wordt deze ook wel aangeduid als ´membercheck´ (Mortelmans, 2020). Door hen gezamenlijk op de uitkomsten te laten reflecteren, heb ik de uitkomsten verder aangevuld en aangescherpt. De inzet van deze focusgroep is ook (in beperkte mate) een manier om de validiteit te toetsen. Uiteindelijk zal deze methoden-triangulatie ook tot data-triangulatie leiden.

Verslaglegging interviews en focusgroepen

Met het oog op nauwkeurigheid en de focus van de interviewer biedt het voordelen om geluids- of video-opnamen te maken van interviews. Daarmee worden vooroordelen en beïnvloeding door de interviewer zoveel mogelijk voorkomen en is verificatie van de gegevens mogelijk (Breakwell, 2012). De gesprekken heb ik gelet op de corona maatregelen gehouden via beeldbellen. Dat betekent dat de bestuurders weliswaar te zien en te horen waren, maar het lastiger was om te observeren en aan te voelen wat er in het gesprek gebeurde. De bestuurders hebben allen toestemming gegeven voor een geluidsopname, ten behoeve van een letterlijke verslaglegging ten behoeve van de verdere analyse. Na de afsluiting van de thesis worden de opnames vernietigd. Voor het gebruik van de letterlijke citaten in deze thesis heb ik vooraf expliciet toestemming gevraagd.

Invloed positie interviewer

Voor de externe betrouwbaarheid van het onderzoek is ook de positie van de onderzoeker zelf van belang: deze is nooit helemaal neutraal en heeft vaak een relatie met het thema dat wordt onderzocht. Daarom is het belangrijk om de positie van de onderzoeker duidelijk te maken aan de lezer van het onderzoek (Mortelmans, 2020). Als bestuurssecretaris, werkzaam voor één van de geïnterviewde bestuurders, ben ik geen volledige buitenstaander. Allereerst zijn de beelden uit mijn eigen organisatie waarschijnlijk (onbewust) van invloed geweest op mijn vraagstelling in de interviews. Daarnaast geldt dat de geïnterviewde bestuurders zich bewust waren van mijn rol als bestuurssecretaris van één van hun collega-bestuurders. Zij waren ook op de hoogte dat hun collega's waren uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Deze aspecten kunnen allemaal invloed gehad hebben op de antwoorden in de interviews.

De regionale samenwerking waar ook de bestuurder van mijn organisatie actief deel van uitmaakt, heeft mij in zekere zin ook beïnvloedt in de beschrijving van de uitkomsten: daar waar zich verschillen in opvattingen en visie voordoen, vraagt de beschrijving uiteraard om bestuurlijke sensitiviteit.

Daartegenover staat dat juist het feit dat er een intensieve regionale samenwerking is, heeft gemaakt dat binnen enkele dagen alle uitgenodigde bestuurders deelname aan het onderzoek hebben toegezegd. Ook heeft deze samenwerking er mogelijk juist voor gezorgd dat zij in veel meer openheid hun verhaal hebben gedeeld en mij als interviewer hebben meegenomen in hun afwegingen.

4. Landelijk beleid: zoektocht naar waardenafweging

Nadat op 27 februari 2020 de eerste coronabesmetting in Nederland werd gemeld (Kamerstukken II 2019/2020, 25 295, nr. 99), overleed in de eerste week van maart de eerste coronapatiënt in een verpleeghuis (De Limburger, 2020). In de regio Brabant en Limburg sloten een aantal verpleeghuizen in de dagen die volgden hun deuren al voor bezoekers. Snel daarna volgde een landelijk bezoekverbod. In afbeelding 1 is de tijdslijn weergegeven van de ontwikkelingen met betrekking tot het bezoekverbod, die in dit hoofdstuk aan de orde komen. In dit hoofdstuk wordt beschreven in hoeverre de waarden vrijheid en bescherming en mogelijke andere waarden in de verschillende fasen een rol hebben gespeeld en zijn gewogen in het landelijke beleid. In het kader van de bescherming van medewerkers komen ook de beschikbaarheid en het gebruik van beschermingsmiddelen aan de orde.



Afbeelding 1: tijdslijn bezoekverbod verpleeghuizen tijdens eerste COVID-19 golf

4.1 Aanloop

In de aanloop naar de sluiting stond de noodzaak van beschermingsmaatregelen hoog op de politieke agenda. Op dat moment zochten Actiz en Verenso al actief contact met de politiek en het Ministerie van VWS over het gebrek aan beschermingsmiddelen. Op 16 maart 2020 was er overleg met het Ministerie van VWS waaruit volgt dat de verpleeghuizen zich moeten melden bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) maar in de weken daarna bleek dat de verpleeghuizen achteraan stonden in de verdeling van de beschikbare beschermingsmiddelen (Van de Klundert, 2020).

Het ontbreken van voldoende beschermingsmiddelen baarde partijen grote zorgen, al helemaal waar het kwetsbare mensen betrof die in verpleeghuizen wonen of thuiszorg en wijkverpleging ontvangen. Een motie van de heer Asscher (PvdA) en de heer Krol (50PLUS) tijdens het Tweede Kamer debat op 18 maart 2020, waarin de regering werd opgeroepen tot een helder landelijk beleid ten aanzien van bescherming van de meest kwetsbare groepen

tegen COVID-19, werd dan ook met algemene stemmen aangenomen (Tweede Kamer, 2020a).

In dit debat van 18 maart 2020 kwam ook de waarde vrijheid expliciet aan de orde in een vraag van de heer Van der Staaij (SGP) aan de Minister-President. Hij vroeg of risico's ten koste van alles voorkomen moesten worden en of de prijs daarvoor, het verlies van vrijheid, wel altijd reëel is: *'Je kunt zeggen dat als je de kans op ongelukken maximaal wil verkleinen, je alle stoplichten op rood moet zetten en je dat strikt moet handhaven, maar dan ben je wel heel veel vrijheid kwijt, wat ook een prijs heeft. In de zorg zie je dat soms heel radicale maatregelen worden genomen: alle deuren op slot en niemand meer er in en er uit. Maar is de prijs die daarvoor betaald wordt wel altijd reëel? Wordt er dan naar gekeken op basis van een goede risico-inschatting? Of zeggen we uiteindelijk: zet alle stoplichten maar op rood, want dan weten we zeker dat er geen ongelukken kunnen gebeuren (Tweede Kamer, 2020b)?'*

De Minister-President stelde in zijn antwoord tegenover het verlies van vrijheid de 'maatschappelijke opgave' om ouderen te beschermen en de risico's die anderen lopen als gevolg van individuele vrijheid: *'Maar ik vind wel dat we de maatschappelijke opgave hebben om ook die groep zo goed mogelijk te beschermen. Als je, zeker in verpleeghuizen, mensen toch ruimte zou laten om individuele keuzes te maken, neem je ook weer risico's met anderen in die verpleeghuizen. Dat zijn heel tere discussies. Laten we daar niet te licht overheen stappen (Tweede Kamer, 2020b).'* In zijn antwoord komt de centrale vraag van dit onderzoek naar boven: de afweging tussen bescherming en persoonlijke vrijheid.

4.2 Fase 1: regionale en landelijke sluiting van de verpleeghuizen

In de eerste weken van maart 2020 liep het aantal besmettingen steeds verder op. In de regio Noord-Brabant en Limburg sloten diverse verpleeghuizen in het weekend van 14 en 15 maart 2020 hun deuren voor bezoek, als gevolg van veel nieuwe besmettingen en verdenkingen daarvan. Een eerder advies voor een beperking tot één bezoeker per dag per cliënt bleek moeilijk te handhaven, aldus Actiz, en legde gegeven de omstandigheden een onevenredig beslag op de tijd van medewerkers. De situatie speelde op dat moment nog met name in Brabant en delen van Limburg, maar Actiz was al in overleg met de landelijke GGD en het RIVM, omdat het voor de hand lag om tot een landelijke gedragslijn te komen (Actiz, 2020b).

Landelijk bezoekverbod: focus op bescherming

De besmettingen in Noord-Brabant en Limburg leidden tot intensief beraad over landelijke maatregelen en tijdens de persconferentie van 19 maart 2020 werd de landelijke sluiting van de verpleeghuizen voor bezoekers afgekondigd. Met ingang van 20 maart 2020 werden alle verpleeghuizen in Nederland gesloten voor bezoekers om het groeiend aantal besmettingen in te dammen. Minister de Jonge van VWS zei over zijn besluit in de Tweede Kamer: *'... die maatregel wil niemand nemen, maar we zagen wel dat die echt nodig was, gegeven een aantal uitbraken in met name Brabant en Limburg. Bezoek gaat dus echt niet door. Dat kan gewoon echt niet, behalve in de palliatieve fase...(Tweede Kamer, 2020c).'*

Het besluit betekende dat er geen bezoek meer welkom was in de verpleeghuizen, met een uitzondering voor de stervensfase, en dat cliënten niet meer naar buiten mochten. Met een virus dat om zich heen greep in een ongekeende omvang lag de focus bij alle partijen nadrukkelijk op het beschermen van cliënten en medewerkers. Tegelijkertijd was iedereen zich ervan bewust dat de maatregel heftig was. Minister de Jonge (hierna: de Minister) zelf

noemde de maatregel *‘heel zwaar, maar onontkoombaar’* en riep op om creatieve en innovatieve mogelijkheden te zoeken om bewoners en naasten in contact te laten blijven (Kamerstukken II 2019/20, 31765, 491).

Hoewel het Outbreak Management Team het kabinet op 17 maart 2020 adviseerde dat extra aandacht nodig was voor de beperkte beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen in de verpleeghuizen, omdat juist daar kwetsbare patiënten verbleven (RIVM, 2020), was hierover niets terug te vinden in de aankondiging van de landelijke sluiting (Van de Klundert, 2020).

Afstemming met brancheverenigingen

Het besluit om de verpleeghuizen te sluiten voor bezoek nam de Minister op advies van Verenso en in afstemming met de brancheverenigingen Actiz en Zorgthuisnl én cliëntenorganisaties, waaronder de LOC. Verenso vond de landelijke sluiting nodig in het belang van de veiligheid van cliënten en medewerkers (Verenso 2020; Kamerstukken II 2019/20, 31765, 491). Het ontbreken van voldoende beschermingsmiddelen speelde daarbij een grote rol. De toenmalige voorzitter van Verenso, mevrouw Van Nieuwenhuizen, zegt in juli 2020: *‘Het spookt nog weleens door mijn hoofd: had het misschien toch anders gekund? Deze maatregel ging tegen onze natuur in. We willen leven aan de dagen toevoegen en niet andersom. En toch kom ik telkens tot dezelfde conclusie: op dat moment kón het niet anders. Het virus verspreidde zich razendsnel en als verpleeghuissector hadden we te weinig beschermingsmiddelen en testen, waardoor we bewoners én personeel onvoldoende konden beschermen (Reinink, 2020).’*

Actiz had begrip voor de ingrijpende maatregelen en noemde het een gemeenschappelijk doel om besmetting van ouderen en zorgmedewerkers te voorkomen (Actiz, 2020a). Actiz-bestuurslid Conny Helder verwoordde het zo: *‘We begrijpen dat maatregelen rond het beperken van bezoek zeer ingrijpend zijn voor onze bewoners in verpleeghuizen, voor hun familie, naasten en ook voor zorgmedewerkers. Maar om in deze ongekennde crisis de levens van de meest kwetsbare ouderen in onze verpleeghuizen te beschermen, zijn uitzonderlijke maatregelen nodig (Actiz, 2020a).’*

Ook de LOC onderkende de noodzaak van de maatregelen, maar drong wel aan op alternatieven voor fysiek bezoek en aandacht voor de sociale consequenties. De coördinator van de LOC, Laterveer, blikt later in een interview op de website van de LOC, terug op de afstemming met de minister van VWS. *‘In het overleg kwam die ene cruciale vraag ter tafel: of de sector in kon stemmen met het besluit geen bezoek aan de verpleeghuizen meer toe te staan. Er was veel begrip, gezien de noodsituatie. En dus ook instemming. Er was sprake van een noodsituatie. LOC drong erop aan dat verpleeghuizen op zoek gingen naar alternatieven voor fysiek bezoek. Want het was nodig dat bij alles wat beslist en gecommuniceerd werd, door zou klinken dat het ook over de menselijke kant moest gaan en niet alleen over veiligheid – een standpunt waar LOC in de maanden erna aan vast zou blijven houden (Umans, 2020).’*

Juridische verankering

Het bezoekverbod werd, via een aanwijzing van de Minister, neergelegd in regionale noodverordeningen van de veiligheidsregio's. Daarvoor werd een modelnoodverordening opgesteld door het Veiligheidsberaad, die vervolgens door alle veiligheidsregio's - soms met een regionale aanvulling- werden vastgesteld. Artikel 2.9 van de modelnoodverordening van 26 maart 2020 (Veiligheidsberaad) bepaalde dat het verboden was om zonder toestemming van de zorginstelling aanwezig te zijn in een zorgaccommodatie of woonvorm in de

ouderenzorg. Daarbij werd het de instellingen verboden om toegang te verlenen aan personen die niet noodzakelijk zijn voor de zorg, tenzij sprake was van bezoek aan een naaste in de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden, structurele vrijwilligers, of het gerechtelijk horen van een cliënt op grond van de Wet zorg en dwang (Veiligheidsberaad, 2020).

Bescherming voorop?

In het Tweede Kamer debat van 26 maart 2020 was de bescherming van de meest kwetsbaren in de samenleving steeds het uitgangspunt. Tegelijkertijd was er een groot tekort aan beschermingsmiddelen waardoor de bescherming van medewerkers onder druk stond. Dit tekort kwam uitgebreid aan de orde in de debatten. Door het ontbreken van beschermingsmiddelen voor de verpleeghuissector was de noodzaak van andere beschermingsmaatregelen groot.

In de Kamerbrief van 25 maart kondigde de Minister de start van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen aan dat als doel had om verschillende medische hulpmiddelen, waaraan een tekort dreigde, gezamenlijk in te kopen zonder winstoogmerk en te distribueren in het landsbelang. Aan zorgorganisaties werd gevraagd hun bestaande voorraden van medische hulpmiddelen door te geven, zodat de GGD-GHOR, in samenwerking met het ROAZ, de voorraden die binnenkwamen via het LCH *'eerlijk kon verdelen onder de zorginstellingen waar de nood het hoogst was (Kamerstukken II 2019/20, 25295, 199).'*

4.3 Fase 2: verlenging van het bezoekverbod

Bescherming boven kwaliteit van leven

Het bezoekverbod zou oorspronkelijk tot 6 april duren, maar op 31 maart werd aangekondigd dat alle coronamaatregelen verlengd werden tot en met 28 april 2020. Dat gold ook voor het bezoekverbod voor de verpleeghuizen. Hoewel de emotionele belasting en de impact op de kwaliteit van leven werden onderkend, vond de regering deze maatregel nog steeds nodig om kwetsbare bewoners en hun zorgverleners te blijven beschermen tegen COVID-19. Ook de grote druk op de ziekenhuizen speelde een rol (Kamerstukken II 2019/20, 25295, 200).

Verenso benadrukte naar aanleiding van de verlenging de maatschappelijke verantwoordelijkheid om de kwetsbare mensen in de samenleving te beschermen en het risico van een snelle verspreiding in verpleeghuizen (Verenso, 2020a). De voorzitter van Verenso zei hierover: *'Natuurlijk zien wij soms ook schrijnende situaties, maar we kunnen het ons niet permitteren dat het aantal coronapatiënten in verpleeghuizen explosief toeneemt. In verpleeghuizen verblijven bewoners immers dicht bij elkaar waardoor een besmetting zich snel kan verspreiden (ibid.).'* Ze wees ook op de extra kwetsbaarheid van zorgmedewerkers in de verpleeghuizen die over onvoldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikten en de noodzaak om als sector te zorgen voor veilige zorg. Het feit dat de verpleeghuissector 'achter in de rij' stond als het ging om beschermingsmiddelen leidde er toe dat Verenso met de specialisten ouderengeneeskunde zelf een registratie gestart was van de besmettingen in de verpleeghuizen om deze in kaart én onder de aandacht te brengen (Ibid.; Reinink, 2020).

Oproep tot maatwerk en lokale waardenafweging

Op de dag dat de verlenging werd aangekondigd, stuurde de LOC een brief aan Minister de Jonge met de oproep om meer maatwerk mogelijk te maken (LOC, 2020). Zij wezen erop dat mensen gemiddeld maar kort wonen in een verpleeghuis en zetten het dilemma van de keuze tussen langer leven in eenzaamheid of mogelijk korter door het risico op corona op de agenda. De LOC vroeg om het generieke bezoekverbod te versoepelen en in plaats daarvan

te regelen dat bestuurders, cliëntenraden en personeelsvertegenwoordiging samen konden beslissen over een bezoekenregeling per huis of situatie: *‘Zij kunnen een integrale afweging maken tussen veiligheid van bewoners/medewerkers en een menswaardig leven voor bewoners en naasten (LOC, 2020).’*

De LOC kreeg veel reacties op de brief van cliëntenraden en bestuurders die zich afvroegen hoe LOC dit kon doen. Hoe konden ze spelen met de veiligheid van kwetsbare bewoners en met de gezondheid van de – vaak onbeschermd – medewerkers? Maar er waren ook positieve reacties van mensen die blij waren met het genuanceerde standpunt (LOC, 2020).

Tekort aan beschermingsmiddelen

De tekorten aan beschermingsmiddelen en testcapaciteit leidden tot grote frustraties in de verpleeghuissector. In juli 2020 zegt de voorzitter van Verenso daarover: *‘De crisisorganisatie was op de ziekenhuizen gericht. Wij stonden achteraan in de rij en kwamen niet aan tafel... We hebben op alle deuren geklopt, gesprekken gevoerd met ambtenaren, maar het mocht niet baten.’* Door de eigen registratie kon Verenso cijfers laten zien en daarmee het urgentiebesef aanwakkeren (Reinink, 2020). In de Kamerdebatten kwamen de tekorten aan persoonlijke beschermingsmiddelen ook nadrukkelijk aan de orde. In het debat van 8 april 2020 gaf de Minister nog aan over het aantal besmettingsgevallen binnen de verpleeghuizen geen uitspraak te kunnen doen, in het debat van 16 april 2020 werd er gesproken over de getallen van Verenso (Tweede Kamer, 2020d; Tweede kamer, 2020e). Intussen werd er gewerkt aan een nieuw verdeelmodel tussen alle sectoren, waarbij er meer beschermingsmiddelen beschikbaar kwamen voor de verpleeghuizen. Dat model ging uiteindelijk in op 13 april 2020. Uitgangspunt van dit verdeelmodel was dat bij gelijke risico's gelijke bescherming nodig is, zowel in de langdurige zorg als in de curatieve zorg (Kamerstukken II 2019/20, 25 295, 428).

Werken met klachten vanwege zorgcontinuïteit

Begin april 2020 trokken de vakbonden aan de bel over het onbeschermd werken in de verpleeghuiszorg en de thuiszorg. Zij vonden dat veiligheid centraal moest staan. *‘Dat moet de leidraad zijn, niet de schaarste aan middelen. Omdat we de middelen niet hebben, passen we de richtlijnen aan. Dat gevoel heb ik’,* aldus een vakbondsbestuurder (Visser, 2020a). Hij vertolkte het gevoel van velen. In de Kamerdebatten kwam de schaarste aan beschermingsmiddelen, testcapaciteit en de stille ramp die zich voltrok in de verpleeghuizen regelmatig aan de orde. Er was kritiek op de richtlijnen van het RIVM die zeiden dat er in geval van vluchtig contact of als er meer dan 1,5 meter afstand gehouden kon worden, geen beschermingsmiddelen nodig waren. Maar ook het feit dat met medewerkers met klachten als zij geen koorts hadden toch moesten gaan werken, leidde tot vragen. In het Kamerdebat van 8 april 2020 gaf de Minister aan dat de verpleeghuizen anders stil zouden komen te liggen. *‘We hebben natuurlijk het algemene advies aan het publiek dat als je verkoudheidsklachten of grieperige klachten hebt, dus benauwdheid of hoesten, je thuis moet blijven. We kunnen ons niet veroorloven om dat ook tegen de mensen in de zorg te zeggen. Als we dat tegen de mensen in de zorg zouden zeggen, dan zouden de verpleeghuizen de komende tijd stil komen te liggen. Daarom hebben we richting de zorg een ander type instructie moeten geven (Tweede Kamer, 2020d).’*

Ook de relatie tussen de richtlijnen en de schaarste van de beschermingsmiddelen is uitgebreid aan de orde gekomen in de Tweede Kamer. De Minister voor Medische Zorg, de heer Van Rijn, zei in het Kamerdebat van 7 mei 2020 dat de uitgangspunten die waren opgesteld door het RIVM wanneer welke bescherming gebruikt moest worden en wanneer

niet, gebaseerd waren op besmettingsrisico's en niet op schaarste. In die uitgangspunten was expliciet ruimte gemaakt voor een professionele afweging in specifieke situaties. Als de specifieke situatie daarom vroeg, konden medewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaringen beredeneerd afwijken van de uitgangspunten en medische beschermingsmiddelen gebruiken. Tegelijkertijd bleef in de instructies echter de oproep om hier terughoudend mee om te gaan overeind. Deze dilemma's hebben een grote rol gespeeld in de praktijk van de verpleeghuizen in eerste golf, zoals in hoofdstuk 5 ook aan de orde zal komen.

Proportionaliteit vanuit medisch perspectief

De beperking van de (bewegings)vrijheid kwam expliciet aan de orde tijdens het Kamerdebat van 8 april 2020. De heer Van der Staaij (SGP) stelde daar de vraag of het kabinet bij beslissingen over voortzetting van de maatregelen steeds de mate van inperking van grondrechten meewoog. Minister-President Rutte stelde dat medisch advies leidend was en je daarom *'vanuit het medisch advies zult moeten kijken hoe je proportioneel door kunt gaan met de maatregelen, waarbij je uiteraard de inbreuk op grondrechten minimaliseert (Tweede Kamer, 2020d)'*. Een motie van Van der Staaij (SGP) en Jetten (D66) om voorlichting te vragen aan de Raad van State over de grondrechtelijke aspecten van de voorgenomen crisismaatregelen werd in de vergadering van 16 april 2020 door de Tweede Kamer met algemene stemmen aangenomen.

