

## Werkbezoek bestuur Arcares Denemarken 10-13 september 2002

### Aanleiding; het Deense model als inspiratiebron voor Nederland

In Denemarken, Noorwegen en Zweden is ouderenzorg in sterke mate een gemeentelijke aangelegenheid. Aangezien de gemeente ook al verantwoordelijk is voor welzijn en wonen, zijn er gunstige voorwaarden aanwezig voor een integrale aanpak. In Scandinavische landen wordt zorg bovendien gezien als een vorm van sociale dienstverlening, en niet zozeer als een vorm van gezondheidszorg. Daardoor staat niet het medische model centraal, maar meer het welzijnsmodel van begeleid wonen.

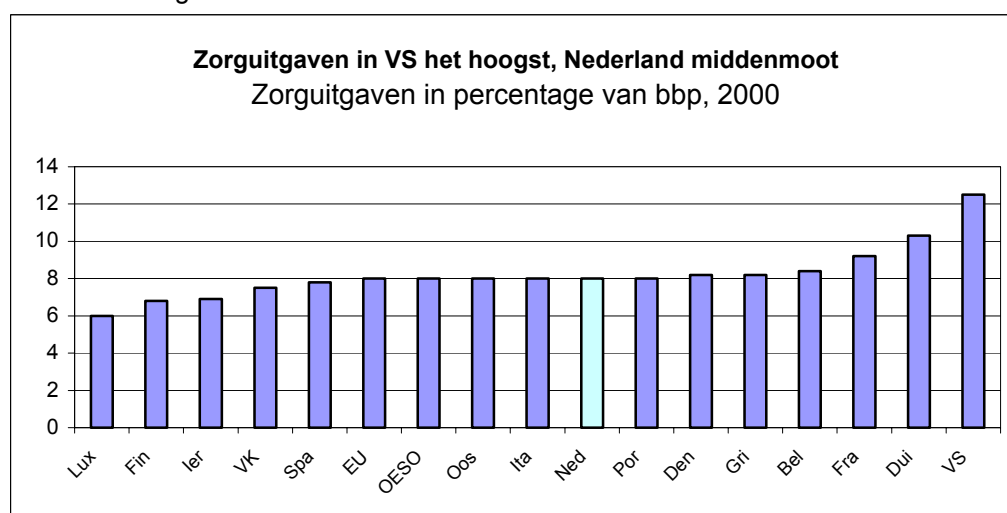
Beide karakteristieken verklaren de verrassende kleinschaligheid van de voorzieningen. Ook kleine gemeenten organiseren zelf een sluitend pakket van voorzieningen. Grote gemeenten werken met een districtenmodel, dat wijken van gemiddeld 10.000 inwoners uitrust met een eigen zorg- en dienstencentrum, een eigen thuiszorgteam en eigen budget-verantwoordelijkheid.

In Nederland is het Scandinavische voorbeeld een inspiratiebron voor woonzorgconcepten waarin de focus gericht is op het wijkniveau zoals woonzorgzones, servicezones en zorgvriendelijke wijken. Met name Denemarken, waar het voorzieningenniveau zeer hoog is, biedt een wenkend perspectief. Juist in dat land is de laatste tien jaar een volledige scheiding van wonen en zorg doorgevoerd, waardoor het voor de zorg niet meer uitmaakt of iemand in een woonzorgcomplex woont of ergens individueel in de wijk. Overigens zien we ook in Denemarken dat ouderen willen verhuizen naar seniorenwoningen in de nabijheid van wijkvoorzieningen. Daardoor ontstaat, ondanks het ruime thuiszorgpakket (zonder wachtlijsten!), een spontane zonering.

