

Persoonlijke levenssfeer

Privacy in verpleeghuizen

Advies uitgebracht door de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Zoetermeer, 1996

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
2 Verpleeghuis en privacy	9
2.1 Het verpleeghuis en zijn bewoners	9
2.2 Relatie met ouderenbeleid	10
2.3 Leven in een verpleeghuis	12
2.4 Waarom verpleeghuisbewoners weinig privacy hebben	13
2.5 Eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer	14
2.6 Een menswaardig bestaan	15
3 Advies en aanbevelingen	16
3.1 Advies	16
3.2 Uitwerking	16
3.3 Stimuleringsprogramma	21
3.4 Financiële paragraaf	22
4 Toelichting	25
Bijlagen	
1 Adviesaanvraag	35
2 Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (vRVZ)	43
3 Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (vRVZ)	45
4 Geraadpleegde personen en instellingen voor de adviesvoorbereiding	47
5 Verslag panelbijeenkomst belevingswereld van bewoners/patiënten in verpleeghuizen op 23 februari 1996 in het verpleeghuis Hogewey	49
6 Verslag panelbijeenkomst bouwkundige aspecten rond privacy in verpleeghuizen op 1 maart 1996 in het verpleeghuis St.Elisabeth	59
7 Lijst van afkortingen	71
8 Literatuurlijst en lijst van videobanden	73

Samenvatting

Is het nodig en mogelijk de privacy in verpleeghuizen te verbeteren? De voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening beantwoordt deze vraag van staatssecretaris Terpstra met ja.

Ja, het is nodig dat verpleeghuisbewoners meer privacy krijgen. Want van privacy - een persoonlijke levenssfeer - is in een verpleeghuis nauwelijks sprake. De bewoners zijn afhankelijk van het personeel en de regels van het huis, het verpleeghuis is een gesloten wereld en er is nauwelijks persoonlijke woonruimte. Bewoners voelen zich daarom onmachtig en ondergeschikt aan de organisatie. Ze willen met respect worden behandeld, eigen keuzen kunnen maken en een eigen kamer hebben.

Ja, het is nodig dat de overheid en de verpleeghuizen voor meer privacy zorgen. Het overheidsbeleid voor ouderen is gericht op behoud van zelfstandigheid, deelname aan het maatschappelijk leven en het blijven wonen in de eigen, vertrouwde omgeving. Dat beleid moet niet ophouden bij het verpleeghuis, waar de gemiddelde leeftijd tachtig is. Bovendien: de persoonlijke levenssfeer is essentieel voor een menswaardig bestaan. De Grondwet vereist daarom eerbiediging, maar dan moet er wel een persoonlijke levenssfeer zijn.

Ja, het is mogelijk om verpleeghuisbewoners meer privacy te geven. Dan moeten er drie dingen gebeuren.

1. Verpleeghuizen gaan klantgericht werken. Dat houdt in dat het verpleeghuis de wensen van de bewoners wil kennen en dat de medewerkers daarop inspelen. Overheid en verpleeghuizen kunnen dit bevorderen langs de weg van het kwaliteitsbeleid, de patiëntenrechten, scholing en opleiding en het personeelsbeleid.
2. Overheid en verpleeghuizen scheppen de voorwaarden voor een persoonlijk woon- en leefklimaat. Het verpleeghuis verleent niet alleen zorg, maar biedt ook een woon- en leefklimaat, waarbinnen ruimte is voor een persoonlijke levenssfeer. De overheid legt dat in haar zorgvisie vast. Het verpleeghuis licht mensen voor over de wijze waarop het aan deze doelstelling invulling geeft, onder andere door bewoners keuzemogelijkheden te bieden en de groepsgrootte te

Persoonlijke levenssfeer

verkleinen.

3. Verpleeghuisbewoners krijgen, als zij dat willen, een eenpersoonskamer met eigen sanitair. De overheid past de bouwmaatstaven daarop aan. Voor zo'n eenpersoonskamer hoeft geen hogere eigen bijdrage te worden betaald. In tegendeel, voor een meerpersoonskamer is eerder een lagere bijdrage op haar plaats.

Deze maatregelen kunnen het best op basis van een stimuleringsprogramma worden getroffen, waarin de overheid samenwerkt met de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) en de Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV). Het lijkt er voorshands op dat alleen de eenpersoonskamer extra investerings- en exploitatiekosten met zich meebrengt. De Raad schat de extra investering op *f* 15.000 tot *f* 25.000 per bed. Dat zou bij de bestaande bouwbehoefte leiden tot een extra investeringsbedrag van tussen *f* 49 miljoen en *f* 79 miljoen per jaar en tot extra exploitatiekosten van tussen *f* 10 miljoen en *f* 13 miljoen per jaar.

1 Inleiding

Op verzoek van staatssecretaris Terpstra van Volksgezondheid, Welzijn en Sport brengt de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (verder: de Raad) advies uit over de noodzaak en mogelijkheden tot verbetering van de privacy in verpleeghuizen. Daaronder verstaat de Raad een verbetering van de persoonlijke levenssfeer in het verpleeghuis. Het verzoek maakt deel uit van het beleid dat het kabinet heeft uitgestippeld voor de modernisering van de ouderenzorg. Modernisering wil in dit verband zeggen, dat de zorgverlening zó wordt ingericht dat ouderen zolang en zoveel mogelijk zelfstandig en onafhankelijk kunnen blijven. Daarvoor is het nodig dat de onderlinge relatie tussen het wonen, het welzijn en de zorg in de voorzieningen voor ouderen wordt herzien. Dat heeft vooral voor de verpleeghuiszorg grote consequenties, omdat de drie functies daar in het verleden als één geheel werden aangeboden.

Adviesaanvraag

Daar is inmiddels verandering in gekomen. Zeven demonstratieprojecten 'substitutie in de ouderenzorg' hebben in de periode 1988-1991 laten zien dat het mogelijk is aan ouderen gekwalificeerde verpleeghuiszorg te geven in een bejaardenoord en thuis. De 'subsidieregeling substitutie verpleeghuiszorg' heeft dit vervolgens op grote schaal mogelijk gemaakt. Daarnaast zijn woonzorgcomplexen ontwikkeld, waar ouderen zelfstandig wonen en eventueel verpleeghuiszorg van 'intramuraal niveau' ontvangen. De Commissie modernisering ouderenbeleid heeft over de ordening van dit nieuwe gebied tussen klassieke intramurale zorg en zelfstandig wonen advies uitgebracht en het kabinet heeft daarover zijn standpunt bepaald.

Modernisering ouderenzorg

Dat standpunt komt er op neer dat de financiering van de bejaardenoorden met ingang van 1 januari 1997 via een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad ten laste komt van de AWBZ. Het is de bedoeling dat de verzorging en het verblijf in een bejaardenoord vanaf 2002 een verstrekking wordt. De bejaardenoorden gaan een deel van de huidige verpleeghuisbevolking overnemen. Dat betekent dat de bejaardenoorden worden omgevormd - gemoderniseerd - tot verzorgingshuizen nieuwe stijl. Voor aan- en inleunwoningen, serviceflats, bejaardenwoningen en woonzorgcomplexen gaat een gemengd regime gelden. De woonfunctie valt onder het regime van de volkshuisvesting, de zorg- en welzijnsfuncties onder het regime van VWS. De subsidierege-

Kabinetsstandpunt over
Welschen

Persoonlijke levenssfeer

lingen op het terrein van de zorg worden ondergebracht in een zorgvernieuwingsfonds.

Voor de verpleeghuizen geldt dat het kabinet terughoudend is met uitbreiding van het aanbod. De verpleeghuizen zullen volgens het kabinet exclusief worden bestemd voor zwaar gedragsgestoorde demente ouderen, ouderen die zeer intensieve en complexe verpleging en verzorging nodig hebben en patinten die er kort verblijven voor revalidering en reactivering. Volgens het kabinet kan een kwart van de huidige verpleeghuisbewoners naar het bejaardenoord of naar huis. Dat percentage is omstrepen. De zorgzwaarte van de verpleeghuisbewoners is ook de laatste jaren reeds sterk toegenomen, zodat de situatie die het kabinet voor ogen staat, nu al realiteit is. Van de andere kant schatten sommigen de mogelijkheid om zwaar zorgbehoeftige verpleeghuisbewoners buiten het verpleeghuis te verzorgen, hoger in dan het kabinet. Hoe dat zij, de conclusie is dat het verpleeghuis ook in de toekomst voor het grootste deel van de huidige bewoners een permanente voorziening is, waarvan zij voor hun wonen, welzijn en zorg afhankelijk zijn.

Last resort

Hoe zit het nu met de modernisering van de verpleeghuizen zelf? Hoe is het daar met de zelfstandigheid en autonomie van de bewoners gesteld? Zal ook daar sprake zijn van een verbetering van de woon- en leefsituatie? Dat deel van het moderniseringsbeleid staat volgens de Raad nog onvoldoende in de steigers. De Raad zal daarom in dit advies pleiten voor een gericht stimuleringsprogramma voor de komende jaren met de volgende speerpunten:

- klantgericht werken
- een persoonlijk woon- en leefklimaat
- een eigen kamer.

Modernisering verpleeghuizen

2 Verpleeghuis en privacy

Nee, mensenrechten zijn mooi, maar in het huis waar ik woon, wordt er niet aan gedaan.

J.H. Donner

2.1 Het verpleeghuis en zijn bewoners

Verpleeghuizen zijn bedoeld voor diverse categorieën patinten. Patiëntencategorieën
Personen die tijdelijk moeten worden opgenomen voor reactivering en revalidatie. Patiënten met lichamelijke beperkingen, die intensief en langdurig verpleging en verzorging nodig hebben. Psychogeriatrische patiënten die veel verzorging nodig hebben of storend gedrag vertonen. En patiënten die verpleging en verzorging nodig hebben met inzet van specifieke deskundigheid en technische voorzieningen.

Op een totaal van 323 verpleeghuizen zijn er 65 speciaal voor patiënten met lichamelijke beperkingen en 63 voor psychogeriatrische patinten. De overige 195 zijn gecombineerde verpleeghuizen. Het aantal bedden en verpleegdagen is voor beide categorieën gelijk, ongeveer 27.000. Er worden in een jaar ongeveer twee keer zoveel patinten met lichamelijke beperkingen opgenomen (34.000) als psychogeriatrische patinten (17.000). De eerste categorie patiënten stroomt dus sneller door. Aantallen

Van de patiënten met lichamelijke beperkingen gaat ruim 40% weer naar huis en ongeveer 10% gaat naar een verzorgingshuis. De overigen blijven tot hun dood in het verpleeghuis. Van hen overlijdt ongeveer de helft binnen een half jaar, het merendeel zelfs binnen drie maanden. De andere helft woont geruime tijd in het verpleeghuis, waarvan opnieuw de helft langer dan twee jaar. Van de psychogeriatrische patiënten gaat ongeveer 20% terug naar huis of naar een verzorgingshuis. Ruim 80% woont de rest van hun leven in het verpleeghuis, de helft van hen langer dan twee jaar. Verblijfsduur

De gemiddelde leeftijd van de verpleeghuisbewoner ligt rond de tachtig jaar. Het is overigens juist om van bewoonsters te spreken, omdat driekwart van de verpleeghuispopulatie uit vrouwen bestaat. Driekwart van de bewoners is ouder dan zeventig jaar. Verpleeghuizen zijn dus voorzieningen die voor het grootste deel door ouderen worden gebruikt. Slechts één op de vijftientig bewoners is jonger dan vijftig jaar. Het beleid is er Leeftijd

Persoonlijke levenssfeer

op gericht om voor deze 2000 jongere bewoners een specifiek op hen gerichte omgeving te creëren.

2.2 Relatie met ouderenbeleid

Het is inmiddels algemeen geaccepteerd dat ouderen de gelegenheid moeten hebben zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. Dat is niet vanwege de kosten, maar omdat ze het zelf 't liefste willen en oude mensen dan lichamelijk beter blijven functioneren, greep op hun situatie houden en hun vertrouwde omgeving met z'n sociale contacten niet verliezen. De overheid stemt haar zorgbeleid daarop af. Dat wil zeggen, dat verzorging en verpleging zoveel mogelijk thuis plaatsvinden. Woningen worden desnoods aangepast en er worden nieuwe woonvormen ontwikkeld om het eigen normale leven zoveel en zolang mogelijk voort te zetten als mensen zorgbehoefte worden. Alleen als het niet anders kan verhuizen mensen naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Liefst naar een verzorgingshuis omdat daar meer mogelijkheden zijn om het eigen leven in een eigen woning en de eigen omgeving voort te zetten. Daarom wil de overheid de groep patinten die uiteindelijk op een verpleeghuis is aangewezen, zo klein mogelijk houden. Dat betekent dat deze groep zeer veel en zeer intensieve verzorging nodig heeft.

Zelfstandig wonen

Het verpleeghuis is ooit ontstaan als een goedkopere vervanging van het ziekenhuis voor patinten die de diagnostische en therapeutische voorzieningen van het ziekenhuis niet langer nodig hebben, maar wel behoefte hebben aan verpleging en verzorging. In een verpleeghuis zijn het wonen en het dagelijks leven sterk gekoppeld aan de zorgverlening. Het gevaar bestaat dat ze daaraan ondergeschikt worden gemaakt. Dat is bij de eerste verpleeghuizen ook gebeurd. Mensen wonen in een verpleeghuis omdat ze behoefte hebben aan verzorging en verpleging. Daar moet dus ook goed in worden voorzien. Het ligt echter in de lijn van het beleid - zelfstandig wonen en leven - dat deze aanpassingen in de woon- en leefsituatie zo beperkt mogelijk blijven. Dat zou althans zo moeten zijn.

Verpleeghuis

Omdat de nadruk op de zorgfunctie (verpleging, verzorging en behandeling) heeft gelegen, is de woonfunctie van het verpleeghuis nauwelijks ontwikkeld. De bewoners hebben geen eigen woonkamer, en 85% heeft ook geen eigen slaapkamer. Ze 'wonen' groepsgewijs in huiskamers. Verbeteringen bestaan er tot nu toe uit dat het aantal vier-, vijf-, en zespersoons-slaapkamers vermin-

Persoonlijke levenssfeer

dert en het aantal een- en tweepersoons-slaapkamers toeneemt. Verder worden de groepen per huiskamer kleiner.

Het wellicht positieve beeld van ruim 36% eenpersoonskamers wordt gematigd als we naar de bedden kijken in plaats van naar de kamers. Slechts 13 en 17 % van de psychogeriatrische, respectievelijk somatische bewoners heeft een eenpersoonskamer, terwijl 47 respectievelijk 42 % de kamer moet delen met drie anderen. De werkelijkheid is dat ruim 60% van de bewoners op een drie (of meer)-persoonskamer verblijft.

Tabel 1: Kamergrootte in verpleeghuizen (1994)

	somatiek	psycho- geriatrie	totaal aantal	percentage
Kamers met				
1 bed	4405	3699	8115	36,4
2 bedden	3052	3194	6258	28,1
3 bedden	327	303	634	2,9
4 bedden	2709	3229	5950	26,7
5 bedden	259	239	499	2,2
>5 bedden	387	434	821	3,7
(onbekend)	p.m.	p.m.		
Totaal	11139	11098	22277	100

Tabel 2: Verdeling bedden per verpleeghuiskamer (1994)

	somatiek	%	psycho- geriatrie	%	totaal aantal	%
Bedden op						
1-p kamer	4405	17	3699	13,4	8115	-
2-p kamer	6104	23,5	6388	23,1	12516	-
3-p kamer	981	3,8	909	3,3	1902	-
4-p kamer	10836	41,8	12916	46,6	23800	-
5-p kamer	1295	5	1195	4,3	2495	-
>5-p kamer (onbekend)	(2307)	8,9	(2587)	9,3	(4893) ?	-
Totaal	(25928)	100	(27694)	100	?	-

De woonsituatie in bejaardenoorden is aanzienlijk beter. Ook in een aantal experimenten met woningbouw voor ernstig zorgbehoeftige ouderen is sprake van een betere huisvesting. Daar kunnen mensen met een verpleeghuisindicatie een appartement met een eigen badkamer krijgen (Krimpenerwaard en Bergwegproject te Rotterdam). Op de particuliere markt zijn verder luxere appartementen te krijgen, die geschikt kunnen worden gemaakt voor intensieve verzorging en verpleging.

