

Het Deense model voor de ouderenzorg

Drs. J.P.J. Singelenberg

Hoofd Kenniscentrum Wonen-Zorg

Dit artikel is verschenen in 'Ouderenzorg' nr 1, 2001.

In Denemarken ligt wonen, zorg en welzijn in een hand: bij de gemeente. Dit betekent dat de ouderenzorg dicht bij huis, dus op wijk- en dorpsniveau, is georganiseerd. Kleinschaligheid en huiselijkheid zijn trefwoorden; zorg en welzijn gaan samen en het medisch model is teruggedrongen tot het strikt noodzakelijke. De overgang van het oude model van institutionele zorg naar het nieuwe model met scheiding van wonen en zorg verliep soepel, doordat het aantal "stakeholders" veel kleiner is dan in ons gecompliceerde poldermodel. De kwaliteit en het bereik van de zorg zijn hoog in verhouding tot ons land, de kosten van het Deense stelsel zijn nauwelijks nog hoger dan die van het onze. Zijn er dan helemaal geen nadelen verbonden aan het Deense model? Waarom nemen we het niet gewoon over in Nederland?

Lof der kleinschaligheid

Denemarken heeft ongeveer een derde van het aantal inwoners van Nederland, maar de oppervlakte is een derde groter. Dit betekent dat er meer platteland is, zeker omdat een kwart van de bevolking in de hoofdstad Kopenhagen woont.

In 1970 werd in een keer een bestuurlijke hervorming doorgevoerd waarbij het aantal gemeenten werd verminderd van 1388 naar 275. Toch heeft nog altijd de helft van de gemeenten minder dan 10.000 inwoners.

Tegelijkertijd werd een groot aantal taken, bevoegdheden en budgetten overgeheveld van het Rijk naar de gemeenten. In Nederland is het budget van alle gemeenten tezamen maar een derde van het budget van het Rijk; in Denemarken hebben de gemeenten daarentegen anderhalf keer zoveel te besteden als de rijksoverheid. Men durft dus het een en ander toe te vertrouwen aan de lokale democratie.

Ouderenzorg, welzijn en volkshuisvesting zijn beleidsterreinen die geheel onder de lokale verantwoordelijkheid vallen. In de gehandicaptenzorg en de psychiatrie gold tot voor kort dat de gemeenten voor de helft verantwoordelijk waren en de provincies voor de andere helft. Dit was zo geregeld omdat de voorzieningen daar grootschaliger waren en dus op regionaal niveau werden georganiseerd. Men komt daar nu op terug en is doende om ook deze zorgsectoren te integreren in het gemeentelijk beleid.

Belangrijke consequentie van de gemeentelijke regie is de kleinschaligheid van de voorzieningen in de ouderenzorg. Ook grotere gemeenten hebben namelijk gekozen voor een sterke binnengemeentelijke decentralisatie naar districten van gemiddeld 10.000 inwoners. Deze districten zijn in sterke mate autonoom en verantwoordelijk voor alle zorgbudgetten. Met uitzondering van zeer gespecialiseerde zorg kan het complete pakket voorzieningen worden geboden binnen de eigen gemeente of het eigen woondistrict. Verzorgings- en verpleeghuizen (het onderscheid bestaat niet in Denemarken) zijn van oudsher al veel kleiner dan in Nederland. Was in Nederland de minimumnorm 60 bedden, in Denemarken is de gemiddelde capaciteit slechts 40 plaatsen.

Huis-, tuin- en keukenzorg

Wat samenhangt met de kleinschaligheid is de huiselijkheid van de ouderenzorg. Het medisch model speelt in Denemarken een veel minder dominante rol dan in Nederland. Een integraal wijkteam biedt verpleging en verzorging aan iedereen: in verzorgingshuizen, woonzorgcomplexen, in aanleunwoningen en bij de mensen thuis. Evenzo is er per district een schoonmaakteam voor de huishoudelijke hulp.

Ook in de woonzorgcomplexen waar 24-uurs-zorg wordt geboden is de sfeer relaxed en ligt sterk de nadruk op welzijn en sociale activiteiten. In het thuiszorgteam zijn ergotherapeuten en fysiotherapeuten opgenomen. Iedereen houdt de eigen huisarts; het fenomeen verpleeghuisarts bestaat niet in Denemarken.