Evenwicht tussen 'menselijk en medisch'

In het Tweede Kamer debat van 16 april kwam de vraag op tafel naar de mogelijkheid om met beschermingsmiddelen toch een vorm van bezoek mogelijk te maken. In zijn antwoorden zette de Minister 'de menselijke kant' neer als tegenhanger van de focus op bescherming en gaf hij aan het gesprek te willen voeren over alle voorstellen en de ouderenbonden daarin te zullen betrekken. Tegelijkertijd stelde hij als voorwaarde dat de menselijke kant wel goed te combineren moest zijn met de beschermende kant: *'Maar we moeten met elkaar die menselijke kant en ook de medische kant, dus de beschermende kant, wel goed weten te combineren. We moeten mensen niet te snel hoop geven op een nieuwe regeling. Zo bedoel ik het eigenlijk te zeggen. Kortom: ja, we nemen ieder voorstel mee in dat evenwicht tussen menselijk aan de ene kant en het medisch noodzakelijke doen aan de andere kant, maar we moeten niet te snel hoop bieden op een nieuwe regeling. We moeten dat echt eerst uitwerken (Tweede Kamer, 2020e).'*

4.4 Fase 3: extra verlenging en pilots

Op 22 april 2020 besloot het kabinet om de sluiting van de verpleeghuizen na 28 april 2020 te verlengen totdat er meer inzicht zou zijn uit onderzoek in het aantal besmettingen en de verspreiding van het virus in verpleeghuizen. Daarnaast werd aangekondigd dat er een aantal kleinschalige pilots uitgevoerd zou gaan worden, waar een verantwoorde versoepeling van de bezoekregeling zou plaatsvinden. Een voorstel voor deze pilots werd voorbereid door zes samenwerkende academische werkplaatsen ouderenzorg en daarnaast werd een groep bestuurders, professionals, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten gevraagd om mee te denken over een aanpassing van de bezoekregeling (Kamerstukken II 2019/20, 25295, 200 en 277).

Pilots: 'net zo veilig maar meer kwaliteit van leven'

In het kamerdebat van 22 april werd een beroep gedaan op de Minister om zo snel mogelijk met de aangekondigde bezoekpilots te starten. Verschillende partijen wezen op het belang van verlichting van de sociale gevolgen van het bezoekverbod: de hoge emotionele nood en

eenzaamheid in de verpleeghuizen. De Minister introduceerde in zijn antwoord in het debat van 22 april het ‘vooruit leren’ en wilde nog geen uitspraak doen of de pilots zouden kunnen leiden tot een bezoekerregeling die voor het hele land zou gaan gelden. Insteek voor de pilots was een bezoekersregeling *‘die eigenlijk net zo veilig is, maar wel iets menslievender’* dan op dat moment: *‘Zo probeer ik eigenlijk met die pilot één of twee weken voor de rest van het land uit te leren. Of dat kan betekenen dat er vervolgens een bezoekersregeling komt waardoor het in het hele land over een aantal weken weer open kan, is een vraag waar ik heel voorzichtig over ben (Tweede Kamer, 2020f).’*

Ook in de media was er veel aandacht voor de consequenties van het bezoekverbod. Hoogleraar langdurige zorg en dementie, mevrouw The, wierp de vraag of het doel nog wel het middel heiligde. Zij wees erop dat cliënten in een verpleeghuis doorgaans nog maar een paar maanden te leven hebben en voor hen juist het menselijke contact en de nabijheid van familie essentieel is. *‘De mentale verschraving kan ook dodelijk zijn. We zullen moeten zoeken naar de balans tussen menselijkheid en veiligheid (Kiers, 2020).’* Er gingen er steeds meer stemmen op om te versoepelen en daar werden soms zelfs concrete voorstellen voor uitgewerkt (zie bijvoorbeeld Blom, S. & Blom, A., 2020). Alzheimer Nederland riep op 20 april 2020 op basis van eigen onderzoek op om verpleeghuisbewoners met dementie die zonder de nabijheid van familie hard achteruitgingen, te laten bezoeken door een vaste mantelzorger met gebruik van beschermingsmiddelen (Van den Dool, 2020b).

Op 6 mei 2020 besloot het kabinet tot de start van de pilot met een ‘versoepelde bezoekerregeling’ vanaf 11 mei 2020: per GGD-regio kon één verpleeghuislocatie onder strikte voorwaarden aan deze pilot deelnemen. In de week voorafgaand aan 25 mei 2020 zou vervolgens worden besloten over opschaling naar meer locaties met het uiteindelijke perspectief dat de huidige bezoekerregeling voor geheel Nederland versoepeld zou worden. Uitgangspunt voor de versoepeling was één vaste bezoeker per bewoner. Het besluit welke locatie aan de pilot kon meedoen lag bij de directeur Publieke Gezondheid van de desbetreffende GGD-regio (Kamerstukken II 2019/20, 25295, 315).

Wijziging modelnoodverordening: afwegingsruimte voor bestuurders?

In dezelfde periode gebeurde er nog iets interessants, wat echter niet meteen in de publieke belangstelling kwam te staan. Dat betrof de wijziging van de modelnoodverordening als gevolg van de aanwijzing van 24 april 2020. Daarin werd het artikel met betrekking tot zorginstellingen aangepast. Het bevatte nog steeds een verbod om aanwezig te zijn in een zorginstelling zonder toestemming van de bestuurder, maar de gronden waarop die toestemming verleend of ontkend moest worden, waren niet langer opgenomen in de noodverordening. Dat betekent volgens de Afdeling Advisering van de Raad van State (hierna: Raad van State), in haar voorlichting over de grondrechtelijke aspecten van de crisismaatregelen aan de Tweede Kamer van 25 mei 2020, dat vanaf dat moment het niet de regeling zelf was die het verbod oplegde, maar de bestuurder van het verpleeghuis. *‘Deze bepaalt uiteindelijk door het al dan niet geven van toestemming of bezoek mogelijk is. Daarmee vindt de beperking plaats in de rechtsverhouding tussen het verpleeghuis en de bewoner en zijn familie. In die rechtsverhouding is de eis van een specifieke wettelijke grondslag als zodanig niet of niet rechtstreeks van toepassing. Wel dient het grondrecht in kwestie [eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer] als zwaarwegende factor te worden meegewogen bij de belangenafweging door de beheerder [bestuurder] bij de toestemmingsbeslissing (Afdeling Advisering Raad van State, 2020).’*

Op basis van deze uitleg zouden bestuurders van verpleeghuizen vanaf 28 april 2020 (de datum van de vaststelling van de nieuwe noodverordeningen) dus een eigen belangenafweging hebben moeten maken. Koffeman en De Vries (2020) betogen dat de Raad van State met deze uitleg voorbijgaat aan het feit dat dat de bezoekenregeling ná 28 april 2020 feitelijk een voortzetting was van het eerdere bezoekverbod (dat wel in de noodverordeningen stond) en aan de sturing die ook na die datum is uitgeoefend door de Minister van VWS. In de brieven aan de Tweede Kamer zijn expliciete voorwaarden gesteld aan de versoepelingen die vanaf 11 mei 2020 eerst via een pilot en vanaf 19 mei 2020 breder mochten worden ingevoerd. De verpleeghuizen hebben deze opgevolgd en lijken er steeds vanuit te zijn gegaan dat zij bij het bepalen van hun bezoekbeleid gebonden waren aan de kaders die door de minister zijn vastgesteld (Koffeman & De Vries, 2020). Het is dan ook de vraag of de verpleeghuisbestuurders überhaupt op de hoogte waren van het feit dat zij zelf over het toelaten van bezoekers gingen vanaf 24 april 2020 en daarin een eigen belangenafweging te maken hadden, waarin de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer als zwaarwegende factor moest worden meegewogen zoals de Raad van State stelt. Ook uit de toelichting op het artikel kan dit niet worden opgemaakt.

4.5 Fase 4: versoepelingen

Op 19 mei 2020 besloot het kabinet de voorzichtige versoepeling van het bezoekverbod op 26 locaties voor verpleeghuiszorg van één vaste bezoeker per cliënt te verbreden naar alle zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldeden. De Minister concludeerde in zijn brief dat het in de pilots *'mogelijk is gebleken het medische noodzakelijke en het menselijk wenselijke te combineren.'* Hij kondigde aan dat met ingang van 25 mei 2020 elke zorgaanbieder die dat kon en wilde zich bij de GGD mocht melden voor deelname aan de versoepelingen. Voorwaarde was dat zorgaanbieders moesten voldoen aan alle eisen in de handreiking die door betrokken veldpartijen was opgesteld (Kamerstukken II 2019/20, 25295, 351).

Respect voor keuzevrijheid, persoonsgerichte zorg en welzijn

In die handreiking, die door ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso, de beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen (hierna: de veldpartijen) en het Nederlands Instituut van Psychologen was opgesteld, werd stilgestaan bij het spanningsveld tussen veiligheid, kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid. Als leidend uitgangspunt werd geformuleerd dat, conform het kwaliteitskader, respect voor keuzevrijheid, persoonsgerichte zorg en welzijn de zwaarst mogelijke weging moest krijgen in de besluitvorming over een bezoekenregeling voor verpleeghuizen. In de handreiking werden zowel het proces beschreven om te komen tot versoepelingen als de rol van verschillende deelnemers aan dat proces. Daarin was naast een rol voor de ondernemingsraad (of andere adviesraden) ook een rol voor de lokale cliëntenraden weggelegd.

In de uitwerking in de bijlagen stelden partijen in de handreiking dat de argumentatie dat het bezoekverbod voor de 'eigen bestwil' van bewoners was, niet goed paste bij het recht op zelfbeschikking uit het kwaliteitskader en er zelfs beargumenteerd kon worden dat de maatregel indruist tegen de rechten van de mens. In de handreiking werd de afweging tussen veiligheid en persoonlijke vrijheid een duivels dilemma genoemd: *'Er kan een duivels dilemma ontstaan als persoonlijke vrijheid en welzijn tegenover persoonlijke veiligheid (vanuit medisch perspectief) en risico's komen te staan. Op dit moment lijkt het belang van veiligheid en volksgezondheid door de overheid zwaarder gewogen te worden dan het belang van welzijn. (Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd, 2020).'* Partijen beschreven in de handreiking dat de overheid met beperkte kennis, middelen en tijd tot een radicale interventie moest beslissen: *'liever iets té veilig, dan niet veilig genoeg.'*

Daar werd tegenover gesteld dat een redelijke afweging nodig was, waarbij niet alleen naar het collectieve belang wordt gekeken, maar ook naar het individuele belang. De waarden menswaardigheid (in de handreiking wordt deze term gebruikt als noemer voor zowel autonomie' als 'uniek zijn') en kwaliteit van leven werden gebruikt om verdere uitgangspunten vanuit de perspectieven van de cliënt, de bezoeker en de zorgprofessional te formuleren. *'Menswaardigheid vormt de basis én het doel van mensenrechten. In het verlengde hiervan stellen we dat mensen ook vrij zijn om voor blootstelling aan bepaalde risico's te kiezen en daarmee een bepaald risico te accepteren, mits er geen nadelen voor anderen aan verbonden zijn.'*

Partijen zijn in de handreiking weliswaar kritisch over het beslissen voor 'eigen bestwil' omdat daarmee de persoonlijke vrijheid van cliënten werd ingeperkt, maar de bescherming van anderen (andere cliënten en zorgmedewerkers) bleef een dilemma waar op locatiebasis het gesprek over gevoerd moest worden.

'Voorzichtigheid mag niet leiden tot onterechte terughoudendheid'

De bezoekregeling van één vaste bezoeker per cliënt leidde al snel tot nieuwe kritiek. Actiz liet op 27 mei 2020 middels uitspraken in het Algemeen Dagblad weten dat er sneller moest worden versoepeld. Tot 15 juli maar één bezoeker per bewoner toelaten, was volgens Actiz een 'te zwaar offer' en leverde bij zorgorganisaties pijnlijke situaties op waarin bewoners moesten kiezen tussen hun partner en kinderen (Van Houwelingen, 2020).

Op 4 juni 2020 kondigde de Minister aan dat alle locaties vanaf 15 juni 2020 geacht werden de versoepelde bezoekregeling (met één vaste bezoeker per bewoner) te hanteren. Locaties die op 4 juni nog niet open waren voor bezoek maar wel besmettingsvrij waren, moesten volgens de Minister aan de slag om bezoek vanaf 15 juni mogelijk te maken: voorzichtigheid mocht niet leiden tot onterechte terughoudendheid. Als er twee weken geen besmettingen meer waren geweest, dan hoefde bezoek niet meer beperkt te worden tot eens per week. Ook honoreerde de Minister de oproep in de media (van onder andere Actiz) en in een brief van Alzheimer Nederland, Ieder(in), KBO-PCOB, Mantelzorgnl en de Patiënten federatie van 28 mei 2020 aan de Tweede Kamer om meer bezoekers per bewoner toe te laten. Met ingang van 15 juni 2020 werd het voor zorgaanbieders mogelijk op basis van de handreiking lokaal af te wegen of het mogelijk was om meer bezoekers per bewoner toe te laten (Kamerstukken II 2019/20, 25 295, 386).

Actiz en LOC wezen er half juni 2020 op dat de emoties soms hoog opliepen omdat het voor familie onduidelijk was waarom het ene verpleeghuis wel bezoek toestond, terwijl een andere instelling strenger was dan de landelijke regels. Voor bestuurders was de afweging rondom de versoepelingen niet altijd gemakkelijk, zij kregen niet alleen te maken met families en bewoners die meer vrijheid wilden, maar er waren ook families die daar anders over dachten (Visser, 2020b). Volgens het LOC werden er op 14 juni in 500 verpleeghuizen nog geen bezoekers toegestaan, hoewel er geen besmettingen waren (naast 600 verpleeghuizen waar er in verband met besmettingen nog geen bezoek mogelijk was). In ongeveer 1500 verpleeghuizen was wel bezoek mogelijk (Visser, 2020b).

Bij brief van 24 juni 2020 informeerde de Minister de Tweede Kamer over de inspanningen van de verpleeghuizen om meer bezoek mogelijk te maken. Nog niet alle COVID-19 vrije locaties lieten bezoek toe. Kern van de boodschap was dat op locaties zonder besmettingen er geen beperkingen in het aantal bezoekers of de frequentie meer waren voor het ontvangen van bezoek en dat bewoners vrij waren om naar buiten te gaan als ze dat willen (Kamerstukken II 2019/20, 25 295, 386). In het Kamerdebat van 25 juni 2020 riep de Minister

de verpleeghuizen op om uitvoering te geven aan de bezoeksregeling, maar vroeg hij ook om begrip voor de verpleeghuizen *‘bij wie de schrik nog in de benen zat (Tweede Kamer, 2020g).’*

4.6 Vervolg

In de zomer van 2020 ontstond er dus meer ruimte. Op 16 juli 2020 stuurde de Minister naar aanleiding van een motie van 9 juni 2020 van mevrouw Marijnissen (SP) en mevrouw Bergkamp (D66) een brief naar de Tweede Kamer waarin hij lessen formuleerde over de genomen maatregelen en het te voeren beleid binnen verpleeghuizen in een eventuele tweede golf. Daarin gaf hij aan *‘dat de bezoeksregeling bewoners en hun naasten zwaar op de proef heeft gesteld en onmiskenbaar ten koste is gegaan van de kwaliteit van leven (Ministerie van VWS, 2020).’*

Voor nieuwe situaties werd het algemene uitgangspunt dat vrijheden van mensen niet langer en sterker worden beperkt dan noodzakelijk en dat bestuurders bij een lokale uitbraak in overleg met cliënten en professionals de afweging kunnen maken over eventuele lokale maatregelen en een (vrijwillig) bezoekplan. De Minister gaf verder aan de handreiking voor de bezoeksregeling te laten aanpassen op een aantal punten, waaronder de bevoegdheid van de bestuurder: *‘Bij een uitbraak in een verpleeghuislocatie is het aan de bestuurder om te besluiten over het sluiten van de locatie voor bezoek. De bestuurder van de instelling besluit hierover in samenspraak met de cliënten(raad), medezeggenschap en de specialist ouderengeneeskunde en de VAR/PAR, en communiceert daarover.’*

4.7 Conclusies

De ontwikkelingen die in dit hoofdstuk zijn geschetst, laten zien dat de focus vanaf de aanloop naar het landelijk bezoekverbod werd gelegd op bescherming van de kwetsbare ouderen in de verpleeghuizen. Er was geen ruimte voor individuele keuzes vanwege de risico's die anderen daardoor zouden lopen: het recht op persoonlijke vrijheid kwam dan ook nauwelijks aan bod. Bescherming van de cliënt en van andere cliënten en medewerkers kregen daarmee een absolute prioriteit boven de persoonlijke vrijheid van cliënten. De inperking van kwaliteit van leven werd onderkend, maar gezien als noodzakelijk, waarbij de opdracht was om kwaliteit van leven zoveel mogelijk vorm te geven binnen de beperkingen van het bezoekverbod. De proportionaliteit van het inperken van andere grondrechten werd beoordeeld vanuit medisch perspectief en bescherming en veiligheid werden ingevuld als bescherming van de fysieke gezondheid en overleven.

Het urgentiebesef over de verspreiding van het virus in de verpleeghuizen kwam moeizaam op gang: er waren geen goede cijfers beschikbaar. De eigen registratie van Verenso was nodig om de omvang van de problematiek in de verpleeghuizen aan te tonen. Pas op 13 april 2020 ging als verdelingsmodel voor de persoonlijke beschermingsmiddelen gelden dat bij gelijke risico's gelijke bescherming nodig was en vond er een verschuiving plaats in de verdeling tussen de sectoren.

Persoonlijke vrijheid werd na verloop van tijd wel aangestipt, maar kwam niet echt in beeld. Pas toen de versoepelingen werden voorbereid en de veldpartijen zich bogen over het opstellen van een handreiking voor de bezoeksregeling, kwam persoonlijke vrijheid iets meer op de agenda te staan. In de handreiking werd nadrukkelijk gesteld door de veldpartijen dat de overheid het belang van veiligheid zwaarder heeft laten wegen dan welzijn en persoonlijke vrijheid. In de handreiking werd ruimte geboden voor een afweging waarin naast het collectieve belang ook het individuele belang aan bod kwam. En daarmee kwam er

ruimte voor persoonlijke vrijheid, echter wel onder de voorwaarde dat het geen nadelen voor anderen zou opleveren. Veiligheid en bescherming bleven dus bovenaan staan in de waardenhiërarchie. In de lessen die de Minister formuleerde (Ministerie van VWS, 2020) valt op dat hij aangeeft dat het bezoekverbod ten koste is gegaan van kwaliteit van leven, maar hij daarbij persoonlijke vrijheid niet noemt. Het uitgangspunt voor nieuwe situaties dat vrijheden van mensen niet langer en sterker worden beperkt dan noodzakelijk, impliceert nog steeds dat bescherming voorop staat.

5. Resultaten: waardenafwegingen van zorgbestuurders

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten uit de interviews beschreven. Als eerste wordt stilgestaan bij de waardenafweging van bestuurders tijdens de eerste COVID-19 golf. Daarbij komen zowel de waarden die door verschillende bestuurders genoemd zijn aan bod als de manier waarop zij aan waardenafweging hebben gedaan. Een tweede onderdeel van dit hoofdstuk betreft de betrokkenheid en invloed van belanghebbenden binnen en buiten de organisatie. Tot slot komt de afstemming met andere verpleeghuisbestuurders en de betekenis daarvan aan de orde.

Uit de interviews komt een rijk en gevarieerd beeld naar boven over de waardenafweging en dilemma's van de bestuurders die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. In totaal hebben negen bestuurders meegedaan. Zij zijn werkzaam in dezelfde veiligheidsregio, regio IJsselland, en hebben onderling nauw samengewerkt. Een aantal van hen is ook actief betrokken in andere regionale samenwerkingsverbanden, omdat het verzorgingsgebied van hun organisaties in meer regio's valt. Eén van de geïnterviewde bestuurders heeft de eerste golf meegemaakt als bestuurder in een andere regio. De grootte van de organisaties is verschillend, variërend van één locatie tot 11 locaties en van zo'n 300 tot meer dan 3000 medewerkers in loondienst. Alle geïnterviewde bestuurders hebben vóór de landelijke sluiting zelf maatregelen getroffen: in twee gevallen ging het om bezoekbeperkingen en in zeven gevallen zijn de locaties gesloten voor bezoekers.

5.1 Waarden en waardenafweging door bestuurders

5.1.1. De eigen besluitvorming

Toen begin maart 2020 de geïnterviewde bestuurders geconfronteerd werden met de snelle verspreiding van het virus was de kennis in Nederland - en wereldwijd - over de (werking van het) virus nog zeer beperkt. Eén van de centrale vraagstukken op dat moment was of de verpleeghuizen gesloten moesten worden voor bezoek. De beelden uit China en Italië stonden bij iedereen op het netvlies en de berichten uit Brabant waren onheilspellend. Wat er precies aan de hand was en hoe organisaties zich daartegen konden wapenen, was voor de bestuurders volkomen duister. De angst was groot dat het virus in de setting van een verpleeghuis zich razendsnel zou verspreiden, omdat de in- en uitloop in de verpleeghuizen zo groot is. Duidelijk was dat er op landelijk niveau veel overleg was en er wellicht landelijke maatregelen zouden volgen, maar de geïnterviewde bestuurders hadden hun eigen redenen om dat niet af te wachten.

Twee van de geïnterviewde bestuurders troffen een week voordat uiteindelijk de landelijke sluiting volgde, uit voorzorg maatregelen waarmee bezoek werd geregistreerd en in één geval ook de bezoekmomenten werden beperkt. Bezoek bleef wel mogelijk. Als gevolg van een uitbraak op een van de locaties besloot één van de andere bestuurders in de regio om de deuren met ingang van 16 maart 2020 helemaal te sluiten voor bezoek. Vijf andere bestuurders² (met enkele andere organisaties uit de regio IJsselland die niet in het onderzoek betrokken zijn) hebben een dag later besloten om als regio één lijn te trekken en hun collega daarin te volgen. Dat gold niet voor alle bestuurders in de regio, maar betrof met name de organisaties die ook in Zwolle actief waren. Zij vonden het belangrijk om in en om

² In één geval is dit besluit genomen door een voorganger en is de geïnterviewde bestuurder niet zelf betrokken geweest bij de besluitvorming, omdat deze is benoemd als bestuurder nadat de sluiting al had plaatsgevonden.

Zwolle een eenduidige boodschap af te geven en sloten hun deuren voor bezoek met ingang van 17 maart 2020. Op 20 maart 2020 volgde de landelijke sluiting en gingen ook de bestuurders die beperkende maatregelen hadden getroffen over tot volledige sluiting voor bezoekers.

De bestuurder die de eerste golf in een andere regio heeft meegemaakt, besloot op 12 maart 2020 al om de deuren helemaal te sluiten voor bezoek vanwege uitbraken in de omgeving en de angst onder medewerkers.

5.1.2 Waardenafweging rondom de sluiting

De overwegingen van de bestuurders met betrekking tot de beperkende maatregelen of de volledige sluiting van hun locaties zijn verschillend. Er is zowel een verschil in de aanleiding voor hun besluit als in de mate waarin zij expliciet verschillende waarden hebben afgewogen in hun besluitvormingsproces. Om deze verschillen inzichtelijk te maken, zijn de besluiten en waardenafweging van de geïnterviewde bestuurders in onderstaande tabel samengevat. In tabel 1 is weergegeven wat het eigen besluit is geweest (beperking van bezoek of sluiting voor bezoek), in hoeverre daar een expliciete waardenafweging aan ten grondslag heeft gelegen en wat de aanleiding voor het besluit is geweest.

