



Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië: op zoek naar bronnen voor duurzame vernieuwing

Een verkenning in opdracht van de vaste commissie voor VWS

April, 2019

Henk Nies, Marjolein Herps, Esther Vreeken, Elize van Wijk, Nick Zonneveld & Monique Spierenburg

OUDEREN EN GEHANDICAPTENZORG IN SCANDINAVIË. OP ZOEK NAAR BRONNEN VOOR DUURZAME VERNIEUWING

Een verkenning in opdracht van de vaste commissie voor VWS

April, 2019

Auteurs

Henk Nies
Marjolein Herps
Esther Vreeken
Elize van Wijk
Nick Zonneveld
Monique Spierenburg

Met medewerking van:

Rudi Westendorp & Kirsten Tinneveld

Vilans

Postbus 8228,
3503 RE Utrecht
Telefoon 030 789 2300
www.vilans.nl

VOORWOORD

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft in juli 2018 een aantal deskundigen gevraagd om een korte verkenning te doen naar de verschillen tussen de langdurige zorg in Scandinavië en de langdurige zorg in Nederland en deze stelsels te vergelijken. De commissie VWS heeft deze vraag gesteld in het kader van haar kennisagenda, waarbij de commissie aan de versterking van haar kennis- en informatiepositie werkt.

In de kennisagenda legt de commissie een aantal thema's vast waar zij zich verder in wil verdiepen. De commissie VWS koos voor 2018 en 2019 onder andere het thema 'Lessen Scandinavische landen zorgtaken en langdurige zorg'. De invulling en uitwerking van dit thema wordt gedaan door een voorbereidingsgroep, bestaande uit de Kamerleden Vera Bergkamp (D66), Corinne Ellemeeet (GroenLinks) en Sophie Hermans (VVD). Na enkele maanden heeft Leendert de Lange (VVD) de plek van Sophie Hermans overgenomen.

Vilans, kennisorganisatie voor Langdurige zorg, is op de uitnodiging van de voorbereidingsgroep ingegaan en heeft 19 september 2018 een factsheet aangeboden met een vergelijking op hoofdlijnen van de ouderenzorg in de vier Scandinavische landen Denemarken, Finland, Noorwegen en Zweden. We hebben tijdens een bespreking met de voorbereidingsgroep op 25 september 2018 een toelichting gegeven op de factsheet, samen met professor Rudi Westendorp van de Universiteit van Kopenhagen.

Vervolgens heeft de commissie VWS, na een daartoe strekkend voorstel van de voorbereidingsgroep, ons verzocht een nadere verdieping te geven voor de ouderen- en gehandicaptenzorg in Denemarken en Zweden en daartoe een aantal aanvullende vragen te beantwoorden alsmede op hoofdlijnen te beschrijven hoe de ouderen- en gehandicaptenzorg in Noorwegen en Finland functioneert.

Het was een genoegen aan de beantwoording van deze vragen te werken en het was inspirerend om te zien hoe verwante landen vanuit verschillende uitgangspunten tot goede zorg en ondersteuning komen. Eigenlijk gaat het daarbij om meer dan zorg. In Scandinavië is de vraag naar hoe mensen met langdurige zorgvragen goede zorg te geven, vooral ook de vraag hoe zij ondanks beperkingen en complexe zorg- en levensvragen een goede plaats in de samenleving kunnen vinden. De vraag is ook hoe die samenleving daar het beste aan kan bijdragen.

Vergelijking met Nederland

In dit rapport geven we een beeld van de langdurige zorg in de Scandinavische landen. Dat doen we per land en voor de vier landen gezamenlijk. Daarnaast maken we op allerlei punten vergelijkingen met Nederland. Onze bevindingen en conclusies onderbouwen we zo goed mogelijk met bronnen. Dit zijn voor een belangrijk deel wetenschappelijke bronnen, maar ook overheidsdocumenten en zogeheten 'grijze' literatuur. Het gaat dan om literatuur die vaak niet wetenschappelijk onderbouwd

is of niet conform de hoogste standaarden wetenschappelijk getoetst is. Toch zijn dit vaak zeer bruikbare bronnen omdat ze meestal actueler zijn en dichter bij de praktijk geschreven. Verder hebben we enkele experts uit de betreffende landen geraadpleegd bij vraagstukken die we in bronnen niet of niet eenduidig beschreven zagen. Tot slot hebben we enkele Nederlandse burgers die in Denemarken of Zweden wonen naar hun ervaringen gevraagd.

Maatschappelijk vraagstuk

We hebben ons ervoor ingezet een rapport te schrijven dat niet alleen voor de leden van de Tweede Kamer interessant is. We hopen dat het rapport ook zijn weg vindt naar mensen die in de zorg werken, mensen die beleid maken en naar burgers. De oplossing van vraagstukken in de langdurige zorg ligt immers niet alleen in de zorgsector, maar vooral ook in de samenleving.

Verdieping

Bij dit rapport hoort een 'clickable PDF', een PDF die via internet te raadplegen is met directe links naar verdiepende informatie. Daar zijn ook enkele video's bij over Nederlandse burgers in Denemarken en Zweden. We hopen hiermee niet alleen op een groot bereik, maar ook dat dit rapport gaat leven en de discussie zal voeden. Bovenal hopen we interesse in vernieuwing te wekken.

Dank

Alvorens naar de inhoud te gaan, willen we onze dank uitspreken aan professor Rudi Westendorp van de Universiteit van Kopenhagen en drs. Kirsten Tinneveld Madsen van de stichting 'Maak de Burger Meester'. Zij hebben ons veel bruikbare informatie over Denemarken gegeven, hebben met ons meegedacht en hebben als kritische meelezer ons scherp gehouden. En - zeker niet het minst belangrijk - ze hebben ons geïnspireerd om verder te kijken naar wat de ouderenzorg in Denemarken zo interessant maakt voor Nederland. Ook andere experts in Scandinavië zijn we erkentelijk voor de waardevolle informatie die ze ons hebben gegeven (zie bijlage).

Verder gaat onze dank uit naar de staf van de commissie VWS van de Tweede Kamer waarmee we mochten werken: Rolf Noordsij, kenniscoördinator VWS van de Dienst Analyse en Onderzoek, Hans Clemens, adjunct-griffier van de vaste commissie voor VWS en Willemijn Bernard, informatiespecialist VWS van de Dienst Analyse en Onderzoek van de Tweede Kamer. Tenslotte rest ons nog een woord van dank aan de leden van de voorbereidingsgroep, Vera Bergkamp, Corinne Ellemeet en Leendert de Lange voor de prettige wijze waarop we met hen over het vraagstuk van de langdurige zorg in Scandinavië mochten spreken en de wijze waarop zij dit rapport hebben begeleid.

12 april 2019,

Namens het onderzoeksteam,

Prof. dr. Henk Nies

Inhoudsopgave

VOORWOORD	1
INLEIDING	7
Kenmerken van de landen	8
Langdurige zorg per land	14
DENEMARKEN	14
Kenmerken van de ouderen- en gehandicaptenzorg	15
Indicatiestelling	28
Bekostiging en kostenbeheersing	31
Innovatie & technologie	34
Regeldruk	38
Overige aspecten van het stelsel	39
ZWEDEN	46
Kenmerken van de ouderen- en gehandicaptenzorg	47
Indicatiestelling	59
Bekostiging en kostenbeheersing	60
Innovatie & technologie	61
Regeldruk	63
Overige aspecten van het stelsel	64
FINLAND	70
Kenmerken van de ouderen- en gehandicaptenzorg	71
Bekostiging	73
Technologie	73
Regeldruk	74
Overig	74
NOORWEGEN	76
Kenmerken van de ouderen- en gehandicaptenzorg	77
Bekostiging	79
Technologie	79
Regeldruk	80
Overig	80
SAMENVATTENDE RESULTATEN EN CONCLUSIES	82
SAMENVATTENDE RESULTATEN	83

Organisatie langdurige zorg	83
Indicatiestelling en monitoring zorgaanvragen	87
Bekostiging en kostenbeheersing	88
Innovatie & technologie	89
Regeldruk	90
Overige aspecten	90

CONCLUSIES **93**

BRONNEN **101**

Literatuurlijst	101
Geraadpleegde websites	108
Geraadpleegde experts	108

INLEIDING

Om verschillende redenen is een vergelijking van de langdurige zorg (ouderenzorg en gehandicaptenzorg) van Nederland met die van Scandinavië interessant. De landen lijken op een aantal punten sterk op elkaar: al deze landen hechten aan goede sociale voorzieningen en zien het als een taak van de overheid langdurige zorg goed te regelen. De landen besteden naar internationale maatstaven behoorlijk veel publieke middelen aan langdurige zorg. Het welvaartsniveau en de normen en waarden in de landen zijn bovendien sterk vergelijkbaar. Dit alles vormde een reden om te onderzoeken hoe de zorg in Scandinavië en Nederland van elkaar verschilt én met elkaar overeenkomt. Zodat goede praktijken in deze landen voor Nederland een bron van inspiratie kunnen zijn.

Focus op Denemarken en Zweden

Maar ook binnen Scandinavië zijn er verschillen. In deze rapportage beschrijven we de langdurige zorg in Denemarken, Zweden, Finland en Noorwegen op hoofdlijnen. In overleg met de voorbereidingsgroep van de vaste commissie voor VWS hebben we ervoor gekozen om dieper in te zoomen op de langdurige zorg in Denemarken en Zweden. Beiden landen zijn vergevorderd in het ondersteunen van mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen in de samenleving. Ze richten zich sterk op eigen regie en zelfstandigheid, waarden die we ook in Nederland hoog in het vaandel hebben staan. We hebben ook interessante en inspirerende vernieuwende ontwikkelingen in deze landen gezien; reden om nadrukkelijker bij Denemarken en Zweden stil te staan.

Kenmerken Scandinavische landen

We gaan allereerst in op de kenmerken van de Scandinavische landen op de thema's waar de vaste commissie voor VWS in het bijzonder in geïnteresseerd is en - uiteraard - ook de thema's die ons als onderzoekers van belang leken. In het inleidende hoofdstuk beschrijven we algemene kenmerken van de onderzochte landen en beschrijven we kort het Scandinavische model.

Thema's en vragen per land

Vervolgens beschrijven we per land de thema's en de vragen die daarover gesteld zijn. Zoals benoemd gaan we dieper in op Denemarken en Zweden, en met deze landen zullen we dan ook beginnen. Vervolgens beschrijven we de langdurige zorg in Noorwegen en Finland.

Samenvattende conclusies

Als laatst beschrijven we per onderwerp een samenvattend antwoord. We geven telkens in een box een overall bevinding of beschrijving, om daarna -indien relevant of afwijkend van de overall conclusie- meer in detail te schetsen hoe het thema in de diverse landen speelt. Bij een aantal onderwerpen bespreken we alleen de situatie in Denemarken en Zweden, dit in verband met de focus die we hebben aangebracht. We sluiten af met een aantal conclusies.

Kenmerken van de landen

Bevolking

De bevolking van Scandinavië is wat meer vergrijsd dan die van Nederland. Tabel 1 geeft op verschillende punten de vergelijking weer tussen de verschillende onderzochte Scandinavische landen en Nederland. De zogeheten *old age dependency ratio*, de verhouding tussen het aantal 65+ers en de bevolking die in principe in staat is betaalde arbeid te verrichten, is met uitzondering van Noorwegen hoger dan die in Nederland.

Tabel 1

Gegevens Scandinavische gegevens in vergelijking met Nederland per 1 januari 2017¹

	DK	SE	FI	N	NL
Bevolking in miljoenen	5.8	10.2	5.5	5.4	17.3
% 65+	19.1	19.8	20.9	16.6	18.5
% 80+	4.3	5.1	5.2	4.2	4,5
Old age dependency ratio	29.7	31.6	33.2	25.4	28.4
Aantal gemeenten/regio's ²	98/5	291/21	317/18	422/18	355/32 ³

De Scandinavische landen zijn - met uitzondering van Denemarken - qua oppervlak veel groter dan Nederland. Nederland heeft aanzienlijk meer inwoners. Hoewel de vergrijzing van de bevolking verder is voortgeschreden in Scandinavië, liggen de uitgaven voor langdurige zorg lager. Zweden komt het meest dicht bij de uitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg in Nederland.

Kwaliteit van leven

Inwoners van Scandinavische landen en Nederland geven over het algemeen een hoog cijfer voor de mate van tevredenheid met hun leven. Zo staat Denemarken op de tweede plaats van meest gelukkige landen ter wereld (Helliwell, Layard, & Sachs, 2019).

In Tabel 2 presenteren we de gegevens die verzameld zijn middels de 'Eurofound's European Quality of Life Survey (EQLS)' op thema's die te maken hebben met kwaliteit van leven. Deze tabel beschrijft de beschikbare cijfers van Denemarken, Zweden en Finland (over Noorwegen zijn geen data op deze indicatoren beschikbaar). Ter vergelijking hebben we ook de cijfers uit Nederland en het EU-gemiddelde toegevoegd. Te zien is dat zowel de Scandinavische landen als Nederland beter scoren dan het EU-gemiddelde op alle meegenomen indicatoren.

¹ Bron: Eurostat, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_indicators_1_January_2017_\(%25\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_indicators_1_January_2017_(%25).png)

² Bron: www.wikipedia.nl

³ Zorgkantoor regio's (www.regioatlas.nl)

Tabel 2

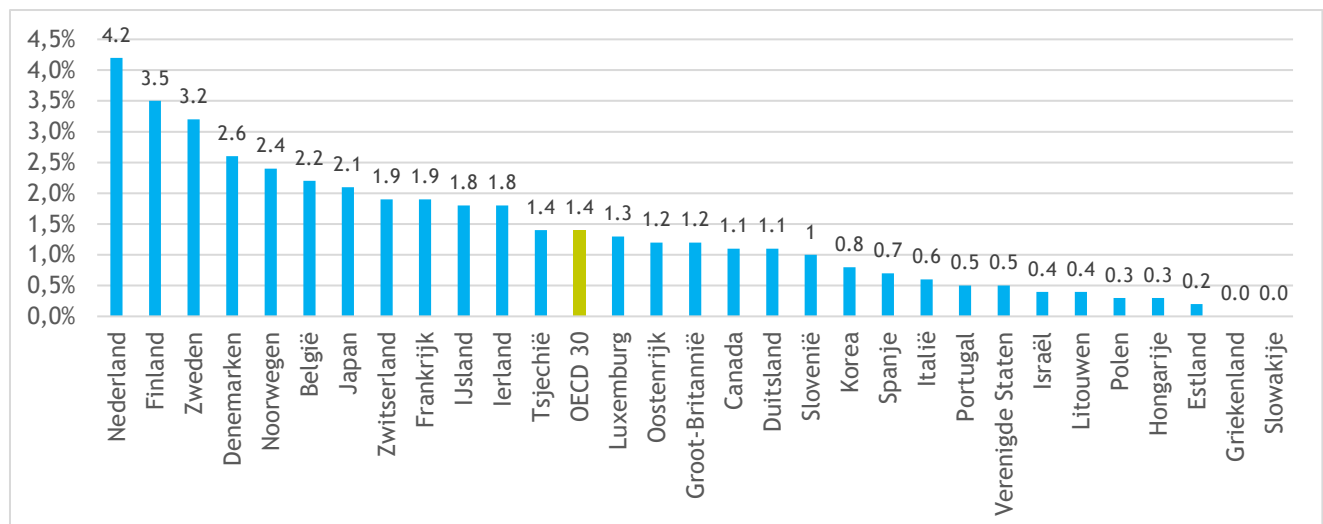
Resultaten 'Eurofound's European Quality of Life Survey (EQLS)', 2016 (Nederlandse vertaling)

(<https://www.eurofound.europa.eu/data/european-quality-of-life-survey>)

Item	Antwoorden	DK	SE	FIN	NL	EU
Hoe tevreden bent u met uw leven	Gemiddelde (1-10)	8.2	7.9	8.1	7.7	7.1
Alles bij elkaar genomen, op een schaal van 1-10, hoe gelukkig bent u?	Gemiddelde (1-10)	8.1	7.8	8.2	7.8	7.4
Optimisme over de eigen toekomst	% Eens & Zeer eens	84	85	81	74	64
Optimisme over de toekomst van de (klein)kinderen	% Eens & Zeer eens	80	83	86	63	57
Doet aan sport/fysieke oefening	% Tenminste één keer per week	60	73	79	70	42
In het algemeen, hoe is uw gezondheid?	% Goed & Zeer goed	72	69	69	73	69
WHO-5 mental wellbeing index	Gemiddelde (1-100)	70	64	67	65	64
Rond kunnen komen	% Met wat moeite - m moeilijk - grote moeite	15	11	18	24	15
Ik voel me vrij om te bepalen hoe ik mijn leven leef	% Eens & Zeer eens	82	91	83	85	76
Ik vind het moeilijk om te gaan met belangrijke problemen die ik in mijn leven tegenkom	% Eens & Zeer eens	17	23	18	17	22
Als iets niet goed gaat in mijn leven, duurt het over het algemeen lang voor het weer 'normaal' gaat	% Eens & Zeer eens	14	14	14	13	24

Uitgaven langdurige zorg

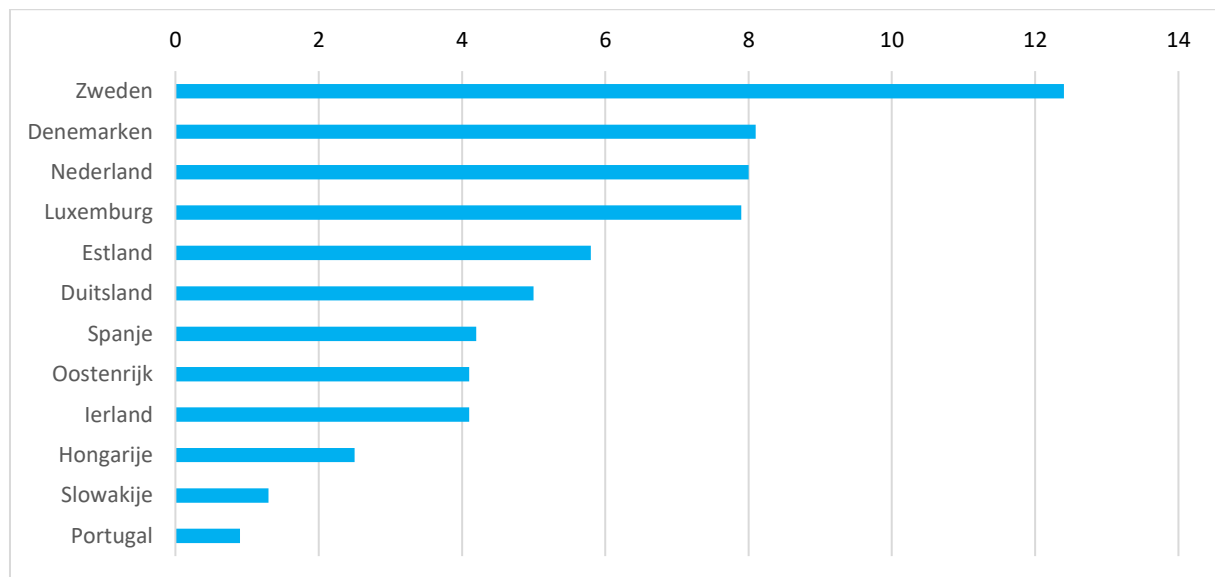
De Scandinavische landen hebben ook met Nederland gemeen dat ze naar verhouding veel geld uitgeven aan langdurige zorg. Figuur 1, uit de database van Eurostat, laat zien hoeveel procent van het BBP landen besteed hebben aan langdurige zorg in 2016. Het laat zien dat Noorwegen, gevolgd door Zweden, Nederland en Denemarken het meeste geld uitgeven aan de langdurige zorg (European Ageing Network, Long-term Care 2030). Hierbij moet aangetekend worden dat internationale vergelijkingen altijd lastig zijn als gevolg van verschillende definities die gehanteerd worden.



Figuur 1 Overheidsuitgaven voor langdurige zorg (zorg en welzijn) in 2014 als % van het BNP (bron: <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>)

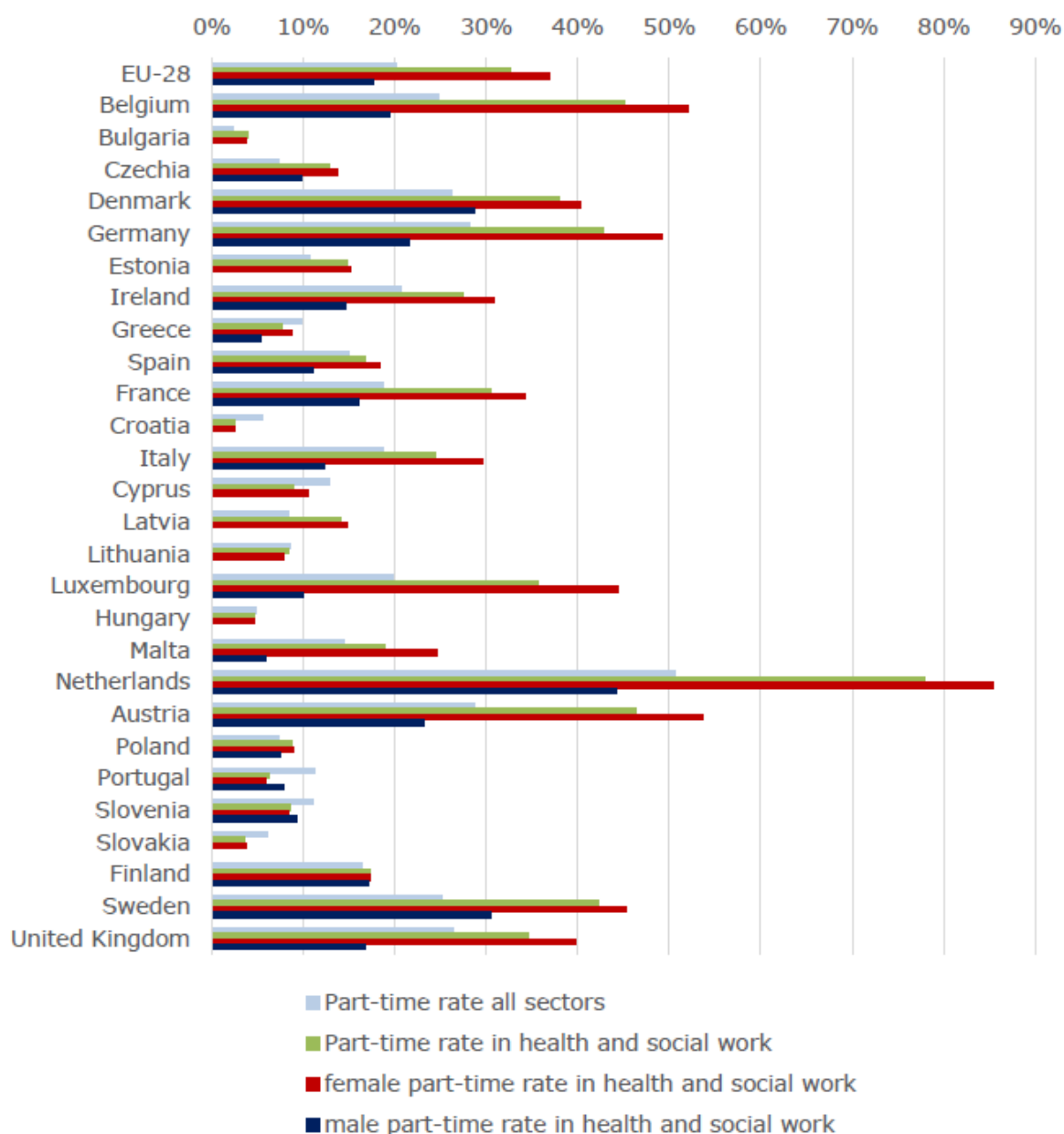
Arbeidsmarkt langdurige zorg

In de langdurige zorg zijn veel mensen werkzaam. Figuur 2 laat zien dat naar verhouding aanzienlijk meer mensen (verpleegkundigen en ‘*personal carers*’) in de langdurige zorg werkzaam zijn dan in Nederland, in Denemarken is het percentage vergelijkbaar (Leichsenring, 2019).



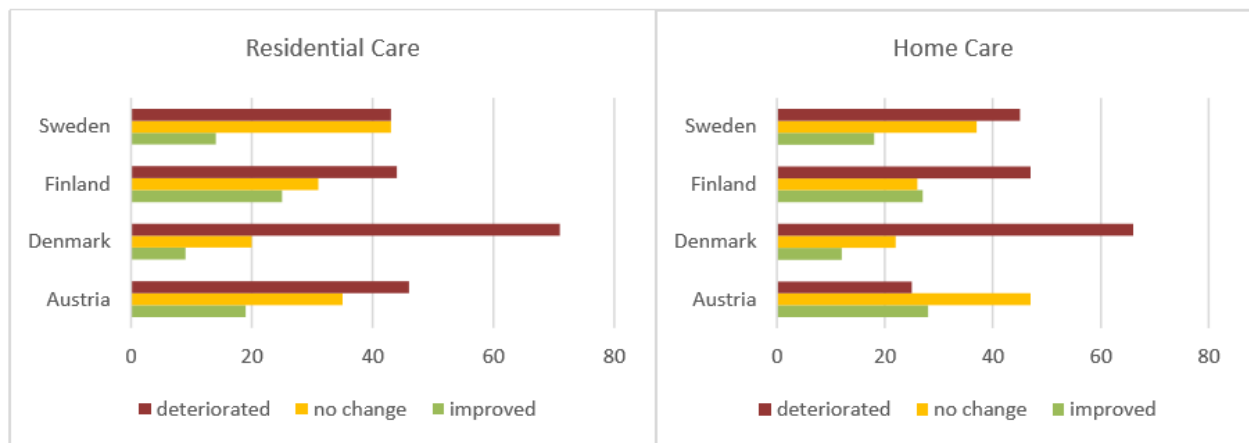
Figuur 2 Werkenden in de langdurige zorg als percentage van de populatie 65 jaar en ouder, 2015 (aangepast overgenomen uit Leichsenring, 2019)

Daarbij komt dat in Nederland de mensen die in de langdurige zorg werken in veel meer gevallen parttime werken. Hoewel in de verschillende landen vrouwen vaker parttime werken dan mannen, geldt voor Nederland dat het overgrote deel van de vrouwen in de Nederlandse langdurige zorg, parttime werkten (Figuur 3, uit: Leichsenring, 2019).



Figuur 3 Aandeel part-time werkers in de gezondheidszorg en sociaal domein (overgenomen uit Leichsenring, 2019)

Dat er ook in de Scandinavische landen druk op de arbeidsmarkt bestaat, blijkt uit hoe medewerkers de kwaliteit van hun werk zien. Aanzienlijke aantallen zorgmedewerkers vinden, blijkens de *NORDCARE surveys* die worden gehouden in Sweden, Finland en Denemarken, dat de kwaliteit van hun werkomstandigheden achteruit gaat (zie Figuur 4, uit: Leichsenring, 2019). Dit heeft te maken met werkdruk en de mate waarin werkenden zich autonoom voelen. Meer dan 40% van de respondenten op de *NORDCARE Surveys* heeft het afgelopen jaar serieus overwogen met het werk te stoppen. Opvallend is verder het hoge aantal werkenden in de langdurige zorg in Denemarken dat aangeeft dat hun werkomstandigheden zijn veranderd. Zij geven aan dat zij zich lichamelijk en geestelijk uitgeput voelen (Leichsenring, 2019).



Figuur 4 Perceptie van achteruitgang in werkomstandigheden (overgenomen uit Leichsenring, 2019)

Kortom, er zijn tal van overeenkomsten tussen de landen wat betreft de langdurige zorg en de arbeidsmarkt; ook de actuele vraagstukken rond het werven en behouden van zorgmedewerkers komen sterk overeen.

Bestuur

De ouderen- en gehandicaptenzorg in de Scandinavische landen is binnen een overwegend publiek stelsel georganiseerd. De Scandinavische bevolking heeft veel vertrouwen in de overheid en verwacht dan ook dat de overheid zorgt voor goede zorg en ondersteuning. Universele dekking is het uitgangspunt, evenals solidariteit. Voor een belangrijk deel zijn publieke voorzieningen gratis toegankelijk voor de burgers en worden deze door de landelijke overheid gefinancierd uit belastinginkomsten. Dit wordt ook wel het Scandinavische of *Nordic* model genoemd. De keerzijde van dit model is dat de belastingen in de Scandinavische landen hoog zijn. Zo heeft Denemarken bijvoorbeeld een van de hoogste belastingniveaus van de wereld (Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2019).

Het zorgstelsel is in de onderscheiden landen als systeem sterk geïntegreerd binnen en tussen bestuurslagen. De rijksoverheid schept de kaders via wetgeving, monitoring en financiering. Op hoofdlijnen zien we dat de curatieve zorg (huisartsen en ziekenhuizen en gespecialiseerde zorg) op regionaal niveau (in de *counties*) georganiseerd is. Zorg, wonen en ondersteuning voor ouderen en mensen met beperkingen in wat wij het sociale domein (*social care*) en langdurige zorg noemen, zijn een verantwoordelijkheid van de gemeenten. Van oudsher zijn de lagere overheden in Scandinavië verantwoordelijk voor governance, regulering, financiering, toezicht en het leveren van diensten. De landelijke overheid heeft vooral een kaderstellende taak. Gemeenten zijn voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg de belangrijkste bestuurslaag. De schaal en omvang van gemeenten verschilt enorm (zie ook Tabel 1).

Niettemin zijn er in Scandinavië ook discussies over stelsel en besturing. In Denemarken zijn de regio's weliswaar verantwoordelijk voor een groot deel van de curatieve zorg, maar in de financiering

spelen de rijksoverheid en gemeenten een dominante rol in de financiering en contractering. Er is op dit moment een debat over de rol van de regio's in de Deense gezondheidszorg. De aansluiting tussen curatieve zorg en langdurige zorg verloopt naar verluidt niet soepel. In **Zweden** hebben de regio's een grote rol in het vaststellen van de tarieven en vergoedingen voor zorgaanbieders. Dit leidt soms tot aanzienlijke regionale verschillen. In **Finland** is een debat gaande dat pleit voor recentralisering. Een deel van de lagere overheden is te klein om hun taken te vervullen, wat ongelijkheid creëert.

In de volgende landenbeschrijvingen beschrijven we meer in detail de landen. Daarbij laten we ons leiden door de vragen die we van de voorbereidingsgroep van de vaste commissie voor VWS hebben gehad.

DENEMARKEN

Kenmerken van het stelsel voor de langdurige ouderen- en gehandicaptenzorg in Denemarken

1. Hoe is in Denemarken de zorg voor ouderen en voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking georganiseerd?

Organisatie langdurige zorg

Een groeiend aantal ouderen, maar ook maatschappelijke veranderingen, leidden zo'n dertig jaar geleden in Denemarken tot een keerpunt. Er vond een omslag plaats in zowel visie als beleid en er kwam een grotere focus te liggen op de-institutionalisering (Daatland, Høland & Otnes, 2015). De omslag wordt gemarkeerd door de in 1987 ingevoerde wet '*Housing Act for the Elderly*', waarmee Denemarken een einde maakte aan de bouw van traditionele verpleeghuizen (Lindstrøm, 1997). Zo lang mogelijk thuis blijven wonen werd het uitgangspunt voor zowel ouderen als mensen met een beperking, ongeacht het inkomen, de benodigde hulp en kosten. Aanvullende diensten maken het mensen mogelijk om zelfredzaam te blijven. Met deze nieuwe wet werden de traditionele verpleeghuizen grotendeels vervangen door een verscheidenheid aan huisvesting voor ouderen (ook toegankelijk voor mensen met een beperking). Aan deze organisatie ligt een uitgebreid publiek stelsel ten grondslag, dat mensen in staat stelt kosteloos gebruik te maken van ondersteuning die hen helpt om zelfredzaam te blijven.

Nationaal, regionaal, lokaal

De stelsels voor de gezondheidszorg en sociale zekerheid zijn georganiseerd in drie politieke en bestuurlijke lagen: de rijksoverheid, de regio's, en de gemeenten (Ministry of Health, 2017; Hayward, 2007). De systemen worden gekenmerkt door een verregaande decentralisatie richting de vijf regio's en 98 gemeenten, waarvan de meeste gemeenten ten minste 20.000 inwoners hebben. De rijksoverheid is verantwoordelijk voor het scheppen van de kaders van de gezondheids-, ouderen- en gehandicaptenzorg. Dit doet ze via wetgeving, monitoring en financiering. De vijf regio's (*counties*) zijn voornamelijk verantwoordelijk voor de curatieve zorg (huisartsen en ziekenhuizen en gespecialiseerde zorg). De huisartsen werken officieel zelfstandig, maar zijn formeel gecontracteerd bij de regio's en worden ook door de regio's betaald (Vrangbæk, n.d.). Het salaris van de huisartsen wordt bepaald via nationale afspraken tussen de regio's en de huisartsenbond. De regio's zijn weliswaar verantwoordelijk voor de curatieve zorg, maar in de financiering en contractering spelen de rijksoverheid en gemeenten een dominante rol (Ministry of Health, 2017).

Zorg, wonen en ondersteuning in wat wij het sociale domein zouden noemen (*social care*) voor ouderen en mensen met beperkingen zijn een verantwoordelijkheid van de 98 gemeenten. Door de sterke decentralisering in Denemarken mogen gemeenten zelf beslissen over de specifieke methoden en diensten die ze aan willen bieden. Wel moeten de gemeenten kunnen garanderen dat diensten alleen worden aangeboden als hier een indicatie voor is.

Debat over opheffen regio's

Volgens meerdere van onze informanten is er momenteel een actieve discussie gaande over het opheffen van de regio's. Deze worden gezien als een onnodige bestuurslaag. In het nieuwe hervormingsplan komen zogenaamde 'zorggezelschappen' voor de regio's in de plaats. Hierin zijn de huisartsen, gemeenten en ziekenhuizen vertegenwoordigd, die de samenhang en samenwerking tussen deze drie partijen zou moeten verbeteren. Tegenstanders van dit nieuwe voorstel zijn bang dat met het opheffen van de regio's de directe invloed van burgers (het bestuur van de regio's wordt nu direct gekozen) zal verdwijnen.

In de hervormingsplannen die stammen uit januari 2019 heeft de overheid opgenomen dat de gespecialiseerde diensten op sociaal gebied overgeheveld dienen te worden van de regio's naar de gemeenten. Met name de Deense gehandicaptenorganisaties zien dit als een ongunstige ontwikkeling. Zij zijn bang dat de echt gespecialiseerde instellingen zullen verdwijnen, als deze in gemeentelijke handen komen (Søndergård Ingvorsen, 2019).

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg valt onder de gemeenten en is sterk gericht op het ondersteunen van mensen zodat zij zelfredzaam blijven en op preventie en de bevordering van een gezonde leefstijl (Ministry of Health, 2017). De Denen hebben een collectieve verzekering. Zij hebben daarom recht op kosteloze medische hulp van de huisarts, en medische hulp van medisch specialisten in private praktijken als zij in het bezit zijn van een doorverwijzing van hun huisarts. Zowel de huisarts als de gemeente kunnen het eerste contactpunt van de patiënt binnen het zorgsysteem zijn. Hiermee fungeren dus gemeente en huisartsen dus als poortwachter tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Zo nodig verwijzen de huisartsen door naar specialisten, ziekenhuiszorg, of andere diensten die de gemeenten bieden. De kosten van zo'n 3.500 huisartsen worden vergoed vanuit een collectieve overeenkomst met het publieke gezondheidszorg systeem. Elke huisarts heeft gemiddeld zo'n 1.600 aangesloten patiënten (Ministry of Health, 2017).

