

Wmo als kans voor de samenleving

Studiereis Zweden

In het voorjaar van dit jaar organiseerde het Nederlands Instituut voor Studiereizen een studiereis naar Zweden met de pakkende titel 'Wmo als kans voor de samenleving'. Het doel van de reis was kennismaken met de wijze waarop in Zweden de lokale overheid taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uitvoert. De deelnemers lieten zich informeren over hoe men daar met de Wmo omgaat en verwierven zo een blik op de toekomst. Naast verzorgenden, verpleegkundigen en welzijnswerkers waren de deelnemers aan de reis opvallend vaak wethouders en beleidsambtenaren die zich bezighouden met het boeiende werkkterrein van de Wmo.

Geralien Holsbrink-Engels *

■ Wetten

De Wmo is in Zweden geregeld in verschillende wetten. De belangrijkste voor de Wmo zijn een drietal wetten. De eerste wet 'The Social Services Act' (Zweedse afkorting is SoL) regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid en het gemeentelijke takenpakket op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, zorg en welzijn ten opzichte van de inwoners en specifieke groepen binnen de gemeentegrenzen. De wet regelt de rechten op financiële en sociale ondersteuning vanuit de gemeente. Het is aan de inwoners zelf om na vrije keuze van dit aanbod gebruik te maken (autonomie van de burgers). De burger ontvangt de ondersteuning van de gemeente na een expliciet verzoek, dus niet automatisch.

De tweede wet is 'The Health and Medical Act' (Zweedse afkorting is HSL) waarbij de gemeente de zorg voor burgers in de gemeente dient te organiseren tot aan het verpleegstersniveau (met name wijkverpleging). Tenslotte 'The Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments' (Zweedse afkorting is LSS). Deze Zweedse wet regelt de ondersteuning en service aan mensen met een beperking (zowel ouderen als gehandicapten). Daarnaast zijn er nog 'The Care of Young Persons Act' en 'The Care of Alcohol and Drugs Abusers Special Provisions Act'.

■ Gezondheidszorg in Zweden

De gezondheidszorg in Zweden staat op een kwalitatief hoog niveau en is op onderdelen heel anders georganiseerd dan de zorg in Nederland. De gezondheidszorg is toegankelijk voor alle inwoners van Zweden. Voorop staat dat iedereen toegang heeft tot dezelfde zorg. Het systeem is overzichtelijk en de kosten zijn laag, al betaalt ieder individu naar draagkracht bij via de gemeentebelasting (daarover straks meer). Er zijn dus geen maandelijkse premies die aan zorgverzekeraars worden betaald. Men heeft echter wel een beperkt eigen risico van maximaal 900 kronen (is ongeveer 100 euro) per jaar.

Ouderenzorg is het speerpunt van het beleid voor de komende jaren. Meer dan vijf procent van de Zweden is 80 jaar of ouder. Daarmee heeft het land het hoogste percentage tachtigplussers van heel Europa.

De aanwezigheid van mantelzorg is geen beperkende factor voor de hoeveelheid te ontvangen zorg.

■ Gedecentraliseerd.

De studiereis begon in het Gemeentehuis van Västerås. Tijdens deze ochtend werd door Eva Sahlén, de directeur van de 'Social Services Committees', een presentatie gegeven over de wetgeving in Zweden en het 'Wmo'-beleid in de gemeente Västerås. Het systeem van de Zweedse gezondheidszorg is gedecentraliseerd en kent drie niveaus: landelijk, regionaal en lokaal.

Landelijk

Op centraal niveau kent men het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken (Socialdepartementet) en het Centraal Bestuur voor Gezondheid en Welzijn (Socialstyrelsen). Hun rol bestaat onder meer uit het maken van wetgeving, het uitvaardigen van richtlijnen en supervisie op het terrein van kwaliteit en toegankelijkheid. Socialstyrelsen is ook verantwoordelijk voor de erkenning van buitenlandse diploma's in de gezondheidszorg.