<i>Bestuurders</i>	<i>Eigen bezoek-beperking-en vóór landelijke sluiting</i>	<i>Eigen sluiting voor landelijke sluiting</i>	<i>Sluiting o.g.v. landelijke besluit</i>	<i>Expliciete waarden afweging voor sluiting</i>	<i>Geen expliciete waarden-afweging voor sluiting</i>	<i>Aanleiding: regionale lijn gevolgd</i>	<i>Andere aanleiding voor sluiting</i>
<i>A</i>		X			X	X	
<i>B</i>		X			(niet bekend) ³	X	
<i>C</i>		X		X			<i>Uitbraak op eigen locatie</i>
<i>D</i>		X		X			<i>Uitbraken dichtbij en angst onder medewerkers</i>
<i>E</i>		X			X	X	
<i>F</i>	X		X		X		<i>Compliance</i>
<i>G</i>	X		X		X		<i>Compliance</i>
<i>H</i>		X			X	X	
<i>I</i>		X			X	X	

Tabel 1: besluitvorming en waardenafweging rondom sluiting voor bezoekers

In de tabel is zichtbaar dat de meeste bestuurders geen expliciete waardenafweging hebben gemaakt. Zij hebben voorafgaand aan hun besluitvorming niet expliciet verkend en besproken welke waarden in het geding waren en hoe die tegen elkaar afgewogen moesten worden. Zij waren zich wel bewust dat hun besluit verstrekkende gevolgen zou hebben voor cliënten en hun familie, maar de veiligheid stond voorop. De urgentie van de situatie maakte

³ De geïnterviewde bestuurder is niet zelf betrokken geweest bij de besluitvorming, omdat deze is benoemd als bestuurder nadat de sluiting al had plaatsgevonden.

dat zij het gevoel hadden dat zij geen andere keuze hadden (zie ook Keukenkamp & Koerhuis, 2020).

‘Wat ik met expliciet bedoel, is dat je echt kijkt naar ‘welke waarden zijn hier in het geding?’ En dat is bij mij niet gebeurd, maar je hebt natuurlijk wel met elkaar vragen gesteld. Dus je bent altijd wel als bestuurder bezig met ‘doe ik het juiste?’ Maar ik heb niet met mijn medewerkers, met het crisisteam gezegd ‘welke waarden zijn nu in het geding?’ Die tijd en die ruimte voelde ik absoluut niet.’

Twee bestuurders hebben wel een expliciet afwegingproces met het management, crisisteam, de ondernemingsraad en de cliëntenraad doorlopen en daarin een gezamenlijke waardenafweging gemaakt. Zij hadden een ‘eigen aanleiding’ voor hun besluit: in het ene geval een uitbraak in een eigen locatie en in het andere geval een uitbraak dichtbij en grote angst onder de medewerkers. In hun waardenafweging woog veiligheid het zwaarst en waren andere waarden op dat moment ondergeschikt.

5.1.2 Welke waarden waren in het geding voor de bestuurders?

In de gesprekken met de bestuurders zijn uiteenlopende waarden genoemd. Deze hebben in meer of mindere mate een rol gespeeld bij de beslissing om bezoek te beperken of locaties te sluiten voor bezoek en zijn soms ook pas later een grote rol gaan spelen. De waarden die genoemd zijn, zijn bovendien van een verschillende orde. Hieronder wordt eerst stilgestaan bij de constitutieve waarden, de ‘vormende’ waarden die betrekking hebben op de zorg en de zorgverlener. Daarna komen enkele waarden aan de orde die meer procedureel van aard zijn. En tenslotte worden nog enkele andere afwegingen genoemd.

A. Constitutieve waarden

Veiligheid en bescherming

De onzekerheid en de angst voor een grote ramp maakte dat de focus nadrukkelijk op veiligheid lag. Dat betrof zowel de veiligheid van cliënten als de veiligheid van medewerkers. In die eerste fase was er een groot tekort aan beschermingsmiddelen en dat maakte dat de bescherming van medewerkers en cliënten onder druk stond. Hoewel er landelijk al een lobby was voor stringente maatregelen, was nog niet duidelijk hoe dit zou worden opgepakt. En daar wilden de bestuurders niet op wachten. Door zelf de mogelijkheden van bezoek te beperken of hun deuren te sluiten, namen zij bewust regie.

Een paar bestuurders gaven aan dat in de eerste golf ‘het medische model’ of medische veiligheid voorop stond. Daarmee werd bedoeld dat medische afwegingen en richtlijnen leidend waren voor de invulling van veiligheid. De medische richtlijnen boden in die zin ook houvast. En dat vormde een contrast met het vooropzetten van welzijn en kwaliteit van leven, waarden waar in de organisaties normaliter veel aandacht voor is.

‘De medicus schrijft voor, die wist het ook allemaal niet, maar die had de landelijke richtlijnen. En laten we ons daar maar toe verhouden, dat is ook een soort anker en dan hebben we in ieder geval houvast.’

‘Dat is heel erg tegen de mores in omdat je altijd op welzijn hebt gezeten en dan ga je in één keer rücksichtslos terug naar je medisch model.’

Angst en onzekerheid waren hierin een belangrijke factor. Een paar organisaties hadden in die eerste fase te kampen met heftige uitbraken. Een bestuurder vertelde dat op een bepaald moment één op de vier cliënten ziek was en één op de vijf medewerkers. Geprotocolleerd

werken vanuit het medische model heeft geholpen om die uitbraken onder controle te krijgen.

'Ik vond het ook een angstige tijd. Ik had er ook last van dat ik die lijkwagens maar af en aan zag rijden, zonder het gevoel te hebben 'wanneer houdt het nou eens een keer op' of daar een perspectief in te hebben.'

'Het medische model heeft ons in die fase geholpen om geprotocolleerd te werken en te zorgen dat je de crisis te boven kwam. En volgens mij hebben we dat ook allemaal aangetoond in onze huizen.'

Tegelijkertijd ging het om een medicalisering van de zorg die breder was dan de aanpak van uitbraken. Die medicalisering lijkt samen te vallen met een andere ontwikkeling, namelijk de sterke behoefte onder zorgmedewerkers om duidelijke kaders en instructies te krijgen. Die komt hierna nog terug onder de waarde 'vrijheid van medewerkers'.

Verantwoordelijkheid

Bestuurders voelden een enorme verantwoordelijkheid. Het gebrek aan medische kennis en de onzekerheid over het virus maakten dat er een grote dreiging van uitging. Het virus zou de kwetsbare cliëntenpopulatie en de medewerkers waar zij verantwoordelijkheid voor droegen heel hard kunnen treffen en dat noopte tot handelen in het belang van de veiligheid.

'Wat ik me eigenlijk in diezelfde week dat wij sloten realiseerde, is dat ik heel erg de focus had op de veiligheid. Je wil gewoon niet dat er mensen overlijden door het virus. En ik voelde een enorme verantwoordelijkheid als bestuurder. Dat ik daar actief op moest reageren.'

In verantwoordelijkheid zit ook de waarde van goed werkgeverschap verdisconteerd. Dat ze hun medewerkers niet konden uitrusten met materiaal waarmee ze voldoende beschermd hun werk konden doen, voelde voor veel bestuurders als tekortschieten. Hoewel er in de regio gezamenlijk in werd opgetrokken, kon dat niet wegnemen dat er soms geen goede materialen verkrijgbaar waren. Naar de maatstaven van het RIVM zijn er uiteindelijk geen echte tekorten geweest, maar het was soms kantje-boord en bovendien werd aan die maatstaven in de loop van de tijd steeds meer getwijfeld.

'Dat ik op een gegeven moment vuurwerkbrillen ben gaan bestellen voor mijn medewerkers, terwijl ik dat volstrekt belachelijk vond, want je wilt het beste voor je mensen. Dan ga je vuurwerkbrillen bestellen... Daar heb ik heel veel last van gehad.'

Kwaliteit van leven

Uit de interviews komt naar voren dat kwaliteit van leven een waarde was die door de bestuurders wel werd onderkend, maar in de eerste fase ondergeschikt was aan de veiligheid. Binnen de kaders van de getroffen maatregelen en daarna de landelijke sluiting werd ingezet op mogelijkheden om deze waarde toch te benaderen. Beeldbellen bood in ieder geval mogelijkheden om het contact met familie te onderhouden en in een latere fase werd ook met heg-gesprekken, praathuisjes met een doorzichtige scheidingswand en kletstenten bij de ramen invulling gegeven aan de behoefte aan contact. Voor de palliatieve fase was bezoek met gebruik van beschermingsmiddelen in beperkte mate toegestaan: enkele bestuurders noemen ook nadrukkelijk de waarde van afscheid kunnen nemen, niemand alleen laten sterven en piëteit met stervenden, overledenen en hun familie.

Persoonlijke vrijheid van cliënten

De waarde persoonlijke vrijheid heeft bij de meeste bestuurders geen expliciete rol gespeeld in de afwegingen die voorafgingen aan hun eigen besluit om het bezoek te beperken of de deuren te sluiten en is pas later een rol gaan spelen. Een aantal bestuurders blikte met gemengde gevoelens terug op de enorme impact van de inperking van de persoonlijke vrijheid van cliënten. Met name het feit dat dat er voor en over cliënten is besloten dat veiligheid (van henzelf en de medewerkers) boven alles ging, zonder dat ze daar zelf enige vorm van zeggenschap in hadden, bestempelen enkele bestuurders achteraf als een ‘immens’ of ‘dictatoriaal’ besluit. Er werd ook een vergelijking met de Wet zorg en dwang gemaakt: die wetgeving gaat bij uitstek over het spanningsveld tussen persoonlijke vrijheid en veiligheid en daarin is het beslissen vóór de cliënt nadrukkelijk ingekaderd. Terwijl in deze context de vrijheid om hun eigen leven te leiden, in de laatste jaren van dat leven, volledig opzij is geschoven.

‘We hebben eigenlijk zonder enige vorm van ruggenspraak of vorm van zeggenschap gewoon besloten, hebben gewoon over de hoofden van de mensen heen gemeend dat het goed zou zijn in het kader van hun veiligheid en de veiligheid van medewerkers, dat die deuren dichtgingen. Dat was nogal een dictatoriaal besluit eigenlijk.’

Een van de bestuurders heeft de waarde persoonlijke vrijheid wel expliciet meegewogen in de besluitvorming rondom de sluiting, maar deze was op dat moment ondergeschikt aan de waarde veiligheid. Deze waarde speelde ook een rol met betrekking tot huurders en soms extramurale cliënten die op de verpleeghuislocaties woonden en daarom ook in de maatregelen werden meegenomen. Over het algemeen werd toch vastgehouden aan de veiligheid boven de vrijheid van deze cliënten of huurders. Daarin speelde met name de veiligheid van medewerkers maar ook de veiligheid van andere cliënten een grote rol.

Persoonlijke vrijheid kwam meer pregnant aan de orde in de vervolgfase toen sommige bestuurders het maatschappelijk debat opzochten en er langzamerhand versoepelingen mogelijk werden.

Persoonlijke vrijheid van medewerkers

In mijn vraagstelling heb ik de focus gelegd op de persoonlijke vrijheid van de cliënten, maar bij enkele bestuurders kwam aan de orde dat ook de vrijheid van medewerkers werd geraakt. In de eerste fase was er veelal sprake van een ‘commando structuur’ met een instructie-model voor de medewerkers. Dat beperkte hen in hun professionele vrijheid. De verzorgenden en verpleegkundigen vonden het instructiemodel vaak wel prettig. Zij wilden graag duidelijke kaders en daar maakte de ondernemingsraden zich vaak ook hard voor. In de context van deze crisis was dat comfortabel: medewerkers gingen gemakkelijk in mee in de protocollen en instructies. Het bood medewerkers houvast in de communicatie naar familie, omdat zij konden aangeven ‘dat dit nou eenmaal de regels van de overheid of van de organisatie waren.’

Tegelijkertijd deed het in sommige organisaties een ontwikkeling teniet, waarin eigenaarschap en verantwoordelijkheid juist steeds meer bij de medewerkers en teams kwam te berusten. Hier ligt ook de verbinding met de impact van het medische model: het volgen van de (medische) richtlijnen maakte dat medewerkers werden geremd om binnen hun eigen verantwoordelijkheden zelf naar het bredere perspectief te kijken en stil te staan bij andere waarden zoals kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid.

Een van de bestuurders merkte dat de artsen het soms lastig vonden dat hun professionele autonomie werd ingeperkt. Zij hadden moeite om de richtlijnen van het crisisteam 'zomaar' te accepteren. Hoewel er in het crisisteam een specialist ouderengeneeskunde deelnam, garandeerde dat niet dat alle artsen het altijd met de richtlijnen eens waren. Voor een beroepsgroep die gewend is aan veel individuele autonomie en het dragen van verantwoordelijkheid, was de strakke sturing op basis van richtlijnen -in ieder geval in deze organisatie- ingewikkeld. In de focusgroep werd dit door enkele andere bestuurders niet herkend, dus dat was zeker niet overal het geval.

B. Procedurele waarden

Een paar waarden zagen meer op het proces dan op de inhoud van de zorg.

'Samen'

Een hele belangrijke waarde voor alle bestuurders (ook de bestuurder van buiten de regio IJsselland) was de waarde 'samen'. Deze waarde refereert aan het samen optrekken in regionaal verband. Deze waarde komt in paragraaf 5.3 verder aan de orde.

Compliance aan wet- en regelgeving

Een waarde die ook door enkele bestuurders genoemd werd, is compliance aan wet- en regelgeving en het voldoen aan de verplichtingen die je als bestuurder hebt. Dat had te maken met een gebrek aan kennis over het virus. Bestuurders verlieten zich in de beginfase ook op de kennis van het RIVM en de richtlijnen van de overheid in het vertrouwen dat deze goed doordacht waren.

'Trouw en compliance aan wet- en regelgeving. Dat was eigenlijk best wel heel overheersend in die eerste fase. Hoe komt dat? Ik denk ook omdat er zo weinig kennis was bij mij en bij de collega's en ook bij de collega's intern over wat ons overkwam, en tegelijkertijd ook over het virus.'

C. Operationele en praktische afwegingen

Dit betreft afwegingen, die strikt genomen geen waarde zijn, maar die voor bestuurders wel een rol speelden.

Tijd winnen

Een paar bestuurders gaven nadrukkelijk aan dat zij door de deuren te sluiten ook de tijd wilde creëren om zaken in goede banen te leiden. De situatie was immers ongekend en uitermate onzeker. Ook het tekort aan beschermingsmiddelen was van belang: zonder beschermingsmiddelen was bezoek niet mogelijk. De intentie was om tijd te winnen om de situatie te analyseren en afspraken te maken, zodat de deuren daarna weer open konden en in de tussentijd kon worden georganiseerd wat daarvoor nodig was. Zij namen dit besluit dan ook voor een periode van drie weken. Hiermee wilden zij de mogelijkheid creëren om daarna alsnog of opnieuw aan waardenafweging te doen, in de hoop dat er dan meer bekend zou zijn.

Informeren en communiceren

Communicatie van de besluiten en het informeren van cliënten en eerste contactpersonen stond voor veel bestuurders hoog op het prioriteitenlijstje. Zij vonden het belangrijk om mensen zo goed mogelijk mee te nemen in het waarom van de maatregelen die ze troffen. En het was een onderwerp waar ook de medezeggenschapsorganen vaak alert op waren en soms extra aandacht voor vroegen.

5.1.3 Conclusies waardenafweging rondom de sluiting

Al deze waarden en afwegingen hebben een rol gespeeld, in verschillende combinaties voor verschillende bestuurders. Tijdsverloop bracht andere waarden meer naar de voorgrond. Veiligheid en daarmee bescherming van cliënten en medewerkers woog in de beginfase het zwaarst. Verantwoordelijkheid en goed werkgeverschap hingen daar nauw mee samen. Kwaliteit van leven kreeg de eerste periode invulling binnen de kaders van veiligheid en bescherming. Gaandeweg kwamen er gesprekken op gang om kwaliteit van leven weer meer voorop te zetten. Persoonlijke vrijheid kwam bij de meeste bestuurders pas later op de agenda.

Daarnaast speelden meer procedurele waarden een belangrijke rol. De waarde compliance ging na het landelijke besluit een rol spelen voor alle bestuurders. Het eigen besluit werd ingehaald door de landelijke richtlijnen. Voor de twee bestuurders die aanvankelijk een bezoek beperking hadden, was de waarde compliance uiteraard ook de aanleiding om de deuren helemaal te sluiten. Veiligheid stond voorop in hun eigen besluitvorming, maar daar is geen expliciete waardenafweging aan voorafgegaan, wellicht omdat de gevolgen van hun eigen besluit minder ingrijpend waren. Die waardenafweging kwam ook niet meer expliciet aan bod op het moment dat de landelijke sluiting volgde, omdat er vanuit de waarde compliance geen andere keuze werd ervaren dan het volgen van de landelijke richtlijnen.

De waarde 'samen' had bij een aantal bestuurders ook grote invloed op het eigen besluit om de deuren voor bezoek te sluiten. Deze waarde noopte bovendien tot snelle besluitvorming. De eenduidige boodschap die deze bestuurders in de regio wilden uitzenden, ging namelijk niet goed samen met een langdurig besluitvormingsproces. Daar waar veiligheid toch al het aangrijpingspunt was vanuit de onzekere situatie, zorgde het appel op 'samen' en gelijkheid in de regio er dus voor dat veiligheid zonder expliciete waardenafwegingen voorop werd gesteld.

Voor de bestuurders die naar aanleiding van een uitbraak op de eigen locatie of een uitbraak dichtbij tot het besluit waren gekomen om de deuren voor bezoek te sluiten, woog de veiligheid het zwaarst. Zij hebben een expliciete waardenafweging gemaakt, en andere waarden werden daarin ondergeschikt geacht aan veiligheid. De risico's waren immers groot, dat bleek wel uit de heftige verhalen uit het buitenland en Brabant en Limburg. En dat maakte dat veiligheid voorop stond in de waardenhiërarchie.

Uiteraard stond na de landelijke sluiting de invulling en de afweging van waarden niet stil. Het landelijke beleid werd in de loop van de tijd als knellend ervaren en liet weinig ruimte voor eigen afweging. Dat botste gaandeweg met de wens om bepaalde waarden zoals kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid, maar ook bescherming van medewerkers, meer invulling te geven. Duidelijk werd ook dat sommige waarden met elkaar op gespannen voet stonden. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe het landelijke beleid ging knellen bij de afweging van waarden en hoe bepaalde waarden gingen botsen.

5.1.4 Afweging van waarden binnen knellende regels

De landelijke sluiting werd aanvankelijk door een aantal bestuurders als legitimering van hun eigen besluitvorming ervaren. Al snel liepen bestuurders er echter tegen aan dat de regelgeving van de landelijke overheid weinig ruimte bood voor eigen afwegingen. Dat ging na verloop van tijd wringen toen het langer ging duren en de gevolgen voor de kwaliteit van leven en de persoonlijke vrijheid van cliënten en hun familie steeds duidelijker werden. Bestuurders gingen steeds meer twijfelen of veiligheid niet meer moest zijn dan voorkomen

dat iemand ziek wordt en hoe rechtvaardig het was om kwetsbare mensen in de laatste periode van hun leven het gezelschap van hun dierbaren te ontnemen.

‘Later toen zagen wij de impact op de mensen en kwam ook de vraag doen we hier nu goed aan? Het zijn allemaal kwetsbare mensen. Dit gaat over hun laatste periode van hun leven, we sluiten hen af van hun dierbaren. Hoe rechtvaardig is dat nou eigenlijk?’

De organisaties kregen veel vragen van bezorgde familieleden en er deden zich regelmatig schrijnende situaties voor. Bijvoorbeeld van partners die iedere dag kwamen eten met hun echtgenoot of echtgenote en dat nu niet meer mochten. Dilemma’s deden zich ook voor in de regels voor de palliatieve fase. Die schreven voor dat er maar één familielid bij de cliënt mocht worden toegelaten. Ook dat gaf soms hele schrijnende situaties, terwijl afscheid nemen juist een essentieel onderdeel vormt van de zorg en kwaliteit van leven in verpleeghuizen.

‘Ik herinner me nog op een zaterdag, dat ik aan kwam rijden en op de parkeerplaats een hele familie stond te overleggen over hun moeder die overleden was. Eén van hen had er maar bij gemogen. Dat is niet wat je wil hè? Dat waren wel van die appellerende beelden die je wakker schudden van wat gebeurt hier nou, wat zijn we aan het doen?’

Een ander voorbeeld is de verplichte sluiting van de restaurants in een bepaalde fase. Daarmee ging het laatste vertier voor cliënten verloren en werd nog meer ingeboet op de kwaliteit van leven. Deze voorbeelden laten zien hoe de waarde veiligheid, die verdisconteerd was in allerlei overheidsregels, met de waarden kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid in botsing kwam.

Na de eerste weken van de sluiting kwamen in de meeste organisaties (en in de regionale samenwerking, zie daarvoor paragraaf 5.3) de gesprekken op gang over de invulling van kwaliteit van leven en het teruggeven van vrijheid aan cliënten. Een paar bestuurders hebben bijvoorbeeld samen gesprekken gevoerd, waarvoor zij Carin Gaemers (initiatiefnemer manifest ‘scherp op ouderenzorg’) als kritische gast hebben uitgenodigd, over de mogelijkheden om op een verantwoorde manier te versoepelen, nog ruim voordat de versoepelingen in zicht waren. Zij wilden niet afwachten, maar pro actief nadenken over toekomstige mogelijkheden. Zoals hierboven al is genoemd werd volop ingezet op beeldbellen en heg-gesprekken en mede naar aanleiding van de hiervoor genoemde gesprekken na verloop van tijd ook invulling gegeven aan praathuisjes, kletstenten en daarvan afgeleide varianten.

5.1.5 Botsing van waarden

Hierboven werd in het kader van de knellende regels al geïllustreerd dat de waarde veiligheid in botsing kwam met de waarden kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid van cliënten. Maar ook de waarde compliance botste soms met andere waarden, zoals bescherming en goed werkgeverschap. De regels van de overheid waren gebaseerd op de richtlijnen van het RIVM. Aan de richtlijnen van het RIVM werd in toenemende mate getwijfeld, omdat ze inconsistent waren en politiek gestuurd leken. Een van de bestuurders duidde de richtlijnen van het RIVM zelfs als ‘een doelredenering naar de hoeveelheid beschikbare beschermingsmiddelen’ omdat de richtlijnen vooral leken te berusten op overwegingen met betrekking tot de zorgcontinuïteit in plaats van op wetenschappelijke inzichten. Het principe van goed werkgeverschap en persoonlijke waarden als eerlijkheid en

vertrouwen in de overheid kwamen voor de bestuurders onder druk te staan en leidde tot persoonlijke dilemma's.