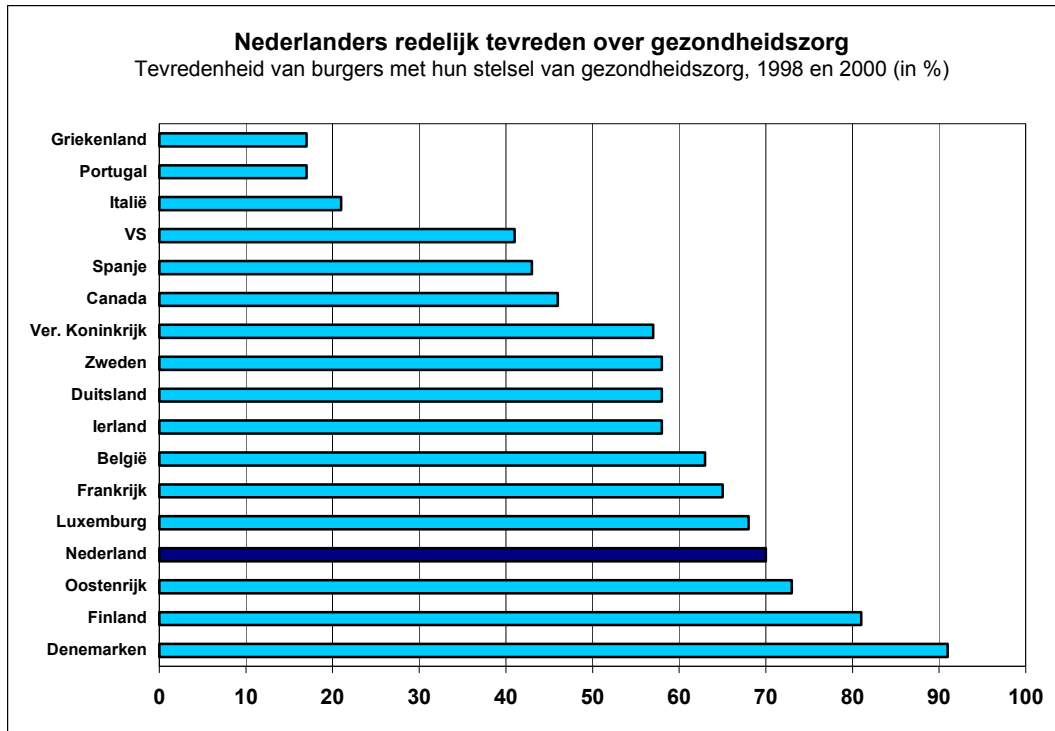
### Het wijkmmodel in Denemarken

Ook in Denemarken kent het wijkmmodel natuurlijk grenzen. Ouderen met ernstige psychiatrische of psychogeriatrische stoornissen worden ook daar opgenomen in regionale verpleeghuizen, maar zij vormen maar een kwart van het percentage dat in Nederland wordt opgenomen. Voor de 'gewone dementerende oudere' is en blijft plaats in de eigen wijk of in de eigen plattelandsgemeente.

Naar onze maatstaven vertoont het Deense model wel wat paternalistische trekjes: 'De gemeente zorgt voor u en weet wat goed voor u is'. Hier zouden we eerder een model verzinnen met meer vraagsturing, marktwerking en keuzevrijheid. Toch zijn de meeste ouderen in Denemarken dik tevreden met hun zorgsysteem. De gemeente stimuleert de kwaliteit van de dienstverlening en de efficiency door de districten via een *benchmarksysteem* onderling te laten wedijveren. Ook qua kosten kan het Deense systeem zich goed meten met het Nederlandse. Het Deense model zou dan ook een goed vertrekpunt kunnen vormen voor een integrale basiszorg op wijkniveau, zeker als we er wat meer ruimte en vrijheid aan zouden toevoegen.



Figuur 1; uitgaven zorgstelsel, Bron SCP 2002



**Figuur 2; tevredenheid met zorgstelsel, bron SCP 2002**

**Woensdagochtend 11 september; Gemeentehuis Aarhus**

Ontvangst door:

Dhr. Jeppe Vagtholm-Jensen, Senoir Consultant, Department Health and Care

Dhr. Mikael Mikkelsen, Construction Department

**Aarhus**

Aarhus heeft ongeveer 290.000 inwoners waarvan 30.000 ouder dan 67 jaar. Het is de tweede stad van Denemarken en een universiteitstad. Er zitten veel opleidingen; het straatbeeld oogt jong. Aarhus is ook industrieel centrum; hoofdzakelijk voedingsmiddelen, (container)haven, ICT. Aarhus wordt bestuurd door burgemeester en 5 wethouders. Aarhus is jarenlang puur sociaal democratisch geweest, sinds november 2001 is er een coalitie van liberalen en sociaal democraten. De wethouder voor Health and Care is een sociaal democraat.

Meer info: [www.aarhus.dk/kommune](http://www.aarhus.dk/kommune)

**Financiering wonen, zorg en welzijn**

Er zijn drie bestuurslagen in Denemarken; landelijke overheid, provincies (13) en gemeenten (275). Landelijke overheid is verantwoordelijk voor algemene ouderdomsuitkering. Uitbetaling ervan is een gemeentelijke taak. Gezondheidszorg (cure), o.a. ziekenhuizen vallen onder de provincie. De gemeente is verantwoordelijk voor het wonen, zorg en welzijn voor haar oudere en gehandicapte burgers en voert deze taken ook zelf uit.

Alle drie de bestuurslagen heffen direct belastingen bij burgers. Daarnaast ontvangen provincie en gemeente uitkeringen van de landelijke overheid. De toelage van de landelijke overheid naar gemeenten wordt verdeeld via een ingewikkeld systeem waarbij de belangrijkste parameters bevolkingsaantal en samenstelling van de bevolking zijn. Deze toelage komt steeds meer onder druk te staan.

De belastingdruk in Denemarken is ongeveer 50- 65 procent. Dit is vergelijkbaar met de Nederlandse situatie.

**Districten**

De afdeling Health and Care van Aarhus is sinds 1998 een zelfstandige afdeling binnen de gemeente. De uitvoering van de zorg is gedecentraliseerd naar 36 lokale districten. In de

districten zijn 38 activiteitencentra en 6 verpleeghuizen (bestaande uit appartementen). Er zijn in de districten ongeveer 10.100 mensen die thuis zorg ontvangen en 4.000 in appartementen voor verzorging en verpleging. Zo'n 5% van de bevolking ontvangt zorg vanuit het lokale centrum.

Een aantal taken worden centraal uitgevoerd o.a. bouw, organisatieontwikkeling, financiën en de betaling van de ouderdomsuitkering en huursubsidie. Het budget van de afdeling Health and Care bedraagt 215 miljoen euro en er zijn ongeveer 7.000 personeelsleden in dienst.

Districten zijn verantwoordelijk voor wonen, zorg en welzijn van hun eigen burgers. In principe wordt er gebruik gemaakt van de voorzieningen in de eigen wijk. Als iemand mobiel is, kan hij ook gebruik maken van voorzieningen in een andere wijk.

Een lokaal centrum heeft tussen de 100 en 700 gebruikers (in appartementen en thuiszorg). Van de 100 gebruikers wonen er gemiddeld 5 in het lokale centrum en ontvangen 95 mensen thuiszorg. Het grootste centrum heeft 200 appartementen. Elk centrum heeft een gebruikersraad met een directe invloed op de dagelijkse gang van zaken.