Rudimentaire woonfunctie

Ook de leefsituatie in het verpleeghuis ondervindt nog steeds de gevolgen van het 'medische model', waarbij moet worden gezegd dat de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) zich actief inzet voor verbeteringen. In de door de vereniging ontwikkelde basiskwaliteitscriteria van verpleeghuizen staat bijvoorbeeld dat een verpleeghuisbewoner zijn eigen leven moet kunnen leiden en zijn eigen keuzen maken. Maar in veel verpleeghuizen is daar de ruimtelijke indeling en de organisatie niet naar. Het dagritme is niet afgeleid van het leefritme van de bewoner, maar van het werkritme van het personeel. Het leefklimaat van de bewoners is nauw verbonden met het werkklimaat van het personeel. De keuzemogelijkheden zijn vaak beperkt. Toch hebben sommige verpleeghuizen binnen de bestaande wet- en regelgeving en financiële kaders het woon- en leefklimaat voor de bewoners sterk kunnen verbeteren. De filosofie van de instelling speelt hierbij een beslissende rol.

Van medisch model naar woonmodel

2.3 Leven in een verpleeghuis

Veel mensen vinden het een absolute ramp als zij zelf of hun

Verlies van zelfstandigheid

Persoonlijke levenssfeer

ouders naar een verpleeghuis moeten. Dat komt in de eerste plaats door het verlies van zelfstandigheid. Je redt het niet meer alleen en je wordt afhankelijk van vreemden die je verzorgen en verplegen. Dat wil zeggen: die zich intiem met je bemoeien, maar niet intiem met je zijn en die je niet hebt uitgekozen. Dat is akelig en moeilijk te verwerken, maar onder de gegeven omstandigheden helaas onvermijdelijk.

Er is meer. Veel mensen laten ook hun huis achter, met alles wat dat impliceert aan geborgenheid, identiteit en mogelijkheid om jezelf te zijn. In plaats daarvan word je opgenomen in een instelling, waar je verblijft, maar niet woont. Je huis schrompelt ineen tot 'n eenpersoons slaapkamer of de la van een nachtkastje. De vrouwen die behoren tot de huidige generatie verpleeghuisbewoners hebben de zorg voor huis en haard gehad. Vooral voor hen is de gang naar het verpleeghuis een breuk met hun oude leven.

Verlies van huis

Ook voor familie is de opname van een naaste in het verpleeghuis ingrijpend. Vaak raken kinderen het ouderlijk huis kwijt. Zij kunnen vader of moeder gaan opzoeken in een huiskamer te midden van andere hulpbehoevende bewoners. Veel familieleden vinden dat confronterend of raken er gedeprimeerd door en komen niet graag op bezoek.

Familie

Leven in een verpleeghuis betekent meestal je aanpassen aan de regels en het ritme van het huis, leven in een groep met mensen die er slecht aan toe zijn, weinig privacy, een voortdurende confrontatie met je eigen beperkingen en in veel gevallen de wetenschap dat je eindstation is bereikt.

Aanpassen

Bewoners van een verpleeghuis hebben vooral behoefte aan een eigen plek. Voor de meesten betekent dat een eigen kamer, voor sommigen mag het ook een tweepersoonskamer zijn, mits de kamergenoot zelf mag worden uitgekozen. Verder willen bewoners het gezelschap waarin ze verkeren, de activiteiten waaraan ze deelnemen, de plaats waar ze zich ophouden en met wie ze praten zelf bepalen. Eigen keuzen kunnen maken, is belangrijk, juist als je wereld klein is geworden en ook als je dement bent en niet meer weet waar je precies bent.

Iets van jezelf

2.4 Waarom verpleeghuisbewoners weinig privacy hebben

Het tekort aan privacy in verpleeghuizen heeft drie hoofdoorzaken: de afhankelijkheid van de bewoners, het totalitaire karakter van het verpleeghuis en zijn medische herkomst.

Oorzaken

Persoonlijke levenssfeer

Afhankelijkheid van de bewoner

Afhankelijkheid

Verpleeghuisbewoners zijn in hun lichamelijke of geestelijke mogelijkheden ernstig beperkt. Nagenoeg alle bewoners zijn in het verpleeghuis omdat het niet anders kan. Ze hebben geen andere keuze. Velen aanvaarden hun situatie niet, maar berusten. Hun beperkingen maken hen afhankelijk van het verpleeghuis en het personeel. En afhankelijkheid leidt tot onmacht bij de bewoner, macht bij de verzorger. Zoals een bewoner zei: 'De hoofdzaak is: heb je zo'n zuster mee of heb je ze tegen.'

Macht blijkt uit het feit dat je toestemming kunt geven, bijvoorbeeld om een kamer binnen te komen. Maar volgens J.H. Donner betekende kloppen in zijn verpleeghuis: 'Uit de weg. Daar kom ik aan'. Macht betekent dingen die je nog kunt, zelf doen. Maar in een verpleeghuis word je vaak teveel uit handen genomen. Een bewoner heeft ook macht als hij zelf keuzen kan maken. Daar schort het vaak aan. Een verpleeghuisbewoner: 'Ik weet niet of ik op den duur zal wennen aan het wonen in een verpleeghuis. Je bent zoveel vrijheid kwijt, dat is onvoorstelbaar. Je moet je aanpassen aan de regels die ze hier hebben en dat valt soms niet mee. Dat is gewoon moeilijk. Het klinkt een beetje hard, maar het is gewoon zo.'

Verpleeghuis als totaal instituut

Totaal instituut

In een totaal instituut gebeurt alles onder één dak: wonen, werken, ontspannen en slapen. Het is een gesloten wereld. Veel verpleeghuisbewoners ervaren hun tehuis zo en zeggen: 'Ik zou er liever uit zijn, je bent helemaal afgesloten van de wereld.' Zo'n totaal instituut heeft de neiging om het persoonlijke ondergeschikt te maken aan de organisatie. De dagelijkse activiteiten worden in het gezelschap van andere bewoners uitgevoerd en vaak van bovenaf opgelegd. Er is vaak een overdreven neiging om iedereen gelijk en volgens vaste routine te behandelen. Een bewoner: 'Ik ben kamer 50 en mijn buurman is kamer 51 en we hebben totaal verschillende handicaps en we worden op dezelfde manier behandeld. En dat kan natuurlijk niet.'

De medische herkomst van het verpleeghuis

Medisch model

In de eerste verpleeghuizen heeft sterk de nadruk gelegen op de medische functies van het verpleeghuis, eerst op verpleging en verzorging, later ook op revalidatie. Dat is te merken aan de beperkte verblijfsaccommodatie in de verpleeghuizen: geen eigen kamer, een betrekkelijk afgesloten omgeving, veel mensen op een klein oppervlak en ruimten met een hoog 'collectiviteitsgehalte'. Vanaf de jaren tachtig is er meer belangstelling voor de verblijfs- en woonfunctie van het verpleeghuis. Van de andere kant neemt

Persoonlijke levenssfeer

door het substitutiebeleid van de afgelopen jaren de noodzaak van medische zorg in het verpleeghuis toe. De bewoners met de allerzwaarste zorgbehoeften zijn overgebleven en zij hebben veel meer lichamelijke en meervoudige problemen dan vroeger. De meeste verpleeghuizen spannen zich in om het woon- en leefklimaat te verbeteren, maar vele houden daarbij de witte jas aan.

2.5 Eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer

Het is van grote waarde dat je ook in een verpleeghuis je eigen leven kunt leiden en de daarvoor nodige beslissingen kunt nemen. Een van de voorwaarden is dat er meer privacy in verpleeghuizen komt.

Wat is privacy?

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen autonomie en privacy. Autonomie wordt gezien als het vermogen en de vrijheid die de mens heeft om vorm te geven aan zijn eigen leven. Privacy wordt opgevat als de mogelijkheid om het eigen leven af te schermen van anderen. Privacy is een middel om autonomie te realiseren.

Definities

Er zijn veel definities van privacy in omloop zonder dat er overeenstemming bestaat over de definitie. Warren en Brandeis noemen privacy: het recht om alleen te worden gelaten. Gerety: zeggenschap over intieme persoonlijke zaken. Beardsley: het recht om zelf te beslissen of, wanneer en hoe informatie over jezelf aan anderen bekend kan worden gemaakt. Altman: zeggenschap over de toegang tot jezelf. Er zijn ook wolliger formuleringen als 'de reeks van situaties waarin de mens onbevangen zichzelf wil zijn'.

Het recht op privacy wordt in artikel 10 van onze grondwet omschreven als het recht op **eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer**. In de toelichting zegt de wetgever dat dit recht moet worden beschouwd als een essentiële voorwaarde voor een menswaardig bestaan en als een van de grondslagen van onze rechtsorde. Tot de persoonlijke levenssfeer rekent de wetgever in ieder geval: de woning, bepaalde vormen van communicatie zoals het telefoongesprek en de briefwisseling, het buiten de woning gevoerde vertrouwelijk gesprek, sommige gewoonten, gedragingen, contacten, abonnementen, lidmaatschappen e.d., bepaalde aspecten van het gezinsleven, de fysieke integriteit, de geestelijke integriteit en de registratie van persoonsgegevens.

Eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer

2.6 Een menswaardig bestaan

Aspecten

Persoonlijke levenssfeer

Het lijkt in het kader van dit advies niet zinvol aan de precieze formulering van deze definities van privacy veel aandacht te besteden. De grondwet zegt eigenlijk heel goed waar het om gaat: de persoonlijke levenssfeer. De voorbeelden uit de toelichting op de grondwet sluiten aan op het onderscheid dat in de literatuur over privacy wordt gemaakt tussen:

- *lichamelijke privacy*: de onaantastbaarheid van het lichaam en de geest;
- *ruimtelijke privacy*: niet binnentreden in een woning tegen de wil van de bewoner; respecteren van de persoonlijke ruimte om iemand heen;
- *informatieprivacy*: brief-, telefoon-, en telegraafgeheim; bescherming van persoonsgegevens;
- **privacy inzake leefstijl en levensoriëntatie**: bescherming van het privé- en gezinsleven.

De vraag is vooral: wat houdt 'eerbiediging' van de persoonlijke levenssfeer in? Het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer is als een klassiek grondrecht geformuleerd, dat wil zeggen: als een recht dat bescherming biedt tegen inbreuken door de overheid of anderen. Dat is gedaan om te benadrukken dat iedereen er rechtstreeks een beroep op kan doen. Een soortgelijke bepaling staat in artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. Iedereen moet zich onthouden van inbreuken op 'private and family life, home and correspondence'.

Beschermen

Het zal duidelijk zijn dat er omstandigheden zijn waarin van de overheid en de mensen om ons heen meer verwacht mag worden dan dat zij zich onthouden van inbreuken op de persoonlijke levenssfeer. De grondwet veronderstelt namelijk de aanwezigheid van een persoonlijke levenssfeer, waarin mensen zichzelf kunnen zijn. Als die ontbreekt - dat is in verpleeghuizen tot op grote hoogte het geval - brengt de bedoeling van het grondrecht met zich mee dat overheid en bevolking zich inspannen om de ruimte voor de persoonlijke levenssfeer te creëren dan wel te vergroten. Grondrechten hebben namelijk de strekking aan de mens een menswaardig bestaan te verzekeren. Het leven in een verpleeghuis brengt een ernstige beperking van de persoonlijke levenssfeer met zich mee, die in veel gevallen verder gaat dan nodig is. Het eerbiedigen van de persoonlijke levenssfeer moet daarom ruim worden opgevat:

Bevorderen

- bevorderen dat verpleeghuisbewoners zoveel mogelijk een eigen levenssfeer hebben en houden;

Persoonlijke levenssfeer

- nalaten en voorkomen van onnodige inbreuken op de persoonlijke levenssfeer.

Persoonlijke levenssfeer

3 Advies en aanbevelingen

Verstandige mensen berusten in wat zij toch niet kunnen verhelpen.

J.H. Donner

3.1 Advies

Verstandige mensen berusten in wat zij toch niet kunnen verhelpen. Maar wat kunnen ze wél verhelpen en hoe? Het advies van de Raad kan als volgt worden samengevat.

De Raad vindt dat de privacy in verpleeghuizen moet worden verbeterd. Dat kan op drie manieren. Door:

1. klantgericht te werken
2. voorwaarden te scheppen voor een persoonlijk woon- en leefklimaat
3. verpleeghuisbewoners een eigen kamer te bieden.

Drie verbeteringen

De Raad beveelt aan dat de overheid ter verbetering van de privacy samen met de NVVz en de NVBV een stimuleringsprogramma ontwikkelt.

Stimuleringsprogramma

Het aantal eenpersoonskamers kan tussen 1996 en 2000 toenemen van 8.000 tot 23.000. De extra investeringskosten voor eenpersoonskamers met een eigen sanitaire ruimte raamt de Raad voor de periode 1996-2000 op een bedrag tussen f 49 miljoen en f 79 miljoen per jaar, uitgaande van een extra investering van f 15.000 tot f 25.000 per bed. De extra exploitatiekosten liggen voor die periode tussen f 10 miljoen en f 13 miljoen per jaar. De hogere exploitatiekosten worden veroorzaakt door hogere kapitaallasten. Het is aannemelijk dat de bedrijfsvoering niet duurder zal worden.

Kosten

3.2 Uitwerking

Klantgericht werken

Klantgericht werken houdt in dat het verpleeghuis de wensen van de bewoners wil kennen en dat de medewerkers daarop inspelen. Volgens de Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV) is de centrale vraag als het gaat om verbetering van de persoonlijke levenssfeer: wil de organisatie - management en personeel - de wens van de bewoner echt weten? En krijgt deze dan de ruimte daarop in te spelen? Het is een essentiële verbetering als de verpleeghuizen deze vraag positief beantwoorden. Uit onderzoek naar de kwaliteit van verpleeghuiszorg

Klantgericht werken

Persoonlijke levenssfeer

van de NVBV blijkt dat verpleeghuisbewoners en familie bejegening het belangrijkste aspect van de zorgverlening vinden. Men is onder voorwaarden bereid een kamer te delen met andere bewoners als men verder het gevoel heeft als persoon te worden gerespecteerd. Respect voor het eigene betekent dat een verpleeghuis zoveel mogelijk invulling geeft aan specifieke wensen en behoeften van de individuele bewoners. Het verpleeghuis kan dat langs verschillende wegen bevorderen: het interne kwaliteitssysteem, scholing en personeelsbeleid. Het is bijvoorbeeld een interessant idee om voor het aanleren van een service-gerichte houding een voorbeeld te nemen aan horeca-opleidingen. Verpleeghuizen moeten zichzelf verder ten doel stellen de wensen van bewoners te kennen, onder andere door het bieden van inspraak aan bewoners of hun vertegenwoordigers. Ook de overheid kan dit beleid bevorderen en heeft dat ook al gedaan, onder andere door de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen tot stand te brengen. De overheid kan in haar zorgvisie het klantgericht werken van verpleeghuizen ondersteunen. Zij kan in het curriculum en de eindtermen van de opleidingen klantvriendelijkheid en servicegerichtheid een plaats geven en kan toezien op een goede uitvoering van de patintenwetgeving, waarin een fundament is gelegd onder de positie van de verpleeghuisbewoner.

Aanbevelingen:

- | | | |
|----|---|-----------------------|
| 1. | Het verpleeghuis legt in zijn kwaliteitssysteem vast hoe klantgericht werken, respect voor de eigen levenssfeer van de bewoner en service-verlening worden bevorderd. | Kwaliteitssysteem |
| 2. | De overheid zorgt ervoor dat patintenrechten in verpleeghuizen worden nageleefd en bevordert ook anderszins de rechtspositie van verpleeghuisbewoners, bijvoorbeeld door na te gaan of de instelling van patintenvertrouwenspersonen zinvol is. | Patiëntenrechten |
| 3. | Tijdens de opleiding en scholing van de medewerkers worden klantgerichtheid, vaardigheden op het gebied van communicatie en het verlenen van service aangeleerd. De overheid bevordert dit waar mogelijk. | Opleiding en scholing |
| 4. | Het verpleeghuis bevordert in zijn personeelsbeleid expliciet klantgericht werken en respect voor de eigen levenssfeer van de bewoner. Nieuwe medewerkers worden op dit punt begeleid. | Personeelsbeleid |

Persoonlijk woon- en leefklimaat

Persoonlijk woon- en leefklimaat

Persoonlijke levenssfeer

Het verpleeghuis moet niet alleen een goede zorgverlening bieden, maar daarnaast ook zorgen voor een woon- en leefklimaat, waarbinnen ruimte is voor een persoonlijke leefsfeer.