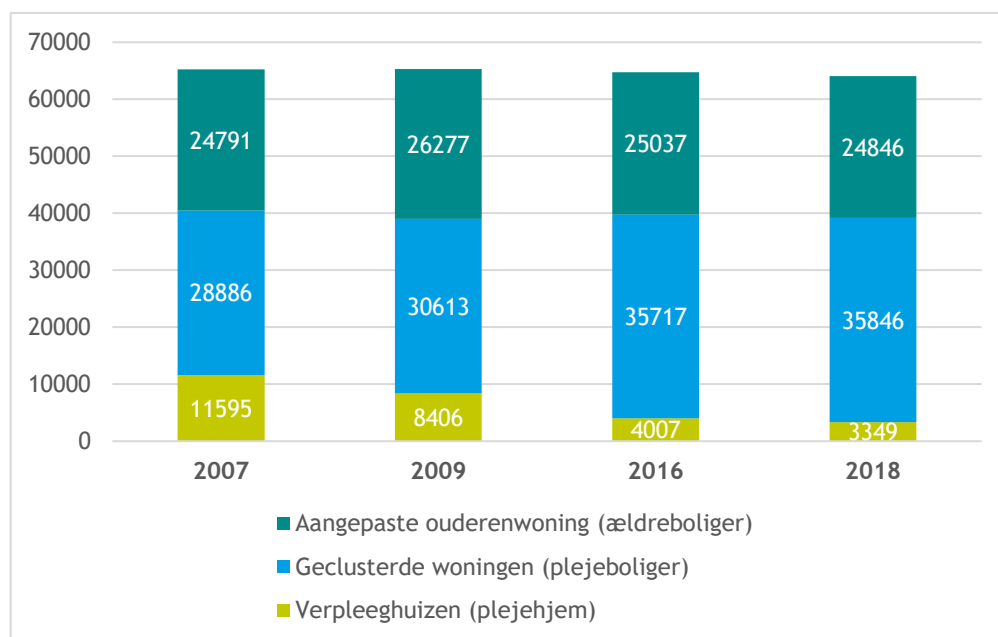
Ouderen- en gehandicaptenraden in elke gemeente

Iedere gemeente is verplicht om een ouderen- en gehandicaptenraad op te zetten (Ministry of Health, 2017; Det Centrale Handicapråd, n.d.). Deze raden zijn er om de betrokkenheid van deze groepen te garanderen. Ook zijn ze bedoeld om meer ouderen en mensen met een beperking dezelfde kansen te bieden als de andere inwoners van de gemeenten. De gemeenteraad moet de raden consulteren over alle zaken die van belang kunnen zijn voor ouderen en mensen met een beperking. De raden moeten de gemeenteraad adviseren over (problemen omtrent) het beleid. De ouderen- en gehandicaptenraden kunnen qua organisatie en samenstelling verschillen per gemeente. Ouderenraden worden gekozen voor vier jaar, en alle burgers die ouder zijn dan 60 jaar mogen zichzelf verkiesbaar stellen en stemmen. Gehandicaptenraden bestaan uit drie tot zeven leden van de gehandicaptenorganisatie in de gemeente, en drie tot zeven gemeentelieden die zowel ambtenaar als politicus kunnen zijn. Er moeten net zoveel gemeentelieden als leden van de

gehandicaptenorganisatie in de raad zitten. De Deense gehandicaptenorganisatie, de belangrijkste organisatie voor alle gehandicaptenorganisaties in Denemarken, benoemt leden van de lokale gehandicaptenorganisaties. Alle leden moeten worden goedgekeurd door de gemeenteraad.

2. Welke (tussen)vormen van thuis wonen, zorg en welzijn bestaan er in deze landen? Zijn er in deze landen ook intramurale instellingen, zoals verpleeghuizen?

Zoals in het vorige hoofdstuk al benoemd werd, is de bouw van institutionele verpleeghuizen in 1987 beëindigd (Daatland, Høland & Otnes, 2015). De nadruk ligt nu op zo lang mogelijk thuis blijven wonen (Ministry of Health, 2017). De zorg en ondersteuning door de gemeente moeten bijdragen aan dit doel, en daarnaast ook aansluiten bij de persoonlijke behoeften van mensen. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat, naast een aanbod voor een preventief huisbezoek na het 75^{ste} levensjaar, mensen zelf hulp inschakelen wanneer ze dit nodig denken te hebben. De zorg en ondersteuning door de gemeente kan thuis plaatsvinden, in een aangepaste ouderenwoning, een geclusterde woonvorm, of in een verpleeghuis. Figuur 5 geeft een overzicht van het aantal inschrijvingen onder 65 plussers per woonvorm. (N.B. de bewoners van een aangepaste ouderenwoning ontvangen niet per definitie zorg of ondersteuning).

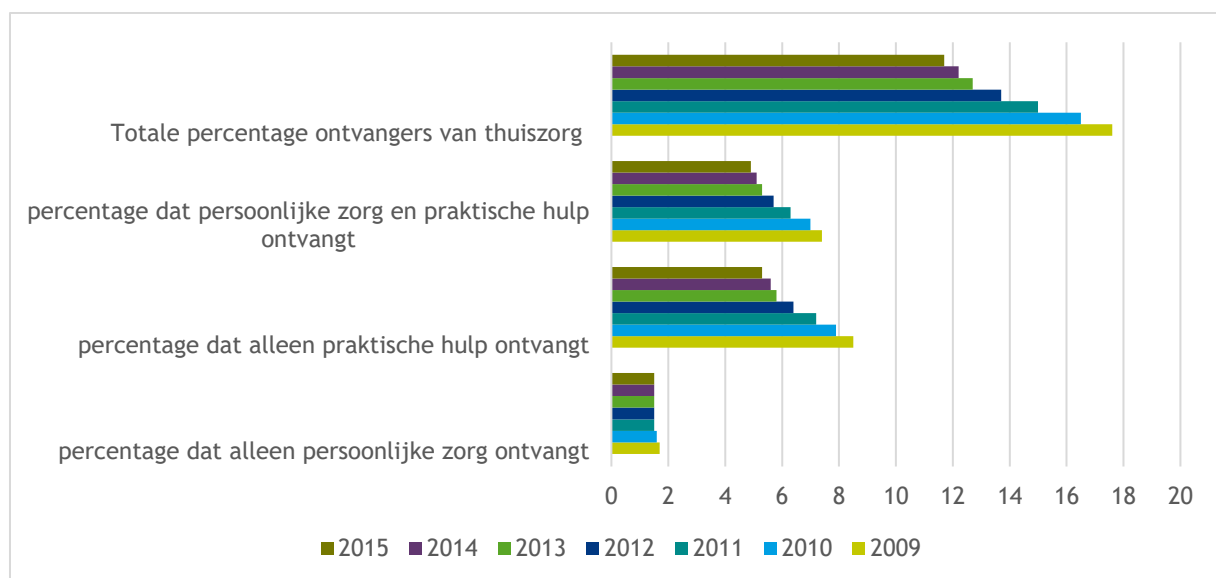


Figuur 5 Overzicht van aantal inschrijvingen van 65-plussers bij verpleeghuizen, geclusterde woonvormen en aangepaste ouderenwoningen (Danmarks Statistik, 2019_a)

Thuiszorg

Door de sterke decentralisatie zijn gemeenten vrij om zelf de thuiszorg te organiseren. Gemeenten zijn maar minimaal verplicht om marktwerking te stimuleren. Wel zijn gemeenten verplicht om naast de gemeentelijke aanbieder van thuiszorg, minimaal één andere particuliere zorgverlener aan te bieden (Vrangbæk, n.d.). In 2017 maakte 33 procent van de thuiszorgcliënten gebruik van een private zorgaanbieder (Danmarks Statistik, 2019_b).

Thuiszorgmedewerkers bieden de zorg en hulp voor mensen die tijdelijk of chronisch ziek zijn, of stervende. De thuiszorg valt in twee categorieën te verdelen: praktische hulp (zoals schoonmaken en de was doen) en persoonlijke zorg (zoals douchen en scheren) (Ministry of Health, 2017). Er bestaan geen landelijke standaarden voor de frequentie van thuiszorgdiensten. Het is aan gemeenten zelf om dit te bepalen. Omdat gemeenten zelf minimumstandaarden mogen stellen, bestaan er verschillen tussen gemeenten, wat in sommige gevallen voor discussie zorgt. Omdat er ook een sterke hang naar de autonomie van gemeenten bestaat, heeft dit tot op heden niet tot de invoering van landelijke standaarden geleid.



Figuur 6 Percentage 65-plussers dat thuiszorg ontving in de periode 2009-2015 (Danmark Statistik, 2019c)

Figuur 6 laat in percentages zien van welke vormen van thuiszorg 65 plussers in de periode van 2009 - 2015 gebruik maakte (Danmarks Statistik, 2019c). In 2017 ontvingen zo'n ruim 116.000 67-plussers een vorm van thuiszorg (Danmarks Statistik, 2019d).

Thuiszorg is alleen mogelijk na een intensieve individuele indicatiestelling, met het doel het herstellen, onderhouden en verbeteren van de mentale en fysieke functionaliteit van de persoon in kwestie. De 'traditionele' thuiszorgfuncties worden gecombineerd met een benadering die een sterke nadruk legt op *reablement*. Dit gebeurt op basis van inhoudelijke argumentatie maar ook een wettelijke verplichting om te onderzoeken of de zorgvrager geholpen is met een '*reablement*' programma in de vorm van een specifiek trainingsprogramma. Dit programma is erop gericht om de

fysieke en sociale functionaliteit te hervinden en een betere kwaliteit van leven te bereiken. Ouderen mogen ook gebruik maken van een maaltijdservice, mits ze in het bezit zijn van een individuele indicatie hiervoor. Volgens één van onze informanten organiseert iedere gemeente in buurthuizen dagactiviteiten, ondersteuning, zorg en maaltijden voor ouderen en mensen met beperkingen. Deze buurthuizen worden vaak gerund door vrijwilligers met een (zeer) beperkte ondersteuning door professionals. De activiteiten zijn gericht op zo lang mogelijk thuis blijven wonen en rehabilitatie. De buurthuizen kunnen sterk verschillen per gemeente. In sommige buurthuizen gaat het bijvoorbeeld primair om mensen met dementie of een verstandelijke beperking.

Intramurale voorzieningen

Zoals eerder genoemd, bestaan er in Denemarken steeds minder institutionele verpleeghuizen. Om een verpleeghuisindicatie te krijgen moet iemand onder meer een permanente fysieke en/of mentale beperking en 24 uur per dag hulp en ondersteuning nodig hebben. Omdat de zorg voor deze bewoners zo intensief is, is het voor deze bewoners dus niet langer mogelijk om zelfstandig te wonen. Het aantal opnames in verpleeghuizen is in de afgelopen jaren aanzienlijk gedaald, zoals te zien is in figuur 1 (Danmarks Statistik, 2019a).

Om de onafhankelijkheid van ouderen te stimuleren, zijn geclusterde woonvormen (*'plejeboliger'*) in de plaats gekomen van de verpleeghuizen, waarbij wonen en zorg gescheiden zijn (Tølbøll, 2016). Deze woonvormen zijn in principe "onafhankelijke huisvesting", waarbij bewoners huurders zijn van de gemeente en diensten vanuit de gemeente worden verleend op basis van hun behoeften. Deze geclusterde voorzieningen zijn 24 uur per dag bemenst door zorgprofessionals. Ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die fysiek of mentaal niet (meer) functioneren en speciale en uitgebreide hulp nodig hebben, mogen zelf beslissen of zij willen verhuizen naar deze huisvesting (Ministry of Health, 2017). In 2015 woonde ongeveer vier procent van alle ouderen boven de 65 jaar in dit soort geclusterde woonvormen. Sommige van deze woonvormen hebben faciliteiten voor bewoners die kort verblijven, om bijvoorbeeld te kunnen revalideren (Ministry of Health, 2017).

Community living

Ook *community living* komt sinds 1987 steeds meer voor (Pedersen, 2015). Hierbij wonen mensen in hun eigen woning, met elkaar op een terrein. Dit bij elkaar wonen stimuleert de interactie tussen bewoners. Ze organiseren samen activiteiten, bereiden maaltijden voor en delen ook ruimtes (Cenie, 2018). De bewoners kennen elkaar goed en helpen elkaar waar nodig. Zo kunnen ze ook samen, indien nodig, zorg en ondersteuning inkopen. Dit alles maakt het makkelijker om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen, met behulp van ondersteuning vanuit de community. De vraag naar dit soort woningen in seniorwoongemeenschappen is de afgelopen jaar sterk gegroeid (Realdania, 2016).

Aangepaste ouderenwoningen

Ouderen die over verminderde fysieke functies beschikken, kunnen in Denemarken bij de gemeente een aanvraag indienen voor het huren van een aangepaste ouderenwoning (*'ældrebolig'*). De

woningen zijn voorzien van onder meer een lift en aanpassingen voor rolstoelgebruikers (Borger, 2019).

Tussenvorm

Sommige gemeenten hebben woonvormen opgezet voor mensen die geen ziekenhuishulp behoeven, maar tijdelijk ook niet thuis kunnen wonen. Deze mensen kunnen hier een kortere periode verblijven en intensieve zorg ontvangen. Ook zijn er hospices. Deze worden georganiseerd door de regio's en betaald vanuit regionale en gemeentelijke budgetten (Ministry of Health, 2017; Vrangbæk, n.d.).

3. Hoe vindt samenwerking plaats op lokaal niveau (in de wijk)?

Sterke lokale autonomie

Zoals eerder besproken, worden de Deense gemeenten gekenmerkt door een sterke lokale autonomie. De gemeenten hebben daarom veel zeggenschap en kunnen binnen de kaders een eigen invulling geven aan hun beleid. De gemeenten zijn onder andere eigenaar van de gezondheidscentra, de geclusterde woonvormen, de verpleeghuizen, de thuiszorg, en de huishoudelijke hulp. Volgens één van onze informanten heeft dit als gevolg dat de lijnen tussen alle functies en instanties kort zijn. De randvoorwaarden voor samenwerking op lokaal niveau zijn in alle gemeenten dus aanwezig. Ook bestaan er per gemeente wijkteams waarbinnen de huishoudelijke hulp en verpleging met elkaar samenwerken. De aanwezige randvoorwaarden voor samenwerking zijn voornamelijk te danken aan het feit dat alle instanties door de gemeente gefinancierd worden en onder hetzelfde Ministerie vallen.

Samenwerking in Esbjerg

Eén van onze informanten noemde als voorbeeld de gemeente Esbjerg met zo'n 120.000 inwoners. De afdeling Zorg en Welzijn is binnen deze gemeente de grootste afdeling, maar heeft één directeur. De afdeling Zorg en Welzijn is weliswaar verdeeld in verschillende sub-afdelingen (zoals geclusterde woonvormen en thuiszorg), maar deze komen allen voort uit hetzelfde beleid. Omdat deze sub-afdelingen onder dezelfde afdeling vallen, wordt ook de samenwerking tussen de verschillende groepen vergemakkelijkt. Hoewel zich de laatste jaren een stijging voordoet onder thuiszorgaanbieders, houdt de gemeente samenwerking nauw in de gaten, aangezien zij ook voor deze aanbieders eindverantwoordelijk blijft.

Spanningen in de samenwerking

Toch bestaan er, volgens één van onze informanten, binnen de gemeentelijke organisatie en tussen de gemeenten en regio's soms spanningen die de samenwerking kunnen bemoeilijken. Zoals eerder vermeld is het opheffen van de regio's momenteel een groot thema in Denemarken. Eén van de aanleidingen voor deze discussie is het soms gebrekkige contact tussen ziekenhuizen, huisartsen en gemeenten. Als een persoon uit het ziekenhuis wordt ontslagen moet informatie over deze persoon door het ziekenhuis over worden gedragen aan zowel de gemeente als de huisartsen. Volgens één van onze informanten gaat deze informatieoverdracht niet altijd zoals gewenst en hebben gemeenten soms het gevoel niet over alle relevante informatie te beschikken. Het oprichten van zogenaamde

‘zorggemeenschappen’ waarbinnen de overdracht is geformaliseerd, zou de informatieoverdracht tussen de drie partijen moeten stimuleren.

Hoewel er wijkteams bestaan waarbinnen huishoudelijke hulp en de verpleging met elkaar samenwerken, is het volgens één van onze informanten door strenge wetgeving voor een verpleegkundige niet toegestaan om medische informatie door te geven aan iemand van de huishoudelijke hulp. Het elektronisch patiëntendossier zou hier uitkomst voor kunnen bieden, maar dat is niet toegankelijk voor huishoudelijke hulpverleners. Momenteel lijken huisbezoeken hier uitkomst te bieden.

Integratie bevorderen

Regio's en gemeenten hebben wel afspraken gemaakt over de implementatie van verschillende maatregelen om integratie te bevorderen (Vrangbæk, n.d.). Voorbeelden daarvan zijn zogeheten ‘*akutteams*’. Dit zijn teams die direct na het ontslag van een kwetsbare oudere mee naar huis kunnen reizen en meteen in actie kunnen komen om bij een persoon na ziekenhuisopname thuis zorg te verlenen. Deze persoon hoeft dan niet langer in het ziekenhuis te verblijven. De medewerkers van de *akutteams* kunnen tevens met de kwetsbare oudere naar het ziekenhuis mee reizen voorafgaand aan de opname. Zo wordt de veiligheid en kwaliteit voor de oudere vergroot. Gemeenten kunnen er ook voor kiezen om ‘Verpleegkundeklinieken’ op te richten, waar Denen, als ze daartoe in staat zijn, na een ziekenhuisopname naartoe kunnen gaan om behandeld te worden. Deze verpleegkundeklinieken zijn vaak gevestigd in gezondheidscentra, waar soms ook sociale activiteiten voor ouderen worden aangeboden. Gemeenten zijn verplicht om dit soort vormen te implementeren, het is aan de gemeenten zelf voor welke vorm ze daadwerkelijk kiezen.

Omdat in 2007 het aantal provincies en gemeenten drastisch is verminderd (van veertien naar vijf regio's, en van 207 naar 98 gemeenten) hebben de overgebleven regio's en gemeenten te maken met een groter zorggebied. Daarom zijn zogenaamde *Områdekantoret* opgericht. Deze gebiedskantoren verbinden de verschillende gemeenten en brengen er verschillende instanties onder zoals de thuiszorg.

4. Hoe staat het met de kwaliteit van zorg in Denemarken?

De kwaliteit van de zorg wordt in Denemarken op verschillende niveaus scherp in de gaten gehouden en continu getoetst (Ministry of Health, 2017). De gemeenten houden de kwaliteit in de gaten, onder meer via toezicht door de gemeenteraad en kwaliteitsonderzoek bij burgers. De gemeenten worden op hun beurt getoetst vanuit de Rijksoverheid. Sociaal Toezicht is landelijk ingevoerd en regionaal verankerd en controleert alle woongroepen en andere woonvormen jaarlijks. Hoewel het Sociaal Toezicht wel fysiek is ondergebracht bij de gemeente, zijn de medewerkers niet in dienst van de gemeente. Bij de aanstelling in 2007 bleek al snel dat gemeenten niet in staat waren dit toezicht zelf te organiseren. Daarnaast organiseert de Rijksoverheid verschillende initiatieven om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en te toetsen.

Kwaliteitsverbetering van de Deense gezondheidszorg

In 2016 is een nieuw ‘Nationaal programma voor kwaliteit van de gezondheidszorg’ gepresenteerd door de overheid, samen met de regio’s en de gemeenten (Ministry of Health, 2017). Het programma richt zich op het bereiken van kwaliteit op een niet-bureaucratische manier, en legt een sterkere nadruk op de expertise en vaardigheden van zorgprofessionals dan op vereiste registraties. De acht doelen die bij het nationale programma horen zijn:

- Beter samenhangende patiëntenpaden;
- Versterkte inspanningen voor chronische en oudere patiënten;
- Hogere overlevingskansen en patiëntveiligheid;
- Behandeling van hogere kwaliteit;
- Snelle aanvraag en behandeling;
- Verhoogde betrokkenheid van de patiënt;
- Meer gezonde levensjaren;
- Effectievere gezondheidszorg.

Zorgprofessionals en hun organisaties, patiënten en patiëntverenigingen, maar ook succesvolle voorbeelden uit andere landen vormen input voor het programma. Het raamwerk wordt verder ontwikkeld en geïmplementeerd in samenwerking met alle sectoren binnen het gezondheidssysteem, inclusief de regio’s, gemeenten en patiëntverenigingen. De nationale doelen worden ondersteund door een aantal lokale doelen en activiteiten om zo ook lokale verbeteringen door heel Denemarken te bereiken. De lokale resultaten worden daarnaast continu vergeleken met de nationale doelen. Naast de nationale doelen, presenteert het Deense programma voor kwaliteit van de gezondheidszorg verschillende initiatieven.

Hervormingsplan

Begin 2019 heeft de regering nieuwe hervormingen in de gezondheidszorg aangekondigd. De belangrijkste pijlers van het hervormingsplan (*‘Sundhedsreformen’*) zijn: nabijheid, samenhang, kwaliteit en sterkere rechten voor patiënten. De regering wil meer en betere gezondheidsdiensten aan burgers kunnen aanbieden. Daarnaast is één van de plannen om 21 nieuwe zorggezelschappen op te richten die de samenwerking tussen ziekenhuizen, gemeenten en beoefenaars moeten versterken. Ook wil de regering dat de rechten van patiënten in het hele land worden gerespecteerd en dat alle burgers gezondheidszorg van hoge kwaliteit ontvangen. Een deel van de oplossing ligt in het afstoten van taken van de regio’s naar de gemeenten. Op dit moment wordt hier veel over gedebatteerd (Finansministeriet, 2019).

Nationaal Actieplan voor de oudere medisch hulpbehoevende patiënt

Daarnaast bestaat er sinds 2016 een ‘nationaal actieplan voor de oudere medisch hulpbehoevende patiënt’. Hierin wordt ingezet op het vergroten van de samenhang tussen sectoren voor en na het verblijf van ouderen in het ziekenhuis (Ministry of Health, 2017). Zo bestaan er initiatieven op

gemeentelijk niveau om ziekten en het verlies van functionaliteit bij ouderen vroeg te signaleren, om zo onnodige ziekenhuisopname van ouderen te voorkomen en om samenwerking tussen sectoren te stimuleren. Daarnaast bevat het nieuwe nationale actieplan ook een plan om overvolle ziekenhuizen tegen te gaan.

Inspectie

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg te garanderen en te verbeteren, bestaan er in Denemarken verschillende instanties die de kwaliteit van de zorg monitoren. Hier kunnen cliënten ook terecht met klachten over de zorg die ze hebben ontvangen (Ministry of Health, 2017). Zo is er de Deense autoriteit voor patiëntveiligheid, voor cliënten die klachten hebben over zorgprofessionals of hun behandeling. Daarnaast houdt deze instantie toezicht op de diensten die worden geleverd door zorgprofessionals. De autoriteit doet algemene inspecties en inspecties naar aanleiding van klachten van cliënten. Zoals we in Nederland de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) hebben, is er in Denemarken de wet *‘Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet’* waarin wettelijk is vastgelegd wat goede zorg inhoudt en wat moet gebeuren wanneer mensen klachten hebben over de zorg.

Publieke ziekenhuizen en eerstelijnsgezondheidszorgaanbieders in de gemeenten zijn verplicht om de negatieve effecten van behandelingen te rapporteren. Ook patiënten, mensen die in geclusterde woonvormen wonen en hun naasten, hebben het recht om negatieve ervaringen over hun behandeling of behandelaar te melden. Het doel van dit systeem is het vergroten van de patiëntveiligheid, door het monitoren, analyseren en kennis delen rondom deze nadelige effecten. De informatie wordt gedeeld in nieuwsbrieven, waarschuwingen, en rapporten over specifieke onderwerpen. Alle publicaties zijn openlijk beschikbaar via www.dpsd.dk.

Nationale survey onder ouderen

Door de patiënt gerapporteerde uitkomsten worden ook steeds vaker gebruikt als maat om de kwaliteit van de zorg te toetsen (Ministry of Health, 2017). Patiënt gerapporteerde uitkomsten kunnen een meer patiëntgerichte benadering in de gezondheidszorg en de verbetering van patiëntgerichte kwaliteit en management bevorderen.

Zo wordt iedere twee jaar een vragenlijst uitgezet onder Denen ouder dan 67 jaar die ofwel thuiszorg hebben ontvangen, ofwel zorg in een geclusterde woonvorm. De vragenlijst bevat vragen over de tevredenheid over de kwaliteit van de diensten, het aantal zorgverleners, de stabiliteit van de hulp. Ook wordt gevraagd of de respondent zich nu meer zelfredzaam voelt na het ontvangen van de hulp. De deelnemers krijgen ook de vraag of ze op de hoogte zijn van hun recht om tussen meer dienstverleners te kiezen.

Informatievoorzieningen

Ook bestaan er online informatievoorzieningen. Zo voorziet de website www.esundhed.dk de Denen van informatie over de kwaliteit van de gezondheidszorg in ziekenhuizen. Daarnaast worden ook patiëntervaringen beschreven.

Op de website www.sundhed.dk kunnen Denen toegang krijgen tot een aantal persoonlijke diensten en data zoals patiëntendossiers van ziekenhuizen (*e-journals*) en algemene informatie over gezondheid, ziekten en patiëntenrechten.

5. Hoe wordt de kwaliteit van leven ervaren?

Denemarken heeft heel lang op de eerste plaats gestaan op de lijst van gelukkigste landen ter wereld. Nu staat Denemarken op nummer twee (Helliwell, Layard, & Sachs, 2019). Deze score is niet uitgesplitst naar doelgroep, dus het is onduidelijk of dit ook geldt voor mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen. Ander Europees onderzoek laat zien dat de kwaliteit van leven in Denemarken toeneemt naar mate men ouder wordt en dat de invloed van ziekte, kwetsbaarheid en subjectieve gezondheid daar maar een beperkte invloed op heeft (Kusumastuti, Gerds, Lund, Mortensen & Westendorp, 2017).

Uit andere internationale vergelijkingen, zoals de *Better life index* van de OECD komt daarnaast naar voren dat Denemarken hoog scoort op welbevinden en Denen hun leven gemiddeld een 7,5 (op een schaal van 0 tot 10) geven, in vergelijking met een gemiddelde van 6,5 van de OECD-landen (OECD, 2019).

Ook uit de 'Eurofound's European Quality of Life Survey (EQLS)' geselecteerde indicatoren (zie Tabel 2) blijkt dat de kwaliteit van leven in Denemarken als 'hoog' ervaren wordt. Alle indicatoren scoren boven het gemiddelde van de 28 Eurofound-landen. Denemarken scoorde in 2016 met 84% het hoogst op het niveau van optimisme over de toekomst. Voor Nederland was dit cijfer 74%. Wat betreft het gevoel van vrijheid om zelf beslissingen te kunnen maken scoort Denemarken ook hoog, 42% versus 26% van alle 28 Eurofound-landen in 2016 en 30% voor Nederland. Ook het niveau van deelname aan sport of andere fysieke oefeningen is hoog. 60% geeft aan minstens één keer in de week te sporten tegenover 42% in de 28 Eurofound-landen. Nederland scoort met 70% hoger op deze indicator (Eurofound, 2017) (zie Tabel 2 voor meer informatie en de vergelijkende cijfers tussen de onderzochte landen en Nederland).

Volgens het *World Happiness Report* is de hoge score op de wereldranglijst van gelukkige mensen deels te verklaren door het bestaan van een sterk maatschappelijk middenveld, een goed functionerende democratie, een hoge mate van veiligheid, vertrouwen, vrijheid en welvaart in Denemarken, samen met goede arbeidsomstandigheden die ruimte laten voor een evenwichtig leven. Ook de ingebouwde sociale zekerheid op gebied van onder andere zorg en welzijn, zorgt ervoor dat Denen minder zorgen hebben en gelukkiger kunnen zijn (The Happiness Research Institute, 2014).

Positief over eigen gezondheid

Als we kijken naar Tabel 3, zien we dat in 2010, 2013 en 2017 een hoog percentage ouderen in Denemarken zichzelf een goede, zeer goede of uitstekende beoordeling geeft als het gaat om hun gezondheid (SDU & Sundhedsstyrelsen, 2017).

Tabel 3

Zelf beoordeelde gezondheid, uitgesplitst naar leeftijd (SDU & Sundhedsstyrelsen, 2017)

% met uitstekende, zeer goede of goed zelf beoordeelde gezondheid	2010	2013	2017
65-74 jaar	80,9%	82,2%	81,6%
75 jaar en ouder	66,6%	68,8%	69,9%

Maar er zijn ook ouderen die een slechte gezondheid ervaren. In de periode tussen 2012 en 2016 ervaaarde 4,4 % van de ouderen tussen de 70-79 en 10,6% van de 80-plussers in Denemarken een slechte of zeer slechte algemene gezondheid (The Happiness Research Institute & Nordic Council of Ministers, 2018). Daarnaast dragen een hoge consumptie van alcohol en sigaretten in combinatie met slechte voeding en gebrek aan lichaamsbeweging bij aan een relatief lage levensverwachting. Van de 36 landen die in 2013 waren opgenomen in het OESO-rapport over de levensverwachting, kwam Denemarken op de 25e plaats (The Happiness Research Institute, 2014).

Vrijwilligerswerk verhoogt de kwaliteit van leven

Internationale onderzoekers naar geluk suggereren dat er een verband bestaat tussen geluk en vrijwilligerswerk. Mensen die als vrijwilliger werken, zijn over het algemeen gelukkiger. De relatie lijkt in beide richtingen te werken: gelukkige mensen kiezen er vaak voor om vrijwilligerswerk te doen, terwijl het vrijwilligerswerk hun gevoel van geluk vergroot. Een van de conclusies is dat vrijwilligerswerk sociale relaties versterkt die essentieel zijn voor het geluk van mensen (The Happiness Research Institute, 2014).

Het aantal mensen dat vrijwilligerswerk doet met ouderen en sociaal kwetsbare groepen groeit in Denemarken. In 2013 ging het om 11% van de volwassen bevolking. In de periode 2005 tot 2013 is dit aantal vrijwilligers verviervoudigd (Hjortshøj & Stig Jørgensen, 2013). Toch lijkt het aantal vrijwilligers achter te blijven bij dat van Nederland. In het *World Happiness Report* van 2019 was het percentage respondenten per land dat rapporteerde in de afgelopen maand vrijwilligerswerk te hebben verricht 22.4% in Denemarken ten opzichte van 35.6% in Nederland (Helliwell, Layard, & Sachs, 2019).

Vrijwilligersbeleid

De gemeenten in Denemarken zijn net als in Nederland verantwoordelijk voor het vrijwilligersbeleid (Tølbøll, 2016). Denemarken kent een goede infrastructuur als het gaat om vrijwilligerswerk. Mensen krijgen hulp bij het vinden van vrijwilligerswerk en worden ondersteund met onder andere trainingen en verzekeringen (Mortensen, 2018). Gemeenten ontwikkelen steeds vaker samen met vrijwilligerswerkorganisaties een aanbod voor ouderen (Vrangbæk, 2018). Doordat steeds meer mensen in Denemarken ondersteuning nodig hebben, wordt er in toenemende mate een beroep gedaan op vrijwilligerswerkorganisaties. Op dit moment loopt in Denemarken de discussie over de rol van vrijwilligersorganisaties bij het oplossen van maatschappelijke problemen (Mortensen, 2018).

Preventie als middel voor geluk

In de afgelopen jaren hebben de Deense overheid en de lokale gemeente sterk ingezet op preventieve maatregelen. In Denemarken heeft het individu de verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven en voor het nemen van de juiste beslissingen. De samenleving heeft de verantwoordelijkheid om mensen te helpen bij het kiezen van een gezonde levensstijl, omdat de gezonde beslissing niet altijd de gemakkelijkste is (OECD, 2019).

6. Invoering vanuit historisch perspectief

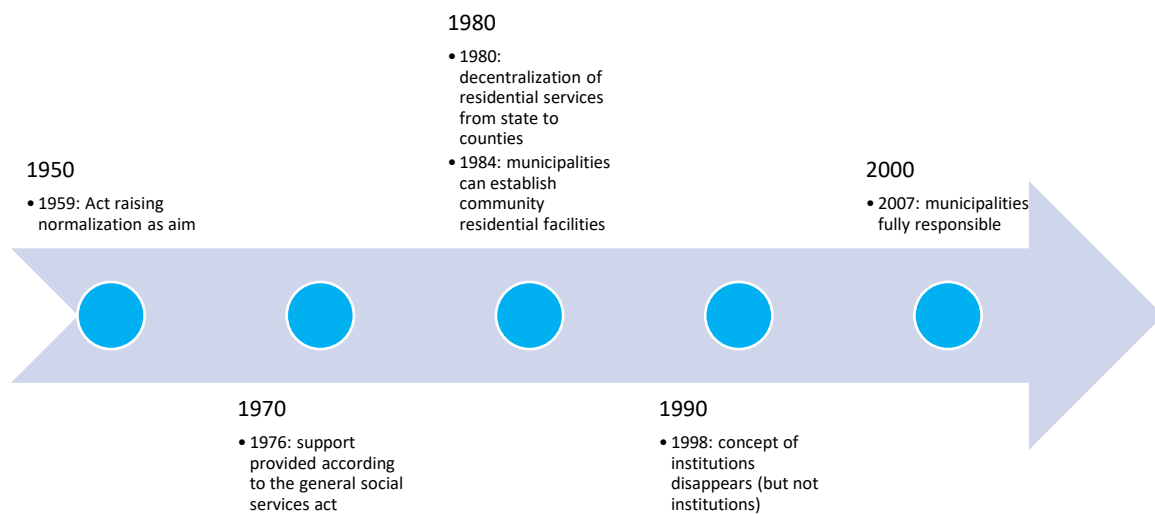
Decentralisering

Vanaf ongeveer 1970 heeft het Deense gezondheidssysteem verschillende min of meer ingrijpende transformaties ondergaan (Olejas, 2012). De jaren '70 en '80 stonden in Denemarken vooral in het teken van decentralisering. Het aantal regio's en gemeenten is in deze periode voor het eerst verminderd, en de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg verschoof grotendeels naar de regio's. Onder invloed van een groeiend aantal ouderen en verschillende maatschappelijke ontwikkelingen, heeft Denemarken in 1987 de bouw van traditionele institutionele verpleeghuizen beëindigd, met de Housing Act for the Elderly (Lindstrøm, 1997). Met deze nieuwe wet werden de traditionele verpleeghuizen grotendeels vervangen door huisvesting voor ouderen (ook toegankelijk voor mensen met een beperking), wat zelfstandig wonen met aanvullende diensten mogelijk maakte.