### **Benchmark**

Tot 1998 was de autonomie van districten in Aarhus erg groot (kleine koninkrijken). Vanuit de politiek ontstond druk om meer vanuit een gemeenschappelijke visie te werken en een eenduidige kwaliteit te bieden. Vanaf die tijd invoering balanced score card en benchmark systeem. In gezamenlijkheid is een visie (waarden o.a. dialoog, menselijkheid, waardigheid, respect, verantwoordelijkheid) en set kwaliteitseisen ontwikkeld. Prestaties worden gemeten op breed vlak; dienstverlening, klanttevredenheid, financiële prestaties en werknemers tevredenheid. Kwaliteit van de totale organisatie staat centraal. De informatie wordt digitaal opgeslagen in een datawarehouse.

Met benchmark wordt beoogd leereffect te bereiken; slechter scorende districten leren van de betere. Benchmark als hulpmiddel voor management in de districten. Vanuit die optiek veel belangstelling voor benchmark-traject Arcares.

### **Private aanbieders**

Tot op heden is al het personeel voor wonen, zorg en welzijn in dienst van de gemeente; gemeenteambtenaren dus. Per 1 januari 2003 kunnen ook private aanbieders de zorgmarkt op. In eerste instantie is dit beperkt tot de dienstverlening en zorg aan huis. Private aanbieders kunnen nog geen zorggebouwen neerzetten.

Effect is dat er een type van onafhankelijke indicatiestelling moet komen. Daarnaast wordt belang van benchmark e.d. onderstreept. Als gemeentelijke aanbieder moet kwaliteit transparant gemaakt kunnen worden.

### **Bouw**

Planning van de bouw van voorzieningen is taak van het construction department, onderdeel van de centrale gemeente. Planning en ontwikkeling gebeurt in nauwe samenwerking met de lokale districten. In de bestaande stad zijn goede locaties voor nieuwbouw en herontwikkeling schaars. Afstemmingsproces met omwonenden en districten kost veel tijd. Realisatieproces duurt al gauw 4 tot 5 jaar. Er is wel voorkeur voor een centraal gelegen locatie met voorzieningen in de buurt maar in de praktijk wordt met minder genoegen genomen.

De gemeente heeft 3 typen huisvesting: appartementen voor zorg (aantal 2.450), appartementen geschikt voor ouderen (aantal 1.850) en appartementen voor tijdelijke opvang (aantal 100).

Het basisconcept bij nieuwbouw gaat uit van een tweekamer appartement van 67 m<sup>2</sup>, met eigen sanitair van 7 m<sup>2</sup>. Huisvesting is bedoeld voor zorgbehoevende ouderen, inclusief dementerenden. De gebouwen bieden een beschermt woonklimaat, met de mogelijkheid voor zorg en 24 uurs-toezicht. Er is een standaard ontwerp ontwikkeld; 10 appartementen met een gemeenschappelijke ruimte en dan 4 tot 5 van dit soort units in een gebouw. Voor 24 uurtoezicht wordt uitgegaan van minimaal 28 appartementen. De gebouwen worden ontwikkeld in samenspraak met gebruikers en staf van het lokale centrum.

Ontwikkeling van een nieuwbouw appartement kost ongeveer 300.000 gulden waarvan 10% voor de zorginfrastructuur (zorgruimte en gemeenschappelijke ruimte).

Aarhus is vanaf 1995 bezig om de voorraad aan woonzorg-appartementen uitbreiden en te vernieuwen. Doelstelling van het uitbreidingsprogramma tot 2005 is om aan 14,7 % van de

67-plussers ofwel aan 48,3 % van de 80-plussers aangepaste woonruimte te kunnen bieden die voldoet aan de kwaliteitseisen van Aarhus. Na 2005 wil men in hetzelfde tempo blijven bijbouwen als de toenemende vergrijzing.

Naast toename van het aantal appartementen is vernieuwing van bestaande appartementen een belangrijk doel. Er is een vernieuwingsprogramma waarin in drie stappen de voorraad aangepakt wordt. Eerst worden 500 kamers zonder eigen sanitair aangepakt (tot 2004) en worden 384 nieuwe zorgappartementen bijgebouwd. Stap twee voorziet in de renovatie van 600 kamers met klein sanitair. Dit is gepland van 2003 tot 2007. Stap 3 voorziet in de aanpak van zorgappartementen uit de jaren 70 en 80 vanaf 2008.

De ervaringen tot nu toe leren dat renovatie vaak duurder is dan sloop en nieuwbouw.

### **Woensdagmiddag 11 september; Lokaal centrum Havkaer in Tilst**

Ontvangst door:

Dhr. Jeppe Vagtholm-Jensen, Senior Consultant, Department Health and Care

Mw. Lone Skov, districtshoofd

#### **Tilst**

Tilst is een buitenwijk van Aarhus, van oorsprong een eigen kern. Tilst heeft 13.500 inwoners waarvan 1300 zorg ontvangen. Slechts de helft daarvan is boven de 65. De andere helft is gehandicapt. Tilst is een district waar veel zorg aan mensen onder 65 gegeven wordt. In andere delen van Aarhus bijvoorbeeld in het centrum zijn veel meer ouderen in zorg.

#### **Lokaal centrum**

Bij het activiteitencentrum zijn 43 appartementen voor verpleeghuiszorg, 24 voor beschut wonen en 2 voor tijdelijke bewoning. Verderop in de wijk is nog een gebouw met 18 zorgappartementen. Ook is er nog een unit waar 10 NAH en Korsakow patiënten verblijven. Het centrum heeft 130 personeelsleden en een budget van ongeveer 10 miljoen gulden.