Het gaat er in de eerste plaats om dat het verpleeghuis maximaal ruimte geeft aan de mogelijkheden van de bewoner om zelf de regie over zijn leven te voeren, keuzen te maken en te realiseren. Verder om het scheppen van de condities waarbinnen dit mogelijk is. Buiten het klantgericht werken, dat eerder aan de orde is geweest, zijn de belangrijkste condities van ruimtelijke en organisatorische aard. Ruimtelijk wil zeggen: niet alleen een eigen kamer, maar ook meer huiskamers om kleinere groepen te kunnen vormen. Organisatorisch wil zeggen dat het verpleeghuis de woon- en leefactiviteiten, waaronder de dagactiviteiten, het volle pond geeft. Aandacht voor een persoonlijk woon- en leefklimaat zijn onder andere te vinden in Hogewey in Weesp en De Bleerinc in Emmen. Niet de verzorging maar het wonen staat daar centraal. Beide verpleeghuizen proberen bewoners een zelfde vorm van leven te bieden als men voorheen gewend was. Kleinschalige wooneenheden, met eigen spullen ingericht, een zelf gekozen, herkenbare leefstijl en zelfwerkzaamheid van de bewoners zijn elementen van een woonvisie, die in deze verpleeghuizen tot een aanzienlijke verbetering van de persoonlijke leefsfeer heeft geleid. Het blijkt dat ook familie en kennissen vaker op bezoek komen en zich meer betrokken voelen met het reilen en zeilen van het verpleeghuis. De kwaliteit van de zorgverlening heeft er niet onder geleden en de veranderingen zijn gerealiseerd met een zelfde budget als dat van de andere verpleeghuizen. Dat komt doordat tegenover extra uitgaven ook extra besparingen staan op bijvoorbeeld kosten voor het wassen en stomen van kleren, geneesmiddelen en incontinentiemateriaal. Slechts een enkele bewoner van Hogewey beschikt over een eigen kamer. Ook zonder eenpersoonskamers en extra kosten zijn dus aanzienlijke verbeteringen in de persoonlijke levenssfeer mogelijk.

Aanbevelingen:

- | | | |
|----|--|------------------------|
| 5. | De overheid legt in haar landelijke visie op verpleeghuiszorg vast dat het verpleeghuis niet alleen een goede zorgverlening biedt, maar daarnaast ook zorgt voor een woon- en leefklimaat, waarbinnen ruimte is voor een persoonlijke leefsfeer. | Sectorale zorgvisie |
| 6. | Het verpleeghuis licht mensen bij opname voor over de zorgvisie van het huis. De bewoner moet zijn eigen wensen en gewoonten kenbaar kunnen maken. | Zorgvisie verpleeghuis |

Persoonlijke levenssfeer

- | | | |
|----|--|--------------------|
| 7. | Bewoners moeten invulling kunnen geven aan hun eigen leefstijl. Bewoners moeten kunnen kiezen met wie ze eventueel een kamer delen, waar en met wie ze de dag doorbrengen, aan welke activiteiten ze meedoen en met wie ze contact hebben. | Keuzemogelijkheden |
| 8. | De groepsgrootte wordt zo mogelijk beperkt tot 7 of 8 personen. | Groepsgrootte |

Een eigen kamer

Elke bewoner moet, als hij dat wil, tenminste kunnen beschikken over een eenpersoonskamer met eigen sanitair. Zelfstandige woningen beschikken bij voorkeur over een eigen voordeur, een woongebied, een keuken, een slaapkamer, sanitair en berging. Woningen in woonzorgprojecten zijn over het algemeen kleinere driekamerwoningen, of tweekamerwoningen met een vergrote berging of eethoek, die eveneens gebruikt kan worden als tweede slaapkamer of hobbyruimte. De oppervlakte ligt over het algemeen op 65 tot 75 m ² . Een verblijfseenheid in een bejaardenoord is minimaal 50 m ² groot en omvat een woonkamer, slaapkamer en sanitaire ruimte. De eenpersoonskamers in verpleeghuizen hebben volgens de huidige bouwnormen een nuttig vloeroppervlak van 13 m ² . Voor meerpersoonskamers is dat 9,5 m ² per bed. De achterstand in privé woonruimte is dramatisch, zeker het feit in aanmerking genomen dat maar 15% van de verpleeghuisbewoners over een eigen kamer beschikt. De vergelijking wordt in het volgende schema geïllustreerd.	Een eigen kamer
--	-----------------

Schema!

Persoonlijke levenssfeer

Als het bewoners gevraagd wordt wil 80% een eigen kamer en 20% eventueel een tweepersoonskamer. Een eenpersoonskamer is zo gewild, dat je als verpleeghuis beter géén eenpersoonskamers kunt hebben dan te weinig. Een tekort aan eenpersoonskamers leidt tot voortdurende onrust en naijver onder de bewoners. De Raad vindt dan ook dat een verpleeghuisbewoner tenminste aanspraak moet kunnen maken op een eigen kamer met eigen sanitair. Hij moet deze kamer naar eigen inzicht kunnen inrichten en de kamer moet geschikt zijn om bezoek te ontvangen.

De vraag wordt wel gesteld of eenpersoonskamers voor alle verpleeghuisbewoners nodig of goed zijn. Nodig omdat sommigen maar kort in een verpleeghuis blijven of zich nauwelijks van hun omgeving bewust zijn. Goed omdat een eenpersoonskamer eenzaamheid in de hand zou werken. De Raad beantwoordt deze vraag bevestigend. Wie kort in een verpleeghuis blijft, heeft misschien geen behoefte aan woonruimte, maar wel aan een eigen slaapkamer en daar hebben we het eigenlijk over. Wat ernstig demente bewoners betreft: juist zij hebben behoefte aan een eigen vertrouwde omgeving en aan een ongestoorde nachtrust. Eenzaamheid: anders dan in het verzorgingshuis hoeft dat in het verpleeghuis met zijn woon- en leefgroepen geen probleem te zijn. Alleen zijn is daar - uitzonderingen daargelaten - een persoonlijke keuze, die gerespecteerd moet worden.

Aanbevelingen:

- | | | |
|-----|--|-------------------------------|
| 9. | De norm dat elke bewoner tenminste moet kunnen beschikken over een eenpersoonskamer met eigen sanitair, wordt in de bouwmaatstaven voor verpleeghuizen opgenomen. | Eenpersoonskamer met sanitair |
| 10. | Eenpersoonskamers moeten zonodig tot tweepersoonskamers kunnen worden samengevoegd. | Dubbele kamers |
| 11. | De bouwmaatstaven worden meer als randvoorwaarden geformuleerd en gehanteerd. Dat wil zeggen: ze gaan uit van een budget per bed met bijbehorende minimum ruimtelijke en functionele eisen. | Bouwmaatstaven |
| 12. | Een verpleeghuisbewoner beschikt als hij een eenpersoonskamer met sanitair heeft over een normaal woongenot. Voor een hoger of lager woonniveau kan eventueel een kwaliteitstoeslag of korting op de eigen bijdrage worden verleend. | Eigen bijdrage |

Persoonlijke levenssfeer

3.3 Stimuleringsprogramma

De overheid ontwikkelt samen met de NVVz en de NVBV een stimuleringsprogramma ter verbetering van de privacy. Stimuleringsprogramma

Niet alleen de bewoners dringen op verbetering van de privacy aan. De verpleeghuizen onderkennen ook zelf de noodzaak om de privacy van de bewoners te verbeteren. De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg zegt daarover: 'Privacy en verpleeghuizen zijn twee begrippen die gelukkig steeds beter samengaan. De eigen verantwoordelijkheid van patiënten, zelf gemaakte keuzes, en de persoonlijke levensstijl staan in toenemende mate centraal in de wijze waarop het zorgaanbod van verpleeghuizen gestalte krijgt.'

Deze positieve instelling biedt de basis om gericht en gedurende langere tijd op basis van een stimuleringsprogramma aan verbetering van de privacy te werken. De bovenstaande aanbevelingen kunnen als bouwstenen voor zo'n programma worden gebruikt.

De Raad vindt dat de overheid het initiatief moet nemen en zelf aan het stimuleringsprogramma moet deelnemen. Zij is immers verantwoordelijk voor de zorg in het kader van de AWBZ en is als enige in staat een aantal noodzakelijke maatregelen te nemen. Ze kan daarmee de ontwikkeling in de richting van meer privacy krachtig stimuleren.

De instellingen zullen zelf het leeuwedeel van het werk moeten doen. Belangrijk is dat zij zich erop richten van elkaar te leren en ervaringen uit te wisselen, zowel op het vlak van bejegening en organisatie, als dat van de bouw. Onderlinge visitatie kan een goede aanvulling kunnen zijn op het kwaliteitsbeleid van de verpleeghuizen. De NVVz zou kunnen zorgen voor het verzamelen, toegankelijk maken en uitwisselen van informatie over bouwprojecten en gebruikservaringen.

Participatie van de verpleeghuisbewoners is onmisbaar. Zij zijn immers het beste in staat om aan te geven wat er aan de persoonlijke levenssfeer schort, wat voor verbetering vatbaar is en welke vooruitgang er door uitvoering van het programma wordt geboekt. Wellicht kan de NVBV regelmatig, bijvoorbeeld tweemaaljaarlijks een landelijke rapportage verzorgen over de privacy in verpleeghuizen.

Aanbevelingen:

13. De overheid neemt in 1996 het initiatief voor een programma tot stimulering van de privacy in ver- Programmering

Persoonlijke levenssfeer

pleeghuizen. Dat programma geldt voor een periode van vier jaar, eventueel met een zelfde termijn te verlengen. Daarin leggen de overheid, de NVVz en de NVBV vast op welke wijze zij de drie doelstellingen van klantgericht werken, een persoonlijk woon- en leefklimaat en een eigen kamer, willen realiseren, in welk tempo en met welke maatregelen. Zij spreken verder af hoe zij de uitvoering van het programma bewaken, erover rapporteren en de uitkomsten beoordelen.

14. Naar de financiële consequenties voor de bouw- en exploitatielasten van eenpersoonskamers en kleine groepen wordt nader onderzoek gedaan. Dat onderzoek moet uitwijzen of het budget per bed moet worden aangepast en hoe. Onderzoek

3.4 Financiële paragraaf

De Raad neemt voor de volgende indicatieve berekeningen het Advies onderzoek bouwbehoefte 1996-2000 van het College voor ziekenhuisvoorzieningen als vertrekpunt. Met eventuele beleidswijzigingen is geen rekening gehouden. De Raad hanteert verder de prijzen die in het CvZ-advies zijn gebruikt.

De Raad gaat ervan uit dat zowel de nieuw te bouwen verpleeghuiscapaciteit (de uitbreidingsbouw van circa 4450 bedden en de vervangende nieuwbouw van circa 7300 bedden), als de te renoveren capaciteit van circa 2000 bedden worden gerealiseerd in de vorm van eenpersoonskamers met eigen sanitair. Dat zal waarschijnlijk in 1996 nog maar gedeeltelijk het geval zijn. Daardoor zal enige vertraging in de privacyverbetering optreden, maar ook enige vertraging in de behoefte aan extra financiële middelen. Daar is in de berekeningen geen rekening mee gehouden. Die berekeningen geven echter wel aan in welke mate jaarlijks extra kosten voor eenpersoonsbedden nodig zijn. Als we er vanuit gaan dat in de periode 1996-2000 uitsluitend slechte en matige capaciteit wordt vervangen door nieuwbouw en renovatie, resulteert dit in de volgende situatie:

Tabel 3: De beschikbare capaciteit van verpleeghuizen

	Uitgangspunt 1996		Situatie 2000	
	CvZ-advies	Bouwbehoefte	RVZ-veronderstellingen	
Functioneel goed	20417	35.8%	34207	55.6%

Persoonlijke levenssfeer

Functioneel redelijk	16425	28.8%	16425	26.7%
Functioneel matig	18831	33.0%	10912	17.7%
Functioneel slecht	1422	2.5%	0	0.0%
Totaal	57095	100.0%	61544	100.0%

Tabel 4: Verpleeghuisbedden

per kamer	1994 aantallen bedden	1994 procentuele verdeling	2000 aantallen bedden	2000 procentuele verdeling
1 bed	7984	15.1%	23494	38.2%
2 bedden	12332	23.2%	15532	25.2%
3 bedden	1899	3.6%	1867	3.0%
4 bedden	23508	44.3%	20650	33.6%
5 bedden of meer	7315	13.8%	0	0.0%
Totaal	53038	100.0%	61544	100.0%

De berekeningen zijn indicatief omdat de exacte extra investeringskosten voor de bouw van eenpersoonskamers niet bekend zijn.

1. De Raad is uitgegaan van 3 - 4 m² extra voor somatische patiënten en 9 - 10 m² extra voor psychogeriatrische patiënten. Elke verpleeghuisbewoner kan dan beschikken over een eenpersoonskamer van circa 15 m², de CvZ-norm voor een eenpersoonskamer. Hiermee wordt ook het onderscheid tussen somatische en psychogeriatrische patiënten op een eenpersoonskamer rechtgetrokken.
2. De Raad is uitgegaan van de veronderstelling dat de extra investeringskosten voor nieuwbouw van uitsluitend eenpersoonskamers in eerste instantie ruim f 15.000,- per bed zullen bedragen. Dit is gebaseerd op de gemiddelde toename van ruim 5 m² per bed (zie punt 1) en de gemiddelde bouwkosten van circa f 3000,- per m², gebaseerd op de bouwkostennota van het CvZ.
3. Indien daaraan, zoals de Raad doet, de eis wordt toegevoegd dat elke eenpersoonskamer ook wordt uitgerust met een eigenstandige sanitaire ruimte, moet rekening worden

Persoonlijke levenssfeer

gehouden met een extra investeringsbedrag. Een eigen wc-doucheruimte, met de mogelijkheid om daarin geholpen te worden met de hulp van tilapparatuur vereist een ruimte van circa 8 m², terwijl nu in de CvZ-normen rekening gehouden wordt met slechts 2,5 m². Rekening houdend met de gemiddelde bouwkosten van f 3000,- per m² betekent dit een extra investering van circa f 15000,- per bed.

4. De keuze voor eenpersoonskamers met eigen sanitair brengt ook besparingsmogelijkheden met zich mee. Deze zijn moeilijk kwantificeerbaar. Tijdens de adviesvoorbereiding zijn mogelijkheden geopperd in de sfeer van de technische installaties, extra besparingen op het gemeenschappelijke sanitair, het onderbrengen van nu nog gezamenlijke faciliteiten (spoeelruimten, opbergruimte e.d.). De toename van de benodigde investeringskosten kan hierdoor lager uitpakken. De mogelijke besparingen worden door de Raad geraamd tussen de f 5.000,- en f 15.000,-. Hiernaar zal extra onderzoek moeten worden gedaan. Ook het principe van 'budgettair bouwen' kan een stimulans zijn om de besparingsmogelijkheden optimaal te gebruiken.

Samengevat: De Raad heeft gerekend met een marge in de extra investeringskosten bij nieuwbouw van tussen de f 15.000,- en f 25.000,-.

Ten aanzien van de renovatie is verondersteld, dat circa 10% van de bestaande beddenscapaciteit in eerste instantie zal moeten verdwijnen als gevolg van de verruiming van de oppervlakte voor de kamers, maar dat dit door middel van uitbreidingen wordt gecompenseerd. De renovatiekosten als zodanig komen overeen met de veronderstellingen uit het genoemde CvZ-advies. Voor de compenserende uitbreiding is uitgegaan van de helft van de investeringskosten voor nieuwbouw. Immers de voorzieningen buiten de kamers zijn reeds beschikbaar. Overigens is het ook denkbaar dat in de praktijk bij een renovatie juist de facilitaire ruimten nieuw worden gebouwd en dat ruimte van de bestaande facilitaire voorzieningen wordt gebruikt voor uitbreiding van de verblijven van de verpleeghuisbewoners.

De verhoging van de exploitatiekosten betreft uitsluitend de hogere kapitaallasten. Verondersteld is dat de bedrijfsvoering als zodanig per saldo niet duurder zal worden. Deze veronderstelling is al eerder toegelicht.

Tabel 5: De financiële consequenties

	Bouwbehoefte CvZ		RVZ + f 15.000/bed		RVZ + f 25.000/bed	
	totaal	per jaar	totaal	per jaar	totaal	per jaar
Investeringskosten	2551 mln	638 mln	2749 mln	687 mln	2868 mln	717 mln
Exploitatiekosten	+609 mln	+152 mln	+649 mln	+162 mln	+662 mln	+165 mln

De extra exploitatiekosten liggen derhalve tussen f 10 en f 13 miljoen per jaar. Dat leidt ertoe dat de exploitatiekosten aan het eind van de vierjaarsperiode tussen f 40 miljoen en f 53 miljoen hoger zullen uitvallen dan op grond van het Rapport bouwbehoefte mocht worden verwacht. Dit is op zichzelf natuurlijk een fors bedrag, maar mede in relatie tot de nu reeds te verwachten exploitatietoename van ruim f 600 miljoen tegelijkertijd een betrekkelijk bescheiden toename met grote gunstige consequenties voor de privacy van bewoners van verpleeghuizen.