'Het hele gedoe met die RIVM en die mondkapjes. Je weet het, je weet 'ik laat medewerkers risico lopen' en toch kom ik met dit verhaal, het voelt echt hartstikke fout. In het begin geloof je er zelf nog in en op een gegeven moment denk je 'er klopt gewoon echt geen meter van.' Maar welk verhaal heb je verder?... Nee, dat druist compleet tegen je eigen normen in. Omdat ik vanuit goed werkgeverschap wil zorgen voor veiligheid van medewerkers. En daar had het eigenlijk niet zo mee te maken. Dit had alleen maar te maken met zorgcontinuïteit.'

Een van de bestuurders heeft de organisatie twee weken volledig in quarantaine laten gaan en medewerkers gedurende die tijd overal met beschermingsmiddelen laten werken, hoewel volgens de richtlijnen beschermingsmiddelen niet preventief ingezet mochten worden. De bestuurder was echter van mening dat de beschermingsmiddelen waren gericht op het naar beneden brengen van de vele kruisbesmettingen en dus niet preventief werden ingezet, en heeft zich daarom gebaseerd op de uitzonderingsclausule in de richtlijnen. Op basis daarvan konden beschermingsmiddelen worden ingezet 'na professionele afweging'.

Ook in de afwegingen rondom de versoepelingen van het bezoekverbod, met de ondernemingsraad en de cliëntenraad, werd het dilemma van de botsing tussen vrijheid en bescherming zichtbaar en voelbaar. Zeker op locaties waar veel besmettingen waren geweest, was de angst van medewerkers groot. Zo groot dat één van de bestuurders in die fase verplichte gespreksbijeenkomsten voor medewerkers heeft georganiseerd om die angst te adresseren. Medewerkers waren zowel bang om hun cliënten te besmetten als om zelf besmet te raken of het virus mee naar huis te nemen. Dat maakte het versoepelen beladen en maakte dat sommige organisaties soms wat langer nog vrij rigide vasthielden aan protocollen. En het leidde soms tot verschillen van inzicht met betrekking tot het gewenste tempo van de versoepelingen tussen de ondernemingsraad en de cliëntenraad.

5.1.6 Ruimte voor eigen afwegingen?

Bestuurders gingen verschillend om met het knellende beleid en de botsende waarden. De afwegingsruimte die volgens de Raad van State ontstond als gevolg van de wijziging van de noodverordening van 24 april 2020 (zie paragraaf 4.4) was bij bestuurders op dat moment niet bekend.

'Die richtlijnen waren wel heel dwingend. In het begin is er ook gecommuniceerd dat de IGJ er op zou toezien. En toen kwam het debat, welke boeven hebben nou toch al die ouderen maanden opgesloten, kan dat maar zo met de Wzd? Toen was het opeens een vrijblijvende richtlijn waar bestuurders hun eigen afweging in hadden moeten maken. Dat vond ik wel erg flauw, omdat dat echt een heel ander perspectief had in die eerste fase. Er was heel nadrukkelijk niet veel ruimte om af te wijken.'

Desondanks zochten sommige bestuurders de ruimte in de eigen interpretatie en ruimhartige toepassing van de regels. Bijvoorbeeld door vastlegging in het zorgplan van specifieke zorgtaken zoals bijvoorbeeld helpen met eten of voorlezen uit de bijbel, waardoor de partner of familielid geen bezoeker was.

'Wij hebben heel veel partners die elke dag een uur een echtgenoot of echtgenote helpen met eten. Die kwamen gewoon elke dag, want anders zouden die mensen ook gewoon hun eten niet hebben gehad. Alleen voorheen was dat gewoon een afspraak'

'Gerard komt voor Jannie en helpt dan met eten.' Nou, toen hebben we gezegd 'dan leggen we dat vast in het zorgplan.' En dan kan je niet meer zeggen dat is bezoek. Nee, hij heeft gewoon een taak in de zorg van mevrouw in die dag. En dat doen we nog steeds zo.'

Ook werd een restaurant opengehouden voor een specifieke doelgroep van extramurale cliënten, die anders helemaal niet zou eten. En toen het rustig werd wat betreft besmettingen, werd bijvoorbeeld de afweging gemaakt om in een individueel geval een partner toe te laten bij een cliënt vanwege diens depressiviteit en sociale nood onder de noemer 'humaniteit'. Ook in de palliatieve fase werd soms afgeweken door bestuurders en werden bijvoorbeeld twee bezoekers toegelaten in de fase dat er maar één bezoeker was toegestaan. Zonder daar veel ruchtbaarheid aan te geven, werd de noodzaak gevoeld om het soms 'gewoon te doen.'

Andere bestuurders hielden langer vast aan de waarde compliance. Bovendien waren sommige bestuurders voorzichtig met uitzonderingen voor specifieke gevallen, om het risico dat andere groepen of families zich daar ook op zouden beroepen te vermijden.

'Dus waarde discussies waren niet altijd hele grote abstracte waarden, maar waren wel een doorvertaling in soms hele concrete praktische dingen, waarbij ik het ook af en toe wel lastig vond van 'ja goh, kan dat nou niet?' Maar als ik daar ja tegen zeg, die precedentwerking is ook wel iets. En tegelijkertijd als je bang bent voor alle precedentwerking dan doe je helemaal niks meer. Dat is wel een periode zoeken geweest.'

Daarbij speelde ook een rol dat de communicatie met de familie soms stroef verliep en medewerkers graag eenduidige regels wilden, omdat ze het moeilijk vonden om uit te leggen waarom er voor bepaalde cliënten een uitzondering werd gemaakt en voor anderen niet.

Tot slot waren er bestuurders die actief het gesprek wilden aangaan om ruimte te creëren voor maatwerk en eigen afwegingen en zich daarvoor in het maatschappelijke debat wilden mengen. Daarin wilden ze samen optrekken in de regio. Ze wilden ook ageren tegen de RIVM-adviezen die in hun ogen steeds meer op politiek gestuurde adviezen leken in plaats van wetenschappelijk onderbouwde adviezen, ten koste van de bescherming van hun medewerkers.

'Aan wie moesten we ons anders vasthouden dan aan het RIVM? Daarom is het ook zo schokkend dat geconstateerd moet worden dat het niet over inhoud ging, maar over politiek op een gegeven moment. Daar heeft een soort van dwaling plaatsgevonden. Dat ze zich ook politiek hebben laten gebruiken. Want er waren gewoon te weinig mondkapjes.'

5.2 Invloed van belanghebbenden binnen en buiten de organisatie

5.2.1 Het crisisteam

In het crisisteam werden de ontwikkelingen en de aanpak besproken aan de hand van de richtlijnen van het RIVM en het beleid van de overheid. De voortdurend wisselende berichten van het RIVM leidden tot veel hectiek. De korte termijn aankondigingen tijdens persconferenties versterkten die druk. Dat leverde soms haast op in de besluitvorming.

Met de beperkte kennis van dat moment maakten bestuurders hun afwegingen in of op advies van de crisisteams. Daar werd nadrukkelijk ook de medezeggenschap in betrokken, zowel de centrale cliëntenraad als de ondernemingsraad, om ervoor te zorgen dat alle aspecten gezien werden, al was hun inbreng vaak beperkt: zie daarover ook de volgende paragraaf.

Samenstelling van het crisisteam

De interne afstemming vond met name plaats in de crisisteams. Soms waren dat bestaande crisisteams, al dan niet uitgebreid met bepaalde functies, en soms werd het crisisteam apart samengesteld. In het crisisteam zaten meestal in ieder geval een specialist ouderengeneeskunde, een of meer managers, een kwaliteitsadviseur, een infectiepreventie-deskundige (soms een externe). Vaak waren ook communicatie, facilitair en HRM betrokken in het crisisteam of op de achtergrond.

De specialist ouderengeneeskunde had een belangrijke rol in de crisisteams vanuit de deskundigheid en expertise die zij meebrachten. Dat wil echter niet zeggen dat zij ook altijd een dominante rol hadden. Alle leden van de crisisteams hadden hun eigen inbreng. Enkele bestuurders benadrukten ook hierin de waarde 'samen': er samen voor staan als crisisteam en samen richting geven aan een moeilijke situatie.

De voorzittersrol

De rol van de bestuurders met betrekking tot het crisisteam verschilde: meestal was de bestuurder ook voorzitter van het crisisteam. Vanwege ziekte begin maart heeft een van de bestuurders vanaf het begin de voorzittersrol belegd bij een andere functionaris en op basis van adviezen van het crisisteam besluiten genomen. Na de eerste periode kozen twee bestuurders er bewust voor om de voorzittersrol los te laten. Eén bestuurder deed dat al na een aantal weken, om met een zekere distantie te kunnen kijken naar de situatie. De tweede bestuurder besloot begin juni om het crisisteam over te laten gaan in een regieteam, waaraan de bestuurder zelf niet deelnam, om weer richting de normalsituatie te gaan. Ook de andere crisisteams gingen op den duur over in regie- of coördinatieteams.

Voordelen van de bestuurder in de voorzittersrol is dat de bestuurder dan direct kan sturen, dat hij zichtbaar is en hij de organisatie op die manier het vertrouwen kan geven dat hij in control is. De voorzittersrol bij een ander beleggen en het crisisteam zelfstandig laten functioneren, maakt dat er een extra escalatiefactor is: het crisisteam legt adviezen voor aan bestuurder die uiteindelijk - na contact met de medezeggenschap - de besluiten neemt. Daarmee wordt een extra toetsingsmoment ingebouwd.

Onafhankelijke blik in het crisisteam

Wat bestuurders met name belangrijk vonden was om de onafhankelijke open blik te waarborgen in het crisisteam. Dat deden ze op verschillende manieren. Een van de bestuurders heeft bijvoorbeeld na de evaluatie van de eerste golf standaard een 'kritische toehoorder' bij de vergaderingen van het crisisteam (roulerend tussen vier personen in de organisatie) om tunnelvisie te voorkomen. Bij een andere bestuurder is de voorzitter van de centrale cliëntenraad een vast lid van het coördinatieteam om de kritische blik en het cliëntperspectief in te brengen. Weer een andere bestuurder koos er na een aantal weken voor om met twee crisisteams te werken, die elkaar na een week steeds opvolgden om niet ingezogen te raken in de materie. Ook daarin komt het belang een onafhankelijke en open blik naar boven. Een bestuurder van een kleinere organisatie gaf aan dat het lastig was om intern tegenspraak te krijgen, omdat de kleine staf zich redelijk afhankelijk opstelde en

gericht was op wat de bestuurder ervan vond. De andere perspectieven kwamen vooral van deze bestuurder zelf. Ook enkele andere bestuurders geven aan dat zij als bestuurder soms andere perspectieven hebben ingebracht en besproken met het crisisteam en het management en daar ook op hebben gestuurd, onder andere rondom de eerste versoepelingen en de afstemming daarover met de lokale cliëntenraden.

In het verlengde van de onafhankelijke blik ligt de optie van moreel beraad die door enkele bestuurders werd genoemd als een methode om buiten de gewone overleggen een thema breed uit te diepen in een constructieve dialoog. Zij zijn daar in de eerste periode niet aan toegekomen maar spraken de intentie uit om het moreel beraad meer in te zetten.

5.2.2 Tegenspraak en geluiden uit de organisatie

Individuele tegenspraak

In hun organisaties kregen bestuurders ook individuele tegenspraak. In dat verband noemen bestuurders verschillende medewerkers: onder andere geestelijk verzorgers, de specialist ouderengeneeskunde, hun bestuurssecretaris en leden van hun managementteam. Zij stelden kritische vragen en brachten andere perspectieven in. Eén bestuurder noemde ook expliciet de voorzitter van de cliëntenraad. De meeste bestuurders haalden actief tegenspraak op en creëren er bewust ruimte voor in hun contacten.

Contact met medewerkers

Voor bestuurders is het bezoeken van afdelingen vaak een belangrijke informatiebron. Zij proeven daar de sfeer en gaan in gesprek met medewerkers om te horen wat er leeft en vragen te beantwoorden. Tijdens de eerste golf was dat niet goed mogelijk. Door de interne regels was fysiek bezoek aan de afdelingen vaak tot het noodzakelijke beperkt. Dat betekende dat bestuurders vanuit hun voorbeeldfunctie de afdelingen niet bezochten. Een paar bestuurders gaven aan dat zij dat een gemis vonden in het ophalen van 'geluiden' in de organisatie.

'In deze COVID periode is heel veel functioneel gericht, terwijl ik in de normale situatie anders acteer in de organisatie doordat ik rondloop, dat ik even ergens aanschuift of even dieper hoor. Ik moet nu meer op zoek naar de bijgeluiden. En dat is wel jammer. En dat maakt ook dat je in je overleggen nog alerter moet zijn op wat speelt er aan signalen en hoe zit iedereen er bij?'

5.2.3 Medezeggenschap

De medezeggenschapsorganen zijn door alle bestuurders meteen betrokken bij de besluitvorming over de maatregelen. Zij hebben de voorzitters van de (centrale) cliëntenraad en de ondernemingsraad veelal telefonisch geïnformeerd over hun eigen (voorgenomen) besluit om bezoek te beperken of de deuren te sluiten. De raden hebben daar met begrip en steun op gereageerd.

Bestuurders onderhielden frequent contact met de raden: telefonisch en soms door middel van nieuwsbrieven. De voorzitters van de raden vervulden daarin een belangrijke rol: zij waren het aanspreekpunt voor de bestuurder en legden het lijntje weer naar hun eigen raad. Eén van de bestuurders heeft de voorzitter van de centrale cliëntenraad aan het coronabeleidsteam toegevoegd (zie ook hierboven). In de besluitvorming rondom uitbraken ging het vaak ook om informeren van de medezeggenschap ná de besluitvorming, gelet op de onmiddellijke actie die vereist was.

Specifieke waarden vanuit de medezeggenschap

De inbreng van de ondernemingsraden was vaak gericht op het goed informeren van medewerkers en duidelijkheid verschaffen over het wat en waarom van besluiten: dat droeg namelijk bij aan het gevoel van veiligheid. De ondernemingsraden toetsten of het perspectief van de medewerkers voldoende werd meegenomen, ook in de uitbraakteams gaf een van de bestuurders aan. Bij de cliëntenraden lag de nadruk in de beginfase op veiligheid. Na een aantal weken kwam kwaliteit van leven prominenter op de agenda. Ook zij vertolkten de behoefte aan duidelijke besluiten en communicatie. De raden waren vooral volgend en bestuurders kregen over het algemeen weinig echt 'weerwoord' van hun raden, hoewel zij hen steeds hebben opgezocht.

Toen de versoepelingen mogelijk waren, werden er wel wat verschillen zichtbaar in en tussen de centrale cliëntenraad (en/of de lokale cliëntenraden) en de ondernemingsraad. Onder andere in de opvattingen over het tempo waarin versoepelingen konden worden doorgevoerd. De angst onder medewerkers maakte dat de ondernemingsraad soms wilde temporiseren, waar de cliëntenraad vaak zo snel mogelijk wilde versoepelen. Hoewel dat soms ook verschilde, afhankelijk van de situatie van de eigen familieleden. De lokale cliëntenraden vonden het soms moeilijk om iets te vinden, met het risico dat het wellicht weer tot een besmetting zou kunnen leiden.

'De cliëntenraad die wilde natuurlijk iets sneller dan de ondernemingsraad. De cliëntenraad heeft natuurlijk ook een hele achterban, die wilde eigenlijk vandaag wel weer... Dus daar zag je wel een verschil van snelheid. Het heeft niet eens zozeer met waarden te maken, denk ik, want de waarden werden wel gedeeld door iedereen, maar meer met de angst die mensen voelen.'

Goede medezeggenschap zit vooral in de samenstelling, persoonlijkheden en kennisniveau van de deelnemers, zoals één van de bestuurders het formuleerde. Het belangrijkste is dat je elkaar aan de voorkant serieus neemt. De bestuurders hebben zich daar binnen de beperkingen van de situatie, zoals de tijdsdruk in de beginfase en het soms moeizaam tot stand komende digitale overleg, steeds nadrukkelijk voor ingezet.

Andere vormen van participatie of contact

Bestuurders gingen ook het gesprek aan met cliënten en cliëntvertegenwoordigers, zodra dat enigszins mogelijk was. Ze voerden bijvoorbeeld gesprekken in de kletshuisjes met cliënten en familieleden. Een aantal bestuurders kreeg in de loop van de tijd veel klachten van boze familieleden. Een van de bestuurders richtte een 'lezerspanel' op naar aanleiding van klachten dat de nieuwsbrieven te moeilijk waren.

5.2.4 Andere vormen van tegenspraak of feedback

In het ophalen van tegenspraak nemen raden van toezicht een aparte positie in. Zij zijn naast hun toezichthoudende rol immers ook een klankbord voor de bestuurder. De bestuurders hebben hun raden van toezicht op de hoogte gehouden, onder meer via email, nieuwsbrieven en telefoongesprekken en hen meegenomen in hun afwegingen. Zij hebben in het kader van tegenspraak maar beperkt gerefereerd aan hun contact met de raden van toezicht, maar daar waar het contact genoemd werd, is de raad van toezicht een sparringpartner voor de bestuurder geweest.

Naast de interne tegenspraak en de medezeggenschap hebben de bestuurders ook veel alternatieve vormen van feedback opgezocht. Strikt genomen gaat het meestal niet om tegenspraak van belanghebbenden, maar het was voor bestuurders vaak wel belangrijk om

ook op andere plekken te kunnen toetsen of ze op de goede weg zaten, zich te scherpen aan andere geluiden en hun blikveld te verruimen.

Veel bestuurders zijn lid van een of meer intervisiegroepen, zowel binnen als buiten de zorgcontext en in een aantal gevallen gerelateerd aan opleidingen. Deze intervisiegroepen zijn vaak wel doorgegaan, omdat bestuurders daar juist nu een sterke behoefte aan hadden. Daarnaast zochten bestuurders soms even één op één contact met intervisiegenoten om te sparren over hun dilemma's. Ook de contacten met de regiobestuurders zijn veel genoemd door bestuurders: zowel het afstemmingsoverleg als één op één contacten waren voor hen belangrijk om te kunnen klankborden, feedback te krijgen en ideeën op te doen.

Tot slot waren er ook nog andere vormen van feedback, zoals in gesprekken met een coach of van het thuisfront. Een paar bestuurders gaven aan dat het delen van hun verhaal 'aan de keukentafel' met hun partner of gezin, die buiten de systeemdynamiek stonden, hen ook nuchtere en wijze feedback opleverde.

5.3 De regionale afstemming met andere verpleeghuisbestuurders

5.3.1 Samen optrekken

De intensieve samenwerking tussen de bestuurders in de regio IJsselland startte in het weekend van 14 en 15 maart 2020. Er werd een gezamenlijke app groep aangemaakt om snel onderling uit te wisselen. Er was veel overleg, telefonisch en via beeldbellen, en er werd al snel een aantal taken verdeeld. De een was contactpersoon in het ROAZ namens de collega's, de ander onderhield de contacten met burgemeester en wethouders in Zwolle, weer een ander zorgde in de eerste periode voor de externe communicatie namens de Zwolse organisaties. Deze laatste rol werd specifiek aangekondigd in dagblad De Stentor (Keukenkamp & Koerhuis, 2020). En een van de bestuurders richtte zich op de beschermingsmiddelen en organiseerde daarvoor een luchtbrug. De overleggen hadden in de eerste periode vaak een sterk operationeel karakter. Na verloop van tijd veranderde dat en is ook een paar keer besproken dat het operationele overleg bij anderen belegd moest worden.

Geen gezamenlijke waardenafweging

In het regionale overleg is in deze fase niet expliciet stilgestaan bij de waarden die op dat moment voor bestuurders een rol speelden. Er heeft geen collectieve waardenafweging of waardenuitwisseling plaatsgevonden: bestuurders hebben er impliciet wel bij stilgestaan door het delen dat het hen aan het hart ging dat ze het besluit moesten nemen om dicht te gaan. Maar de impliciete waardes zijn niet scherp gemaakt.

'Nee er is niet expliciet toen bij stilgestaan. Natuurlijk heeft iedereen gezegd dit gaat ons heel erg aan het hart. Wat gaan we nou eigenlijk doen? Wat maakt dat we het doen, dat wij het besluit nu nemen. Daar hebben we wel even over gesproken. Maar we hebben onze eigen waarden niet gedeeld.'

De waarde 'samen'

De waarde 'samen' gaat over het samen optrekken in regionaal verband. Daarin zit zowel het contact met peers als gelijk optrekken in de regio. Bestuurders herkenden elkaars kwetsbaarheid en de zware verantwoordelijkheid van hun positie in deze onzekere tijd. Zij ontleenden steun aan elkaar. Het onderlinge contact als peers was voor veel bestuurders belangrijk: in hun onderlinge contacten konden ze hun dilemma's delen en elkaar een

luisterend oor bieden. Zij zochten elkaar ook op als sparringpartner of om feedback op te halen (zie ook paragraaf 5.2.4.).

'Ik had het ook wel heel erg nodig, die samenwerking met de collega's. Dus als je het hebt over waarden, was voor mij die gezamenlijkheid en je geborgen voelen als een bestuurder in die gezamenlijkheid ook wel een belangrijke waarde.'

'Ik heb mij wel heel erg gesteund gevoeld ook door andere bestuurders. Het helpt ook om je wat dapperder te maken in tijden van crisis en onzekerheid. Om het met elkaar te doen.'

Gelijk optrekken in de regio kreeg in eerste instantie invulling binnen de Zwolse context. De sluiting van de deuren voor bezoekers door één van de bestuurders op 16 maart 2020 versnelde het besluitvormingsproces van een aantal andere bestuurders die specifiek actief waren in de regio Zwolle (zie daarvoor ook tabel 1, paragraaf 5.1.1). Aan hun besluitvorming lag voor deze bestuurders ten grondslag dat ze als eenheid samen wilden optrekken en verschillen in hun handelen wilden voorkomen. De wens was om een eenduidige boodschap af te geven aan cliënten en familie in de regio en daarmee zoveel mogelijk rust te creëren, ook voor medewerkers. Op die manier wilden ze ook de bovenmatige belangstelling van de pers indammen.

Gelijk optrekken en autonomie

Gelijk optrekken speelde ook in de bredere context van de regio IJsselland. Zo werd bijvoorbeeld afgesproken om de richtlijnen van het RIVM te volgen in het gebruik van mondkapjes. Een andere organisatie in de regio, die niet in dit onderzoek betrokken is, liet deze lijn op een bepaald moment los en zette in afwijking van de RIVM-richtlijnen in de thuiszorg standaard beschermingsmiddelen in onder de noemer van 'professionele afweging'. Dat was een uitzonderingsclausule in de RIVM-richtlijnen. Een van de bestuurders gaf aan dat lastig te hebben gevonden, omdat het hen in diskrediet bracht. Bestuurders kwamen daardoor met hun medewerkers in discussie over wat veilig was. Want als de ene organisatie medewerkers volledig 'ingepakt' bij cliënten naar binnen laat gaan, is het dan wel veilig als een andere organisatie dat niet doet? Juist deze verschillen wilden de bestuurders voorkomen door één lijn te trekken in de regio.