Regionaal

De provinciale besturen (Landsting), die bestaan uit gekozen politici, zijn verantwoordelijk voor de financiële en operationele zaken binnen de gezondheidszorg in hun regio. De primaire opgave is om de inwoners te voorzien van gezondheidszorg, van de gespecialiseerde zorg in universitaire ziekenhuizen tot de primaire zorg in lokale gezondheidscentra in de regio. Ongeveer 90 procent van alle ge-

zondheidszorg wordt geleverd door openbare aanbieders. De laatste jaren is er echter een trend dat men meer zorg uitbesteed aan particuliere zorgaanbieders, aanbieders die eigendom zijn van de provincie of samenwerkingsverbanden.

Lokaal

De centra voor gezondheidszorg (Vårdcentral), waar er circa duizend van zijn in Zweden, vormen de basis van de Zweedse gezondheidszorg. De meeste Zweden hebben geen vaste huisarts, maar bezoeken een dienstdoende arts in het gezondheidscentrum (vårdcentral) in hun gemeente. De districtsverpleegkundige (distriktssjuksköterska) speelt tevens een belangrijke rol in het opvangen van patiënten en het uitvoeren van basishandelingen. In de meeste gevallen werken in een vårdcentral twee tot zes artsen samen in een team van onder meer verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen en medisch secretaresses. Voor een bezoek aan een medisch specialist heeft men een verwijzing van een arts nodig. Fysiotherapie en ergotherapie zijn in de meeste provincies echter vrij en onbeperkt toegankelijk.

In Zweden vallen alle personen boven de 65 jaar en personen met een ongeneeslijke ziekte onder de gemeentelijke gezondheidszorg. Anderen vallen onder verantwoordelijkheid van Landstinget (regionaal niveau). Met andere woorden: zolang er nog sprake is van mogelijke genezing, valt men onder de gezondheidszorg van Landstinget. Is genezing niet meer mogelijk, dan valt men onder de gemeentelijke zorg. De gemeentes zijn integraal verantwoordelijk voor de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en delen van de geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg vindt men onder meer in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg.

■ Opvallend verschil in Wmo-beleid

Het Wmo-beleid is in Zweden decentraal georganiseerd en veel meer politiek gekleurd dan in Nederland doordat de lokale overheden de rol vervullen van opdrachtgever en financier van de zorg. In de sociale commissie voor onder andere ouderenbeleid, gehandicaptenzorg, individuele- en familieondersteuning wordt het activiteitenplan vastgesteld door lokale politici in samenspraak met de plaatselijke professionals. De plaatselijke betrokkenheid bij de zorg en welzijn is hierdoor groot. De vaakgenoemde kloof tussen politiek en burger bij het te voeren beleid

is mede hierdoor in Zweden kleiner dan in Nederland. Doordat de Zweedse inwoners altijd en in eerste instantie belasting betalen aan de gemeente en de provincie waarin zij wonen (80% van het totale bedrag), is de politieke betrokkenheid van burgers groot bij de besluitvorming over de besteding van deze belastinggelden in sociale commissies van de gemeenten. In deze sociale commissies wordt decentraal bepaald welke activiteiten voor welke doelgroepen in de gemeente van het 'belastinggeld' worden ontplooid.

Bij de invoering van de Wmo in Nederland vormt het Zweedse model een belangrijke inspiratiebron en tegelijkertijd wordt het model slechts gedeeltelijk geïmplementeerd en opgevolgd. De lokale overheid in Nederland vervult net als in Zweden de rol van opdrachtgever en in toenemende mate de rol van financier van de zorg. Zij is echter niet verantwoordelijk voor het innen van de landelijke belastingen van de Nederlandse burgers. Kortom, een essentieel element van inspraak en burgerkracht in het Zweedse systeem, namelijk het decentrale beleid ten aanzien van de belastingen, wordt in Nederland (nog) niet overgenomen. Dit is een gemiste kans om de burger bij de politiek rondom zorg en welzijn te betrekken. De constructie voor inspraak van burgers is met en via Wmo-raden in het Zweedse stelsel dan ook niet nodig.

Västerås stad maakt gebruik van een 'koper-provider' model in de ouderenzorg, sociale dienst, scholen, kinderopvang en cultuur. Dit impliceert een duidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. De politiek is verantwoordelijk welke diensten worden aangeboden en worden ingekocht. De gegunde instellingen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering.

■ ICT en ouderenzorg

Een deel van de studiereis staat in het teken van de grote nadruk die de Zweedse overheid legt op de ontwikkeling en het gebruik van ICT en digitalisering binnen de zorg en ondersteuning, vooral voor ouderen. Tal van verschillende projecten zijn de laatste jaren opgestart. De gemeente Västerås geldt als een van de voorlopers in Zweden op dit vlak. In 2006 heeft het Zweedse parlement gekozen voor een e-healthstrategie die is gericht op het ontwikkelen van een landelijke ICT-infrastructuur en het toegankelijk maken van informatie en diensten voor burgers. In 2010 is de strategie aangepast, waarbij de focus meer is komen te liggen op proces en kwaliteit dan op de ontwikkeling van technologie. Daarnaast heeft een uitbreiding plaatsgevonden naar langdurige zorg en welzijn. Ook in de nieuwe strategie streeft men ernaar de patiënt centraal te stellen. Beleidsmakers krijgen verder betere hulpmiddelen in handen om de gezondheidszorg te plannen en te ontwikkelen. Verschillende nationale en Europese projecten met mooie namen zoals VIKTIG, ACTION en GAPET passeren de revue. Een sprekende zorg-robot in huis en een robothond tegen eenzaamheid lijkt ons allen wel iets.

■ Minder vrijwilligers in de zorg

Tijdens de reis zijn ook een aantal parallelbezoeken afgelegd die zich op specifieke thema's richten. Bij deze bezoeken hebben we mogen zien hoe mensen met een beperking volwaardig mens mogen zijn. De mens staat centraal en niet de beperking. Grootschalige voorzieningen of instellingen in Zweden bestaan niet meer sinds de negentiger jaren en kleinschalige woonvormen zijn opgekomen. De reguliere zorg voor ouderen en mensen met beperkingen lijkt niet zoveel

Foto: beschikbaar gesteld door de auteur



te verschillen met Nederland. Wel is opvallend dat het Nederlandse Wmo-thema 'de mix tussen en aansluiting van formele en informele zorg' in Zweden minder lijkt te spelen. De zorg in Zweden wordt uitsluitend door professionals (betaalde opgeleide medewerkers) uitgevoerd. De serieuze pogingen van gemeenten in Nederland om te komen tot kanteling waarbij professionals die niet-medische zorg geven, deze zorg gaan delegeren aan vrijwilligers zien we in Zweden niet. We zijn geen professionals tegen gekomen die bijvoorbeeld de vrijwilligers coachen in huisbezoeken of kleding kopen zoals wel het geval is in de ouderenzorg en/of gehandicaptenzorg in Nederland. De samenwerking tussen formele en informele hulp is in Zweden beperkt.

■ ProAros

Op donderdag en vrijdag bezochten wij ProAros, de gemeentelijke aanbieder van diensten, waaronder zorg, en Attendo Care, een particuliere zorgaanbieder. ProAros is een grote werkgever. Zij heeft ongeveer 8.000 medewerkers in meer dan 130 units en een jaarlijkse omzet van ongeveer SEK 3,3 miljard per jaar. ProAros is actief in verschillende sectoren:

- Schoolse activiteiten (waaronder peuterspeelzaal, kinderopvang en BSO)
- Volksgezondheid en Sociale Zorg
- Individu en gezin
- Cultuur, vrijetijdsbesteding en preventie

In Nederland is het tot nu toe meestal nog ondenkbaar om één aanbieder van allerlei verschillende (sociale) diensten binnen één gemeente te hebben. ProAros biedt in een onderscheiden unit zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening, in een andere

ProAros unit culturele activiteiten en zorgt in weer aparte units voor het basisonderwijs. Door al deze gemeentelijke voorzieningen en diensten bij één non-profit instelling onder te brengen, is het eenvoudiger om bijvoorbeeld de employability van personeel te vergroten en gebruik te maken van dezelfde materiële voorzieningen. Bijvoorbeeld, we zijn tussen de middag gaan eten in het Herrgårdets servicehus waar zowel schoolkinderen als ouderen hun warme maaltijd gebruiken. Een keukenstaf werkt voor verschillende doelgroepen in plaats van dat voor verschillende doelgroepen aparte instellingen en aparte keukeneenheden bestaan.

■ Voor en- nadeel invoering Wmo

De gezondheidszorg in Zweden heeft nu ruim twintig jaar ervaring met de Wmo waarbij de gemeentelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor maatschappelijke ondersteuning inclusief langdurige zorg zijn verankerd in wetten. De verantwoordelijkheden van de verschillende actoren is duidelijk vastgelegd (standaardisatie). De burger met een hulpvraag kan in de gemeente bij één loket terecht voor verpleging (thuiszorg), huisvesting (woningaanpassingen), vervoer en re-integratie. In het boven-

Wmo-onderwerp	Zweden	Nederland
Doel	Verbeteren van de kwaliteit	Kleiner beroep op professionele zorg
Prioriteit	Ouderenzorg	Versillend Wmo-beleid geformuleerd per gemeente
Burger	Meer regie in eigen leven, zelf keuzes maken	Meer regie in eigen leven, zelf keuzes maken
Nieuwe initiatieven	Meer gebruik van technologie	Divers
Involed politieke besluitvorming op maatschappelijke ondersteuning per gemeente	Zeer groot via sociale commissies, elke vier jaar gemeenteverkiezingen	Beperkt, vooral via Wmo-raad per gemeente
Maatschappelijke inzet (informele zorg, vrijwilligers)	Meer informele zorg verbetert kwaliteit van leven en leidt tot dezelfde hoeveelheid professionele zorg	Meer informele zorg leidt tot minder professionele zorg
Bejegening	Vraaggestuurd en op maat	Vraaggestuurd en op maat
Organisatie van de zorg en welzijn	Een stichting voor schoolse activiteiten, volksgezondheid en sociale zorg, individu en gezin, cultuur, vrijetijdsbesteding en preventie is mogelijk.	Aparte verenigingen en stichtingen
Woonvoorzieningen	uitsluitend kleinschalig	Klein en grootschalig
Kosten zorg en welzijn	Gefinancierd door gemeentelijke belastingen	Gefinancierd door nationale belastingen & zorgverzekeraars

staande worden de belangrijkste overeenkomsten en verschillen samengevat.

Het grootste gevaar van decentralisatie van zorg onder de Wmo is waarschijnlijk het gebrek aan specifieke deskundigheid. Welke mogelijkheden blijven er bestaan voor instellingen/aanbieders van zorg om hun personeel te laten ondersteunen door specialisten bijvoorbeeld op gebied van psychiatrie, verstandelijke beperking en/of ouderenzorg? Wanneer zullen gemeenten specialisten inschakelen? Als de deskundigheid beneden een zeker niveau is gezakt, is er ook geen vraag meer naar deskundigheid.

De studiereis maakt duidelijk dat de invoering van de Wmo deuren opent naar een nieuwe manier van zorg aanbieden. Het versterken van de zorgtaak door de gemeente heeft voordelen. De gemeente heeft de mogelijkheid om de maatschappelijke par-

ticipatie van mensen met beperkingen effectief aan te pakken. Alle zorgaanbieders gaan op den duur onder dezelfde gemeentelijke regie vallen. De gemeente, in Zweden de sociale commissies, wordt de regisseur van ketens voor zorg en ondersteuning, gericht op maatschappelijke participatie. Zorg is per persoon duur. Door een betere gemeentelijke logistiek kun je de kosten reduceren. De gemeenten hebben vanuit hun centrale rol de mogelijkheid gekregen om de afstemming en de samenwerking van zorg te verbeteren.

De gemeenten krijgen de bevoegdheden die bij deze rol horen. Hier toe behoort de mogelijkheid om verzekeraars en zorgaanbieders daar waar nodig ter verantwoording te roepen. Zij krijgt ook de verantwoordelijkheid over de beoordeling van indicaties en over de zorgtoewijzing. In de toekomst zal blijken of deze voordelen ook in Nederland kunnen worden gerealiseerd. De gemeenten zullen, mits ze voldoende middelen ontvangen, hun nieuwe rol moeten waarmaken.

* Over de auteur

Dr. Gerialien Holsbrink-Engels is lector Community Care & Youth in het Kenniscentrum Gezondheid, Welzijn & Technologie van Saxion in Enschede.