4Toelichting

Aanbeveling 1.

Kwaliteitssystemen

Het verpleeghuis legt in zijn kwaliteitssysteem vast hoe klantgericht werken, respect voor de eigen levenssfeer van de bewoner en service-verlening worden bevorderd.

Elk verpleeghuis moet op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen over een kwaliteitssysteem beschikken. Het kwaliteitssysteem is dus voor het management de geëigende plaats om dit aspect van het instellingsbeleid te formaliseren. Klantgericht werken houdt bijvoorbeeld in dat het verpleeghuis bewoners of hun vertegenwoordigers vraagt naar hun wensen met betrekking tot het woon- en leefklimaat en hen betreft in bouwplannen. De Wet medezeggenschap clinten zorginstellingen regelt de inspraak van bewoners of hun vertegenwoordigers. Maar dat wordt het verpleeghuis opgelegd. Klantgericht werken gaat van de instelling zelf uit en kan dus tot verdergaande raadpleging leiden dan wettelijk verplicht is.

Aanbeveling 2.

Patiëntenrechten

De overheid zorgt ervoor dat patiëntenrechten in verpleeghuizen worden nageleefd en bevordert ook anderszins de rechtspositie van verpleeghuisbewoners, onder andere door de instelling van patiëntenvertrouwenspersonen te ondersteunen.

De afgelopen jaren zijn verschillende wetten tot stand gekomen die beogen de rechtspositie van patiënten zowel op individueel als collectief niveau te versterken. Het betreft met name de Wet BOPZ, de Wet mentorschap, de WGBO, de Wet medezeggenschap, de Wet klachtrecht en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Afgezien van de Wet BOPZ zijn de meeste wetten relatief kort geleden in werking getreden en momenteel wordt dan ook veel aandacht aan de implementatie ervan besteed. Sommige verpleeghuizen hebben al vooruitlopend op de totstandkoming van een wet patiëntenrechten geïncorporeerd in het beleid, andere hebben dat gedaan na inwerkingtreding. Toch lijken de patiëntenrechten nog niet in alle verpleeghuizen voldoende te worden nageleefd. Er bestaat bij sommige verpleeghuizen weerstand tegen juridisering van de verhouding met de bewoners. Zorgplannen bijvoorbeeld worden niet overal opgesteld en besproken met de bewoners of hun vertegenwoordigers. De toepassing van de Wet BOPZ wordt door sommige verpleeghuizen als problematisch ervaren, omdat men het idee heeft dat de wet onvoldoende is

Persoonlijke levenssfeer

toegesneden op de specifieke verpleeghuisproblematiek. Op zichzelf is dat niet onbegrijpelijk omdat er sprake is van een zekere gewenningsperiode. Maar de patiëntenrechten zijn natuurlijk niet voor niets vastgesteld. Het opstellen van een zorgplan en het bespreken daarvan met de bewoner of contactpersoon van de familie is bijvoorbeeld een essentieel aspect van de zorgverlening. Verpleeghuizen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de toepassing van de patiëntenrechten. De overheid kan, samen met de NVVz en de NVBV, de implementatie van patiëntenrechten in de verpleeghuissector stimuleren, bijvoorbeeld via gerichte voorlichting en voorbeeldprojecten. De overheid doet er goed aan bij de aangekondigde evaluatie van de verschillende wetten apart aandacht te geven aan de toepassing in verpleeghuizen.

Wettelijke regels vormen een minimum om de rechtspositie van patiënten, met inbegrip van bewoners in verpleeghuizen, te versterken. In aansluiting hierop zijn aanvullend beleid of nadere regels mogelijk. De NVVz en de NVBV hebben in 1994 bijvoorbeeld een Modelregeling zorgverleningsovereenkomst verpleeghuispatint/bewoner opgesteld, waarin rekening is gehouden met de in voorbereiding zijnde wetgeving rond patiëntenrechten. Een actieve invulling van patiëntenrechten is bijvoorbeeld mogelijk door inhoud te geven aan de samenwerking tussen directie en bewoners- of familieraad van een verpleeghuis en door deze raden materiële ondersteuning te bieden.

De meeste instellingen waarin sprake is van een langdurige verblijfssituatie kennen een patiëntvertrouwenspersoon. De bedoeling hiervan is het creëren van een laagdrempelige voorziening waar de cliënt terecht kan met vragen en klachten. De verpleeghuizen kennen het instituut patiëntvertrouwenspersoon nog niet. Momenteel experimenteert een verpleeghuis (in samenwerking met de NVBV) met een patiëntvertrouwenspersoon. Afhankelijk van de resultaten zal bekeken moeten worden of en op welke wijze het experiment landelijke navolging kan krijgen.

Aanbeveling 3.

Opleiding en scholing

Tijdens de opleiding en scholing van de medewerkers worden klantgerichtheid, vaardigheden op het gebied van communicatie en het verlenen van service aangeleerd. De overheid bevordert dit waar mogelijk.

Essentieel voor verbetering van privacy in verpleeghuizen is de

Persoonlijke levenssfeer

wijze waarop personeel bewoners bejegt. Daarbij gaat het om aspecten als klantvriendelijkheid, servicegerichtheid, aandacht voor woon/leefklimaat en alert zijn op wensen/behoefte van bewoners. Hiervoor zijn onder meer van belang de scholing en opleiding van professionals. Voor verschillende instanties is een rol weggelegd om de huidige situatie te verbeteren, zoals overheid, opleidingsinstituten, NVVz en NZi.

De overheid stelt het curriculum en de eindtermen van de opleidingen vast. De Regeling opleiding diploma ziekenverzorging dateert uit 1986, maar de Raad betwijfelt of de invulling van de eindtermen hieruit voldoende past bij de huidige praktijk. De regeling gaat weliswaar in op zaken als mens-in-zijn-wereld en woon/leefklimaat, maar als een afgeleide van professionele zorgverlening. De Raad meent dat klantvriendelijkheid en servicegerichtheid een autonome pijler van de opleiding moeten vormen. Opleidingsinstituten dienen klantvriendelijkheid, servicegerichtheid en communicatieve vaardigheden voldoende aan bod te laten komen in de opleiding. Het NZi en/of NIZW kunnen onderwijsmodules en trainingen in service-gericht werken ontwikkelen.

Aanbeveling 4.

Personeelsbeleid

Het verpleeghuis bevordert in zijn personeelsbeleid expliciet klantgericht werken en respect voor de eigen levenssfeer van de bewoner. Nieuwe medewerkers worden op dit punt begeleid.

Het is van belang personeel te introduceren en te laten werken in een organisatiecultuur waarin klantvriendelijkheid en servicegerichtheid centraal staan. Hiervoor zijn een continue werkbegeleiding en periodieke bij- en nascholing van belang. De NVVz kan hier een stimulerende rol vervullen.

Aanbeveling 5.

Sectorale zorgvisie

De overheid legt in haar landelijke visie op verpleeghuiszorg vast dat het verpleeghuis niet alleen een goede zorgverlening biedt, maar daarnaast ook zorgt voor een woon- en leefklimaat, waarbinnen ruimte is voor een persoonlijke leefsfeer.

Dit is een tamelijk vanzelfsprekende aanbeveling. De overheid geeft, als zij dit uitgangspunt tot het hare maakt, te kennen dat een verbetering van het woon- en leefklimaat niet alleen de verantwoordelijkheid is van het verpleeghuis, maar dat ook zij daar verantwoordelijk en aanspreekbaar voor wil zijn.

Persoonlijke levenssfeer

Aanbeveling 6.

Zorgvisie verpleeghuis

Het verpleeghuis licht mensen bij opname voor over de zorgvisie van het huis. De bewoner moet zijn eigen wensen en gewoonten kenbaar kunnen maken.

Het zou wenselijk zijn als patiënten verpleeghuizen voor het uitkiezen hadden. Vaak is dat niet zo. Des te meer reden voor het verpleeghuis om toekomstige bewoners en hun vertegenwoordigers voor te lichten over de zorgvisie van het huis en vooral om met hen vooraf te bespreken welke ruimte kan worden geboden voor het maken van eigen keuzen, bijvoorbeeld door welke (verpleeghuis)arts zij geholpen willen worden, en het creëren van een eigen levenssfeer.

Aanbeveling 7.

Keuzemogelijkheden

Bewoners moeten invulling kunnen geven aan hun eigen leefstijl. Bewoners moeten kunnen kiezen met wie ze eventueel een kamer delen, waar en met wie ze de dag doorbrengen, aan welke activiteiten ze meedoen en met wie ze contact hebben.

Niet iedere verpleeghuisbewoner is in dezelfde mate in staat om autonoom keuzen te maken. Maar ook demente personen zijn vaak wel in staat van hun voorkeuren of afkeuring blijk te geven. En eventueel kan een vertegenwoordiger inspringen. Deze aanbeveling richt zich in eerste instantie tot het verpleeghuis. De Raad vindt dat de leiding en het personeel van het verpleeghuis zich maximaal moeten inspannen om de bewoners ruimte te geven voor eigen keuzen en een eigen woon- en leefklimaat. Dat betekent dat het principe van 'gelijke monniken, gelijke kappen' wordt verlaten. Niet om daarmee het principe van gelijke behandeling overboord te gooien, maar omdat een verpleeghuis geen klooster met gelijke monniken is. De aanbeveling richt zich ook tot de overheid. Verpleeghuizen moeten binnen een strak keurslijf van regels werken, die traditioneel meer gericht zijn op rechtsgelijkheid dan op het laten van ruimte voor persoonlijke voorkeuren. Waar het gaat om wonen en het dagelijks leven moeten bewoners ruimte krijgen om tot een eigen invulling te komen, voor zover dat niet ten koste gaat van andere bewoners.

Aanbeveling 8.

Groeps grootte

De groeps grootte wordt zo mogelijk beperkt tot 7 of 8 personen.

Persoonlijke levenssfeer

Een kleinere groeps-grootte dan de standaard van 15 personen draagt bij aan een huiselijke sfeer en ligt dicht bij het normale wonen. Het biedt meer mogelijkheden om rekening te houden met de eigen leefstijl en samen te wonen met medebewoners met wie men affiniteit heeft. Het betekent dat een verpleeghuis meer huiskamers nodig heeft. Dat heeft bouwkundig consequenties, maar hoeft in het algemeen niet tot meer vierkante meters per bed en dus tot hogere investeringskosten te leiden.

Aanbeveling 9.

Eenpersoonskamer

De norm dat elke bewoner tenminste moet kunnen beschikken over een eenpersoonskamer met eigen sanitair, wordt in de bouwmaatstaven voor verpleeghuizen opgenomen.

Deze aanbeveling heeft financiële gevolgen en gevolgen voor de capaciteit van verpleeghuizen. Zie voor een nadere uitwerking de financieel paragraaf bij het advies.

Aanbeveling 10.

Dubbele kamers

De bouwmaatstaven worden meer als randvoorwaarden geformuleerd en gehanteerd. Dat wil zeggen: ze gaan uit van een budget per bed met bijbehorende minimum ruimtelijke en functionele eisen.

Accommodatiebeleid hoort waar mogelijk instellingsbeleid te zijn (zie het advies van de Raad over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen). De bouwkundige toetsing door het College voor ziekenhuisvoorzieningen hoort dus geen normerend karakter te hebben (in de vorm van onder andere m²-normen). De toets zou op de eerste plaats een financiële toets moeten zijn (wordt het norminvesteringsbedrag niet overschreden). Daarnaast zou een toets moeten plaatsvinden in hoeverre er in het nieuw te bouwen verpleeghuis ook (tegen het beschikbare budget) adequate zorg kan worden geboden. Daartoe zouden de bouwkundig-functionele bouwmaatstaven veel meer het karakter van minimum-eisen moeten krijgen. De investeringsnormen bieden mogelijkheden om naar eigen keuze boven deze minimumnormen uit te gaan. Die keuze is de verantwoordelijkheid van de instelling, waarbij zowel het oordeel van de patiënten (en hun vertegenwoordigers) als de zorgverzekeraar(s) van belang is. Tot slot zou een initiatief op zijn strikt technische facetten moeten worden beoordeeld. Een dergelijke benadering nodigt de initiatiefnemer en zijn architect uit tot het vinden van creatieve oplossingen.

Persoonlijke levenssfeer

Aanbeveling 11.

Bouwmaatstaven

Eenpersoonskamers moeten zonnig tot tweepersoonskamers kunnen worden samengevoegd.

Dat een bewoner aanspraak heeft op een eenpersoonskamer houdt niet in dat in een verpleeghuis uitsluitend eenpersoonskamers beschikbaar zijn. Wanneer verpleeghuisbewoners zelf de voorkeur hebben om met meerderen (in het bijzonder met twee personen) een kamer te delen moet hiervoor de mogelijkheid aanwezig zijn. Eenpersoonskamers moeten daarom makkelijk kunnen worden samengevoegd tot tweepersoonskamers.

Aanbeveling 12.

Eigen bijdrage

Een verpleeghuisbewoner beschikt als hij een eenpersoonskamer met sanitair heeft over een normaal woongenot. Voor een hoger of lager woonniveau kan eventueel een kwaliteitstoeslag of -korting op de eigen bijdrage worden verleend.

De hoogte van de eigen bijdrage in een verpleeghuis zou mede gerelateerd moeten zijn aan de feitelijke beschikbaarheid van wooncomfort. Een volledige eigen bijdrage zou slechts verschuldigd moeten zijn wanneer ook aan de bouwkundige eisen is voldaan i.c. een eenpersoonskamer van een zekere oppervlakte met eigen sanitair. Is niet aan deze eisen voldaan dan is ook een lagere eigen bijdrage verschuldigd. Deze benadering maakt het ook mogelijk extra woonfaciliteiten te bekostigen. Afhankelijk van de komende wijzigingen in de WZV moet het mogelijk worden om bovenop de 'reguliere' woonfaciliteiten door middel van private financiering een groter wooncomfort te creëren. Daartoe zullen nadere voorwaarden moeten worden ontwikkeld. Onder meer mag hierdoor de exploitatie en de continuïteit van het collectief gefinancierde verpleeghuis geen gevaar lopen. Het variabel maken van de eigen bijdrage gekoppeld aan het wooncomfort biedt dan vervolgens een bekostigingsmogelijkheid voor dit extra wooncomfort.

Aanbeveling 13.

Programmering

De overheid neemt in 1996 het initiatief voor een programma tot stimulering van de privacy in verpleeghuizen. Dat programma geldt voor een periode van vier jaar, eventueel met een zelfde termijn te verlengen. Daarin leggen de overheid, de NVVz en de NVBV vast op welke wijze zij de drie doelstellingen van klantgericht werken, een persoonlijk woon- en leefklimaat en een eigen

Persoonlijke levenssfeer

kamer, willen realiseren, in welk tempo en met welke maatregelen. Zij spreken verder af hoe zij de uitvoering van het programma bewaken, erover rapporteren en de uitkomsten beoordelen.

De Raad stelt voor dat de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer rapporteert dat zij in de loop van 1996 met een uitgewerkt voorstel voor zo'n stimuleringsprogramma komt. In dat voorstel kan dan worden aangegeven in welk tempo met name de eenpersoonskamers kunnen worden gerealiseerd, mede gezien de budgettaire mogelijkheden.

Aanbeveling 14.

Onderzoek

Naar de financiële consequenties voor de bouw- en exploitatie-lasten van eenpersoonskamers en kleine groepen wordt nader onderzoek gedaan. Dat onderzoek moet uitwijzen of het budget per bed moet worden aangepast en hoe.