**Figuur 3; zorgappartementen bij Havkaer**

De organisatiestructuur van Havkaer is overzichtelijk. Een districtshoofd met een assistent. Elk zorgteam heeft een leider; er is een team voor het zorgcentrum, twee teams voor de wijk en een avond en nachthoofd. Verder zijn er een hoofd administratief, een hoofd voor de activiteiten en een facilitair hoofd.

Het zorgpersoneel bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden en assistenten. Het personeel is in dienst bij het district. Meestal werken ze wel in een vast team, of in het centrum of in de wijk, maar in principe is het mogelijk met personeel te schuiven. Veiligheidsproblemen rond de mensen die in de wijk werken zijn er niet.

Voor de zorg is het niet nodig naar het centrum te verhuizen. Ook als iemand 10 keer per dag zorg nodig heeft wordt dat in het eigen huis gegeven. We is het zo dat mensen over het algemeen bij een hoge zorgvraag wel dichter naar het centrum willen verhuizen.

Aan het centrum zijn een eigen keuken (850 maaltijden) per dag en een eetcafé verbonden. Het eetcafé draait op vrijwilligers en is door krapte aan personeel in de weekenden gesloten. Het zorgplan is een eenvoudig systeem waar gegevens van de cliënt in opgenomen zijn. Bij de cliënt thuis ligt nog een logboek voor de dagelijks overdracht.

Aan het centrum zijn geen artsen verbonden. Mensen hebben ieder hun eigen huisarts. Havkaer ligt vrij geïsoleerd in de wijk. Er zijn geen winkels in de directe nabijheid. Boodschappen kunnen thuis bezorgd worden.

### **Indicatiestelling**

Door de toelating van private aanbieders op de markt is er de noodzaak van een onafhankelijke indicatiestelling. Nu is het zo dat de indicatie door de verpleegkundige van het centrum gesteld wordt. De gemeente wil de indicatie na 1 januari door aparte functionarissen laten stellen, los van de districten maar wel in dienst van de gemeente. De spanning tussen lokaal en centrale gemeente is duidelijk in de discussie tijdens ons bezoek: gemeente hecht aan onafhankelijkheid, inzicht voor de klant waar hij recht op heeft. Lokaal wordt inefficiëntie en verlies van flexibiliteit gevreesd door extra schakel in zorgproces. Nu wordt de zorg die nodig is omschreven in functies en niet in minuten. Ook bij een onafhankelijke indicatiestelling zouden handelingen of zorgarrangementen geïndiceerd moeten worden om flexibiliteit te behouden.

### **Donderdagochtend 12 september; Aarhus Universitetshospital Geriatrik Team**

Ontvangst door:

Mw. Else Marie Damsgard, hoofd van de geriatrie afdeling

Drie stafleden, een senior consultant Provinciaal Ziekenhuis Aarhus, een verpleegkundige en een fysiotherapeut.

### **Geriatrie afdeling**

De geriatrie afdeling is twee jaar geleden opgericht en is een samenwerkingsproject tussen de provincie met de gemeente Aarhus en een aantal patiëntenorganisaties. Het geriatrie team wil vorm geven aan het idee van 'een ziekenhuis zonder stenen'.



**Figuur 4; de geriatrie afdelingen liggen op het uitgestrekte terrein van het universiteitsziekenhuis**

Het Geriatric Department Arhus County bestaat uit de volgende onderdelen:

- G1: een opname-afdeling met 17 bedden voor acute zorg; het is de bedoeling dat mensen binnen 24 uur terug gaan naar huis en anders stromen ze door naar een andere afdeling.
- G2: 12 bedden voor traditionele revalidatie
- G3: 10 bedden voor CVA-zorg
- Acute thuiszorg: met de mogelijkheid om personeel in te zetten gedurende maximaal 5 avonden en 5 nachten na ontslag uit het ziekenhuis.

- Geriatrisch team: geen fysieke afdeling maar een team dat de andere afdelingen kan ondersteunen (advies en consultatie) en in de thuissituatie zorg kan bieden.
- G4: reactiveringsafdeling van 18 plaatsen voor cliënten met intensieve zorgbehoefte en 5 plaatsen dagbehandeling. Deze afdeling gaat in september '02 open. Doel is om in 3 weken tijd met cliënten een 'reactiveringscursus' te doorlopen en na te gaan waar iemand het beste op zijn plek is. Dan kan zij terug naar huis of naar een zorgappartement bij een lokaal centrum. Rekening wordt gehouden met een verlenging tot maximaal 6 weken. Hierover worden afspraken gemaakt met de lokale centra.  
5 bedden van de afdeling zijn voor cliënten die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis maar nog niet naar huis kunnen. Rest van de bedden is voor de gemeente als extra capaciteit vanwege de verbouw van verpleeghuizen.



