



UCLL
HOGESCHOOL

Bachelor in de verpleegkunde

Academiejaar 2025-2026

Bachelorproef 'Challenge your Care'

**Vrije bezoeken op intensieve zorg: een
analyse van effecten op patiënt, familie en
zorgverleners met aanbevelingen voor de
klinische praktijk.**

Carmen García Soler

Inhoudstafel

Abstract	1
Beschrijving verpleegkundig relevant probleem.....	2
Analyse van het probleem aan de hand van kwaliteitscriteria	4
Cliëntgerichtheid	4
Veiligheid	4
Efficiëntie	5
Effectiviteit.....	5
Tijdigheid en toegankelijkheid.....	5
Gelijkheid.....	6
Duurzaamheid	6
Keuze van relevante kwaliteitscriteria.....	7
Doelstelling en onderzoeksvraag.....	8
Doelstelling.....	8
Onderzoeksvraag.....	8
Zoekstrategie wetenschappelijke bronnen	9
Identificatie van kernbegrippen, concepten en zoektermen	9
Zoekstrategie	9
Gebruik van GenAI	10
Beoordeling van de wetenschappelijke bronnen	11
Resultaten.....	29
Conclusie	31
Aanbevelingen voor het verpleegkundig werkveld.....	33
Ondersteuning van verpleegkundigen	33
Implementatie in fasen	33
Bijkomende aandachtspunten.....	34
Evaluatie en opvolging.....	34
Terugkoppeling naar de afdeling	35
Bibliografie	43

Abstract

Titel: Vrije bezoeken op intensieve zorg: een analyse van effecten op patiënt, familie en zorgverleners met aanbevelingen voor de klinische praktijk.
Naam: Carmen García Soler
Inleiding: De aanwezigheid van familieleden op intensieve zorgafdelingen wordt steeds vaker erkend als een belangrijke factor in het herstelproces van patiënten. Toch hanteren veel ziekenhuizen nog steeds restrictieve bezoeken, wat mogelijk onvoldoende aansluit bij de psychosociale noden van patiënten en hun naasten.
Doelstelling: Deze bachelorproef heeft als doel de voor- en nadelen van vrije bezoeken op intensieve zorgafdelingen te analyseren, vanuit het perspectief van de patiënt, de familie en de verpleegkundige, en op basis hiervan aanbevelingen te formuleren voor het verpleegkundig werkveld.
Methodologie: Er werd een literatuurstudie uitgevoerd op basis van verschillende databanken, aangevuld met een semigestructureerde experteninterview. Studies uit de periode 2016–2026 werden geselecteerd op basis van vooraf bepaalde inclusie- en exclusiecriteria, waarbij studies uit de COVID-19-periode bewust werden geëxcludeerd om vertekening door uitzonderlijke zorgomstandigheden te vermijden.
Resultaten: De resultaten tonen aan dat vrije bezoeken geassocieerd zijn met een vermindering van delirium, angst en verblijfsduur bij patiënten, zonder toename van infecties of mortaliteit. Familieleden ervaren een hogere tevredenheid en minder posttraumatische stress, terwijl verpleegkundigen een verhoogde werkdruk rapporteren en nood ervaren aan gerichte interventies, zoals duidelijke afspraken, educatie en organisatorische ondersteuning.
Conclusie: Een flexibel bezoekbeleid biedt duidelijke voordelen voor patiënten en familieleden en kan bijdragen aan een meer cliëntgerichte zorg, maar vraagt een evenwichtige aanpak waarbij de noden van verpleegkundigen serieus moeten worden genomen.

Beschrijving verpleegkundig relevant probleem

Ik loop nu stage op de afdeling Intensieve Zorg 4 in UZ Leuven campus Gasthuisberg (hierna: IZ4). De beschrijving van het verpleegkundig relevant probleem zal ik uitwerken op basis van de praktijkvoering binnen deze specifieke afdeling. Daarnaast zal ik de situatie kort vergelijken met persoonlijke praktijkervaring in een ander land, alsook het daar geldende beleid.

Op IZ4 zijn de vaste bezoeken van 13.00 tot 14.00 uur en van 19.00 tot 20.00 uur. In uitzonderlijke gevallen kan in samenspraak met het zorgteam hiervan worden afgeweken (UZ Leuven, 2025a). Tevens wordt bij patiënten met een DNR3-beleid, toegestaan dat er te allen tijde een naaste aanwezig is om te waken. Dit suggereert dat de aanwezigheid van naasten vooral wordt voorzien in situaties waarbij comfortzorg centraal staat, hoewel deze mogelijkheid in niet-terminale zorgfasen eerder beperkt blijft.

Tot recent golden ook op de reguliere hospitalisatieafdelingen van UZ Leuven beperkte bezoeken, weliswaar ruimer dan op intensieve zorgen. Sinds begin juni 2025 geldt een nieuwe bezoekbeleid: 'partner in zorg' (UZ Leuven, 2025b). Hierbij duidt de patiënt een vertrouwenspersoon aan die ook buiten de normale bezoeken aanwezig mag zijn, om emotionele steun te bieden en te helpen bij praktische zaken. Dit impliceert dat er steeds een naaste aanwezig mag zijn, met uitzondering van bij bepaalde onderzoeken, behandelingen, besprekingen of educatiemomenten.

De keuze voor dit onderzoek is geïnspireerd door persoonlijke praktijkervaring met het bezoekbeleid in een andere zorgcontext. In Spanje, waar ik ben geboren en opgegroeid, wordt de aanwezigheid van familieleden anders geregeld dan in de Belgische ziekenhuiscontext. Het is gebruikelijk dat één familielid permanent aanwezig is in de rol van begeleider, die zowel gezelschap biedt als ondersteuning verleent bij beperkte zorgtaken, zoals hulp bij mobiliteit of voeding (Hospital Universitario Virgen del Rocío, z.d.). Daarnaast gelden vaste bezoeken voor overige bezoekers, waarbij weliswaar een onderscheid wordt gemaakt tussen intensieve zorgen en reguliere hospitalisatieafdelingen. Deze organisatie van aanwezigheid lijkt deels samen te hangen met structurele factoren, zoals een langdurig personeelstekort, maar kan eveneens worden begrepen binnen een bredere culturele visie op de rol van familie in de zorgverlening.

De voortdurende aanwezigheid van familieleden wordt in toenemende mate beschouwd als een potentiële factor die het herstel van patiënten kan bevorderen (Wu et al., 2022). Zowel psychologische effecten, zoals emotionele ondersteuning en oriëntatie, als mogelijke somatische effecten, waaronder een rol in de preventie van delirium en de gevolgen hiervan, worden hierbij naar voren geschoven (Nassar Junior et al., 2018; Wu et al., 2022). Deze observaties vormden de aanleiding om kritisch te reflecteren op het beleid rond vrije bezoeken op een intensieve zorgafdeling.

Vanuit het perspectief van de patiënt, maar ook dat van de familie en de zorgverleners, rijst de vraag welke voor- en nadelen verbonden zijn aan een beleid van vrije bezoeken. In het bijzonder is het relevant te onderzoeken welke rol de aanwezigheid van naasten kan spelen in het omgaan met ziekte en ziekenhuisopname, evenals in de verwerking van ingrijpende zorgsituaties door zowel patiënten als hun familie.

Deze overwegingen gaven aanleiding tot verder onderzoek naar het bezoekbeleid op intensieve zorgen, waarbij een analyse wordt gemaakt op basis van zowel relevante wetenschappelijke literatuur als praktijkvoorbeelden.

Analyse van het probleem aan de hand van kwaliteitscriteria

Cliëntgerichtheid

Het huidige bezoekbeleid op intensieve zorgen kan worden beschouwd als een aandachtspunt binnen het criterium cliëntgerichtheid. De beperkte mogelijkheden tot aanwezigheid van naasten houden onvoldoende rekening met de psychologische noden en het emotioneel welzijn van de patiënt. Nabijheid van familie kan bijdragen aan gevoelens van veiligheid, oriëntatie en emotionele ondersteuning, wat bij kritisch zieke patiënten van belang is .

Deze visie sluit aan bij verschillende cliëntgerichte zorgmodellen zoals het Planetree-model of in het shared decision-makingprincipe. Binnen het Planetree-model is een van de kernwaarden partnerschap met de patiënt en familie, met daarnaast compassievolle communicatie en een helende omgeving (Planetree, 2023). In deze gecertificeerde ziekenhuizen zijn er o.a. geen beperkende bezoektijden.

Het shared decision-makingprincipe is een zorgmodel dat sterk wordt benadrukt in klinische richtlijnen. Hierbij geeft de arts verschillende behandelmogelijkheden en krijgt de patiënt de kans om zijn persoonlijke waarden, voorkeuren en levensomstandigheden in te brengen (Montori et al., 2023).

Daarnaast ervaren familieleden een beperkte betrokkenheid bij de zorg en het herstelproces, wat hun behoefte aan informatie, nabijheid, participatie en verwerking onvoldoende tegemoetkomt. Vanuit dit perspectief kan worden gesteld dat organisatorische en praktische argumenten vaak voorrang krijgen aan de behoeften van patiënt en naasten, wat spanning creëert met het principe van cliëntgerichte zorg zoals beschreven binnen het FLAQUUM-model.

Veiligheid

Binnen het criterium veiligheid is het probleem minder uitgesproken. Op intensieve zorgen staat patiëntveiligheid centraal, dit onder meer door continue monitoring, hoge verpleegkundige aanwezigheid en een lage patiënt-verpleegkundigeratio.