Slechts psychogeriatrische cliënten met ernstige gedragsproblematiek worden buiten de wijk of het dorp opgevangen in regionale verpleeghuizen. De capaciteit hiervan bedraagt in verhouding tot het

aantal ouderen slechts 15% van het Nederlandse volume. Dat betekent dat 85% van onze verpleeghuisbewoners in Denemarken gewoon in eigen wijk of dorp worden verzorgd. Rond het wijkzorgcentrum zijn kleine woonclusters voor ouderen met dementie gesitueerd, groepen van twaalf wooneenheden met eigen sanitair en gemeenschappelijke huiskamer. Per centrum gaat het om twaalf tot maximaal 60 dementerende ouderen. De leden van het wijkteam die deze mensen verzorgen krijgen speciale trainingen en begeleiding inzake psychogeriatric vanuit het regionaal verpleeghuis, dat dus als tweedelijns expertisecentrum fungeert. Ook binnen het regionaal verpleeghuis leeft men in kleine groepen met ieder een eigen sfeer, ongeveer zoals bij ons in het bekende voorbeeldproject "De Hogewey" in Weesp.

Soepele overgang naar scheiding van wonen en zorg

Ook in Denemarken bestonden tot 1987 verzorgings-/verpleeghuizen volgens een intramuraal regime, waarbij de gemeente het hele pakket zorg met verblijf bekostigde en de bewoners alles overhandigden en alleen een zak- en kleedgeld overhiielden voor zichzelf. Ook daar waren de kamertjes klein en was de privacy gering, zij het dat men geen meerpersoonzalen kende zoals in Nederland. Het Deense intramurale product van voor 1987 kan in onze termen dan ook het best worden omschreven als verzorgingshuis, niet als verpleeghuis.

In 1987 werd een Wet op de Ouderenhuisvesting uitgevaardigd, in harmonische samenwerking tussen de bewindslieden van Volkshuisvesting en van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarin scheiding van wonen en zorg wordt geregeld. Er mochten vanaf dat jaar geen tehuizen meer worden gebouwd, alleen nog zelfstandige ouderenwoningen. De minimumkwaliteit van deze woningen werd omschreven in de wet en ligt iets beneden het niveau van ons seniorenlabel (twee kamers zijn ook mogelijk).

Ouderen krijgen de vrije keus tussen individuele thuiszorg en zorg in een woonzorgcomplex. In tegenstelling tot in Nederland, waar de scheiding van wonen en zorg aanleiding gaf tot verhitte debatten en moeizame politieke touwtrekkerijen, is de overgang in Denemarken uiterst soepel verlopen.

In de eerste tien jaar na invoering van de wet verdween een kwart van de intramurale capaciteit. In 1996 bedroeg het volume aan verzorgings- en verpleeghuizen in Denemarken –gerekend per 1000 ouderen– nog maar de helft van dat in Nederland. Bovendien werd ook in deze resterende tehuizen in 1998 de scheiding van wonen en zorg doorgevoerd en worden de wooneenheden aangepast aan de kwaliteitsstandaards van de nieuwe wet.

Het bereik van de thuiszorg daarentegen werd sterk uitgebreid en bedroeg in 1996 twee en een half keer het Nederlandse, gemeten in percentage ouderen dat er gebruik van maakt.

Ook de centra voor dagopvang en de maaltijd- en vervoersdiensten voor ouderen werden sterk uitgebreid.

Doordat de gemeenten zowel verantwoordelijk zijn voor de tehuiszorg als voor de thuiszorg en de welzijnsdiensten leverde deze grote verandering geen noemenswaardige problemen op.

Het complexe rollenspel dat bij ons wordt gespeeld met competentiekwesties tussen gemeenten, provincies en zorgkantoren ontbreekt in Denemarken te enen male.

Wat betreft de gebouwen bleek ook in Denemarken –rond 1993– dat het makkelijker was om verouderde gebouwen te sluiten dan om nieuwe te bouwen. Er werden wel nieuwe wooncomplexen voor ouderen gebouwd, maar geen woonzorgcomplexen met zorginfrastructuur en serviceruimten, voor mensen die zwaardere zorg nodig hebben en toch niet kiezen voor individuele thuiszorg. In 1995 volgde daarom een amendement op de wet van 1987, waarin een subsidie voor zorginfrastructuur en serviceruimten werd geregeld. Sindsdien is de bouw van woonzorgcomplexen voor de zwaardere doelgroep aanmerkelijk toegenomen. Wij wachten hier al jaren met smart op zo'n stimulerende maatregel, doordat VROM en VWS het niet eens kunnen worden over de verantwoordelijkheden.