De financiële gevolgen van meer eenpersoonskamers en andere organisatievormen bij zowel de bouw (nieuwbouw, renovatie) als de exploitatie zijn op dit moment onvoldoende duidelijk. Geluiden uit de praktijk zijn zelfs tegenstrijdig. Ook de exploitatiegevolgen van meer eenpersoonskamers zijn onduidelijk. De lasten van factoren als schoonmaak, onderhoud, energie, medicijngebruik, incontinentiemateriaal en personeel kunnen zowel toe- als afnemen. Bewoners op een eenpersoonskamer vragen enerzijds bijvoorbeeld meer aan het personeel, maar worden anderzijds ook rustiger. Schoonmaaklasten kunnen stijgen, maar tegelijkertijd kan daarmee in een nieuwbouwontwerp rekening mee worden gehouden. Het diffuse beeld ontstaat mede omdat niet alleen de bouwkundige uitgangssituatie, maar bijvoorbeeld ook de organisatievorm en personele inzet van invloed zijn op de exploitatielasten. Waar het ene verpleeghuis kiest voor een centrale keuken, decentraliseert een ander de voorziening naar kleinere groepen. Waar het ene huis bewust een aantal hbo-verpleegkundigen inzet, kiest een ander voor ziekenverzorgenden. Meer inzicht in de exploitatiegevolgen is dan ook dringend noodzakelijk. Dat kan op verschillende manieren worden verkregen. Een mogelijkheid is het volgen van de exploitatielasten van een aantal verpleegafdelingen die na nieuwbouw of renovatie meer eenpersoonskamers krijgen. Dit zal leiden weliswaar tot een relatief nauwkeurig beeld, maar het duurt enige tijd voordat voldoende inzicht is verkregen. Een tweede mogelijkheid is verschillende personen die normaliter beslissen over de inzet van personeel, schoonmaak, wasserij, etc. in een verpleeghuis te vragen deze exploitatie-keuzen te maken voor een bepaalde

fictieve situatie. Deze keuzen worden dan vervolgens door anderen doorberekend. De overheid zou zo'n 'gedachtenexperiment' financieel mogelijk moeten maken.

**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening,**

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Bijlagen

Persoonlijke levenssfeer

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Persoonlijke levenssfeer

Persoonlijke levenssfeer

Bijlage 2

Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (vRVZ)

Voorzitter:

prof. drs. J. van Londen

Leden:

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

prof. dr. T.E.D. van der Grinten

prof. dr. P.A.H. van Lieshout

mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

mr. I.W. Opstelten

mr. J.J. van Rijn

mw. prof..dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:

drs. P. Vos

Persoonlijke levenssfeer

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggere- lateerde dienstverlening (vRVZ)

Raadsleden:

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort
mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Projectgroep:

mr. J.P. Kasdorp, projectleider
mr. drs. P.H.M. Thewissen, projectmedewerker
mw. H.A. Charles, projectsecretaresse
drs. J.J.G.M. van den Hoek, projectmedewerker
mw. drs. H.A.C. Dokter, projectmedewerker
drs. B. Stoelinga, projectmedewerker

Persoonlijke levenssfeer

Bijlage 4

Geraadpleegde personen en instellingen voor de adviesvoorbereiding

- Bestuur en bureau Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) te Utrecht: mr. C.J. van den Berge, J.M. Berge, mw. drs. C. van Sprundel, W.R.G. Waalwijk, F.F.L. Vlak, arts
- Bestuur en bureau Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV) te Zoetermeer: mw. drs. G.A.M. Aben, drs. J. Boerma, H. Snel
- College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) te Utrecht: mr. T. Vroon
- Ipso Facto, stichting ter bevordering van beleidsanalyse en strategische beleidsbeslissingen door middel van sociaal onderzoek te Houten: B.W. Frijling
- NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg te Utrecht: mw. M. Fahrenfort, ir. A.J. Plaisier
- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid Holland: J.J.M. de Gouw, arts
- Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) te Amsterdam: mw. J.M.A. van Oirschot
- Technische Universiteit te Delft: dr. ir. D. van der Voordt
- Verpleeghuis De Bieslandhof te Delft: prof..dr. H.J.M. Cools, verpleeghuisarts
- Verpleeghuis St. Elisabeth te Amersfoort: mw. T. van der Lee
- Verpleeghuis Hogewey te Weesp: W.J.H. Teunissen
- Verpleeghuis Oudshoorn te Alphen a/d Rijn: drs. J.J. Mulder - Verpleeghuis Wittenberg te Amsterdam: drs. R. Koobs, mw H. Kosian
- Verpleeghuis De Poort te Amsterdam: mw. J. Heemskerck

Persoonlijke levenssfeer

Bijlage 5

Verslag panelbijeenkomst belevingswereld van bewoners/patinten in verpleeghuizen op 23 februari 1996 in het verpleeghuis Hogewey te Weesp

Aanwezigen:

Dagvoorzitter:

- prof. drs. J. van Londen, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (vRVZ)

Inleiders:

- W.J.H. Teunissen, verpleeghuis Hogewey
- mw. drs. G.A.M. Aben, Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners
- ir. A.J. Plaisier, NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg

Co-referenten:

- prof. dr. H.J.M. Cools, verpleeghuis De Bieslandhof
- G. Lamm, Lindendael, centrum voor verpleging en reactivering

Deelnemers:

- mw. prof. dr. I.D. de Beaufort, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening
- J.J.W.H. Crasborn, arts, ZAO Zorgverzekeringen
- mw. Y. Gilse (stagiaire) NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
- J. Hin, Bewonersraad Dr. Sarphatihuis
- J.C. Holtslag, verpleeghuis Hogewey
- mw. C. van Jaarsveld, ASVVO-Krimpenerwaard
- mw. L. Jacobs-Stoel, verpleeghuisarts, Humanitaskliniek, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
- mw. drs. C.H. van der Kooij, NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
- mw. prof. dr. B. Meijboom-de Jong, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening
- mw. J. Spiering, verpleeghuis Hogewey
- mw. drs. C. van Sprundel, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
- mw. drs. J.A.H. van Veen, Inspectie voor de gezondheidszorg
- drs. J.C. Visser, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Persoonlijke levenssfeer

- G.W. Wedding, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- drs. J. Wolzak, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Stichting Albert van Koningsbruggen

Secretariaat vRVZ:

- mr. J.P. Kasdorp
- mr. drs. P.H.M. Thewissen
- mw. H.A. Charles

Opening

De heer Van Londen heet de aanwezigen welkom en geeft de heer Teunissen, directeur van het verpleeghuis Hogewey het woord.

Inleidingen

De heer **Teunissen** gaat in op de aspecten van de *woning* en de *woonomgeving* die naar zijn overtuiging van vitaal belang zijn voor de bewoners.

De dienstverlening dient te zijn afgestemd op de gezonde c.q. intacte mogelijkheden van de gasten/klanten.

Om deze visie in de praktijk mogelijk te maken zijn twee zaken van belang, te weten:

- Een woonomgeving die is afgestemd op een normaal leven met voldoende ruimtelijke privacy. Dit uitgangspunt wordt vormgegeven in kleine groepen van maximaal 6 personen. De eigen leefstijl staat daarbij voorop. De bewoners beschikken over een eigen privévertrek (zit/slaapkamer) en voldoende ruimte voor het ongehinderd kunnen beleven van de persoonlijke vrijheid.
- Dienstverleners hebben een belangrijke functie bij het vormgeven aan het dagelijks leven en welzijn van de gast/klant. Zij bieden hoogwaardige persoonlijke service op het gebied van verplegen en handelen. De bejegening van de gast/klant op het intermenselijke vlak is van specifieke betekenis in dit kader.

Om beide zaken te realiseren dienen bekende paden te worden verlaten. Zo dient bij de bouw te worden aangesloten op de voor de doelgroep bekende woonomgeving.

Binnen de woning dient sprake te zijn van een kleinschalige opzet, groepswonen, herkenbaarheid, veel vrijheid en eigen ruimte, een

Persoonlijke levenssfeer

eigen privé-vertrek en veiligheid.

Voor de ruimte buiten de woning, de woonomgeving, is een gebied dat vrij toegankelijk is als wandel- en activiteitengebied belangrijk. De gasten/klanten moeten anderen kunnen ontmoeten opdat zij een sociaal leven in een herkenbaar samenhangend verband kunnen opbouwen en ervaren. Vanzelfsprekend dient de ruimte om de woning veilig te zijn.

De dienstverleners bieden hun behandeling en diensten aan vanuit een klantgerichte service-opstelling. Hiertoe dienen de beroepsopleidingen een goede en stevige basis te leggen. Voor degenen die reeds werkzaam zijn, dienen aanvullende trainingen en scholingen te worden georganiseerd. Onderwijsmodules uit de horeca zijn bij deze aanvullende trainingen en scholingen goed bruikbaar.

Mevrouw **Aben** gaat in haar voordracht uit van de optiek van de bewoner. Zij gaat daarbij in op de vraag welke plaats de bewoner (bewoonster) heeft in de organisatie van een verpleeghuis: welke gevolgen heeft dat voor het leven en wonen?

Het is absoluut noodzakelijk de wensen en behoeften van de bewoners van een verpleeghuis, en van hun familie te kennen. Vanuit deze wensen en behoeften gaat spreekster in op de *privacy* in een verpleeghuis. Er zijn drie soorten privacy te onderscheiden:

- privacy in de accommodatie, de fysieke ruimte
- privacy in informatie, privacy wetgeving (Wet Persoonsregistratie)
- respect voor andermans eigenheid, de 'emotionele' ruimte.

In haar inleiding staat de laatstgenoemde betekenis van het begrip privacy centraal. Het resultaat van een onderzoek naar kwaliteit van zorg, waarbij met bewoners en familieleden gesprekken zijn gevoerd over het leven en wonen in het verpleeghuis, vormt de basis voor deze inleiding.

Achtereenvolgens komen in dit kader de volgende onderwerpen aan de orde.

1. Leven als bewoner

Opname in een verpleeghuis betekent voor veel mensen een schrikbeeld. Je wordt overgeleverd aan een instituut. De bewoners moeten zich aanpassen aan een nieuw regime. Mensen raken bij opname een groot deel van hun eigenheid kwijt. Ze kunnen de ruimte niet meer inrichten naar eigen smaak, ze kunnen soms niet meer de kleren van hun keuze dragen en moeten zich aanpassen

aan het dagritme van het verpleeghuis. Men is *afhankelijk* van anderen en verliest de eigen levensstijl.

Ook voor familie is opname vaak ingrijpend; men raakt het ouderlijk huis kwijt en kan vader of moeder opzoeken in een huiskamer tussen allerlei andere bewoners. Veel familieleden vinden het confronterend of deprimerend om een bewoner te bezoeken.

2. Respect voor de eigenheid van de bewoner

Het respect voor de eigenheid van de bewoner is buitengewoon belangrijk.

Twee elementen zijn bij het 'respect voor de eigenheid' te onderscheiden: bejegening en aandacht voor de persoonlijke leefstijl.

Bejegening is te omschrijven als "de wijze waarop de bewoner en/of de familie tegemoet worden getreden door het personeel".

De wijze waarop bewoners worden bejegend is vaak afhankelijk van toeval, of van de mentaliteit van de professionals.

De persoonlijke leefstijl is de mate waarin een bewoner hetzelfde leven kan leiden van voor de komst naar het verpleeghuis. Een voorbeeld hiervan is de mate waarin hij/zij het eigen dagritme kan bepalen.

3. Diverse perspectieven

Hoe komt het, dat de wensen en behoeften van bewoners vaak niet worden verwezenlijkt, terwijl er juist alles aan wordt gedaan dat wel te doen?

Een antwoord op deze vraag kan zijn gelegen in de omstandigheid, dat bij de benadering van de bewoner sprake is van een spanning tussen een aantal perspectieven of, zo men wil, belangen.

De *bewoner* hecht aan respect, beleefdheid en vertrouwen. De *professionals* zijn gericht op lichamelijke zorg en de technische aspecten en hebben daarnaast eigen belangen en behoeften. Het *management* is verantwoordelijk voor 'het runnen van de tent', terwijl de *zorgverzekeraars* belang hebben bij een doelmatige zorgverlening.

Dit levert een spanningsveld op dat onderkend moet worden. Uit dit spanningsveld blijkt dat de verschillende belangen elkaar aanvullen, maar dat ze ook strijdig zijn.

4. Het verpleeghuis van de toekomst

Onder '3' zijn de, soms tegenstrijdige, belangen van de betrokkenen in het verpleeghuis geschetst. De erkenning van de ver-

schillende deelbelangen is zeer relevant.

Daaraan gaan echter fundamentele vragen vooraf: wil de organisatie de wens van de bewoner echt weten? Wil de medewerker dat? Is er ruimte om in te spelen op de wens van de bewoner, kan dat binnen de organisatie?

Wat is er nodig om de wensen van de bewoner te weten te komen? Om te beginnen: een *zorgvisie*: het verpleeghuis komt in de wereld van de bewoner, het biedt als het ware 'huisvredebreuk'. Het verpleeghuis moet deze zo veel mogelijk beperken.

De organisatie komt in de wereld van de bewoner. De organisatie moet zich opstellen als een gast die hulp biedt, waarvan de bewoner aangeeft dat hij deze nodig heeft.

Op de tweede plaats: een *organisatiestructuur*. De organisatie van een verpleeghuis dient te zijn afgestemd op de zorgvisie; een platte(re) organisatie waarin bewoners, individueel en collectief, in staat worden gesteld hun verlangens kenbaar te maken.

Een team van verzorgenden vormt de spil van de organisatie. Dit team heeft een maximum aan organiserende, voorbereidende en uitvoerende taken.

De verzorgende heeft in dit geheel een centrale rol. Als de verzorgende meer autonomie krijgt, kan hij/zij flexibeler omgaan met wensen van bewoners. De kloof tussen de doelen van de directie en van de mensen op de werkvloer dient te worden erkend en gedicht. Het beleid wordt geformuleerd door het management, maar de nieuwe organisatie moet gestalte krijgen op de werkvloer. Partijen moeten voldoende ruimte krijgen om hun eigen werkgebied in te vullen.

Om een centrale rol te kunnen of te willen vervullen is meer scholing en bijscholing nodig. Verzorgenden moeten vooral worden getraind op de bejegening van bewoners, maar zij dienen ook te worden voorbereid op een functie met meer verantwoordelijkheden.

De heer **Plaisier** presenteert in zijn inleiding de resultaten van een onderzoek naar bewonersparticipatie in verpleeghuizen. Het materiaal is verkregen uit individuele- en groepsinterviews en uit een stage-onderzoek naar de beleving van eenpersoonskamers door bewoners en medewerkers op twee somatische afdelingen van een verpleeghuis.

Uit het gebruikersparticipatie-onderzoek komen twee belangrijke conclusies:

- bewoners hebben behoefte aan een eigen plek (veelal wordt hieronder verstaan: een eigen kamer);

Persoonlijke levenssfeer

- bewoners willen kunnen kiezen. Positieve keuzen zijn het gezelschap waarin men wil verkeren of de activiteiten waaraan men wil meedoen.

Negatief zijn: het (niet) houden van huisdieren, roken of niet-roken.

Als men tegemoet wil komen aan de individuele verschillen van bewoners, zal de gebruiksomgeving van een verpleeghuis zodanig moeten zijn, dat een bewoner ook kan kiezen. Dat betekent: heterogeniteit scheppen in de traditioneel uniforme uitgewerkte verblijfsomgeving van een verpleeghuis: de verpleegafdeling.

Er zijn drie varianten van wonen of verblijven in een verpleeghuis mogelijk:

-je bent of woont alleen, op jezelf,

-je woont samen, met een partner of een willekeurige andere persoon,

-je woont samen met een - willekeurige - groep in gezinsverband.

Vrijwel alle geïnterviewden hebben behoefte aan een eigen plek.

Deze moet voldoen aan een aantal kwaliteiten. Er is daarbij sprake van 'basiskwaliteiten' zoals:

- je er terug kunnen trekken: rustpunt en uitvalsbasis,

- zelf kunnen inrichten: identificatie,

- er anderen kunnen ontvangen,

- er ongehoord, ongezien en ongestoord kunnen zijn,

- groot genoeg om er de eigen spulletjes te kunnen plaatsen en opbergen,

- er moet een bepaalde mate van zeggenschap zijn: eigen domein, verantwoordelijkheid.

Samenvattend: de bewoner moet zich er thuis kunnen voelen.

Daarnaast is er ook een aantal 'aanvullende kwaliteiten' zoals:

- de activiteiten die men er kan doen: zinvol bezig zijn,

- de mate van afsluitbaarheid,

- klimaatregeling,

- de aangepastheid aan persoonlijke handicaps.

Er zijn binnen de varianten van verblijfsconcepten verschillende mogelijkheden waarbij de doelgroep, het beeld, de vormgeving, de aard van de zorg/dienstverlening en de typering uiteraard verschillen. Onderscheiden worden:

1. groepswonen/verpleegbungalow

2. eigen kamer

3. hotelkamer

4. aanleunwoning.