Normalisatieprincipe sinds 1959

Aan de totstandkoming van het huidige beleid voor mensen met een beperking zijn ook verschillende ontwikkelingen voorafgegaan. De 'Overkoepelende organisatie voor gehandicapten' werd opgericht in 1934 en heeft sinds de oprichting veel invloed uitgeoefend op relevante ontwikkelingen in het beleid (Hayward, 2007). Al in 1959 wordt het normalisatieprincipe (Wolfensberger, Nirje, Olshansky, Perske, & Roos, 1972) in de Deense wet genoemd dat als uitgangspunt geldt (Tøssebro, 2012). In de jaren daarna wordt vanuit dit principe beredeneerd dat de bestaande instituties voor mensen met een beperking meer moeten aansluiten bij de gehele samenleving en het dagelijks leven. Dit leidde in deze periode tot verbetering van de bestaande instituties, het afschaffen van wetgeving speciaal gericht op mensen met een beperking en decentralisatie van diensten naar gemeenten. In 1980 werd de Centrale Gehandicapten Raad opgericht. Deze raad werd het centrum van een netwerk dat het

gehandicaptenbeleid in heel Denemarken moest promoten, waarbij normalisatie het belangrijkste uitgangspunt was. Zie ook Figuur 7, dat de tijdlijn van belangrijke beleidsbeslissingen weergeeft.



Figuur 7 Overzicht belangrijke beleidsbeslissingen Denemarken (aangepast overgenomen uit Tøssebro et al., 2012)

Gelijke kansen

De jaren '90 stonden opnieuw in het teken van een focus op normalisatie. In 1993 reageerde het Deense parlement op de Amerikaanse *'Disabilities Act'* door een resolutie aan te nemen die gericht was op het creëren van gelijke kansen voor mensen met en zonder beperking (Hayward, 2007). Deze resolutie vormt de basis van het huidige beleid. Aan het huidige beleid liggen drie uitgangspunten ten grondslag:

- 1) De contextafhankelijke visie op een beperking, wat betekent dat er geen vaststaande definitie van beperking bestaat.
- 2) Het principe van compensatie, wat betekent dat de samenleving mensen met een beperking diensten en hulp moet aanbieden ter compensatie van hun beperking, en
- 3) Het principe van de verantwoordelijkheid van de gemeenten om gelijke kansen te bieden.

Social Services Act

In 1998 veranderde met de *'Social Services Act'* de wetgeving om nieuwe vormen van ondersteuning mogelijk te maken, en werd er nog sterker ingezet op de de-institutionalisering (Hayward, 2007). Er werden vanaf dat moment namelijk andere eisen gesteld aan het type woning. Toch bleven veel nieuwe woonvormen een sterk institutioneel karakter houden, omdat de huizen nog vaak geclusterd werden gebouwd (Tøssebro et al., 2012). Dit leidde in Denemarken tot veel discussie over de bedoeling van de wetswijziging en de praktische implementatie.

Hervorming in de thuiszorg

De hervormingen in de thuiszorg in de jaren '90 werden beïnvloed door de opkomst van *New Public Management* (Nørskov Bødker, 2018). Al snel ontstond kritiek op deze benadering, ook wel de 'stopwatch tirannie' genoemd (in Deens: 'minuttyranni'), verwijzend naar de strikte controle van thuiszorgmedewerkers. Na de eeuwwisseling werd daarom in de thuiszorg de focus op de professionele flexibiliteit en vertrouwen vergroot.

Verdere decentralisatie

In 2007 vond in Denemarken opnieuw een grote hervorming plaats, waarbij het aantal regio's en gemeenten sterk is teruggebracht en nog sterker werd ingezet op decentralisatie. Dit gold voor zowel de ouderen- als gehandicaptenzorg. Deze hervorming leidde tot meer verantwoordelijkheden voor gemeenten. In 2008 begonnen enkele gemeenten met het werken met 'reablement' (Nørskov Bødker, 2018). Toen deze werkwijze succes bleek te hebben doordat uitgaven daalden en de tevredenheid bij professionals en ouderen toenam, verspreidde het zorgmodel zich snel naar andere gemeenten. In 2015 werd bij wet vastgelegd dat alle gemeenten verplicht waren om 'reablement' diensten aan burgers aan te bieden.

Indicatiestelling

7. Hoe is in Denemarken de indicatiestelling georganiseerd?

8. Hoe worden de zorgaanvragen in deze landen gemonitord?

In Denemarken gaan de gemeenten in op zorg- en ondersteuningsvragen van burgers en brengen deze in kaart (OECD, 2011_a). Een indicatie is vereist alvorens iemand een beroep kan doen op zorg en ondersteuning thuis of in geclusterde woonvormen. De *needs assessment* (hier vertaald als 'indicatiestelling') is een verantwoordelijkheid van de gemeenten (OECD, 2011_a). Gemeenten zijn verplicht om minimaal één keer per jaar een kwaliteitsplan uit te brengen voor burgers. In dit kwaliteitsplan staat onder meer informatie over:

- de zorg en ondersteuning die kan worden verwacht als er behoefte is aan persoonlijke en praktische hulp;
- aan wie zorg en ondersteuning wordt toegewezen en
- de inhoud, reikwijdte en uitvoering van de zorg en ondersteuning (Ældre Sagen, 2019_a).

Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn doorgaans het eerste contact voor kwetsbare ouderen. Wijkverpleegkundigen of andere zorgverleners en sociaal werkers die door de gemeenten zijn ingezet doen geregeld huisbezoeken en kunnen zorg indiceren en daarmee 'voorschrijven'. In sommige gevallen nemen zij contact op met de huisarts of andere instellingen om meer informatie te krijgen over de cliënt. Er bestaan landelijke criteria, maar deze zijn zeer open geformuleerd. Dit geeft gemeentelijk de mogelijkheid om zelf nog wijzigingen aan te brengen.

Volledig vergoed

Er is geen ondergrens aan de inzet van zorg thuis. Alle burgers hebben recht op volledig vergoede thuiszorg, mits deze is voorgeschreven door een huisarts of bepaald via een indicatiestelling. Verzorging en verpleging in geclusterde woonvormen zijn gratis, cliënten betalen individueel voor de huur van de woning, maaltijden en privé-uitgaven. Voor ouderen is landelijk bepaald dat er een maximum aan eigen bijdrage is voor de maaltijdservice. Daarnaast zijn gemeenten verplicht om benodigde hulpmiddelen en huishoudelijke apparaten te vergoeden.

Vrije keuze

Het principe van vrije keuze is fundamenteel in de Deense ouderenzorg. De Deense gemeenten moeten keuzemogelijkheden aanbieden aan ouderen, voor zorg, ondersteuning en diensten. Zo moeten er voor thuiszorg en maaltijdservices ten minste twee opties beschikbaar zijn, zij het in het publieke domein of in het private.

Reablement

Burgers kunnen thuiszorg aanvragen voor persoonlijke verzorging, praktische hulp en boodschappen. Daarnaast kan een aanvraag worden ingediend voor de levering van maaltijden (maaltijdservice) (Ældre Sagen, 2019_b). Thuiszorg wordt altijd alleen geboden na een intensieve individuele indicatiestelling met het doel het herstel, onderhoud en verbeteren van de mentale, fysieke en sociale functionaliteit van de persoon in kwestie. De ‘traditionele’ thuiszorgfuncties worden gecombineerd met een benadering die een sterke nadruk legt op *reablement* op basis van niet alleen een inhoudelijke argumentatie maar ook een wettelijke verplichting om te onderzoeken of de zorgvrager geholpen is met een ‘*reablement* programma’. Dit is een specifiek trainingsprogramma dat erop gericht is om de fysieke, mentale en sociale functionaliteit te hervinden en een betere kwaliteit van leven te bereiken.

Als beoordeeld wordt dat het mentale, sociale en functionele niveau hersteld, onderhouden of verbeterd kan worden door het doorlopen van een ‘*reablement* programma’, wordt hier een indicatie voor afgegeven. De inhoud van het ‘*reablement* programma’ wordt bepaald door individuele doelen die aansluiten bij de behoeften en capaciteiten van de betreffende ouderen. Er wordt voor het behalen van de doelen gestreefd naar een holistische en interdisciplinaire aanpak. De uitvoering van ‘*reablement*’ vindt thuis plaats of in de directe omgeving zoals in het gemeentelijk trainingscentrum of door deelname aan lokale activiteiten in bijvoorbeeld een dagcentrum en duurt doorgaans 6-12 weken. Na het doorlopen van de training geeft de gemeente een (definitieve) indicatie voor de thuiszorg af (Ældre Sagen, 2019_b).

Effecten *Reablement*

Door het relatief gezien jonge beleid, is het (nog) lastig om te bepalen wat de effecten van het *reablement* programma zijn op de korte en lange termijn. Effectstudies naar de werking van het *reablement* programma door middel van een gerandomiseerde controlegroep zijn nog niet uitgevoerd. Toch lijkt er bij de landelijke overheid nu interesse te zijn in een grootschalige studie. In de gemeente

Fredericia zijn de eerste resultaten na tien jaar *reablement* in elk geval positief. In de eerste jaren van het *reablement* programma zijn in deze gemeente 64% van de zorg- en ondersteuningsvragers geholpen om volledig zelfredzaam te worden. Uiteindelijk resulteerde dat in 30% minder benodigde zorg en ondersteuning en bij 84% van de zorg- en ondersteuningsvragers in een hogere kwaliteit van leven, aldus een van onze informanten.

Kritiek

Toch zijn er ook kritische geluiden te horen (Nørskov Bødker, 2018). Zorgverleners lijken enerzijds mensen te willen ondersteunen in hun mogelijkheden om nog thuis te blijven wonen. Anderzijds vinden deze zorgprofessionals het, net als in Nederland, ook belangrijk om ouderen de mogelijkheid te gunnen hun tijd te besteden aan andere bezigheden dan huishoudelijke taken. Daarnaast lijken ouderen, in tegenstelling tot de geformuleerde politieke ambities, nog vaak afhankelijk van een heterogeen en uitgebreid netwerk van zorgrelaties, om hun onafhankelijkheid door middel van *reablement* te laten herstellen. Ook kan de traditionele thuiszorg, in het licht van de focus op *reablement*, als een inferieure vorm van zorg worden gezien. Thuiszorg kan dan meer worden gezien als ‘zorgen voor’, terwijl de landelijke voorkeur voor *reablement* meer ligt op ‘zorgen dat’ of ‘zorgen met’. Dit kan stigmatiserende gevolgen hebben voor de mensen die zorgtaken verlenen, zoals verplegers, verzorgers en naasten, maar ook voor de mensen die zorg ontvangen.

Opmerkelijk is dat het aantal kwetsbare ouderen tussen de 67 en 87 die hulp ontvingen in de huishouding in de periode 2007 -2017 enorm is gedaald, van 43% naar 25% (Rostgaard & Matthiessen, 2019). In dezelfde periode is het percentage 65-plussers dat thuiszorg ontvangt aanzienlijk gedaald. (Rostgaard & Matthiessen, 2019). Hier ging ook een daling in kosten mee gepaard. Een eerste blik op deze cijfers geeft de indruk dat deze daling in thuiszorgontvangers en kosten te danken is aan de inzet op *reablement*. Onderzoek van VIVE wijst echter uit dat dit niet in alle gemeenten het geval is. Er lijkt een verandering plaats te hebben gevonden in de indicatiestelling. Hierdoor lijken de meest kwetsbare mensen niet tot bijna niet bereikt te worden. Daarnaast wees het onderzoek uit dat de daling in hulp van de thuiszorg niet is samengegaan met een stijging van hulp uit andere bronnen, zoals van kinderen, vrienden of private thuiszorgorganisaties. Deze verminderde frequentie van thuiszorgdiensten en striktere indicatiestelling heeft recent nog tot veel media-aandacht in Denemarken geleid (Rostgaard & Matthiessen, 2019).

Geclusterde woonvormen of verpleeghuizen

Het is de verantwoordelijkheid van de gemeenten om te beoordelen of een burger zou moeten verhuizen naar een geclusterde woonvorm (*‘plejeboliger’*) of een verpleeghuis (*‘plejehjem’*). Mensen die voor een geclusterde woonvorm in aanmerking komen, kunnen een bedrag ontvangen om de benodigde hulp in te schakelen. Om voor deze toelage in aanmerking te komen, moeten mensen in een bepaalde mate hulpbehoevend zijn. Bewoners van zowel geclusterde woonvormen als verpleeghuizen betalen individueel voor de huur, voorzieningen, maaltijden en privé-uitgaven. Verzorging en verpleging zijn gratis. De wachttijden mogen niet meer dan twee maanden zijn vanaf

het moment van verwijzing, tenzij een oudere voor een ander verblijfssetting of een andere gemeente kiest.

Bekostiging en kostenbeheersing

9. Hoe is in Denemarken de bekostiging van de langdurige zorg georganiseerd?

De financiering van de gezondheidszorg en de sociale diensten wordt vrijwel geheel vergoed uit collectieve belastingen en vergoedingen aan gemeenten met een vereveningssysteem vanuit de Rijksoverheid (Ministry of health, 2017). Ongeveer 84% van de uitgaven aan de gezondheidszorg wordt door de Rijksoverheid gefinancierd. De overige 16% wordt gefinancierd door eigen bijdragen van patiënten. Overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg zijn goed voor 30% van de totale overheidsuitgaven (EUR 20.7 Biljoen). In 2014 bedroegen de Deense zorguitgaven 10.6% van het BBP, wat meer is dan het OESO-gemiddelde van 9.0%. De overheidsuitgaven voor ouderenzorg bedroegen in 2014 2.8% van het BBP. Bij dit cijfer zijn kosten voor diensten voor gehandicapten en andere zorgbehoevende burgers inbegrepen (Ministry of health, 2017).

Budgetten

Rijk, regio's en gemeenten maken jaarlijks afspraken over financiële doelstellingen voor het regiobudget en de daaruit betaalde diensten. De budgetten worden vastgesteld op basis van specifieke regionale behoeften, die zijn gebaseerd op basis van demografie en sociale structuur. Daarnaast is een deel van het budget afhankelijk van het aantal zorgafhankelijke patiënten en het aantal diagnoses en vereiste verrichtingen en dergelijke. Verevening vindt plaats doordat een deel van het overschot dat sommige gemeenten door de inkomstenbelasting hebben door het rijk wordt herverdeeld. De gemeenten betalen de rest en hebben daarnaast de wettelijke macht om belastingen te innen.

10. Hoe wordt omgegaan met beheersing van de zorgkosten in relatie tot de kwaliteit van zorg? Wordt in deze landen thans een maatschappelijk en politiek debat hierover gevoerd? Of heeft dit reeds in het verleden plaatsgevonden en hoe is dat verlopen?

Denemarken lijkt de zorguitgaven in de hand te houden, deze zijn sinds 2010 rond de 10% van het BBP. Toch blijft kostenbeheersing ook een actueel onderwerp in dit land. Enerzijds wordt kostenbeheersing voornamelijk bereikt door het budgetteren van de uitgaven aan langdurige zorg, anderzijds wordt de kwaliteit verzekerd door strikte kwaliteitsplannen die gemeenten zichtbaar moeten maken op hun website (Ældre Sagen, 2019_a). Daarnaast proberen gemeenten de uitgaven aan de langdurige zorg voor het komende jaar te voorspellen aan de hand van de uitgaven in het voorgaande jaar en demografische veranderingen. Dit kan volgens één van onze informanten bijvoorbeeld met behulp van een economisch model, ontwikkeld door VIVE, het Deense nationale onderzoeks- en analysecentrum voor welzijn.

Subsidie voor gemeenten

De overheid moedigt gemeenten aan om een efficiënt beleid voor ziektepreventie en gezondheidsbevordering op te zetten. Zoals eerder vermeld wordt zowel op regionaal als op lokaal niveau gebruikgemaakt van populatiebepoorting. Zo betalen de gemeenten een activiteit gestuurde subsidie (een vaste afdracht van ongeveer EUR 255 per inwoner in 2013) aan de regio's. Deze subsidie is afhankelijk van de mate waarin de inwoners van de gemeente regionale gezondheidszorgdiensten gebruiken. De hoogte ervan is gebaseerd op het aantal ziekenhuisopnames en poliklinische behandelingen in ziekenhuizen, maar ook op de diensten die de huisartsen leveren. Op deze manier hebben gemeenten een prikkel om effectieve preventieve maatregelen in te voeren, die de vraag naar ziekenhuisopname en andere regionale gezondheidszorgdiensten verminderen; hoe minder gebruik, hoe minder afdracht. Hiermee is een prikkel ingebouwd voor gemeenten om minder door te verwijzen naar ziekenhuizen, zorg en ondersteuning in de thuisomgeving aan te bieden, en om maatregelen voor preventie op te zetten. Dit heeft mede toe geleid dat, vergeleken met andere Europese landen, Denemarken het laagste aantal ligdagen in het ziekenhuis heeft (OECD, 2016_a). Er vinden geen rechtstreekse betalingen plaats in het kader van persoonsgebonden budgetten. Als ten minste tweederde van de gemeenten in de regio bezwaar maken tegen een voorstel om de subsidie te verhogen, kunnen zij een veto uitspreken. Daarnaast zit er een maximum aan het budget dat gemeenten mogen besteden aan zorg en ondersteuning. Volgens één van onze informanten leidt dit soms tot discussie, als gemeenten wel meer geld kunnen besteden, maar dit niet mogen uitgeven.

Doel: onafhankelijkheid

Uiteraard is het doel om het gebruik van medische zorg zo beperkt mogelijk te houden, maar het primaire doel, de langetermijnvisie van de Denen, is om mensen zo onafhankelijk mogelijk te maken van zorg. Het gebruik van medische zorg wordt op die manier beperkt, zo is de gedachte en dit laten cijfers ook zien. Het gedachtegoed strekt zich verder uit dan de gezondheidssector, op allerlei manieren wordt onderzocht, berekend en in kaart gebracht hoe de gezondheid van de Denen kan worden bevorderd en hoe men tegelijkertijd de zorguitgaven kan terugdringen. Heropnames in zorg worden bestudeerd en klachten van patiënten worden erg serieus genomen: Hoe kan het anders en beter voor de patiënt?

Preventie

Het stadsbestuur van Kopenhagen houdt zich bezig met de vraag hoe het de publieke ruimte zodanig kan inrichten dat gezonder lichamelijk, geestelijk en sociaal gedrag bij de inwoners van Kopenhagen wordt gestimuleerd. Zo heeft het stadsbestuur laten doorberekenen hoeveel zorgkosten bespaard kunnen worden wanneer meer inwoners fietsen (Westendorp & van Bodegom, 2015). Ook is in de wet vastgelegd dat alle bedrijven verstelbare bureaus moeten hebben voor hun werknemers omdat onderzoek heeft uitgewezen dat zitten slecht voor de gezondheid is. Verwachte zorgkosten kunnen dus worden teruggebracht als meer mensen staan tijdens hun werk. Vanuit dezelfde gedachte is in het onderwijs veel aandacht voor beweging bij kinderen.

Uitgaven langdurige zorg gedaald

In de afgelopen jaren lijken de uitgaven aan langdurige zorg in Denemarken sterk gedaald, een ontwikkeling die zich op geen ander vlak in Denemarken voor doet. Volgens één van onze informanten ligt dit deels aan de zeer optimistische verwachtingen die men bij de invoering in 2015 van *reablement* had. Gemeenten hebben direct na de invoering hun budgetten voor de langdurige zorg ingeperkt, waardoor ook de thuiszorgdiensten werden beperkt. De verwachting was dat met het *reablement*-model mensen gezonder oud zouden worden en minder hulpbehoevend zouden zijn, en dat dit nieuwe systeem geld zou besparen. Door het uitblijven van onderzoek is het nog niet duidelijk of mensen geen hulp en ondersteuning meer ontvangen omdat ze deze niet meer nodig hebben door de *reablement* interventie, of omdat ze hier geen recht meer op hebben door het verlaagde budget voor langdurige zorg.

11. Hoe is in deze landen de bekostiging georganiseerd tussen en van intramurale en extramurale zorg?

Gemeenten ontvangen een vast budget vanuit het rijk. Soms is er één budget, soms wordt het geld gealloceerd. Dit verschilt per gemeente. Wat betreft de extramurale zorg bepalen gemeenten zoals eerder vermeld zelf de minimumstandaarden. Deze diensten worden dus door de gemeenten vergoed. De frequentie van dienstverlening bepaalt de gemeente ook zelf. Er bestaat wel een landelijk maximum voor de uitgaven die gemeenten doen op het gebied van thuiszorg. Hier ontstaat zoals gezegd wel discussie over, als een gemeente het geld wel heeft, maar niet meer geld aan de zorg uit mag geven.

Financiering door gemeente

In de intramurale zorg hebben er door de jaren heen ook veranderingen plaatsgevonden. Deze veranderingen zijn met name merkbaar op juridisch gebied en vloeien voort in de budgetten. In traditionele verpleeghuizen, waarvan de bouw zo'n dertig jaar geleden beëindigd werd, werden wonen en zorg gemeentelijk gefinancierd en uit één budget betaald. Bewoners betaalden een eigen bijdrage. In geclusterde woonvormen zijn wonen en zorg gescheiden. Deze woningen hebben voor elke bewoner een eigen badkamer en keuken, en zijn verbonden aan een centrum met gezamenlijke voorzieningen. De bewoners ontvangen ook zorg die gefinancierd wordt door de gemeente. Het wezenlijke verschil tussen de oude en nieuwe vorm is dus dat men van een combinatie van wonen en zorg gefinancierd vanuit één budget en aangevuld met een eigen bijdrage is overgegaan naar geclusterde woonvormen waar bewoners zelf een woning huren en zorg krijgen die vanuit de gemeente wordt gefinancierd.

Innovatie & technologie

12. Hoe staat het in Denemarken met het gebruik van zorg op afstand, beeldzorg en andere technologische manieren om zorg en ondersteuning vorm te geven?
13. Wat gebeurt in deze landen op het gebied van innovatie in de zorg (e-health en domotica) en zijn daar aansprekende voorbeelden van?

Het Deense gezondheidszorgsysteem wordt gekarakteriseerd door verregaande digitalisering, elektronische communicatie tussen zorgaanbieders (ziekenhuizen, huisartsen, medisch specialisten, lagere overheden, thuiszorg en andere organisaties) en systematisch gebruik van data en gedigitaliseerde werkprocedures.

Digitalisering

Verschillende (Deense) digitale systemen hebben ook internationale bekendheid verkregen (Ministry of Health, 2017; Vrangbæk, n.d.):

- De MedCom3-standaarden hebben een groot deel van de communicatie binnen het gezondheidssysteem gedigitaliseerd;
- er is een groot gezondheidsnetwerk voor beveiligde elektronische communicatie tussen alle zorgaanbieders ;
- burgers en huisartsen hebben toegang tot medische gegevens via de website www.sundhed.dk;
- elke regio heeft een eigen EPD-systeem, dat voldoet aan de door het National Agency for Health IT vastgestelde standaarden (Vrangbæk, n.d.).

Burgers hebben toegang tot hun gegevens via hun persoonlijke digitale *identifier* die in alle publieke registers wordt gebruikt. Zo zijn ook medische gegevens voor de burger en alle zorgaanbieders toegankelijk. Ook gaat een groot deel van de verwijzingen naar medisch specialisten, psychologen en ziekenhuizen elektronisch. Hierdoor zijn bestaande patiëntgegevens toegankelijk voor verschillende zorgprofessionals en zorgpersoneel, ongeacht de oorspronkelijke registratie. Deze infrastructuur voor het verzamelen en opslaan van gegevens in nationale databanken voor gezondheidszorg biedt meer transparantie, mogelijkheden voor een beter gebruik van die gegevens en vergemakkelijkt de communicatie tussen alle zorgverleners. Doordat mensen lang bij hetzelfde ziekenhuis of bij dezelfde huisarts blijven zijn lange termijn-analyses van databases en registers waarin alle Denen zijn opgenomen mogelijk, inclusief het geneesmiddelengebruik.

Veiligheid gegevens

Het digitale systeem heeft meerdere veiligheidsmaatregelen ingebouwd waardoor patiëntgegevens veilig zijn. Zo is het systeem zo ingericht dat altijd te zien is wie er in het dossier gekeken heeft, dus ook wanneer een niet behandelend zorgmedewerker in iemands gegevens kijkt. Ook zijn er straffen verbonden aan het schenden van privacy. Wel speelt er een privacy-debat, met name als het om eerstelijnsgegevens gaat. Dit debat gaat met name over de uitwisseling van data tussen zorgmedewerkers.

De Deense digitaliseringsstrategie voor 2018-2022 (Healthcare Denmark, 2018) is erop gericht om een coherent en betrouwbaar gezondheidsnetwerk voor alle Denen op te richten. Dat vraagt om een gezamenlijke digitaliseringsinspanning in het gehele gezondheidssysteem. In dat licht investeren regio's in het ontwikkelen en vervangen van de elektronische gezondheidsdossiers. Gemeenten veranderen het gebruik van gezondheidsdata radicaal met gestructureerde elektronische zorgrapportages (*structured electronic care records*) via het landelijke *project The Common Language Platform*. Ook huisartsen digitaliseren en upgraden hun IT-systemen om de interactie met collega's en patiënten te vergemakkelijken en de patiënt een beter overzicht te bieden.

Denktanks en clusterorganisaties als innovatiestrategie

Als het gaat om innovaties in de zorg, zien we in Denemarken veel samenwerkingsverbanden tussen de gemeenten, regio's, overheid, de EU, het bedrijfsleven, burgers/gebruikers en kennis- en onderwijsinstellingen ontstaan. Deze moeten innovatie en (bedrijfs)ontwikkeling op het gebied van gezondheidszorg, thuiszorg en sociale diensten stimuleren. Gemeenten in Denemarken zien innovatie in de zorg als iets wat ze niet alleen kunnen uitvoeren maar wel kunnen faciliteren. In veel gemeentes worden daartoe denktanks gestart. Daarnaast wordt veel ingezet op kennisdeling. Zo staat het lokale kenniscentrum voor dementie in Esbjerg in direct verband met het nationaal kenniscentrum voor dementie. In Denemarken wordt veel aandacht besteed aan efficiënte manieren van kennisdeling zodat informatie terechtkomt bij de mensen die het nodig zouden kunnen hebben. Op landelijk niveau zijn er clusterorganisaties voor e-health en welzijnstechnologie, zoals *Welfare Tech* en *RoboCluster*, die product- en service innovatie promoten en faciliteren (Ministry of Foreign Affairs of Denmark, n.d.; Gemeente Esbjerg, 2012).

E-health, zorg op afstand en domotica

Sinds 2012 wordt met een nationaal actieplan steeds meer ingezet op nationale tele-geneeskundige projecten, zoals *TeleCare Nord* en telemedische wondbeoordeling (zie voorbeelden in kaders). Ook ontwikkelt Denemarken zich in rap tempo op het gebied van e-health om het de burger, patiënt en zorgmedewerker makkelijker te maken (zie voorbeelden). Als het gaat om domotica zien we vergelijkbare voorbeelden in Nederland. Ook in Denemarken wordt er gewerkt met sensoren en zintuigstimulatie om de kwaliteit van leven van mensen met dementie te bevorderen.

Net als in Nederland vinden er discussies plaats over ethische dilemma's rond de inzet van technologie. Ook in Denemarken wordt gesteld dat robots nooit helemaal de menselijke behoefte aan conversatie en nabijheid van iemand kunnen vervangen (Etiskråd, 2019).

Voorbeelden e-health

A doctor in your pocket: Een app voor contact met de huisarts

Begin januari 2019 is de nieuwe app 'Min læge' gelanceerd. Deze stelt alle Denen in staat om op eenvoudige wijze in contact te komen met hun eigen huisarts. De app geeft daarnaast informatie over uiteenlopende zaken als openingstijden van de huisartsenpraktijk, gemaakte afspraken, actuele verwijzingen en vaccinaties. Middels pushberichten worden herinneringen verstuurd. In de loop van 2019 wordt videofunctie toegevoegd en kunnen patiënten foto's versturen waardoor consultaties op afstand ook mogelijk worden.

Bron: [Sundheds og ældreministeriet](#), 2019.

App voor geneesmiddelenoverzicht

Patiënten kunnen de app "Medicinkortet" (Medication Record) downloaden en zo een overzicht krijgen van hun voorgeschreven geneesmiddelen. De app is al meer dan 400.000 keer gedownload.

Bron: [Healthcare in Denmark](#), 2018

De gezondheidskaart

De gezondheidskaart (*sundhedskortet*) is het wettelijk bewijs van verzekering en geeft de Deense burger recht op gezondheidszorg. De gezondheidskaart moet worden meegebracht bij een bezoek aan de huisarts, specialist, tandarts, fysiotherapeut, voetentherapeut, psycholoog, apotheek, het ziekenhuis en de gemeente. Op de website www.sundhed.dk kunnen burgers inloggen en inzicht krijgen in hun medische gegevens. Hiermee hebben burgers toegang tot:

- voorgeschreven medicatie;
- rapportages van het ziekenhuis of hun eigen huisarts;
- behandelingen in het ziekenhuis;
- eventueel donorregistratie en levenstestament;
- bibliotheken.

Bron: Borger.dk, n.d.

Spraakherkenning bij verslaglegging in Esbjerg

Spraakherkenning maakt het voor medewerkers in Esbjerg mogelijk om hun eigen verslagen op te nemen. Dit heeft bijgedragen aan een hogere werktevredenheid en betere documenten. Het is voor zorgmedewerkers veel sneller om tekst te dicteren dan om het op te schrijven. Het gehele documentatieproces is hiermee efficiënter zodat er meer tijd is voor andere taken.

Bron: Gemeente Esbjerg, *Welfare Independent living with new technology*, 2012

Voorbeelden Zorg op afstand

Virtuele revalidatie in Esbjerg

Met behulp van een touchscreen computer en een 3D camera kunnen inwoners van Esbjerg hun (revalidatie)training thuis volgen. De behandelend fysiotherapeut kan een oogje in het zeil houden en kan altijd zien of een patiënt vooruitgang maakt of dat er behoefte is aan een follow-up. Burgers kunnen oefenen wanneer het hen uitkomt en hoeven niet naar een lokaal gezondheidscentrum voor revalidatie af te reizen.

Bron: Gemeente Esbjerg, *Welfare Independent living with new technology*, 2012

Tele-Care Nord

Tele-Care Nord is een samenwerkingsverband tussen gemeenten, regio's en huisartsen. Dit grootschalige project, waarin alle belanghebbenden in de gezondheidszorg op verschillende organisatorische niveaus samenwerken, is ongekend in Europa. Het *TeleCare Nord*-project is gericht op het nauwlettend bewaken van patiënten met COPD. Patiënten meten enkele keren per week hun zuurstofverzadiging, hartslag, bloeddruk en gewicht, en de resultaten worden elektronisch doorgegeven aan beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in de plaatselijke ziekenhuizen. Zij analyseren de gegevens en passen indien nodig de medicatie en behandeling aan. Ook worden patiënten bewust van hoe ze hun leven met COPD kunnen verlichten - bijvoorbeeld door de effecten van lichaamsbeweging en voeding op zuurstofverzadiging en hartslag te zien. De resultaten hebben geleid tot een overeenkomst om in 2019 telehygiëne voor COPD-patiënten in alle gemeenten en regio's in te voeren.

Bron: [Ministry of Health](#), 2017

Voorbeelden domotica**Vloeren met sensoren**

In het verpleeghuis Skovhuset in de gemeente Hillerød hebben alle bewoners een zogenaamde *intelligent floor* in hun appartement. De sensoren onder de vloer leggen bewegingen vast waardoor medewerkers de activiteiten van de bewoners in hun appartement kunnen volgen. Dat maakt het voor medewerkers mogelijk om zorg en activiteiten aan te bieden die passen bij de routines van de bewoners. Het is vooral handig bij mensen met dementie omdat ze met deze technologie ook kunnen zien of mensen uit bed zijn geweest. Zodat ze hun zorgroutines daarop kunnen afstemmen. Medewerkers krijgen ook een melding als een bewoner is gevallen in het appartement.

Bron: [Healthcare in Denmark](#), 2018

Integrale zintuigstimulatie

Zintuigstimulatie wordt in Denemarken steeds vaker gebruik voor mensen met dementie. Met zintuigstimulatie kunnen zintuigen geactiveerd worden waardoor positieve gevoelens en herinneringen bij mensen met dementie kunnen worden opgeroepen. Het kan sociale interactie en welzijn bij mensen met dementie bevorderen. De zogeheten zintuigelijke ruimtes zijn onderdeel van de faciliteiten van een aantal Deense verpleeghuizen. Deze ruimtes zijn speciaal ingericht voor mensen met dementie en combineren stimulatie met licht, beweging, muziek en tastbare objecten. Ze kunnen zowel gebruikt worden om iemand te kalmeren of juist te stimuleren, naar behoefte. Het verpleeghuis Sjælsø Care Centre in de gemeente Rudersdal heeft een volledig automatische schommelstoel, die verschillende zintuigen stimuleert. Een van de bewoners van het verpleeghuis is rusteloos en voelt zich het prettigst als ze voortdurend fysiek contact heeft. Na een uur in de schommelstoel is ze veel rustiger en kan ze deelnemen aan sociale activiteiten.

Bron: [Healthcare in Denmark](#), 2018

Regeldruk

14. In hoeverre is er in Denemarken sprake van regeldruk?

15. Welke (administratieve) lasten hebben zorgverleners in deze landen?

16. Welke gegevens worden door wie verzameld?

Ook in Denemarken is het terugdringen van onnodige administratieve lasten en regeldruk een groot thema. Het versoepelen en afschaffen van onnodige administratieve lasten (ontbureaucratisering) is een centrale doelstelling van de overheid om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen en kosten te besparen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Er is volgens het ministerie van Financiën behoefte om meer vertrouwen te stellen in zorgmedewerkers en hen meer vrijheden te geven om hun taken uit te voeren (Finansministeriet, 2019).

Zicht op oorzaken regeldruk

De administratieve last van de (wijk)verpleegkundige ligt rond 30-35% in Denemarken. Het is voor veel zorgmedewerkers niet altijd duidelijk waarom er geregistreerd moet worden, ook vinden er veel dubbele registraties plaats. De gemeenten in Denemarken willen dit aanpakken door interne arbeidsprocessen in de langdurige zorg beter te monitoren en evalueren, zorgmedewerkers te trainen en strenger toe te zien op de invoering van nieuwe regels. De afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken en campagnes zoals ‘Meld een registratie’ (meld en regel)’ uitgevoerd om beter zicht te krijgen op de oorzaken van regeldruk. Hieruit is onder andere gebleken dat nieuwe regels te snel worden doorgevoerd. Op dit moment zijn gemeenten bezig om een uniform classificatiesysteem ‘Fælles Sprog III’ in te voeren en wordt mogelijke koppeling van bestaande informatiesystemen onderzocht (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018).

Versoepeling wetgeving

Op landelijk niveau wordt er gekeken naar de afschaffing of versoepeling van bepaalde wet- en regelgeving. Zo is uit onderzoek gebleken dat veel medewerkers te maken hebben met zowel de welzijns- als de gezondheidswetgeving, die verschillende eisen stellen als het gaat om rapporteren en indiceren. Zo kan een bewoner bijvoorbeeld hulp krijgen vanuit de ‘welzijnswetgeving’. Hulp bij uit bed komen en douchen, wondzorg en de medicatietoedracht krijgt de bewoner vanuit de gezondheidswet (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018).