'Mensen in de thuiszorg liepen dan zonder mondmasker, terwijl er van een andere [niet in dit onderzoek betrokken] organisatie maanmannetjes naar binnenkwamen. Ik vind dat een aanklacht tegen het samen. Het klopt niet, je brengt eigenlijk ons in diskrediet, omdat namelijk de grootste veiligheid het altijd wint in dit soort situaties als mensen onzeker zijn. Dat vind ik ingewikkeld.'

Op den duur leidde de sterke focus op gelijkheid tot meer dilemma's. Hoewel bijvoorbeeld de afspraken over gezamenlijke communicatie aanvankelijk goed werkten, kregen sommige bestuurders gaandeweg behoefte om toch vanuit de eigen organisatie te reageren, bijvoorbeeld op vragen van de pers naar cijfers. De oorspronkelijke lijn in de regio was om daar niet op in te gaan. Enkele bestuurders kozen ervoor om hierover toch meer informatie te delen. Als gevolg daarvan werden de andere bestuurders ook weer persoonlijk benaderd door de pers. In de woorden van diverse bestuurders 'schuurde' dat wel even. Daarmee kwam impliciet de vraag op tafel te liggen hoe ver loyaliteit aan het regiobesluit moest gaan. Op sommige onderwerpen hadden bestuurders behoefte aan eigen autonomie en wilden ze andere keuzes maken dan de meerderheid in de regio. Uiteindelijk kreeg het begrip 'samen'

een andere duiding, namelijk 'in openheid en afstemming met elkaar'. Dat betekende dat afwijken van de regionale lijn geaccepteerd was, maar bestuurders wel vooraf afstemming zochten en elkaar tijdig op de hoogte stelden.

Samenwerking in de keten

Er werd ook nauw samengewerkt met andere organisaties in de keten. Onderling hebben de bestuurders afspraken gemaakt over de verdeling van de instroom van cliënten om ruimte te maken voor de opvang van ziekenhuispatiënten met en zonder COVID-19 die geen ziekenhuiszorg (meer) nodig hadden, om daarmee de druk op het ziekenhuis te verlichten. Zo is de cliëntenstroom van de geriatrische revalidatiezorg herverdeeld, zodat twee bestuurders ruimte konden creëren voor extra opvang van COVID-19 patiënten.

5.3.2 Maatschappelijke discussie of eigen koers?

In de eerste periode lag ook in de regionale samenwerking de focus op veiligheid en bescherming. Na verloop van tijd kwam de waardendiscussie nadrukkelijk op gang en kwamen kwaliteit van leven en vrijheid meer op de voorgrond. Binnen de regio ging een aantal bestuurders in gesprek over versoepelingen in de toekomst (zie ook paragraaf 5.1.4). Er waren ook andere acties, onder andere een opiniestuk in De Stentor, waar enkele bestuurders aan meededen. Zij hadden moeite met het generieke karakter van de sluiting en het ontbreken van mogelijkheden voor maatwerk.

'Binnen de groep van bestuurders heb ik samen met een andere bestuurder op enig moment meer de rebellie toon aangeslagen en de vraag gesteld: doen we hier nog goed aan? Het is het algemene besluit, de algemene maatregel om de zorglocaties te sluiten. Dat staat eigenlijk maatwerk in de weg.'

Ook rondom de RIVM-richtlijnen over de inzet van beschermingsmiddelen was er veel discussie. Bijna alle bestuurders geven aan dat de tekorten aan beschermingsmiddelen een zware dobber waren, waar ze persoonlijk last van hebben gehad. Door de regionale samenwerking beschikten ze over voldoende beschermingsmiddelen naar de maatstaven van het RIVM. Maar het politieke karakter van de RIVM-richtlijnen, die meer gestuurd leken door overwegingen van zorg continuïteit dan door de wetenschap, lag een aantal bestuurders zwaar op de maag (zie ook paragraaf 5.1.5). Zij voelden zich verantwoordelijk voor hun medewerkers en twijfelden steeds sterker aan de RIVM-richtlijnen die hun houvast waren voor de bescherming van medewerkers.

Aan de ene kant waren er bestuurders die hierover het maatschappelijke debat wilden voeren en als regio de publiciteit wilden zoeken om het beleid te beïnvloeden. Aan de andere kant waren er bestuurders die de ruimte zochten in de eigen interpretatie van de richtlijnen en daarmee voldoende uit de voeten konden. Zij gaven signalen af via de eigen kanalen, zoals Actiz en de GGD, maar wilden dat niet als regio doen in de media. Daarbij kwam dat sommige bestuurders in andere overleggen op regionaal en landelijk niveau betrokken waren, en zich daardoor soms gecommitteerd hadden aan de afspraken die daar gemaakt werden. Dat was ook een belemmerende factor om als regio naar buiten te treden om het maatschappelijke debat te voeren. De regiobestuurders werden het hierover dan ook niet eens.

5.3.3. Groepsdynamiek

In de samenwerking waren verschillen zichtbaar, bijvoorbeeld tussen grote en kleine organisaties. Voor grote organisaties is het gemakkelijker om snel te schakelen op nieuwe ontwikkelingen dan voor kleine organisaties, die soms niet alle kennis en expertise in huis hebben of capaciteit kunnen vrijmaken. Dat leidde tot bepaalde patronen van trekkers en volgers, waarin grotere organisaties vaak net wat sneller naar voren stapten. En uiteraard speelden de karakters van bestuurders daar ook een rol in.

De groepsdynamiek had ook te maken met de fase waarin een organisatie zat. Niet iedereen had immers hetzelfde tempo. En bestuurders hebben altijd te maken met de interne dynamiek van de eigen organisatie. Dat maakte gelijk optrekken soms lastig. Daar waar gelijk optrekken niet lukte, bleef de verbinding zoals ook hierboven al beschreven intact door elkaar te informeren en uit te leggen waarom een bepaalde keuze werd gemaakt. Die beweging was niet alleen zichtbaar in de samenwerking in de regio IJsselland, maar werd door één van de bestuurders ook expliciet benoemd met betrekking tot andere regionale overleggen.

Het uitgangspunt van gelijk optrekken in de regio werd steeds meer een precare balans tussen het streven naar gelijkheid en de behoefte aan de eigen autonomie. Daar leek een verschil in opvattingen onder te liggen over hoe je knellend beleid moet adresseren: door het in een publiek debat aan te vechten of door het intern aan de orde te stellen en het intussen zoveel mogelijk naar je hand te zetten. De nieuwe duiding van 'samen', namelijk 'in openheid en afstemming met elkaar' zorgde ervoor dat de samenwerking op een goede manier overeind bleef. Aan die samenwerking hechten alle bestuurders belang en dat maakt dat begin 2021 de bestuurders in de regio IJsselland met elkaar een proces zijn aangegaan om te komen tot een regiovisie. In dat proces ligt de focus sterk op het beter leren kennen van elkaar en elkaars waarden en drijfveren en de invulling van 'regionaal leiderschap', ook in relatie tot de zorgketen. Dat krijgt bijvoorbeeld uiting in de huidige samenwerking met ketenpartners in de voorbereidingen op een mogelijke code zwart situatie.

5.4 Positieve invloed van het bezoekverbod?

In de zijlijn ontspon zich in verpleeghuisorganisaties en in de media ook een discussie over de positieve invloed van het bezoekverbod op de kwaliteit van leven van met name cliënten op de psycho-geriatrie afdelingen. Door de afwezigheid van een aantal prikkels, zoals bezoek van familie en vrijwilligers en ook behandelaars, zouden cliënten rustiger zijn en er minder sprake zijn van onbegrepen gedrag. De geïnterviewde bestuurders denken daar verschillend over. Deze discussie is niet zozeer van invloed geweest op de waardenafwegingen rondom het bezoekverbod, maar een effect dat mogelijk is opgetreden en van invloed kan zijn op toekomstige (waarden)afwegingen. Vandaar dat in deze paragraaf kort wordt stilgestaan bij de verschillende opvattingen die in de interviews naar boven zijn gekomen.

Een aantal bestuurders signaleert dat het bezoekverbod ruimte en rust creëerde en heeft zich voorgenomen om daar in de toekomst rekening mee te houden in de inrichting van processen, bijvoorbeeld door niet de hele dag bezoek te ontvangen. Eén bestuurder refereerde in deze context aan eerdere heftige incidenten door onbegrepen gedrag. Dat maakt dat deze bestuurder wil leren van de opgedane ervaring dat sommige cliënten goed gedijen in een prikkelarme omgeving.

Andere bestuurders zetten vraagtekens bij deze positieve effecten, omdat het moeilijk te herkennen is of een cliënt met dementie goed gedijt bij de rust en regelmaat of dat er wellicht juist sprake is van een depressie. Zij vroegen zich ook af voor wie het eigenlijk rustiger was: of het niet de medewerkers waren die de rust prettig vonden omdat het vaste dagritme niet werd verstoord door bezoekers en familieleden die hen gevoelsmatig op de vingers keken. Een deel van de medewerkers was eerder gewend om de zorg voor de cliënt volledig over te nemen en vond het wellicht best rustig dat de nauwere betrokkenheid en bemoeienis van familieleden nu even wegviel. Dat baart deze bestuurders zorgen, omdat zij zich afvragen of daarmee wel recht wordt gedaan aan de cliënt en zijn kwaliteit van leven.

Een van de bestuurders heeft onderzoek laten doen door de psychologen in zijn organisatie. Daar kwam uit dat ongeveer 20% van de cliënten op de psycho-geriatrische afdelingen baat leek te hebben bij minder prikkels en rustiger werd, maar ongeveer 60% van de cliënten op deze afdelingen juist meer onrust liet zien en een toename van apathie, agressie en het gebruik van psychofarmaca. Een andere bestuurder die onderzocht heeft of het 'positieve effect' niet de projectie van medewerkers op cliënten was, gaf aan daar nooit helemaal goed uitgekomen te zijn.

6. Analyse: in crisistijd weinig ruimte voor waardenafweging

In dit hoofdstuk wordt de samenhang tussen de thema's en uitkomsten uit de voorgaande hoofdstukken onder de loep genomen. Het betreft een analyse op hoofdlijnen. De verdieping binnen de thema's is onderdeel van de afzonderlijke hoofdstukken, die deels ook van tussentijdse conclusies zijn voorzien.

6.1 Bescherming en verantwoordelijkheid

In de eigen afwegingen van bestuurders en het landelijke beleid is een aantal parallellen zichtbaar. Zowel in het landelijke beleid als in de afwegingen van de geïnterviewde bestuurders kregen de veiligheid en bescherming van cliënten en medewerkers een absolute prioriteit boven de persoonlijke vrijheid van cliënten. Er was nog weinig bekend over het virus, maar duidelijk was dat het razendsnel om zich heen greep, mensen vaak ernstig ziek werden en er ook aan overleden. Dat zou desastreus uit kunnen pakken in de setting van een verpleeghuis waar kwetsbare mensen dicht bij elkaar wonen en er de hele dag in- en uitloop van bezoek is. De voorbeelden daarvan deden zich op dat moment al voor in Brabant en Limburg. De onzekerheid en de dreiging die van het virus uitging was groot. De waarde verantwoordelijkheid woog zwaar mee voor bestuurders: zij voelden zich verantwoordelijk om hun cliënten en medewerkers te beschermen. Die bescherming konden bestuurders noch de overheid bieden door preventieve inzet van persoonlijke beschermingsmiddelen, omdat daar grote tekorten aan waren. Daarom kozen bestuurders en politiek - gegeven de prioriteit die zij aan de bescherming van cliënten en medewerkers hechtten - voor de rigoureuze sluiting van hun huizen.

6.2 Expliciete waardenafweging?

Van een expliciete waardenafweging lijkt in de meeste gevallen geen sprake: de meeste bestuurders hebben geen expliciete waardenafweging gemaakt, hoewel zij de impact op de kwaliteit van leven van cliënten wel onderkenden en probeerden deze waarde binnen de kaders van het bezoekverbod zoveel mogelijk te benaderen. Voor een aantal van deze bestuurders woog ook de waarde 'samen' nadrukkelijk mee: de wens om gelijk op te trekken noopte tot snelle besluitvorming. Veiligheid was gelet op de situatie al het aangrijpingspunt en de wens tot gelijkheid in de regio heeft ertoe geleid dat veiligheid door een aantal bestuurders zonder expliciete waardenafwegingen voorop werd gesteld. In die zin heeft de regionale samenwerking wellicht in de weg gestaan van een integraal afwegingsproces. De bestuurders die wel een expliciete waardenafweging hebben gemaakt, hadden te maken met uitbraken in eigen huis of heel dichtbij, waardoor er in hun afweging geen ruimte was voor een andere keuze dan de keuze voor (fysieke) bescherming. Andere waarden kwamen letterlijk en figuurlijk niet in beeld.

Ook de overheid lijkt geen expliciete waardenafweging te hebben gemaakt. De situatie was nijpend en de overheid ging op advies van Verenso en na afstemming met de branche- en cliëntenverenigingen over tot het bezoekverbod, dat door alle betrokkenen noodzakelijk werd geacht om het groeiend aantal besmettingen in te dammen. De focus lag op de fysieke bescherming van de levens van kwetsbare ouderen en dat bleef lange tijd het geval. Daarbij ging het om veiligheid en bescherming in strikt medische zin: niet ziek worden of besmet raken. Kwaliteit van leven was daaraan ondergeschikt en moest vorm krijgen binnen de beperkingen van het bezoekverbod, zoals bijvoorbeeld zichtbaar was in de oproep om creatieve mogelijkheden te zoeken voor het contact tussen cliënten en hun familie.

Uitzondering op de focus op bescherming was wellicht de LOC, die na twee weken al maatwerk per huis of situatie bepleitte (LOC, 2020). In de praktijk van de geïnterviewde bestuurders waren de cliëntenraden zelf overigens vooral volgend en hadden zij begrip voor de genomen maatregelen.

Persoonlijke vrijheid speelde in de eerste periode geen rol. De focus lag volledig op het creëren van veiligheid en de gevoelde urgentie was groot. Voor individuele keuzes was geen ruimte vanwege de risico's die anderen daardoor zouden lopen, zoals de Minister-President het in de aanloop naar de landelijke sluiting formuleerde. Persoonlijke vrijheid was daarna nauwelijks een onderwerp van gesprek.

Praktische bezwaren?

Opvallend in deze context was een mededeling van Actiz in de aanloop naar de landelijke sluiting. Actiz meldde dat het advies om bezoek te beperken tot één bezoeker per dag per cliënt voor organisaties moeilijk te handhaven was en gegeven de omstandigheden een onevenredig beslag legde op de tijd van medewerkers. Dat roept de vraag op in hoeverre praktische afwegingen over het ongemak van de registratie en het toezicht op bezoekers mede leidend zijn geweest voor de rigoureuze sluiting waar uiteindelijk voor is gekozen en daarmee in hoeverre de volledige sluiting proportioneel was. Die praktische bezwaren komen echter niet naar voren uit de interviews met de bestuurders. Twee van hen hadden tot de landelijke sluiting een vergelijkbare bezoeksregeling. Ook de onderliggende overweging van enkele andere bestuurders om een paar weken de deuren te sluiten om tijd te winnen voor analyse en het inrichten van noodzakelijke maatregelen, laat juist ruimte voor de veronderstelling dat zij daarna wellicht juist voor andere opties hadden willen kiezen. Wel kregen enkele bestuurders op hun locaties al heel snel te maken met heftige uitbraken die waarschijnlijk aan mogelijke andere opties in de weg hadden gestaan.

6.3 Bescherming van kwetsbare ouderen voorop?

Een andere vraag die opkomt is of de bescherming van kwetsbare ouderen wel echt centraal stond in het landelijke beleid. Dat laat zich immers slecht rijmen met de positie van de verpleeghuissector met betrekking tot verdeling van beschermingsmiddelen: achteraan in de prioriteitenrij. De boodschap was dat de kwetsbare ouderen werden beschermd, maar in de verdeling van de schaarse voorraad is daar in feite geen uitvoering aan gegeven. In het ROAZ kregen de ziekenhuizen prioriteit. En hoewel het LCH dat eind maart 2020 werd opgericht als doel had om de persoonlijke beschermingsmiddelen eerlijk te verdelen onder de zorginstellingen waar de nood het hoogst was, duurde het nog tot 13 april 2020 voor er een nieuw verdeelmodel inging met het uitgangspunt dat gelijke risico's gelijk beschermd moesten worden. Ook hierin was het medische perspectief dominant.

Zorgmedewerkers in de verpleeghuizen en de thuiszorg hebben op grond van de RIVM-richtlijnen lange tijd onbeschermd moeten werken, waardoor zij zelf risico liepen en ook een risico vormden voor hun cliënten. Hoewel er in de loop van de tijd door bestuurders en de media steeds meer getwijfeld werd aan deze richtlijnen, werd een relatie tussen de richtlijnen en de schaarste van de beschermingsmiddelen steeds ontkend. In de RIVM-richtlijnen werd bovendien voorgeschreven dat medewerkers met klachten als zij geen koorts hadden toch moesten gaan werken, geheel tegen de algemene adviezen aan 'de rest van Nederland' in. Volgens de Minister was dit nodig in verband met de zorgcontinuïteit, maar de vraag dringt zich op of dit niet juist aan de uitval van zorgmedewerkers heeft bijgedragen. Daarmee heeft niet alleen de bescherming van zorgmedewerkers op de tocht gestaan, maar ook de bescherming van de cliënten die zij onder hun hoede hadden. Voor bestuurders leverde dit

soms persoonlijke dilemma's op: het vasthouden van het RIVM en de overheid aan de richtlijnen waar zij in toenemende mate aan twijfelden, maakte het voor hen onmogelijk om invulling te geven aan goed werkgeverschap. Hier botste de waarde compliance met andere waarden, zoals bescherming en goed werkgeverschap. Het tastte voor een aantal bestuurders het vertrouwen in het RIVM en de overheid aan.

De Minister bleef ook in zijn brief over de lessen van de eerste golf bij zijn standpunt dat de richtlijnen van het RIVM gebaseerd waren op inzichten van deskundigen ten aanzien van het besmettingsrisico in bepaalde behandelsituatie en niet op schaarste (Ministerie van VWS, 2020). Interessant is dat in september 2020 ophef ontstond, nadat in het programma Nieuwsuur naar buiten werd gebracht dat het RIVM erkende dat schaarste wel een rol heeft gespeeld bij de richtlijn dat verzorgenden in de ouderenzorg geen mondkapje hoefden te dragen bij 'kort contact' (Holdert & Van Hest, 2020.) Nieuwsuur ontdekte dat het RIVM het advies hierover in augustus 2020 in had getrokken door een wijziging op de website zonder dat verder bekend te maken. Minister-President Rutte ontkende vervolgens het bericht van Nieuwsuur: de aanpassing zou zijn gemaakt om verwarring (door de verschillen in de richtlijnen voor ziekenhuizen en verpleeghuizen) te voorkomen, niet omdat er eerder schaarste was en die nu voorbij zou zijn. Ook daarna bleef de discussie spelen.

6.4 Welke waarden?

In de interviews is een aantal waarden genoemd door bestuurders, die van een verschillende orde zijn. Deze waarden zijn uitgebreid toegelicht in paragraaf 5.1.2 en zijn hieronder weergegeven in tabel 2.

Categorie	Waarden
Constitutieve waarden	Veiligheid en bescherming
	Verantwoordelijkheid (goed werkgeverschap)
	Kwaliteit van leven
	Persoonlijke vrijheid
Procedurele waarden	Samen
	Compliance
Operationele afwegingen ⁴	Tijd winnen
	Informereren en communiceren

Tabel 2: Waarden uit de interviews

Interessant is dat naast de constitutieve waarden ook de procedurele waarden een grote invloed hebben gehad op de afwegingen van de bestuurders. De waarde 'samen' heeft betrekking op de regionale samenwerking en komt in dat kader hieronder apart aan bod. De waarde compliance is belangrijk geweest, omdat de overheid met het landelijke bezoekverbod de eigen besluiten volledig overnam en bestuurders verplichtingen oplegde. Het voornemen om na drie weken het eigen besluit te heroverwegen (opgenomen als 'tijd winnen' onder de operationele afwegingen) stierf dan ook een stille dood. Er werd landelijk bepaald en aangekondigd welke maatregelen gingen gelden. Bestuurders hebben zich daar ook aan gehouden en geen andere keuzes gemaakt, op de gevallen na waarin de richtlijnen

⁴ Strikt genomen zijn de operationele afwegingen geen waarden, maar zij zijn vanwege hun relevantie voor de bestuurlijke afwegingen toch als categorie aan deze tabel toegevoegd.

ruim werden geïnterpreteerd. De waarde compliance was dominant. Hier lijkt zich ook een verschuiving te manifesteren in de waardenhiërarchie van de verantwoordelijkheid van de bestuurder naar regels en procedures, vergelijkbaar met het door het CEG gesignaleerde risico op een dergelijke verschuiving bij zorgmedewerkers, die ook hierna nog aan de orde komt (CEG, 2019, p.39).

Bestuurders verlieten zich in de beginfase nadrukkelijk op de richtlijnen van het RIVM en het overheidsbeleid, vanuit het vertrouwen dat die meer kennis hadden hoe het virus het beste kon worden aangepakt. Op den duur daalde dat vertrouwen bij een aantal bestuurders en ging de waarde compliance botsen met andere waarden, zoals hierboven is beschreven. Dat maakte dat een deel van hen steeds meer de ruimte zocht in de interpretatie van de regels of zich richtte op het maatschappelijke debat.

6.5 Het medische perspectief

Bescherming en veiligheid werden ingevuld als bescherming van de fysieke gezondheid en overleven. Dat betekende dat de proportionaliteit en de noodzaak van het inperken van kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid werden beoordeeld vanuit medisch perspectief. Den Uijl et al. (2020) spreken in dit verband over een beleidsreflex waarin het in leven houden van mensen centraal staat. Zoals in paragraaf 2.2 is geconstateerd, omvat het recht op bescherming meer dan alleen fysieke veiligheid en ziet bescherming ook op goede zorg en menselijke waardigheid. Als in leven blijven, ongeacht de condities en omstandigheden waarin dat leven plaatsvindt, het enige is dat telt, wordt dat uit het oog verloren (Kanne, Keinemans & De Jonge, 2020).

Bovendien moet een inperking van de persoonlijke vrijheid omwille van bescherming altijd proportioneel zijn. Zo is in het Kwaliteitskader (2017) nadrukkelijk vastgelegd dat de autonomie, eigen regie over het leven en het welbevinden van de cliënt leidend moeten zijn. Het bezoekverbod gaat hieraan voorbij. De invulling van bescherming uitsluitend vanuit het medische perspectief is een te smalle basis en laat het nieuwe kwaliteitsdenken in feite geheel links liggen. Ook als het gaat om een inperking van rechten in het kader van de bescherming van anderen kan niet alleen het medisch perspectief doorslaggevend zijn en moet er steeds een zorgvuldige afweging gemaakt worden tussen het individuele belang van de cliënt (of zijn familielid) en het algemene belang dat met de inperking gediend wordt. Die afweging kwam pas aan de orde toen veiligheid en bescherming vanuit medisch perspectief voldoende gegarandeerd konden worden door afname van de besmettingen en de grotere beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen. In de handreiking voor de bezoekenregeling (2020) werden aanknopingspunten geboden om die afweging op lokaal niveau te maken.

6.6 Afwegingsruimte bestuurders

De juridische inbedding van het bezoekverbod in de noodverordeningen van de Veiligheidsregio's was zodanig vormgegeven dat bestuurders vanaf het moment dat het landelijke bezoekverbod een feit was vrijwel geen eigen afwegingsruimte hadden (alleen in de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden was afwijking mogelijk). Hoewel de Raad van State in haar voorlichting aan de Tweede Kamer de wijziging van de modelnoodverordening van 28 april 2020 zodanig heeft geïnterpreteerd dat het vanaf dat moment de bestuurders waren die een belangenafweging moesten maken tussen het algemene en het individuele belang, is daar geen enkele bekendheid aan gegeven. De

Minister is blijven sturen op de voorwaarden van de bezoeksregeling en de versoepelingen die vanaf medio mei 2020 ingingen. Daarmee heeft de eigen afweging van bestuurders op grond van de noodverordening geen invulling gekregen, zoals ook in hoofdstuk 5 wordt geconstateerd. Tegelijkertijd wordt in hoofdstuk 5 duidelijk dat een aantal bestuurders de afwegingsruimte die zij misten, op den duur zelf hebben gecreëerd door eigen interpretatie en ruimhartige toepassing van de regels.

Inmiddels zijn de noodverordeningen vervangen door de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 die sinds 1 december 2020 van kracht is. Daarin is vastgelegd dat er in principe altijd tenminste één familielid of naaste van een bewoner op bezoek mag komen, behoudens zeer uitzonderlijke omstandigheden. Dat geldt ook als een verpleeghuis toch (tijdelijk) dicht moet in het belang van de volksgezondheid (artikel 58o, lid 4 jo lid 5 Wet publieke gezondheid.)

Den Uijl et al. wijzen in meer algemene zin op de bestuurlijke autonomie van zorgorganisaties. Zij stellen dat wat 'bestuurlijke ongehoorzaamheid' van zorgbestuurders in de kwestie van de coronacrisis veel waardevols had kunnen opleveren. Het is echter de vraag of zorgbestuurders die autonomie ook als zodanig (hebben) ervaren. Bestuurlijke ongehoorzaamheid hoeft immers alleen aan de orde te komen, als er voldoende afwegingsruimte ontbreekt. Overigens laat de ruimhartige interpretatie van regels in een aantal gevallen zien dat er wellicht meer gebeurd is dan algemeen bekend is.

6.7 Persoonlijke vrijheid van medewerkers

Uit de interviews komt naar voren dat ook de persoonlijke vrijheid van medewerkers werd ingeperkt door de medische richtlijnen. Dat werd door de zorgmedewerkers vaak juist als prettig ervaren. Ondernemingsraden vroegen om duidelijke kaders, omdat die bijdroegen aan een gevoel van veiligheid bij de medewerkers. Het bood medewerkers ook houvast in de communicatie naar familie. De afgelopen jaren is in veel organisaties de ontwikkeling ingezet om eigenaarschap en verantwoordelijkheid steeds meer bij de medewerkers en teams te beleggen. Die ontwikkeling was echter nog niet voldragen en medewerkers vonden het prettig dat de richtlijnen een duidelijk kader gaven dat zij konden communiceren naar familie en waar zij zelf buiten konden blijven. Dat kan ook voor een deel de terughoudendheid verklaren bij het maken van uitzonderingen vanwege mogelijke precedentwerking. Het lijkt er op dat de aansturing op basis van de medische richtlijnen medewerkers als het ware 'ontsloeg' van de verantwoordelijkheid om binnen hun eigen invloedssfeer zelf naar het bredere perspectief te kijken en stil te staan bij andere waarden zoals kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid. Hier doet zich de door het CEG (2019, p. 39) gesignaleerde verschuiving voor van de verantwoordelijkheid van de zorgmedewerker naar regels en procedures.

Dat leidt tot een dubbele uitholling van het Kwaliteitskader, omdat zowel de eigen regie van de cliënt als de ondersteuning daarin door medewerkers in het gedrang kwamen. Daar waar bescherming bovenaan stond waar het ging om veiligheid vanuit medisch perspectief, stond bescherming dus niet bovenaan in de betekenis van ondersteuning bij zelfontplooiing en eigen regie.

6.8 Liever iets té veilig, dan niet veilig genoeg?

De urgentie van de situatie en de onzekerheid over een goede bestrijding hadden drastische maatregelen tot gevolg. De beschrijving in de Handreiking voor de bezoeksregeling dat de

overheid met beperkte kennis, middelen en tijd tot een radicale interventie moest beslissen en daarbij als uitgangspunt hanteerde *‘liever iets té veilig, dan niet veilig genoeg’* geeft het dilemma van de overheid goed weer. De overheid lijkt hier het voorzorgsbeginsel op de klassieke manier te hebben geïnterpreteerd. Hetzelfde geldt in feite voor een deel van de bestuurders die uit voorzorg zelf tot sluiting voor bezoekers zijn overgegaan.

Nu er geen expliciete waardenafweging gemaakt lijkt te zijn en veiligheid vanaf het begin voorop is gesteld, is de vraag in hoeverre er wel een weging heeft plaatsgevonden van de baten en de kosten van de maatregelen. Daarmee wordt zowel op materiele als ook op immateriële kosten gedoeld (zie paragraaf 2.5). Uiteraard maakten de onzekerheid en de onvoorzienbaarheid van deze kosten het moeilijk om tot een reële weging te komen. Dat betekent echter niet dat een verkenning van deze kosten onmogelijk is. Met name de immateriële kosten van de maatregelen, namelijk de dramatische gevolgen voor de persoonlijke vrijheid en kwaliteit van leven van cliënten, hadden vooraf geïdentificeerd en gewogen kunnen worden, hoe gebrekkig wellicht ook. Van een dergelijke weging of verkenning is echter nergens gebleken. Hier lijkt zich ook het door Brenninkmeijer (2011) gesignaleerde risico voor te doen dat politici, bestuurders en ambtenaren bij een rationele analyse verstrikt kunnen raken in hun eigen logica, omdat deze onvoldoende waarborgen biedt ten aanzien van het wijs omgaan met risico's. Hij noemt bijvoorbeeld de verhouding tussen de maatregel en het probleem en de effecten van maatregelen op systeemniveau. Er lijkt in de beginfase geen oog geweest te zijn voor deze verhoudingen en effecten omdat de medische veiligheid volledig leidend was.

Daarmee lijkt de overheid (en in navolging bestuurders) met het absolute bezoekverbod regelrecht in de ‘risico-regelreflex’ geschoten te zijn, terwijl de nieuwe risicobenadering die de WRR in 2008 adviseerde hier van grote betekenis had kunnen zijn. Deze nieuwe benadering is immers gericht op de proactieve omgang met onzekerheden zoals de kwetsbaarheid van mensen, de samenleving en de natuurlijke omgeving (WRR, 2008, p.146.) waardoor meer recht gedaan kan worden aan de conflicterende waarden die spelen. Wellicht heeft deze benadering gaandeweg toch aan invloed gewonnen: de handreiking voor de bezoeksregeling waarin de lokale dialoog werd benadrukt, met name waar het ging om de bescherming en risico's van anderen, past hier goed bij.

6.9 Samenspraak en tegenspraak

De afweging en besluitvorming van bestuurders rondom de sluiting en in de periode daarna kwam tot stand op advies van of in samenspraak met de crisisteams. Uiteraard draagt een intensieve samenwerking zoals in de crisisteams het geval was het risico op verschillende vormen van bias in zich, maar op basis van de interviews vallen daar geen conclusies aan te verbinden. Aannemelijk is dat er tijdens het proces wel vormen van bias zijn opgetreden. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan availability bias en anchoring bias: zeker in de beginfase was de kennis over COVID-19 zeer beperkt en hebben de crisisteams zich gebaseerd op de beschikbare informatie van het RIVM en de overheid. Daarmee is wellicht ook de focus op het medische perspectief overgenomen of bekrachtigd.

Wat opviel is dat bestuurders zich terdege bewust waren van het risico op bias of een tunnelvisie en het belangrijk vonden om de onafhankelijke blik te waarborgen in het crisisteam. Dat deden ze langs verschillende wegen: bijvoorbeeld door de voorzitter van de cliëntenraad in het team op te nemen, door een ‘kritisch toehoorder’ te introduceren in het

crisisteam of door afwisselend met twee verschillende crisisteams te werken. Daarnaast zochten bestuurders binnen de organisatie actief hun tegenspraak op bij bepaalde functionarissen en hadden ook de ondernemingsraden en (centrale) cliëntenraden een rol om andere perspectieven in te brengen, al was hun inbreng meestal beperkt en is er geen echte waardendiscussie gevoerd. Anders dan Kruse et al. (2020) stellen (zie paragraaf 2.4) zijn zij echter binnen de beperkingen van de situatie, zoals de tijdsdruk in de beginfase en het soms moeizaam tot stand komende digitale overleg, wel nadrukkelijk betrokken.

6.10 De rol van de bestuurder

In de bestuurlijke waardenafweging komen diverse rollen van de bestuurder uit paragraaf 2.3 samen: boegbeeld voor de organisatiewaarden, verbinder van interne en maatschappelijke waarden, ondernemer en bewaker. Die rollen zijn in diverse combinaties terug te zien in de verschillende benaderingen van de bestuurders in de omgang met het knellende beleid en botsende waarden (zie paragraaf 5.1.6). Bij bestuurders die met name gericht waren op compliance aan wet- en regelgeving lijkt de nadruk wat meer te liggen op de bewakersrol. Voor bestuurders die graag het maatschappelijke debat wilden aangaan lijkt de rol van verbinder van interne en maatschappelijke waarden wat meer op de voorgrond te staan. En bij de bestuurders die de ruimte opzochten in de interpretatie van de regels ligt de nadruk wellicht meer op de rol van ondernemer. Het gaat uiteindelijk om een combinatie van rollen en vanuit die combinatie van rollen gaven zij in hun organisatie richting aan het afwegingsproces. Soms werden ze daarin gesteund door de waarden zoals die in de organisatie beleefd werden, soms moesten ze vanuit hun eigen waarden het interne debat voeden. Het contact met peers die zich in dezelfde situatie bevonden was daarin een belangrijke ondersteuning voor een aantal bestuurders.

6.11 Regionale samenwerking

De bestuurders in de regio IJsselland hebben intensief met elkaar samengewerkt. Zij beschouwden het samen optrekken nadrukkelijk als een waarde. Die waarde zag zowel op het contact met peers als op gelijkheid in de regio. Bestuurders herkenden elkaars kwetsbaarheid en de zware verantwoordelijkheid van hun positie in deze onzekere tijd. Zij ontleenden steun aan elkaar en waren elkaars sparringpartner: als je in je organisatie het boegbeeld moet zijn, is het bijzonder prettig als je je af en toe kunt optrekken aan collega's die met dezelfde vragen en dilemma's te maken hebben. Ze hielpen elkaar op die manier ook met de onafhankelijke blik bij hun afwegingen. In het regionale overleg is in de eerste fase echter niet expliciet stilgestaan bij de waarden die op dat moment voor bestuurders een rol speelden. Er heeft geen collectieve waardenafweging of waardenuitwisseling plaatsgevonden.

Gelijk optrekken in de regio was voor een aantal bestuurders die specifiek actief waren in de regio Zwolle een belangrijke component van de waarde 'samen', die nadrukkelijk heeft meegewogen in het eigen besluit om de deuren te sluiten, nadat één van de collega-bestuurders op 16 maart 2020 de deuren sloot voor bezoekers. Gelijkheid speelde ook in de bredere context van de regio IJsselland. Door één lijn te trekken wilden bestuurders verwarring bij en discussie met medewerkers en familie van cliënten voorkomen. In die component gelijkheid valt overigens ook een parallel te zien met de eerdergenoemde verschuiving van verantwoordelijkheid naar regels en procedures (CEG, 2019, p. 39): door terug te grijpen naar afspraken over gelijk optrekken in de regio kwamen eigen afwegingen wellicht minder nadrukkelijk aan de orde.

Toch kregen bestuurders op bepaalde onderwerpen op den duur behoefte aan eigen autonomie en wilden ze soms andere keuzes maken dan de meerderheid in de regio. De waarde 'samen' kreeg daardoor gaandeweg een andere duiding, namelijk 'in openheid en afstemming met elkaar, elkaar niet verrassen'. Dat betekende dat afwijken van de regionale lijn geaccepteerd was, maar bestuurders wel vooraf afstemming zochten en elkaar tijdig op de hoogte stelden. Het uitgangspunt van gelijkheid in de regio werd steeds meer een precaire balans tussen het streven naar gelijkheid en de behoefte aan de eigen autonomie. Daar leek een verschil in opvattingen onder te liggen over hoe je knellend beleid moet adresseren: door het in een publiek debat aan te vechten of door het intern aan de orde te stellen en het intussen zoveel mogelijk naar je hand te zetten. De nieuwe duiding van 'samen', namelijk 'in openheid en afstemming met elkaar' zorgde ervoor dat de samenwerking op een goede manier overeind bleef. De intensieve samenwerking heeft de regionale bestuurders ondanks verschillen in opvattingen dichter bij elkaar gebracht. Het vervolgproces dat zij momenteel met elkaar doorlopen is erop gericht om de samenwerking te versterken, ook ten dienste van de hele zorgketen.

In de oorspronkelijke duiding van de waarde 'samen' lijkt een inherente spanning te zitten. Wat als 'samen' werd geduid, ging vooral over 'hetzelfde doen'. Dat is niet noodzakelijkerwijs hetzelfde als 'samen doen'. In de ontwikkeling naar de nieuwe duiding is het begrip 'samen' meer tot volle wasdom gekomen: een samenwerking waarin gemeenschappelijke, regionale en maatschappelijke belangen centraal staan met behoud van ieders eigen autonomie én verantwoordelijkheid.

In de intensieve samenwerking speelde uiteraard de groepsdynamiek een rol. Dat is op basis van de interviews echter niet rechtstreeks herleidbaar tot specifieke vormen van bias zoals genoemd in paragraaf 2.5. Aannemelijk is dat er tijdens het proces wel vormen van bias zijn opgetreden. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan availability bias en anchoring bias: zeker in de beginfase was de kennis over COVID-19 zeer beperkt en hebben bestuurders zich nadrukkelijk verlaten op de beschikbare informatie van het RIVM en de overheid. Daarmee kan ook hier de focus op het medische perspectief overgenomen of bekrachtigd zijn. De interviews bieden echter onvoldoende aanknopingspunten om hier verdere uitspraken over te doen.

7. Conclusies en discussie

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe bestuurders de afweging hebben gemaakt tussen persoonlijke vrijheid van cliënten en bescherming van cliënten en medewerkers bij de sluiting van de verpleeghuizen tijdens de eerste COVID-19 golf in Nederland, welke andere waarden een rol spelen en welke lessen we kunnen leren voor de toekomst. In de voorgaande hoofdstukken zijn de deelvragen (impliciet) al beantwoord. In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken met betrekking tot de hoofdvraag en worden de uitkomsten toegelicht aan de hand van het conceptueel model. Daarna volgt een discussiedeel waarin wordt stilgestaan bij enkele beperkingen van het onderzoek, ‘meeropbrengsten’ en mogelijke vervolgvragen.

7.1 Conclusies op basis van het onderzoek

Op basis van de vorige hoofdstukken kunnen de volgende algemene conclusies worden getrokken.

1. Bescherming vanuit medisch perspectief stond voorop

De meeste bestuurders hebben geen expliciete waardenafweging gemaakt: veiligheid en bescherming waren voor hen leidend. De waarde bescherming werd zowel landelijk als bestuurlijk ingekleurd vanuit het medische perspectief (als bescherming van de fysieke gezondheid en overleven) en kreeg absolute prioriteit. De waarde verantwoordelijkheid versterkte de waarde bescherming. De waarden kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid waren hieraan ondergeschikt.

2. Het medische perspectief heeft geleid tot een verschraling van de waarde bescherming.

De waarde (en het recht op) bescherming is breder dan alleen bescherming vanuit het medische perspectief. Dat het medische perspectief zo prominent in beeld was, is vanuit de snelle verspreiding, het heftige ziektebeeld en de sterfte onder verpleeghuiscliënten heel begrijpelijk, maar deed geen recht aan het nieuwe kwaliteitsdenken in de verpleeghuiszorg. De uitgangspunten van het Kwaliteitskader, de eigen regie over het leven en het welbevinden van de cliënt, zijn hiermee buiten spel gezet. De absolute prioriteit voor het medische perspectief past ook niet bij de uitleg die het EHRM geeft aan het recht op bescherming van cliënten, waarin respect voor eigen keuzes zoveel mogelijk voorop moet blijven staan.

3. Het medische perspectief heeft veelal in de weg gestaan aan de weging van individuele belangen.

Ook als het niet gaat om bescherming van de cliënt zelf, maar om de bescherming van anderen, kan het medische perspectief niet zonder meer leidend zijn. Er moet steeds een belangenafweging worden gemaakt tussen de individuele belangen en de maatschappelijke belangen bij het doel van de beperking, in dit geval de volksgezondheid. In het landelijke beleid is daar ten onrechte aan voorbijgegaan: afwegingen in die richting zijn daarin niet terug te vinden en de formulering in de noodverordening bood nauwelijks ruimte voor uitzonderingen. De belangenafweging kwam door een wijziging van de noodverordening vanaf 28 april 2020 bij bestuurders te liggen, maar dat was op dat moment bij bestuurders niet bekend. Pas toen veiligheid en bescherming vanuit medisch perspectief voldoende gegarandeerd konden worden door afname van de besmettingen en de grotere beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen kreeg deze belangenafweging

vorm en inhoud: namelijk in de Handreiking voor de bezoeksregeling (2020) die aanknopingspunten bood om die afweging op lokaal niveau te maken. In de praktijk hebben een paar bestuurders echter wel eerder door een eigen, ruimhartige interpretatie van de richtlijnen enige ruimte gecreëerd voor uitzonderingen.

4. De absolute prioriteit van het medische perspectief leidt tot een dubbele uitholling van het Kwaliteitskader.

De absolute prioriteit van het medische perspectief maakte dat de ontwikkeling van eigenaarschap en het nemen van verantwoordelijkheid door medewerkers en teams min of meer stil kwam te liggen. Het volgen van medische richtlijnen stond nu centraal. Het lijkt er op dat medewerkers daarop terugvielen en niet meer binnen hun eigen invloedssfeer zelf naar het bredere perspectief keken en stilstonden bij andere waarden zoals kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid. Dat leidde tot een dubbele uitholling van het Kwaliteitskader, omdat zowel de eigen regie van de cliënt als de ondersteuning daarin door medewerkers in het gedrang kwamen.

5. Ook het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen was ondermijnend voor het nieuwe kwaliteitsdenken

Het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen maakte dat bestuurders de waarde bescherming niet op een minder vergaande manier konden invullen. Dat speelde ook mee in de operationele afweging om voor drie weken de deuren te sluiten voor bezoek en daarmee tijd te winnen om zaken te regelen: er was een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen en zonder deze beschermingsmiddelen werd bezoek niet mogelijk geacht. Uiteraard gold hetzelfde voor de overheid, die al moeite had om de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor het zorgpersoneel te organiseren. Dat betekende dat de waarde bescherming niet door het gebruik van beschermingsmiddelen in balans gebracht kon worden met waarden als kwaliteit van leven en persoonlijke vrijheid. En omdat het medisch perspectief absolute prioriteit had, werd er daarmee een forse streep gezet door de ontwikkelingen in het kwaliteitsdenken van het laatste decennium.

6. Goed werkgeverschap stond op de tocht

Het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen speelde ook een belangrijke rol in relatie tot de bescherming van medewerkers en de verantwoordelijkheid die bestuurders voelden naar hun medewerkers en cliënten. Bij de landelijke prioriteit voor bescherming van de kwetsbare ouderen zijn in hoofdstuk 6 enkele vraagtekens geplaatst: de verpleeghuissector stond achteraan in de rij voor de beschermingsmiddelen en tegelijkertijd moesten medewerkers met verkoudheidsklachten lange tijd gewoon doorwerken. Bestuurders verlieten zich in de beginfase op de richtlijnen van het RIVM en de overheid in het vertrouwen dat die (meer) kennis hadden hoe cliënten en medewerkers tegen het virus beschermd konden worden. Vanuit de waarde compliance volgden zij de richtlijnen. Op den duur daalde dat vertrouwen bij een aantal bestuurders en ging de waarde compliance botsen met de waarde verantwoordelijkheid en goed werkgeverschap. Dat maakte dat een deel van hen de ruimte zocht in de interpretatie van de regels of zich richtte op het maatschappelijke debat.

7. De medezeggenschap heeft meebewogen met bestuurders, de onafhankelijke blik werd door bestuurders ook langs andere wegen opgehaald

Bestuurders hebben zich ingezet om de cliëntenraden en ondernemingsraden tijdig aan te haken op alle ontwikkelingen. In de praktijk hadden de raden veel begrip en weinig nieuwe

inbreng. Bestuurders hebben daarnaast op verschillende manieren een (extra) onafhankelijke blik geborgd en actief tegenspraak opgehaald bij individuele functionarissen.

8. Er was verschil in de benadering van knellende regels en botsende waarden

Bestuurders gingen verschillend om met knellende regels en botsingen tussen de waarden bescherming en persoonlijke vrijheid of andere waarden. Sommige bestuurders hielden lang vast aan de waarde compliance, andere bestuurders zochten het maatschappelijke debat op. Er waren ook bestuurders die hun eigen ruimte zochten in een ruimhartige interpretatie van de regels. Vanuit deze verschillende opvattingen en rolinvulling gaven bestuurders richting aan de afwegingsprocessen in hun organisatie. Daarvoor moesten ze soms ook zelf het interne debat voeden. Het contact met peers die zich in dezelfde situatie bevonden was daarin een belangrijke ondersteuning voor een aantal bestuurders.

9. De regionale samenwerking was voor bestuurders cruciaal

De eerste COVID-19 golf heeft het regionale samenwerkingsproces versneld en bijgedragen aan de ervaren waarde 'samen'. Het contact met peers was voor bestuurders cruciaal, zeker in de eerste onzekere periode. Als je in je organisatie het boegbeeld moet zijn, is het bijzonder prettig als je je af en toe ook aan anderen kunt optrekken. Het risico is dat er een verschuiving plaatsvindt van verantwoordelijkheid naar afspraken en procedures. Met de nieuwe duiding van 'samen' ('in openheid en afstemming met elkaar') werden de eigen autonomie en verantwoordelijkheid van bestuurders meer benadrukt.

10. Procedurele waarden hebben een grote invloed gehad op de afwegingen van bestuurders

Opvallend is de grote betekenis die procedurele waarden hebben gehad en hun dominantie in een bepaalde fase van de eerste COVID-19 golf. Zowel de waarde compliance als de waarde 'samen' hebben in de besluitvorming van bestuurders een bepaalde dominantie gehad, die soms afbreuk heeft gedaan aan zelfstandige afwegingen.

7.2 Lessen voor de toekomst

De eerste COVID-19 golf heeft ons laten zien wat de consequenties zijn van een eenzijdige focus op (medische) veiligheid. Daarmee is niet gezegd dat alles anders had gemoeten: zo simpel is het niet. Wel kunnen we hiervan leren dat een eenzijdig waardenperspectief geen recht doet aan de complexiteit van het leven, dat veel meer omvat dan fysieke gezondheid en overleven. Juist voor cliënten in een verpleeghuis die nog slechts een korte levensverwachting hebben, zijn (ook) andere perspectieven essentieel. Het feit dat ook de bescherming van anderen in het geding was, maakte de afwegingen lastig. De bescherming van de één raakt de vrijheid van de ander en omgekeerd. Volledige vrijheid van het individu en volledige bescherming van het collectief zijn onverenigbaar. Wat overblijft is de dialoog, het wegen van waarden en belangen en het creëren van ruimte om mee te bewegen zonder dat de ander alle rechten ontnomen worden. Daarmee kunnen beide waarden in balans worden gebracht.

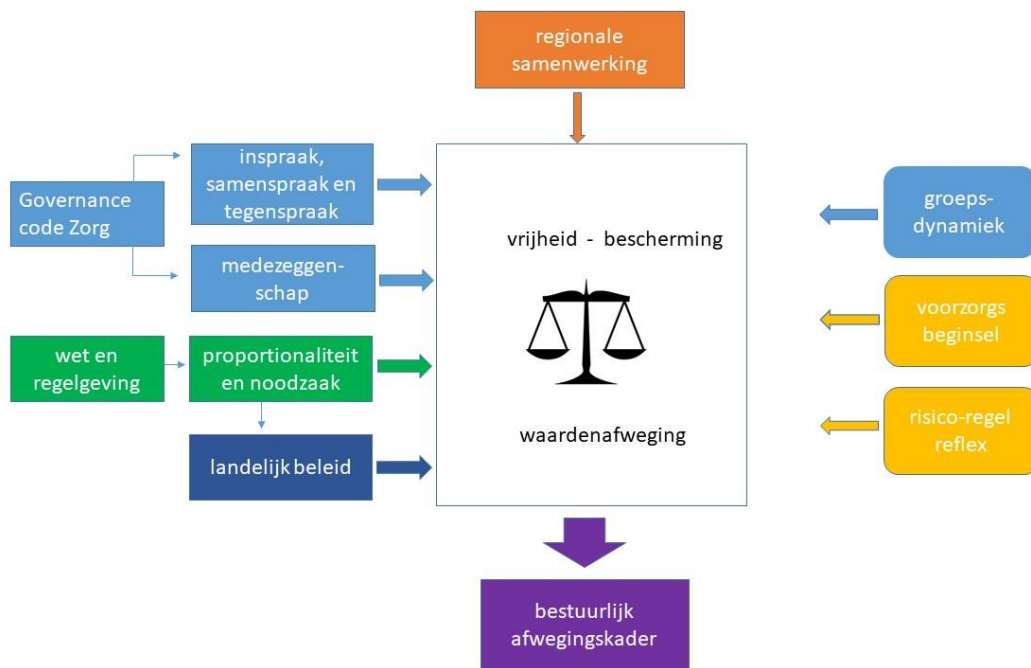
Het terugbrengen van regels en protocollen naar verantwoordelijkheid, de omkering van de door het CEG geduide beweging, begint bij de overheid. De overheid moet haar regeldrift loslaten en de verantwoordelijkheid voor goede zorg neerleggen bij de zorg, door te sturen op uitkomsten. Bestuurders moeten de dialoog die hierboven genoemd wordt aangaan en hun medewerkers daarin meenemen, zodat die uiteindelijk ook het gesprek aangaan met

cliënten en hun familie. Daarvoor moeten alle partijen zicht hebben op het bredere perspectief. En het vraagt om inspanning en lef. In de handreiking voor de bezoekenregeling, waar inmiddels een derde versie van is vastgesteld, staan handvatten om op locatiebasis dergelijke gesprekken aan te gaan met cliëntenraden en de ondernemingsraad of de VAR/PAR. Die kunnen een aanzet vormen voor de nieuwe dialoog. Waar het gaat om crisissituaties sluit dat ook aan op de nieuwe risicobenadering die de WRR al in 2008 introduceerde: het leren omgaan met onzekerheden in plaats van rücksichtslose voorzorgsmaatregelen.

Voor bestuurders liggen er ook lessen voor het proces van waardenafweging, die sommigen van hen zelf hebben aangedragen. Juist als waarden onder druk staan, is het belangrijk om ruimte te maken voor een expliciete afweging. Het structureel inzetten van moreel beraad kan bijvoorbeeld een belangrijke waarborg zijn om waarden expliciet te maken. Natuurlijk zal het een uitdaging zijn om daar in crisistijd nadrukkelijk ruimte voor te maken. Daarom is het goed om dat moreel beraad nu al vaker in te zetten en deze werkwijze 'gewoon' te maken. Dat geldt ook binnen de context van de regionale samenwerking. Vanuit gedeelde waarden is het immers gemakkelijker samenwerken en kun je als peers nog beter de rol van sparringpartner vervullen. De intentie van de bestuurders is om de regionale samenwerking (nog) steviger vorm te geven. Daarvoor is het goed om te starten met een gezamenlijk waardenkader.

7.3 Terug naar het conceptueel model

In het conceptueel model zijn verschillende factoren opgenomen die van invloed zijn op de waardenafweging door bestuurders en samen het bestuurlijke afwegingskader vormen. Aan de linkerkant zijn verschillende factoren weergegeven die de afweging van de conflicterende waarden persoonlijke vrijheid en bescherming door bestuurders (kunnen) beïnvloeden. Aan de rechterkant zijn drie factoren opgenomen die invloed kunnen hebben op het proces van waardenafweging en besluitvorming. Hieronder worden de factoren in het model en hun samenhang in vogelvlucht beschreven.



Inspraak, samenspraak en tegenspraak zijn de verschillende vormen waarin belanghebbenden worden betrokken bij de besluitvorming en die beschreven zijn in de Governance code Zorg. *Medezeggenschap* maakt daar deel vanuit, maar heeft een expliciete plaats gekregen in het model, omdat de belangen van zowel cliënten als medewerkers rechtstreeks worden geraakt in deze waardenafweging. De bestuurders hebben zich binnen de beperkingen van de situatie steeds nadrukkelijk ingezet om de cliëntenraden en ondernemingsraden te betrekken in het besluitvormingsproces, maar een echte waardendiscussie is niet gevoerd. Aan de rechterkant staat tegenover deze factoren de factor *groepsdynamiek*. Hoewel het niet mogelijk is gebleken om conclusies te trekken over specifieke vormen van bias, is wel aannemelijk dat deze een rol hebben gespeeld. Uit het onderzoek komt naar voren dat bestuurders zich bewust waren van het risico op bias en actief tegenspraak opzochten en de onafhankelijk blik in hun crisisteam en het afwegingsproces bevorderden. Vanwege deze samenhang heeft de factor groepsdynamiek dezelfde kleur gekregen.

De belangrijkste criteria uit de wet- en regelgeving, meer specifiek uit het EVRM, waar het gaat om de inperking van persoonlijke vrijheid zijn *proportionaliteit en noodzaak*. De beoordeling van deze criteria vraagt waar het gaat om de bescherming van anderen om een afweging tussen individuele belangen en algemene belangen. Die beoordeling is gemaakt in het *landelijke beleid*, waarbij vooral het medisch perspectief leidend was. Het medisch perspectief alleen is echter te beperkt voor de zorgvuldige afweging die gemaakt moet worden tussen het individuele belang van de cliënt (of zijn familielid) en het algemene belang dat met de inperking gediend wordt. Kritiek op het bezoekverbod betreft onder andere het gebrek aan ruimte voor uitzonderingen. Met een wijziging van de noodverordening waarop het bezoekverbod gebaseerd was, bleek de belangenafweging bij de bestuurders beland te zijn. Zij waren zich daar niet bewust van. Een aantal van hen heeft echter door ruimhartige interpretatie van de regels wel enige eigen ruimte gecreëerd.

In het oorspronkelijke conceptueel model ontbrak één belangrijk factor: de *regionale samenwerking*. Bestuurders hebben deze samenwerking (ook) als een waarde geduid: die

waarde betrof zowel het contact met peers dat voor veel bestuurders heel belangrijk is geweest als de wens om gelijk op te trekken in de regio. Dit heeft er voor een aantal bestuurders toe geleid dat veiligheid zonder expliciete waardenafwegingen voorop werd gesteld. In die zin heeft de regionale samenwerking wellicht in de weg gestaan aan een volledig afwegingsproces. De regionale samenwerking is als factor aan het conceptueel model toegevoegd.

Proportionaliteit kan ook gelinkt worden aan *het voorzorgsbeginsel* en de *risico-regelreflex*. Dat wordt treffend samengevat in het adagium 'liever iets té veilig, dan niet veilig genoeg' dat zowel het overheidsoptreden als het handelen van bestuurders karakteriseert. Zeker in de beginfase lijkt er geen oog geweest te zijn voor de verhouding tussen de maatregel en het probleem en de effecten van de maatregelen op systeemniveau.

De afweging van *persoonlijke vrijheid* en *bescherming*, de waarden die centraal staan in dit onderzoek, was tweeledig. Naast de bescherming van de cliënt zelf was ook de bescherming van anderen in het geding. Dat maakte de afwegingen gecompliceerd: omdat volledige vrijheid van het individu en volledige bescherming van het collectief onverenigbaar zijn. Wat overblijft is de dialoog. De Handreiking voor de bezoeksregeling biedt daar een aanzet toe.

7.4 Discussie

Inkijk in de samenwerking

Aan een retrospectief onderzoek als dit kleven natuurlijk nadelen. In hoofdstuk 3 is daar al bij stilgestaan. Dat neemt niet weg dat de interviews een mooie inkijk bieden in de processen van waardenweging en de regionale samenwerking in de regio IJsselland. Het feit dat de geïnterviewde bestuurders op één na allemaal de eerste COVID-19 golf in de regio IJsselland hebben meegemaakt en daarin intensief hebben samengewerkt, betekent dat het onderzoek bovendien een beeld geeft van het samenwerkingsproces dat zij hebben doorlopen in deze ongekende crisisperiode en de thema's waar zij mee hebben geworsteld. Tegelijkertijd legt het ook een zekere spanning op het beschrijven van de opbrengsten en conclusies: het is tenslotte een samenwerking die voortduurt. Het onderzoek moet daar geen afbreuk aan doen. Als bestuurssecretaris, werkzaam voor één van de geïnterviewde bestuurders, ben ik geen volledige buitenstaander. Dat betekent dat dit onderzoek ook impact zou kunnen hebben op de onderlinge relaties van 'mijn' bestuurder met de andere bestuurders. Dat alles vraagt om sensitiviteit in de beschrijvingen.

Beperkingen onderzoekaanpak

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven, zitten er nadrukkelijk beperkingen aan een retrospectief onderzoek als het onderhavige. Voorafgaand aan de interviews hebben de geïnterviewde bestuurders als geheugensteuntje een tijdslijn ontvangen. Dat bleek behulpzaam, maar desondanks heeft een aantal bestuurders aangegeven dat het lastig was om gebeurtenissen precies in de tijd te plaatsen. Het gesprek over de ontwikkelingen heeft dan ook op een zeker abstractieniveau plaatsgevonden, waarin vooral de grote lijn is besproken.

Hoewel de topiclist ervoor gezorgd heeft dat in alle interviews dezelfde onderwerpen aan bod kwamen, ontstond er in de gesprekken vaak een andere volgorde en is op verschillende onderwerpen doorgevraagd. Dat heeft geleid tot een rijke opbrengst, maar ook tot beperkingen als het gaat om de vergelijkbaarheid van alle interviews. Triangulatie door middel van de focusgroep was belangrijk om in ieder geval enkele hoofdlijnen te toetsen. De

focusgroep heeft een nadrukkelijke meerwaarde gehad in het aanscherpen van thema's en het voorkomen van te gemakkelijke generalisaties in de beschrijving van de resultaten. In de gekozen onderzoeks- en rapportagevorm is echter niet uit te sluiten dat er onbedoeld toch generalisaties zijn opgetreden.

Beleidsonderzoek

Het onderzoek naar het landelijke beleid is een immense klus: in dit geval is het beperkt tot de brieven van de Minister aan de Tweede Kamer en de notulen van de Kamerdebatten. Dat is geen willekeurige keuze, maar wel een beperking van al het beschikbare materiaal. De briefings van het RIVM aan de Tweede Kamer zijn bijvoorbeeld vrijwel buiten beschouwing gebleven. En hoewel publicaties van de verschillende branche- beroeps- en cliënten verenigingen in het onderzoek zijn betrokken, is daar geen uitputtend onderzoek naar verricht. Er is kortom nog veel materiaal op de plank blijven liggen, dat mogelijk bepaalde uitkomsten in een ander licht zou kunnen plaatsen.

Voorbij de reflex

Een opvallende conclusie is dat de prioriteit van het medische perspectief tot een dubbele uitholling van het Kwaliteitskader heeft geleid, omdat zowel de eigen regie van de cliënt als de ondersteuning daarin door medewerkers in het gedrang kwamen. Het lijkt alsof het Kwaliteitskader in tijden van crisis opeens werd losgelaten als leidend beginsel. Daarmee zijn de kwaliteitsontwikkelingen van het laatste decennium in één keer van tafel geveegd. Inmiddels worden die weer zo goed mogelijk in ere hersteld, maar het roept de vraag op hoe we deze reflex in de toekomst (ook voorbij de COVID-19 pandemie) voor kunnen zijn. Voorkomen is immers beter dan genezen en de reflex om terug te vallen op risicobeheersing is diep gebleken.

De centraal door de Minister afgekondigde maatregelen hebben niet bijgedragen aan de autonomie en eigen koers van verpleeghuisbestuurders. Desondanks hebben enkele bestuurders de uitleg van bepaalde regels en richtlijnen opgerekt en daar een eigen toepassing aan gegeven, zonder veel al te veel ruchtbaarheid. Naar mijn overtuiging is het van belang dat bestuurders daarvoor geen ruimte hoeven op te rekken, maar zij worden beschouwd als degenen die het beste de afwegingen kunnen maken wat er nodig is om de lokale situatie zo goed mogelijk te adresseren. Uiteraard op basis van de bovengenoemde dialoog. Dat vraagt om richtlijnen en regels met voldoende afwegingsruimte voor bestuurders, zodat zij de mogelijkheid krijgen - en de verplichting! - om uitzonderingen te maken voor speciale situaties en maatwerk te leveren. Daarmee wordt de beweging van regels en procedures naar verantwoordelijkheid ondersteund en de waarde compliance teruggebracht naar een meer ondergeschikte rol. En dat maakt ruimte vrij voor constitutieve waarden.

Spreekbuis voor de verpleeghuiszorg?

In overleggen over het landelijke beleid werden ook branche-, beroeps- en cliëntenverenigingen betrokken. Bij gebrek aan officiële afspraken over de vertegenwoordiging van de sector namen Verenso en Actiz al snel de rol van spreekbuis voor de sector op zich. Ingegeven door de rampzalige situaties in de eerste periode heeft Verenso een registratie op poten gezet, die een belangrijk aandeel leverde in het zichtbaar maken van de besmettingen en overlijdens in de verpleeghuizen. Zij vertegenwoordigden met name het medische perspectief. Dat is logisch gelet op hun professie, maar in de vertegenwoordiging van de sector had een breder waardenperspectief vanuit andere

invalshoeken niet misstaan. Actiz lijkt Verenso daarin gevolgd te hebben en zich reactief te hebben opgesteld, hoewel het verder onderzoek vergt om hier echte conclusies aan te verbinden. De enige belangenorganisatie die in de eerste periode andere waarden op de kaart heeft gezet, was de LOC, wat hen op dat moment niet door alle cliëntenraden en bestuurders in dank werd afgenomen. In de Handreiking voor de bezoeksregeling hebben de diverse branche-, beroeps- en cliëntenverenigingen zich weliswaar verenigd in een meer kritische beschouwing van de beperking van persoonlijke vrijheid en kwaliteit van leven, maar die kwam pas in de loop van mei 2020 tot stand. Voor een goede vertegenwoordiging van de sector zou het goed zijn als ook de branche-, beroeps- en cliëntenverenigingen elkaar meer zouden opzoeken én benutten voor onderlinge tegenspraak in het belang van de cliënt waar het uiteindelijk om gaat.

Tegenspraak: rol van de raad van toezicht

In de vraagstelling van dit onderzoek is de raad van toezicht niet expliciet opgenomen. De rol van de raden van toezicht is dan ook onderbelicht gebleven. De veronderstelling ligt voor de hand dat zij in deze periode – op afstand - bij uitstek hun rol als klankbord voor de bestuurder hebben vervuld. Het is dan ook opvallend dat de raden van toezicht maar zeer beperkt ter sprake zijn gekomen naar aanleiding van de vragen over tegenspraak.

Een onderzoek naar de rol van de raden van toezicht zou een mooie aanvulling kunnen zijn op dit onderzoek. Met name interessant is de vraag hoe zij met de bestuurder het gesprek hebben gevoerd over bescherming versus persoonlijk vrijheid en welke rol compliance daarin heeft gehad. Om de beweging van regels en procedures naar verantwoordelijkheid te maken, is hun ondersteuning van groot belang. Dat kan immers alleen als de raad van toezicht ook accepteert dat compliance niet altijd bovenaan staat en de focus legt op verantwoordelijkheid.

Positieve effecten van het bezoekverbod?

In hoofdstuk 5 is een aparte paragraaf toegevoegd om stil te staan bij de discussies over de positieve effecten van het bezoekverbod. Zoals daar valt terug te lezen, verschillen bestuurders daarover van mening. Kennelijk kunnen er meer redenen zijn voor de beleefde rust op de psycho-geriatrie afdelingen en hoeft de ervaren rust niet per se bij te dragen aan de kwaliteit van leven van cliënten. Met het oog op toekomstige toepassing van de inzichten en de consequenties van verkeerde conclusies voor cliënten verdient ook dit onderwerp zeker nader onderzoek.

Tot slot

We schrijven inmiddels mei 2021 en zijn beland in de derde COVID-19 golf. De afgelopen maanden zijn er nieuwe beperkingen geweest vanwege de oplopende besmettingen, hoewel bezoek steeds mogelijk is gebleven. Het spanningsveld tussen persoonlijke vrijheid en bescherming speelt nog steeds volop in de verpleeghuissector. De afgelopen maanden zijn cliënten gevaccineerd voor zover zij (of hun familie als ze die beslissing zelf niet konden nemen) dat wilden. Ook het zorgpersoneel heeft zich kunnen laten vaccineren. Hoewel we van cliënten weten of zij gevaccineerd zijn, weten we dat niet van de zorgmedewerkers. Langzamerhand ontstaat er meer ruimte: voor meer bezoekers, grotere groepen en hopelijk ook snel meer activiteiten. Tegelijkertijd ontstaan er nieuwe dilemma's: want vaccinaties geven geen 100% garantie, bezoek is vaak nog niet gevaccineerd en er zijn zowel medewerkers als cliënten die niet gevaccineerd zijn. Om me tot die laatste groep te beperken: zolang deze nieuwe dilemma's zich voordoen, is de vraag legitiem of niet-gevaccineerde cliënten beschermd moeten worden, bijvoorbeeld door het dragen van

mondkapjes of het niet meedoen aan bepaalde activiteiten vanwege het grotere risico dat zij zelf lopen. Of vanwege het grotere risico dat niet-gevaccineerde cliënten en medewerkers (maar ook gevaccineerde cliënten en medewerkers) lopen als zij zonder vaccinatie aan activiteiten meedoen. Wat weegt zwaarder: hun persoonlijke vrijheid om de wereld ongevaccineerd tegemoet te treden tijdens activiteiten of de bescherming van hun -al dan niet gevaccineerde- medebewoner of zorgmedewerker? Hier is geen eenduidig antwoord op te geven en past slechts de bovengenoemde dialoog, waarin waarden en belangen in een lokaal proces gezamenlijk worden gewogen.

8. Literatuurlijst

- Actiz. (2020a, 19 maart). ActiZ: begrip voor ingrijpende maatregelen kabinet rond bezoek verpleeghuizen. Geraadpleegd op <https://www.actiz.nl/nieuws/actiz-begrip-voor-ingrijpende-maatregelen-kabinet-rond-bezoek-verpleeghuizen>
- Actiz. (2020b, 15 maart). Verpleeghuizen met besmettingen sluiten voor bezoek. Geraadpleegd op <https://www.actiz.nl/nieuws/verpleeghuizen-met-besmettingen-sluiten-voor-bezoek>
- ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, Verenso, beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen en Nederlands Instituut van Psychologen. (2020, 7 mei). *Handreiking voor bezoekbeleid verpleeghuizen in corona-tijd*.
- Afdeling Advisering Raad van State. (2020, 25 mei). *Voorlichting over grondwettelijke aspecten van (voor)genomen crisismaatregelen*. Kamerstukken II 2020/21, 25295, nr. 312
- Baarda, B., De Goede, M. P. M., & Van der Meer-Middelburg, A. G. E. (2007). *Basisboek interviewen*. Handleiding voor het voor het voorbereiden en afnemen van interviews. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Berlin, I. (1958). *Twee opvattingen van vrijheid*. Ed. H. Hardy (2002). Amsterdam: Boom.
- Blom, S. en Blom A. (2020). *Concreet plan om tot eventuele versoepeling bezoekverbod te komen*. Geraadpleegd op 9 april op <https://oudwordenmetzorg.nl/versoepeling-bezoekverbod>
- Boerefijn, I., & Dute, J. C. J. (2017). Mensenrechten in verpleeghuizen. *Nederlands Tijdschrift voor de Mensenrechten. NJCM-Bulletin*, 42, 27-46.
- Boin, A., Overdijk, W., Van der Ham, C., Hendriks, J., Sloof, D. (2020). *COVID-19. Een analyse van de nationale crisisrespons*. Leiden: The Crisis University Press.
- Breakwell, G.M., 2012. Interviewing. In: *Research Methods in Psychology*, eds. G.M. Breakwell, J.A. Smith, & D.B. Wright, 367-390. London: Sage Publications.
- Brenninkmeijer, A. (2011). Risico's, chaos en het perspectief van de burger. In: *Veiligheid boven alles. Essays over oorzaken en gevolgen van de risico-regelreflex*, eds. J.V. Tol, I. Helsloot & F. Mertens. Den Haag: Boom Lemma uitgevers 2011.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (2019). *Veilige zorg, goede zorg?* Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- College voor de Rechten van de Mens. (2016). *De cliënt centraal. De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen*.
- De Limburger. (2020, 9 maart). Eerste Limburgse coronadode woonde in verzorgingshuis in Sittard. *De Limburger*.
- Den Uijl, H., Frankowski, A., & Hendriks, W. (2020). Van beleidsreflex naar reflexief beleid. In: Centrum voor Ethiek en Gezondheid. *Ethiek in tijden van Corona*. (2020). *Signalering Ethiek en Gezondheid 2020/5*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2020.

- De Vries, K., & Koffeman, N. (2020). Achter gesloten deuren. De bezoeksregeling verpleeghuizen en artikel 8 EVRM. *Nederlands Juristenblad*, 27, 1936-1942.
- EHRM 7 maart 2006, Evans t. Verenigd Koninkrijk, nr. 6339/05.
- EHRM 20 maart 2007, TysiTc t. Polen, nr. 5410/03.
- EHRM 2 oktober 2012, Plesó t. Hongarije, nr. 41242/08.
- Frederiks, B., Naber, J., Hovenga, N., Landeweert, E. (2020). COVID-19 in verpleeghuizen: juridische en morele bespiegelingen over de restrictieve maatregelen. In: Centrum voor Ethiek en Gezondheid. *Ethiek in tijden van Corona*. (2020). *Signalering Ethiek en Gezondheid 2020/5*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2020.
- Governancecode Zorg. (2017). Geraadpleegd op <https://www.governancecodezorg.nl>
- Helsloot, I., & Scholtens, A. (2015). *Krachten rond de risico-regelreflex beschreven en geïllustreerd in 27 voorbeelden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Hendriks, A. C., Frederiks, B. D., & Verkerk, M. A. (2008). Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 32(1), 2-18.
- Hoepfl, M. C. (1997). Choosing qualitative research: A primer for technology education researchers. *Journal of Technology Education*, 9(1).
- Holdert, M. & Van Hest, R. (2020.) Mondkapjesrichtlijn RIVM voor ouderenzorg tóch gebaseerd op schaarste. NOS Nieuwsuur. Geraadpleegd op <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2348840-mondkapjesrichtlijn-rivm-voor-ouderenzorg-toch-gebaseerd-op-schaarste.html>
- Keukenkamp, S. & Koerhuis, B. (2020, 16 maart). Zorgcentra regio Zwolle sluiten deuren voor familie, vrijwilligers en dagbesteding. *De Stentor*.
- Kiers, B. (2020, 17 april). Bezoekverbod verpleeghuizen is op den duur onhoudbaar. *Zorgvisie*. Geraadpleegd op <https://www.zorgvisie.nl/bezoekverbod-verpleeghuizen-is-op-den-duur-onhoudbaar>
- Kruse, F.M, van Tol, L., Vrinzen, C., van der Woerd, O. & P.P.T. Jeurissen. (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands: the second wave. LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 25 November 2020
- LOC. (2020, 31 maart). Brief aan Ministeriële Commissie Crisisbeheersing. Geraadpleegd op <https://www.cliëntenraad.nl/wp-content/uploads/sites/3/2020/03/Brief-LOC-maatwerk-bezoek-verpleeghuizen-2.pdf>
- Markus, N. (2020, 16 april). Het ziekenhuis kwam voor het verpleeghuis. *Trouw*.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken. (2004). Nota Grondrechten in een pluriforme samenleving. Kamerstuk, 29, 614.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 19 maart). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 31765, 491.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 25 maart). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 25295, 199.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 31 maart). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 25295, 200.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 22 april). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 25295, 277.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 6 mei). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 25295, 315, par. 4.2.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 19 mei). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 25295, 351.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 4 juni). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 25 295, 386.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 24 juni). Brief aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2019/20, 25 295, 428.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 16 juli). Brief aan de Tweede Kamer.
- Minkman, M., Zonneveld, N., & Nies, H. (2017). Waardegedreven governance anno 2017. *Kwaliteit in zorg*, 2017 (1), 8-12.
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco: Leuven/Den Haag.
- Reinink, M. (2020, 15 juli). Ouderenzorg weer van de agenda. Geraadpleegd op <https://www.artsenauto.nl/nienke-nieuwenhuizen-ouderenzorg-covid-19/>
- RIVM. (2020, 17 maart). Advies n.a.v. 60e OMT COVID-19. Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2020/03/17/advies-nav-60e-omt-covid-19>
- RTLNieuws. (2020, 12 maart). De nieuwe landelijke maatregelen tegen het coronavirus op een rij. Geraadpleegd op 7 april 2021 op <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5054036/persconferentie-rutte-rivm-coronavirus-maatregelen>
- Stoopendaal, A. (2009). Zorg met afstand. *ZM Magazine-Boardroom ZORG*, 3, 2-6.
- Stoopendaal, A. M. V. (2008). *Zorg met afstand*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Tawney, R.H. (1938,). *Equality*. 3de druk. Londen.
- Toe Laer, E. (2020). Belangrijker dan ooit: de ondernemingsraad in tijden van corona. *FD*.
- Tweede Kamer. (2020a, 18 maart). Motie van de leden Asscher en Krol, nr. 161.
- Tweede Kamer. (2020b, 18 maart). Plenair debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.
- Tweede Kamer. (2020c, 26 maart). Plenair debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.
- Tweede Kamer. (2020d, 8 april). Plenair debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.

- Tweede Kamer. (2020e, 16 april). Plenair debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.
- Tweede Kamer. (2020f, 22 april). Plenair debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.
- Tweede Kamer. (2020g, 25 juni). Plenair debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus.
- Umans, R.J. (2020, 15 juli). LOC-coördinator blikt terug op totstandkoming bezoeksregeling verpleeghuizen. Geraadpleegd op <https://www.cliëntenraad.nl/nieuws/bezoek-in-het-verpleeghuis>
- Van Assema, P., Mesters, I., & Kok, G. (1992). Het focusgroep-interview: een stappenplan. The focus group interview: stepwise guidelines. *TSG (Dutch Journal of Health Sciences)*, 7, 431-7.
- Van den Dool, P. (2020a, 13 maart). RIVM-baas: 'Helpt Nederlanders zal uiteindelijk virus krijgen. *NRC Handelsblad*.
- Van den Dool, P. (2020b, 20 april). Juist het fysieke contact is voor mensen in een verpleeghuis zo belangrijk. *NRC Handelsblad*.
- Van de Klundert, M. (2020, 17 april). Minister kreeg al weken signalen over dreigende tekorten in verpleeghuizen. NOS Nieuws. Geraadpleegd op 30 april 2021 op <https://nos.nl/artikel/2330830-minister-kreeg-al-weken-signalen-over-dreigende-tekorten-in-verpleeghuizen>
- Van Houwelingen, H. (2020, 27 mei). Verpleeghuiskoepel vindt bezoeksregel te streng en pijnlijk voor bewoners: 'Te zwaar offer'. *Algemeen Dagblad*.
- Van der Scheer, W. (2013). *Onder Zorgbestuurders: Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*.
- Van der Velde, M., Jansen, P. & Dijkers, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek - Opzetten, uitvoeren, analyseren en rapporteren*. Hilversum: Concept uitgeefgroep.
- Van Sasse van IJsselt, P.B.C.D.F. (2018). *Realisering van grondrechten: De rechtsplicht van de overheid tot de verwerkelijking van grondrechten bij botsende rationaliteiten en belangen in een rechtspolitieke context*.
- Veiligheidsberaad. (2020). Modelnoodverordening 26 maart 2020. Geraadpleegd op <https://www.veiligheidsberaad.nl/2020/03/26/groepsvormingsverbod-voor-hele-veiligheidsregio/>
- Veiligheidsberaad. (2020). Modelnoodverordening COVID-19 bij aanwijzing van 24 april 2020. Geraadpleegd op <https://www.raadvanstate.nl/publish/pages/119227/model-noodverordening-covid-19-bij-aanwijzing-24-april-2020.pdf>
- Verenso. (2020, 19 maart). Op advies van Verenso scherpt Kabinet bezoekersregeling verpleeghuizen aan. Geraadpleegd op <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2020/op-advies-van-verenso-scherpt-kabinet-bezoekersregeling-verpleeghuizen-aan>

- Verenso. (2020a, 31 maart). Kabinet besluit tot langer sluiten verpleeghuizen voor bezoek. Geraadpleegd op <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2020/kabinet-besluit-tot-langer-sluiten-verpleeghuizen-voor-bezoek>
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek* (Vijfde druk. ed.). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Visser, M. (2020a, 7 april). Ook in thuiszorg en verpleeghuis moet veiligheid leidraad zijn, stellen vakbonden. *Trouw*.
- Visser, M. (2020b, 14 juni). Versoepeling bezoekverbod in verpleeghuizen zorgt voor spanningen. *Trouw*.
- Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid. (2003). *Waarden, normen en de last van het gedrag*.
- Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid. (2008). *Onzekere veiligheid. Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*.
- Wijnsma, P. (2019). *Tussen heiligheid en barbarij. Ethiek van het besturen*.
- Zorginstituut Nederland. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*.

Bijlage 1: topic list interviews

1. Ik wil je graag mee terugnemen naar 16 maart 2020. Op die dag hebben de verpleeghuizen in de regio Zwolle de deuren gesloten voor bezoekers. Hoe was dat, welke afwegingen hebben daarin een rol gespeeld? En welke rol heeft de landelijke sluiting gespeeld?

WAARDEN

- de sluiting in de regio Zwolle was een regionale afspraak, hoe is de afstemming hierover verlopen en welke waarden hebben daarin een rol gespeeld?
- welke waarden hebben in het organisatiebesluit een rol gespeeld (organisatiewaarden & persoonlijke waarden)
- welke rol heeft de waarde bescherming gespeeld?
- welke rol heeft de waarde persoonlijke vrijheid gespeeld?
- is er sprake is geweest van een expliciete afweging van de waarden bescherming en persoonlijke vrijheid van cliënten en hoe is die afweging gemaakt?

INVLOED

- In de landelijke discussie heeft Verenso een grote rol gehad en gekozen voor bescherming. Hoe was dat in eigen huis? Heeft SO belangrijkere rol gehad in afwegingen dan andere partijen (bv verpleegkundigen en verzorgenden, verwanten)?
- wie heb jij betrokken bij de besluitvorming? (welke andere partijen hebben invloed gehad?)
- hoe hebben zij de afweging/besluitvorming beïnvloed?
- hoe heb jij in deze periode tegenspraak in en buiten de organisatie georganiseerd?
- hoe heb jij de medezeggenschap betrokken, is die in deze periode geïntensiveerd?
- welke waarden zijn er daarbij aan bod gekomen en welke invloed hebben die gehad op de besluitvorming?

AFWIJKING/UITZONDERINGEN

- Heb je nu of later in het proces overwogen om een andere gedragslijn te volgen dan de landelijke? Heb je dat op enig moment ook gedaan/waarom heb je het niet overwogen?
- Heb je specifieke afwegingen gemaakt rondom specifieke doelgroepen?

2. De tijdslijn maakt zichtbaar dat er daarna nog verschillende fases zijn gevolgd: verlengingen, pilot, versoepelingen. Omwille van de tijd wil ik die niet één voor één langslopen, maar ik ben wel benieuwd naar de verschuivingen in de waardenafweging tijdens de ontwikkelingen in deze fases.

-Welke organisatie & persoonlijke waarden speelden voor jou een rol?

-Wat was de invloed van:

- interne afstemming
- regionale afstemming
- tegenspraak
- medezeggenschap: OR/ CCR
- andere vormen van participatie: bv specifieke doelgroepen?

-Is de rol van de CCR anders geworden na de inwerkingtreding van de WMCZ 2018?

3. Op 24 april is de noodverordening waarop het bezoekverbod gebaseerd was gewijzigd. *De noodverordening bevatte nog steeds een verbod om aanwezig te zijn in een zorginstelling zonder toestemming van de beheerder, maar de gronden waarop die toestemming verleend of ontzegd moet worden, waren niet langer opgenomen. Dat betekent volgens de Afdeling Advisering van de RvS (25 mei 2020) - dat vanaf dat moment het niet de regeling zelf was die het verbod oplegde, maar de beheerder van het verpleeghuis - dat de eerbiediging van de*

persoonlijke levenssfeer als zwaarwegende factor moest worden meegewogen bij de toestemmingsbeslissing.

- was deze wijziging bekend, is hierover gecommuniceerd aan de bestuurders?
 - heeft deze wijziging invloed gehad op het afwegings- en besluitvormingsproces en zo ja, welke?
 - heeft dit de waardenafweging beïnvloed?
4. Er is veel geschreven over de positieve effecten van het bezoekverbod op het welbevinden van cliënten, minder prikkels, meer rust & regelmaat. Heeft dat een rol gespeeld in de afwegingen en zo ja, welke?
 5. Zijn er essentiële zaken zijn waarvan je zegt 'daar heb ik hele grote moeite mee gehad... dat was zo tegen wie ik van nature ben' waar je dan toch een besluit over moet nemen?
 6. We hebben nu uitgebreid gesproken over waardenafweging in de eerste COVID-19 golf. Ik ben benieuwd hoe je als bestuurders in de (reguliere) dagelijkse praktijk bezig bent met waardenafweging?
 - zijn er meer voorbeelden van situaties waarin er nadrukkelijk sprake is van een weging van waarden en waarin komt dat tot uiting?
 - wat is je rol als bestuurder en wie betrek je daarbij?
 - hoe organiseer je tegenspraak?
 - wat is de rol van medezeggenschap (OR-CCR)
 - in hoeverre worden in dat soort situaties andere vormen van participatie ingezet?
 7. In de verschillende fasen van het bezoekverbod is er afgewogen en afgestemd in verschillende overleg 'groepen': het crisisteam, het managementoverleg, overleggen met de OR en de CCR, de regionale afstemming. Hoe liepen die processen *binnen* de verschillende 'groepen'?
 - Zijn er opvallende dingen als je terugdenken aan die processen binnen die groep, zag je daar bepaalde patronen?
 - Was er overal ruimte voor een gesprek, voor inbreng van iedereen? Kan je daar iets over zeggen?
 8. Welke lessen zijn er te leren van de eerste COVID-19 golf?
Hoe zou je op basis van wat er allemaal is gepasseerd in toekomstige crisissituaties met waarde afweging willen omgaan, de afweging rondom besluitvorming?
 9. Ik overweeg een focusgroep met alle bestuurders in te richten om de uitkomsten te toetsen en aan te scherpen, wil je daar aan meedoen? Dit zal ongeveer een uur in beslag nemen.

Bijlage 2: uitnodiging bestuurders

Beste bestuurders,

Allereerst hartelijk dank voor jullie bereidheid om mee te werken aan mijn onderzoek naar de bestuurlijke waardenafweging tijdens de eerste COVID-19 golf.

Mijn onderzoek richt zich in het bijzonder op de waardenafweging rondom de 'persoonlijke vrijheid' en 'bescherming' van cliënten en medewerkers. Aan de hand van de bijgevoegde tijdslijn wil ik graag met jullie teruggaan naar de eerste COVID-19 golf en met jullie verkennen welke afwegingen en beslissingen jullie hebben moeten maken. Mijn belangrijkste vragen zijn welke waarden in het geding zijn geweest, hoe jullie die hebben afgewogen, wie er betrokken zijn geweest bij de besluitvorming, welke rol de regionale afstemming heeft gehad en welke lessen jullie hierin zien voor toekomstige crisissituaties.

Van het interview wil ik graag een geluidsopname maken, voor een zorgvuldige verwerking van alle informatie. Deze geluidsopname zal ik na afronding van het onderzoek vernietigen.

Graag tot ziens tijdens het interview!

Met vriendelijke groet,

Madelijn van Tilborg

Tijdslijn bezoekverbod verpleeghuizen eerste COVID-19 golf



Bijlage 3: thema's voorgelegd aan focusgroep

Op basis van de interviews heb ik een paar algemene lijnen geformuleerd die ik aan de focusgroep heb voorgelegd om daar op te reflecteren.

1. *Geen ruimte voor waardenafweging?*

Wat opviel in de interviews was het operationele karakter van de overleggen, het operationele handelen door bestuurders en de waarde 'tijd winnen' in de beginfase. Het lijkt alsof er letterlijk en figuurlijk geen ruimte was voor waardenafweging...

2. *Medische veiligheid prioriteit, ook in de toekomst?*

In de gesprekken zijn er bestuurders die terugblikkend zeggen 'ik zou in dezelfde situatie onder dezelfde omstandigheden weer dezelfde keuze maken en veiligheid vooropstellen in die eerste periode, mijn waardenafweging is in die zin niet veranderd', maar ook bestuurders die zeggen 'ik heb er heel veel last van gehad dat we ons zozeer hebben laten leiden door medische veiligheid en ik wou dat ik eerder of meer mijn stem geroerd had om tot andere keuzes te komen (zo mogelijk vanuit het bestuurlijk collectief) en ik hoop dat ik dat een volgende keer doe.'

3. *Vrijheid van de professional?*

Naast de vrijheid van de cliënt is ook de vrijheid van de medewerkers beknot:

- artsen die het moeilijk vinden om een stukje van hun professionele autonomie in te leveren;
- maar ook zorgmedewerkers die juist zoveel mogelijk duidelijkheid in kaders en instructies wilden. En daarmee vaak terugvielen in oude patronen van een systeem, gericht op vaste handelwijzen en protocollen. Een aantal bestuurders gaf aan dat medewerkers de versoepelingen lastig vonden, omdat ze moesten gaan differentiëren en de eenduidigheid wegviel. Tegelijkertijd spreekt er uit de interviews een sterke behoefte om maatwerk te bieden, ruim te interpreteren, en zoveel mogelijk de mazen van de regels op te zoeken.

4. *Afstand versus betrokkenheid:*

Een interessant verschil is de visie op de aansturing van het crisisteam. Een gedeeld beeld dat naar voren kwam is het belang om overzicht te houden en geen onderdeel van de crisis te worden. De opvatting over hoe je dat invult verschilde:

- Word je voorzitter van het crisisteam, zodat je direct kunt sturen? Met het risico dat je er teveel in opgaat?
- Of blijf je daar bewust uit door de aansturing van het crisisteam bij een manager te leggen? Zodat je als bestuurder meer de blik naar buiten kunt richten en met een zekere distantie kunt kijken naar de situatie? En in hoe blijf je dan goed aangesloten, ben je op de hoogte en kun je zelf sturen op de laatste ontwikkelingen?

5. *De waarde 'samen':*

Er is veel door jullie gezegd over de regionale samenwerking. In de eerste fase werd die ingevuld als 'één lijn trekken, loyaliteit, elkaar bijstaan en ook de pers niet de kans geven om de samenwerking uit elkaar te drijven'. Op den duur ontstond er behoefte om te kunnen differentiëren in lokale situaties en wilden sommigen meer dan anderen het maatschappelijk debat voeren. Centrale vraag die in een aantal gesprekken naar boven kwam, was 'in hoeverre is er ruimte om af te wijken van de gezamenlijke lijn versus ben je bereid om een stukje van je eigen vrijheid of autonomie in te leveren, omdat je weet dat je met het collectief meer bereikt?'

Dankwoord

Met de afronding van deze thesis sluit ik ook een prachtige opleiding af. Een opleiding die mij meenam in nieuwe denkwijzen en perspectieven op de zorg maar ook op organisatieprocessen, die ik prompt in mijn organisatie tegenkwam. Ik ben heel blij met de kans die ik heb gekregen van mijn organisatie om deze opleiding te volgen. Janine, aan jou in het bijzonder heel veel dank, ook voor je voortdurende belangstelling!

Midden in de opleiding veranderde de wereld. Ik zie ons nog zitten in Villa Heidebad, kijkend naar de eerste persconferentie van Minister-President Rutte, die landelijke maatregelen afkondigde. Wat er volgde was een ongelooflijk turbulente tijd, waarin al het andere op de achtergrond kwam te staan. En ook in die tijd ging de opleiding door. Het vroeg van ons allemaal veel flexibiliteit, niet in de laatste plaats van onze programmaleiding. Maarten en Frank, ik wil jullie hartelijk bedanken voor alle ruimte en ondersteuning die jullie hebben geboden om de opleiding grotendeels online te kunnen volgen. En natuurlijk dank aan alle MHBA-17 studiegenoten, wat hebben we samen een intensieve tijd doorgemaakt, ook op afstand!

COVID-19 kwam als een wervelstorm, die z'n sporen heeft nagelaten en nog niet helemaal is gaan liggen. Waar de één zich verzette tegen beperkende maatregelen, deze onzin vond of onrechtvaardig, was er ook die andere kant: mensen die zichzelf nog veel meer beperkingen oplegden, uit angst om besmet te raken. Mijn ouders behoorden tot die laatste categorie en ik ben heel blij dat de vaccinaties hen weer hun sociale leven teruggeven.

In de verpleeghuizen was er geen keuze: van de ene op de andere dag was bezoek niet meer welkom. Ter bescherming van cliënten zelf én van medewerkers. Dat heeft diep ingegrepen op het sociale leven van cliënten en hun familie en zette een streep door hun persoonlijke vrijheid. Hoever mag je gaan met de inperking van de persoonlijke vrijheid van de één ter bescherming van de ander? Die vraag is het leidende thema van deze thesis. Pauline, heel veel dank voor jouw begeleiding: met veel persoonlijke vrijheid maar wel af en toe wat broodnodige inperkingen!

Ik ben alle bestuurders die ik heb mogen interviewen voor mijn onderzoek heel dankbaar voor hun bereidheid om mij mee te nemen naar hun dilemma's en afwegingen in de eerste COVID-19 golf. Het waren mooie gesprekken met een rijke opbrengst. Het was steeds weer bijzonder om een Teams-afspraak te openen en een nieuw gezicht tegenover me te zien en bij het afsluiten van het gesprek zoveel van iemand gehoord te hebben over zijn of haar persoonlijke beleving als bestuurder van de eerste COVID-19 golf. Dank voor jullie openheid in de interviews.

De afgelopen maanden waren een intensief proces van lezen, schrijven, schrappen en balanceren tussen werk en opleiding. Er bleef weinig tijd over voor andere dingen. Stijn en Jasper, jullie hadden je eigen (nieuwe) studentenleven ondanks alle beperkingen en hebben mijn geploeter slechts zijdelings meegekregen. Dank voor jullie belangstelling en succes als jullie straks aan de beurt zijn om een thesis te schrijven! En Paul, wat heerlijk dat ik in jou altijd een enthousiaste sparringpartner vond, de opleiding gaf ons stof voor veel mooie gesprekken. Mede dankzij jouw steun, aanmoediging en goede zorgen kon ik ook dit grote project afronden. Dank lief, ik hou van jou!