Uit het nog niet afgeronde onderzoek blijkt, zoals hiervoor al

Persoonlijke levenssfeer

aangegeven, dat de meerderheid van de respondenten een eenpersoonskamer erg belangrijk vinden. Waar de voorkeur wordt gegeven aan een tweepersoonskamer - overigens een minderheid - speelt de mogelijkheid een inbreng te hebben wie je kamergenoot is een rol.

Het grootste deel van de mensen prefereert een eigen toilet. Voor zover het wordt gedeeld moet het in de buurt van de slaapkamer zijn gesitueerd en goed onderhouden worden. Een meerderheid van de bewoners is bereid een douche te delen, maar dan mogen douche en toilet zich niet in een ruimte bevinden.

De somatische zorgbehoevende bewoners, familie en externen pleiten vooral voor het groepswonen. Argumenten hiervoor zijn: de gezelligheid van het samen zijn, de aanspraak die je hebt en de angst om te vereenzamen.

Met betrekking tot de groepsgrootte is naar voren gekomen, dat zeven à acht het optimale aantal lijkt. Meer mensen in een groep wordt niet als positief gezien.

Veel respondenten reageren positief op de aanwezigheid van een keuken bij de huiskamer. Koken brengt sfeer en gezelligheid met zich mee. Een aantal respondenten kiest voor een pantry bij de eigen kamer in plaats van een algemene keuken bij de huiskamer.

Over een eigen logeerkamer wordt verschillend gedacht. Wel vindt men dat de mogelijkheid moet worden geboden - tegen betaling - te kunnen blijven slapen.

Co-referenten

De heer **Lamm** hanteert bij zijn benadering van bewoners van verpleeghuizen het uitgangspunt dat ieder mens, al dan niet gehandicapt, met respect wil worden behandeld. Hij of zij moet kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven en beschikken over een combimagnetron die ook kan faxen en stofzuigen!

Een wezenlijk aspect bij respect dat ook samenhangt met gevoelens van eigenwaarde is de ruimtelijke privacy. Hieronder wordt in dit kader verstaan: de ruimte om ons heen waarbij iemand, i.c. de bewoner van een verpleeghuis, het recht heeft om te bepalen wie hij/zij in die ruimte toelaat en wie niet. De moderne elektronica stelt ook somatische bewoners steeds

Persoonlijke levenssfeer

meer in staat om dat zelf te 'regelen', dat wil zeggen te beschikken over ruimtelijke privacy. Veel verpleeghuizen beschikken echter nog niet over dit soort voorzieningen. Dit leidt voor de bewoners tot afhankelijkheid.

De zwaarste groep bewoners kan niet zelfstandig met hun woning omgaan. Overigens is er de laatste tijd een tendens waarneembaar waarbij ook eenpersoonskamers worden gereserveerd voor bewoners die in een, tijdelijk, zeer slechte situatie verkeren dan wel in een terminaal stadium verkeren.

Behalve de al genoemde ruimtelijke privacy kunnen ook nog worden onderscheiden de:

- informatieprivacy
- lichamelijke (fysieke) privacy
- privacy inzake leefstijl en levensoriëntatie.

De mate waarin 'rekening' kan worden gehouden met de verschillende vormen van privacy is afhankelijk van de situatie van de individuele bewoner, bijvoorbeeld of hij lang of kort blijft. Wat functioneel respectievelijk individueel mogelijk is op het gebied van privacy in de brede zin van het woord is niet vooraf te bepalen. Een en ander is mede afhankelijk van de situatie van de individuele bewoner. Zijn/haar verblijf in het verpleeghuis is een van de factoren die een rol speelt.

Ook mogen de individuele wensen van bewoners niet tot een taakverzwaring van het personeel leiden. Zo zit 75% van de somatische bewoners in een rolstoel. Het is duidelijk, dat een rolstoel in een huiskamer een belangrijk obstakel vormt en als zodanig lastig kan zijn voor het personeel.

Alvorens in te gaan op het begrip 'privacy' geeft de heer **Cools** de volgende relevante gegevens:

- een op de vier 80-plussers wordt in een verpleegtehuis opgenomen, meestal via het ziekenhuis,
- een op de zes Nederlanders overlijdt in een verpleegtehuis van wie de meesten binnen vier maanden.

De privacy opvattingen van de eerste groep worden veelal overspoeld door andere problemen; de privacy opvattingen van de tweede groep door die van de familie.

De privacy opvattingen van de patiënten met ernstige aandoeningen zijn heterogeen en vaak moeilijk te duiden. Opvattingen van familie en zorgverleners komen vaak duidelijker door. Zij overstemmen die van de patiënten.

Samengestelde zorg vertalen patiënten vaak in persoonlijk welzijn. Welzijn wordt al jaren beperkt door het gebrek aan een/t-weebedskamers en ernstig bemoeilijkt door de problematiek van

Persoonlijke levenssfeer

patiënten met elkaar overlappende syndromen.
Economische motieven hebben niet geleid tot eenduidig beleid.
Veel woonprojecten 'zappen' tussen 'show' en 'reality' bij gebrek aan een 'gouden maatstaf' waaraan men zich zou moeten houden.
Wonen en zorg zijn totaal verschillende grootheden die men niet door elkaar moet halen. Passend wonen kent gradaties die samenhangen met genot, privacy, veiligheid, zekerheid, zelfstandigheid en bijzondere doelen.
Privacy is in dit kader een persoonlijke opvatting over de eigen speelruimte temidden van die van anderen en je thuisvoelen. Deze verandert gedurende de levensloop met wijzigingen in de kring om zich heen en met de kwaliteit van bepaalde hersenfuncties.

Discussie

In de discussie lag het accent op de toetsing van ideeën en van de voorlopige conclusies. Vooral personeel en organisatiecultuur kregen veel aandacht.
Hieronder volgende de belangrijkste opmerkingen.

Bewoner centraal

Stelling: Een verpleeghuisbewoner moet zijn of haar eigen woon- en leefsituatie zoveel mogelijk kunnen continueren.

Stelling: In een verpleeghuis moet je ook kunnen wonen en leven.

- De cultuur van het verpleeghuis moet veranderen. Er moet meer aandacht komen voor de behoeften van de bewoners en meer ruimte voor hun autonomie.
 - Gevraagd wordt, waarom bewoners als lastig worden gezien? Bewoners moeten lastig kunnen zijn. Zijn de bewoners van Hogewey zich anders gaan gedragen?
 - Ja. Dankzij de persoonlijke benadering in Hogewey vertonen de bewoners minder storend gedrag.
 - Als bewoners in een cliëntensysteem worden geplaatst, maakt het niet veel uit of ze lastig zijn. Het gaat er om bewoners neutraal tegemoet te treden.
 - Verantwoorde zorg verlenen houdt in dat de gebruiker een grotere plaats krijgt dan nu het geval is.
 - Maak het niet mooier dan het is, het verpleeghuis is een noodzaak.
 - Service verlenen is ook op andere plaatsen in de gezondheidszorg belangrijk. En ook voor somatische bewoners in verpleeghuizen.
 - Hoe komt het dat tegenkrachten tegen het verpleeghuis als totaal instituut zo weinig kans krijgen?
- Hogewey is nog op zoek naar een antwoord op die vraag, maar

Persoonlijke levenssfeer

- heeft het gevoel dat zij op de goede weg is.
- Het is essentieel dat het personeel anders gaat kijken naar bewoners; het gebouw is bijzaak.
- We hoeven niet te wachten op bouwkundige voorzieningen om iets aan privacy te kunnen doen.

Privacy: meer dan een eenpersoonskamer

Stelling: In een verpleeghuis moet je ook kunnen wonen en leven.

Stelling: Niet alleen eenpersoonskamers, maar ook een kleinere groeps-grootte en een platte organisatie bevorderen de privacy van verpleeghuisbewoners.

- Zoals hiervoor al opgemerkt is het essentieel dat het personeel anders naar bewoners kijkt. Het gebouw is bijzaak.
- Om iets te doen aan privacy van de bewoners is het niet nodig te wachten op bouwkundige voorzieningen.
- Gebrek aan -ruimtelijke- privacy versterkt bij de bewoners de drang naar een eigen territorium. De bouwkundige situatie en de mogelijkheden van een accommodatie zijn daarbij belangrijke voorwaarden.
- Privacy is een tweeledig begrip: het gaat om ruimtelijke privacy en om de bejegening van het personeel.
- Privacy wordt vaak te breed geïnterpreteerd; te weten in de zin van alleen zijn, intiem zijn en anoniem zijn. Van belang voor het realiseren van privacy zijn echter keuze en zorg.
- Het gaat daarbij om de keuze van eenpersoonskamer en het benaderen van mensen als bewoners. Privacy is een sociaal fenomeen.
- Autonomie is te beschouwen als het kernelement van privacy. Daarbij is voorwaarde dat men respect heeft voor de eigen levenssfeer van de bewoners. De bouw van accommodaties en de zorgvisie/zorgfilosofie zijn essentieel voor de privacy van bewoners. De privacy van bewoners is ook in de ogen van de familie wezenlijk voor het welbevinden van hun familielid in het verpleeghuis.
- De vraag wordt gesteld of er verschil is tussen de begrippen privacy, autonomie en bejegening? Wellicht is het meer zinvol geïnteresseerd te zijn in spanningsvelden die kunnen ontstaan: mensen willen alleen zijn of juist samen in de huiskamer zitten. Het personeel moet daarop alert zijn. In de opleiding moeten verzorgenden ook leren iets met elkaar te doen (teamvaardigheden).

Opleiding

Persoonlijke levenssfeer

Stelling: Opleiding, begeleiding en organisatiecultuur zijn essentiële factoren om ook het personeel alert te maken voor de privacy van verpleeghuisbewoners.

- Aan het aanleren van gedrag dat is gericht op service wordt in de opleidingen te weinig aandacht besteed. In Hogewey blijkt interne scholing van het personeel permanent noodzakelijk te zijn. Het is de bedoeling om deze scholing samen met een aantal andere verpleeghuizen vorm te geven.
- De directe verpleeghuiszorg staat of valt met de totale inkadering. Het spreekt daarbij vanzelf, dat opleiding hierbij van groot belang is.
- Op de vraag naar de kwaliteit van de opleiding is slechts een genuanceerd antwoord te geven. Er is een continu scholingsproces gaande dat voortdurend dient te worden beoordeeld en geëvalueerd. In de huidige opleiding verpleging/verzorging is attitudevorming reeds een onderdeel.
- Een (juiste) attitude ten opzichte van het werk en de bewoners ontstaat echter vooral in de praktijk van het dagelijkse werk, namelijk door onderdeel te zijn van de organisatie.

Organisatiecultuur

Stelling: Als de directie van een verpleeghuis geen aandacht heeft voor de privacy van bewoners, heeft het overige personeel dat ook niet.

Stelling: Opleiding, begeleiding en organisatiecultuur zijn essentiële factoren om ook het personeel alert te maken voor de privacy van verpleeghuisbewoners.

Stelling: Een verpleeghuis moet in al zijn facetten doordrenkt zijn met aandacht voor de privacy van verpleeghuisbewoners, variërend van de algehele zorgvisie en beleidsplannen tot het dienstrooster van het personeel en het individuele zorgplan.

- De verschillende personeelsleden kunnen ten opzichte van elkaar ook als cliënt worden beschouwd. Wanneer dat besef niet bestaat, heeft een privacy-project geen kans van slagen.
- Ziekenverzorgenden zijn veelal jong en hebben een 'warm hart'. Ze krijgen echter les in een harde praktijk. Als gevolg hiervan treedt bij velen al snel een verharding op. Bovendien leiden veel andere beleidskwestie, zoals de arbo-wet etc., de aandacht af.
- In Hogewey is een klantensysteem ontwikkeld en in kaart gebracht. Een dergelijk klantensysteem moet echter passen in een bedrijfscultuur met bepaalde normen en waarden.

Persoonlijke levenssfeer

De heer **Van Londen** dankt de medewerkers van Hogewey voor hun gastvrijheid en de aanwezigen voor hun inbreng. Hij vat samen dat het bij privacy gaat om de menselijke waardigheid, gerespecteerd willen worden in de eigen waardigheid. Daarin is helaas nog veel te verbeteren.

Bijlage 6

Verslag panelbijeenkomst bouwkundige aspecten rond privacy in verpleeghuizen op 1 maart 1996 in het verpleeghuis St. Elisabeth te Amersfoort

Aanwezigen:

Dagvoorzitter:

- mw. prof. dr B. Meyboom-de Jong, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening

Inleiders:

- mw. drs. A.J. van Vliet-Eppinga, verpleeghuis St. Elisabeth
- drs. J.C. Caljouw, RA, Stichting Humanitas
- F.A.J. Kolkman, architect, Wiegerinck architecten

Co-referenten:

- P.J.M. Hendriks, Zorgcentrum verpleeghuis Houten
- W.R.G. Waalwijk, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg

Deelnemers:

- mw. A. Bosch, Provincie Drenthe
- L.N.P.J. Delfgaauw, verzorgingscentrum Flevohuis
- prof. i.r arch. R. Foqué
- mw. A.M.W. van der Hoeven, verpleeghuis De Geinsche Hof
- mw. T. van der Lee, verpleeghuis St. Elisabeth
- drs. P.W. van Leeuwen, verpleeghuisarts, verpleeghuis St. Elisabeth
- prof. drs J. van Londen, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening
- mw. M. Nieuwveld, verpleeghuis St. Elisabeth
- P.M. Oudhof, Zorgverzekeraars Nederland
- mw. drs. L.H.J.M. Sanders, Nationale Woningraad
- V.G. de Sévrèn Jacquet, verpleeghuis St. Elisabeth
- ir. A.H.J. Swinkels, Swinkels, Passchier, Bonneur, Westelaken bv
- C.P. van de Velde, familieraad De Hofstee
- ing. H.P.C. Verbeek, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- A.G.H. Verweij, Buro Verweij, Messnig en Partners
- F.F.L. Vlak, arts, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, verpleeghuis De Stichtse Hof

Persoonlijke levenssfeer

-drs. J.J.M. Vijverberg, College voor ziekenhuisvoorzieningen
-G.W. Wedding, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
-ir. L. Wessels, College voor ziekenhuisvoorzieningen

Secretariaat vRVZ:

-mr. J.P. Kasdorp
-drs. J.J.G.M. van den Hoek
-mr. drs. P.H.M. Thewissen
-mw. H.A. Charles

Opening

Mevrouw **Meyboom** heet de aanwezigen welkom en geeft mevrouw Van Vliet, directeur van het verpleeghuis St. Elisabeth en gastvrouw van de panelbijeenkomst het woord.

Inleidingen

Mevrouw **Van Vliet** is blij met de gasten die zij mag ontvangen, maar moet zich excuseren voor de beperkte vergaderruimte. Zij vertelt dat bij de nieuwbouw van het verpleeghuis St. Elisabeth prioriteit is gegeven aan de bouw van één- en tweepersoonskamers en sanitaire ruimtes. Naar nu blijkt is dat ten koste gegaan van de ruimten met andere bestemmingen, zoals vergaderruimte, personeelsruimte, kantoorruimte en opbergruimte. Er is te weinig ruimte voor het houden van vergaderingen, het lesgeven aan leerlingen, de administratie, het opbergen van tilliften, rolstoelen, e.d. Haar 'boodschap' luidt dan ook: let ook op de ruimten die niet voor bewoners zijn bestemd.

De heer **Caljouw** begint zijn inleiding met de constatering, dat in de adviesaanvraag over privacy in verpleeghuizen wel gerept wordt over de bevordering van zelfstandigheid en privacy bij verblijf in een verzorgingshuis, maar dat de echte woonsituatie nauwelijks aan de orde komt.

Bij continue, langdurige, systematische, multi-disciplinaire zorg (CLSM-zorg) staat professionaliteit voorop. Professioneel handelen is aanvullend handelen en als dat niet nodig is, moet je het vooral laten. Beter een beetje te weinig zorg, dan te veel. Humanitas past dit zorgconcept toe op zowel de substitutie-patiënten in de verzorgingshuizen en in de zorghuizen, als op de verpleeghuisgeïndiceerden in de levensloopbestendige woningen, met zorg-aan-huis. De zorg tussen beide categorieën patiënten zou

Persoonlijke levenssfeer

niet anders moeten zijn, maar is dat wel. De verblijfplaats bepaalt mede de hoeveelheid zorg en diensten.

Verpleegafdelingen en gehele verpleeghuizen worden ontworpen als *functionele* bouwwerken. Huidige accommodaties worden in het algemeen beoordeeld naar *huidige* bouwkundige en functionele maatstaven.