Proeftuinen vrije gemeenten

Ook zijn in 2016 proeftuinen met ‘vrije gemeenten’ gestart met als doel de regeldruk te verminderen en meer samenhang tussen de sectoren te bewerkstelligen. Daartoe is van 2016 tot 2020 een aantal geselecteerde gemeenten opgenomen in ‘vrije gemeentennetwerken’. De vrije gemeentennetwerken hebben op bepaalde beleidsterreinen de opdracht en de wettelijke vrijstelling gekregen om nieuwe en effectievere manieren te vinden om hun opgaven uit te voeren. ‘Gezondheid en ouderen’ is een van de thema’s waar de acht netwerken mee aan de slag gaan (VIVE, 2019_a). Op gezondheidsgebied moet onder andere het centraal stellen van de burger en de holistische aanpak geoptimaliseerd

worden. De netwerken onderzoeken onder andere mogelijkheden om het aantal schotten tussen de sectoren te verminderen en intersectorale samenwerking tussen gemeenten, huisartsen en ziekenhuizen te verbeteren, aldus één van onze informanten.

Overige aspecten van het stelsel

Mantelzorg

17. Welke rol speelt mantelzorg in Denemarken?

In 2016 bood 16.4 % van de Deense bevolking ouder dan achttien hulp aan één of meer ouderen. Een vierde deel van deze mensen besteedde meer dan zes uur per dag aan mantelzorg. In Nederland bood in 2016 een derde van de 16-plussers (36%) informele hulp.

Veel mantelzorgers in Denemarken ervaren dat de (thuis)zorg ontoereikend is. Veruit de meeste ouderen die de hulp ontvangen, wonen zelfstandig. In veel gevallen bieden mantelzorgers hulp over meerdere jaren, ruim 41% is langer dan vijf jaar mantelzorger. In Denemarken helpen mantelzorgers voornamelijk met administratieve taken, praktische ondersteuning, zoals boodschappen, schoonmaken en het wassen van kleding. Een groot deel helpt ook met persoonlijke verzorging en onderneemt sociale activiteiten. Veel verwanten ervaren weinig erkenning, steun en betrokkenheid bij hun inspanningen (Ældre Sagen, 2018a).

Steun mantelzorgers

Gemeenten kunnen mantelzorgers steunen door ‘pårørendevejledere’ aan te bieden. Deze ‘gidsen’ geven mantelzorgers advies over uiteenlopende onderwerpen en zorgen ervoor dat de mantelzorgers ook voor zichzelf (blijven) zorgen (Ældre Sagen, 2017).

Mantelzorgers kunnen in aanmerking komen voor ‘verzorgingsverlof’ wanneer een verwant ernstig ziek is of een ernstige beperking heeft. De mantelzorger moet verbonden zijn met de arbeidsmarkt om zorgverlof te kunnen krijgen. Iemand kan tot zes maanden verlof krijgen om voor de zieke naaste te zorgen en ontvangt tussentijds een salaris van DKK 22.999 (ruim € 3.000,-) per maand van de gemeente. De mantelzorger krijgt een aanstelling bij de gemeente. De mantelzorger kan tijd besteden aan meer zieken of hulpbehoevenden. Verder ondersteunen gemeenten mantelzorgers die palliatieve zorg bieden via onder meer respijtzorg en financiële steun. Familieleden van een terminaal familielid kunnen zorgtoeslag ontvangen wanneer zij ervoor kiezen om de stervende in zijn of haar laatste levensfase te verplegen en verzorgen. Er is geen tijdslimiet op het verlof. Voor zowel het verzorgingsverlof voor zieken en mensen met een ernstige beperking, als voor familieleden die een terminaal familielid verzorgen geldt dat aanvullend hierop nog thuiszorg kan worden geboden. Hier moet wel een indicatie voor zijn afgegeven (Tølbøll, 2016; Ældre Sagen, 2019c; www.sundhed.dk, 2019).

Zelfredzaamheid

18. Hoe wordt in Denemarken aangekeken en invulling gegeven aan zelfredzaamheid?

(zie ook stuk over kwaliteit van leven in relatie tot kostenbeheersing)

De langetermijnvisie van Denemarken is om mensen zo lang mogelijk onafhankelijk van zorg te laten zijn. Als mensen zorg nodig hebben is het doel ervoor te zorgen dat mensen, jong en oud, zo snel mogelijk weer kunnen doen wat ze voorheen konden, zodat ze een waardig bestaan hebben. Er wordt dan ook veel geïnvesteerd in manieren waarop mensen (weer) de regie kunnen nemen over hun eigen leven. Taal en narratieve psychologie spelen hierin ook een belangrijke rol. Zo spreken ze in Denemarken niet van kwetsbare ouderen of van oud en zwak, maar van oud en sterk. Volgens één van onze informanten is de gedachte hierachter dat iemand ondanks fysieke mankementen toch heel krachtig kan zijn.

Behoud zelfstandigheid

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor initiatieven gericht op preventie, om mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen (Ministry of Health, 2017). Dit kunnen gemeenschapsgerichte activiteiten, fysieke trainingsmogelijkheden, ondersteuning door vrijwilligers en andere preventieve maatregelen zijn. Huisbezoeken bij ouderen zijn een andere specifieke preventiemaatregel. Deze zijn erop gericht de behoefte aan individuele ondersteuning te identificeren, en het welzijn en de leefsituatie van de oudere te bespreken. Jaarlijkse preventieve huisbezoeken moeten aangeboden worden aan kwetsbare ouderen tussen de 65 en 79 jaar, en aan alle ouderen ouder dan tachtig jaar.

Voorbereiding ouderdom

19. Hoe bereiden mensen zich in Denemarken voor op ouderdom?

Via campagnes wil de overheid mensen voorbereiden op ouderdom. Zo zijn er tv-spotjes waarin aanstaande ouderen aangemoedigd worden om op tijd te kiezen voor een andere (aangepaste) woning. Ook worden er volgens één van onze informanten steeds meer groepsactiviteiten voor senioren aangeboden, zoals seniorfitness.

In sommige gemeenten in Denemarken worden mensen die tegen hun pensioen zitten, benaderd met de vraag wat ze na hun pensioen gaan doen. Eén van onze informanten noemde de Gemeente Ringkøbing-Skjern. Hier krijgen de mensen die bijna stoppen met werken vragen over wat ze leuk vinden om te doen of wat ze in het verleden hebben gedaan en wellicht weer zouden kunnen oppakken in een rol als vrijwilliger. De gemeente gaat op basis van de uitkomsten op zoek naar passende vrijwilligersklussen. Tegelijkertijd is het in een Denemarken een trend dat ouderen na hun pensioenleeftijd (65,5) blijven doorwerken. In 2017 was 18% van de 67-jarigen nog in loondienst. Meer mannen dan vrouwen blijven werken nadat ze de nationale pensioenleeftijd hebben bereikt. Oudere

65-plussers blijven vooral werken omdat ze dat willen. Bovendien zijn ze meer tevreden over lonen en werktijden dan jonge werknemers (VIVE, 2019_b).

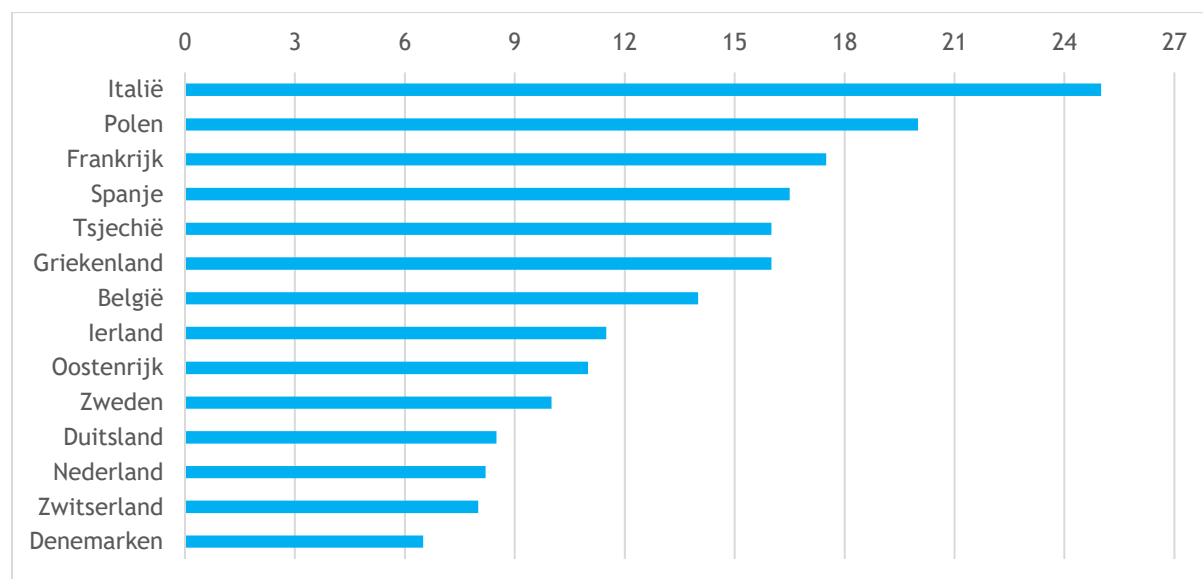
Eenzaamheid

20. In hoeverre is er in Denemarken sprake van eenzaamheid? Wordt dat gemonitord en wordt daar beleid opgevoerd?

Hoewel het percentage eenzame mensen in Denemarken lager ligt dan in andere Europese landen, is het een belangrijk thema in Denemarken.

Cijfers over eenzaamheid

In Figuur 8 is te zien dat in 2012 6.3% van de personen van vijftig jaar en ouder in Denemarken gevoelens van eenzaamheid had, tegenover 8.3% in Nederland (Fokkema, Gierveld-de Jong & Dykstra, 2012).



Figuur 8 Percentage ouderen met gevoelens van eenzaamheid (Fokkema, Gierveld-de Jong & Dykstra, 2012)

Cijfers uit een grootschalig bevolkingsonderzoek naar de gezondheid van Denemarken laten zien (zie Tabel 4), dat in 2017 4.2% van de personen tussen de 65 en 74 jaar vaak ongewenst alleen was. Bij personen die 75 jaar en ouder zijn, lag dat percentage op 7.1 %. In 2017 was 6.3% van de Denen van 16 jaar en ouder vaak ongewenst alleen. Het percentage ouderen dat vaak ongewenst alleen is, is sinds 2010 bij personen tussen de 65 en 74 jaar en met name bij personen van 75 jaar en ouder, afgenomen (SDU & Sundhedsstyrelsen, 2017).

Tabel 4

Percentage ouderen dat vaak ongewenst alleen is. (Bron: SDU & Sundhedsstyrelsen, 2017)

	65-74 jaar (%)	75 jaar en ouder (%)
2010	4.6	9.7
2013	4.2	9.2
2017	4.2	7.1

Aanpak eenzaamheid

De belangenorganisatie voor ouderen 'Ældre Sagen' heeft op basis van de cijfers uit het bevolkingsonderzoek geconcludeerd dat er elke dag 50.000 65-plussers in Denemarken zijn die zich eenzaam voelen. Verder stelt de organisatie dat er een groot taboe bij ouderen rust op eenzaamheid (Ældre Sagen, 2018_b).

Volgens het Ministerie van Ouderenzorg zijn te veel ouderen in Denemarken eenzaam en krijgen zij niet de hulp die ze nodig hebben. Het Ministerie van Ouderenzorg en de regering besloten daarom in augustus 2018 geld vrij te maken voor gemeenten om eenzaamheid, depressiviteit en zelfmoord bij ouderen tegen te gaan. Gemeenten zijn vrij om te bepalen hoe ze het geld willen besteden. In de gemeente Esbjerg is bijvoorbeeld een netwerkcoördinator die mensen van wie de partner net is overleden, samenbrengt met mensen die dezelfde ervaringen hebben gehad. Hoe ver gemeenten zijn met de aanpak van eenzaamheid en de wijze waarop vrijwilligers worden ingezet, verschilt per gemeente (Ministry of Health, 2018).

Seniorenwoongemeenschappen

In Denemarken is er de laatste jaren een toenemende vraag naar woningen in een seniorenwoongemeenschap: in 2016 waren er maar liefst 80.000 senioren die overwogen om binnen vijf jaar in een seniorenwoongemeenschap te wonen. En dat terwijl er op dit moment in heel het land 6.992 van dergelijke woningen zijn (Realdania, 2016).

Onderzoek wijst uit dat bewoners van seniorwoongemeenschappen:

- een hogere levenskwaliteit ervaren;
- goede relaties met burens ontwikkelen;
- minder vaak onvrijwillig eenzaam zijn;
- minder tekenen van sociale uitsluiting vertonen en
- tot zeven keer minder gebruik maken van praktische ondersteuning van de gemeente (VIVE, 2019a) (Realdania, 2016).

Aanpak eenzaamheid in de Gemeente Esbjerg

In Esbjerg probeert de gemeente op verschillende manieren eenzaamheid aan te pakken. Zo is een activiteitenteam opgezet dat op actieve wijze eenzame mensen met dezelfde interesses aan elkaar koppelt en geregeld checkt of het 'een goede match' is. Het project is zo succesvol gebleken dat de Minister voor Ouderenzorg landelijk budget heeft vrijgemaakt voor gemeenten die hier ook mee aan de slag willen.

75e verjaardagsfeest in de Gemeente Ringkøbing

In de Gemeente Ringkøbing wordt elk jaar iedereen die (in dat jaar) 75 jaar wordt of is geworden door de gemeente uitgenodigd om zijn/haar 75e verjaardag te vieren en te praten over hoe men de dag door komt en wat de gemeente daarin kan betekenen. Partners, huisgenoten of burens van de jarige zijn ook van harte welkom. Het eerste verjaardagsfeest trok 400 mensen. De mensen werden niet alleen gevraagd hoe zij voor zichzelf zorgden, maar ook of ze wisten hoe het met hun burens ging. De gemeente benut het verjaardagsfeest ook om ouderen mee te laten denken over oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken. Het verjaardagsfeest is voor de gemeente een manier om mensen met elkaar te verbinden en geeft de gemeente inzicht in de behoeftes van ouderen. De gemeente Ringkøbing besteedt daarnaast aandacht aan de afwezigen omdat hun afwezigheid zou kunnen betekenen dat zij extra hulp nodig hebben.

Arbeidsmarkt

21. Hoe ziet de arbeidsmarkt met betrekking tot de (langdurige) zorg in Scandinavische landen eruit en lukt het om voor de zorgtaken voldoende mensen te vinden?

In Denemarken is een groeiend tekort aan medewerkers zorg en welzijn in het ziekenhuis en de VVT- sector door onder meer:

- een hoog verzuimpercentage;
- een groot aantal medewerkers met een deeltijdbaai (80%) en
- een hoge studie-uitval onder studenten die voor de zorg- en welzijnsopleidingen, anders dan de opleiding tot verpleegkundige, kiezen (Sundheds og Ældreministeriet, 2019_b).

Zoals in de inleiding al werd beschreven, blijkt uit de NORDCARE surveys dat in Denemarken meer dan 60% van de zorgmedewerkers vindt dat de kwaliteit van hun werkomstandigheden achteruitgaat. Dit geldt voor zowel medewerkers binnen intramurale voorzieningen als in de thuiszorg (Leichsenring, 2019).

Steeds meer vacatures

Sinds 2011 stijgt het aantal vacatures voor met name zorg- en welzijnsassistenten gestaag. Waren er in 2011 gemiddeld genomen circa 300 vacatures van januari t/m juli, in 2017 ging het in dezelfde periode om 1452 vacatures (Danmarks Radio, 2017). In 2025 verwacht men naar schatting een tekort van 6.600 verpleegkundigen (Bech, 2018). Het grote tekort aan personeel betekent dat bewoners op sommige plekken te maken krijgen met veel verschillende gezichten, wat een negatieve impact heeft op het welbevinden van ouderen in de ouderenzorg (Kommunal Sundhed, 2017).

Aanpak medewerkerstekort

In het begrotingsakkoord van 2018 is vastgelegd dat de regering 500 miljoen kronen (68 miljoen euro) toewijst aan een betere bezetting van de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen. 90% van deze middelen gebruiken de gemeenten om meer personeel te krijgen en 10% voor competentieontwikkeling bij medewerkers en inkoop. (Sundheds og Ældreministeriet, 2019_a). Van de 90 procent gaat

twee derde naar de werving van nieuwe zorgmedewerkers en een derde naar het upgraden van de werktijden van bestaande medewerkers.

Om het tekort aan medewerkers aan te pakken heeft de Rijksoverheid verder voor de periode 2019 - 2023 150 miljoen Deense kronen (ruim 20 miljoen Euro) beschikbaar gesteld voor verschillende initiatieven. Om de hoge uitval onder studenten te voorkomen worden er (meer) stageplekken gecreëerd, informatiemateriaal voor studenten die stageplekken zoeken gemaakt en betere stagebegeleiding geregeld om de overgang van school naar stage beter te laten verlopen. Informatie- en imagocampagnes en uitbreiding van loopbaanmogelijkheden moeten het werken in de zorg- en welzijnssector aantrekkelijker maken. In de dunner bevolkte gebieden worden scholen uitgebreid om meer zorg- en welzijnsmedewerkers te kunnen opleiden. Een werkgroep bestaande uit een vertegenwoordiging van alle gemeenten houdt zich sinds begin 2018 bezig met het aanpakken van het hoge ziekteverzuim en manieren om meer voltijdmedewerkers te krijgen (Sundheds og Ældreministeriet, 2019_b).

ZWEDEN

Kenmerken van het stelsel voor de langdurige ouderen- en gehandicaptenzorg in Zweden

1. Hoe is in Zweden de zorg voor ouderen en voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking georganiseerd?

Organisatie langdurige zorg

De totale bevolking in Zweden bestaat uit ruim 10.2 miljoen mensen, van wie twee miljoen 65 jaar of ouder (www.statistikdatabasen.scb.se). Zo'n 1.5 miljoen mensen hebben een beperking (www.sweden.se). Het algemene doel van het Zweedse gezondheids- en sociale beleid is dat iedereen in Zweden een goede gezondheid kan ervaren en dat inwoners goed gehuisvest zijn (Jacobson, ppt presentatie). Het beleid is erop gericht mensen met een beperking ervan te verzekeren dat zij mee kunnen doen in de samenleving en zelf invloed hebben op hun dagelijks leven.

Dit doel is ingegeven vanuit de historie toen begrippen als 'normalisatie' en 'inclusie' bepalend zijn geworden voor hoe Zweden aankijkt tegen mensen met een beperking (gelijke burgers) en wat dit betekent voor het beleid (geen uitsluiting). Ook het VN-verdrag voor de rechten van de mens heeft hier sterk aan bijgedragen. Het Zweedse beleid is dan ook gericht op het maximaliseren van kansen. Net als in Denemarken, zijn in Zweden de gezondheidszorg en sociale zorg georganiseerd in drie bestuurlijke lagen: nationaal, regionaal en lokaal (290 gemeenten). De nationale overheid stuurt middels wetten, beleidsplannen, handreikingen en een politieke agenda. Ook voorziet zij in toezicht middels de Inspectie voor de sociale- en gezondheidszorg (IVO). De regionale overheid (in de *County Councils*) is verantwoordelijk voor het grootste deel van de gezondheidszorg. Op dit regionale niveau valt de kortdurende, geavanceerde en klinisch medische zorg aan ouderen en mensen met een beperking onder verantwoordelijkheid van de *County Councils* (Brodin, 2005).

De gemeenten zijn op lokaal niveau verantwoordelijk voor thuiszorg en residentiële zorg voor ouderen en mensen met beperkingen (Peterson, 2017). Doordat lokale overheden beslissen over belasting en budgetten, lokale doelen en richtlijnen, bestaat er grote lokale variatie (Szebehely & Jönsson, 2018).

Gemeenten verantwoordelijk

De zorg voor ouderen en mensen met beperkingen is in Zweden decentraal georganiseerd sinds de jaren '90, waardoor gemeenten verantwoordelijk zijn voor de zorg voor:

- ouderen;
- mensen met fysieke en verstandelijke beperkingen;
- ondersteuning en diensten voor personen die hun therapie hebben afgerond en ontslagen zijn uit het ziekenhuis; en
- schoolgezondheid.

Officieel zijn er geen speciale instituten meer voor mensen met beperkingen, maar er bestaan residentiële voorzieningen waar mensen zorg en ondersteuning krijgen.

Verschillende partijen bieden zorg: naasten (al dan niet betaald), publieke en private zorgaanbieders. Sinds 2009 is de wet Keuzevrijheid in de publieke sector (*'Law on System of Choice in the Public Sector'*) actief. Deze wet maakte het voor verschillende aanbieders makkelijker om de markt te betreden en zorg en ondersteuning voor ouderen te realiseren.

Uitgangspunten zijn dat:

- mensen die zorg nodig hebben, kunnen kiezen tussen aanbieders (*'customer-choice voucher system'*); en
- er geen grote kwaliteitsverschillen zijn tussen aanbieders: er wordt geconcentreerd op kwaliteit, niet op prijs (OECD, 2013; Szebehely & Trydegård, 2012).

Gemeenten kopen zorg in bij private zorgaanbieders, onder voorwaarde dat aanbod en kosten binnen het raamwerk van lokale contracten en de wet passen. Contracten worden aangegaan na een intensieve aanbestedingsprocedure (Gustafsson & Szebehely, 2009).

Belangrijkste wetgeving

In Zweden zijn verschillende wetten van kracht om de zorg, ondersteuning en huisvesting voor ouderen en mensen met beperkingen te regelen. De belangrijkste wetten in dit verband zijn de *'Social Services Act'* (SoL) en de *'Law regulating Support and Service to Persons with Certain Functional Disabilities'* (LSS).

De Social services Act (SOL)

Alle vormen van ouderenzorg (zowel thuiszorg als zorg in verpleeghuizen), vallen onder de *Social services Act (SoL)*. Deze wet schrijft voor dat alle mensen recht hebben op zorg, als ondersteuning niet op een andere manier geboden kan worden.

Dit geldt voor mensen die niet (meer) in staat zijn in hun behoeften te voorzien of voor zichzelf te zorgen. De gemeentelijke commissies streven ernaar ouderen onafhankelijk te laten wonen en een actief, betekenisvol leven, samen met anderen, te laten (blijven) leiden. Ook zorgen zij voor goede ouderenhuisvesting en bieden ondersteuning thuis waar nodig, aldus de wet:

'The municipality shall establish special forms of accommodation to provide service and care for older persons in need of special support'.

Deze wet stelt ook dat gemeenten eraan moeten werken om mensen met een functiebeperking (die vanwege mentale, fysieke of andere oorzaken problemen ervaren in hun dagelijks leven) te laten deelnemen aan de samenleving zodat zij kunnen leven als ieder ander. De gemeente heeft ook een taak in het vinden en organiseren van betekenisvolle dagbesteding en passende woonomstandigheden.

Law regulating Support and Service to Persons with Certain Functional Disabilities (LSS)

Deze wet beschrijft heel specifieke en absolute rechten voor mensen met beperkingen. Lokale overheden zijn verplicht om deze mensen te helpen en om zorg te dragen voor goede leefomstandigheden. Deze wet is met deze laatste toevoeging dus ambitieuzer dan de SoL. De LSS is

geformuleerd vanuit een mensenrechtenperspectief van volledige participatie en gelijkheid, dat ontwikkeld is door internationale instanties zoals de VN en de EU (Tøssebro, 2016).

De LSS onderscheidt tien verschillende vormen (zie kader) van ondersteuning voor drie verschillende doelgroepen:

- 1) Mensen met verstandelijke beperkingen en mensen met stoornissen in het autistisch spectrum;
- 2) mensen met significante en permanente intellectuele functionele beperkingen door Niet Aangeboren Hersenletsel;
- 3) mensen, die als gevolg van andere serieuze en permanente functiebeperkingen, niet het gevolg van normale veroudering, forse problemen hebben in het dagelijks leven en een grote ondersteuningsbehoefte hebben.

In 2017 maakten in totaal 72.885 mensen gebruik van diensten via de LSS. Het overgrote deel (88%) van deze mensen heeft een verstandelijke beperking of een autismespectrumstoornis (www.statista.com). Volgens de LSS moet respect voor individuele autonomie, integriteit en gelijkheid in het sociale leven de basis vormen voor alle professionele interventies.

Het aantal mensen dat gebruikt maakt van diensten via de LSS was in 2015 69.500. De meest gebruikte dienst vormen de dagactiviteiten, samen met woonvormen voor volwassenen. Beide zijn vaak langdurig; mensen doen er een groot deel van hun leven beroep op (Socialstyrelsen, 2016). De dienst ‘persoonlijke assistentie’ kan betaald worden met een ‘persoonlijk assistentie-budget’. Mensen die gebruik maken van deze dienst ontvangen betalingen vanuit de gemeente (indien er minder dan 20 uur per week assistentie nodig is) of vanuit de Zweedse Sociale Verzekerings Bank [*Försäkringskassa*] (indien er meer dan 20 uur per week assistentie nodig is) (Westberg, 2010).

Vormen van ondersteuning via de LSS:

1. **Advies en andere persoonlijke ondersteuning** op diverse gebieden. De ondersteuning is gericht op het realiseren van goede levensomstandigheden en het voorkomen en verminderen van effecten van de functiebeperking.
2. **Persoonlijke assistentie:** hulp in het dagelijks leven, bijvoorbeeld bij aankleden, hygiëne, eten of communicatie met anderen.
3. **‘Maatjesdiensten’** (*companion service*) hulp bij het invullen van vrije tijd of culturele activiteiten, of participatie in het sociale leven.
4. **Contactpersoon:** persoonlijke ondersteuning van iemand die functioneert als een ‘vriend’.
5. **Relief service:** zorg in de woning (‘family home’) voor de persoon met een beperking.
6. **Kort verblijf weg van huis:** recreatie en ‘*change of scene*’ en verlichting van het sociale netwerk bij een ‘kortverblijf-huis’, een familie of kamp.
7. **Kortdurende zorg voor schoolkinderen ouder dan 12:** zorg voor en na school en tijdens schoolvakanties voor kinderen met een beperking ouder dan 12. Kan geïntegreerd zijn in naschoolse opvang of in speciale groepen is georganiseerd naar persoonlijke voorkeur.
8. **Wonen in ‘family homes’ of woningen met speciale diensten** voor kinderen en jongeren. Als vervanging of aanvulling op de ‘eigen’ thuiswoning.

9. **Woningen met speciale diensten voor volwassenen** of speciaal aangepaste woningen voor volwassenen (zoals een groepswoning).
10. **Dagelijkse activiteiten** (voor mensen uit groep 1 en 2), bijvoorbeeld op een dagbesteding.

2. Welke (tussen)vormen van thuis wonen, zorg en welzijn bestaan er in Zweden? Zijn er in Zweden ook intramurale instellingen, zoals verpleeghuizen?

Een van de doelen van de zorg en ondersteuning aan ouderen en mensen met beperkingen is dat deze mensen zo lang mogelijk thuis een normaal, onafhankelijk leven kunnen leiden. De SoL schrijft al sinds 1982 aan gemeenten voor dat zij ondersteuning naar behoefte voor alle inwoners moeten organiseren. Zo is thuiszorg in plaats van residentiële zorg ontstaan (Peterson, 2017). Voor ouderen die thuis wonen zijn er verschillende vormen van ondersteuning. Volgens de Zweedse overheid maakt zo'n 19% van de bevolking van 65+ gebruik van een vorm van ondersteuning, waarvan 60% bestaat uit thuishulp en 23% van diensten in specifieke voorzieningen (Jacobson, presentatie).

Voor ondersteuning thuis zijn er verschillende diensten:

- Hulp in het huishouden;
- persoonlijke verzorging;
- sociale ondersteuning;
- hulp met medicatie en rehabilitatie;
- kant-en-klaar maaltijden aan huis (in bijna alle gemeenten).

Intensiteit van de zorg thuis

Er is een grote variatie in de intensiteit van ondersteuning thuis: van eens per maand tot meerdere keren per dag (Szebehely & Trydegård, 2012). Gemiddeld wordt er zo'n zeven uur per week zorg thuis geboden. Gemeenten bieden ook dagactiviteiten voor ouderen en mensen met beperkingen die behoeften hebben aan stimulatie en rehabilitatie. Dit is met name bedoeld voor mensen met dementie of verstandelijke beperkingen. Voor mensen die niet (meer) zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen reizen is een vervoersdienst beschikbaar.

Hoewel het beleid in Zweden sterk is gericht op zo lang mogelijk thuis blijven wonen, hebben organisaties die hierin ondersteunen momenteel serieuze problemen om tegemoet te komen aan de vraag. Familie en privaat gefinancierde diensten helpen om het gat te dichten, wat leidt tot problemen in het welbevinden van families (Stranz & Szebehely, 2018).

Residentiële ouderenzorg

Ondanks het feit dat het Zweedse beleid sterk gericht is op zo lang mogelijk thuis wonen, bestaan er ook residentiële voorzieningen. Een gemiddelde residentiele zorgwoning bestaat uit verschillende units (verdiepingen) waar acht tot twaalf mensen wonen. Zij hebben een eigen kamer of klein appartement met eigen meubilair. De bewoner wordt gezien als huurder. Meer dan 95% van de bewoners heeft een eigen badkamer en meer dan 80% heeft een eigen keuken (Stranz & Szebehely,

2018).

In deze woningen zijn de zorgmedewerkers meestal ook verantwoordelijk voor zowel persoonlijke zorg, huishoudelijke taken en sociale ondersteuning. Er wordt weinig gedifferentieerd naar opleidingsniveau van medewerkers; zorgverleners met weinig tot geen opleiding doen ongeveer hetzelfde als personeel dat meer opleiding heeft gehad (Daly & Szebehely, 2012).

Naar schatting heeft zo'n zeventig procent van de bewoners dementie, waarvan ongeveer de helft in gespecialiseerde units verblijft. Deze units, vaak *Group homes* genaamd, zijn gestart met de ambitie om een gezinssetting te creëren in een kleinschalige setting, waarbij het idee was dat cliënten en zorgverleners de huishoudelijke taken samen zouden doen. Vandaag de dag zijn deze units meestal onderdeel van een grotere organisatie, en is het vanwege toegenomen problematiek lastig om de huishoudelijke taken gezamenlijk te doen.

Tevredenheid

Hoewel ouderen over het algemeen tevreden zijn met de ondersteuning thuis, is er steeds meer ontevredenheid over gefragmenteerde diensten voor mensen met een hoge ondersteuningsbehoefte, die meerdere keren per dag hulp nodig hebben. Ouderen die opgenomen worden in residentiële voorzieningen hebben grotere zorg- en ondersteuningsbehoeften dan voorheen. Ook de verblijfsduur is korter, met een gemiddelde van 13 maanden (Peterson, 2017).

Een groeiend aantal ouderen in Zweden wil graag wonen in '*senior housing*'. Dit zijn gewone, maar extra gemakkelijk toegankelijke woningen voor mensen van 55 jaar en ouder. Deze huizen worden ofwel nieuw gebouwd, of ontstaan door aanpassingen aan bestaande woningen.

Woonvoorzieningen voor mensen met een beperking

De LSS beschrijft verschillende variaties van (ondersteuning in) woonvoorzieningen voor mensen met een beperking. Gemeenten zijn volgens deze wet verplicht om in goede leefomstandigheden te voorzien. Naast de zorg en ondersteuning die in de reguliere thuissituatie geboden kan worden, beschrijft de LSS ook:

- kort verblijf;
- wonen in '*family homes*';
- woningen met speciale diensten voor kinderen en jongeren;
- woningen voor volwassenen.

Woningen voor volwassenen kunnen groepswoningen met 24-uurszorg zijn, of een '*serviced-flat*' waar mensen volledig zelfstandig kunnen wonen maar elk moment van de dag om ondersteuning kunnen vragen.

Er bestaat specifieke regulering bestaat over waar deze huizen aan moeten voldoen, zoals niet meer dan drie tot vijf bewoners, liggend aan een 'gewone' straat en een slaapkamer, eigen badkamer,

woonkamer en keuken voor elke bewoner. Daarnaast lijkt er een ‘derde generatie groepswoningen’ te ontstaan, met individuele appartementen waarin steeds meer mensen werden gegroepeerd (sommigen spraken zelfs van re-institutionalisering). In deze woonvormen wonen mensen met verschillende zorgvragen bij elkaar (in 2010 woonde ongeveer een kwart van de mensen met een verstandelijke beperking in dit type gemengde groepen) (Tøssebro, 2016).

Aanbod woningen

Gemeenten zijn met 40% de grootste ‘leveranciers’ van huizen voor mensen met een beperking. Daarna voorzien ‘*Municipal housing companies*’ in 35% van de woningen. Private ondernemers voorzien voor 13% in de woningen en NGO of andere stakeholders voor 6%.

Van de 290 gemeenten in Zweden geeft meer dan de helft (150) aan een tekort aan huisvesting met geïntegreerde zorg en ondersteuning te hebben. Het aantal woningen voor mensen met een beperking neemt ook af (zo’n 44% tussen 2015 en 2016).

3. Hoe vindt samenwerking plaats op lokaal niveau (in de wijk)?

Een van de grootste uitdagingen in Zweden is **samenwerking en coördinatie van zorg voor ouderen** die zowel medische (dus vanuit de *County Councils*) als sociale zorg (vanuit de gemeente) nodig hebben (Schön & Heap, 2018). Volgens een van onze informanten hebben zeven van de tien ouderen zorg nodig vanuit zowel het sociale als het medische domein. Omdat mensen steeds ouder worden en verschillende aandoeningen en complexe zorgvragen hebben, groeit de noodzaak tot geïntegreerde zorg. Het is niet ongebruikelijk dat een oudere patiënt met tot wel zestig verschillende mensen van diverse zorgorganisaties te maken heeft. De overheid investeert dan ook fors in samenwerking tussen en integratie van verschillende domeinen.

Een programma van de overheid tussen 2010 en 2015 laat zien dat thuis oud worden mogelijk is. Hiervoor is wel nodig dat de eerste lijn deze doelgroep kan bedienen en samen kan werken met de langdurige zorg. Er moeten ook methoden ontwikkeld worden om ‘kwetsbare ouderen’ vroeg te identificeren. Tot slot is versterking van mantelzorgondersteuning nodig (Schön & Heap, 2018).

Het individuele zorgplan (SIP)

In 2018 is een wet van kracht geworden die een ‘individueel zorgcoördinatieplan’ (*‘Samordnad individuell plan, SIP’*) verplicht stelt. Een dergelijk plan bevat een uitgebreide beschrijving van alle lopende en geplande zorginspanningen voor een persoon. Het plan biedt een algemeen en vereenvoudigd beeld, zodat alle betrokkenen snel een overzicht van alle lopende inspanningen voor de persoon kunnen krijgen. Doordat het opstellen van *SIP*’s achterblijft, heeft de regering extra geïnvesteerd in implementatie bij zorgorganisaties door de *Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)*. De additionele financiering wordt gebruikt om een kwaliteitsregister met betrekking tot zorgcoördinatie te ontwikkelen en om kennis rond het ontwerpen van zorgcoördinatieplannen te verspreiden (www.regeringen.se).