**Figuur 5; Zingen in de tuin van afdeling G2**

### **Casus**

Aan de hand van casussen wordt de werkwijze van het geriatrisch team toegelicht. Een casus betreft een dame die opgenomen wordt met een longontsteking en dehydratie. Na opname raakt ze in hoge mate verward. Bij het lokale zorgteam wordt informatie ingewonnen. Ze is dement maar kan zich in haar eigen appartement met hulp van het lokale team goed redden. Het geriatrisch team adviseert mevrouw, nu de behandeling van de longontsteking ingezet is, zo snel mogelijk te ontslaan uit het ziekenhuis. Het geriatrisch team organiseert de acute zorg in de thuissituatie. Voor maximaal 5 avonden en nachten kan zorg ingezet worden. Overdag wordt de zorg door het lokale team verricht. Het geriatrisch team begeleidt het ontslag en overlegt met de zorgverleners in de thuissituatie. Thuis komt mevrouw zo snel weer tot rust dat het slechts 2 nachten nodig is om een verzorgende in te zetten. Met een aantal nazorgbezoeken wordt de zorgverlening afgerond en weer helemaal overgedragen aan het lokale team.

De andere casus betreft een man met een heupfractuur waarbij na opname een aantal andere problemen gediagnosticeerd worden; depressie en geen goede revalidatie na eerder CVA. Met deze casus wordt geïllustreerd dat er vaak meerdere problemen spelen bij geriatrische patiënten, de verwevenheid van lichamelijke en psychische problemen en de multidisciplinaire aanpak van het team. Het geriatrisch team richt zich in de behandeling sterk op de thuissituatie. In een vroeg stadium wordt al het contact met de eigen omgeving van de patiënt gezocht. De wens van de patiënt is uitgangspunt; 'wat wilt u dat we voor u doen'. Er worden afspraken gemaakt over de te nemen stappen en evaluatiemomenten.

De laatste casus betreft een patient met CVA die opgenomen wordt op de 'Stroke' afdeling. Op deze afdeling wordt gewerkt met het systeem van 'integrated interdisciplinary coöperation'. Dat houdt in dat de fysiotherapie 7 dagen per week van 7 uur 's morgens tot 10 uur 's avonds op de afdeling werkt. Fysiotherapeuten en verpleegkundigen draaien dezelfde diensten. Het idee hierachter is dat revalidatie en training voortdurend plaats vinden tijdens het doen van alle gewone handelingen zoals wassen, opstaan, eten. Beide disciplines leren van elkaar. Als iemand een CVA krijgt zijn er verschillende mogelijkheden om te revalideren. Jongere patiënten gaan naar een van de andere ziekenhuizen in Aarhus. Oudere patiënten kunnen naar

de afdeling G2 of G3. Een tijdelijke opname in een verpleeghuis in een van de wijken van Aarhus is ook mogelijk. Sommige hebben revalidatie faciliteiten, andere niet. Maar dan is het mogelijk om te revalideren met inzet van een externe fysiotherapeut. Dit laatste kan ook thuis.

### **Huisbezoeken**

Het geriatrisch team beweegt zich op het snijvlak tussen ziekenhuis en thuissituatie. Er worden veel huisbezoeken gedaan en de afstemming met de lokale wijkteams is intensief. Men weet elkaar snel te bereiken en competentiestrijd en domeindiscussie ontbreken.

Het team onderscheidt een aantal type huisbezoek:

- Training visits: voorafgaand aan een opname op de revalidatie afdeling wordt een huisbezoek gebracht om een juist beeld van de thuissituatie te krijgen, waar liggen de problemen? Wat is het doel van opname, wat moet er bereikt worden en is de patiënt daar gemotiveerd voor. Deze screening vooraf is in Nederland niet gebruikelijk.
- Home visits: terwijl de patiënt nog opgenomen is, samen met de patiënt terugkomen in de eigen situatie, wat is er thuis aan zorg en aanpassingen nodig, overleg met lokale wijkteam, vaststellen van de ontslagdatum.
- Following home visits: na ontslag een huisbezoek om na te gaan of aanpassingen voldoende, is er voldoende hulp, bieden van nazorg.
- Upfollowing home: na enige tijd na ontslag nagaan of verworvenheden in stand blijven, soms op vraag bij acute problemen, soms om de dagelijkse verzorgers te coachen.

### **Donderdagmiddag 12 september Caritas Aarhus**

Ontvangst door:

Mw. Birgit Mikkelsen, Leader of Caritas

Mw. Karin Naldahl, Dementia Center Caritas

### **Caritas**

Caritas is verpleeghuis en kenniscentrum voor dementie. Caritas heeft 73 plaatsen voor patiënten met een complexe zorgvraag (combinatie dementie en psychiatrische aandoeningen). 22 patiënten zijn jonger dan 67 jaar. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 78. De gemiddelde verblijfsduur is 3 à 4 jaar.

Caritas is 25 jaar geleden begonnen, op initiatief van Birgit Mikkelsen, om de moeilijkste groepen dementerenden en psychiatrische patiënten een huiselijk en menswaardige opvang te bieden. In de afgelopen jaren heeft Caritas zich ontwikkeld tot een plek waar hoogwaardige zorg wordt geboden vanuit een eigen visie op dementie. Naast de interne zorg heeft Caritas in Aarhus een belangrijke plek als expertisecentrum voor de lokale districten.

Aan Caritas zijn geen artsen verbonden. Patiënten houden hun eigen huisarts en indien nodig wordt teruggevallen op de geriatrische afdeling van het ziekenhuis.

### **Filosofie:**

Dementie is een voortschrijdend proces. In de zorg moet steeds gezocht worden naar een balans tussen de persoonlijke vrijheid van de patiënt en zijn afnemende vermogens. In de zorg staan continuïteit en helderheid centraal. Deze zorgen voor een 'framework' waarin de patiënt zijn eigen vrijheid kan beleven.

Ieder gedrag (ook weglopen) heeft een doel. Gebruik de mogelijkheden van de patiënt. De patiënten moeten zoveel mogelijk een eigen leven leiden. Medicijnen worden alleen gegeven voor 'mental pain' en niet om bepaald gedrag te onderdrukken.

Voor de medewerkers van Caritas is het in de begeleiding en bejegening van de bewoners het juiste evenwicht te vinden tussen aan de ene kant controle en laten gaan. Het gaat om het evenwicht tussen het bieden van voldoende veiligheid en vertrouwen en het geven van voldoende ruimte voor het gebruik van de eigen mogelijkheden en voldoende ruimte voor eigenheid. Waar het juiste punt ligt in dit evenwicht verschilt per bewoner en per tijdstip. Caritas werkt niet met vaste leefgroepen. Groepen worden geregeld opgericht en weer opgeheven. Het is belangrijk om te stoppen met een groep als het nog goed is, zodat er bij de bewoners nog voldoende vertrouwen in de omgeving en voldoende concentratie is. De groepen zijn geen leefgroepen maar de groepen waarin de dagelijkse activiteiten plaats vinden; mensen verhuizen dus niet continu.

In de training van het personeel is aandacht voor: het respecteren van de privé-ruimte (fysiek en psychisch) van de bewoners, haptonomie en muziek. Elke week wordt een uur besteed aan het met elkaar leren, samen zoeken naar de juiste benadering voor de individuele bewoners en het leren van de bewoners. Het opleidingsniveau van de medewerkers ligt wat hoger dan in de lokale centra. Er werken meer verpleegkundigen en het niveau 'helpende' ontbreekt.



**Figuur 6; inrichting in voor ouderen herkenbare stijl**

#### **Relatie met de districten**

Aarhus telt 1700 dementerenden. Elke 2 jaar wordt onderzoek gedaan naar omvang dementie. Sinds 1999 is er een visie op de zorg voor dementerenden die voor de hele stad Aarhus geldt. Opvang van dementerenden vindt in principe in de districten plaats. Er kan thuis zorg geboden worden vanuit het lokale centrum. Als dat niet meer toereikend, is kan iemand verhuizen naar een zorgappartement bij een lokaal centrum. Vanuit het centrum wordt ook ondersteuning geboden aan de mantelzorg, er worden dagactiviteiten voor dementerenden georganiseerd en er is tijdelijke opname voor als het thuis even niet lukt. Vanuit de geriatrie afdeling van het ziekenhuis kan tijdelijk nacht- en avondzorg ingezet worden. Opname in Caritas is mogelijk in geval van dementie met ernstige gedragsproblemen.

Caritas is expertisecentrum voor de lokale districten. Aarhus heeft 7 'key centers' gespreid over de stad. Dit zijn centra met veel zorgcapaciteit. In elk van deze centra is minimaal één dementie-expert werkzaam. Deze persoon is getraind en geschoold door Caritas en heeft een ondersteunende functie voor de lokale centra in dat deel van de stad. De dementie-expert kan ingeschakeld worden bij probleemsituaties, verzorgt de training van het zorgpersoneel in de lokale centra en ondersteunt de familie van de dementerende. Caritas werkt nauw samen met deze dementie-experts. Als de dementie-experts er zelf niet uit komen kunnen ze terugvallen op Caritas. Direct contact met de dementerenden in de wijk zal in de meeste gevallen gedaan worden door de medewerkers van de lokale centra en de dementie-experts. Indien nodig gaat in een klein aantal gevallen ook de medewerker van Caritas op huisbezoek.

Het scholingsaanbod van Caritas is divers. Er worden cursussen gegeven voor familieleden (5 avonden), en voor medewerkers van de lokale centra (variërende van eenmalig over een onderwerp tot driedaagse cursussen en supervisie programma's). Er is een onderzoeksprogramma rond aspecten van dementie (o.a. voeding), er komen veel studenten stage lopen en ook personeel uit de lokale centra kan een week meelopen om de filosofie van



Caritas te ervaren. Caritas trekt veel belangstelling vanuit het buitenland. Het Caritas-systeem zal ook in Japan geïntroduceerd worden.

### **Vrijdagochtend 13 september Noerager**

Ontvangst door:

Dhr. Thorben Andersen, Director Social&Cultural Affairs

Mw. Vibeke Sand, Leader of the Homecare

Mw. Alice Moeberg, Headnurse Noerager seniorcentre

Mw. Marianne Finnerup, Ergonomic Therapist Noerager seniorcentre

### **Zorgorganisatie**

Noerager is een kleine plattelandsgemeente met 5600 inwoners, 1000 inwoners zijn ouder dan 67 jaar. Noerager bestaat uit een aantal dorpen en gehuchten. De zorg werkt vanuit 5 uitvalsbases in verschillende kernen. Er zijn drie activiteitencentra gespreid over de gemeente. De zorg wordt aan ongeveer 285 mensen geboden. Ook hier zien we dat 5% van de bevolking zorg ontvangt. In het STAGG-model, de Nederlandse vertaling van het Deense systeem, wordt ook uitgegaan van een zorggebruik van 5% .

Het aantal personeelsleden bedraagt 127, daarvan werken er 102 in de zorg. Overige functies zijn in de centrale keukens, activiteitencentra, administratie en management.

Het aantal appartementen voor ouderen in de gemeente ligt op 100. 86 appartementen zijn verpleeg-appartementen, direct bij één van de activiteitencentra.

Het budget voor de zorg bedraagt 4 miljoen euro. Een arbeidsplaats kost ongeveer 33.000 euro per jaar.