Kwaliteit en kosten

De indicatiestelling voor de zorg gaat in Denemarken veel simpeler dan bij ons. De wijkzuster komt langs met een checklist en registreert waar men zelf al dan niet nog toe in staat is. Bij de zorgtoewijzing wordt veel minder dan in Nederland geleund op de aanwezigheid van mantelzorg. De Denen vinden dat voor de *basics* iedereen recht heeft op professionele thuiszorg, waarna de omgeving vooral voor de sociale activiteiten moet zorgen. Dit vertaalt zich in een hoger volume aan thuiszorg, hetgeen mede mogelijk is door een veel latere uittreding uit de arbeidsmarkt vergeleken met Nederland. Vrij vertaald: veel Deense vrouwen boven de vijftig leveren betaalde thuiszorg in

plaats van onbetaalde mantelzorg. Iedereen met een indicatie voor thuiszorg heeft sinds kort het recht om een buurvrouw of familielid in te schakelen en deze door de thuiszorg in dienst te laten nemen. Wie het niet eens is met de zorgtoewijzing door de thuiszorg kan in beroep gaan bij de raadscommissie (zie alweer: de lokale democratie). Verder heeft iedereen boven 75 jaar, ook degenen die niet om zorg vragen, recht op een halfjaarlijks bezoek van een professionele ouderenadviseur.

Aan de kant van het wonen valt op dat de ouderen woningen volgens de maatstaven uit de Deense wet inderdaad wat kleiner zijn dan wat bij ons de laatste jaren gebouwd wordt, maar ook beter betaalbaar.

Ouderen betalen nooit meer dan 15% van hun netto inkomen voor de huur en erkende servicekosten. Waar betalen de Denen dit allemaal van?

In 1994 (het laatst bekende cijfer) betaalden de Denen 2% van hun Bruto Nationaal Product aan de ouderenzorg. Voor Nederland was dit 1,75%. Het Deense model is dus 15% duurder.

Maar tien jaar eerder, in 1985, was het verschil veel groter: 2,4% in Denemarken tegen 1,8% in Nederland.

Het Deense substitutiebeleid, waarbij intramurale zorg werd vervangen door extramurale zorg, heeft dus zijn vruchten afgeworpen. Gegeven het feit dat de Deense bevolking meer is vergrijsd dan de Nederlandse (14,6% 65 plussers tegen 13,7% voor Nederland in het jaar 2000) en gegeven het feit dat het bereik van het Deense stelsel groter is (meer ouderen maken er gebruik van, ook ouderen met hogere inkomens), kunnen we geen andere conclusie trekken dan dat het Deense stelsel feitelijk goedkoper is dan het onze.

Vermoedelijk zijn vooral de overheadkosten, de administratieve kosten en de 'besluitvormingskosten' lager in het veel simpeler en kleinschaliger Deense model.

Waarom voeren we het Deense stelsel niet morgen in Nederland in?

Even voorbijgaand aan belangen en weerstanden van gevestigde instituties en andere overgangsproblemen kunnen we ons afvragen of er ook steekhoudende inhoudelijke bezwaren zijn aan te voeren tegen het Deense model.

Ik heb de volgende bezwaren opgetekend en van commentaar voorzien:

- De regie bij gemeenten leggen leidt tot rechtsongelijkheid in het land, kijk maar naar de WVG. Dat is zo, maar het valt in de Deense praktijk erg mee. Verschillen in voorzieningenniveau tussen gemeenten bestaan wel, maar ook het laagste niveau is nog hoog naar onze maatstaven. Dit heeft o.a. te maken met de tamelijk egalitaire traditie in de Deense consensusdemocratie. Ook heeft de rijksoverheid met een aantal wetten wel degelijk basiskwaliteit en basisrechten voor cliënten vastgelegd, waaraan gemeenten zich dienen te houden. Wellicht is bij ons de zorgplicht in de WVG te losjes gedefinieerd.