Interessante voorbeelden van wonen, zorg en welzijn

Mobiele eerste hulp in Uppsala bespaart miljoenen

(Widén, 2015)

Steeds meer ouderen bezochten de eerste hulp zonder levensbedreigende aandoeningen. Deze kunnen ook elders (bijvoorbeeld thuis) behandeld worden. De SALAR financierde een team dat urgente zorg thuis biedt aan ouderen in Uppsala. Een mobiel eerstehulp-team bestaat uit een arts en verpleegkundige die wijkverpleegkundigen adviseren en patiënten thuis bezoeken. Ook staan deze professionals in verbinding met ambulancepersoneel en kunnen thuiszorgmedewerkers hen benaderen. Patiënten kunnen ook zelf via de wijkverpleegkundige en de 'gezondheid informatielijn' contact zoeken. Het project zorgde voor een miljoenenbesparing en goede cliënttevredenheid. Momenteel wordt het verder ontwikkeld, onder meer om follow-up bezoeken en meer specialistische zorg (geriatrisch) toe te voegen aan het *Mobile Team*.

Bron: <https://accessh.org/wp-content/uploads/2015/05/Case-Study-Mobile-Team.pdf>

Integrale zorg en welzijn in Zweden: The Norrtaelje model

(Bäck & Calltorp, 2015)

Veel landen organiseren en bekostigen zorg en welzijn apart. Het Norrtaelje model is een Zweeds initiatief dat de bekostiging en organisatie van zorg en welzijn integreert voor zorg voor ouderen met complexe behoeften. Deze transformatie maakt verschillende positieve ontwikkelingen mogelijk:

- Het team komt samen.
- De verantwoording wordt bij verschillende aanbieders verlegd.
- Gebruik maken van coördinatoren.
- Integrale paden.
- Transitie in en rond het ziekenhuis en van verpleeghuis naar ziekenhuis.

Bron: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2244/>

Een goed leven in een aantrekkelijke stad, de populatie-aanpak

(The King's Fund, 2015)

Jönköping County Council is een gekozen regionale zorgautoriteit en bedient rond de 340.000 mensen in Zuid Zweden. In de laatste 20 jaar heeft Jönköping County Council een populatie-gebaseerde visie ontwikkeld voor haar inwoners: 'een goed leven in een aantrekkelijke stad'. Deze visie organiseert, bekostigt en zorgt voor zorgdiensten voor de deze populatie. Daarbij werkt de *County Council* samen met het lokale bestuur in de provincies en gemeenten. Dit plan heeft een aanzienlijke autonomie en mogelijkheid tot belastingheffing dankzij het Zweedse systeem en de gedecentraliseerde regering.

Betere gezondheid van ouderen

Jönköping County Council is bekend van het werk aan kwaliteitsverbetering en ontwikkeling van integrale zorg en medische zorg. Staf en klinische teams worden aangemoedigd om samen te werken. Dat doen ze door samen betere resultaten te bereiken voor een fictieve oudere inwoner. Samen ontwikkelen ze diensten

en ontdekken ze hoe ze *cross-over* het systeem kunnen verbeteren. Als resultaat laat deze aanpak significante vermindering van ziekenhuisopnames zien. Ook het aantal dagen ziekenhuisopname en wachttijden voor afspraken met specialisten nemen af. Deze populatie gebaseerde aanpak scoort ook goed op diverse indicatoren van de volksgezondheid zoals de levensverwachting, zelfevaluatie van de gezondheid en van emotioneel welbevinden, vergeleken met andere delen van Zweden.

Bron: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems/jonkoping-county-council-sweden>

2. Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van zorg van de Zweedse langdurige zorg is hoog. Het is ook een van de uitgangspunten in het beleid dat zorg van goede kwaliteit voor alle inwoners toegankelijk moet zijn, ongeacht de hoogte van het inkomen.

Langdurige zorg

Analyses van de OECD (2013; 2016_b) en SALAR (2015) laten zien dat, in internationale vergelijking, de Zweedse langdurige zorg goed scoort op veel gebieden zoals patiëntervaring. Er zijn echter ook aandachtspunten. Zo wordt van de eerstelijnszorg verwacht dat deze een centrale, coördinerende rol neemt. De formele structuur rond de invulling van deze rol is echter beperkt. Een tweede aandachtspunt betreft de verschillen in rapportagesystemen, die voortkomen uit de hoge mate van decentralisatie en het grote aantal onafhankelijke zorgverleners. Gemeenten en *County Councils* werken vaak met verschillende systemen, die niet altijd op elkaar aansluiten. Hierdoor zijn data gefragmenteerd opgeslagen, wat risico's met zich meebrengt. Tot slot zijn er geen betrouwbare kwaliteitsindicatoren waardoor het lastig is de kwaliteit van de langdurige zorg in beeld te krijgen en te verbeteren. Volgens de OECD blijft de verbetering van de langdurige zorg daarom ver achter ten opzichte van andere sectoren in Zweden (OECD, 2013; 2016_b).

Personeelstekorten in -met name 's nachts- de residentiele dementiezorg hebben momenteel de aandacht van de politiek en de pers. Onaangekondigde inspectiebezoeken in 2010 brachten aan het licht dat bij 55 van de 94 bezochte dementie-units onvoldoende personeel aanwezig was 's nachts. Dit heeft geleid tot bindende richtlijnen waarin werd gesteld dat er 24 uur per dag personeel beschikbaar moet zijn in residentiele zorg (inclusief dementie-units). Het is echter nog niet duidelijk hoe dit wordt opgepakt (meer personeel of wijzigingen in diensten) (Stranz & Szebehely, 2018).

Werken aan kwaliteitsverbetering ouderenzorg

In 2017 heeft de Zweedse regering de intentie uitgesproken om een nationaal kwaliteitsplan te maken voor de ouderenzorg. Het doel is om toekomstige langdurige zorg sterk te verbeteren door te investeren in zes belangrijke thema's:

- verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit;
- verbeteren van gezondheidsbevordering en rehabilitatie;

- werven en behouden van zorgpersoneel;
- herzien van de institutionele zorg aan ouderen;
- flexibele vormen van de *needs assessment*;
- gebruik van technologie in de ouderenzorg.

Senior Alert is een vorm van registratie voor de preventieve aanpak van valincidenten, decubitus, ondervoeding en mondzorg, incontinentie. De bedoeling is dat professionals gegevens registreren en deze en die van andere organisaties gebruiken voor eigen kwaliteitsverbetering (www.symbiocare.org).

Inspectie voor de gezondheidszorg en sociale zorg

De Zweedse inspectie voor de gezondheids- en sociale zorg (IVO) ziet toe op de gezondheidszorg, sociale diensten en activiteiten die vallen onder de LSS. Zij kijkt daarbij naar:

- afzonderlijke organisaties;
- functioneren van de zorgketen;
- samenwerking tussen verschillende aanbieders;
- de kwaliteit van zorgprofessionals (alleen in 'zorg', niet in de sociale diensten zoals ouderen- en gehandicaptenzorg) en
- apothekers.

Onder haar opdracht valt ook het verwerken van klachten over bijvoorbeeld onregelmatigheden in zorg en welzijn (dit worden 'lex Sarah' en 'lex Maria' rapporten genoemd). De Zweedse inspectie is ook verantwoordelijk voor het verlenen van vergunningen aan private diensten onder de SoL en LSS die nodig zijn voor dienstverlening in de zorg. Na een aanvraag toetst de IVO of de organisatie goede kwaliteit en veilige zorg kan bieden. Ook kijkt zij naar de competenties van personeel en bestuur (www.ivo.se).

Cliënttevredenheid

In 2008 introduceerde de regering een cliënttevredenheidsvragenlijst. Deze neemt de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn [*Socialstyrelsen*] sindsdien elk jaar af bij ouderen die zorg ontvangen (thuis of in een instelling). De lijst is momenteel het meest gebruikte instrument om de (ervaren) kwaliteit van de langdurige zorg in Zweden te meten. De respons is echter vaak zeer laag, zeker van mensen die wonen in een instelling en niet zelf in staat zijn de vragenlijst in te vullen (Johansson, 2017).

3. Kwaliteit van leven

In termen van gezondheid en levensverwachting is de gemiddelde leeftijd in Zweden 82.4 jaar. Dit is twee jaar langer dan het gemiddelde van de OECD en bijna een jaar langer dan het Nederlandse gemiddelde (81.6 jaar). De levensverwachting van Zweedse vrouwen is 84.1 jaar, die van mannen is 80.6 jaar. Uit verschillende internationale vergelijkingen komt daarnaast naar voren dat Zweden hoog scoort op welbevinden. Zo blijkt uit de *Better life index* van de OECD dat Zweden hun leven gemiddeld

een 7,3 (op een schaal van 0 tot 10) geven, tegenover een gemiddelde van 6,5 van de OECD-landen (OECD, 2019_a).

Ook uit de ‘Eurofound’s European Quality of Life Survey (EQLS)’ geselecteerde indicatoren, blijkt dat de kwaliteit van leven in Zweden als ‘hoog’ ervaren wordt. Alle indicatoren scoren boven het gemiddelde van de 28 Eurofound-landen. Zweden scoort met 85% het hoogst op het niveau van optimisme over de toekomst. Dat geldt ook voor het gevoel van vrijheid over eigen leven, 58% versus 26% van alle 28 Eurofound-landen in 2016. Ook het niveau van deelname aan sport of andere fysieke oefeningen is hoog. 73% geeft aan minstens een keer in de week te sporten tegenover 42% in de 28 Eurofound-landen (zie voor meer informatie en de vergelijkende cijfers tussen de onderzochte landen en Nederland Tabel 2). Ook op de ‘World Happiness Index’ scoort Zweden hoog; in 2019 staat het land op de zevende plek van de wereld (Helliwell, Layard, & Sachs, 2019).

Kwaliteit van bestaan

Voor mensen met een verstandelijke beperking wordt internationaal (ook in Zweden) het concept ‘kwaliteit van bestaan’, zoals Schalock en Verdugo dat in 2002 definieerden, gehanteerd. In dit concept bestaat kwaliteit van bestaan uit acht domeinen:

- persoonlijke ontwikkeling;
- zeggenschap/zelfdeterminatie;
- interpersoonlijke relaties;
- sociale inclusie;
- psychisch welbevinden;
- lichamelijk welbevinden;
- materieel welbevinden;
- rechten.

Met het sluiten van de instituten en het realiseren van woonvoorzieningen en ondersteuning in de gewone samenleving blijkt uit onderzoek dat sociale netwerken van mensen met verstandelijke beperkingen niet veranderden in samenstelling. Ook de sociale integratie in de wijk veranderde niet en deze mensen zijn ook niet vaker dan voorheen in loondienst (Tøssebro, 2016). Dit was deels in lijn der verwachting: beleid ten aanzien van de-institutionalisering was gericht op huisvesting. Andere levensdomeinen van mensen met verstandelijke beperkingen waren de focus voor langere termijn ontwikkeling. De de-institutionalisering lijkt voor mensen met ernstiger beperkingen het meest tot verbetering te hebben geleid.

4. Invoering vanuit historisch perspectief

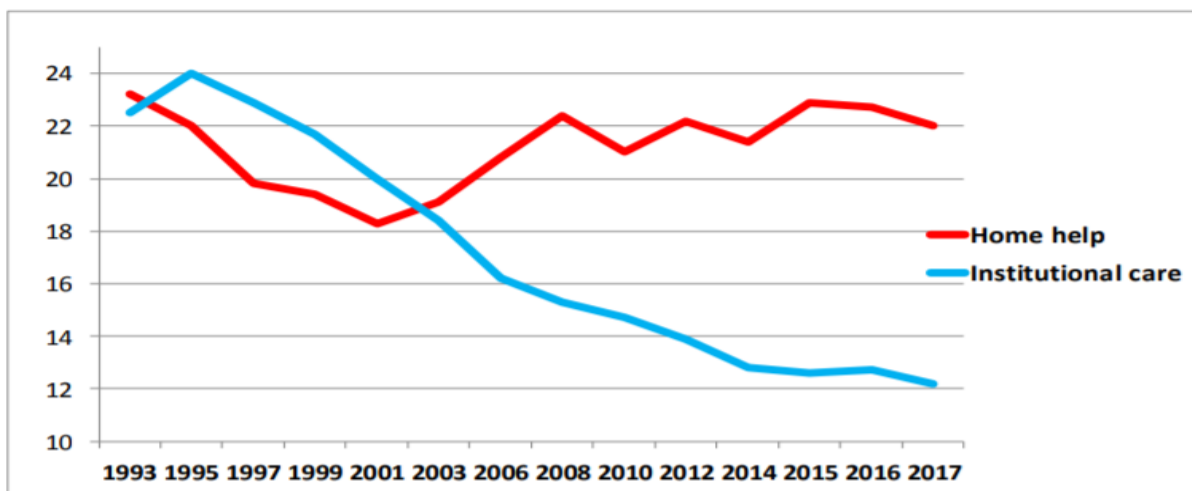
Net als in de zorg voor ouderen geldt voor de zorg voor mensen met een beperking in Zweden het principe dat iedereen recht heeft op goede kwaliteit van zorg. De historische ontwikkeling van de ouderen- en gehandicaptenzorg is echter verschillend verlopen.

Ontwikkeling ouderenzorg

De demografische ontwikkeling naar een ouder wordende populatie heeft altijd veel aandacht gehad in het Zweedse beleid voor ouderenzorg.

- In 1957 al ontstonden de eerste ideeën om de zorg voor ouderen van het ziekenhuis naar de thuissituatie te verplaatsen.
- De introductie van de SoL in 1982 bouwde hierop voort, door te beschrijven dat zorg voor ouderen plaats zou moeten vinden in de gewone leefomgeving.
- Met de zogenoemde 'Ädel-reform' in 1992 vond een radicale verandering van de organisatorische structuur van de ouderenzorg plaats. De zorg en ondersteuning door de gezondheidszorg die tot dan toe onder verantwoordelijkheid van de *County Councils* viel, werd overgeheveld naar de sociale sector. Hiermee kregen de gemeenten voor zowel de organisatorische als financiële aspecten de verantwoordelijkheid (Brodin, 2005).

Deze hervorming uit 1992 leidde tot een vermindering van zo'n 50% van het aantal ziekenhuisbedden in de decennia daarna. In het begin van de jaren 2000 begon ook een afname van het aantal institutionele bedden dat vanuit de gemeente beschikbaar was (in residentiële voorzieningen voor ouderen). Sindsdien is zo'n 30% van de 'gemeentelijke bedden' afgestoten en ontvangen steeds meer mensen steeds langer thuiszorg en ondersteuning. In 2001 ontving iets meer dan 18% van de 80-plussers thuishulp en verbleef 20% van de 80-plussers in een instelling. In 2017 ontving 22% van de 80-plussers thuishulp en kreeg 12.2% van de 80-plussers institutionele zorg (Brodin, 2005). Zie ook de figuur hieronder:



Figuur 9 Ontwikkeling van de toegang tot langdurige zorg. Dekkingsratio in de zorg voor 80+, 1993 - 2017(%). (overgenomen uit Schön & Heap, 2018)

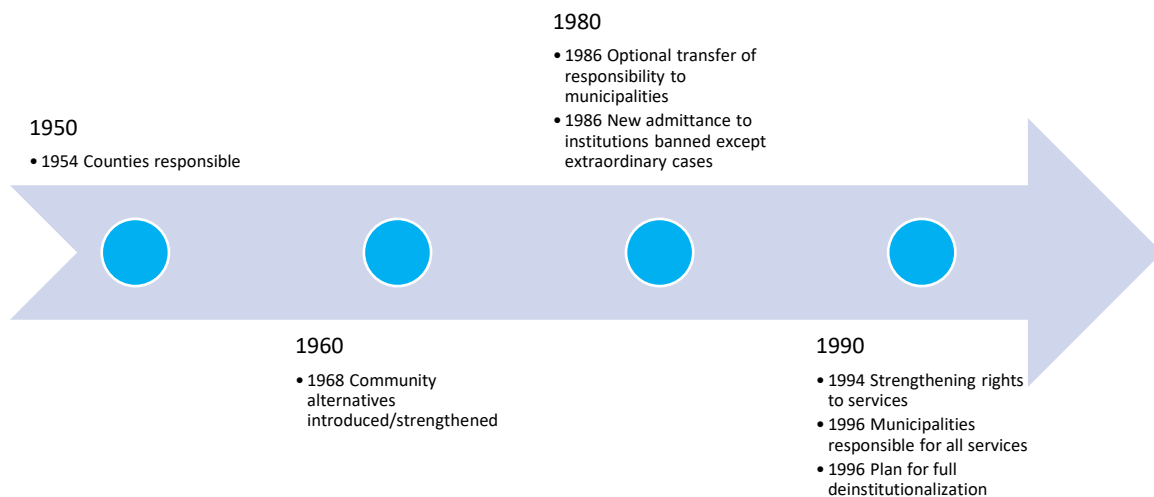
Ontwikkeling gehandicaptenzorg

Het huidige beleid voor mensen met een beperking heeft zijn wortels in het normalisatieprincipe (Wolfensberger, Nirje, Olshansky, Perske, & Roos, 1972). In de jaren '60 ontstonden ideeën om mensen met een beperking (van welke aard dan ook) niet af te zonderen van de samenleving, maar

hen als gelijkwaardige burgers te zien. Dat betekende dat instituten konden sluiten. Er waren drie belangrijke argumenten voor het sluiten:

- 1) Instituten hebben minder stimuli en bieden minder ontwikkelingskansen: ‘ze veranderden van een oplossing naar een onderdeel van het probleem’.
- 2) Mensen met een beperking segregeren is stigmatiserend en ontdoet hen van hun rechten als burger. Het past niet bij het beeld van een welzijnsstaat.
- 3) Praktisch: de kosten van instituten zijn hoog, en zorg en ondersteuning zou moeten worden opgevangen in de samenleving.

Deze ideeën en argumenten leidden in de jaren '70 tot het vervangen van institutionele zorg door *community care*. Met als doel: het verbeteren en hervormen van de zorg. In de jaren '90 vond vervolgens volledige de-institutionalisering plaats. Instellingen zouden persoonsgerichte zorg, gelijkwaardigheid en participatie in de weg staan. Figuur 10 beschrijft de tijdslijn van belangrijke beleidsbeslissingen.



Figuur 10 Overzicht belangrijke beleidsbeslissingen Zweden (aangepast overgenomen uit Tøssebro et al., 2010)

Zweden zette de de-institutionalisering stapsgewijs in gang. De overheid paste bestaande wetsartikelen aan en introduceerde nieuwe wetgeving voor mensen met beperkingen. Lokale overheden werden midden jaren '90 volledig verantwoordelijk voor ondersteuning. Er kwamen standaarden voor woningen waarin stond dat iedereen recht had op een eigen appartement met slaapkamer, badkamer, woonkamer en keuken, dat er niet meer dan 3-5 appartementen in een huis mochten zijn en dat de woning aan een gewone straat moest liggen.

De attitude van de familie veranderde drastisch. Vóór de veranderingen waren families vaak tegen de-institutionalisering. Na invoering was meer dan 75% van de ouders in Noorwegen en Zweden voorstander, ongeacht het niveau van de persoon met een beperking (Tøssebro et al., 2012).

VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking

De Zweedse minister voor ouderenzorg en publieke gezondheid tekende de UN-conventie op 30 maart 2007, en deze werd op 15 december 2008 geratificeerd (www.disability-europe.net, april 2019). Het VN-verdrag heeft ten doel de mensenrechten van mensen met een beperking te bevorderen, te beschermen en te waarborgen. Inclusie, persoonlijke autonomie en volledige participatie zijn de leidende principes in het verdrag.

Indicatiestelling

7. Hoe is in Zweden de indicatiestelling georganiseerd?

8. Hoe worden de zorgaanvragen in Zweden gemonitord?

Alle inwoners in Zweden komen, indien nodig, in aanmerking voor gezondheidszorg en sociale zorg. Toegang tot ondersteuning vanuit zowel de SoL als de LSS is lokaal georganiseerd. Na de aanvraag vindt een assessment plaats door medewerker van de gemeente. Deze evalueert de behoeften en besluit of een persoon recht heeft op ondersteuning en wat de aard en intensiteit van deze ondersteuning is. Er zijn geen landelijk vastgestelde eisen of criteria, lokale organisaties geven hier een eigen invulling aan (Peterson, 2017).

De uitzondering is de doelgroep-afbakening voor diensten vanuit de LSS. Voor het vaststellen of de persoon tot de LSS-doelgroep behoort, maakt de LSS-medewerker gebruik van een officieel vastgestelde diagnose/assessment door een arts of gedragskundige. Een open interview maakt duidelijk welke type en welke intensiteit aan ondersteuning nodig is. De persoon beschrijft zijn dagelijks leven inclusief de activiteiten die hij kan doen als er ondersteuning zou zijn. Ook wordt informatie verzameld over eerdere zorg en ondersteuning. Na de assessment, die enkele maanden kan duren, krijgt de aanvrager te horen hoeveel uur ondersteuning per maand toegekend wordt. De persoon kan daartegen in beroep gaan.

De cliënt kan vervolgens zorg gaan afnemen bij een zorg- of ondersteuningsorganisatie naar keuze, mits deze organisatie gecontracteerd is bij een gemeente. Zweden heeft keuzevrijheid voor haar burgers hoog in het vaandel staan en stimuleert een divers aanbod van private en publieke organisaties in de langdurige zorg. De gemeente is verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt over zijn keuzevrijheid en het recht om van aanbieder te veranderen (OECD, 2011_b). De aanmelding en het besluit worden vastgelegd, en de IVO (Zweedse inspectie voor de gezondheidszorg) kan zien hoe de lokale autoriteit de aanvraag heeft behandeld en over welke aanvragen niet tijdig een besluit is genomen. Dit leidt tot een boete voor de gemeente (<https://www.ivo.se/om-ivo/statistik/ej-verkstallda-beslut/>).

Bekostiging en kostenbeheersing

9. Hoe is in Zweden de bekostiging van de langdurige zorg georganiseerd?

10. Bekostiging tussen en van intra/extramurale zorg

11. Beheersing van zorgkosten in relatie tot kwaliteit nu/verleden

In 2011 bedroegen de Zweedse uitgaven voor de langdurige zorg 3.6% van het BBP, wat meer dan het dubbele was van de gemiddelde uitgaven van de OECD-leden (OECD, 2013). De gezondheidszorg en sociale zorg worden in Zweden voor het overgrote deel betaald vanuit belastingen;

- Gemeenten en *County Councils* bekostigen zo'n 90% van de zorg vanuit belastingen. Het gaat hier om lokale belastingen (gemeente). Het is echter de vraag hoe lang dit nog houdbaar is met het oog op de demografische ontwikkelingen (OECD, 2013).
- Zo'n 5% wordt aangevuld vanuit de landelijke overheid, als belastingen niet toereikend zijn voor de gehele financiering van de zorg en om te compenseren voor ongelijkheid in inkomensverschillen (de belasting die burgers betalen is inkomensafhankelijk).
- De overige 5% komt vanuit eigen bijdragen van cliënten, die vanaf 2017 maximaal € 219,- per maand bedragen (Schön & Heap, 2018). De eigen bijdragen hebben een nationaal vastgesteld plafond, ongeacht of de persoon gebruik maakt van publieke of private diensten. Dit is om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden en om oneigenlijke neveneffecten tegen te gaan (Szebehely & Trydegård, 2011).

De gemeente betaalt de zorgaanbieder waar de cliënt diensten afneemt, en baseert het bedrag daarvoor op een 'timesheet' die de cliënt ondertekent bij de start van de ondersteuning. Tarieven voor de publieke en private zorgaanbieders worden binnen gemeenten gelijk gehouden (OECD, 2011_b). Hiermee wordt gestimuleerd dat aanbieders gaan concurreren op kwaliteit, en niet op kosten (Szebehely & Trydegård, 2012).

Volgens een van onze informanten is kostenbeheersing een actueel vraagstuk in Zweden, wat er vooral in geresulteerd heeft dat de drempel voor residentiële zorg is verhoogd. Daarmee probeert de overheid kostenbesparing niet van invloed te laten zijn op de kwaliteit van zorg voor degenen die uiteindelijk de zorg krijgen, maar is er wel een gereduceerde toegang tot bepaalde zorg. Echter, wanneer zorgverleners en mantelzorgers wordt gevraagd of de kwaliteit van zorg onder druk staat, reageren zij bevestigend. Met name ten aanzien van de zorg thuis is het moeilijk om tegemoet te komen aan de behoeften van het toenemend aantal kwetsbare ouderen.

Innovatie & technologie

12. Hoe staat het in Zweden met het gebruik van zorg op afstand, beeldzorg en andere technologische manieren om zorg en ondersteuning vorm te geven?

13. Wat gebeurt er op het gebied van innovatie in de zorg (e-health/domotica) en zijn daar aansprekende voorbeelden van?

In Scandinavië wordt gesproken over ‘welzijnstechnologie’: de kennis en het gebruik van technologie die het gevoel van veiligheid, activiteit, participatie en onafhankelijkheid van een persoon in stand kunnen houden of verbeteren (Bygstad & Lanestedt 2017). Hoewel het gebruik van dit soort technologie veel voordelen kan opleveren, zijn er ook kritische geluiden. Het implementeren van technologie is tijdsintensief en het ermee omgaan, vraagt andere vaardigheden van personeel. Een ander punt is dat de inzet van technologie om sociale interacties van ouderen te bevorderen alleen lijken te werken als er al een groot sociaal netwerk bestaat om mee te communiceren (Frennert & Östlund, 2018).

De Zweedse overheid werkt sinds 2006 aan richtingen en beleidsdocumenten gerelateerd aan het digitaliseren van de sociale zorg en gezondheidszorg. De meest recente visie op e-health en digitalisering is vastgelegd in het document ‘*Vision for eHealth 2025 - common starting points for digitisation of social services and health care*’ (2016), waarin vanuit de overheid de volgende visie is beschreven:

‘In 2025, Sweden will be best in the world at using the opportunities offered by digitisation and eHealth to make it easier for people to achieve good and equal health and welfare, and to develop and strengthen their own resources for increased independence and participation in the life of society.’

Hiermee laat de overheid zien dat zij de toegevoegde waarde ziet van e-health en digitalisering voor:

- het betrekken van burgers bij hun eigen zorg en ondersteuning;
- het ondersteunen van contact tussen zorgverleners en cliënten, en
- meer efficiënte systemen voor personeel van zorg- en ondersteuningsorganisaties.

Ook onderschrijft de Zweedse overheid de mogelijkheden die e-health/digitalisering biedt voor het zo zelfstandig mogelijk (blijven) wonen en deelnemen aan de samenleving. Juist ook voor mensen die moeilijk zelf hun wensen en vragen kunnen verwoorden, zoals mensen met beperkingen en ouderen, bieden digitale middelen een uitkomst.

Een van de doelstellingen in dit verband was dat alle inwoners vanaf 16 jaar in 2020 toegang moeten hebben tot hun gezondheidsgegevens. In 2017 is deze doelstelling gerealiseerd. Het gaat hier specifiek over de gezondheidszorg, georganiseerd op het niveau van de *counties*. Patiënten kunnen inloggen op een system en zien dan de aantekeningen die zorgverleners hebben gemaakt, de medicatie, test-resultaten, diagnoses, doorverwijzingen, vaccinaties en een log van iedereen die het dossier heeft

geopend. Patiënten kunnen ook zelf aangeven dat gegevens onjuist zijn (Armstrong, 2017). Private aanbieders kunnen zelf kiezen of ze hun gegevens delen via het systeem, waardoor het voor kan komen dat patiënten niet alle informatie kunnen zien. Ook kan het per *county* en aanbieder verschillen welke informatie in het dossier staat en op welke manier deze is vastgelegd (Moll et al., 2018).

www.1177.se

De website '1177.se' is een publieke website die informatie over zorgverleners in Zweden geeft. De website is opgericht in 2006 en was daarmee het eerste digitale overzicht in de wereld. De website is eigendom van alle *counties* en bedoeld voor iedereen die op zoek is naar betrouwbare, professionele informatie over zorg en ziekte.

Zorg over grenzen

Het 'National Patient Overview' (NPÖ) is een portaal waarop artsen en medisch personeel patiëntendossiers kunnen lezen, niet gehinderd door gemeentelijke en *county*-grenzen. Ze loggen, na toestemming van de patiënt, in. Ze doen dit met een elektronische SITHS-kaart waarmee veiligheid gegarandeerd wordt.

<https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/>

Er lijkt ook een verschil te bestaan tussen de ambities van de overheid en de realisatie ervan op gemeentelijk niveau. De *Socialstyrelsen* [Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn] constateert dat het gebruik van welzijns technologie toeneemt. Dan gaat het vooral om verschillende soorten passieve alarmen en sensoren en zorgplanning via videoconferenties. De ontwikkeling van e-services in de gemeenten wordt echter als zwak beschreven. Hoewel een meerderheid van de ouderen internet gebruikt, bevinden velen zich nog steeds buiten de digitale gemeenschap. Meer dan zestig procent van de gemeenten biedt internettoegang aan mensen die in een speciale woning wonen (Socialstyrelsen, 2018).

Voorbeelden van e-health:

- e-recepten: recepten die de huisarts naar het nationale receptenregister stuurt. Alle apotheken in Zweden gebruiken deze database om de informatie te vinden die ze nodig hebben om een geneesmiddel uit te geven;
- e-diensten: het online inplannen van een afspraak, persoonlijke medische gegevens online, etc.;
- virtuele (dokters)afspraken: een (eerste) consult met een zorgverlener digitaal, via video of een app in plaats van dat patiënten naar de huisarts moeten gaan. Consulten zijn mogelijk met huisartsen of psychologen. Dit wordt ook gezien als preventiemaatregel; de drempel om de huisarts op te zoeken is in een vroeg stadium verlaagd, waardoor erger voorkomen kan worden (www.kry.se; www.mindokter.se);
- IT in zorg en welzijn: bijvoorbeeld systemen waarmee snel gecontroleerd kan worden of verschillende medicijnen elkaar beïnvloeden;
- zorg-apps en *activity trackers*: applicaties op de telefoon of *smart watch* die informatie over iemands gezondheid verzamelen;

- medische instrumenten: bijvoorbeeld in operatiekamers of persoonlijke alarmeringen.

Regeldruk

14. In hoeverre is sprake van regeldruk?

15. Welke (administratieve) lasten hebben zorgverleners in deze landen?

16. Welke gegevens worden door wie verzameld?

In Zweden worden veel zorggegevens vastgelegd. Een aandachtspunt daarbij zijn de verschillende rapportagesystemen, die voortkomen uit de hoge mate van decentralisatie en het grote aantal onafhankelijke zorgverleners. Gemeenten en *County Councils* hebben vaak verschillende systemen, die niet altijd op elkaar aansluiten. Hierdoor zijn data gefragmenteerd opgeslagen, wat voor problemen kan zorgen.

Vanuit de LSS is het verplicht dat elke cliënt een individueel plan heeft, waarin de ondersteuningsafspraken beschreven zijn. Dit plan moet opgesteld zijn in overleg met de eigenaar en het liefst continu maar ten minste jaarlijks geëvalueerd worden.

In een vorig jaar gepubliceerd onderzoek is gekeken in hoeverre ontwikkelingen zoals reorganisaties en veranderingen in de organisatie van zorg zoals de implementatie van elektronische patiëntendossiers van invloed zijn op de tijdsbesteding van zorgverleners die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg in Zweden (Anskär, Lindberg, Falk & Andersson, 2018). Huisartsen blijken in Zweden slechts iets meer dan een derde van hun tijd te besteden aan directe patiëntenzorg. De onderzoekers beschrijven dat Zweedse huisartsen minder *face-to-face* tijd met patiënten doorbrengen dan huisartsen in andere landen vanwege de hoge administratiedruk. Ook beschrijven zij dat huisartsen in Zweden ontevreden zijn over de tijd die zij kunnen besteden aan direct patiëntencontact.

Ook in de langdurige zorg is toenemende documentatie een punt van aandacht. Uit de *Nordcare Survey* blijkt dat het aantal respondenten dat aangeeft dat zij administratieve taken uitvoeren meer dan verdubbeld is tussen 2005 en 2015: van elf procent in 2005 naar 28 procent in 2015 in de zorg thuis en van zestien naar 37 procent van de respondenten werkzaam in de residentiele zorg (Stranz & Szebehely, 2018).

Dataverzameling voor meer kwaliteit

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg ligt bij de gemeenten, ook wanneer de zorg verleend wordt door een private aanbieder. Deels als reactie op het toenemend aantal private aanbieders is een toenemende focus op hoe de kwaliteit van de ouderenzorg gereguleerd en gemeten kan worden. Dit heeft geleid tot toenemende registraties bij zorgverleners (Stranz & Szebehely, 2018). Daarnaast is er een aantal landelijke dataverzamelingen. Dit zijn onder andere:

- het registreren van incidenten in *Senior Alert* (zie onder 'kwaliteit');

- activiteiten voor nationale kwaliteitsregisters zoals het nationaal kwaliteitsregister dementie (SveDem) en
- activiteiten voor het kwaliteitsregister voor gedrags- en psychologische symptomen van dementie (BPSD).

Nationaal kwaliteitsregisters BPSD en SveDem

Het doel van het kwaliteitsregister 'BPSD' is kwaliteitsverhoging van zorg voor mensen met dementie en landelijke gelijkwaardigheid in de zorg en behandeling van deze groep mensen. Bijgehouden wordt de frequentie en ernst van BPSD, mogelijke oorzaken van BPSD, medicatie die gebruikt wordt. Daarnaast worden suggesties gedaan voor effectieve interventies om de prevalentie van BPSD te verminderen en worden voorgestelde interventies geëvalueerd.

Het doel van SveDem is de kwaliteit van dementiezorg te verbeteren door dataverzameling van veranderingen in patiëntenpopulaties, diagnose en behandeling voor dementie. Zo wordt gestreefd naar gelijkwaardige en optimale zorg voor mensen met dementie. In SveDem wordt informatie vastgelegd over de inhoud en de duur van het diagnostiseringsproces, type woning, dementie-diagnose, cognitieve vaardigheden gemeten met de medicatie, zorg en ondersteuning die vanuit *County Councils* en gemeenten verzorgd wordt. Ook wordt kwaliteit van leven meegenomen (www.kvalitetsregister.se, februari 2019).

Overige aspecten van het stelsel

Mantelzorg

17. Welke rol speelt mantelzorg?

Mantelzorg speelt een grote rol in Zweden. Familiezorg is in de afgelopen vijftien jaar over alle sociale groepen toegenomen (Ulmanen & Szebehely, 2015; Meagher & Szebehely, 2013). Vooral vrouwen verlenen mantelzorg. Zo'n 20% van de Zweedse bevolking ouder dan achttien jaar verleent zorg, hulp of ondersteuning aan iemand anders (mantelzorg). Bezuinigingen in de ouderenzorg en wijzigingen in verdeling van thuiszorg (naar vooral mensen met de meest intensieve zorgvragen) hebben geleid tot een toename van informele zorg (mantelzorg). Het aantal ouderen dat zorg ontvangt van zowel thuiszorg als familie is in de eerste jaren van de 21^e eeuw fors gestegen (Ulmanen & Szebehely, 2015). Mantelzorgers besteden sinds die tijd ook meer uren aan mantelzorg (Schön & Haep, 2018). Er is pas sinds recent aandacht voor wat dit betekent voor de balans tussen werk en privéleven van mantelzorgers: in 2014 was dit voor het eerst onderwerp van gesprek in de politiek.