### **Kwaliteitsstandaard**

Noerager heeft een kwaliteitsstandaard voor verpleging en verzorging en voor de huishoudelijke zorg. Opvallende punten:

- Doelstelling voor V&V is dat in 98% van de relevante aanvragen voor persoonlijke hulp de hulp de volgende dag gestart wordt, Voor huishoudelijke hulp is de doelstelling om binnen 14 dagen na de aanvraag te starten.
- Huishoudelijke hulp heeft als regel een frequentie van eens in de 14 dagen, daar waar nodig kan vaker hulp ingezet worden. (NB in Nederland wordt in de meeste gevallen minimaal 1x per week huishoudelijke zorg gegeven).
- Voor burgers onder de 67 jaar die meer dan 20 uur zorg nodig hebben, bestaat de mogelijkheid zelf een of meer hulpverleners te kiezen uit hun eigen omgeving (persoonlijk assistent). Deze komt dan in dienst van de gemeente om de zorg te verlenen.
- Indicatie stelling voor opname in zorgappartement wordt door de huisarts gedaan, indicatie voor V&V en huishoudelijke zorg wordt door de verpleegkundige gedaan, als het alleen om huishoudelijke zorg gaat is er een aparte persoon in dienst bij de gemeente. Bij het vaststellen van de hulpbehoefte wordt gekeken naar wat de cliënt zelf kan of waar hij bij kan helpen en wat de mantelzorg kan.
- Hulp is door de hele gemeente op alle uren van de dag mogelijk. In de kwaliteitsstandaard is wel vermeld dat het mogelijk is om een grens te stellen aan het aantal bezoeken in de avond en nacht. Tijdens de rondleiding is ons verzekerd dat drie keer per nacht ongeplande zorg geen probleem is.
- Bij start van de zorg wordt gekeken naar de werkomstandigheden voor het personeel en eventuele aanpassingen gedaan. Het streven is het ziekteverzuim onder de 4% per maand te houden.



**Figuur 7; Noerager groepswoning PG, op het dak de lichtkoepel van de centrale ruimte**

### **Activiteitencentra**

De activiteitencentra in Noerager hebben alle drie zorgappartementen in het gebouw. Er worden activiteiten georganiseerd voor de bewoners van de appartementen en voor de ouderen uit de wijk. Er zijn ook activiteiten waar beide groepen aan mee doen. Voor dementerenden worden speciale activiteiten georganiseerd.

Naast de activiteiten die door de professionals georganiseerd worden kunnen mensen uit de wijk zelf allerlei activiteiten organiseren. In alle activiteitencentra zijn een aantal vrijwilligers actief. Het vervoer wordt geregeld met een eigen rolstoelbus.

In de weekenden zijn er weinig activiteiten. Professionals werken dan niet, vrijwilligers kunnen wel initiatieven nemen.

Elk activiteitencentrum heeft een gebruikersraad die elke maand bij elkaar komt.

### **Gemeentelijke verantwoordelijkheid**

Noerager is een gemeente waar de ouderenzorg op een hoog peil staat. Heeft dit een aantrekkelijke werking op burgers uit andere gemeenten?

Voor mensen die al zorg nodig hebben, moet de gemeente waar ze wonen, bijvoorbeeld Kopenhagen, een indicatie stellen. Na verhuizing naar Noerager, gaat de gemeente Noerager de zorg verlenen maar brengt de kosten voor die zorg in rekening bij Kopenhagen. Het principe is dat de gemeente verantwoordelijk blijft voor de zorg voor haar eigen burgers.

Als je echter naar Noerager verhuist voor er zorg nodig is, gaat het principe niet op. Op het moment dat je zorg nodig hebt, gaat dat voor rekening van Noerager zelf.

## **Wat nemen we mee van deze reis; discussiepunten, indrukken en acties**

### **Gemeentelijk systeem**

Aarhus is goed voorbeeld van een gebiedsgerichte organisatie van wonen, zorg en welzijn. De verantwoordelijkheid voor wonen, zorg en welzijn van ouderen en gehandicapten in de wijk is neergelegd bij de districten van gemiddeld 10.000 inwoners. De autonomie van de districten op gebied van zorg en welzijn is groot. Planning van de bouw van appartementen ligt duidelijk bij de centrale stad.

Opvallend is de eenvoud van het systeem. Alles onder gemeentelijke verantwoordelijkheid voorkomt heel wat van de ballast in het Nederlandse systeem. De eenvoud zien we ook in de organisatie van de zorg in de districten zelf. Lichte organisaties met een verpleegkundige aan het hoofd. Artsen hebben een consultfunctie maar ontbreken in het management.

De Denen kennen, veel meer dan wij, een sterke gemeenschapszin met een groot vertrouwen in het regelvermogen van de (lokale) overheid. In de ouderenzorg is de afstand tussen beleid en uitvoering gering, ook in een stad als Aarhus. De Deense samenleving oogt een stuk meer ontspannen dan de onze. In de centra valt de rust en aandacht op van de verzorgenden. Ons werd verzekerd dat de werkdruk hoog kan zijn maar dat een van de kwaliteitseisen is dat dit voor de cliënt niet merkbaar mag zijn.

Vanuit het systeem zelf en door externe prikkels (toelating private aanbieders per 1-1-03) is er behoefte aan meer transparantie in de prestaties van de districten en meer eenheid in doelen. Daardoor komen er meer raakvlakken met ontwikkelingen die ook in Nederland spelen; benchmark, indicatiestelling.