- Dat alleenvertoningsrecht van gemeenten leidt tot eenheidsworst en ondoelmatige bedrijfsvoering. Marktwerking is inderdaad geen dominant kenmerk van het Deense model. Men heeft dit de laatste tijd ook ingezien en is nu in een aantal gemeenten doende om de 'randen van de zorg', met name huishoudelijke hulp en dienstverlening, enigszins te liberaliseren. Het is nu toch al zo dat veel cliënten particuliere hulp bijhuren naast de gemeentelijke basishulp. Met Persoonsgebonden Budgetten kan dit verder worden uitgebouwd. Verder is het zo dat veel gemeenten in Denemarken de ouderenzorg contractueel al uitbesteden aan particuliere non-profit aanbieders, zoals Daneage. Tenslotte zijn grote gemeenten bezig om benchmarksystemen in te voeren waarmee de prestaties van de verschillende districtteams onderling vergeleken kunnen worden.

- Terugdringen van het medisch model kan leiden tot onverantwoord kwaliteitsverlies in de zorg. In Denemarken gebeuren heus niet meer ongelukken dan bij ons, ook al is het bijvoorbeeld bij wet verboden om aan mensen met dwaalgedrag vrijheidsbeperkingen op te leggen (hetgeen hulpverleners overigens ook daar lastig vinden). Via de tweedelijns verpleeghuizen is altijd expertise leverbaar aan de eerstelijnssteams. Wel is het zo dat wij in Nederland sterker zijn in het bieden van dagprogramma's aan sterk zorgbehoevende ouderen. Het is dus niet zo dat we alle professionaliteit van onze verpleeghuizen zouden moeten inleveren bij de overgang naar een model dat primair uitgaat van het dagelijks leven.

Balans

Ik durf de conclusie wel aan dat alles bij elkaar genomen het Deense model voor de ouderen zelf beter functioneert dan het onze. Natuurlijk hoeven we het niet voor 100 % over te nemen. We kunnen proberen wat meer te behouden van ons sociaal ondernemerschap, onze ruimere woningen, onze professionaliteit in de ouderenzorg, onze keuzemogelijkheid tussen meerdere aanbieders, met name

in de sfeer van dienstverlening. We hoeven onze evolutie naar vraagsturing via persoonsgebonden budgetten niet stop te zetten en kunnen met dit instrument wellicht nog een verbetering bereiken ten opzichte van de Denen.

Maar het grootste obstakel voor een overgang naar het simpele, kleinschalige en alledaagse waarin de Denen zo sterk zijn lijkt mij toch de totale politieke en maatschappelijke consensus die hiervoor vereist is.

We zouden dan in feite moeten erkennen dat we op de verkeerde weg zijn of dat we helemaal niet op een duidelijke weg zijn. Dit vereist een haast bovenmenselijke politieke durf en kracht.

Rosenholm, het Deense model op het platteland

De plattelandsgemeente Rosenholm 25 km ten noorden van Arhus heeft ca. 10.000 inwoners, waarvan de helft in de twee dorpskernen woont.

In het grootste dorp is een service centrum met 73 zorg-appartementen en 20 bijbehorende(aanleun) bungalows. In het centrum bevinden zich kleinere groepswoningen voor 6-12 dementerende ouderen die tevens voor geestelijk gehandicapten zijn die vanuit de regionale instelling naar het geboortedorp zijn teruggekeerd.

Slechts twee dementerende ouderen met psychiatrische aandoeningen worden jaarlijks naar regionale verpleeghuizen gestuurd.

Kleine gemeenten zijn grotendeels self-supporting, en maken gebruik van het regionale verpleeghuis als dat nodig is. Zoals overal in Denemarken houdt iedereen zijn eigen huisarts, want verpleeghuizen kennen geen eigen medische staf meer.

Appartementen worden allen direct door de bewoners gehuurd, inclusief de dementerenden, en door henzelf gemeubileerd. Ze hebben grote bedsitters met grote privé slaapkamers.

Het service centrum is zeer levendig(lively) en biedt veel sociale activiteiten, ook aan een groot aantal ouderen van buitenaf.

In het kleinere dorp binnen de gemeente, is een cluster van 11 woningen, voorzien van dagbehandeling (daycare) en een activiteitencentrum, plus nog 5 woningen voor ouderen.

Voor 24 uren zorg gaan mensen naar het service centrum in het grote dorp, maar zij hebben het recht om te blijven waar ze zijn. De gemeente heeft het hoofdcentrum in fases uitgebreid met zorgappartementen en is bezig met de planning van een nieuwe uitbreiding. Het staat midden in het centrum van het dorp.