Onder functioneel wordt verstaan:

- a. professionele benadering
- b. verpleeghuiszorg-concept (CLSM)
- c. huidige werkwijze

ad a en b. Benadering en concept hebben een levensduur van 10, maximaal 15 jaar.

ad c. De werkwijze heeft een levensduur van enige jaren en verschilt sterk per instelling.

Vraag is, of de organisatie op een zeker moment bepalend moet zijn voor de vorm van het gebouw. Een dergelijke handwijze kan leiden tot functionele aanpassingen voor een korte tijd of zelfs al achterhaalde bouwvormen.

Vanuit deze optiek moet zoveel mogelijk worden gebouwd in maatschappelijk bruikbare eenheden (zoals woningen), waaraan ook in de verre toekomst geheel andere bestemmingen kunnen worden gegeven. Het bouwen van nieuwe verpleeghuisbedden is duurder dan het bouwen van complete woningen voor zelfstandige huisvesting. Dat geldt ook voor de zorgverlening.

Tegenover 'ontmedicalisering' kan een nieuwe medische golf ontstaan: medische verrichtingen aan huis. In de huidige woningbouw zijn de mogelijkheden voor aansluiting van moderne technische hulpmiddelen aanwezig. Apparatuur wordt meer mobiel en ook therapie aan huis lijkt niet uitgesloten. De bruikbaarheid van de woning wordt er niet minder om.

Spreeker oppert de gedachte om 'echte' psychogeriatrische patienten niet of nauwelijks in het ziekenhuis te laten komen, maar ze te diagnostiseren, ze specialistisch te 'behandelen' en ze specialistisch te verplegen in de eigen woning, eventueel in een verpleegafdeling. De woning is bouwkundig en installatietechnisch ingericht op een dergelijke behandeling.

Met betrekking tot de vragen over bouw- en exploitatiekosten kan het volgende worden opgemerkt. Het budgetstelsel brengt met zich mee, dat een instelling haar bestedingen juist onder het maximum zal vastpinnen. Als het aantal eenpersoonskamers, de groepsgrootte en de diensten variëren, zal daarom de resulterende kostenvariatie door een andere besteding worden gecompenseerd. Dat neemt niet weg dat er berekeningen te maken zijn die voldoende inzicht geven in de effecten van deze wijzigingen. Die

Persoonlijke levenssfeer

berekeningen kunnen aan praktijkervaringen worden getoetst. Wat betreft de financiële gevolgen van het verregaand verplegen in de eigen woning: dat is goedkoper voor de zorgaanbieder, goedkoper voor de cliënt (en diens huishouding) en het is goedkoper voor de Nederlandse samenleving.

De heer **Kolkman** gaat in zijn inleiding in op de vier volgende vragen:

1. Wat is de visie op de *functie(s)* van het verpleeghuis c.q. verpleeghuiszorg?

De huidige organisatie van het verpleeghuis gaat nog veelal uit van centralisatie van zorgaspecten en diensten. Het zou denkbaar kunnen zijn dat de organisatie van de zorg ook meer wordt afgestemd op 'privacy', te weten door meer aan huis of op de woonafdeling de zorg gedecentraliseerder aan te bieden. Het programma van eisen voor een verpleegvoorziening zou meervoudig gebruik moeten omschrijven zodat de ruimtelijke structuur van het gebouw op meerdere gebruiksmogelijkheden wordt ontworpen.

2. Wat zijn de consequenties voor de *bouwkosten* bij de realisatie van

- a. eenpersoonskamers,
- b. kleinere groepsgrootte,
- c. decentralisatie van diensten?

ad a. eenpersoonskamers

In het kader van de privacy moet aan de vraag naar meer eenpersoonskamers tegemoet worden gekomen. Meer eenpersoonskamers, met of zonder sanitair kosten echter meer oppervlakte en dus in principe ook meer bouwkosten. Voor 30 bedden is die vergroting 182 m², hetgeen neerkomt op f 18.200,- per bed. Bij allemaal eenpersoonskamers met eigen sanitair is dat minimaal f 33.600,-.

ad b. kleinere groepsgrootte

De thans gehanteerde groepsgrootte van 2 x 15 bewoners of 3 x 10 heeft nauwelijks invloed op de bouwkosten. De groepen kunnen worden opgedeeld in 7 en 8 personen en groepen van 5 personen. Bouwkundig zijn hiervoor oplossingen aan te dragen, bijvoorbeeld door het op een bepaalde wijze bij elkaar projecteren van de huiskamers.

ad c. decentralisatie van diensten

Persoonlijke levenssfeer

Decentralisatie van diensten is primair een organisatorische zaak. Vanuit 'privacy' geredeneerd kunnen zowel de zorg als de diensten 'voorwaarde scheppend' worden ingevuld.

In principe heeft decentralisatie geen grote invloed op de bouwkosten mits het totale bouwvolume niet groter wordt. Het is meer een kwestie van een programma van eisen, waaraan het ontwikkelen van beleidsvisie vooraf moet gaan.

3. Wat zijn de consequenties voor de *exploitatiekosten* bij de realisatie van

- a. eenpersoonskamers,
- b. kleinere groepsgrootte,
- c. decentralisatie van diensten?

Een architect is niet de eerst aangewezen persoon om de consequenties voor de exploitatielasten aan te geven. Wel kan een architect aangeven hoe de ordening van functies tot een meer efficiënte bedrijfsvoering kan leiden. Zo moet bij meer eenpersoonskamers aandacht worden besteed aan de ordening van de kamers opdat kortere loopwegen ontstaan.

In het kader van vraag 4: *Welke stellingen of gedachten geeft u mee voor de voorbereiding van het advies*, komen de volgende aspecten aan de orde:

- privacy woon/zorgplek
- ontwikkelingen in woonkwaliteit
- ruimtelijke consequenties voor toekomstige zorgvoorziening
- budgettaire aspecten
- samenvatting en aanbevelingen.

Privacy heeft te maken met persoonlijke beleving, ofwel met 'respect voor de bewoner'. Privacy kan worden gezien vanuit de optiek van het zorg/leefpatroon en vanuit de optiek van de ruimtelijke beleving. Vanuit de optiek van het zorg/leefpatroon gaat het om het onderscheid institutionele zorg - individuele zorg. Vanuit de ruimtelijke beleving zal, naarmate meer mogelijk is de ruimte meer privacy in zich hebben.

Geconcludeerd kan worden, dat we optimaal voldoen aan het criterium privacy als we wonen/zorgen zodanig kunnen organiseren dat de mens dit voelt als 'individuele zorg in een eigen omgeving'. De maatstaven voor de eigen woonplek in het verpleeghuis dienen te zijn afgestemd op een echte, eigen plek, compleet met sanitair, kast, raam, en mogelijkheden voor eigen meubels.

Gebouwen dienen te worden ontworpen rekening houdend met de trend naar meer privacy. De maatstaven daarvoor dienen voorwaardescheppend te zijn. Als het, om kostentechnische

redenen, niet mogelijk of haalbaar is thans al het gewenste niveau te realiseren, dan zouden de ontwerpen van gebouwen zodanige ontwikkelingen later moeten toelaten.

Met betrekking tot de budgettaire aspecten kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

-afnemende kosten van verpleeghuis via verzorgingshuis naar wonen.

De gewone woning is veel goedkoper per m².

-De toerusting van het verpleeghuis vraagt meer bouw- en installatiekosten, ondanks het vele sanitair in het verzorgingshuis.

Co-referenten

De heer **Hendriks** trekt uit de inleiding van mevrouw Van Vliet de conclusie dat men een goede mix moet zien te bereiken tussen de ruimte die men toekent aan algemene functies en aan de bewoners persoonlijk.

In de inleiding van de heer Kolkman treft hem dat het mogelijk is, met gebruikmaking van de creativiteit van de architect tot goede oplossingen te komen. Meer privacy hoeft niet altijd te leiden tot (veel) meer vierkante meters. Bij het ontwerpen van een nieuw verpleeghuis is het belangrijkste dat er een zorgvisie aan ten grondslag ligt, op basis waarvan een programma van eisen helder vastgesteld is en waarmee de architect aan het werk kan gaan.

Wat spreker in de inleiding van de heer Kolkman ook aanspreekt is het pleidooi om zo flexibel mogelijk te bouwen. Het streven moet er op gericht zijn een compact gebouw te realiseren waarbij de looproutes zo kort mogelijk zijn. Hierdoor kunnen de zorg en de diensten efficiënt worden verleend. Dat betekent dat met veel eenbedskamers, een kleinere groeps grootte en de normale personeelsbezetting toch voldoende zorg kan worden geboden. Met kleinere groepen en meer eenbedskamers voldoet het verpleeghuis aan de behoefte aan ruimtelijke privacy van zowel de clinten, als ook de bezoekers/familieleden van de clinten. Het komt nu nog veel te vaak voor dat men bij een familielid/kennis op bezoek komt en men het gevoel heeft bij een groep op bezoek te komen. Er zijn te weinig mogelijkheden om zich terug te trekken met degene bij wie je op bezoek gaat.

Als de groepen kleiner zijn hebben bezoekers en mantelzorgers meer mogelijkheden om zelf wat voor de bewoners te doen. De bezoekers hebben sneller en meer contact met de bewoners. Mensen die in feite hetzelfde 'probleem' ervaren kunnen daar met elkaar over praten en hebben ook voor elkaar iets over.

Spreker is het met de heer Caljouw eens dat er woonvormen moeten worden gecreëerd waarin ouderen zo lang mogelijk zelfstandig

Persoonlijke levenssfeer

kunnen blijven wonen. Toch zullen voor een behoorlijk grote groep mensen verpleeghuisachtige functies nodig blijven. Niet iedereen zal in zijn/haar woning kunnen blijven wonen. Zeker in de nabije toekomst zal er intramurale verpleeghuisachtige capaciteit nodig blijven.

Over de opmerking van de heer Caljouw dat de verblijfplaats in feite bepalend is voor de hoeveelheid zorg en diensten die wordt verleend, merkt spreker op dat dit met name te maken heeft met de wijze waarop medewerkers zijn genstrueerd. Wanneer goede afspraken worden gemaakt met de mantelzorgers zal de hoeveelheid zorg en diensten bepalend zijn voor de verblijfplaats. Tot slot merkt spreker op, dat eenpersoonskamers en kleinere groepsruimtes voorwaarden zijn voor een gezonde woon- en leefsituatie in een nieuw verpleeghuis.

De heer **Waalwijk** heeft de volgende standpunten geformuleerd ten behoeve van de paneldiscussie over de verpleeghuisbouw.

1. De functie(s) van het verpleeghuis

- Het verpleeghuis richt zich op het verlenen van complexe en gespecialiseerde verpleegkundige hulp en multi-disciplinaire zorg en behandeling. Zo nodig kan die ook op andere locaties worden gegeven. Vast staat, dat de zorgvraag dezelfde blijft die wij nu kennen, doch dat de kwaliteit van de plek waar die zorg wordt gegeven zal veranderen.
- Het is niet uit te sluiten, dat in de toekomst een ander type institutionele, universele of beschermde vorm van huisvesting voor mensen met een meer of niet intensieve hulpvraag wordt ontwikkeld dan thans gebruikelijk is.
- Om de taken die met de complexe en gespecialiseerde verpleegkundige hulp en multidisciplinaire zorg en behandeling samenhangen goed te kunnen verzorgen, beschikt ieder verpleeghuis over een aantal functies en faciliteiten. Een aantal is onlosmakelijk met het verpleeghuis verbonden. Andere, die niet meer tot de functie van het verpleeghuis kunnen worden gerekend, zouden voor meer verpleeghuizen, andere organisaties of particulieren toegankelijk kunnen zijn.

2. Bouwkosten

- Men bouwt voor 40 jaar; na 10 jaar moet het gebouw al weer aangepast worden.
- Flexibiliteit van het gebouw maximaal realiseren.
- Om investeringen te ramen: uitgaan van normbedragen.
- Nagaan wat het effect is van alternatieve bouwsystemen op de investering en exploitatie van gebouwen waarin verzorging en verpleegkundige zorg kan worden gegeven.

Persoonlijke levenssfeer

3. Exploitatiekosten

- De toename van het aantal m² gebouwd oppervlakte heeft duidelijke consequenties voor het schoonmaakonderhoud. Hoewel de toename voor sanitair, ten opzichte van de maatstaf, slechts toeneemt met 0,95m² vloeroppervlakte neemt wel het aantal schoon te maken sanitaire ruimten toe.
- De totale oppervlakte van een verpleegafdeling met 30 bedden voor somatische patiënten neemt, inclusief verkeersruimte toe met 3,7m² per bed.
- Per 30 bedden neemt de tijd voor schoonmaakwerkzaamheden toe met 0,6 uur. Per verpleegdag is dat een toename van f 0,67 per bed.
- Bij een toename van 3,7 m² gebouw zijn er circa 1,53 schoonmaakminuten extra nodig, ofwel f 0,84 per verpleegdag.
- Voor psychogeriatrische afdelingen is de toename van oppervlakte veel groter in verband met de achterstand ten opzichte van de maatstaven voor somatiek. Indien deze maatstaven worden gelijk getrokken, zal de nuttige oppervlakte met 8,35 m² (inclusief verkeersruimte) toenemen.
- Per 30 bedden nemen de schoonmaakwerkzaamheden toe met 1,25 uur, ofwel f 1,38 per bed per dag.
- Bij een toename van een gebouw met 8,35 m² nemen de kosten toe met f 1,90 per verpleegdag per bed.
- De kosten voor een heel verpleeghuis bedragen per bed anno 1995 gemiddeld f 2,39.
- Indien medewerkers van de activiteiten-begeleiding intensiever ingezet moeten gaan worden als gevolg van meer eenbedskamers en kleinere eenheden, dan zal die toename beperkt kunnen blijven tot 0,3 fte's.
- Een belangrijke uitbreiding van het verzorgend en verplegend personeel lijkt op het eerste gezicht niet voor de hand te liggen. Mede daarom lijkt onderzoek aan de hand van een model wenselijk. Praktische situaties die voldoen aan meer eenbedskamers en annex gelegen sanitair zijn er nauwelijks.

4. De meest belangrijke aspecten rond privacy

- Voor somatische patiënten is dat het eigen territorium. Het kunnen beschikken over een eigen kamer en eigen sanitair is het meest elementaire van een eigen omgeving. Bovendien kan men de eigen kamer zelf meubileren en is men baas over de eigen (voor)deur.
- Het positieve effect heeft ook betrekking op:
- het bezoekgedrag van familie en kennissen,
 - het personeel dat dan in een één op één-situatie kan werken.
- Voor psychogeriatrische patiënten hoeft dat niet altijd het eigen

Persoonlijke levenssfeer

territorium te zijn. Voor deze categorie is veiligheid en geborgenheid het belangrijkste. Dat hoeft niet altijd in relatie te staan tot eenbedskamers.

Het positieve effect kan betrekking hebben op:

- het bezoek dat de mogelijkheid heeft zich met de patiënt in de eigen kamer terug te trekken;
- het personeel dat dan in een één op één-situatie kan werken.

Overigens: voor sommige patiënten kan een eenpersoonskamer tot vereenzaming leiden.

Discussie

In de discussie lag het accent meer op informatieuitwisseling dan op toetsing van mogelijke aanbevelingen.

Aandacht voor gebruiker

Stelling: In een verpleeghuis moet je ook kunnen wonen en leven.

-In het verpleeghuis wordt steeds meer aandacht aan de gebruikers gegeven. Een verpleeghuis moet ook de familie van de gebruiker onderdak bieden. Dit kan bijvoorbeeld door het loslaten van bezoektijden.

Hiervoor is wel een cultuuromslag nodig van het personeel. Een dergelijke attitude vraagt extra personeel.

-De jongeren en jong dementerenden in verpleeghuizen vormen wat woon- en leefbehoeften betreft een aparte categorie, die niet mag worden vergeten. Verpleeghuis Hofstee heeft in dit kader het project De Naber. In de toekomst zal de differentiatie tussen bewoners toenemen, waardoor de behoefte aan een gedifferentieerd woon- en leefklimaat in verpleeghuizen zal toenemen. Daarvoor moet geen onnodig beroep op de mantelzorg worden gedaan. Door meer aandacht aan de individuele bewoner te geven, krijgt het personeel directe(re) signalen van bewoners terug. Een gunstig gevolg is bijvoorbeeld dat de incontinentie van bewoners vermindert.

Exploitatiekosten

Stelling: Eenbedskamers in verpleeghuizen zijn niet duurder in bouw en exploitatie.

-De bezuinigingen op personeel en logistiek hebben de grenzen

Persoonlijke levenssfeer

bereikt. Een verhoging van de kosten met 5% bij eenpersoonskamers zijn hoe dan ook extra kosten.