### **Lokaal centrum**

Havkaer geeft als voorbeeld van een lokaal centrum een wat eenzijdig beeld. Het is een nogal in zich zelf gekeerd centrum met weinig relatie met de omliggende wijk. De term seniorcenter dekt niet goed de lading. Havkaer is een wijkcentrum dat zorg verleend aan zorgvragers uit alle leeftijdsgroepen. Bij een vorige studiereis is een bezoek gebracht aan een lokaal centrum Moellestien in het centrum van de stad; daar was het een komen en gaan van ouderen voor allerlei activiteiten, er was een zwembad voor ouderen en ook in de weekenden waren veel activiteiten gepland.

De opkomst van de woonzorgzone/zorgvriendelijke wijk in Nederland, lijkt aan Denemarken vooralsnog voorbij te gaan. De relatie met de omgeving lijkt meer bepaald door externe factoren dan door beleid.

De Nederlandse verpleeghuiscapaciteit vinden we in Denemarken terug in de zorgappartementen rond een lokaal centrum. Daar wordt onze verpleeghuiszorg gegeven in de appartementen van bewoners. Het verzorgingshuis zoals wij dat kennen zien we in Denemarken eigenlijk niet.

Bewoners met een vergelijkbare zorgzwaarte zullen in Denemarken in zelfstandige appartementen in de nabijheid van het lokale centrum of verspreid in de wijk wonen. Een goede organisatie van eerste lijns woon-, zorg en welzijnsvoorzieningen biedt de mogelijkheid om zwaardere zorg ook in de wijk te bieden. In de Nederlandse situatie vereist die goede samenwerking op lokaal niveau tussen corporaties, zorg- en welzijnsinstellingen en thuiszorg. Voor Arcares een reden om in te blijven zetten op samenwerking met LVT, Aedes en MO-groep.

### **Woonkwaliteit**

Een vergelijking tussen de woonkwaliteit tussen Denemarken en Nederland ligt genuanceerd. Bij zelfstandig wonen; wozoco, levensloopbestendige huisvesting, ligt in Nederland de kwaliteit hoger. Als je echter kijkt naar de huisvesting voor mensen met een zwaardere zorgbehoefte dan pakt de vergelijking beter uit voor Denemarken; meerbedskamers komen alleen in een ziekenhuisomgeving voor. De nieuwe Nederlandse projecten voor kleinschalig wonen voor dementerenden lijken meer kwaliteit te bieden dan de Deense projecten. Dankzij de autonomie van zorginstellingen en corporaties is er ook wat meer ruimte voor variatie.

### **Ketenzorg**

Het meest indrukwekkend was het bezoek aan de geriatrische afdeling. In de casussen werd een verbluffend beeld neergezet van soepele, adequate ketenzorg. Voor de Nederlandse situatie is deze afdeling een goed voorbeeld voor een geriatrische afdeling als verbindende schakel tussen ziekenhuis en thuiszorg. In Nederland zijn geriatrische afdelingen veel meer klinisch gericht. De samenwerking tussen de betrokken zorgteams waarbij de geriatrische verpleegkundige daadwerkelijk in de thuissituatie actief is, is een inspiratiebron bij de verdere ontwikkeling van

*ketenzorg in de Nederlandse praktijk. Een aantal bestuursleden heeft hiertoe al het initiatief genomen in de samenwerking met het ziekenhuis.*

### **Verpleeghuis als expertisecentrum**

*Voor Caritas als verblijfsvoorziening hoeft niet speciaal vanuit Nederland afgereisd te worden. Ook in Nederland zijn goede voorbeelden van zorg voor dementerenden vanuit een inspirerende visie.*

*Het model van het verpleeghuis als expertisecentrum voor de zorg in de wijk spreekt meer aan. De rol die verpleeghuizen nu hebben als expertisecentrum is klein, met name hun rol voor de thuiszorg is nihil. Het model met experts op lokaal niveau die gevoed worden vanuit het expertisecentrum lijkt ook in de Nederlandse situatie haalbaar.*

*Opvallend blijft het ontbreken van gespecialiseerde artsen in de organisatie. Zo nodig kunnen ze geraadpleegd worden maar het systeem zelf is niet medisch maar veel meer sociaal gericht.*

### **Zorg op het platteland**

*In Noerager is er geen probleem om de zorg te bieden in een plattelandssituatie, dun bevolkt gebied. In een gemeente met nog geen 6000 inwoners zijn vijf uitvalsbases gerealiseerd. Intensieve zorg kan overal geboden worden. Doordat er voldoende capaciteit is om in de buurt van een activiteitscentrum te gaan wonen, worden mensen wel 'verleid' om geconcentreerd te gaan wonen. Hoe zou dit in Nederland uitpakken? Als we mogelijkheden scheppen om frequente, ongeplande zorg thuis te leveren, hoeveel gebruik zou daar van worden gemaakt. Of verhuizen mensen ook hier liever naar een wozoco die centraler gelegen is. Het Friese voorbeeld Trynwâlden kan hier meer info over opleveren.*

### **Uitwisseling en verder**

*In Aarhus werd designeerd dat de Nederlandse belangstelling voor het Deense systeem dit jaar wel erg groot was. Palet uit Leeuwarden, De Stromen uit Rotterdam, Agnes Kant van de SP, het bestuur van Arcares en binnenkort een delegatie van Zorgverzekeraars Nederland. Wat is er in Nederland aan de hand?*

*Kunnen we de lessen die we trekken uit ons bezoek ook breder verspreiden en verder uitwerken? In de eigen achterban maar ook breder. De voorzitter van Arcares ziet daar wel perspectief in.*

Danielle Harkes Aedes-Arcares kenniscentrum Wonen-Zorg  
24 september 2002