Echter zou het toelaten van continue aanwezigheid van familieleden niet direct tot een verhoogd veiligheidsniveau van de patiënt leiden. Integendeel, in bepaalde situaties zou de aanwezigheid van familie een bijkomende belasting kunnen vormen voor zorgverleners, bijvoorbeeld doordat hun aandacht deels zou worden afgeleid of zij bijkomende communicatietaken zouden moeten opnemen.

Vanuit deze invalshoeken kan het dus worden gemotiveerd dat het probleem zich niet primair situeert binnen het veiligheids criterium.

Efficiëntie

Het bezoekbeleid kan een impact hebben op de efficiëntie van zorgverlening. Door de beperkte bezoeks momenten worden zorgverleners frequent geconfronteerd met verhoogde informatienood van familieleden, zowel tijdens bezoeken als telefonisch. Dit leidt tot tijdsverlies en onderbrekingen in de zorgorganisatie.

Zo contacteren familieleden de verpleegkundigen bijvoorbeeld vaak rond 06.00 uur om zich te informeren hoe de nacht verlopen is of bellen op de piek momenten in de zorgverlening.

Daarnaast is regelmatig extra afstemming met artsen noodzakelijk zodat familieleden door hen zelf geïnformeerd kunnen worden. Indien familieleden meer continu aanwezig zouden zijn, kan dit bijdragen aan een efficiëntere informatieoverdracht en mogelijk een vermindering van herhaalde communicatie, wat de doelmatigheid van zorg ten goede zou kunnen komen.

Effectiviteit

De relevantie van het probleem binnen het criterium effectiviteit is genuanceerd. Enerzijds leidt het huidige beleid niet tot het aanbieden van onnodige of inefficiënte zorginterventies.

Anderzijds kan worden gesteld dat de effectiviteit van familiebezoek, met het oog op psychologische ondersteuning en preventie van complicaties zoals delirium, beperkt blijft wanneer bezoeken sterk worden ingeperkt.

Vanuit dit perspectief kan het beperkte bezoekbeleid de potentiële meerwaarde van familiale aanwezigheid onvoldoende benutten, wat wijst op een mogelijke vermindering van de effectiviteit van zorg op psychosociaal vlak.

Tijdigheid en toegankelijkheid

Het probleem manifesteert zich ook duidelijk binnen het criterium tijdigheid. Interventies die betrekking hebben op emotionele ondersteuning, comfortzorg of de betrokkenheid van

naasten worden vaak pas ingezet wanneer zich reeds problemen voordoen, zoals emotionele ontregeling of delirium.

Het beperkte bezoekbeleid laat weinig ruimte voor preventieve inzet van familie als ondersteunende factor. Hierdoor wordt pas gereageerd wanneer de problematiek reeds aanwezig is, in plaats van proactief in te zetten op nabijheid en ondersteuning.

In het heden wordt binnen de gezondheidszorg steeds meer ingezet op aandacht schenken aan primaire preventieve zorg om problemen te voorkomen voordat deze zich voordoen. Dit in tegenstelling tot de traditioneel gehanteerde reactieve zorg waarbij problemen pas worden aangepakt wanneer deze zich voordoen.

Het aanpassen van de bezoeksregeling op intensieve zorg met als doel het verbeteren van zowel psychisch als somatisch welzijn van de patiënt kan worden beschouwd als een volgende stap in deze evolutie van de zorgsector.

Gelijkheid

Binnen het criterium gelijkheid kan eveneens een probleem worden vastgesteld. Niet alle patiënten hebben dezelfde toegang tot continue aanwezigheid van naasten. Deze mogelijkheid is momenteel voornamelijk voorbehouden aan patiënten met een DNR3-beleid of in een terminale zorgfase.

Daardoor ontstaat een ongelijkheid tussen patiëntengroepen, waarbij patiënten in een niet-terminale fase geen beroep kunnen doen op dezelfde vorm van nabijheid en ondersteuning, ondanks een vergelijkbare psychosociale nood.

Duurzaamheid

Het verpleegkundig probleem vertoont geen duidelijke relatie met het criterium duurzaamheid. De aanwezigheid of afwezigheid van familieleden heeft geen directe invloed op ecologische aspecten zoals materiaalgebruik, afvalproductie of energieverbruik. Om deze reden wordt dit criterium in het kader van dit probleem als niet relevant beschouwd.

Keuze van relevante kwaliteitscriteria

Op basis van de bovenstaande analyse situeert het verpleegkundig probleem zich in de eerste plaats binnen het kwaliteitscriterium 'cliëntgerichtheid'. De beperkte mogelijkheden tot aanwezigheid van naasten op intensieve zorgen blijken onvoldoende afgestemd op de psychologische noden, waarden en voorkeuren van patiënten, evenals op de behoeften van hun familie. Aangezien bij cliëntgerichte zorg de patiënt en zijn naasten centraal staan in het zorgproces, vormt dit criterium het meest aangewezen vertrekpunt voor verdere analyse. Binnen deze benadering wordt niet enkel gekeken naar de patiënt, maar ook naar de beleving en verwerking van familieleden en hun rol als ondersteunende partners in zorg.

Daarnaast vertoont cliëntgerichtheid een duidelijk samenhang met het kwaliteitscriterium effectiviteit. De effectiviteit van familiale aanwezigheid wordt mogelijks mede bepaald door de mate van continuïteit ervan. Beperkte en gefragmenteerde bezoeksmomenten reduceren mogelijks de psychosociale ondersteunende functie van naasten, terwijl een meer continue aanwezigheid kan bijdragen aan zowel emotioneel welzijn als somatische uitkomsten, waaronder oriëntatie en preventie van delirium. In dit onderzoek zal daarom ook worden nagegaan in welke mate een cliëntgericht bezoeksbeleid daadwerkelijk doeltreffend is in het ondersteunen van het herstelproces van de patiënt.

Hoewel cliëntgerichtheid centraal staat, zal het onderzoek indien mogelijk eveneens aandacht schenken aan het criterium efficiëntie, met name vanuit het perspectief van familieleden en verpleegkundigen. Hierbij wordt onderzocht hoe een aangepast bezoeksbeleid de organisatie van zorg, informatieoverdracht en werkbelasting van verpleegkundigen kan beïnvloeden.

Door deze criteria in samenhang te beschouwen, streeft dit onderzoek naar een evenwichtige benadering waarbij zowel de noden van patiënt en familie als de haalbaarheid binnen de verpleegkundige praktijk worden meegenomen.

Doelstelling en onderzoeksvraag

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om de voor- en nadelen van een beleid met vrije of uitgebreide bezoeken op een intensieve zorgafdeling te analyseren, met specifieke aandacht voor de mate van continuïteit van familiale aanwezigheid.

Hierbij wordt onderzocht welke impact continue versus beperkte aanwezigheid van naasten heeft op het psychosociaal welzijn en herstel van de patiënt, op de beleving en verwerking van familieleden en op de organisatie van zorg en werkbelasting van verpleegkundigen.

Deze analyse gebeurt op een objectieve manier, waarbij zowel positieve als negatieve effecten in kaart worden gebracht aan de hand van wetenschappelijke literatuur en praktijkgerichte observaties, met als doel bij te dragen aan een meer cliëntgericht en onderbouwd bezoekbeleid binnen intensieve zorgen.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de voor- en nadelen van vrije of uitgebreide bezoeken op een intensieve zorgafdeling, in het bijzonder met betrekking tot de continuïteit van familiale aanwezigheid, vanuit het perspectief van de patiënt, de familie en de verpleegkundige?

Bijkomende onderzoeksvragen

Ter verdieping van de centrale onderzoeksvraag werden specifieke deelvragen opgesteld. Deze richten zich afzonderlijk op het patiënt-, familie- en verpleegkundig perspectief:

Welke invloed heeft continue versus beperkte aanwezigheid van familie op het psychosociaal welzijn van patiënten op intensieve zorgen, en welke mogelijke somatische effecten worden in de literatuur beschreven?

In welke mate beïnvloedt continue aanwezigheid van naasten de beleving, coping en verwerking van familieleden tijdens een opname op intensieve zorgen?

Welke impact heeft een beleid met vrije of verruimde bezoeken op de ervaren organisatie van zorg, informatieoverdracht en werkbelasting van verpleegkundigen op intensieve zorgen?

Zoekstrategie wetenschappelijke bronnen

Identificatie van kernbegrippen, concepten en zoektermen

Uit de onderzoeksvraag werden de belangrijkste concepten en zoektermen afgeleid.

Deze kernconcepten zijn gebaseerd op de PICO.

ICU

Intensive Care Unit, ICU, Intensive Care, Critical Care Unit, Critical Care, Critical Care Nursing

Visiting Policies

Visiting Hours, Open Visitation, **Flexible Visiting Policies**, Flexible Visitation, Extended Visiting Hours, Unrestricted Visiting, **Restrictive Visiting Policies**, Restricted Visiting, Visitation Restrictions, Family Presence Policies, **Family Presence Continuity**

Family Presence

Family-Centered Care, Family Involvement, **Family Participation**, Family Engagement, Family Support, Relatives, Caregivers, Next of Kin

Patient Perspective

Patient Experience, Patient Satisfaction, Patient Perception, **Patient-Centered Care**, Psychological Wellbeing, Stress, **Anxiety**, **Delirium**, Orientation, **Recovery Process**

Family Perspective

Family Satisfaction, **Family Experience**, Family Needs, Emotional Support, **PTSD**, Anxiety, **Shared Decision-Making**

Nurse Perspective

Nursing Staff, Critical Care Nurses, Intensive Care Nurses, Nursing Workload, **Workload**, **Burnout**, Job Satisfaction, Nursing Care, Nurse-Patient Relations, Nurse-Family Relations, Interprofessional Relations, **Organisation of care**, **Communication with Family**

Impact

Benefits, Advantages, Disadvantages, **Effects**, Outcomes, **Risks**, Quality of Care, Continuity of Care, **Patient Safety**, Hospital Infection

Zoekstrategie

Voor deze bachelorproef werden verschillende databanken geraadpleegd, waaronder PubMed, CINAHL en Cochrane Library. De zoektermen werden van het onderzoeksvraag afgeleid met

kernbegrippen zoals ICU, Flexible Visiting Policies, Restrictive Visiting Policies, Effects... De zoekperiode werd beperkt tot de laatste tien jaar (2016-2026). Pedriatische studies en studies tijdens de eerste twee jaar van de COVID-19-pandemie (2020-2021) werden uitgesloten.

Het grootste deel van de literatuur werd gevonden via de sneeuwbalmethode; voor het experteninterview ontving ik een PowerPoint over de implementatie van glijdende bezoeken in het AZ Maria Middelaars (Gent). De referenties uit deze presentatie leidden via PubMed tot meerdere relevante studies, waarna bijkomende verwante artikelen werden gevonden via 'related articles'. Voor twee andere studies werd een database zoekactie uitgevoerd in CINAHL, Cochrane en PubMed, waarbij enkel PubMed bruikbare resultaten opleverde.

Artikels werden geïncludeerd wanneer ze voldeden aan minstens één van de drie P's van het onderzoeksvraag (patiënt, familie of verpleegkundigen) en wanneer de interventie (open/flexibel bezoekbeleid, waarbij de vergelijking met een restrictief beleid expliciet of impliciet werd gemaakt (bv. in studies die een overgang van een restrictief naar een open bezoekbeleid evalueerden). Na toepassing van inclusie- en exclusiecriteria werden zes relevante en kwaliteitsvolle bronnen geselecteerd, waaronder RCT's, een meta-analyse, meerdere observationele studies en een experteninterview.

Gebruik van GenAI

GenAI werd gebruikt om de teksten te laten nalezen op grammaticale juistheid en academische verwoording. Bij het lezen van wetenschappelijke artikels werd GenAI gebruikt om complexe informatie te ordenen en zo een overzicht te krijgen van resultaten of methodologie. Als laatst werd GenAI gebruikt om suggesties te maken over hoe bepaalde full-text artikels gratis te verkrijgen. GenAI werd niet gebruikt om inhoud, data of conclusies te genereren.

Beoordeling van de wetenschappelijke bronnen

Beoordeling van wetenschappelijke bron 1	
Bronvermelding APA	Wu, Y., Wang, G., Zhang, Z., Fan, L., Ma, F., Yue, W.,...Tian, J. (2022). Efficacy and safety of unrestricted visiting policy for critically ill patients: a meta-analysis. <i>Critical Care</i> , 26(1), 267. https://doi.org/10.1186/s13054-022-04129-3
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Vergelijken van de veiligheid en effecten van onbeperkt bezoekbeleid en beperkt bezoekbeleid op intensieve zorgafdelingen, met betrekking tot uitkomsten rond delier, infecties en mortaliteit.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, het bestudeert IZ patiënten (P), vergelijkt onbeperkt en beperkt bezoeken (I&C) en geeft objectieve klinische effecten weer (O).
Is deze bron actueel?	Actueel, recent onderzoek die het post-COVID-bezoekbeleid benadert.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Neen, niet beoordeeld door CEBAM, noch door andere (internationale) kwaliteitsinstanties.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De onderzoekers zijn verbonden aan het First Affiliated Hospital of Lanzhou University (universitair ziekenhuis) en het Evidence-Based Medicine Center van de Lanzhou University (EBM-centra), beide erkende onderzoeksinstituten. De financiering van de studie werd verstrekt door de Health Commission of Gansu Province en het First Affiliated Hospital of Lanzhou University, zonder invloed van de financiers op de dataverzameling, analyse of manuscriptvoorbereiding.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	De auteurs geven aan dat er geen financiële, zakelijke of persoonlijke belangenconflicten bestaan.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	Meta-analyse gebaseerd op meerdere databanken (MEDLINE, Cochrane, CINAHL...).
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie criteria: • RCT's of quasi-experimentele studies (QE's) die de effecten van beperkt en onbeperkt bezoekbeleid vergelijken.

	- De studie evalueert minstens één van de volgende uitkomsten: delirium, CRBSI¹, CAUTI², VAP³ of mortaliteit. - Delirium werd beoordeeld met de Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) schaal. Exclusie criteria: - Geen review articles, case studies of brieven aan de redactie. - Studies met pedriatische populatie - Studies met dubbele referenties - Studies die geen relevante primaire uitkomsten rapporteerden. - Geen volledige tekst beschikbaar.
- Steekproef	11 internationale studies werden geïnccludeerd met een totaal van 3741 patiënten: 1868 patiënten met een onbeperkt bezoekbeleid en 1873 patiënten met beperkt bezoekbeleid.
- Interventie/observatie	Vergelijking tussen onbeperkt en beperkt bezoekbeleid door geobserveerde effecten op delier, mortaliteit en infecties te analyseren.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja
Wat zijn de resultaten van de bron?	Een onbeperkt bezoekbeleid verlaagt significant de incidentie van delirium. De incidentie van CRBSI, CAUTI, VAP of mortaliteit verhoogde niet. Een onbeperkt bezoekbeleid bleek het verblijfsduur significant te verkorten.
Wat is de conclusie van de bron?	Deze meta-analyse vergeleek de werkzaamheid en veiligheid van onbeperkte bezoeken (UVPs) met beperkte bezoeken (RVPs) bij volwassen patiënten op de intensieve zorg. Deze meta-analyse concludeert, op basis van bewijs van matige kwaliteit, dat een onbeperkt bezoekbeleid verschillende voordelen biedt: het verlaagt de kans op delirium, verkort de verblijfsduur op IZ en vermindert angst- en depressiescores.

¹ catheter-related bloodstream infection

² catheter-associated urinary tract infection

³ ventilator-associated pneumonia

	Bovendien verhoogt het de kans op IZ-geassocieerde infecties niet. Daarom bevelen de auteurs aan om IZ aan te moedigen een beleid met onbeperkte bezoeken te implementeren.
--	--

Beoordeling van wetenschappelijke bron 2	
Bronvermelding APA	Nassar Junior, A. P., Besen, B., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Critical Care Medicine</i> , 46(7), 1175-1180. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003155
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Samenbrengen van gegevens over uitkomsten met betrekking tot patiënten, familieleden en zorgverleners op intensieve zorgen door flexibele en restrictieve bezoekenregelingen op IZ te vergelijken.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, het bestudeert zowel patiënten, als familie en zorgverleners, de drie perspectieven in mijn onderzoeksvraag (P). Het vergelijkt flexibele en restrictieve bezoekenregelingen (I&C) en beschrijft de effecten op psychosociale vlak (O).
Is deze bron actueel?	Actueel, gepubliceerd vóór COVID-19, toen IZ-bezoekbeleid en werkdruk op de gezondheidszorg nog niet verstoord was.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Neen, niet beoordeeld door CEBAM, noch door andere (internationale) kwaliteitsinstanties.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De auteurs zijn verbonden aan Braziliaanse ziekenhuizen, onderzoekscentra en universiteiten. De studie is gedeeltelijk gefinancierd door het Braziliaanse ministerie van Volksgezondheid, via het PROADI-SUS programma.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Er worden mogelijke belangenconflicten transparant vermeld: De instellingen van Dr. Robinson en Dr. Falavigna ontvingen financiering van het Braziliaanse Ministerie van Volksgezondheid. Dr. Falavigna meldt expliciet ook dat hij geassocieerd is met een consultancy- en trainingsbedrijf in de gezondheidseconomische sector (HTAnalyze), wat potentieel een financieel belangenconflict vormt. De overige auteurs verklaren dat zij geen mogelijke belangenconflicten hebben.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	Systematische review en meta-analyse gebaseerd op zoekacties in MEDLINE, Scopus en Web of Science.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie criteria:

	• Studies die flexibele en restrictieve bezoekenregelingen op IZ vergelijken. • De studie evalueert minstens één van de volgende uitkomsten: patiëntuitkomsten (mortaliteit, ICU-acquired infections, delirium, verblijfsduur, kunstmatige ventilatie duur, nood aan sedatie, angst, depressie, tevredenheid), familie-uitkomsten (angst, depressie, PTSS, tevredenheid) of IZ-professionals (burnout, werkbelasting, tevredenheid) • RCT's en observationele studies. • Geen taal restricties
- Steekproef	- 2 studies werden opgenomen voor delier met een totaal van 354 patiënten. - 2 studies werden opgenomen voor angst- en depressiesymptomen met een totaal van 285 patiënten. - 3 studies werden opgenomen voor mortaliteit met een totaal van 60509 patiënten. - 3 studies werden opgenomen voor IZ-geassocieerde infectie met een totaal van 1042 patiënten. - 4 studies werden opgenomen voor verblijfsduur, de specifieke steekproefgrootte wordt niet vermeld. - 9 studies werden opgenomen voor familie tevredenheid, de specifieke steekproefgrootte wordt niet vermeld. - 6 studies werden opgenomen voor zorgverleners op IZ (1 voor burnout, 4 voor tevredenheid en 1 voor werkbelasting), de specifieke steekproefgrootte wordt niet vermeld.
- Interventie/observatie	Vergelijking tussen flexibele en restrictieve bezoekenregelingen door effecten op patiënten, familieleden en zorgverleners op IZ te vergelijken.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja
Wat zijn de resultaten van de bron?	Flexibele bezoekenregelingen worden geassocieerd met verlaagde incidentie van delirium en minder ernstige angstsymptomen bij patiënten. Flexibele bezoekenregelingen werden niet geassocieerd met een verhoging van mortaliteit en ICU-acquired infections of langer verblijfsduur. Ze werden wel geassocieerd aan een verhoogde tevredenheid van familieleden. Ook werden ze

	geassocieerd aan hogere burnout niveaus bij IZ-professionals.
Wat is de conclusie van de bron?	De auteurs concluderen dat flexibele bezoeken gunstig lijken voor zowel patiënten als familieleden, maar dat daarbij ook aandacht moet worden besteed aan de toename en preventie van burnout bij IZ-professionals. Ze benadrukken dat er meer gerandomiseerd onderzoek nodig is dat alle drie betrokken groepen (patiënt, familie en personeel) tegelijk onderzoekt. Daarnaast stellen ze dat educatie van zowel zorgverleners als familieleden en verbetering van de werkomgeving, noodzakelijk zijn om de voordelen van flexibel bezoekbeleid volledig te bereiken.

Beoordeling van wetenschappelijke bron 3	
Bronvermelding APA	de Souza, J. M. B., Miozzo, A. P., da Rosa Minho Dos Santos, R., Mocellin, D., Rech, G. S., Trott, G.,...Teixeira, C. (2024). Long-term effects of flexible visitation in the intensive care unit on family members' mental health: 12-month results from a randomized clinical trial. <i>Intensive Care Medicine</i> , 50(10), 1614-1621. https://doi.org/10.1007/s00134-024-07577-3
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Beoordelen van de effecten van een flexibel bezoekbeleid op de intensieve zorgen op de prevalentie na één jaar van posttraumatische stress, angst- en depressieve symptomen bij familieleden van kritisch zieke patiënten.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, het bestudeert de familieleden van IZ-patiënten (P), vergelijkt flexiebele en restrictieve bezoekbeleid (I&C) en de (lange termijn) effecten ervan op psychologisch vlak (O).
Is deze bron actueel?	Zeer actueel, recent onderzoek die het post-COVID-bezoekbeleid benadert.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Neen, niet beoordeeld door CEBAM, noch door andere (internationale) kwaliteitsinstanties.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De auteurs zijn verbonden aan Hospital Moinhos de Vento, UFRGS en Inova Research, alle drie erkende Braziliaanse onderzoeks- en zorginstellingen. De studie is gefinancierd door het Braziliaanse ministerie van Volksgezondheid, via het PROADI-SUS programma, zonder invloed van de financier op de opzet, uitvoering, analyse of publicatie van het onderzoek.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	De auteurs geven aan dat er geen financiële, zakelijke of persoonlijke belangenconflicten bestaan.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	RCT uitgevoerd in 36 IZ-afdelingen, waarbij familieleden 12 maanden later via gestructureerde telefonische interviews bevraagd.

- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie criteria: • Volwassen IZ afdelingen in niet-commerciële ziekenhuizen, met minstens 6 bedden, waar het (standaard) bezoekbeleid minder dan 4.5u/dag bedraagt. • Volwassen familieleden die aangeduid werden als “closest relative”. • Familieleden moesten beoordeeld kunnen worden op PTSS, angst en depressie. • Familieleden moesten bereikbaar zijn via telefoon 12 maanden na IZ ontslag. Exclusie criteria: • Familieleden met communicatie moeilijkheden. • Familie leden zonder telefoonnummer. • Familieleden die niet wilden deelnemen. • Familieleden met >10 mislukte contactpogingen. • Familieleden met onvolledige uitkomstmetingen.
- Steekproef	Oorspronkelijk waren er 1060 deelnemers, waarvan 541 uitvielen vóór de 12-maandenmeting. Er werden in totaal dus 519 familieleden geanalyseerd, 288 met een flexibel bezoekbeleid en 231 met een restrictief bezoekbeleid.
- Interventie/observatie	Vergelijking tussen flexibele en restrictieve bezoekbeleid door de PTSS, angst- en depressiesymptomen bij familieleden 12 maanden na ontslag te observeren.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja
Wat zijn de resultaten van de bron?	Een flexibel bezoekbeleid verlaagt significant de prevalentie van PTSS bij familieleden één jaar na ontslag. De prevalentie van angst- en depressiesymptomen toonde geen significant verschillen.
Wat is de conclusie van de bron?	De studie concludeert dat een flexibel bezoekbeleid op IZ, vergeleken met een restrictief beleid, leidt tot een significante vermindering van PTSS-symptomen bij familieleden één jaar na ontslag.

	Hoewel er geen significante verschillen werden gevonden in angst- of depressiesymptomen, blijft de duidelijke reductie in PTSS een belangrijk voordeel van flexibel bezoekbeleid voor de mentale gezondheid van familieleden.
--	--

Beoordeling van wetenschappelijke bron 4	
Bronvermelding APA	Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hopkins, R. O., Butler, J. M., & Brown, S. M. (2016). Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. <i>American Journal of Critical Care</i> , 25(1), 46-50. https://doi.org/10.4037/ajcc2016789
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Nagaan of een overgang van een (minimaal) restrictief naar een onbeperkt bezoekbeleid de tevredenheid van familieleden van patiënten verhoogt, en of zo'n overgang een invloed heeft op de tevredenheid van verpleegkundigen en hun perceptie van de tevredenheid van de familieleden.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, onderzoekt het perspectief van de verpleegkundigen en familieleden (P). Onderzoekt een overgang naar een onbeperkt bezoekbeleid (I&C) en de effecten ervan op psychosociale vlak (O).
Is deze bron actueel?	Ondanks de leeftijd relevant, de studie weerspiegelt een stabiele (pre-COVID-)context.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Neen, niet beoordeeld door CEBAM, noch door andere (internationale) kwaliteitsinstanties.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De onderzoekers zijn gelinkt aan Amerikaanse zorginstellingen en universiteiten. De studie is gepubliceerd in het officiële tijdschrift van de American Association of Critical-Care Nurses (AACN). Er is geen sprake van financiering.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Er wordt verklaard dat er geen financiële belangen zijn.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	Prospectieve observationele studie in een tertiair ziekenhuis, waarbij familieleden en verpleegkundigen vóór en na de invoering van een onbeperkt bezoekbeleid werden bevraagd adhv gevalideerde vragenlijsten.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie criteria: Familieleden op bezoek bij IZ patiënten die ouder dan 18 jaar en engelstalig waren.

	• IZ verpleegkundigen tewerkgesteld tijdens de studie periode. Exclusie criteria: • Deelnemers die geen toestemming gaven (informed consent). • Deelnemers die niet antwoordden op de vragenlijsten.
- Steekproef	103 familieleden deden mee aan het onderzoek, waarvan 50 vóór de invoering en 53 na de invoering van onbeperkt bezoekbeleid. 128 IZ verpleegkundigen werden opgenomen in de studie, waarvan 61 vóór de invoering en 67 na de invoering (niet alle opgenomen verpleegkundigen deden mee aan beide delen).
- Interventie/observatie	Overgang van een restrictief bezoekbeleid naar een onbeperkt bezoekbeleid, waarbij o.a. de tevredenheid van familieleden en verpleegkundigen werd geobserveerd.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja
Wat zijn de resultaten van de bron?	Het invoeren van een onbeperkt bezoekbeleid leidde tot significant verhoogde tevredenheid bij familieleden rondom gemak van bezoeken en wachtruimte sfeer. De tevredenheid van verpleegkundigen veranderde in het algemeen niet. Wel leidde het tot verhoogde perceptie van familieleden-tevredenheid door verpleegkundigen. Opvallend was dat verpleegkundigen met 15 tot 20 jaar werkervaring meer familie-interferentie rapporteerden dan collega's met minder ervaring, zowel vóór als na de beleidsverandering.
Wat is de conclusie van de bron?	De studie concludeert dat het volledig afschaffen van bezoekbeperkingen op IZ de tevredenheid van familieleden significant verhoogt, vooral rondom het gemak van bezoeken en de wachtruimte sfeer, terwijl het de tevredenheid van verpleegkundigen niet vermindert. De verpleegkundigen rapporteerden bovendien dat zij de tevredenheid van families hoger inschatten na de invoering van onbeperkt bezoeken. Dit

	ondersteunt de implementatie van een onbeperkt bezoekbeleid in een mixed-profile IZ.
--	--

Beoordeling van wetenschappelijke bron 5	
Bronvermelding APA	Abdalla, R. A., Alhalabi, S. N., Alotaibi, S. S., Omran, M. O., Abdulbari, T. J., Faddoul, R. R., & Elkouwatly, I. B. (2025). The Impact of Open Visiting Policies on Patient, Family and Nursing Care: Nurses' Perceptions in Saudi Intensive Care Units. <i>Nursing in Critical Care</i> , 30(4), e70110. https://doi.org/10.1111/nicc.70110
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Het beoordelen van overtuigingen en attitudes van verpleegkundigen t.o.v. bezoekbeleid op IZ/CCU en nagaan welke demografische factoren hiermee samenhangen.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Ja, onderzoekt het perspectief van verpleegkundigen (P) t.o.v. open en restrictief bezoekbeleid (I&C). Het bestudeert het effect op hun perspectief omtrent werkbelasting, veiligheid, privacy en communicatie (O).
Is deze bron actueel?	Zeer actueel, recent onderzoek die het post-COVID-bezoekbeleid benadert. Data verzameling gebeurde in juli-augustus 2023.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	Neen, niet beoordeeld door CEBAM, noch door andere (internationale) kwaliteitsinstanties.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De onderzoekers zijn gelinkt aan meerdere grote Saudische zorginstellingen en ziekenhuizen die deel uitmaken van het Saudi German Health-netwerk. Dit is een privé ziekenhuisgroep verspreid over verschillende regio's (Jeddah, Riyadh, Dammam en Aseer). Er is geen sprake van financiering.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Er wordt verklaard dat er geen belangenconflicten bestaan. Hoewel de studie volledig in de privé zorgsector werd uitgevoerd, zijn deze resultaten volgens de auteurs ook representatief voor de publieke zorgsector aangezien de demografische gegevens van de verpleegkundigen in beide sectoren sterk overeenkomen.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	Cross-sectioneel onderzoek in een privé ziekenhuisgroep met 8 ziekenhuizen (8 IZ en 6 CCU's), waarbij verpleegkundigen

	bevraagd werden a.d.h.v. een vragenlijst (BAVIQ). Waarna correlaties werden gesteld tussen demografische gegevens van de verpleegkundigen en hun overtuigingen en attitudes.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie criteria: • Verpleegkundigen werkzaam op IZ of CCU. • Meer dan 6 maand ervaring in het huidige ziekenhuis. • Geen beperkingen op gender, religie of etniciteit. • Vrijwillige deelname.
- Steekproef	265 verpleegkundigen deden mee aan het onderzoek, waarvan 203 werkzaam op IZ en 62 op CCU.
- Interventie/observatie	Bevraging van overtuigingen (20 items) en attitudes (14 items) tegenover bezoek(beleiden).
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja
Wat zijn de resultaten van de bron?	Verpleegkundigen hebben over het algemeen laag tot matige niveaus van positieve overtuigingen en attitudes tegenover een open bezoekbeleid. Verpleegkundigen geloven dat een open bezoekbeleid directe verpleegkundige zorg verstoort, zorgplanning bemoeilijkt, meer tijd vraagt om familie te informeren, patiëntprivacy overtreedt en het risico op fouten verhoogt. De resultaten tonen tevens dat demografische factoren invloed hebben op deze attitudes: negatieve overtuigingen werden voornamelijk gelinkt aan verpleegkundigen werkzaam op IZ en een hogere opleiding. Verder blijkt dat meer positieve overtuigingen leiden tot meer positieve attitudes, wat aangeeft dat overtuigingen een belangrijke voorspeller zijn van houding tegenover open bezoekbeleid.
Wat is de conclusie van de bron?	De studie concludeert dat verpleegkundigen over het algemeen terughoudend staan tegenover een open bezoekbeleid in de intensieve zorg. Ondanks internationale steun voor open bezoek, ervaren verpleegkundigen belangrijke nadelen, zoals interferentie met directe verpleegkundige zorg, verstoring van zorgplanning, verlies

	van patiëntprivacy, verhoogde tijdsbelasting en een grotere angst om fouten te maken. De auteurs benadrukken dat deze bezorgdheden serieus genomen moeten worden en dat gerichte interventies, zoals educatie, betere communicatie, workflow-ondersteuning en aangepaste infrastructuur, hun overtuigingen en attitudes kunnen verbeteren en nodig zijn om de implementatie van open bezoeken te ondersteunen.
--	--

Beoordeling van wetenschappelijke bron 6	
Bronvermelding APA	Anonieme Verpleegkundige. (2026). <i>Expertenperspectief op Open Bezoekuren in een Belgische IZ: Effecten op Patiënt, Familie en Verpleegkundigen</i> . [Interview].
Wat is de onderzoeksvraag of doelstelling van de bron?	Praktijkervaring verzamelen over de overgang van een beperkt bezoekbeleid naar glijdende/open bezoeken op IZ, inclusief de impact op patiënten, familie en verpleegkundigen.
Is deze bron relevant voor jouw gekozen onderzoeksvraag?	Deze expert werd geselecteerd op basis van haar uitzonderlijk relevante praktijkervaring binnen de context van bezoekbeleid op de intensieve zorg. Ze is een IZ verpleegkundige en heeft gedurende 18 jaar gewerkt binnen een strikt en beperkt bezoekbeleid (P). Ze was bovendien actief betrokken tijdens de overgang naar een open bezoekbeleid in haar dienst. Hierdoor heeft zij niet alleen een diepgaand historisch perspectief, maar ook een uniek inzicht in de implementatie, de organisatorische uitdagingen en de effecten op zowel patiënten, als familie en verpleegkundigen. Daarnaast werkt zij inmiddels 10 jaar binnen het nieuwe open bezoekbeleid, waardoor zij goed kan reflecteren op zowel de voordelen als de knelpunten vanuit een lange-termijnperspectief. Deze combinatie van 18 jaar ervaring met restrictief bezoekbeleid en 10 jaar met open bezoekbeleid maakt haar expertise bijzonder waardevol (I&C). Dit omdat zij beide systemen niet enkel theoretisch kent, maar ook praktisch heeft meegemaakt en kan vergelijken. De expertise van deze IZ verpleegkundige sluit perfect aan bij het onderzoeksvraag, omdat het gaat om een beleidsverandering met sterke implicaties voor verpleegkundig handelen, werkorganisatie, patiëntveiligheid, familieparticipatie en interprofessionele samenwerking (O).
Is deze bron actueel?	Zeer actueel, het interview werd afgenomen op 19 februari 2026.
Is de kwaliteit van deze bron beoordeeld door een gekwalificeerde organisatie?	De school richtlijnen stellen dat expertenconsulten mogen worden beschouwd als kwaliteitsvolle bronnen wanneer het onderwerp nood heeft aan

	praktijkgerichte onderbouwing en wanneer er goedkeuring is van de begeleider.
Wie zijn de auteurs, ontwikkelaars, financiers/sponsors?	De auteur ben ik zelf, 4 ^{de} jaar student van de professionele bachelor in de verpleegkunde aan de UC Leuven Limburg.
Welke zijn de eventuele belangenconflicten en zijn deze vermeld?	Er zijn geen belangenconflicten.
Wat is de methodologie die gebruikt wordt in de bron?	
- Design met korte beschrijving	Semigestructureerd kwalitatief interview met IZ verpleegkundige a.d.h.v. vooraf opgestelde open vragen.
- In- en exclusiecriteria/selectiecriteria	Inclusie criteria: • Verpleegkundige met uitgebreide ervaring op zowel restrictief als open bezoekbeleid. • Minstens 2 jaar ervaring op open bezoekbeleid. • Werkzaam op een IZ.
- Steekproef	1 expert, doelbewust geselecteerd.
- Interventie/observatie	Bespreken van observaties en effecten van beleidverandering vanuit het perspectief van een verpleegkundige.
Is het artikel na jouw analyse kwaliteitsvol en opgenomen in de literatuurselectie?	Ja.
Wat zijn de resultaten van de bron?	De verpleegkundige geeft aan dat glijdende/open bezoeken leiden tot meer rust bij patiënten, een verminderd delier-risico, meer familiebetrokkenheid en een duidelijke toename in waardering en vertrouwen vanuit families. Ze benadrukt dat de overgang aanvankelijk leidde tot hogere werkdruk en stress bij verpleegkundigen. Dit vooral bij oudere collega's die gewend waren aan een restrictief bezoekbeleid, maar dat dit verbeterde door duidelijke afspraken, brochures en ervaring. Ze ziet ook enkele uitdagingen, zoals families die te lang blijven of te veel vragen stellen. Nochtans, beschouwt ze het beleid als een grote meerwaarde voor patiënten, families en team, mits goede grenzen en ondersteunende maatregelen.

Wat is de conclusie van de bron?	De verpleegkundige concludeert dat open/glijdende bezoeken een duidelijke meerwaarde vormen voor patiënten, families en het verpleegkundig team. Ze benadrukt dat patiënten rustiger zijn, families meer inzicht krijgen en dat moeilijke gesprekken vaak beter verlopen doordat families de evolutie zelf zien. Hoewel er aanvankelijk meer stress was bij verpleegkundigen, is het beleid na ruim 10 jaar goed ingeburgerd en wilt ze terug naar het vroegere systeem met strikt beperkte bezoekmomenten. Zij beschouwt het open bezoekbeleid als een positief, duurzaam en patiënt-gericht beleid, op voorwaarde dat er duidelijke afspraken, goede communicatie en gepaste grenzen behouden blijven in combinatie met ondersteunende maatregelen.
---	---

Resultaten

Het is van belang te benadrukken dat geen van de opgenomen studies plaatsvond tijdens de COVID-19-pandemie. Op deze manier wordt beoogd een representatief beeld te schetsen van de werkbelasting en organisatie van intensieve zorgafdelingen onder normale omstandigheden. Indien relevant, zullen verschillen tussen pre- en post-COVID-19-contexten expliciet worden benoemd en besproken.

Patiëntenperspectief

De analyse van de literatuur toont verschillende effecten van vrije bezoeken op patiënten. Op somatisch vlak wordt een significante daling in de incidentie van delirium gerapporteerd, waarbij deze tot drie keer lager ligt (Nassar Junior et al., 2018; Wu et al., 2022). Dit effect wordt ondersteund door praktijkervaring, waarbij wordt aangegeven dat uitgebreidere bezoeken leiden tot meer rust en betere oriëntatie bij patiënten, wat het risico op delirium vermindert (Anonieme Verpleegkundige, 2026). Tegelijkertijd wordt geen toename vastgesteld in zorggerelateerde infecties zoals CRBSI, CAUTI of VAP (Nassar Junior et al., 2018; Wu et al., 2022). Beide studies ondervonden ook dat er geen associatie kon gesteld worden met een verhoogde mortaliteit. Wat betreft de verblijfsduur tonen beide studies aan dat deze niet toeneemt, en volgens Wu et al. (2022) zelfs significant verkort wordt met tot één dag minder. Op psychologisch vlak worden lagere angst- en depressiescores gerapporteerd en minder ernstige angstsymptomen (Nassar Junior et al., 2018; Wu et al., 2022).

Familieperspectief

Bij familieleden worden minder eenduidige effecten vastgesteld op vlak van angst en depressie, aangezien deze niet significant verschillen na implementatie van een open bezoekbeleid (de Souza et al., 2024). Daarentegen wordt wel een significante reductie in de prevalentie van PTSS-symptomen één jaar na ontslag opgemerkt (de Souza et al., 2024).

Bovendien werd een flexibel bezoekbeleid wel geassocieerd tot een verhoogde tevredenheid bij familieleden, met een verhoging van 40% van familieleden (tot 91%) die zeer tevreden was omtrent bezoeken (Nassar Junior et al., 2018). Deze verhoogde familie tevredenheid werd ook door Chapman et al vastgesteld, onder meer met betrekking tot het gemak van bezoeken en de wachtruimte sfeer.

Verpleegkundigen rapporteren bovendien een verhoogde perceptie van deze familie tevredenheid (Chapman et al., 2016). Dit wordt bevestigd door praktijkervaringen waarin een toename in vertrouwen en waardering vanuit families wordt beschreven. Daarbovenop krijgen

families door de verhoogde aanwezigheid meer inzicht in het ziekteverloop, wat communicatie en besluitvorming faciliteert (Anonieme Verpleegkundige, 2026).

Perspectief van de verpleegkundigen

Het perspectief van verpleegkundigen wordt uitgebreid beschreven in de studie van Abdalla et al. Ze ondervonden dat verpleegkundigen over het algemeen lage tot matige positieve attitudes vertonen tegenover open bezoekenregelingen. Belangrijke bezorgdheden hierbij omvatten: verstoring van de directe verpleegkundige zorg, verhoogde werkdruk, verhoogde tijdsinvestering voor familiecommunicatie, mogelijke impact op patiëntveiligheid en privacy en verhoogde foutenrisico. Deze negatieve overtuigingen werden vaker gelinkt aan IZ-verpleegkundigen met een hoger opleidingsniveau (Abdalla et al., 2025) en bij verpleegkundigen met meer werkervaring (Chapman et al., 2016), wat ook bevestigd werd door de anonieme verpleegkundige.

De studie van abdalla et al. concludeerde dat positieve overtuigingen samenhangen met positievere attitudes ten aanzien van open bezoekbeleid (Abdalla et al., 2025). De auteurs benadrukten het belang hierbij van gerichte interventies zoals duidelijke afspraken, educatie, brochures en aangepaste infrastructuur om de overtuigingen van verpleegkundigen te verbeteren.

Praktijkervaring bevestigt dat dergelijke maatregelen de implementatie kunnen vergemakkelijken, ondanks een aanvankelijke toename in werkdruk en stress (Anonieme Verpleegkundige, 2026).

Tevens rapporteren Nassar et al. een verband tussen flexibel bezoekbeleid en verhoogde burn-outniveaus bij IZ-professionals, wat het belang benadrukt van deze preventieve en ondersteunende maatregelen (Nassar Junior et al., 2018).

Conclusie

Het doel van deze literatuurstudie was om de voor- en nadelen van vrije bezoeken op intensieve zorgafdelingen in kaart te brengen, met als doel een onderbouwde aanbeveling te formuleren voor de klinische praktijk. Hierbij is het belangrijk te benadrukken dat vrije bezoeken inherent gepaard gaan met een grotere continuïteit van familiale aanwezigheid. Deze studie trachtte de perspectieven van patiënten, familieleden en verpleegkundigen te onderhalen, met als doel een geïntegreerd en multidimensioneel inzicht te verkrijgen.

Op basis van de resultaten kan worden geconcludeerd dat vrije bezoeken voornamelijk voordelen opleveren voor patiënten. Er wordt een vermindering vastgesteld in deliriumincidentie, verblijfsduur en psychologische klachten zoals angst en depressie, zonder dat dit gepaard gaat met een verhoogd risico op ziekenhuisinfecties of mortaliteit, wat de veiligheid van deze interventie ondersteunt. Deze bevindingen suggereren dat een verhoogde aanwezigheid van familieleden een positieve bijdrage levert aan zowel het somatische als het psychologische herstel van patiënten.

Ook voor familie worden voornamelijk voordelen vastgesteld. De beleving, coping en verwerking van familieleden wordt dankzij deze interventie vergemakkelijkt. Dit manifesteert zich op korte termijn in o.a. een vlotter verloop van moeilijke gesprekken, doordat familieleden de evolutie van de patiënt zelf kunnen volgen. Op lange termijn wordt bovendien een reductie in PTSS-symptomen waargenomen. Het verminderen van deze PTSS-symptomen zou bijkomend een maatschappelijk voordeel kunnen inhouden, onder meer via een beter familiaal, sociaal en professioneel functioneren van familieleden, aangezien deze stresssymptomen het dagelijks functioneren en de participatie in het sociale en arbeidsleven kunnen verstoren (WHO, 2024).

In contrast met de voordelen voor patiënten en familieleden, worden door verpleegkundigen voornamelijk nadelen gerapporteerd bij de implementatie van een open bezoekbeleid. Negatieve attitudes voorafgaand aan de invoering, verhoogde werkdruk en stress tijdens de implementatiefase, evenals een associatie met hogere burn-outniveaus, vormen hierbij belangrijke aandachtspunten. Deze bevindingen wijzen op een spanningsveld tussen patiënt- en familiegerichte zorg enerzijds en de werkbelasting van zorgverleners anderzijds.

Niettemin kunnen gerichte interventies deze negatieve effecten mitigeren. Maatregelen zoals duidelijke afspraken, goede communicatie, educatie en aangepaste infrastructuur zijn essentieel om een evenwicht te vinden tussen de voordelen voor patiënten en familie en de

draagkracht van het zorgteam. Dit vormt een belangrijke basis voor verdere implementatie in de praktijk.

Samenvattend kan worden gesteld dat het implementeren van vrije bezoeken op intensieve zorgafdelingen, zoals IZ4, sterk aanbevolen is, op voorwaarde dat gerichte interventies worden voorzien om tegemoet te komen aan de noden van zorgverleners. Dit sluit aan bij het recente, meer flexibele model 'partner in zorg' dat wordt toegepast op hospitalisatieafdelingen van UZ Leuven.

Aanbevelingen voor het verpleegkundig werkveld

De volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op de bevindingen van deze literatuurstudie en hebben als doel een evenwicht te creëren tussen cliëntgerichte zorg, effectiviteit van zorg en de haalbaarheid binnen de verpleegkundige praktijk.

Ondersteuning van verpleegkundigen

Op basis van de resultaten en zoals reeds besproken, vereist de implementatie van vrije bezoeken op intensieve zorgafdelingen verschillende bijkomende maatregelen om zorgverleners hierin te ondersteunen. Deze maatregelen zijn noodzakelijk om een evenwicht te waarborgen tussen cliëntgerichtheid en de haalbaarheid van zorgorganisatie.

Het opstellen van duidelijke afspraken omtrent bezoeken, informatieverstrekking, prioriteit van zorg en patiëntprivacy is dus essentieel. Deze informatie dient transparant en toegankelijk te zijn voor zowel zorgverleners als patiënten en familieleden. Voor zorgverleners kan dit gerealiseerd worden via infomomenten waarin vragen en bezorgdheden besproken kunnen worden, gevolgd door het opstellen van een formele richtlijn. Voor patiënten en familieleden dient deze informatie bij opname mondeling toegelicht en schriftelijk beschikbaar gesteld te worden via brochures en digitale kanalen zoals de website van UZ Leuven.

Implementatie in fasen

Infrastructuur wordt in de literatuur beschreven als een belangrijke ondersteunende factor bij de implementatie van vrije bezoeken. Aangezien deze op IZ4 momenteel beperkt is, wordt voorgesteld om te starten met uitgebreidere bezoeken en pas na de verhuis naar het nieuw bouw over te gaan naar volledig vrije bezoeken. Deze gefaseerde aanpak is afgestemd op de huidige infrastructuur en personeelsbezetting, bevordert de haalbaarheid voor zorgverleners en laat ruimte voor evaluatie en bijsturing.

Fase 1

In een eerste fase kan het bezoekbeleid aangepast worden van twee keer één uur naar twee keer twee uur per dag. Tijdens deze momenten kunnen maximaal drie familieleden aanwezig zijn, met mogelijkheid tot afwisseling. Om de werkbelasting van verpleegkundigen en logistieke medewerkers te beperken, kan gewerkt worden met een toegangssysteem via een persoonlijke code die familieleden ontvangen bij opname. Deze code geeft enkel toegang tot de afdeling tijdens de vastgelegde bezoeken. Daarnaast wordt aanbevolen om vaste informatiemomenten te organiseren, bijvoorbeeld één moment per bezoekperiode, waarbij familieleden vragen kunnen stellen aan de verpleegkundige. Tijdens het middagbezoekmoment kan de arts bovendien standaard langskomen om mogelijke vragen van familieleden te

beantwoorden. Buiten deze momenten wordt de focus gelegd op aanwezigheid en ondersteuning van de patiënt, waardoor onderbrekingen van zorgactiviteiten zouden worden beperkt.

Fase 2

In een tweede fase kan worden overgegaan naar vrije bezoeken, waarbij familieleden flexibel aanwezig kunnen zijn binnen een ruime tijdsvenster, bijvoorbeeld tussen 10u en 20u. In tegenstelling tot de eerste fase wordt de toegang tot de afdeling hier niet langer automatisch geregeld via een codesysteem, maar via gecontroleerde toegang door zorgverleners. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren via een digitaal oproepsysteem waarbij familieleden zich aanmelden aan de ingang en via een mobiele telefoon of intern systeem contact opnemen met de verantwoordelijke verpleegkundige voor de specifieke patiënt, die vervolgens toegang verleent. Op deze manier behouden zorgverleners overzicht en controle over wie zich op de afdeling bevindt. Daarnaast blijven de vaste informatiemomenten behouden, bijvoorbeeld twee keer per dag, aangevuld met een dagelijks vast moment waarop de arts langskomt op de kamer voor familiegesprekken. Tijdens zorgmomenten of acute situaties wordt familie gevraagd tijdelijk de kamer te verlaten en plaats te nemen in de wachtruimte, zodat zorgverleners de nodige ruimte hebben om zorg te verlenen en familieleden in een rustige omgeving kunnen wachten.

Bijkomende aandachtspunten

Hoewel uitgebreide bezoeken voornamelijk voordelen bieden, kan dit ook leiden tot een verhoogde belasting van familieleden, zeker bij langdurige opnames. Het is daarom belangrijk dat verpleegkundigen aandacht hebben voor de draagkracht van naasten en hen indien nodig aanmoedigen tot kortere bezoeken te houden en zelfzorg of doorverwijzen voor psychologische ondersteuning.

Om al deze veranderingen vlot te laten verlopen zijn er duidelijke afspraken naar bezoekers toe nodig omtrent o.a. rust te respecteren van medepatiënten, rondlopen op de afdeling, eten en drinken op de afdeling... Deze kunnen tijdens de infomomenten voor zorgverleners vastgelegd en geïmplementeerd worden op de richtlijn.

Evaluatie en opvolging

Tot slot is het essentieel om op regelmatige basis evaluatiemomenten te voorzien voor zowel zorgverleners als familieleden. Voor zorgverleners kunnen meerdere evaluatiemomenten per implementatiefase georganiseerd worden, waarbij zij hun ervaringen, bekommernissen en suggesties kunnen delen, zodat het beleid indien nodig tijdig kan worden bijgestuurd.

Daarnaast kan ook feedback van familieleden systematisch verzameld worden, bijvoorbeeld via vragenlijsten die zowel vóór als na de implementatie van een nieuwe fase worden afgenomen. Op deze manier kan niet alleen de beleving van familieleden in kaart worden gebracht, maar ook de effectiviteit van de genomen maatregelen geëvalueerd worden en waar nodig geoptimaliseerd.

Terugkoppeling naar de afdeling

Na het afronden van dit onderzoek en op basis van de bekomen resultaten en evidentie, werden een aantal aanbevelingen opgesteld. Deze werden voorgesteld tijdens een overleg met meerdere verpleegkundigen van verschillende intensieve zorgafdelingen binnen UZ Leuven.

Tijdens dit overleg werd de mogelijkheid besproken om het concept ‘partner in zorg’ verder te implementeren binnen het ziekenhuis, specifiek op intensieve zorgafdelingen. De deelnemende verpleegkundigen deelden hun visies en bezorgdheden. Daarnaast werd de beschikbare evidentie met betrekking tot de voor- en nadelen toegelicht, en werden voorbeelden van “good practices” aangereikt die de praktische haalbaarheid in andere ziekenhuizen illustreren.

De bezorgdheden die tijdens het overleg naar voren kwamen, stemden grotendeels overeen met degene die in de literatuur worden beschreven, zoals het risico op schending van patiëntprivacy, stress gerelateerd aan het gevoel van geobserveerd te worden en angst om fouten te maken. Ook de noden en voorwaarden voor implementatie, zoals het belang van duidelijke afspraken binnen het team en aangepaste infrastructuur (bijvoorbeeld éénpersoonsskamers en toegangssystemen), kwamen overeen met de bevindingen uit de literatuur.

Op basis van dit overleg en de geformuleerde bezorgdheden samen met de evidentie uit de literatuur, werd een implementatieplan opgesteld met als doel de overgang naar een aangepast bezoekbeleid zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Deze auteur wenst te benadrukken dat dit initiatief niet uitsluitend benaderd dient te worden vanuit het concept ‘partner in zorg’, maar eerder als een uitbreiding van de bezoeken. Op deze manier wordt de kans op overbelasting van mantelzorgers verminderd, doordat zij zich niet verplicht voelen om actief zorgtaken op te nemen, en dus zal hun draagkracht net kunnen worden versterkt. Het hoofddoel blijft het bieden van emotionele ondersteuning en oriëntatie aan de patiënt, zonder bijkomende werklast voor verpleegkundigen, zoals het opleiden van

familieleden voor zorgtaken. Dit met uitzondering van langdurige opnames waarbij hier vanuit de familie expliciet naar gevraagd wordt.

Doelstelling Welke doelstelling wordt gerealiseerd? SMART geformuleerd	Acties Welke acties zijn gepland in functie van de doelstelling?	Taakverdeling Wie doet welke acties in functie van de doelstelling?	Timing Wanneer wordt de actie uitgevoerd?	Communicatie Hoe wordt dit gecommuniceerd?	Evaluatie Hoe wordt dit geëvalueerd?	Opvolging Wie volgt de implementatie op?
De voorwaarden en ondersteunende maatregelen die nodig zijn voor de implementatie vanuit zorgverleners op IZ worden in kaart gebracht via een enquête.	a) Opstellen van de online enquête. b) Informeren en stimuleren van IZ zorgverleners tot deelname aan de enquête.	a) Werkgroep 'Partner in zorg' van IZ. b) Hoofd verpleegkundige en/of verantwoordelijk van elke IZ afdeling.	Voor het opstellen van een richtlijn rondom partner in zorg.	Hoe? Info-flash, affiches, email, schermen op IZ Aan wie? Alle medewerkers op IZ (verpleegkundigen, artsen, logistieke medewerkers) Wanneer? Als eerst introduceren op maandelijkse info-flash met bijkomende informatie.	Er wordt gekeken naar de procentuele deelname per afdeling met als doel een voorafbepaalde participatiegraad te bereiken.	De hoofdverpleegkundige en/of verantwoordelijke trachten de participatie percentage te bereiken voor hun afdeling.
Er worden richtlijnen* opgesteld omtrent uitgebreide bezoeken/Partner in zorg Fase 1 voor zowel IZ	a) Opstellen van de richtlijnen voor IZ medewerkers met oog voor de aangegeven noden in de enquête. b) Richtlijnen toegankelijk en	Werkgroep 'Partner in zorg' van IZ.	Na analyse van de resultaten van de enquête.	Hoe? Overleg met IZ hoofdverpleegkundig en/verantwoordelijken als eerst, info-flash, vergadering (indien nodig), info boekje, intranet richtlijn	Er wordt nagegaan of de noden die naar voor komen uit de enquête analyse worden aangepakt en voldaan in de richtlijn.	De werkgroep 'Partner in zorg' van IZ zorgen ervoor dat de richtlijn zoveel mogelijk de IZ medewerkers ondersteunt.

medewerkers als familieleden en patiënten gebaseerd op de literatuur** en de resultaten van de afgenomen enquête.	helder formuleren voor familieleden en patiënten.			Aan wie? Alle medewerkers op IZ Door wie? Communicatie een hoofdverpleegkundig en/ verantwoordelijke door werkgroep 'Partner in zorg'. Communicatie aan afdeling door hoofdverpleegkundig e/ verantwoordelijke. Wanneer? Op overleg en op maandelijkse info-flash of een speciale vergadering hiervoor.	Er wordt gestreefd naar een brede en tijdige communicatie naar alle betrokkenen van de veranderingen en afspraken voor de nieuwe bezoeken.	De hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijke staat in voor een duidelijke en tijdige communicatie van de nieuwe maatregelen.
De nieuwe bezoeken (Fase 1) worden opgestart.	a) Informeren van IZ medewerkers van opstart nieuwe bezoeken. b) Informeren van patiënten en familieleden van richtlijnen.	a) Hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijke van de afdeling. b) Verpleegkundigen en logistieke medewerkers van de afdeling.	Na het opstellen van de richtlijnen en het informeren van de betrokken afdelingen.	Hoe? Info-flash, nieuws op intranet, email voor IZ medewerkers. Info boekje, mondeling, bezoek kaartje en website voor patiënten en families. Aan wie? IZ medewerkers, patiënten en familie.	Wekelijks gedurende de eerste maand volgt de hoofdverpleegkundig e/ verantwoordelijke de implementatie nauwgezet op en be vraagt systematisch de medewerkers. Om de eerste twee weken gedurende de eerste maand vindt	De hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijken volgen van dichtbij op en noteren nodige bijsturingen. De werkgroep 'Partner in zorg' van IZ houden dit maandelijks bij en grijpen in waar en indien nodig om

				Wanneer? Voor medewerkers op maandelijkse info-flash en voor patiënten en familie bij opname.	terugkoppeling met de werkgroep 'Partner in zorg' van IZ plaats door de hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijke van elke afdeling. Maandelijks vanaf de tweede maand bevrage de hoofdverpleegkundige en/ verantwoordelijke van de afdeling de medewerkers en koppelen dit terug met de werkgroep 'Partner in zorg' van IZ tijdens een vergadering. ***	problemen op te lossen.
De richtlijnen worden geëvalueerd en indien nodig geoptimaliseerd naar nieuwe mogelijke noden van de IZ zorgverleners na de initiële implementatie.	a) Overleg met de hoofdverpleegkundigen/ verantwoordelijken van de verschillende afdelingen om de noodzakelijke bijstellingen in de richtlijnen te bespreken. b) Richtlijnen worden aangepast om de	Werkgroep 'Partner in zorg' van IZ.	2-3 en 6 maanden na het implementeren van de nieuwe bezoeken. (Indien nodig kan dit vaker gedaan worden).	Hoe? Info-flash, richtlijn op intranet, email voor IZ medewerkers. Info boekje, mondeling, bezoek kaartje en website voor patiënten en families. Aan wie? IZ medewerkers, patiënten en familie.	Maandelijks bevrage de hoofdverpleegkundige en/ verantwoordelijke van de afdeling de medewerkers en koppelen dit terug met de werkgroep 'Partner in zorg' van IZ tijdens een vergadering.	De hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijke volgen dit van dichtbij op en informeren de werkgroep 'Partner in zorg' van het verloop en mogelijke nodige bijstellingen.

	nieuwe noden te voldoen.			Wanneer? Voor medewerkers op maandelijkse info-flash en voor patiënten en familie bij opname.		
Er worden richtlijnen opgesteld omtrent uitgebreide bezoeken/Partner in zorg Fase 2 voor zowel IZ medewerkers als familieleden en patiënten gebaseerd op de literatuur en ervaring van Fase 1 (en indien nodig een nieuwe enquête).	a) Opstellen van de richtlijnen voor IZ medewerkers met oog voor de aangegeven noden in de enquête en de ervaring van de implementatie van Fase 1. b) Richtlijnen toegankelijk en helder formuleren voor familieleden en patiënten.	Werkgroep 'Partner in zorg' van IZ.	Na het verhuis naar het nieuw bouw.	Hoe? Overleg met IZ hoofdverpleegkundig en/verantwoordelijken als eerst, info-flash, vergadering (indien nodig), info boekje, intranet richtlijn Aan wie? Alle medewerkers op IZ Door wie? Communicatie een hoofdverpleegkundig en/verantwoordelijke door werkgroep 'Partner in zorg'. Communicatie aan afdeling door hoofdverpleegkundig e/verantwoordelijke. Wanneer? Op overleg en op maandelijkse info-	Er wordt nagegaan of de noden die naar voor komen uit de enquête analyse, literatuur en ervaring van Fase 1 worden voldaan in de richtlijn. Er wordt gestreefd naar een brede en tijdige communicatie naar alle betrokkenen van de veranderingen en afspraken voor de nieuwe bezoeken.	De werkgroep 'Partner in zorg' van IZ zorgen ervoor dat de richtlijn zoveel mogelijk de IZ medewerkers ondersteunt. De hoofdverpleegkundige/verantwoordelijke staat in voor een duidelijke en tijdige communicatie van de nieuwe maatregelen.

				flash of een speciale vergadering hiervoor.		
De nieuwe bezoeken (Fase 2) worden opgestart.	a) Informeren van IZ medewerkers van opstart nieuwe bezoeken. b) Informeren van patiënten en familieleden van richtlijnen.	a) Hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijke van de afdeling. b) Verpleegkundigen en logistieke medewerkers van de afdeling.	Na het opstellen van de richtlijnen en het informeren van de betrokken afdelingen.	Hoe? Info-flash, nieuws op intranet, email voor IZ medewerkers. Info boekje, mondeling, bezoek kaartje en website voor patiënten en families. Aan wie? IZ medewerkers, patiënten en familie. Wanneer? Voor medewerkers op maandelijkse info-flash en voor patiënten en familie bij opname.	Wekelijks gedurende de eerste maand volgt de hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijke de implementatie nauwgezet op en be vraagt systematisch de medewerkers. Om de eerste twee weken gedurende de eerste maand vindt terugkoppeling met de werkgroep 'Partner in zorg' van IZ plaats door de hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijke van elke afdeling. Maandelijks vanaf de tweede maand bevragen de hoofdverpleegkundigen/ verantwoordelijke van de afdeling de medewerkers en koppelen dit terug met de werkgroep	De hoofdverpleegkundige/ verantwoordelijken volgen van dichtbij op en noteren nodige bijstellingen. De werkgroep 'Partner in zorg' van IZ houden dit maandelijks bij en grijpen in waar en indien nodig om problemen op te lossen.

					'Partner in zorg' van IZ tijdens een vergadering.	
De richtlijnen worden geëvalueerd en indien nodig geoptimaliseerd naar nieuwe mogelijke noden van de IZ zorgverleners na de initiële implementatie.	a) Overleg met de hoofdverpleegkundigen/verantwoordelijken van de verschillende afdelingen om de noodzakelijke bijstellingen in de richtlijnen te bespreken. b) Richtlijnen worden aangepast om de nieuwe noden te voldoen.	Werkgroep 'Partner in zorg' van IZ.	2-3 en 6 maanden na het implementeren van de nieuwe bezoeken. (Indien nodig kan dit vaker gedaan worden).	Hoe? Info-flash, richtlijn op intranet, email voor IZ medewerkers. Info boekje, mondeling, bezoek kaartje en website voor patiënten en families. Aan wie? IZ medewerkers, patiënten en familie. Wanneer? Voor medewerkers op maandelijkse info-flash en voor patiënten en familie bij opname.	Maandelijks bevragen de hoofdverpleegkundig en/verantwoordelijke van de afdeling de medewerkers en koppelen dit terug met de werkgroep 'Partner in zorg' van IZ tijdens een vergadering.	De hoofdverpleegkundige/verantwoordelijke volgen dit van dichtbij op en informeren de werkgroep 'Partner in zorg' van het verloop en mogelijke nodige bijstellingen.

* Richtlijnen kunnen verschillen per afdeling afhankelijk van de werking en patiënten populatie, maar er is een gemeenschappelijke leidraad.

** Inclusief ethische aspecten, zoals het waarborgen van patiëntprivacy, autonomie en het respecteren van grenzen van zowel patiënten als familieleden.

*** Door het voorzien van regelmatige evaluatiemomenten en continue bijsturing wordt een duurzame implementatie nagestreefd en worden mogelijk risico's, zoals verhoogde werkdruk of verstoring van zorgprocessen, geminimaliseerd.

Bibliografie

- Abdalla, R. A., Alhalabi, S. N., Alotaibi, S. S., Omran, M. O., Abdulbari, T. J., Faddoul, R. R., & Elkouwatly, I. B. (2025). The Impact of Open Visiting Policies on Patient, Family and Nursing Care: Nurses' Perceptions in Saudi Intensive Care Units. *Nursing in Critical Care*, 30(4), e70110. <https://doi.org/10.1111/nicc.70110>
- Anonieme Verpleegkundige. (2026). *Expertenperspectief op Open Bezoekuren in een Belgische IZ: Effecten op Patiënt, Familie en Verpleegkundigen*. [Interview].
- Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hopkins, R. O., Butler, J. M., & Brown, S. M. (2016). Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 46-50. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016789>
- de Souza, J. M. B., Miozzo, A. P., da Rosa Minho Dos Santos, R., Mocellin, D., Rech, G. S., Trott, G.,...Teixeira, C. (2024). Long-term effects of flexible visitation in the intensive care unit on family members' mental health: 12-month results from a randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, 50(10), 1614-1621. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07577-3>
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. (z.d.). *Visita y acompañamiento*. Junta de Andalucía. Retrieved 08/12/2025 from <https://hospitaluvrocio.es/entrada-blog/visita-y-acompanamiento/>
- Montori, V. M., Ruissen, M. M., Hargraves, I. G., Brito, J. P., & Kunneman, M. (2023). Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28(4), 213-217. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112068>
- Nassar Junior, A. P., Besen, B., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 46(7), 1175-1180. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003155>
- Planetree. (2023). *Our story*. Planetree. Retrieved 08/01/2026 from <https://www.planetree.org/our-story>
- UZ Leuven. (2025a). *Intensieve zorg 4*. UZ Leuven. Retrieved 08/12/2025 from <https://www.uzleuven.be/nl/diensten-centra-en-afdelingen/intensieve-zorg-4#bezoekuren>
- UZ Leuven. (2025b). *Partner in zorg*. UZ Leuven. Retrieved 08/12/2025 from <https://www.uzleuven.be/nl/partner-in-zorg>
- WHO. (2024, 27/5/2026). *Post-traumatic stress disorder*. World Health Organisation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
- Wu, Y., Wang, G., Zhang, Z., Fan, L., Ma, F., Yue, W.,...Tian, J. (2022). Efficacy and safety of unrestricted visiting policy for critically ill patients: a meta-analysis. *Critical Care*, 26(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04129-3>