Mantelzorgondersteuning

De Zweedse regering erkent het belang van mantelzorgers en heeft daarom voorzien in verschillende voordelen voor hen. Zo hebben zij recht op honderd dagen betaald zorgverlof tot 80% van het salaris als zij willen zorgen voor iemand die terminaal ziek is. Sinds 1998 is er een wet die stelt dat alle

overheden mantelzorgers dienen te ondersteunen. De overheid voorzag de gemeenten hiervoor van staatsincentives, zodat gemeenten dergelijke ondersteuning konden ontwikkelen. Bij de ondersteuning kan gedacht worden aan respijtzorg of groepsbijeenkomsten met andere mantelzorgers. Een amendement op de LSS in 2009 verplicht gemeenten om mantelzorgers van mensen met chronische ziekten, ouderen of mensen met functionele beperkingen te ondersteunen (OECD, 2013).

Er zijn twee vormen van financiële voordelen voor mantelzorgers in Zweden, afhankelijk van de gemeente. Een vorm is een ‘aanwezigheidsuitkering’ (*hemvårdsbidrag*), een netto bedrag dat de zorgvrager krijgt om zo de hulp aan mantelzorgers in familiekring te kunnen betalen. Dit kan oplopen tot zo’n € 450,- per maand. De tweede vorm is een ‘verzorgersuitkering’ (*anhöriganställning*). Dit houdt in dat de gemeente de mantelzorger in dienst neemt om de mantelzorg te verrichten. De mantelzorger ontvangt een vergelijkbaar salaris en sociale zekerheid als een huishulpmedewerker in die gemeente en moet hierover belasting betalen (Schön & Heap, 2018).

Volgens de ‘*Swedish Family Care Competence Center*’ hebben (bijna) alle gemeenten ten minste één ‘*family care adviser*’. Het is zijn of haar taak om mantelzorgondersteuning op te zetten binnen de gemeente en daarvoor met verschillende organisaties in zorg, welzijn en vrijwilligerswerk samen te werken. Mantelzorgondersteuning is voor iedereen beschikbaar; er zijn geen eisen waaraan een mantelzorger moet voldoen behalve dat hij of zij zorg of ondersteuning aan een naaste biedt. De behoeften van de mantelzorgers zelf worden niet in kaart gebracht. Aan de andere kant zijn er ook geen eisen aan de inhoud en kwaliteit van mantelzorgondersteuning die gemeenten moeten bieden (Johansson & Schön, 2017).

Er is nog weinig kennis over de effecten van het huidige beleid op mantelzorgers. Op landelijk niveau ontbreekt inzicht in welke ondersteuning aan mantelzorgers geboden wordt, in welke mate informatie beschikbaar is voor mantelzorgers en hoe zij deze informatie waarderen.

Zelfredzaamheid

18. Hoe wordt aangekeken en invulling gegeven aan zelfredzaamheid?

De langdurige zorg in Zweden is er zoals gezegd voor een groot deel op gericht om ouderen en mensen met beperkingen een normaal, onafhankelijk leven te laten leiden. Daar hoort ook zo lang mogelijk thuis blijven wonen bij. Het beleid voor mensen met een beperking is sterk gebaseerd op het VN-verdrag voor de rechten van personen met een beperking. Het is er in het bijzonder op gericht dat mensen kunnen participeren in de samenleving, onder dezelfde condities als anderen. Wel moet rekening gehouden worden met de beperking in onder andere het rechtssysteem. In dit beleid is aandacht voor verschillende beleidsgebieden, waaronder arbeid en onderwijs (www.government.se, april 2019).

De staat is ook verantwoordelijk voor het bieden van hulp aan mensen met een beperking om een baan te vinden en te houden. Bedrijven die iemand met een (arbeids)beperking in dienst nemen kunnen recht hebben op subsidie (www.sweden.se).

De Zweedse regering is zich ervan bewust dat een toegankelijke samenleving, vervoer en hulp thuis ertoe kunnen bijdragen dat mensen zo lang mogelijk zo zelfredzaam mogelijk zijn. Huisvesting, hulpmiddelen en IT/technologie dragen hiertoe bij (www.symbiocare.org).

Voorbereiding ouderdom

19. Hoe bereiden mensen zich voor op ouderdom?

Veel oudere Zweden zijn in goede gezondheid en wonen thuis. Zweden maakt zich op voor een toekomst waarin één op de vier Zweden 65 jaar of ouder is. De levensverwachting in Zweden behoort tot de hoogste ter wereld: 80 jaar voor mannen en 84 voor vrouwen. Verschillende initiatieven worden nu opgezet om toekomstige zorgvragen te kunnen beantwoorden. Mensen moeten langer werken; de pensioenleeftijd gaat omhoog van 61 naar uiteindelijk 63. De overheid investeert in het verbeteren van de gezondheidszorg en sociale zorg voor 65+ers. Deze investeringen gaan onder andere naar de coördinatie van thuiszorg, ouderenzorg, ziekenhuiszorg en de zorg van gezondheidscentra gericht op ouderen. De regering schrijft dat alles dat voor de ouderenzorg gedaan wordt, gebaseerd is op de overtuiging dat ouderen waardevolle mensen zijn die met waardigheid behandeld moeten worden en van wie de integriteit intact gehouden dient te worden (www.symbiocare.org).

‘Preventieve zorg houdt ouderen gezonder’

Onder bovenstaand motto wordt ook geïnvesteerd in preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Denk hierbij aan fysieke activiteit ‘op recept’ van de huisarts, zowel ter preventie als behandeling. Ook wordt veel aandacht besteed aan het voorkomen van valincidenten, omdat deze vaak leiden tot letsel en een beroep op zorg. De preventie bestaat bijvoorbeeld uit informatie voor ouderen, en een ‘fixer’ die dingen thuis meer ‘val-proof’ komt maken (www.sweden.se).

Eenzaamheid

20. In hoeverre is sprake van eenzaamheid, wordt hierop gemonitord en beleid op gemaakt?

Eenzaamheid is zowel onder ouderen als onder mensen met een beperking een punt van aandacht. Figuur 8 (hoofdstuk ‘Denemarken’) laat zien dat 10.1% van de Zweden ouder dan vijftig jaar, gevoelens van eenzaamheid kent. Dit is een hoger percentage dan in Nederland (8.3%) (Fokkema et al., 2012). De gevoelens van eenzaamheid nemen toe naarmate mensen ouder worden. Uit Zweeds onderzoek blijkt dat de helft van de mensen boven de 78 jaar zich soms of vaker eenzaam voelen (Taube, Kristensson, Midlöv, Holst & Jakobsson, 2013).

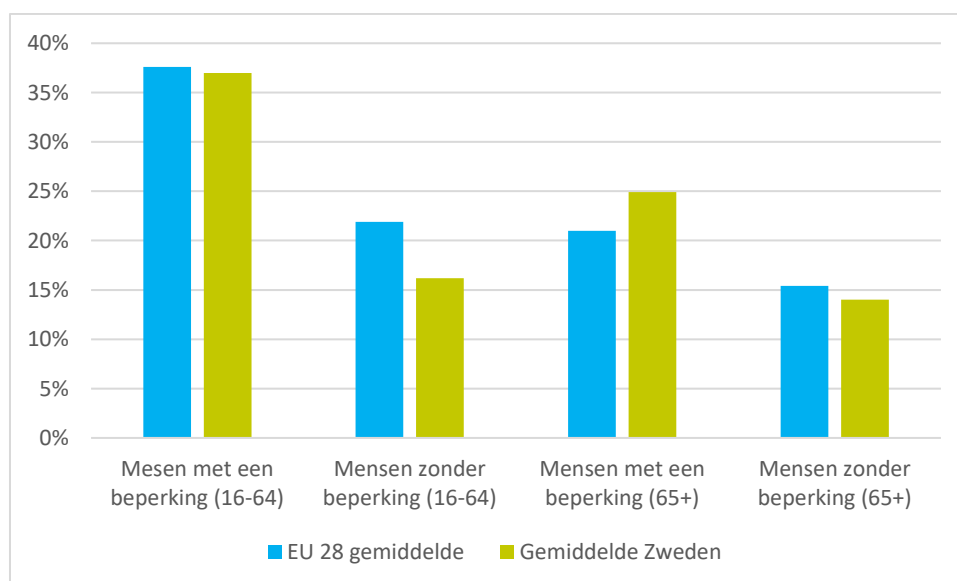
Uit de Europese SHARE studie (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) onder 30.000 ouderen (65 jaar en ouder) in veertien Europese landen, blijkt dat eenzaamheid onder ouderen voorkomt, maar afhankelijk van verschillende factoren. Zo voelen vrouwen zich in meer gevallen eenzaam dan mannen, en ervaren de minst rijken in een samenleving vaker eenzaamheid (Niedzwiedz, Richardson, Tunstall, Shortt, Mitchell, Pearce, 2016). Ook blijkt uit deze studie dat ouderen die zorgen voor een naaste, vaker eenzaamheid melden. In Zweden, Luxemburg en Slovenië is het verschil tussen het ervaren van eenzaamheid door mantelzorgers en niet-mantelzorgers het grootst (Wagner & Brandt, 2015).

Cijfers

Cijfers over eenzaamheid onder mensen met een (verstandelijke) beperking zijn lastiger te vinden. Algemeen is echter bekend dat eenzaamheid vaker voorkomt bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij mensen zonder verstandelijke beperking. Gilmoren & Cuskelly (2014) geven aan dat ongeveer de helft van de mensen met een verstandelijke beperking eenzaam is.

In Zweden is onderzoek gedaan naar de uitkomsten van de-institutionalisering van de (verstandelijk) gehandicaptenzorg (Tøssebro, 2012). Een van de verwachtingen was dat in sociale netwerken inclusie plaats zou vinden. Maar sociale netwerken van mensen met een verstandelijke beperking veranderden nauwelijks en er bleken heel weinig tekenen van sociale inclusie in wijken. Volgens Tøssebro waren deze tegenvallende resultaten te verwachten aangezien het beleid vooral gericht was op het 'wonen'; de verhuizing van mensen met een verstandelijke beperking van instituties naar wijken. Beleid ter verbetering van andere levensdomeinen van mensen met een verstandelijke beperking werd vooral ontwikkeld voor de langere termijn.

Daarnaast blijkt dat de 'relatieve armoede', een van de risicofactoren voor eenzaamheid, onder mensen met een beperking in Zweden reden tot zorg is; deze is in Zweden groter dan het EU-gemiddelde voor deze groep (zie Figuur 11) (Gustafsson, 2019).



Figuur 11 Risico op armoede of exclusie (aangepast overgenomen uit Gustafsson, 2019)

Arbeidsmarkt

21. Hoe ziet de arbeidsmarkt er uit en lukt het om voldoende mensen te vinden?

Zoals in meer landen in Europa is ook in Zweden aandacht nodig voor het werven en behouden van voldoende en gekwalificeerd personeel in de langdurige zorg. Opleiding en training van (nieuw) personeel staat al enkele decennia op de agenda. De ouderenzorg is steeds complexer omdat mensen ouder worden, dementie vaker voorkomt en ouderen daarbij ook andere aandoeningen ontwikkelen. Van oudsher bestaat het grootste deel (negen van de tien) van de werkenden in de langdurige ouderenzorg in Zweden uit vrouwen. Er is een sterke toename te zien van immigrante zorgverleners; momenteel is een op de drie mannelijke zorgverleners en een op de vijf vrouwelijke zorgverleners niet afkomstig uit de Scandinavische landen. Het merendeel komt van oorsprong buiten Europa (Stranz & Szebehely, 2018). Het aandeel part-time werkenden is in de ouderenzorg in Zweden hoog, net als in Nederland (zie Figuur 3). Dit is echter niet vrijwillig omdat men geen full-time functie aangeboden krijgt of als reactie op zware werkomstandigheden (Meagher, Szebehely & Mears, 2016).

Naast inhoudelijke veranderingen van het werk vraagt het werk in de langdurige zorg ook nieuwe vaardigheden, zoals effectief communiceren en samenwerken met andere zorgverleners, zowel formeel als informeel en het werken met digitale toepassingen. Daarnaast investeert de overheid in opleiding en training om het werken in de sector aantrekkelijker te maken (Peterson, 2017).

Ten aanzien van het opleidingsniveau van werkenden in de langdurige zorg is een kloof tussen de ambities en besluiten die op beleidsniveau zijn beschreven en de realiteit. De overheid stelt dat alle zorgverleners een adequate opleiding nodig hebben om te kunnen werken in de langdurige zorg, en hoewel het aantal opgeleide zorgverleners is toegenomen, ontbreekt nog steeds bij een op de vijf zorgverleners in de residentiële zorg en bij een op de vier de zorgverleners in de zorg thuis voldoende opleiding (Stranz & Szebehely, 2018).

Werkgerelateerde ziekmeldingen hebben in Zweden, tussen 2010 en 2014, een toename laten zien van zeventig procent. Het gaat dan vaak over psycho-sociale werkomstandigheden, zoals veeleisend contact met cliënten, bedreigingen en agressie en gebrek aan steun van het management en collega's. Het aantal ziekdagen van vrouwelijke medewerkers in de ouderenzorg ligt 50% hoger dan die van vrouwelijke medewerkers in andere sectoren (Stranz & Szebehely, 2018).

Kwaliteit van personeel

Uit onderzoek blijkt dat medewerkers in de langdurige zorg over het algemeen blij zijn met hun baan, vooral ingegeven door het contact dat zorgverleners hebben met cliënten, maar dat werknemerstevredenheid afneemt vanwege veranderende werkomstandigheden (zie ook Figuur 4). Zoals benoemd is de drempel voor opname in een residentiële voorziening verhoogd. Tegelijkertijd liggen de taken van zorgverleners nog steeds op zowel zorg, welzijn en huishoudelijk gebied. De verhoogde drempel zorgt er echter voor dat de huishoudelijke taken en lichamelijke zorg toenemen. Ook krijgen zorgverleners meer te maken met agressie en nemen administratieve lasten toe. Dit heeft

als effect dat een groot deel van de werknemers in de langdurige zorg in Zweden van plan is hun baan op te zeggen (Szebehely, Stranz & Strandell, 2017).

FINLAND

Kenmerken van het stelsel voor de ouderen- en gehandicaptenzorg in Finland

Hoe is de langdurige zorg geregeld?

Organisatie langdurige zorg

Het zorgstelsel is in Finland, net als in de andere Scandinavische landen, sterk publiek georiënteerd. De waarden die in Finland richtinggevend zijn, zijn vergelijkbaar met die in Nederland. Universele dekking is het uitgangspunt evenals solidariteit. Voor een belangrijk deel zijn publieke voorzieningen gratis voor burgers, de rijksoverheid financiert ze uit belastinginkomsten.

Taken en verantwoordelijkheden zijn verregaand gedecentraliseerd. De rijksoverheid schept de kaders via wetgeving, monitoring en financiering. Op regioniveau (*counties*) wordt de curatieve zorg (huisartsen, ziekenhuizen en gespecialiseerde zorg) georganiseerd. Zorg, wonen en ondersteuning in wat wij het sociale domein noemen (*social care*) voor ouderen en mensen met beperkingen zijn een verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Finland streeft ernaar om kwetsbare mensen die thuiszorg nodig hebben zo lang als mogelijk te faciliteren om thuis te blijven wonen, alvorens ze naar een verpleeghuis verhuizen (Daatland, Høland & Otnes, 2015; Sørbye, Sverdrup & Pay, 2018).

De schaal en omvang van gemeenten verschilt enorm. Dit komt mede door de geografie van het land. In Finland tellen 40 van de 317 gemeenten minder dan 2.000 inwoners, 65 tellen er meer dan 20.000. Een deel van de lagere overheden is te klein om hun taken te vervullen, wat ongelijkheid creëert. In Finland is een debat gaande over recentralisering.

Ouderenzorg

In de ouderenzorg in Finland is de-institutionalisering al tientallen jaren het devies (Daatland, Høland & Otnes, 2015; Anttonen & Karsio, 2016). Het aantal plaatsen in de traditionele langdurige zorg wordt verminderd en deels vervangen door thuiszorg. Daarnaast is de toegang rigoreus ingeperkt. Institutionele zorg is in Finland alleen nog aan de orde wanneer er geen alternatieven zijn. Het besluit tot verhuizing naar een verpleeghuis wordt in Finland gezien als een medische noodzaak.

In Finland zijn de lokale overheden verantwoordelijk voor het organiseren van passende zorg en ondersteuning. Hoewel de nationale overheid bepaalde kaders stelt op gebied van wetgeving en financiën, hebben gemeenten betrekkelijk veel vrijheid in hoe ze tegemoetkomen aan de zorgvraag van ouderen.

De overgebleven residentiële zorg bestaat in Finland veelal uit verpleeghuizen en zorgafdelingen in gemeentelijke zorgcentra of ziekenhuizen. In toenemende mate ontstaan er verschillende beschermende woonvormen. Inwoners kunnen hier een appartement huren of kopen, al dan niet met 24 uurszorg. Kortdurende respijtzorg in de vorm van een kort verblijf in een institutionele omgeving komt in deze voorzieningen ook voor.

Gehandicaptenzorg

Specifiek voor de gehandicaptenzorg is er ook in Finland sinds de jaren negentig een tendens richting decentralisatie en de-institutionalisering. In 1992 werd de lokale overheid verantwoordelijk gemaakt voor de gehandicaptenzorg, waarna de eerste bewoners van instituties verhuisden naar lokale gemeenschappen. Dit werd in 2009 kracht bij gezet door het besluit dat de resterende 2.000 plekken in instellingen in 2015 gereduceerd moesten zijn tot 500. Ook in Finland is er dus sprake van een sterke de-institutionalisering, zij het niet zo rigoreus als in Noorwegen, dat in de jaren negentig al haar instituties sloot (Tøssebro et al., 2012).

Het onderliggende principe van de hervormingen is - net als in de andere Scandinavische landen - normalisatie. Dit houdt in dat mensen met een verstandelijke beperking zo veel mogelijk in de gemeenschap wonen. Speciale zorg en ondersteuning worden alleen ingezet als dit echt nodig wordt geacht. Dit betekent ook dat er vrijwel geen gespecialiseerde diensten voor mensen met een verstandelijke beperking meer worden aangeboden in Finland.

Ondersteuning thuis

Finland stelt zich ten doel mensen in staat te stellen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Zorg aan huis heeft daarom de hoogste beleidsprioriteit. De gemeenten bieden in Finland verpleging en persoonlijke verzorging aan huis, inclusief revalidatiegerichte zorg, huishoudelijke ondersteuning en maaltijdvoorzieningen. De verpleegkundige zorg in de verpleeghuizen en bij de mensen thuis is geïntegreerd. Dat wil zeggen dat dezelfde verpleegkundigen en verzorgenden in beide omgevingen zorg kunnen bieden, dus zowel thuis als in het verpleeghuis. De criteria voor zorg thuis zijn hoog.

In Finland kunnen mensen met beperkte financiële middelen die niet van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken een beroep doen op door de gemeente georganiseerde vervoersdiensten. Het gaat dan om vervoer naar winkels en de apotheek, voor doktersbezoek en voor recreatieve doeleinden. De kosten voor de cliënt zijn gelijk aan die van het openbaar vervoer. Er zijn ook vormen van vervoer die lijken op de regiotaxi bij ons. Deze diensten zijn opgezet om het thuis blijven wonen te ondersteunen.

In Finland wordt in toenemende mate op holistische wijze naar gezondheid gekeken. Dit vraagt om een integrale benadering, waarbij diverse sectoren en partijen worden betrokken. In Noord Karelië werd bijvoorbeeld de agrarische sector getransformeerd om te bewerkstellingen dat burgers minder dierlijke vetten gingen gebruiken, waardoor hart- en vaatziekten enorm afnamen. (Vartiainen, 2018). Preventie, leefstijl, toegang en sociale aspecten worden in samenhang bekeken.

Het concept 'samenwerking in de wijk' hebben we voor Finland niet of nauwelijks als zodanig benoemd gezien. Dit kan komen door de uitgestrektheid van het land, met vele dunbevolkte gebieden. In de grotere steden bestaan wel diverse gebiedsgerichte organisatievormen, maar het concept 'wijk' of '*neighbourhood*' wordt niet als zodanig benoemd. Doordat lokale overheden de zorg organiseren en vele voorzieningen aansturen, vindt er in de praktijk echter al veel samenwerking plaats tussen

zorg en aanpalende domeinen op gemeentelijk niveau. Er vindt eveneens vaak samenwerking plaats tussen de kleinere gemeenten.

In Finland gelden de gezondheidscentra als centra voor multidisciplinaire zorg en ondersteuning die zich ook samen op revalidatie richten. Hoewel welzijn onder de gemeenten valt, werken veel sociale professionals ook in de gezondheidscentra, crisisdiensten en ziekenhuizen, inclusief spoedeisende hulp. Toch valt er bij meervoudige problemen nog veel te verbeteren in de ketensamenwerking, zo melden onze contactpersonen.

Bekostiging

In Finland wordt thuiszorg geboden door overheden c.q. publieke aanbieders en door private aanbieders. Als mensen de thuiszorg zelf betalen, kunnen ze de kosten aftrekken van de belasting. Vanwege de slechte inkomenspositie van veel ouderen gebeurt dit in de praktijk niet veel. De gemeentelijke overheden stellen hulpmiddelen beschikbaar via een uitleensysteem. Ook zijn tegemoetkomingen mogelijk voor onderhoud aan het huis en voor vervoer.

Voor kortdurend verblijf in residentiële voorzieningen wordt een dagtarief gerekend. De bijdrage voor langdurige institutionalisering is op financiële draagkracht gebaseerd. Als gemeenten een beroep doen op private zorgaanbieders dan doen ze dat via een aanbestedingsconstructie.

Zorgvragers kunnen in Finland ook aanspraak maken op dienstenvouchers, die inkomen gerelateerd zijn. Zij betalen zelf het prijsverschil tussen het vouchers en het tarief van de te contracteren diensten. Er is veel verschil tussen de regio's in hoe deze vouchers gebruikt worden.

Ouderen betalen inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen voor thuiszorg. Indien inkomen en/of vermogen te laag zijn, wordt uit de sociale zekerheid de bijdrage aangevuld. De gemeente biedt daarbij maatschappelijke ondersteuning.

De meeste overgebleven instellingen in de gehandicaptensector zijn privaat in Finland.

Technologie

Evenals de andere Scandinavische landen heeft ook Finland grote technologische ambities op gebied van zorg. De focus in het beleid ligt op:

- goede informatisering van dienstverlening en de werkomgeving;
- kostenbeheersing;
- gelijke toegang van doelgroepen in de diverse regio's en bevolkingsgroepen.

Veel gebruikt zijn monitoringsinstrumenten (sensoren) in armbanden, vloerkleden en dergelijke.

Ook telezorg komt - al dan niet met beeldverbinding - steeds meer voor, waarbij consultatie op afstand mogelijk is (<https://www.invesdor.com/en/pitches/783>). Robotica is nog in ontwikkeling en

is bovendien duur. Ook spelen bij toepassing daarvan al snel ethische dilemma's, zeker wanneer het om sociale interactie gaat. Een operationeel systeem in het medische domein (in de toekomst ook het sociale) met gegevens waartoe de burger zelf toegang heeft, is Kanta, zie <https://www.kanta.fi/en/what-are-kanta-services>.

Regeldruk

Ook voor Finland hebben we weinig informatie aangetroffen over regeldruk. Uit gesprekken met Finse collega's vernemen we dat er wel regeldruk is, maar in de literatuur is het geen dominant onderwerp. Uit publicaties blijkt wel dat er, evenals in de andere Scandinavische landen, veel wordt geregistreerd in Finland.

Overig

Mantelzorg

Net als in de andere Scandinavische landen, heeft informele zorg een hoge prioriteit in Finland. In Finland kan mantelzorgondersteuning aan huis worden geboden, in het huis van de mantelzorger en in speciale respijtvoorzieningen. Het kan gaan om ondersteuning voor korte of lange termijn, tijdens korte perioden per dag of de klok rond. Ook zijn financiële vergoedingen, verlof en andere vormen van ondersteuning mogelijk. De gemeente kan ook een contactpersoon aanbieden, evenals een opleiding of scholing voor de mantelzorgers of een gezondheidscheck.

Mantelzorgers hebben in Finland recht op enkele vrije dagen per maand en de gemeente moet op deze dagen voor vervanging zorgen. Dergelijke regelingen worden aan circa 44.000 mensen geboden. Het aantal mantelzorgers in Finland wordt op één miljoen geschat. Van deze mantelzorgers hebben er 350.000 de rol van primaire mantelzorger. De meesten krijgen geen hulp van de overheid. De gemeenten hebben een eigen bevoegdheid om specifieke regelingen te treffen.

Cliëntondersteuning

In Finland is het begrip cliëntondersteuning niet bekend. Iemand met een zorgvraag wendt zich tot de gemeente waar laagdrempelige contactmogelijkheden zijn, zoals serviceloketten en *call centers*. *Case managers* doen vervolgens de indicatiestelling en maken een zorg- en ondersteuningsplan. Dit moet bij 75+ers binnen zeven dagen gebeuren. In de praktijk gaat dit meestal middels een huisbezoek. Voor meer medisch getinte vragen kunnen mensen bij de gezondheidscentra terecht. De daaraan verbonden artsen en verpleegkundigen fungeren als poortwachter in het systeem. Zij zijn allen in loondienst. De gezondheidscentra fungeren als een multidisciplinair centrum voor zorg en ondersteuning aan huis. In dit multidisciplinaire centrum vindt veel samenwerking en integratie plaats, ook in relatie tot de zorgvrager. In een meer stedelijke context kan een dergelijk centrum wel 20.000 mensen bedienen, in kleinere gemeenten gaat het uiteraard om kleinere aantallen.

NOORWEGEN

Kenmerken van het stelsel voor de ouderen- en gehandicaptenzorg in Noorwegen

Organisatie langdurige zorg

Net zoals in de andere Scandinavische landen staan uitgangspunten zoals universele dekking en solidariteit hoog in het vaandel in Noorwegen. Dit resulteert in vele gratis publieke voorzieningen, maar ook in een hoge belastingdruk. Voor mensen met een verstandelijke beperking gaat men uit van normalisatie. Mensen met een verstandelijke beperking leiden een zo normaal mogelijk leven, zo veel mogelijk onder de omstandigheden zoals ieder ander in de maatschappij.

In Noorwegen stelt men zich tot doel om, zoals in vele andere landen, mensen met een beperking die thuiszorg nodig hebben zo lang als mogelijk is in staat te stellen thuis te wonen, voordat ze naar een verpleeghuis verhuizen (Daatland, Høland & Otnes, 2015; Sørbye, Sverdrup & Pay, 2018).

De vertaling van deze waarden naar beleid en praktijk in de ouderenzorg is niet altijd eenduidig. Thuiszorg heeft een hoge beleidsprioriteit, desondanks is het verpleeghuis in dit land toch de ‘gouden standaard’. Het is dominant in het Noorse stelsel. In veel Noorse gemeenten is ondersteunende thuiszorg vooral een beperkte aanvulling op de institutionele zorg.

Omdat Noorwegen een uitgestrekte en gevarieerde geografie kent, verschilt de schaal en omvang van gemeenten enorm. Zo heeft de kleinste gemeente van Noorwegen minder dan 200 inwoners, terwijl de grootste circa 660.000 inwoners telt. Ruim de helft heeft minder dan 5.000 inwoners. Net als in de andere Scandinavische landen heeft Noorwegen een sterk publiek stelsel, maar speelt ook het debat over marktwerking recentelijk een behoorlijke rol.

Ouderenzorg

Waar Denemarken, Zweden en Finland al meer dan twintig jaar bezig zijn het aantal plaatsen in de traditionele langdurige zorg voor ouderen te verminderen, domineert in Noorwegen de institutionele verpleeghuiszorg nog steeds.

Noorwegen is daarmee het enige Scandinavische land dat nog steeds residentiële zorg biedt aan de hand van twee ‘beleidskaders’: een institutioneel zorgkader en een ondersteunend thuiszorgkader (Daatland, Høland & Otnes, 2015). De Noorse overheid stelt dat oudere volwassenen recht hebben op een plaats in langdurige zorgvoorzieningen of een gelijkwaardig verpleeghuis, ontworpen voor 24-uurszorg. In veel gemeenten is ondersteunende thuiszorg meer een minimale aanvulling op de institutionele zorg.

In Noorwegen zijn verpleeghuizen bedoeld voor bewoners die medische zorg en hulp bij dagelijkse activiteiten nodig hebben, bijvoorbeeld mensen met dementie of ernstige hart- en longaandoeningen (Ringard, Sagan, Sperre Saunes & Lindahl, 2013). Er zijn ook revalidatieafdelingen, bijvoorbeeld voor verblijf na een ziekenhuisopname. Beschermende woonvormen bieden bewoners dezelfde diensten als thuiszorg en zijn vaak dicht bij verpleeghuizen gesitueerd. Het verschil tussen verpleeghuizen en

beschermende woonvormen is niet zwart-wit. Sommige bieden diensten die overeenkomen met die van verpleeghuizen, waar andere meer lijken op particuliere woningen. Er zijn ook dagbestedingscentra voor ouderen binnen de verpleeghuizen. Gemiddeld hebben bewoners van beschermende woonvormen minder zorgbehoeften dan bewoners van verpleeghuizen. De meerderheid van verpleeghuizen en beschermende woonvormen is eigendom van de gemeenten. Sommige verpleeghuizen zijn eigendom van vrijwilligersorganisaties. Deze verpleeghuizen worden wel gerund door zorgprofessionals, maar gefinancierd door gemeenten. Enkele verpleeghuizen zijn opgezet als commerciële ondernemingen. Palliatief terminale zorg wordt vaak in specifieke afdelingen van daartoe aangewezen verpleeghuizen geboden (Lindahl, n.d.).

Gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg hebben in Noorwegen rigoureuze hervormingen plaatsgevonden in de jaren negentig. In 1991 werd de verantwoordelijkheid voor de gehandicaptenzorg bij de gemeenten belegd. Tevens werd besloten dat alle traditionele instellingen binnen vijf jaar gesloten moesten zijn. Inmiddels zijn er in Noorwegen dus geen grootschalige instellingen voor mensen met een beperking meer (Tøssebro, 2012).

Tijdens de hervormingen begin jaren negentig zijn de bewoners van de toenmalige instellingen verhuisd naar kleinschalige woonvoorzieningen in bestaande woonwijken en dorpen, midden in de gemeenschap dus. De mensen met de lichtste zorgvraag verhuisden als eersten, gevolgd door de mensen met een zwaardere zorgvraag.

Naar mensen met een beperking is normalisatie de norm in Noorwegen. Dit houdt in dat mensen met een beperking in dezelfde omstandigheden leven als andere Noren, tenzij echt extra begeleiding nodig is. In de praktijk houdt dit bijvoorbeeld in dat er geen speciaal onderwijs bestaat, en dat er vrijwel geen Noren met een verstandelijke beperking wonen in grootschalige instellingen. Ook is men in Noorwegen terughoudend met het organiseren van specifieke voorzieningen en diensten, gericht op mensen met een verstandelijke beperking in het bijzonder.

Kwaliteit

In Noorwegen is via de *National Strategy for Quality Improvement in Health and Social Services* (2005-2015) de aandacht gericht op effectiviteit, veiligheid, efficiëntie, persoonsgerichte zorg, zorgcoördinatie en continuïteit, en gelijke toegang tot de zorg (Lindahl, n.d.). Het Directoraat voor Volksgezondheid is verantwoordelijk voor een nationaal programma gericht op gezondheidszorg-indicatoren zoals overlevingskansen, infectiecijfers, wachttijden en indicatoren specifiek gericht op verschillende medische gebieden.

Toegang

De toegang tot zorg is - naar internationale maatstaven gemeten - behoorlijk goed in Noorwegen, net zoals in de rest van Scandinavië. Er zijn weinig verschillen zichtbaar tussen populaties (Glenngård, n.d.). Regionaal zijn echter wel grote verschillen te zien in verband met diverse geografische factoren. In dunbevolkte regio's is de situatie wezenlijk anders dan in de verstedelijkte gebieden.

Ondersteuning thuis

In Noorwegen is thuiszorg relatief makkelijk te verkrijgen vergeleken met de rest van Europa (Sørbye, Sverdrup & Pay, 2018). De drempel om een aanvraag voor ondersteuning in te dienen, is relatief laag. De regionale zorgautoriteiten moeten waarborgen dat alle inwoners toegang hebben tot de gezondheidsdiensten in de ziekenhuizen en die van specialisten.

Gemeenten leveren eerstelijnszorg. De gemeenten proberen woonvoorzieningen en andere diensten binnen de gemeente niet naar de standaard instituties te leiden. Hierdoor is in de loop der jaren de institutionele zorg afgenomen en is er een toename te zien van integrale thuiszorgdiensten en nieuwe woonvormen. De Noorse hervormingen van 2012 moedigden daarnaast ook een nauwere samenwerking en betere coördinatie tussen medisch specialisten en thuiszorgorganisaties aan. Een nieuw model, genaamd *‘Everyday Rehabilitation at Home’* is geïmplementeerd in verschillende gemeenten. Hierin werken verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en andere zorgprofessionals samen om diensten te bieden gericht op revalidatie.

Samenwerking in de wijk is een concept dat we niet of nauwelijks als zodanig benoemd zien. Mogelijk komt dat doordat er in Noorwegen veel dunbevolkte gebieden zijn. In de steden zijn er wel gebiedsgerichte organisatievormen, maar het begrip ‘wijk’ wordt niet zo benoemd. Door de organisatie op gemeentelijk gebied en doordat veel voorzieningen door de gemeenten worden aangestuurd, vindt in de praktijk wel veel samenwerking tussen zorg en sociaal domein plaats op lokaal niveau.

Bekostiging

Clënten in Noorwegen betalen een aanzienlijk deel van de institutionele zorg zelf, dat kost hen tussen de 75 en 85% van hun inkomen (Lindahl, n.d.). Gemeenten bepalen of zorg thuis wordt geboden of in een verpleeghuis. Ongeveer drie procent van de verpleeghuizen is privaat en voor thuiszorg ligt dit percentage nog lager. Clënten kunnen thuiszorg en andere diensten van private aanbieders inkopen als aanvulling op de thuiszorg die de overheid regelt.

De ambitie van Noorwegen om ook goede keuzemogelijkheden voor intramurale zorg te bieden, zal op termijn te kostbaar worden en te veel zorgverleners vragen, zo is de verwachting (Daatland, Høland & Otnes, 2015). Een steeds terugkerende discussie in Noorwegen is daarom of intramurale zorg goed is voor ouderen, of dat ze beter thuis kunnen blijven wonen.

Technologie

In Noorwegen is in 2016 een nationale strategie voor gezondheidsinformatietechnologie ontwikkeld (Lindahl, n.d.). Deze strategie valt onder de verantwoordelijkheid van het Directoraat voor e-health. Iedere inwoner heeft een uniek persoonlijk identificatienummer, dat gebruikt wordt in de eerstelijnszorg en voor de medische dossiers van ziekenhuizen. Technologie wordt ook gebruikt om

beveiligde berichten te kunnen sturen tussen de huisarts en patiënten of om online een afspraak met de huisarts in te plannen. De technologie kent nog veel tekortkomingen. Patiënten hebben nog geen toegang tot hun digitale gegevens, er is te weinig standaardisering van data en er zijn te weinig gegevens goed beschikbaar voor kwaliteitsverbetering, zowel lokaal als landelijk.

Regeldruk

Over regeldruk hebben we weinig informatie aangetroffen. Collega's zeggen wel dat deze er is, voor cliënten en voor zorgverleners. Maar volgens de literatuur is het geen dominant onderwerp. Wel wordt uit publicaties duidelijk, dat ook in Scandinavië veel wordt geregistreerd.

Overig

Mantelzorg

Net als in vele andere landen, wordt in Noorwegen sterk ingezet op informele zorg. Ondersteuning van informele zorg is in Noorwegen ook een verantwoordelijkheid van de lokale overheid. In 2016 verleende 15% van de bevolking informele zorg. Mantelzorgers kunnen door gemeenten voor hun mantelzorgwerkzaamheden worden betaald, op voorwaarde dat:

- dit thuis bij de cliënt gebeurt;
- iedereen het er over eens is dat dit de beste oplossing is en
- de zorg geïndiceerd is (Ringard, Sagan, Sperre Saunes & Lindahl, 2013).

De belangstelling voor deze vorm van informele zorg neemt sterk toe. Meer dan 70% bestaat uit mensen tussen de 29 en 59 jaar die gemiddeld ruim tien uur per week zorg verlenen en (in 2010) daar gemiddeld € 730 per week voor ontvingen. Het inzetten van mantelzorgers en vrijwilligers is een nationale beleidsprioriteit geworden.

Er zijn in Noorwegen veel verschillende organisaties voor mantelzorgers. Veel organisaties representeren specifieke groepen, maar er bestaan ook algemene mantelzorgorganisaties, waarvan 'The Caregivers Alliance' een voorbeeld is.

Cliëntondersteuning

Cliëntondersteuning als zodanig lijkt in Noorwegen niet bekend. Voor kwetsbare ouderen is de huisarts of wijkverpleegkundige doorgaans de eerste contactpersoon. Gemeenten zetten wijkverpleegkundigen en sociaal werkers in voor huisbezoeken. Zij kunnen zorg indiceren en daarmee 'voorschrijven'.

In Noorwegen kan iedereen die behoefte heeft aan ondersteuning een aanvraag voor thuiszorg indienen bij de eigen gemeente (Holm, Mathisen, Sæterstrand, & Brinchmann, 2017). Het is afhankelijk van de dienst welke informatie van de betreffende persoon nodig is. Normaal gesproken komen wijkverpleegkundigen op huisbezoek om de benodigde informatie te verzamelen. Hiervoor

wordt een standaard aanvraagformulier gebruikt. De score op dit formulier geeft aan welke zorg de aanvrager nodig heeft en kan ontvangen. Dit heet het individuele besluit. Bijna alle aanvragen voor thuiszorg worden toegewezen.

SAMENVATTENDE RESULTATEN & CONCLUSIES

SAMENVATTENDE RESULTATEN

In het hier voorgaande deel hebben we per land beschreven wat we op de inhoudelijke thema's hebben gevonden. Dit hoofdstuk beschrijft per onderdeel de samenvattende resultaten, en de -indien aanwezig en relevant- bijzonderheden van de verschillende landen.

Organisatie langdurige zorg

Uitgangspunten

De langdurige zorg en ondersteuning aan ouderen en mensen met een beperking gaat in Scandinavië uit van principes als gelijkwaardigheid en toegankelijkheid. De-institutionalisering van zowel de ouderen- als gehandicaptenzorg is in de jaren '90 in gang gezet, waarbij het uitgangspunt is dat ouderen en mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking thuis kunnen (blijven) wonen, ongeacht hun inkomen, de benodigde hulp en kosten van hun beperking. Dat betekent dat langdurige zorg vooral in de samenleving wordt geboden, gekoppeld aan een geschikte woningvoorraad (die in volume niet altijd toereikend is) en aan een maatschappelijke inbedding (zie verderop).

De zorg en ondersteuning is voor een belangrijk deel lokaal georganiseerd, dat wil zeggen op het niveau van gemeenten.

1. **In Denemarken zijn gemeenten** verantwoordelijk voor de zorg thuis. Hieronder vallen diensten van gezondheidscentra, fysiotherapie, beschermende woonvormen, thuiszorg, en de huishoudelijke hulp, et cetera. Gemeenten bieden ook waar nodig huisvesting aan ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Er bestaat geen landelijk minimum standaard voor wat men wel of niet aan zorg en ondersteuning ontvangt, dat bepalen gemeenten zelf.
2. **In Denemarken zijn er verschillende vormen** van ondersteuning voor mensen met een beperking thuis. Dit kan persoonlijke zorg en ondersteuning zijn, zoals thuishulp, training, respijtzorg voor naasten, persoonlijke ondersteuning, huisbezoeken, of contactpersonen, maar ook apparatuur en hulpmiddelen.
3. **In Zweden zijn diverse wetten van kracht** om de zorg, ondersteuning en huisvesting voor mensen met beperkingen en ouderen te regelen. Er is een scheidslijn tussen medische zorg, die op regionaal niveau is georganiseerd, en sociale zorg, die op gemeentelijk niveau is georganiseerd en waaronder de langdurige ouderen- en gehandicaptenzorg vallen. De overheid stimuleert keuzevrijheid voor cliënten, waarbij zorgaanbieders concurreren op kwaliteit en niet op kosten.
4. **In de ouderenzorg in Finland is de-institutionalisering** al tientallen jaren het devies, ook voor de gehandicaptenzorg. Gespecialiseerde zorg voor mensen met een beperking wordt uiterst zelden ingezet, wat ook voor **Noorwegen** geldt.

5. **De Noorse overheid kiest voor normalisering** voor mensen met een beperking, al lang en zeer fundamenteel. Voor ouderen daarentegen maakt ze een geheel andere afweging en is **intramurale zorg** de gouden standaard (zie verderop).

Vormen van zorg, ondersteuning en wonen

In heel Scandinavië stimuleert de overheid een diversiteit aan ondersteuningsvormen mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Als het niet meer gaat, is residentiële zorg beschikbaar. Vanwege de onderliggende principes die het beleid van de langdurige ouderen en gehandicaptenzorg kleuren, zijn er in Scandinavië geen grootschalige instellingen meer voor mensen met verstandelijke beperkingen. Het creëren van gespecialiseerde voorzieningen voor een specifieke groep mensen past niet in deze benadering, maar zijn er wel diverse vormen van wonen, zorg en ondersteuning ontstaan.

Voor ouderen is residentiële zorg nog beperkt mogelijk (met uitzondering van Noorwegen), en bestaan er verschillende woonvormen met zorg en ondersteuning.

1. **De zorg en ondersteuning door gemeenten in Denemarken** kan thuis, in een geclusterde woonvorm of in een verpleeghuis plaatsvinden. Dertig jaar geleden is Denemarken gestopt met het bouwen van traditionele institutionele verpleeghuizen. Institutionele verpleeghuizen bestaan nog wel, maar alleen voor degenen die minimaal acht keer per dag afhankelijk zijn van verpleging en verzorging, die nergens anders verpleging kunnen krijgen en daarom niet meer zelfstandig kunnen wonen. Voor traditionele institutionele verpleeghuizen zijn geclusterde woonvormen in de plaats gekomen waarbij mensen met zorg- en ondersteuningsvragen bij elkaar wonen en elkaar helpen. Het is **onafhankelijke huisvesting**, waarbij bewoners huurders zijn en diensten worden verleend op basis van behoeften. Ouderen of mensen met een beperking kunnen ook in aanmerking komen voor aangepaste woningen die geschikt zijn voor onder andere rolstoelgebruik. Daarnaast bestaan er **tussenvormen** in sommige gemeenten waar mensen naartoe kunnen die geen ziekenhuishulp behoeven, maar tijdelijk ook niet thuis kunnen wonen, zoals hospices. Deze mensen kunnen hier een kortere periode verblijven en intensieve zorg ontvangen.
2. **In Zweden bestaan verschillende vormen van groepswonen, *co-housing* en *single dwelling*.** Al deze vormen kunnen enige mate van ondersteuning omvatten. Ook bestaan er in Zweden verschillende vormen van tijdelijk (**kort**) **verblijf**, bijvoorbeeld voor rehabilitatie en respijtzorg. In de wet zijn in Zweden eisen ten aanzien van het wonen van mensen met een verstandelijke beperking vastgelegd. Zo mogen er maximaal vijf personen wonen, moet een woning zich aan een 'gewone' straat bevinden en heeft elke persoon die er woont beschikking over een volledig appartement met een slaapkamer, eigen badkamer, woonkamer en keuken.
3. **Ook in Finland is normalisatie** het onderliggende principe van de hervormingen in de afgelopen 25 jaar en is er sprake van een sterke de-institutionalisering. Deze was echter niet zo rigoureuus als in Noorwegen. Het besluit tot verhuizing naar een verpleeghuis wordt in Finland gezien als een medische noodzaak. Normalisatie betekent ook dat er geen specifieke diensten zijn voor

mensen met een verstandelijke beperking. Speciale zorg en ondersteuning wordt voor hen alleen ingezet als dit strikt noodzakelijk is.

4. **In Noorwegen worden twee beleidskaders** gehanteerd: een institutioneel zorgkader en een ondersteunend thuiszorgkader. Thuiszorg heeft weliswaar een hoge beleidsprioriteit, desondanks is het **verpleeghuis in dit land toch de ‘gouden standaard’** voor zorgbehoevende ouderen en daarmee dominant in het Noorse stelsel. Verpleeghuizen zijn in dit land bedoeld voor bewoners die medische zorg en hulp bij dagelijkse activiteiten behoeven, gericht op revalidatie, verblijf na een ziekenhuisopname of langdurig verblijf. **Beschermende woonvormen** bieden bewoners dezelfde diensten als thuiszorg en zijn vaak gesitueerd dichtbij verpleeghuizen. Gemiddeld hebben bewoners van beschermende woonvormen minder zorgbehoeften dan bewoners van verpleeghuizen. **Palliatief terminale zorg** wordt vaak in specifieke afdelingen van daartoe aangewezen verpleeghuizen geboden. **Ondersteunende thuiszorg** is vooral een beperkte aanvulling op de institutionele zorg. Voor mensen met een verstandelijke beperking gelden, net als in Zweden, wettelijke regels voor woonvoorzieningen.

Samenwerking in de wijk

Door de organisatie op gemeentelijk gebied en doordat veel voorzieningen door de gemeenten worden aangestuurd en geleverd vindt in de Scandinavische landen in de praktijk **veel en vrij gemakkelijk samenwerking** plaats tussen zorg en sociaal domein op lokaal niveau. Er wordt weinig onderscheid gemaakt naar verschillende doelgroepen, maar meer gekeken naar individuele ondersteuningsbehoeften. Op basis daarvan wordt de benodigde ondersteuning ingezet. **Aandachtspunten** zijn onder andere de samenhang tussen sectoren voor en na verblijf van ouderen in het ziekenhuis, de inzet van preventie en samenwerking tussen specialisten en thuiszorg.

1. De samenwerking op lokaal niveau verloopt **in Denemarken over het algemeen soepel**. Dit is voornamelijk te danken aan het feit dat alle instanties door de gemeente gefinancierd worden en onder hetzelfde departement vallen. Verder draagt de verregaande digitalisering van de samenleving en van het stelsel van sociale zekerheid sterk bij aan samenhang. Niettemin zijn er zeker ook gebieden waar samenwerking niet goed gaat, bijvoorbeeld in de samenwerking tussen regio's en gemeenten voor de curatieve zorg, bijvoorbeeld bij ontslag uit het ziekenhuis en de zorg thuis. Momenteel wordt via een landelijk actieplan ingezet op het vergroten van de samenhang tussen sectoren voor en na het verblijf van ouderen in het ziekenhuis.
2. **In Zweden is de samenwerking** en coördinatie van zorg voor ouderen die zowel medische zorg (*county*) als sociale zorg (gemeente) nodig hebben, **een van de grootste uitdagingen**. Ouderen hebben vaak te maken met een grote hoeveelheid zorgverleners en -organisaties.
3. **In Finland** organiseren de lokale overheden de zorg, waardoor er **veel samenwerking tussen partijen** is.
4. **In Noorwegen sturen gemeenten op integrale** thuiszorgdiensten en nieuwe woonvormen. Noorse hervormingen in 2012 moedigden daarnaast ook een nauwere samenwerking en betere coördinatie tussen medisch specialisten en thuiszorgorganisaties aan. Verpleegkundigen, fysiotherapeuten,

ergotherapeuten en andere zorgprofessionals werken samen om diensten te bieden gericht op revalidatie. Een model dat doet denken aan het Deense *reablement* model.

Kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven

Internationaal gezien is de kwaliteit van de langdurige zorg in Scandinavische landen zeer hoog. De gemeenten bewaken doorgaans de kwaliteit en inspecties zien toe op de kwaliteit van zorg. Ook de kwaliteit van leven is in Scandinavische landen hoog. Verschillende aspecten in deze landen dragen daaraan bij.

1. **In Denemarken** bewaken gemeenten de kwaliteit van de zorg en ondersteuning, onder meer door middel van **kwaliteitsonderzoek bij burgers**. Ze worden getoetst vanuit een landelijke inspectie c.q. toezichtsapparaat. Landelijke accreditaties zijn een aantal jaren geleden komen te vervallen omdat er geen meerwaarde werd ervaren. Er zijn verschillende kwaliteitsverbeteringsprogramma's in de ouderen-, gehandicapten- en eerstelijnszorg. Doel hiervan is het bereiken van een hogere kwaliteit, vanuit de expertise en vaardigheden van professionals.
2. **Zweden** heeft hoog gekwalificeerd medisch personeel in de hele zorgketen en kent een lange traditie in het documenteren van gezondheidsuitkomsten, in de vorm van **nationale kwaliteitsregisters**. Een inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van zorg. In 2017 is Zweden gestart met een **nationaal kwaliteitsplan** voor verbetering van de ouderenzorg. Het gaat dan met name om het versterken van de ontwikkeling van een gelijkwaardige ouderenzorg, het bewaken van een goede kwaliteit en effectiviteit.
3. Ten aanzien van kwaliteit van leven zijn mensen in **Zweden en Denemarken (zeer) tevreden** met hun eigen leven, gezondheid en zijn zij optimistisch over de toekomst. Echter, in **Denemarken** draagt een ongezonde leefstijl bij aan een **lagere levensverwachting**. In **Zweden** constateerde men dat de **decentralisatie** (verhuizen van instellingen naar woningen in de wijk) **niet substantieel bijdroeg** aan betere sociale netwerken, sociale inclusie en participatie in het arbeidsproces van mensen met een verstandelijke beperking.
4. **In Noorwegen** is het **kwaliteitsbeleid** vooral gericht op effectiviteit, veiligheid, efficiëntie, persoonsgerichte zorg, zorgcoördinatie en continuïteit, en gelijke toegang tot de zorg. **Kwaliteitsindicatoren** hebben vooral betrekking op overlevingskansen, infectiecijfers en wachttijden.

Langdurige zorg in een historisch perspectief

De huidige stelsels voor de langdurige zorg aan mensen met een beperking en ouderen in Scandinavië zijn ontstaan na hervormingen in de jaren '90. In de verschillende landen is deze geschiedenis heel vergelijkbaar, maar kende de uitvoering onderlinge verschillen.

De huidige visie op 'mensen met een beperking' in Scandinavië is een sociaal-ecologische. Hierin wordt een beperking niet gezien als een 'defect' in een persoon, maar als een 'mismatch' tussen de competenties van een persoon en de eisen/verwachtingen vanuit de omgeving. Die mismatch vraagt om **compensatie**: de samenleving biedt mensen met een beperking diensten en hulp aan ter compensatie van hun beperking.

1. In **Denemarken** vond in 1987 een omslag plaats in visie als beleid richting de-institutionalisering en het einde van de bouw van nieuwe verpleeghuizen. Zo lang mogelijk thuis blijven wonen werd de norm en er kwam een verscheidenheid aan huisvesting voor ouderen en mensen met een beperking. Tevens kwam een beweging op gang om mensen te helpen zo zelfredzaam mogelijk te laten zijn, opdat zij maximale autonomie zouden ervaren en een eigen leven konden leiden.
2. In Zweden vonden **hervormingen** van zowel de ouderenzorg als gehandicaptenzorg, waarbij instituten sloten en gemeenten verantwoordelijk werden voor de langdurige zorg. De attitude van familie van mensen met een verstandelijke beperking daardoor veranderde drastisch ten gunste van vermaatschappelijking en decentralisatie.
Bij ouderen is nu een punt gekomen dat mensen 'opgelucht' zijn bij opname in een residentiële setting, omdat het **grote aantal zorgverleners** en -organisaties dat in een eerder stadium betrokken is, als niet prettig wordt ervaren.
3. Ook in Finland en Noorwegen werd de visie van meer zorg in de samenleving gekozen, waarbij Noorwegen deze visie voor de gehandicaptenzorg omarmde en voor de verpleeghuizen niet.

Indicatiestelling en monitoring zorgaanvragen

Indicatiestelling voor langdurige zorg wordt in Scandinavië via verwijzing van een huisarts of wijkverpleegkundige gedaan, en via het bepalen van de ondersteuningsbehoeften (*needs assessment*), waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn.

1. **Het verkrijgen van thuiszorg is in Denemarken en Noorwegen** relatief eenvoudig geregeld: een verwijzing van een huisarts respectievelijk wijkverpleegkundige/sociaal werker is voldoende om de thuiszorg te verkrijgen.
2. In **Denemarken hebben alle burgers recht op** volledig vergoede thuiszorg, zorg in geclusterde woonvormen en het verpleeghuis, mits voorgeschreven door een huisarts of bepaald middels een indicatiestelling. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de *needs assessment*.

3. **Ook in Zweden hebben alle burgers recht op zorg en ondersteuning** mits er een indicatie is gesteld op basis van de ondersteuningsbehoeften. Er zijn geen landelijke eisen voor het afgeven van een indicatie, gemeenten zijn hier zelf verantwoordelijk voor. Na de assessment, die enkele maanden kan duren, krijgt de aanvrager te horen hoeveel uur per maand toegekend wordt.
4. In de toegang tot de zorg zijn er in **Noorwegen** weinig verschillen tussen populaties, wel zijn er aanzienlijke **verschillen tussen regio's**, als gevolg van geografische factoren. In dunbevolkte regio's is de situatie wezenlijk anders dan in de verstedelijkte gebieden. De regionale zorgautoriteiten moeten waarborgen dat alle inwoners toegang hebben tot de gezondheidsdiensten in de ziekenhuizen en die van specialisten.

Bekostiging en kostenbeheersing

De ouderen- en gehandicaptenzorg in de Scandinavische landen is publiek gefinancierd en wordt gezien als een taak van de vooral de lagere overheden. Publieke voorzieningen zijn voor een groot deel gratis voor de burgers. De langdurige zorg wordt vooral bekostigd uit belastingen met middelen vanuit de landelijke en lokale overheid. Kostenbeheersing is een thema dat in alle vier de bekeken Scandinavische landen speelt.

Marktwerking is er in beperkte mate. Gemeenten organiseren naast het publieke aanbod (veelal van de gemeente zelf) ook privaat aanbod. Het debat over marktwerking is actueel in de Scandinavische landen. In alle vier de landen zijn de mogelijkheden voor private zorg toegenomen gedurende de laatste jaren.

De publieke kosten van de Scandinavische gezondheidszorg zijn vergelijkbaar met die in Nederland of lager. Niettemin zijn ze hoger dan die van de meeste andere landen in de westerse wereld.

De eigen bijdragen zijn, met uitzondering van Noorwegen, naar Nederlandse maatstaven, laag.

1. In **Denemarken** wordt de zorg vrijwel geheel vergoed uit collectieve belastingen. De gemeenten hebben de mogelijkheid om belastingen te innen, en krijgen geld via het subsidiesysteem, vergoedingen en egalisatieprogramma's van de centrale overheid. Verzorging en verpleging zijn gratis, bewoners betalen huur en individueel voor de voorzieningen, maaltijden en privé-uitgaven. Thuiszorg is vaak ook kosteloos voor de cliënten.
2. In **Zweden betaalt de gemeente rechtstreeks aan de zorgaanbieder**, nadat deze een tijdsindicatie heeft gemaakt bij de start van ondersteuning. Ook kunnen burgers '**vouchers**' krijgen waarmee ze zelf hun aanbieder kunnen kiezen. Verder is er de mogelijkheid dat mantelzorg vergoed wordt (zie verder bij mantelzorg).
3. Ook in **Finland** kunnen zorgvragers aanspraak maken op **dienstenvouchers**. Deze zijn inkomens gerelateerd; burgers betalen zelf het verschil tussen de voucher en het tarief van de te contracteren diensten.

4. In Noorwegen betalen cliënten een aanzienlijk deel van de institutionele zorg zelf. Gemeenten bepalen of zorg thuis wordt geboden of in een verpleeghuis. Cliënten kunnen thuiszorg en andere diensten van private aanbieders inkopen als aanvulling op de thuiszorg die de overheid regelt. Momenteel is er een debat over de betaalbaarheid van de intramurale zorg en over de vraag of deze zorg goed is voor ouderen of dat ze beter thuis kunnen blijven wonen.

Innovatie & technologie

De Scandinavische landen hebben alle technologische aspiraties. Op een aantal punten lijkt er sprake van een voorsprong op Nederland. Dit is deels te verklaren vanuit geografische aspecten: hoewel de schaalgrootte van gemeenten in Scandinavië vergelijkbaar is met die in Nederland, zijn er zeer grote verschillen in omvang en is de bevolkingsdichtheid in met name Finland, Noorwegen en Zweden vaak gering. Dat maakt de inzet van technologie noodzakelijk. Echter, ook in de Scandinavische landen biedt de toepassing van technologie nog de nodige uitdagingen.

1. Het **Deense** publieke stelsel en dus ook het gezondheidszorgsysteem kennen een **verregaande digitalisering**, elektronische communicatie tussen zorgaanbieders, burgers en het systematische gebruik van data en gedigitaliseerde procedures. Burgers beheren hun eigen elektronische patiëntendossiers voor alle zorgfunctionaliteiten. Ook bestaan er online informatievoorzieningen. De Deense digitaliseringsstrategie is erop gericht een coherent en betrouwbaar gezondheidsnetwerk voor alle Denen te realiseren.
2. De **Zweedse overheid** heeft zich tot doel gesteld om in 2025 de **beste in de wereld te zijn op het gebied van digitalisering en e-health**. Zij ziet technologie en e-health als hulpmiddelen om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven. Verschillende innovaties dragen hiertoe bij, net als aan het verminderen van ziekenhuisopnames. Er is echter fragmentatie door het gebruik van verschillende systemen. Gegevensuitwisseling is daardoor niet altijd optimaal. Sinds 2017 hebben alle Zweden inmiddels wel toegang tot hun gezondheidsdossier.
3. Ook in **Finland heeft men aspiraties op het technologische vlak**. De Finse overheid richt beleid in op goede informatisering van dienstverlening. Monitoringsinstrumenten en telezorg zijn veel gebruikt.
4. In **Noorwegen** is in 2016 is een **nationale strategie voor gezondheidsinformatietechnologie** ontwikkeld. Iedere inwoner heeft een uniek persoonlijk identificatienummer, dat gebruikt wordt in de eerstelijnszorg en voor de medische dossiers van ziekenhuizen. Niettemin zijn er nog aanzienlijke tekortkomingen, zoals onvoldoende digitaal toegang tot de eigen gegevens voor patiënten, te weinig standaardisering en te weinig gegevens voor kwaliteitsverbetering.

Regeldruk

Over regeldruk is in de vakliteratuur weinig informatie naar voren gekomen. Uit grijze literatuur, contacten met experts en burgers blijkt dat deze er wel is, voor zowel cliënten als zorgverleners. Ook zijn er studies naar administratielasten van huisartsen. Duidelijk is dat ook in Scandinavië veel wordt geregistreerd en dat dit als last wordt ervaren.

1. In Denemarken is het terugdringen van onnodige administratieve lasten en regeldruk een groot thema. Gemeenten werken aan een uniform classificatiesysteem, onderzocht wordt of bestaande informatiesystemen met elkaar gekoppeld kunnen worden. Landelijk wordt gekeken naar de afschaffing of versoepeling van bepaalde wet- en regelgeving, onder meer voortvloeiend uit verschillen tussen de welzijns- en de gezondheidswetgeving.
2. De introductie van marktwerking is in Zweden bekritiseerd omdat deze veel bureaucratie met zich zou hebben meegebracht. Verschillende registratiesystemen, die niet altijd met elkaar communiceren, dragen daartoe bij. Als reactie daarop wordt nu gewerkt aan het terugdringen van de administratieve lasten en meer op vertrouwen gerichte vormen van beleid en management.

Overige aspecten

Mantelzorg

De cijfers over mantelzorg laten lagere percentages mantelzorgers zien dan in andere Europese landen: in Denemarken en Zweden verleent tussen de 16,4% respectievelijk 20% van de bevolking ouder dan 18 jaar hulp aan anderen. In de verschillende landen worden mantelzorgers ondersteund, bijvoorbeeld met informatie, respijtzorg of een financiële tegemoetkoming. Gemeenten hebben hier een verantwoordelijkheid in.

1. In Scandinavië bestaan regelingen voor betaald verlof voor mantelzorgers (tot honderd dagen in Zweden tot 80% van hun inkomen bij een terminale situatie, negen maanden in Denemarken, in Finland enkele dagen per maand). Burgers kunnen respijtzorg krijgen thuis, in dagcentra of intramuraal, er is groeps counseling mogelijk en in sommige gemeenten krijgen mantelzorgers inkomensondersteuning.
2. In Zweden is het ook mogelijk dat de gemeente de mantelzorger in dienst neemt om ongestoord mantelzorg te kunnen verrichten.
3. In Finland hebben mantelzorgers recht op enkele vrije dagen per maand, waarbij de gemeente zorgdraagt voor vervanging.

Zelfredzaamheid

In de Scandinavische landen ligt een sterke nadruk op mensen zo lang mogelijk zelfstandig en onafhankelijk van zorg laten zijn. Als zorg al nodig is, dan is het streven dat zij zo snel mogelijk weer kunnen doen wat ze voorheen konden en dat zij een waardig bestaan hebben.

1. De maatschappelijke attitude ten aanzien van ouder worden en kwetsbaarheid is een andere dan in Nederland. In **Scandinavië** is deze meer **gericht op de waarde die mensen hebben** in de samenleving en op mogelijkheden die ze de samenleving te bieden hebben. Dat geldt voor ook voor mensen met beperkingen.
2. De **gemeenten in Scandinavische landen zijn verantwoordelijk voor preventie** en voor **initiatieven** om mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Dat betekent dat gemeenten integraal beleid maken en dat ook kunnen uitvoeren. Ze richten ook zorg, ondersteuning en preventie voor een belangrijk deel **zélf** in en kunnen daarbij ook andere maatschappelijke sectoren zoals wonen, werk, inkomen en onderwijs meenemen.

Vorbereiden op ouderdom

Ook in Scandinavië nemen het aantal ouderen en de levensverwachting, toe. Een belangrijk aandachtspunt in de zorg is preventie: voorkomen dat mensen (meer) behoefte aan zorg ontwikkelen. Daarnaast vinden in verschillende landen campagnes plaats waarmee de overheid aanstaande ouderen wil voorbereiden op ouder worden.

1. In **Denemarken** is de **eerstelijnszorg** op lokaal niveau sterk gericht op **preventie** en de bevordering van een **gezonde leefstijl**. Het Deense beleid is er vooral op gericht om de onafhankelijkheid van ouderen zoveel mogelijk te promoten en bevorderen en de zelfredzaamheid en het welzijn van ouderen te versterken. Gemeenten proberen dit doel te bereiken door in te zetten op preventie en zogenaamde '*reablement*'-programma's, en door passende en kosteloze thuiszorgdiensten te bieden aan mensen die dit nodig hebben.
2. Ook in **Zweden krijgt preventie veel aandacht**. Deze is erop gericht mensen zo lang mogelijk zo actief en vitaal mogelijk te houden. Zo wordt door huisartsen geregeld '**fysieke activiteit**' **voorgeschreven** aan ouderen. Enerzijds als preventieve maatregel, anderzijds als (onderdeel van) behandeling van klachten.

Eenzaamheid

Het aantal ouderen dat eenzaam is, is in Scandinavië, net als in Nederland, in vergelijking met andere Europese landen relatief laag. Toch is eenzaamheid een omvangrijk vraagstuk, waar ook in Scandinavië een taboe op rust en dat beleidsprioriteit heeft.

1. Er zijn in **Denemarken** recent door de overheid **middelen vrij gemaakt** om een antwoord te bieden op eenzaamheidsproblemen. Gemeenten zijn vrij om te bepalen hoe ze die middelen besteden.

2. In **Zweden** is na het sluiten van de instituten gekeken of mensen met **verstandelijke beperkingen** ook **meer sociale contacten** opbouwden. Dit bleek niet het geval te zijn; de sociale netwerken van mensen met een verstandelijke beperking veranderden qua omvang en samenstelling niet veel ten opzichte van de periode dat mensen in instellingen verbleven.

Arbeidsmarkt

Arbeidsmarkttekorten zijn ook in Scandinavië een groot probleem. Deze gaan gepaard met een hoog verzuim, veel deeltijdmedewerkers (hoewel het aanstellingspercentage gemiddeld hoger ligt dan in Nederland) en een hoge studie-uitval onder studenten voor zorgberoepen. Het grote tekort aan personeel betekent dat cliënten op sommige plekken te maken krijgen met veel verschillende gezichten, wat een negatieve impact heeft op hun welbevinden.

De Scandinavische overheden nemen maatregelen om de knelpunten op de arbeidsmarkt aan te pakken, onder meer door extra middelen ter beschikking te stellen. De middelen worden ingezet voor het extra werven van nieuwe medewerkers, het vergroten van de arbeidscontracten, competentie ontwikkeling, om de hoge uitval onder studenten te verminderen, voor meer stageplekken, voor betere informatie, imagoverbetering en het uitbreiden van loopbaanmogelijkheden. Ook worden maatregelen ontwikkeld om het ziekteverzuim tegen te gaan.

CONCLUSIES

Het onderzoek naar de langdurige zorg in Scandinavië geeft de volgende inzichten die voor Nederland interessant zijn.

Achtergrond en ideologie

De Scandinavische langdurige zorg heeft een andere historische en culturele achtergrond dan de Nederlandse. De uitgangspunten zijn ideologisch verwant: gelijkwaardigheid van mensen ongeacht beperkingen; eigen regie en zelfstandigheid; zelfstandig kunnen (blijven) wonen; betaalbaarheid van zorg voor iedereen; solidariteit met kwetsbare medeburgers; een toegankelijke samenleving; een zorgzame overheid die waarborgt dat mensen goede zorg kunnen krijgen en kunnen meedoen in de samenleving. De uitwerking van deze waarden is echter verschillend tussen de landen. **Grootschalige residentiële voorzieningen zijn in Scandinavië veel meer dan in Nederland radicaal afgebouwd. Daarnaast is zorg in de samenleving opgebouwd, onder verantwoordelijkheid van lagere, vooral gemeentelijke overheden.**

De uitgangspunten voor langdurige zorg leven al decennia lang in Scandinavië. Er wordt dan ook al decennia aan gewerkt om deze uitgangspunten praktisch te vertalen naar zorg, wonen, werk, onderwijs, inkomen en maatschappelijke participatie. Dat betekent dat een beweging naar 'langer thuis' of een 'participatiesamenleving' zoals we die in Nederland beleidsmatig voorstaan, niet in één transitieslag gerealiseerd kan worden. Het vergt jaren met soms keuzes die weer teruggedraaid of bijgesteld moeten worden, zo zien we in Scandinavië.

De beleidsperspectieven in Scandinavië zijn overwegend langdurend en consistent. Dat kan alleen doordat ze ook diepgeworteld zijn in de samenleving. Het is de moeite waard om verder te onderzoeken hoe een land als Denemarken de omslag naar de-institutionalisering heeft vormgegeven de afgelopen decennia, met als vragen:

- welke maatregelen waren bestuurlijk nodig?
- welke zorginhoudelijke maatregelen deden er toe, zowel vanuit een optiek van behandelen, van zorg en ondersteuning als van preventie en *reablement*?
- hoe waren de opvattingen in de samenleving van invloed op het beleid en op de zorg?
- hoe is het normalisatieprincipe maatschappelijk geland?
- hoe slaagt Denemarken erin te zorgen dat kwetsbare mensen een plaats in de samenleving hebben zonder zeer gespecialiseerde voorzieningen?

Een dergelijke analyse valt buiten het bestek van dit onderzoek, maar is leerzaam voor beleid dat in Nederland tot wezenlijke vernieuwing zou moeten leiden.

Transformatie en *reablement*

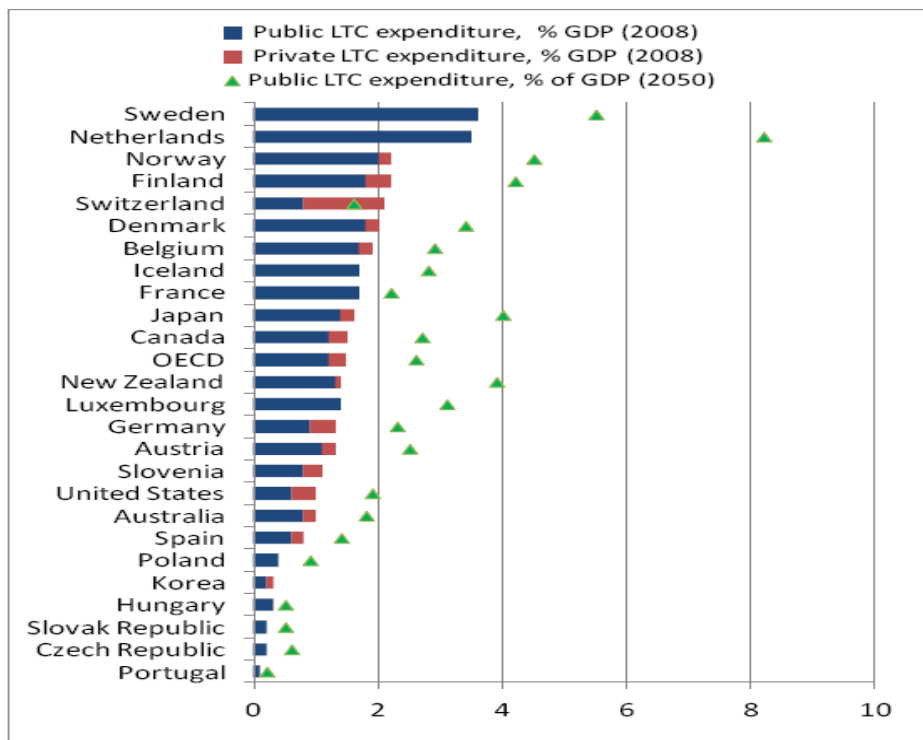
Transformatie en normalisatie zijn in Scandinavië vooral vanuit de zorgpraktijk ontwikkeld. Een concept als *reablement* beoogt het functioneren van mensen te versterken en vaardigheden (weer) aan te leren, voor zover die aansluiten bij wat zij in hun leven van belang achten. Het is een

verplichting die overheden wederzijds met hun burgers aangaan: de overheden zetten zich intensief in voor deze hulp, waarbij de kwetsbare burgers zich inspannen voor zelfredzaamheid. Dit is in Denemarken zelfs een voorwaarde voor langdurige zorgaanpakken. Het is een werkwijze die daar aansluit bij de wensen en doelen van burgers in hun dagelijkse leven. Er zijn zeker ook in Scandinavië kritische geluiden te horen bij dergelijke benaderingen en een land als Noorwegen maakt een dergelijke keuze níet in de ouderenzorg, wel in de gehandicaptenzorg. Het maakt dat de beginselen van ‘zorgen dat’ en ‘zorgen met’ in plaats van het ‘zorgen voor’ maatschappelijk en zorginhoudelijk in Scandinavië beter zijn geland dan in Nederland.

Aanwending van middelen

De Scandinavische landen zijn als gedegen ‘*welfare state*’ te kenschetsen. Er zijn goede sociale voorzieningen, er is solidariteit met kwetsbare mensen in de samenleving, er ligt een grote verantwoordelijkheid bij de overheden. Het gevolg is dat de collectieve lasten voor zorg hoog zijn in internationaal perspectief. Echter, in Nederland zijn de kosten specifiek voor zorg nóg hoger, terwijl de vergrijzing hier minder ver voortgeschreden is (zie figuur 1).

De prognose voor de kostenontwikkeling van Nederland overstijgt die van de Scandinavische landen verregaand, zo blijkt uit OECD-cijfers.



Figuur 12 OECD Cijfers over de (verwachte) uitgaven van de langdurige zorg (overgenomen uit Rodrigues, Huber & Lamura, 2012).

Hoewel de oorzaken voor deze verschillen moeilijk te duiden zijn, lijkt het erop dat de eenvoud van het Scandinavische model, zowel wat betreft de besturing van de zorg als de uitvoering ervan, bijdraagt aan een effectieve aanwending van de financiële middelen. Lagere overheden hebben een grote zeggenschap in de zorg, financieel en inhoudelijk, en zijn integraal verantwoordelijk voor de zorglevering. Daarnaast is er een vorm van gebiedsgerichte financiering. De zorg in Scandinavië is in vergelijking met de situatie in Nederland meer toekomstbestendig.

De rol van gemeenten

Gemeenten opereren in Scandinavië op een -gemiddeld- kleinere schaal dan in Nederland. Schaalgrootte van gemeenten levert meer dan eens problemen op. Vaak werken de zeer kleine gemeenten onderling samen. Er zijn ook voorbeelden van ongelijke rechten van burgers tussen gemeenten, er is in een aantal gevallen onvrede over de rol van gemeenten en er spelen discussies over schaalgrootte en verantwoordelijkheden. Verder zijn er discussies over de vraag welke bestuurslaag het meest gekwalificeerd is. In Finland speelt een debat over recentralisatie, in Denemarken staat de positie van de regio's ter discussie. Deze regio's hebben vooral taken ten aanzien van de curatieve gezondheidszorg. Met andere woorden, de stelseldiscussies zijn ook in Scandinavië actueel en dynamisch. Scandinavische lagere overheden hebben aanmerkelijk meer regie dan die in Nederland en de bevolking verwacht ook van hun overheden dat zij die verantwoordelijkheid nemen.

Tegelijkertijd valt te constateren dat veel gemeenten wél in staat zijn de uitgebreide zorg- en sociale zekerheidstaken voor hun burgers op een goede manier invulling te geven. Naast de doeluitkering die Deense en Zweedse gemeenten van het rijk ontvangen, hebben zij de verantwoordelijkheid zelf belastingen te heffen. Het is de moeite waarde in vervolgonderzoek na te gaan welke omvang van gemeenten in de verscheidene landen als optimaal wordt gezien voor kwalitatief goede en betaalbare infrastructuur voor zorg, welzijn en sociale zekerheid.

Bij de conclusie dat veel Scandinavische gemeenten integrale verantwoordelijkheid kunnen nemen voor langdurige zorg, past ook de constatering dat zij al decennia vanuit deze verantwoordelijkheid werken en deze verder invullen.

Zeggenschap

De zeggenschap van cliënten in de langdurige zorg is vaak goed ontwikkeld in de Scandinavische landen. Dat is in lijn met de grote waarde die aan autonomie, eigen regie en zelfstandigheid wordt gehecht. In veel gevallen is het verplicht om zeggenschap op gemeentelijk niveau in te richten en wordt daar ook goed gevolg aan gegeven. In Nederland is zeggenschap overigens ook op allerlei manieren geregeld, in gemeenten en in zorgorganisaties (Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen).

Integrale benadering

Er heerst in Scandinavië niet alleen een grote verwachting naar de overheid, maar er is ook het bewustzijn dat de samenleving zelf een rol heeft bij het oplossen van vraagstukken van langdurige zorg. Veranderingen van leefstijl, sociale samenhang of een toegankelijke samenleving zijn noodzakelijk om mensen zo vitaal mogelijk en de vraag naar zorg zo beperkt mogelijk te houden. Dat vergt een inclusieve benadering van maatschappelijke partijen en soms een omwenteling van andere maatschappelijke sectoren. Overheden met een integrale taakopvatting kunnen daarbij een belangrijke rol spelen, zo blijkt uit diverse voorbeelden. In Nederland zien we ook in toenemende mate integrale benaderingen van zorg, wonen, werk, onderwijs, inkomen, ondernemerschap, vervoer, toegankelijkheid. Wellicht dat de landen hiervan kunnen leren, waarbij vanuit een bestuurlijke optiek relevant is te kijken hoe overheden kunnen faciliteren.

Marktwerving

Ondanks de grote rol van overheden, bestaat er in Scandinavië ook een roep om meer marktwerving in de zorg. Niettemin is het gebruik van private zorg in vergelijking met Nederland zeer beperkt. Daarbij moet wel worden aangetekend dat in Nederland in tegenstelling tot in Scandinavië de zorg hoofdzakelijk *not-for-profit* is en dat het aandeel *for-profit* op het geheel beperkt is. Dit neemt de laatste jaren overigens wel toe, en in Zweden wordt dit door de overheid ook sterk gestimuleerd.

De vraag naar meer marktwerving in Scandinavië lijkt er vooral op gericht te zijn een tegenkracht in het stelsel te brengen, zodat burgers een andere keuze kunnen maken en zodat aanbieders die als onderdeel van de overheid opereren ‘scherp’ blijven.

Keuzevrijheid

Een aspect dat samenhangt met de keuzevrijheid en regie bij de burger is het gebruik van ‘*vouchers*’ in Zweden en Finland, waarmee burgers zorg bij de aanbieder van hun keuze kunnen afnemen. Daarnaast is het in Zweden mogelijk om een persoonlijk assistentiebudget te ontvangen. Verder bieden Denemarken en Zweden ook de mogelijkheid voor financiële tegemoetkoming van mantelzorgers, om zo de zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij de persoon te kunnen organiseren.

Minder complex

De zorg is in Scandinavië vanuit het perspectief van burgers aanzienlijk minder complex georganiseerd dan in Nederland en daardoor voor burgers beter te begrijpen. Voor zorg en ondersteuning wenden zij zich tot de huisarts en de gemeente. De laatste regelt de zorg en ondersteuning met de betrokken cliënten en hun naasten. Uiteraard moet meervoudige zorg in verband met complexe problemen wel worden gecoördineerd. Echter, ook in een sterk lokaal en publiek georganiseerd verband kunnen fragmentatie en samenwerkingsvraagstukken ontstaan, zo blijkt onder meer in Zweden.

Regeldruk

Ondanks de ogenschijnlijke eenvoud van het stelsel speelt administratieve lastendruk ook in de Scandinavische landen. Er wordt veel geregistreerd en gemonitord, vaak ook om zorginhoudelijke redenen. Het is niet eenduidig vast te stellen of er in Scandinavië meer of minder administratieve lastendruk is dan in Nederland.

Kostenbeheersing

Kostenbeheersing is eveneens een vraagstuk in Scandinavië. Doordat er in veel gevallen sprake is van een budgetteringssysteem per bestuurslaag zijn de kosten behoorlijk goed in de hand te houden. Dat kan echter gepaard gaan met kwaliteitsproblemen of verminderde toegang tot zorg en leiden tot wachtlijsten. Het is lastig te bepalen of kostenbeheersing in vergelijking met Nederland eenvoudiger of moeilijker is. De internationale prognoses voor kostenontwikkeling in de komende decennia laten echter zien dat de kostenontwikkeling voor langdurige zorg in Scandinavië zich gematigder ontwikkelt dan in Nederland (zie figuur 12).

Technologie

Technologie in de zorg is in Scandinavië goed ontwikkeld, deels omdat de overheid daar een stevige rol in neemt. Technologie kan helpen bij de overbrugging van de grote afstanden in de dunbevolkte gebieden in Scandinavië. In Noorwegen, Zweden en Denemarken hebben burgers persoonlijke dossiers waarin een groot aantal zorginhoudelijke data te vinden zijn, alsook gegevens voor andere overheidsdiensten. De Scandinavische landen voeren expliciet beleid om ontwikkeling en toepassing van technologie en informatisering van dienstverlening te stimuleren. Doelen daarbij zijn kostenbeheersing, gelijke toegang van doelgroepen in de diverse regio's en bevolkingsgroepen, arbeidsbesparing en kwaliteitsverbetering. Landelijke standaardisering is nog niet in alle Scandinavische landen gerealiseerd, zeker niet tussen curatieve en langdurige zorg. Dit leidt tot (ongewenste) verschillen tussen regio's en zorgaanbieders, en daarmee tot onduidelijkheid voor de burger. De indruk is dat Nederland op het gebied van technologie aanzienlijk minder ver gevorderd is dan de Scandinavische landen, zeker ook wat betreft de mogelijkheden voor burgers om van hun eigen gegevens gebruik te kunnen maken. Zo zijn in Zweden en Denemarken de persoonlijke gezondheidsdossiers voor alle burgers al beschikbaar.

Normalisatie

Met betrekking tot wonen en zorg zien we in vergelijking met Nederland dat normalisatie en integratie in de samenleving belangrijke en diep in de samenleving gewortelde paradigma's zijn. In Noorwegen bestaan nog verpleeghuizen, maar in de andere Scandinavische landen zijn deze nog maar beperkt aanwezig. Er zijn wel geclusterde en beschermende woonvormen waar mensen met intensieve zorgbehoeften wonen, waar gedeelde ruimten zijn en waar zorgfaciliteiten beschikbaar zijn, alsook zorgverleners op afroep. Hoewel deze faciliteiten en woonzorgconcentraties vanuit een Nederlandse optiek soms op moderne verpleeghuizen of gehandicaptenzorginstellingen lijken, zijn het woonvormen waar zorg en wonen gescheiden zijn. De indruk bestaat dat daarmee het gevoel van een

eigen woning en van een ‘thuis’, inclusief het gevoel van ‘baas in eigen huis’ beter gewaarborgd is. In een aantal gevallen zijn deze woonvormen niet specifiek voor bepaalde doelgroepen. De aansluiting met de samenleving lijkt daardoor beter geborgd. Echter, ook in Scandinavië is duidelijk geworden dat inbedding in de samenleving van mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen niet alleen door zelfstandigheid van woonvormen gerealiseerd kan worden.

Mantelzorg

De zorg in Scandinavië is in verregaande mate geprofessionaliseerd. Intensieve mantelzorg wordt niet als plicht gezien, hooguit als een wens van naasten, en in toenemende mate een noodzakelijke oplossing. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor mantelzorgondersteuning, die verschillende vormen kent. Er is goed ontwikkeld vrijwilligerswerk. Ook is er beleid, waarbij gemeenten een aanjagende functie hebben en die vaak oppakken. Er zijn daarnaast veel goede voorbeelden van onbaatzuchtige maatschappelijke betrokkenheid van burgers ondanks dat professionele zorg de norm is. Overigens heeft Nederland ook een goede reputatie als het om mantelzorg en vrijwilligerswerk gaat. Er zijn voorbeelden van vrijwilligerswerk en ondersteuning van mantelzorg die in Scandinavië sterk gericht zijn op zelfredzaamheid en preventie. Het is niet duidelijk of dit anekdotische voorbeelden zijn of dat ze staan voor een andere visie op en invulling van informele zorg in Scandinavië.

Arbeidsmarkt

De arbeidsmarktproblematiek is in Scandinavië groot, net als in Nederland. Opmerkelijk is dat in Zweden naar verhouding veel meer mensen in de langdurige zorg werken dan in Nederland en bij vergelijkbare kosten. Vergelijking van internationale gegevens laat zien dat Nederland relatief veel parttime medewerkers in de zorg heeft. Dit duidt op een ander arbeidsethos. In Scandinavië is fulltime werken meer de norm dan in Nederland.

Als we de vergelijking tussen Nederland en Scandinavië één op één doortrekken, dus als we redeneren dat wat in de *Nordics* kan, ook in Nederland kan, dan zit er nog ruimte in de Nederlandse arbeidsmarkt. Het verdient een nadere verdieping of dit beeld helemaal juist is en zo ja, wat de achtergrond van deze ruimte is.

Eenzaamheid

Eenzaamheid onder ouderen en negatieve beeldvorming spelen ook in Scandinavië. Daarbij is overigens het beeld dat er onder ouderen veel eenzaamheid is een voorbeeld van negatieve beeldvorming. Ouderen zijn in Scandinavische landen naar internationale maatstaven, net als in Nederland, relatief weinig eenzaam en in vergelijking met mensen uit andere leeftijdsgroepen ook niet bijzonder veel eenzamer. Daarbij moet worden aangetekend dat eenzaam zijn iets anders is dan ‘alleen zijn’. Niettemin, speelt het probleem voor aanzienlijke groepen mensen. Er zijn aanwijzingen dat ‘*community living*’ (Denemarken) bijdraagt aan minder gevoelens van eenzaamheid bij zeer kwetsbare mensen.

Concluderend

Alles bij elkaar, vertoont de ouderenzorg in Scandinavië veel verwantschap met die in Nederland. Er is echter op verschillende punten inspiratie voor vernieuwing in deze landen op te halen, net zoals Nederland voor de Scandinavische landen interessant is. Nederland heeft naar internationale maatstaven een bijzonder goede reputatie op het gebied van ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Echter, wat betreft de duurzaamheid daarvan in termen van betaalbaarheid en arbeidsmarkt, staat Nederland voor grote uitdagingen. In die zin is het belangrijk naar andere landen te kijken, waarbij Denemarken, Zweden, maar ook Finland en Noorwegen zeker bronnen voor nieuwe wegen zijn.

BRONNEN

Literatuur

- Ældre Sagen (2017). *Kommuner bør ansætte pårørendevejledere*. Verkregen via <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/paaroerende/synspunkt/kommuner-boer-ansaeette-paaroerendevejledere>.
- Ældre Sagen (2018_a). *Støtte til pårørende*. Verkregen via <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/paaroerende>.
- Ældre Sagen (2018_b). *Ensomhed*. Verkregen via <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/helbred/ensomhed>.
- Ældre Sagen (2019_a). *Kvalitetsstandarder og kommunal tilsynspolitik*. Verkregen via <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmehjaelp/kvalitetsstandarter-og-kommunal-tilsynspolitik>.
- Ældre Sagen (2019_b). *Hverdagsrehabilitering*. Verkregen via <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmehjaelp/hverdagsrehabilitering>.
- Ældre Sagen (2019_c). *Hverdagsrehabilitering*. Verkregen via <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/hjaelp-og-stoette/paaroerende/gode-raad/gode-raad-om-pasningsorlov>.
- Anskär, E., Lindberg, M., Falk, M. & Andersson, A. (2018). Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. *BMC Health Serv. Res.*, 7(18), 166. doi: 10.1186/s12913-018-2948-6.
- Armstrong, S. (2017). Patient access to health records: striving for the Swedish ideal. *BMJ*, 357.
- Bäck, M.A. & Calltorp, J. (2015). The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 15(6). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2244>.
- Bech, M. (2018). *Manglen på sygeplejersker skal nu undersøges*. Verkregen via <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/manglen-paa-sygeplejersker-skal-nu-undersoeges>.
- Bergman, M A., Johansson, P., Lundberg, S., Spagnolo, G. (2016). Privatization and quality: evidence from elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*, 49, 109-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.06.010>
- Borger.dk. (n.d.). *Bolig til ældre*. Verkregen via <https://www.borger.dk/aeldre/Aeldre-og-bolig/Bolig-til-aeldre>
- Brodin, H. (2005). *Does Anybody Care? Public and Private Responsibilities in Swedish Eldercare 1940-2000*, PhD dissertation, Department of Economic History, Umeå University.
- Cenie. (2018). *Cohousing senior: A real and viable alternative?* Verkregen via <https://cenie.eu/en/blog/cohousing-senior-real-and-viable-alternative>.

- Christensen, J.M. (2016). *Professional development in social Work: elderly care in Sweden and Denmark*. Malmö: Malmö University.
- Daatland, S. O., Høyland, K., & Otnes, B. (2015). Scandinavian contrasts and Norwegian variations in special housing for older people. *Journal of Housing for the Elderly*, 29(1-2), 180-196.
- Daly, T. and Szebehely, M., 2012. Unheard voices, unmapped terrain: Care work in long-term residential care for older people in Canada and Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 21, 39-148.
- Danmarks Radio. (2017). *Rift om sosu'er: Personalemangel rammer ældreplejen*. Verkregen via <https://www.dr.dk/nyheder/indland/rift-om-sosuer-personalemangel-rammer-aeldreplejen>.
- Danmarks Statistic. (2019_a). *Resi01: indskrevne i pleje- og ældreboliger Efter område, alder og foranstaltningsart*. Verkregen via <https://www.statistikbanken.dk/RESI01>.
- Danmarks statistik. (2019_b). *Vh33: leverandører af privat hjemmehjælp Efter område*. Verkregen via <http://www.statistikbanken.dk/10048>.
- Danmarks statistik. (2019_c). *Aed06: modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter Område, ydelsestype, timer pr. Uge, alder og køn & aed022: hjemmehjælp, frit valg (visiterede timer pr. Uge) efter område, ydelsestype, alder og køn*. Verkregen via <https://www.statistikbanken.dk/AED06> en via <https://www.statistikbanken.dk/AED022>
- Danmarks statistik. (2019_d). *Aed023: modtagere af leveret hjemmehjælp, Frit valg, efter område, ydelsestype, timer pr. Uge, alder og Køn*. Verkregen via <https://www.statistikbanken.dk/AED023>.
- Danskernes Sundhed. Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil. Verkregen via <http://www.danskernesundhed.dk>.
- Det Centrale Handicapråd. (n.d.). Det Centrale Handicapråd. Verkregen via <https://dch.dk>.
- Denmark.dk. (n.d.). *Why Denmark is a great place to live*. Verkregen via <https://denmark.dk/people-and-culture>.
- Den Offentlige. (2017). *Stop puljetyranniet på ældreområdet*. Verkregen via <https://www.denoffentlige.dk/stop-puljetyranniet-paa-aeldreomraadet>.
- Etiskråd. (2019). *Etiskråd*. Verkregen via <http://www.etiskraad.dk>.
- Eurofound. (2017). *Living and working in Denmark*. Verkregen via <https://www.eurofound.europa.eu/country/denmark>.
- Finansministeriet. (2019). *Færre regler og mindre bureaukrati*. Verkregen via <https://www.fm.dk/publikationer/2018/faerre-regler-og-mindre-bureaukrati>
- Fluent. (2016). *Inspiratie ophalen voor Nederlandse gezondheidszorg in Zweden*. Verkregen via <http://fluent.nl/publicatie/inspiratie-ophalen-voor-nederlandse-gezondheidszorg-in-zweden/>.

- Fokkema, T.J., Gierveld-de Jong, J. & Dykstra, P.A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology*, 146, 201-228.
- Frennert, S. (2018). Lost in digitalization? Municipality employment of welfare technologies. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. DOI: 10.1080/17483107.2018.1496362.
- Frennert, S. & Östlund, B. (2018). Narrative review: Welfare Technologies in Eldercare. *Nordic Journal of Science and Technology Studies*, 6, 21-34.
- Gemeente Esbjerg. (2012). *Welfare independent living with new technology*. Informatiefolder, verkregen via Gemeente Esbjerg.
- Gilmore, L. & Cuskelly, M. (2014). Vulnerability to Loneliness in People with Intellectual Disability: An Explanatory Model. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11, 192-199.
- Glenngård, A.H. (n.d.). *The Swedish Health Care System*. Verkregen via <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>.
- Gustafsson, J. (2019). *European Semester 2018/2019 country fiche on disability. Sweden*. Örebro: The Swedish Institute for Disability Research, Örebro University. Retrieved from: <https://www.disability-europe.net/theme/eu2020?country=sweden>.
- Gustafsson, R. Å. & Szebehely, M. (2009). *Outsourcing of elder care services in Sweden: effects on work environment and political legitimacy*.
- Hayward, R. (2007). *Deinstitutionalisation and community living - outcomes and costs: report of a European Study*. Verkregen via https://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/DECLOCCountryreportDenmark.pdf
- Healthcare Denmark. (2018). *A Coherent and Trustworthy Health Network for All; Digital Health Strategy 2018-2022*. Verkregen via <https://www.healthcaredenmark.dk/media/1611539/The-Danish-Digitalisation-strategy-2018-2022.pdf>.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2019). *World Happiness Report 2019*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Hellqvist, K., & Lidbrink, M. (2010). *Quality of long-term care in residential facilities*. Verkregen via <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8124&langId=en>.
- Hjortshøj, M. & Stig Jørgensen, J. (2013). *Velfærdsstaten vælter sig i frivillige*. Verkregen via <https://politiken.dk/indland/art5498133/Velf%C3%A6rdsstaten-v%C3%A6lter-sig-i-frivillige>.
- Höglund, A. T., & Falkenström, E. (2018). The status of ethics in Swedish health care management: a qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 608.
- Holm, S. G., Mathisen, T. A., Sæterstrand, T. M., & Brinchmann, B. S. (2017). Allocation of home care services by municipalities in Norway: a document analysis. *BMC health services research*, 17(1), 673. doi:10.1186/s12913-017-2623-3.
- Hospital Healthcare Europe. (2017). *Hospitals in Europe: Healthcare data*. Verkregen via: <http://www.hospitalhealthcare.com/hope/hospitals-europe-healthcare-data>.

- Johansson, L., Long, H. & Parker, M. G. (2011). Informal caregiving for elders in Sweden: An analysis of current policy developments. *Journal of aging & social policy*, 23(4), 335-353.
- Johansson, L. & Schön, P. (2017). *Country Report Sweden. Report. CEQUA Long Term Care network, London School of Economics and Political Science*. Brussels: European Commission: European Union.
- Kommunal Sundhed. (2017). *Mangel paa sosuer rammer tilfredsheden aeldreplejen*. Verkregen via <https://kommunalsundhed.dk/mangel-paa-sosuer-rammer-tilfredsheden-aeldreplejen/>.
- Kusumastuti, S., Gerds, T. A., Lund, R., Mortensen, E. L., & Westendorp, R. G. (2017). Discrimination ability of comorbidity, frailty, and subjective health to predict mortality in community-dwelling older people: population based prospective cohort study. *European journal of internal medicine*, 42, 29-38.
- Leichsenring, K. (2019). *Mutual Learning Workshop "Addressing challenges in the long-term care workforce". Training, recruiting and retaining the long-term care workforce. Thematic Discussion Paper*. Brussel: European Commission.
- Lindahl, A.K. (n.d.). *The Norwegian Health Care System*. Verkregen via <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>.
- Lindstrøm, B. (1997). Housing and service for the elderly in Denmark. *Ageing International*, 23(3-4), 115-132.
- Meagher, G. & Szebehely, M. (2013). Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences. In: Ranci, C. & Pavolini, E. (Eds.). *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*. Springer.
- Meagher, G., Szebehely, M. & Mears, J., (2016). How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. *Work, Employment & Society*, 30(5) 731-749.
- Magnusson, L. (2017). *Facts about carers and caring in Sweden*. Verkregen via <http://www.anhoriga.se/information-in-english/facts-about-informal-carers/facts-carers-and-support-of-carers/>.
- Ministry of Foreign Affairs of Denmark. (n.d.). *Setting the agenda for universal healthcare*. Verkregen via: <https://investindk.com/set-up-a-business/life-sciences/ehealth>.
- Ministry of Health and Social Affairs Sweden. (2015). *Long-term Care in Sweden*. Verkregen via http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/DO/30112017/NICLAS_JACOBSON_Ltc_Sweden.pdf.
- Ministry of Health and Social Affairs. (2016). *Vision for eHealth 2025 - common starting points for digitisation of social services and health care*. Verkregen via <https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/dokument/vision/vision-for-ehealth-2025.pdf>.
- Ministry of Health. (2017). *Healthcare in Denmark; An Overview*. Verkregen via

- https://www.sum.dk/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx.
- Moll, J., Rexhepi, H., Cajander, Å., Grünloh, C., Huvila, I., Hägglund, M., Myreteg, G., Scandurra, I. & Åhlfeldt, R.M. (2018). Patients' Experiences of Accessing Their Electronic Health Records: National Patient Survey in Sweden. *Journal of Medical Internet Research*, 20(11):e278. DOI: 10.2196/jmir.9492.
- Mortensen, K. U. (2018). *Europæisk direktør: Høje tal for frivillige i Norden skyldes skæve statistikker*. Verkregen via <https://www.altinget.dk/civilsamfund/artikel/europaeisk-direktoer-hoeje-tal-for-frivillige-i-norden-skyldes-skaeve-statistikker#>.
- Niedzwiedz, C.L., Richardson, E.A., Tunstall, H., Shortt, N.K., Mitchell, R.J., Pearce, J.R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine*, 91, 24-31. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>.
- Nørskov Bødker, M. (2018). *Negotiating Needs, Negotiating Old Age; an ethnographic study of reablement in the everyday home care practices of a Danish municipality* (PhD).
- OECD (2011_a). *Denmark; Long-term Care*. Parijs: OECD Publishing.
- OECD (2011_b). *Sweden; Long-term Care*. Parijs: OECD Publishing.
- OECD (2011). Can We Get Better Value for Money in Long-term Care? In: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Parijs: OECD Publishing.
- OECD (2013). Long-term care in Sweden. In: *OECD Reviews of Health Care Quality*. Parijs: OECD Publishing.
- OECD (2016_a). *Primary care review of Denmark*. Parijs: OECD Publishing.
- OECD (2016_b). *OECD Better policy for better lives. Health policy overview. Health policy in Sweden*. Parijs: OECD Publishing.
- OECD (2017). "Old-age dependency ratio". In *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators*. Parijs: OECD
- OECD (2019). *Denmark*. Parijs: OECD Publishing.
- OECD (2019_a). *OECD Better Life Index. Sweden*. Verkregen via: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/sweden/>
- Olejas, M. (2012). *Denmark; Health system review*. Verkregen via http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf.
- Pedersen, M. (2015). Senior co-housing communities in Denmark. *Journal of Housing for the Elderly*, 29(1-2), 126-145.
- Peterson, E. (2017). Eldercare in Sweden: an overview. *Revista Derecho Social y Empresa*, nr.8.
- Renaldia (2016). Ældres livskvalitet i seniorbofællesskaber - Hvad ved vi? Verkregen via https://realdania.dk/-/media/realdaniadk/projekter/rum-ogfaellessbaer-foraeldre/boformer-og-livskvalitet-for-%C3%A6ldre-medborgere_final.pdf

- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., and Lindahl, A.K.. (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8), 1- 162.
- Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (Eds.) (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America, Occasional Reports Series 8*. Vienna: European Centre.
- Rostgaard, T. en Matthiessen. (2019). Hjælp til svage ældre. Verkregen via https://pure.vive.dk/ws/files/2530840/211550_Hj_lp_til_svage_ldre_TG.pdf.
- Schön, P. & Heap, J. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Sweden*. Brussels: European Commission.
- SDU & Sundhedsstyrelsen. (2017). Danskernes sundhed. Verkregen via <http://www.danskernesundhed.dk>
- Socialstyrelsen (2016). *Statistics on the Functionally Impaired - Measures Specified by LSS 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2018* [Zorg en ouderenzorg. Voortgangsrapport 2018]. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Søndergård Ingvorsen, E. (2019). *Må ikke ende som kastebolde: Blå blok skyder specialtilbud til handicappede til hjørne*. Verkregen via <https://www.dr.dk/nyheder/politik/maa-ikke-ende-som-kastebolde-blaa-blok-skyder-specialtilbud-til-handicappede-til>.
- Sørbye, L. W., Sverdrup, S., & Pay, B. B. (2018). Should frail older adults be in long-term care facilities? *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, 99.
- Stranz, A. & Szebehely, M. (2018). Organizational trends impacting on everyday realities: the case of Swedish eldercare. In: Christensen, K. & Pillin, D. (Eds.). *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World January 2018*. Oxon: Routledge.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2018). *Forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen*. Verkregen via <https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2018/januar/~media/Filer%20-%20dokumenter/Afbureaukratiseringsarbejde%202018/Rapport%20Forenkling%20af%20regler%20og%20dokumentationskrav%20i%20C3%A6ldreplejen.pdf>.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019_a). *Kommuner-bruger-vaerdighedsmilliard-og-bemandsmidler*. Verkregen via <http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2019/Januar/Kommuner-bruger-vaerdighedsmilliard-og-bemandsmidler.aspx>.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019_b). *Flere hænder og større arbejdsglæde*. <http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2019/Januar/Flere-haender-og-stoerre-arbejdsglaede.aspx>
- Sweden.se. (n.d.). *Elderly care in Sweden*. Verkregen via <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>.

- Swedish Association of Local Authorities and Regions (2015). *Swedish health care from an international perspective. International comparison 2015*. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions.
- Szebehely, M., Stranz, A., & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* [who will work in eldercare in the future?]. Stockholm: department of social work.
- Szebehely, M. & Trydegård, G. B. (2012). Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 300-309.
- Szebehely, M. & Jönsson, H. (2018). *Äldreomsorger i Sverige, ett tema med variationer* [Eldercare in Sweden, a theme with variations]. Gleerups, Malmö.
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G. & Jakobsson, U. (2013). Loneliness Among Older People: Results from the Swedish National Study on Aging and Care - Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal*, 6, 1-10.
- The King's Fund (2015). *Jönköping County Council, Sweden*.
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems/jonkoping-county-council-sweden>
- Tølbøll, L. (2016). *Health policies: Denmark*. Verkregen via
<https://www.perfar.eu/policy/health/denmark>.
- Tøssebro, J. (2016). Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond. *Alter: European Journal of Disability Research*, 10, 110-123.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.alter.2016.03.003>1875-0672
- Tøssebro, J., Bonfils, I., Teittinen, A., Tideman, M., Traustadottir, R., & Vesala, H. (2012). Normalization fifty years beyond-current trends in the Nordic countries. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9, 134-146.
- Van Bodegom, D., & Westendorp, R. G. J. (2015). *Oud worden in de Praktijk* (1^e ed.). Amsterdam/Antwerpen, Nederland: Atlas contact.
- Vartiainen E. (2018). The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Global Cardiology Science and Practice*.
<https://doi.org/10.21542/gcsp.2018.13>
- VIVE (2019_a). *Færre regler og paragraffer kan give kommunerne større handlekraft*. Verkregen via <https://www.vive.dk/da/nyheder/2019/faerre-regler-og-paragraffer-kan-give-kommunerne-stoerre-handlekraft/>
- VIVE (2019_b). *I beskæftigelse efter folkepensionsalderen*. Verkregen via
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/i-beskaeftigelse-efter-folkepensionsalderen-12251/>.
- Vozikaki, M., Papadaki, A., Linardakis, M. et al. (2018). Loneliness among older European adults: results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *Journal of Public Health*, 26, 613. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0916-6>.
- Vrangbæk, K. (n.d.). *The Danish Health Care System*. Verkregen via
<https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.
- Vrangbæk, K. (2018). *Del projektstyringen med frivillige og skab*

merværði. Verkregen via <https://kommunalsundhed.dk/del-projektstyringen-med-frivillige-og-skab-mervaerdi/>.

Wagner, M. & Brandt, M. (2015). Loneliness among informal caregivers aged 50+ in Europe. In: Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin, H., Myck, M. Weber, G. (Eds.) *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*.

Westberg, K. (2010). *Personal assistance in Sweden*. Gentbrugge: Independent Living Institute.

Widen, S. (2015). *Case Study: The Mobile Emergency Team for the Elderly in Uppsala*. New York: ACCESS Health International, Inc.

Wolfensberger, W. P., Nirje, B., Olshansky, S., Perske, R. & Roos, P. (1972). *The Principle of Normalization In Human Services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Geraadpleegde websites

- <https://www.anhoriga.se/information-in-english/facts-about-informal-carers/caring-in-sweden/>
- <http://denmark.dk/en/society/welfare/>
- <https://www.disability-europe.net/>
- <http://kvalitetsregister.se/englishpages/findaregistry/registerarkivenglish/nationalqualityregistryfordementiasvedem.2159.html>
- http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/DO/30112017/NICLAS_JACOBSON_Ltc_Sweden.pdf
- <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/07/insatser-for-aldre-med-demenssjukdom-och-multisjuka-aldre/>
- <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>
- <https://www.statista.com/statistics/530601/sweden-disability-by-type/>
- <http://www.statistikdatabasen.scb.se>
- <http://www.symbiocare.org/healthy-and-dignified-ageing/>
- <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

Geraadpleegde experts

- Rie Mandrup Poulsen MSc, Promovendus en onderzoeker, Region Hovedstaden, Copenhagen.
- Dr. Malene Nørskov Bødker, Onderzoeker, School of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen.
- Drs. Kirsten Tinnevelde Madsen, Stichting Maak de Burger Meester Nederland.
- Professor Rudi GJ Westendorp MD, Professor of Medicine at Old Age, Department of Public Health, University of Copenhagen.
- Professor Tine Rostgaard, onderzoeker bij VIVE, het Deense centrum voor sociaal wetenschappelijk onderzoek.

- Dorien van Veelen, jurist sociale dienst en jeugdzorg, gemeente Gladsaxe, Denemarken.
- Professor Marta Szebehely, professor of social work, Department of Social Work, Stockholm University.
- Minouche Gustaffson. Zij is vanuit Nederland naar Zweden verhuisd en in Zweden werkzaam als verpleegkundige.
- Ir. Joke Hoogenboom. Uit Nederland afkomstig en werkzaam bij een gemeente in Zweden.
- Anneli Hujala, Senior researcher, PhD, University of Eastern Finland, Kupio

BRONNEN