In eenpersoonskamers is er meer contact met het personeel en daardoor vindt ook meer psychosociale uitwisseling tussen bewoner en personeel plaats. Er is ook sprake van tijdwinst. Dit levert meer rust op. Door meer rust in huis is er ook sprake van een inverdien-effect.

-De huidige ouderen blijken minder mondig en meer hulpbehoevend dan bij de bouw van St. Elisabeth is aangenomen.

Basiszorg - aanvullende zorg

Stelling: Een basisniveau van wonen en leefklimaat moet voor iedere verpleeghuisbewoner aanwezig zijn. Een hoger niveau is mogelijk maar voor eigen rekening van de bewoner.

- Steeds meer ouderen blijken behoefte te hebben aan privacy en willen daar ook extra voor betalen.
- Tegen deze stelling bestaan ook bezwaren omdat de kwaliteit van de voorziening afhankelijk wordt van de omstandigheid dat de bewoner over eigen geld beschikt.
- De scheiding wonen en zorg kan als volgt worden aangeduid: wonen is voor eigen rekening terwijl de zorg wordt bekostigd uit de awbz. De stelling heeft, aldus geconcretiseerd, betrekking op het niveau van het wonen, niet van de zorg.
- De huidige situatie is niet consequent. Er is één produkt 'verpleeghuiszorg', terwijl elders in de samenleving veel meer keuzen mogelijk zijn, bijvoorbeeld op het gebied van wonen en werken.

Initiatieven buiten de WZV

Stelling: De meest interessante initiatieven op het gebied van bouwkundige privacy vinden plaats buiten het regime van de WZV-bouwmaatstaven.

-'Gewone' huizen zijn goedkoper dan plaatsen in een verpleeghuis. Door f 15.000,- meer per woning te investeren in de sociale sector kunnen echter al veel extra voorzieningen worden aangebracht. Er wordt nog te veel gebouwd door professionals en te weinig vanuit de patiëntenwereld.

In de huursector wordt een bouwprogramma afgerekend op de wensen van de huurder. Waarom is dat in de gezondheidszorg niet zo?

Er moet naar worden gestreefd nieuwe systemen te ontwikkelen waarbij met de wensen van patiënten rekening kan worden

gehouden.

- De bouwmaatstaven en het systeem van bouwbeoordeling kunnen een belemmering vormen voor vernieuwend bouwen. De bouwmaatstaven zouden moeten bevorderen, niet belemmeren.

Toekomstige verpleeghuiszorg: extramuraliseren

Stelling: De komende jaren moet het accent zoveel mogelijk liggen op het extramuraliseren van de huidige verpleeghuiszorg. Dit bepaalt de mate waarin tegemoet kan worden gekomen aan de privacybehoeften van de resterende verpleeghuisbewoners en de wijze waarop dat kan gebeuren.

- In de toekomst zullen de verpleeghuizen drie functies hebben: 1. wonen met zorg (pg-ouderen), 2. kliniek (revalidatie/terminaal) en 3. dienstencentrumfunctie. Als voorbeeld wordt het Anton Pieckhofje genoemd.
- Begeleid wonen moet worden bevorderd, met financiering uit de awbz. Voor psychogeriatricie zou meer begeleid wonen moeten komen. Begeleid wonen is goedkoper en biedt meer levenskwaliteit.
- Er moeten meer groepswoningen voor dementerenden worden gerealiseerd.
- Door een paar kamers over te plaatsen naar aanleunwoningen kan in een verpleeghuis meer ruimte worden gecreëerd.

Flexibiliteit

Stelling: Verpleeghuizen moeten flexibel en verkoopbaar gebouwd worden.

- Het is nu al mogelijk om meer vierkante meters te realiseren tegen de kostennormen uit de bouwnota.
- Er komt een nieuwe bouwmaatstaf. Het concept hiervan is reeds verzonden naar het veld, dat de inhoud mede kan bepalen. Deze bouwmaatstaf biedt meer flexibiliteit. Dit houdt in dat de opdrachtgever zelf kan bepalen waar de vierkante meters voor benut worden. Voorts is het mogelijk meer vierkante meters te realiseren.
- Is het mogelijk meer eenpersoonskamers te realiseren doch met minder installatie? Moet het niveau van de installaties in verpleeghuizen blijven zoals het nu is? Kan het kostenprobleem bij het bouwen van meer vierkante meters worden ondervangen door minder geavanceerd te bouwen?
- Het is de keuze van een verpleeghuis aan te geven wat het techni-

Persoonlijke levenssfeer

sche niveau moet zijn. De architect kan de financiële consequenties aangeven. De laatste warme zomer bewees echter dat minder installatie tot meer sterfte heeft geleid.

- Moet er rekening mee worden gehouden dat er over 20 jaar meer kleinschalige verpleeghuizen zijn? Men gaat nu al uit van units die te koppelen en te ontkoppelen zijn en waarin je zelfstandig kunt wonen.
 - Moeten zwaardere patinten niet juist op een meerpersoonskamer wonen, teneinde de vereenzaming tegen te gaan?
- Eenzaamheid is echter een relatief begrip. Opvallend is overigens dat mensen op een eenpersoonskamer een sterke drang hebben om op tijd uit bed te komen; men is bang om vergeten te worden en begint al vroeg te bellen.
- In de toekomst zullen bejaardenoorden ook zwaardere zorg verlenen (zorgcontinuüm). Het verpleeghuis als medisch instituut. Keuzemogelijkheden en flexibiliteit moeten aanwezig zijn.
 - Soms zijn er bouwplannen met grotere badkamers die gebruikt worden voor meer mensen. De vraag is of eigen sanitair altijd noodzakelijk is.
 - In nieuwbouwprojecten wordt thans rekening gehouden met de extra vierkante meter die nodig is voor tilliften. Overigens neemt de noodzaak om tilliften te gebruiken af wanneer er sanitair op eigen kamer aanwezig is. Ook de indeling van de eigen kamer is belangrijk. Soms zijn aanpassingen nodig om makkelijker te kunnen werken. Er zijn echter ook andere oplossingen dan tilliften mogelijk, bijvoorbeeld een rail met een trekhaak bij een toilet.

Simulatie nieuwbouw

- Om zicht te krijgen op de financiële gevolgen wordt er voor geleit een bouwsituatie te spelen, bijvoorbeeld via een computersimulatie. De in veel verpleeghuizen opgedane en aanwezige kennis kan daarbij worden benut.

Sluiting

Mevrouw **Meyboom** dankt de aanwezigen voor hun waardevolle bijdrage aan de discussie en dankt in het bijzonder verpleeghuis St. Elisabeth voor hun gastvrijheid.

Persoonlijke levenssfeer

Bijlage 7

Literatuurlijst en lijst van videobanden

1.Literatuurlijst

Akkermans, P.W.C. (red). *De grondwet, een artikelgewijs commentaar*. W.E.J. Tjeenk Willink, Zwolle: 1987.

Algra, W. Verpleeghuizen mogen best een ideologie nastreven. *Het Ziekenhuis*, 1994, nr. 6, p. 264-266.

Bank, E. *Jongeren in het verpleeghuis*. Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht: 1990.

Boeije, H.R. *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen: een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. De Tijdstroom, Utrecht: 1994.

Boerma, J., Wilders, D. Privacy. *De wekker*, 1991, nr. 4, p. 13-14.

Boon, L. (red). *Privacy in de gezondheidszorg*. Stichting Sympoz, Amstelveen: 1990.

Boon, L. (red). *Zorgvisies prijs en kwaliteit*. Stichting Sympoz, Amstelveen: 1992.

Boon, L. (red). *Zorgen en wonen*. Stichting Sympoz, Amstelveen: 1994.

Brouwer de Koning, J. Tussen wasgoed en bloemschikken. Demente ouderen kunnen vertrouwde leefstijl voortzetten in Weesper verpleeghuis. *Trefpunt*, 1995, nr. 11, p. 12-14.

College voor ziekenhuisvoorzieningen. *Advies inzake privacy in verpleeghuizen. Overwegingen en aanbevelingen met betrekking tot bouwkundige aspecten*. Utrecht: 1987, nr. 211.

College voor ziekenhuisvoorzieningen. *Advies inzake verbreding verpleeghuiszorg: verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen*. Utrecht: 1995, nr 410.

Commissie modernisering ouderenzorg. *Ouderenzorg met toekomst*. Mei 1994.

Dijkstra, J. *Privacy in het verpleeghuis*. Groningen: december

Persoonlijke levenssfeer

1995.

Donner, J.H. *Geen Patiënten*. Uitg. Bakker. 1987.

Donner, J.H. *Na mijn dood geschreven*. Uitg. Bakker. 1989.

Duijnste, M. *Als je goed luistert, hoor je ze huilen*. Geschreven portretten van verpleeghuisbewoners, 1983.

Eggens, W. *Kwaliteit van zorg vanuit bewonersoptiek*. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Projecten van patiëntenorganisaties. Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, juni 1995.

Gilse, Y., Crijns, M. *Van Groot naar klein, van meer naar één. Een onderzoek naar de ervaringen en belevingen van bewoners en personeel van het verpleeghuis met éénpersoonskamers*. Amsterdam: februari 1996.

Fahrenfort, M. *Sociowoningen Dapperbuurt. Evaluatie van een vernieuwingsproject*. NZi. Vakgroep huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde VU. December 1993.

Gouw, J.M.M. de, Wit J.P. de. *Keuze voor een kamer. Behoefte aan eenpersoonskamers in verpleeghuizen*. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Zuid- Holland en Zuidhollandse Raad voor het Ouderenbeleid, Den Haag: 1994.

Hoekstra, E.K., Liempd, H.M.J.A. van. *Verblijven of wonen; zorg voor ouderen. Varianten van wonen met zorg voor ouderen*. Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg, Amsterdam: november 1995.

Ipsa Facto. *Meer dan een kamer. Beknopte literatuurstudie naar privacy binnen verpleeghuizen*. 1996.

Jongenelen, J. Verpleeghuisbewoners stem in bouwplannen. *NZi-notities*, 1995, nr. 50, p. 8-9.

Leenders, J., Berkhout, J., Mulder H. Vermindering werkdruk verpleging verbetert woonklimaat. *Het Ziekenhuis*, 1994, nr. 17, p. 691-695.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. *Onderzoek toetsingskader verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen*. Utrecht: juni 1995.

Persoonlijke levenssfeer

Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners. *Werkboek kwaliteit*. 1995.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg. *Speciale editie: verpleeghuizen en kwaliteit* (3), 1995, nr. 95.9.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg. Drs M. Wolves, ir B.H. Hoeksma. *Model intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. Kwaliteit in care en cure*.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg. *Privacy projecten, ingezonden voor de Dien Cornelissen-prijs* 1993. Utrecht: 1994.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg. *Agenda 1996* (waarin opgenomen een beschrijving van de inzendingen van de Dien Cornelissen Prijs 1995, Utrecht: 1995a.

Nicolai, R. Privacy het gaat om méér... Ongewenst contact veroorzaakt stress. *Het Ziekenhuis*, 1987, nr. 15, p. 612-615.

Niessen, J. Privacy en intimiteit. *De Wekker*, 1993, nr. 4, p. 6-7.

Niessen, J.H.E. *Omzien naar volwaardig leven*. De intramurale ouderenzorg vanuit mijn bed bekeken. Utrecht: 1995.

Oldeniel, H. van. *Kwaliteitskenmerken verpleeghuiszorg, Deel III Kwaliteitsinstrument*. Nationaal Ziekenhuisinstituut i.o. van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg. Utrecht: september 1993.

Parent, W.A. Recent work on the concept of privacy. *American philosophical quarterly*. Volume 20, nr 4, 1983.

Pronk, M. CODA, *Zorg op maat in de Dapperstraat. De voorbereiding van een zorgvernieuwingsproject*. Mei 1994.

Rachels, J. Why privacy is important. *Philosophy and public affairs*. Princeton, N.J., 1971, p. 323-333.

Regionaal overleg bewonersraden Oost Brabant. *Notulen vergadering d.d. 11 mei 1992* (geanonimiseerd).

Rijneveld, G., Rohaan, G. *Privacy van bewoners in een verpleeghuis: een kwalitatief onderzoek naar ruimtelijke en niet*

Persoonlijke levenssfeer

ruimtelijke mogelijkheden. Wageningen: 1993.

Scanlon, T. Thomson on privacy. The right to privacy. *Philosophy and public affairs*. Princeton, N.J., 1971, p. 315-322.

Samenwerkende Intramurale Gezondheidszorgvoorzieningen Regio Amsterdam. *Informatieklapper Verpleeghuizen Amsterdam, Amstelveen, Hoofddorp*. Amsterdam: februari 1992.

Sprundel, T. van, Wolves, M. Model intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg biedt helpende hand. *Kwaliteit in beeld*, 1996, nr. 1, p. 6-7.

Staatstoezicht op de Volksgezondheid. *Een eigen plekje*. Een inventariserend onderzoek naar de privacy voor psychogeriatrische patiënten in verpleeghuizen in Noord-Holland. Oktober 1995.

STAGG - TU Delft. *Wonen of verblijven: zorg voor ouderen. Veranderingen in visies op wonen, zorg en welzijn leiden tot nieuwe inzichten over huisvesting. De toekomst van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woonzorgvoorzieningen voor ouderen*. Symposium Rotterdam, november 1995.

Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. *Jaarboek verpleeghuizen 1994*. Utrecht.

Stichting Verpleeghuis Oudshoorn. *Introductie van de huisfolder*.

Schutte, A. Werkruimtes van verplegenden en verzorgenden vaak te krap. *Kwartaalblad Landelijk Centrum Verpleging en verzorging*, nr. 4, 1994.

Teunissen, W. *Andere zorg voor dementerenden*. Van Instelling naar zorgonderneming. Weesp: verpleeghuis Hogewey.

Verpleeghuis Wittenberg. *Een rondje Wittenberg, bewonersboekje*. Luthers verpleeghuis, Amsterdam.

Vink, M., Houweling, H. Het is hier niet normaal. Genormaliseerd wonen in De Bleerinc. *Denkbeeld*, 1995, p. 20-24.

Visser, D. Privacy in het verpleeghuis. De kwaliteit van wonen in het verpleeghuis. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 1989, nr. 9, p. 240-242.

Voordt, D.J.M. van der, Terpstra, D. *Verpleeghuizen: varianten en*

alternatieven. Gebouw en zorgconcept. Delft: september 1995.

Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. *Pakketopschoning en ouderen. Advies over ouderenzorg en beperking van het basispakket*. Rijswijk: juli 1995.

Weinig privé-leven in verpleeghuis. *Consumentengids*, 1993, december, p. 804-807.

Wendte, J.F., Danse, J.A.C. *Met het oog op autonomie; zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Onderzoek op het gebied van verpleeghuiszorg: patiënten en zorgverlening*. Spreeuwenberg, C., e.a., Velde, R.A. te. Van Gorkum, 1995.

Wüst, W. Dat is mijn stoel: privacy in het verpleeghuis. *Denkbeeld*, 1990, nr. 3, p. 24-26.

Zorgvernieuwing stelt nieuwe eisen aan privacybescherming en bouwbeleid. *Staatscourant*, 1995, november, nr. 230.

Zijp, M. *Privacy en geheimhouding*. Tekst van een inleiding gehouden op 30 september 1992. Regionaal Overleg bewonersraden Friesland.

Zijp, M. Privacy: gevoelig?. *De Wekker*, 1994, nr 3, p. 19.

2.Lijst van videobanden

Stichting Validation. *Een andere golflengte: contact maken met dementerenden. Instructiefilm voor iedereen die thuis of beroepsmatig omgaat met dementerende mensen.*

Stichting Validation. *Nabijheid. Instructievideofilm voor iedereen die thuis of beroepsmatig omgaat met dementerende mensen.*

Verpleeghuis Hogewey. *Een beperking met toegevoegde waarde. Een documentaire over een andere visie op omgaan met dementerende ouderen in verpleeghuis Hogewey.*

Bijlage 8

Lijst van afkortingen

ARBO(-wet)	Arbeidsomstandigheden(wet)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (wet)
CvZ	College voor ziekenhuisvoorzieningen
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
NIZW	Nederlandse Instituut voor Zorg en Welzijn
NVBV	Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Ver- pleeghuisbewoners
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NZi	NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
vRVZ	voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg- gerelateerde Dienstverlening
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsover- eenkomst
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen

**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid
en Zorggerelateerde dienstverlening**

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: voorlopige Raad voor de Volksgezondheid
enZorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1996
ISBN: 90-5732-003-7

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,--
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 96/03*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg