STUK 823 (2022-2023) – Nr.1

VLAAMSE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

DE RAAD

ZITTING 2022-2023	6 - 9 MAART 2023

STUDIEBEZOEK STOCKHOLM
Zweedse zorgsysteem

SAMENVATTEND VERSLAG

namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin
uitgebracht door mevrouw Cieltje VAN ACHTER

Hebben aan de werkzaamheden deelgenomen:
Vaste leden: mevrouw Carla Dejonghe, voorzitter, de heer Juan Benjumea Moreno, mevrouw Els Rochette, mevrouw Cieltje Van Achter, de heer Arnaud Verstraete

Dames en heren,

De leden van de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin brachten van maandag 6 tot donderdag 9 maart 2023 een studiebezoek aan Stockholm in het kader van het Zweedse zorgsysteem.

De delegatie bestaat uit: mevrouw Carla Dejonghe (Open Vld), voorzitter van de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin, vaste commissieleden de heer Juan Benjumea Moreno (Groen), mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit), mevrouw Cieltje Van Achter (N-VA) en de heer Arnaud Verstraete (Groen).

Mevrouw Cieltje Van Achter wordt aangeduid als verslaggever.

Maandag 6 maart 2023

** Ontmoeting met de Diplomatiek Vertegenwoordiger van Vlaanderen in de Noordse landen*

De heer Dries Willems, Diplomatiek Vertegenwoordiger van Vlaanderen in de Noordse landen heet de delegatie welkom en stelt de andere genodigden voor: **mevrouw Lotte Ysenbrandt**, Adjunct Diplomatiek Vertegenwoordiger, **mevrouw Kato Bossu**, stagiaire, **de heer Mark Struyvelt**, Vlaams Economisch Vertegenwoordiger in Zweden (Flanders Investment & Trade), **de heer Terry Huyghe**, Vertegenwoordiger van HUB Brussel in Zweden en **mevrouw Amandine Pekel**, Economisch en Handelsvertegenwoordiger AWEX.

Daarna volgt een toelichting bij de oprichting van het buitenlandkantoor dat gevestigd is in Kopenhagen. Het ambtsgebied omvat Denemarken, Zweden, Finland en Noorwegen. De Diplomatieke Vertegenwoordiging coördineert de aanwezigheid van de Vlaamse Regering in het buitenland en staat in voor alle contacten aangaande de bevoegdheden die Vlaanderen binnen België uitoefent. Tevens wordt het politieke en bestuurlijke landschap van Zweden geschetst, evenals het Zweedse Welzijns- en Gezondheidsbeleid. De Diplomatieke Vertegenwoordiger legt uit dat de Noordse landen populair zijn voor studies, samenwerkingen en werkbezoeken.

Commissievoorzitter Carla Dejonghe (Open Vld) dankt de gastheer namens de delegatieleden voor deze ontmoeting en licht de werking en de verwachtingen van dit studiebezoek van de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin toe.

De ontmoeting wordt afgerond met een gedachtewisseling.

Dinsdag 7 maart 2023

** Bezoek aan het Departement Ouderenzorg Stad Stockholm*

De delegatie wordt ontvangen door **de heer Carl Smitterberg**, directeur Communicatie van het Departement Ouderenzorg van de Stad Stockholm.

De gastspreker geeft een presentatie over de diensten voor ouderenzorg in Zweden, waarbij hij dieper ingaat op de regelgeving, de medische zorg voor ouderen, de financiering van de

ouderenzorg en het model voor de opvolging van de ouderenzorg dat door de Stad Stockholm wordt toegepast.

Eerst geeft de directeur een overzicht van de verschillende bestuursniveaus in Zweden. Het eerste betreft het nationaal bestuur. Dit niveau houdt zich niet zozeer bezig met het dagelijkse beleid of met de financiering. De nationale regering legt wetten ter goedkeuring voor aan het parlement; het voert de beslissingen van het parlement uit en wijst de door het parlement toegekende fondsen toe. Naast de regering beschikt Zweden tevens over nationale onafhankelijke bestuurlijke agentschappen. Voor de ouderenzorg zijn '*The National Board of Health and Welfare*' en '*The Health and Social Care Inspectorate*' van belang.

Het tweede niveau betreft de provincies (of regio's). Zweden telt 21 provincieraden, die bevoegd zijn voor Gezondheidszorg, Mobiliteit en Financiën. De provincies innen inkomsten-belastingen om hun uitgaven te dekken.

Tot slot, is er het lokale niveau dat bestaat uit 290 gemeenten. Stockholm is veruit de grootste gemeente en telt ongeveer 1 miljoen inwoners. De gemeenten zijn o.a. bevoegd voor Welzijn, Openbare Werken, Huisvesting, Watervoorzieningen, Afvalverwerking, Onderwijs, Ouderenzorg en Gezinszorg. Ook op dit beleidsniveau worden inkomstenbelastingen geïnd en bepaalde diensten aangerekend. De hoogte van de inkomstenbelastingen is niet in iedere gemeente gelijk.

Welk beleidsniveau int de hoogste inkomstenbelastingen, wil **commissielid Cieltje Van Achter (N-VA)** graag weten. Dat zijn de gemeenten, antwoordt **de gastspreker**. Dat wordt later aan de hand van cijfers geïllustreerd. Op het provinciale niveau ligt de focus op Gezondheidszorg en Mobiliteit, terwijl het overige beleid op het lokale niveau wordt gevoerd.

In iedere gemeente zal men min of meer hetzelfde aanbod aan dienstverlening terugvinden. Een aantal diensten wordt verleend na een evaluatie, bv. thuiszorg, veiligheidsalarm, verpleeghuizen, begeleid wonen en dagactiviteiten. Andere diensten worden dan weer verleend zonder dat een voorafgaande evaluatie is vereist. Voorbeelden hiervan zijn ouderenresidenties, ontmoetingsplaatsen en conciërgediensten. In Stockholm worden tevens een groot aantal diensten verleend door private instellingen. Dit is minder het geval in gemeenten die zich in landelijk gebied bevinden.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) vraagt wat de evaluatie inhoudt. Alvorens te antwoorden, legt **de directeur** uit dat '*The Social Services Act*' de basis vormt voor het beleid inzake Ouderenzorg. Deze wet bepaalt dat iedereen die niet zelf in zijn behoeften kan voorzien of dat op een andere manier kan, recht heeft op bijstand van de sociale dienst (van de gemeente) voor zijn levensonderhoud en voor zijn manier van leven in het algemeen. Ook jongeren vallen onder het toepassingsgebied van deze wet. Er wordt gesproken van ouderenzorg wanneer het 65-plussers betreft, alhoewel er in Zweden discussie over bestaat, aangezien de pensioenleeftijd stijgt. Iedere gemeente beslist voor zichzelf hoe zij binnen dit wettelijk kader ouderenzorg organiseert. De wet wordt aangevuld met gemeentelijke uitvoeringsbesluiten.

Iedereen die ouder is dan 65 kan ouderenzorg aanvragen. Er kan voor meerdere diensten binnen het aanbod een aanvraag worden ingediend en er is geen beperking op het aantal aanvragen. Voor bepaalde diensten zullen "evaluatieverantwoordelijken" inschatten wat de noden van de aanvrager zijn. Bij thuiszorg wordt bv. gekeken naar welke taken eventueel nog

zelfstandig kunnen worden uitgevoerd en welke de behoeften zijn (koken, boodschappen doen…).

De Stad Stockholm bestaat uit 13, binnenkort 11, districten, die verantwoordelijk zijn voor de zorgmanagers en de openbare gezondheidszorgcentra binnen hun eigen grondgebied. Daarnaast zijn er verschillende departementen, zoals het Departement Ouderenzorg. In veel gemeenten bestaat er enkel een Departement Sociale Bijstand, waartoe zowel sociale dienstverlening als ouderenzorg behoren.

Commissielid Arnaud Verstraete (Groen) heeft vernomen dat in Zweden wordt getracht om ouderen zo lang als mogelijk thuis te laten wonen. Er zijn duidelijk heel wat voorzieningen. Wat is de aanpak als aanvragers steeds meer bijkomende diensten aanvragen en er wordt geoordeeld dat zij zichzelf nog kunnen beredderen?

Dat is niet altijd eenvoudig, maar het omgekeerde gebeurt ook, namelijk iemand overtuigen om bijkomende diensten te aanvaarden, vertelt **de heer Carl Smitterberg**. Zo was hij samen met een zorgmanager bij een ouder koppel, waarvan de man leed aan dementie. Zijn vrouw had de zorg voor haar man op zich genomen en zij hoefde naar eigen zeggen geen hulp. Er werd haar dan aangeboden om de zware boodschappen van haar over te nemen, zodat ze thuis konden blijven wonen. Het zijn vooral aanvragen voor assistentiewoningen die moeten geweigerd worden. Er kan steeds in beroep gegaan worden tegen de beslissing van een gemeente bij de rechtbank, maar in de meeste gevallen wordt de beslissing niet herroepen. Nadat een beslissing is genomen, wordt een zorgplan opgesteld.

Vervolgens gaat de gastspreker dieper in op de medische zorg binnen de ouderenzorg. Dit luik wordt geregeld door '*The Health and Medical Care Act*'. De gemeenten houden zich aan deze wet, maar ze zijn enkel bevoegd voor het zorgpersoneel tot op het opleidingsniveau van verpleegkundige. De geneesheren vallen onder de bevoegdheid van de provincies. In een verpleeghuis bestaat het medisch team uit verpleegkundigen, assistent-verpleegkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Meerdere keren per week of wanneer nodig bezoekt de geneesheer het verpleeghuis. Mensen die gebruikmaken van thuiszorg krijgen tevens basis medische zorg. Verder kunnen ze terecht in het verpleeghuis of bij een gezondheidszorg-centrum binnen hun district. Geavanceerde medische en gezondheidszorg behoren tevens tot het bevoegdheidspakket van de provincies.

De heer Juan Benjumea Moreno (Groen) is benieuwd of er geschillen bestaan tussen de verschillende beleidsniveaus omwille van het zorgpersoneel. **De gastspreker** legt uit dat verpleegkundigen die in de ouderenzorg willen werken moeilijk te vinden zijn. Er bestaat nochtans een goede verstandhouding tussen de geneesheren, de verpleegkundigen en andere zorgverleners in het verpleeghuis. Tijdens de coronapandemie ontstond wel de discussie over het weinig aantal fysieke doktersbezoeken aan de verpleeghuizen.

Kan het tekort aan verpleegkundigen verder worden toegelicht, vraagt **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**, die verduidelijkt dat er in Brussel ook een tekort is en beroep moet gedaan worden op immigranten, wat taalproblemen oplevert. **De directeur** antwoordt dat de gemeente met dezelfde uitdagingen kampt. Taalproblemen stellen zich wel eerder bij de assistent-verpleegkundigen. Het gebrek aan voldoende geschoolde verpleegkundigen in Zweden zou een van de oorzaken kunnen zijn. Daarnaast verkiezen veel verpleegkundigen te werken in een ziekenhuis, waar ze beter verloond worden. Het is een zeer concurrentiële markt. De jobinhoud is ook anders in de ouderenzorg. Volgens de gastspreker kan er worden

ingezet op het in de verf zetten van de pluspunten om te werken in de ouderenzorg, bv. langdurigere band opbouwen met patiënten dan in een ziekenhuis. Verder blijkt het personeelstekort een probleem te zijn dat zich in meerdere Europese landen voordoet. De provincie Stockholm probeert nu de mogelijkheden om een verpleegkundige 'te huren' in de private markt te beperken.

Commissielid Cieltje Van Achter (N-VA) gaat ervan uit dat de lonen goed zijn. Dat wordt door **de heer Carl Smitterberg** beaamd. Een ervaren verpleegkundige krijgt bovendien ook meer verantwoordelijkheden.

Doordat de medische zorg en ouderenzorg verweven zijn, is een goede samenwerking en onderlinge verstandhouding tussen de provincies en de gemeenten vereist. Bestaan er dan bv. commissies waarin beide vertegenwoordigd zijn op niveau van de Administratie, wil **commissievoorzitter Carla Dejonghe (Open Vld)** graag weten. Er bestaan verschillende overlegstructuren, maar geen specifieke commissie volgens **de gastspreker**. Zo zal bv. overleg plaatsvinden tussen de directeurs van ouderenzorginstellingen van de verschillende gemeenten.

Commissielid Arnaud Verstraete (Groen) is nieuwsgierig naar de verschillen tussen de gemeenten. Ligt dit misschien aan een andere ideologische of politieke invulling? Dat is een mogelijkheid, maar volgens **de directeur** zijn de verschillen wellicht minder groot dan wat men zou verwachten. De verscheidenheid heeft eerder te maken met de behoeften geformuleerd door de Administratie en het zorgpersoneel, dan met de politiek. Momenteel bestaat het gemeentebestuur van Stockholm uit socialisten en groenen, die de beleidskeuze hebben gemaakt om verder te werken met de private sector, daar waar de linkse partijen vroeger meer zouden hebben ingezet op de openbare sector. Het is m.a.w. geen zwart-wit-verhaal.

Vervolgens geeft de gastspreker meer toelichting bij de financiering van de ouderenzorg. De lokale belastingen vormen de basisfinanciering (Stockholm, 17,74 %). Deze wordt aangevuld met de provinciebelastingen (Stockholm, 12,08 %). Inwoners met een hoog inkomen (> 500.000 euro) betalen een bijkomende nationale belasting.

Betekent dit dat gemeenten met rijkere inwoners meer diensten kunnen aanbieden of worden de inkomsten herverdeeld op basis van een solidariteitsprincipe, vraagt **de heer Juan Benjumea Moreno (Groen)**. Het systeem voorziet dat bepaalde inkomsten van Stockholm worden herverdeeld naar andere gemeenten in Zweden, legt **de gastspreker** uit. Het is ook mogelijk dat een gemeente rijkere inwoners heeft, maar bv. de belastingen zo laag mogelijk probeert te houden en dus minder inkomsten heeft.

Nadien worden enkele cijfers en feiten over de Stad Stockholm in het algemeen, en zijn ouderenzorg in het bijzonder aangehaald. Van de bijna 1 miljoen zijn 151.000 inwoners 65 jaar of ouder. Het totaalbudget van de stad bedraagt ongeveer 60 miljard SEK, waarvan 9,6 miljard SEK (d.i. 850.365.445 euro) bestemd is voor Ouderenzorg. De stad telt 17 beleidsdepartementen en is voorlopig opgedeeld in 13 districten. Verschillende afdelingen binnen de districten zijn o.a. verantwoordelijk voor de dagelijkse werking van de gemeentelijke ouderenzorg, sociale dienst en kinderdagverblijven. Zijn de leden van de districten politiek verkozen, vraagt **de heer Juan Benjumea Moreno (Groen)**.

De gemeenteraadsleden worden rechtstreeks verkozen, en van hieruit worden leden afgevaardigd in de verschillende districtsraden, antwoordt **de heer Carl Smitterberg**. Ze hebben dus wel dezelfde politieke meerderheden.

De stad heeft tevens 17 vastgoedmaatschappijen onder haar hoede. Een voorbeeld is 'Micasa', die gespecialiseerd is in ouderenvoorzieningen, assistentiewoningen en verpleegtehuizen. Het betreft dus openbare instellingen, informeert **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**. Dit wordt bevestigd.

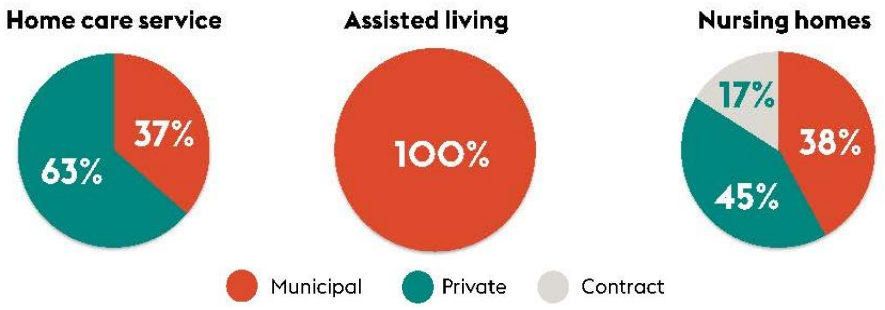
Verder telt de stad ongeveer 23.000 unieke cliënten die gebruikmaken van een of meerdere diensten van ouderenzorg. Hoe ouder de persoon, hoe meer nood er is aan ouderenzorg. De oudste groep (90-plussers) bestaat voor 75 % uit vrouwen. Deze cijfers worden goed gemonitord, legt **de gastspreker** uit. Momenteel zijn er prognoses tot 2040. In Zweden is er debat over in hoeverre digitalisering de nood aan ouderenzorg kan verminderen. Het Departement Ouderenzorg van de Stad Stockholm is daar niet zo zeker van. **Mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit)** wil nog weten door wie de prognoses worden gemaakt? **De directeur** antwoordt dat het Departement Ouderenzorg hiervoor instaat. De gegevens worden doorgegeven aan de beleidsmakers. Er wordt een jaarlijks rapport opgesteld. Voor de opmaak van een meerjarenbeleidsplan worden in de Stad Stockholm 2 VTE ingezet.

Daarop volgt een meer gedetailleerde uitleg over de verschillende diensten die - al dan niet na evaluatie van de noden - worden aangeboden.

Mevrouw Cieltje Van Achter (N-VA) vraagt of en hoe er *outreachend* wordt gewerkt. Zijn het familieleden die naar de gemeente komen en aangeven dat er een behoefte is? Dit gebeurt inderdaad, geeft **de heer Carl Smitterberg** aan. Mantelzorgers zijn vaak betrokken bij de aanvraagprocedure. Als de zorgsituatie gepaard gaat met andere problemen (taal, eenzaamheid…) wordt bijkomende hulp aangeboden.

Is de conciërgedienst toegankelijk voor iedereen, informeert **de heer Juan Benjumea Moreno (Groen)**. Deze dienst wordt gratis aangeboden en is voorzien omdat ouderen meer risico lopen op vallen of andere ongelukjes. Een conciërge of verzorger komt dan regelmatig langs om bepaalde klusjes uit te voeren. Dit gebeurt deels omwille van humane redenen - je wil vermijden dat ouderen pijn lijden -, maar ook omwille van economische redenen, geeft **de gastspreker** toe. Het kost immers minder om iemand 45 minuten ondersteuning te bieden, dan bv. iemand te moeten laten revalideren voor een langere periode. Op de vraag van **mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit)** over de algemene toegankelijkheid, antwoordt **de directeur** dat deze in de Stad Stockholm zeer goed is omwille van de strenge regelgeving daaromtrent.

Na het indienen van een zorgaanvraag, de evaluatie en de opmaak van een zorgplan, kan de aanvrager een dienstverlener kiezen. Het aanbod aan private en publieke partners is raadpleegbaar op de website van de stad. Daarnaast zijn er aanbieders die via een overheidsopdracht een contract hebben met de Stad Stockholm.



Op welke manier wordt voor concurrentie op de markt gezorgd, wil **commissielid Arnaud Verstraete (Groen)** graag weten. Er is geen concurrentie op vlak van prijzenbeleid, want die moet voor iedereen dezelfde zijn. De concurrentie bestaat op niveau van kwaliteit en dienstverlening, legt **de heer Carl Smitterberg** uit. De prijzen worden vastgesteld door de gemeenten voor iedere dienstverlener op hun grondgebied. De gebruiker betaalt niet rechtstreeks aan de dienstverlener, maar een kleine bijdrage aan de gemeente in verhouding tot zijn inkomen. Een rusthuisbewoner zal dus enerzijds betalen voor de zorg die hij krijgt, en daarnaast voor de huur. Maar ook als hij hierbij financiële problemen ondervindt, bestaan er oplossingen. De dienstverleners worden rechtstreeks door de gemeenten betaald.

Tot slot, wordt meer uitleg gegeven over het opvolgingsmodel van de ouderenzorg in Stockholm. Kwaliteit wordt bekeken vanuit twee invalshoeken: veiligheid en zekerheid enerzijds, betekenisvolle dienstverlening en participatie anderzijds. Onder de eerste categorie behoren bv. de capaciteiten van het personeel, de continuïteit van de zorgverlening, de toegankelijkheid van de zorg. Welke invloed de ouderen hebben, hoeveel zelfbeschikkingsrecht ze bezitten en de mate waarin een individuele aanpak wordt gehanteerd, behoren dan weer tot de tweede categorie.

Het opvolgingsmodel is gebaseerd op drie onderdelen:

1. Operationeel (structurele kwaliteitscontrole): er wordt onderzocht of de voorziening voldoet aan de wettelijke en reglementaire normen. Deze kwaliteitscontrole wordt om de twee jaar uitgevoerd door begeleiders van activiteiten van het respectievelijke districtsdepartement;
2. Observatie (proceskwaliteitscontrole): hierbij wordt de interactie tussen personeel en ouderen onder de loep genomen. De controle gebeurt door kwaliteitscontroleurs van het Departement Ouderenzorg;
3. Individueel (kwaliteitscontrole van het resultaat): hier wordt de eigen ervaring van de individuele oudere bevraagd. Het onderzoek gebeurt jaarlijks door hulpverleners van het districtsdepartement en door de '*National Board of Health and Welfare*'.

De Stad Stockholm richtte eveneens een Taskforce Ouderenzorg op, waar moeilijkere beoordelingen en aanvullende occasionele inspecties op de agenda staan. Niet elke gemeente beschikt over dergelijk overlegorgaan, noch wordt dit opvolgsysteem overal uitgerold. Het opvolgingsmodel is niet enkel bedoeld om gebreken te signaleren, maar ook als instrument om goede praktijken aan te leren en over te dragen.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) is nog benieuwd naar het Tubbemodel. **De gastspreker** geeft toe er niet zo veel kennis van te hebben en vermoedt dat het een Deens model betreft.

In hoeverre kan er gebruikgemaakt worden van thuiszorg alvorens ouderen worden aangezet om naar een rusthuis te gaan, wil **commissievoorzitter Carla Dejonghe (Open Vld)** nog weten. Is er bv. een maximum aantal uren waarin men beroep kan doen op thuiszorg? **De directeur** bevestigt dat er inderdaad een limiet voor bestaat. Theoretisch gezien is 24 uren thuiszorg mogelijk, maar in de praktijk zal men vanaf 12 uren aangeven dat thuiszorg misschien niet meer de beste oplossing is. Uiteraard wordt ook rekening gehouden met de leefomstandigheden van iedere oudere.

De heer Juan Benjumea Moreno (Groen) informeert naar de grootte van de rusthuizen. Wordt er - net als in België - bekeken of deze kunnen worden ingeperkt, bv. met maximum 20 tot 50 i.p.v. 120 bewoners? **De heer Carl Smitterberg** verklaart dat er niet zo zeer naar de grootte van de instellingen wordt gekeken, doch eerder naar hoe de bedden worden ingevuld. Zo moet er bv. een aantal bedden worden voorbehouden voor mensen met dementie.

Bestaan er in de rusthuizen ook wachtlijsten, en zo ja, welke oplossingen worden in overweging genomen, vraagt **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**. In Stockholm is er geen wachtlijst, tenzij je op zoek bent naar gespecialiseerde zorgfaciliteiten, antwoordt **de gastspreker**. Het is wel zo dat sinds de pandemie er meer vraag is naar ouderenzorg. Bijgevolg worden meer aanbieders en personeel gezocht en investeringen in infrastructuur vooropgesteld.

** Bezoek aan het Karolinska Instituut*

In de namiddag wordt de delegatie verwelkomd aan het Karolinska Instituut door **mevrouw Carin Lennartsson**, directeur van het *Ageing Research Center* (ARC), **mevrouw Janne Agerholm**, assistent professor, **de heer Stefan Fors**, onderzoeker en **mevrouw Megan Doheny**, postdoctoraal onderzoeker.

Mevrouw Carin Lennartsson vertelt eerst over het ontstaan van het Karolinska Instituut (KI) en zijn structuren. Het KI werd opgericht in 1810 door Koning Karel XIII van Zweden als een academie voor de opleiding van bekwame legerchirurgen. Vandaag is het instituut uitgegroeid tot een moderne medische universiteit en tevens een van de meest gerenommeerde ter wereld.

Het KI telt ongeveer 5.500 voltijdse werknemers en verwelkomt daarnaast ook tal van gastprofessoren en -onderzoekers. Tevens biedt het vorming aan bijna 6.500 voltijdse studenten (in 2022) en huisvest het '*the Nobel Assembly*', dat de winnaars aanduidt voor de Nobelprijs voor Wiskunde en de Nobelprijs voor Fysiologie of Geneeskunde. Het KI beschikt over 22 onderzoeksdepartementen. Het ARC behoort tot het Departement voor Neurobiologie, Zorg, Wetenschap en Maatschappij (NVS). Het ARC is daarnaast een onderzoekscentrum dat werd opgericht in 2000 door het Karolinska Instituut en de Universiteit van Stockholm. Het ARC is een van de weinige centra die ondersteund wordt door twee universiteiten.

Het onderzoekscentrum bestaat uit 71 medewerkers en tal van geaffilieerde onderzoekers. Volgens de directeur staat het ARC vooral bekend om zijn onderzoek naar de gezondheidsstatus van oudere volwassenen. Er wordt gekeken naar trends en ongelijkheden onder ouderen, hersenveroudering, preventie van dementie en fysieke beperkingen. Daarnaast doet het ARC ook veel onderzoek naar de leefomstandigheden en sociale ongelijkheid of bv.

naar eenzaamheid. Uiteraard wordt ook onderzoek verricht naar de gevolgen van de pandemie.

Tot slot, biedt het ARC opleidingen aan en host het de Nationale E-infrastructuur voor onderzoek naar veroudering. Het is een databank die gegevens van 180.000 individuen van 50 jaar en ouder omvat, die tussen 10 en 52 jaar zijn gevolgd. Een van de onderzoeken die beroep doet op die infrastructuur is het SWEOLD-onderzoek (*Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old*). Dit onderzoek wordt geleid door mevrouw Carin Lennartsson en de heer Stefan Fors. Beide onderzoekers startten in 1992 met de 75-plussers als doelgroep. Het onderzoek bouwt voort op een enquête naar "het Zweedse niveau van leven" die werd opgestart in 1968.
Wat houdt "het Zweedse niveau van leven" precies in, wil **de heer Arnaud Verstraete (Groen)** graag weten.

Mevrouw Carin Lennartsson antwoordt dat het niet enkel een bevraging is naar de gezondheidsstatus: "Hoe is je gezondheid? Heb je gezondheidsproblemen?" Ook vragen zoals "Heb je familie? Heb je vrienden? Hoe vaak zie je je kinderen? Hoe beheer je jouw dagelijkse leven? Kan je zelfstandig naar het toilet gaan? Heb je iemand die je helpt? Hoeveel uur heb je gezondheidszorg thuis?" komen aan bod. Er worden dus een heleboel vragen in een bredere zin en over verschillende levensdomeinen gesteld.

Wat zijn de belangrijkste resultaten uit dit onderzoek, vraagt **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**.

De directeur geeft enkele voorbeelden van onderzoeksresultaten. Zo is het gevoel van eenzaamheid sinds 1992 niet toegenomen.

In een ander onderzoek werd bestudeerd of mensen misschien langer aan het werk kunnen blijven. Vandaag de dag werken ouderen in Zweden tot ongeveer 65 jaar. Op dit moment is het wettelijk mogelijk om te werken tot 69 jaar. Er konden geen negatieve effecten van langer werken op de gezondheid worden vastgesteld. Zowel vrouwen als mannen zouden langer kunnen werken. Maar de studie wees ook uit dat mensen met een slechte gezondheid, die meestal al hadden voor hun pensionering. Dus als men het heeft over het verhogen van de pensioenleeftijd, is het volgens mevrouw Carin Lennartsson belangrijk om in gedachten te houden dat niet iedereen dat misschien kan. Ze verwijst hiervoor naar fysiek zware beroepen.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) verklaart dat dit debat ook in België wordt gevoerd. Veel mensen zijn van mening dat men sommige jobs niet meer kan doen na 65 jaar omdat ze fysiek te zwaar zijn. Zijn de onderzoekers dezelfde mening toegedaan?

Daar kon **de gastspreker** niets over terugvinden. Wel kon worden geconstateerd dat als iemand al eerder fysiek zwaar werk deed of op middelbare leeftijd al een slechte gezondheid had, het niet uitmaakt of hij dan nog langer blijft werken. Let wel, er zaten veel mensen in de steekproef, maar niet allemaal. De directeur vindt dat diepgaander onderzoek nodig is voordat ze hieromtrent uitspraken kan doen.

Mevrouw Janne Agerholm vult aan dat de onderzoekers zich in dit onderzoek richtten op het verlengen van het werkzame leven en op het effect dat langer werken heeft op de gezondheid. En dat was niet het geval, want ze hadden daarvoor bv. al een slechte gezondheid.

Mevrouw Carin Lennartsson verduidelijkt dat het onderzoek zich ook niet gericht heeft tot het effect op de gezondheid bij het verlagen van de laagste pensioenleeftijd, die in Zweden 63 jaar bedraagt. Dat is tevens nog niet geweten.

De heer Juan Benjumea Moreno (Groen) vraagt of het onderzoek op hetzelfde moment en met dezelfde methodologie wordt uitgevoerd in andere landen en of het ARC probeert te benchmarken met andere landen?

Tot op zekere hoogte houdt het onderzoek verband met het SHARE-onderzoek (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*). Een onderzoek dat inhoudelijk reeds in 19 landen werd gevoerd vooraleer het SHARE-onderzoek is gestart, legt **de gastspreker** uit.

En er zijn onderzoeken met bijna dezelfde methodologische aanpak, zoals de LCA-studie (*Life Cycle Assessment*) in Engeland en de LASA-studie (*The Longitudinal Aging Study Amsterdam*) in Nederland.

De heer Juan Benjumea Moreno (Groen) vindt het onderzoeksresultaat met betrekking tot eenzaamheid interessant en legt uit dat de commissieleden vorig jaar een studiebezoek brachten aan Nederland om het over dit onderwerp te hebben. In Nederland was de eenzaamheid toegenomen. Het zou dus interessant zijn om te kunnen vergelijken en misschien beoordelen waarom in Zweden hetzelfde niveau van eenzaamheid kon worden behouden. Misschien dat de eenzaamheid in Zweden reeds hoger lag dan in Nederland?

Het tegendeel is waar, antwoordt **mevrouw Carin Lennartsson**. Het niveau van eenzaamheid in de Scandinavische landen is lager dan in Zuid-Europa en Oost-Europa. Daarnaast is het effect van de coronapandemie nog niet gekend. Gaat de eenzaamheid de komende jaren dalen of toenemen? Het is niet geweten. Het zou misschien interessant zijn om een vergelijkende studie uit te voeren met behulp van de *European Social Survey* die in verschillende landen wordt uitgevoerd.

Hoe komt het dat het niveau van gevoelens van eenzaamheid lager is in de Scandinavische landen in vergelijking met veel andere landen, vraagt **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**.

De gastspreker vermoedt dat dit komt omdat Zweden een individualistisch land is. Er wordt bv. niet in dezelfde mate op familie gerekend zoals dat in Italië het geval is. Als je in veel landen op je familie moet rekenen en als die er niet is, is het gevoel van eenzaamheid misschien sterker. Dat is niet de enige verklaring. Er zijn er meerdere.

Vervolgens gaat **de heer Stefan Fors** dieper in op de uitdagingen ten gevolge van de vergrijzing. De onderzoeker licht toe dat onderzoek zich vaak richt op fysieke beperkingen op oudere leeftijd en daar zijn verschillende redenen voor. Een daarvan is dat ouderen aangeven dat een fysieke beperking een grotere bedreiging vormt om goed ouder te worden. Het is bv. niet zo erg om diabetes te hebben als je er niet door gehandicapt raakt. Een andere reden is dat de behoefte aan sociale voorzieningen en sociale interventies groter zijn door beperkingen, wat de meeste kosten met zich meebrengt bij een vergrijzende bevolking. Het is dus de moeite waard om bij te houden wat er gebeurt met handicaps op oudere leeftijd, zowel vanuit een individueel als vanuit een maatschappelijk perspectief. En natuurlijk is de reden waarom onderzoekers hierin geïnteresseerd zijn dat we steeds langer leven.

De levensverwachting voor vrouwen en mannen ziet er in Zweden vanaf 1970 uit zoals in andere landen. Vrouwen leven langer dan mannen. Maar het belangrijkste is dat we allemaal steeds langer leven. Er is een kleine dip tijdens de pandemie, maar we komen vrij snel weer terug. Dus de vraag is wat er gebeurt als we steeds langer leven? Doen we er gezonde jaren bij of doen we er ongezonde jaren bij? Er zijn twee grote stromingen die hierover denken.

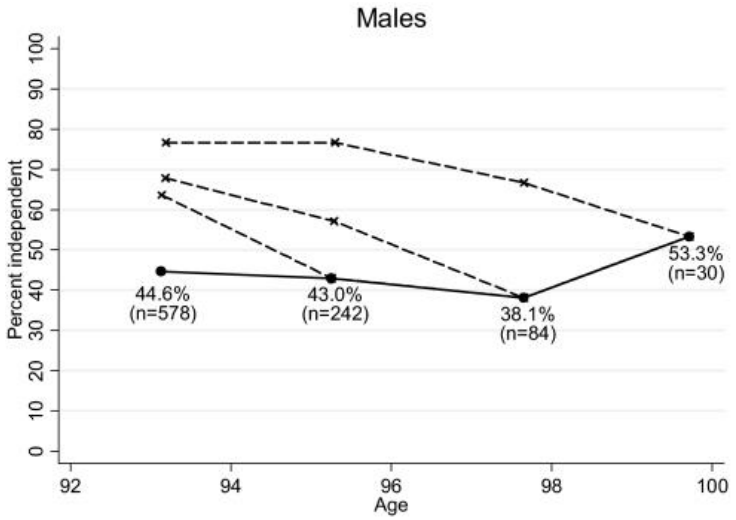
De eerste stroming staat voor het 'succesidee'. Dit is meer de intuïtieve idee dat we langer leven omdat we gezonder en succesvoller zijn. Er is reden om te denken dat dat het geval zou kunnen zijn. De heer Stefan Fors verwijst naar de dienstplichtgegevens uit Denemarken. Vroeger was het zo dat alle mannen zich vanaf hun 18 jaar aanmeldden om geïnformeerd te worden over militaire dienst en om een aantal testen te doen voor militaire dienst. Dus voor alle mannen zijn er historisch goede gegevens over hun prestaties.

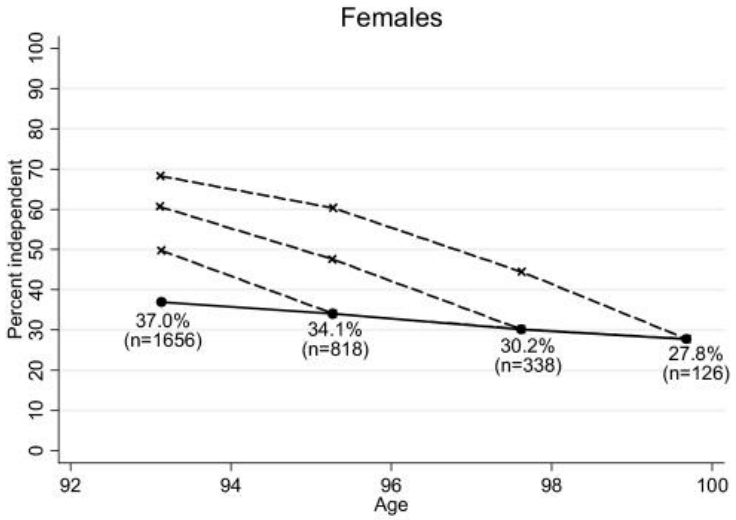
Uit deze gegevens blijkt dat elke volgende nieuwe generatie een beetje hoger scoort op cognitief vlak. Deze mannen hebben dus de neiging om in de loop van de tijd in IQ toe te nemen. En dit is bekend in vrijwel alle samenlevingen met een hoog inkomen. Het heet het Flynn-effect. Het is geweten dat het Flynn-effect in Zweden in ieder geval doorging tot het begin van de jaren '70, daarna is het iets dubbelzinniger. Daarnaast is gebleken dat de gemiddelde lichaamslengte ook stijgt. Er kan worden geconcludeerd dat mannen niet alleen slimmer worden, maar ook langer. En dit alles duidt op betere voeding, betere leefomstandigheden en een betere opleiding voor kinderen. Er is dus een goede reden om te denken dat de mensen steeds steviger in het leven staan. En misschien leven ze daarom wel langer, omdat ze een betere uitgangspositie in het leven hebben.

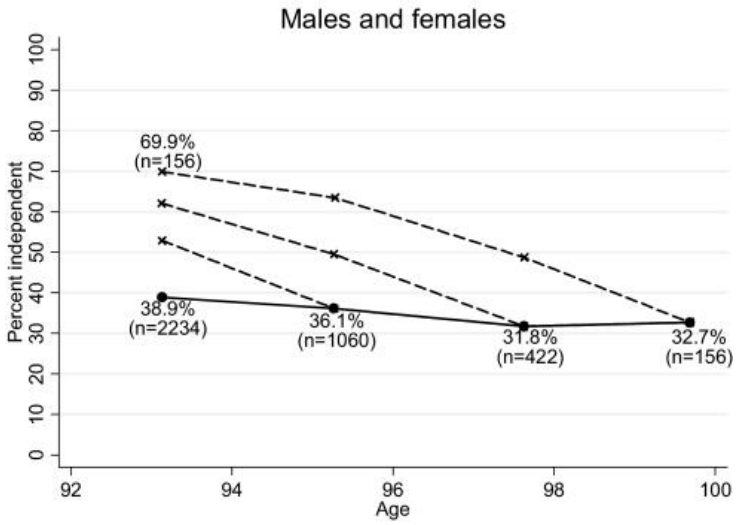
De tweede stroming is gebaseerd op de idee dat soms 'het falen van succes' of 'de last van triomf' wordt genoemd. En dit is een idee dat misschien iets minder intuïtief is, maar het heeft een lange geschiedenis in de volksgezondheid. Wie ooit een inleidende cursus statistiek heeft gevolgd, kent de correlatiecoëfficiënt van Pearson. Karl Pearson was een beroemde statisticus actief in het Verenigd Koninkrijk aan het einde van de 19de eeuw, begin 20e eeuw, betrokken bij de eugenetica-beweging. Hij maakte zich zorgen over wat er in de loop der tijd met de bevolking gebeurde. En in die tijd was men in het Verenigd Koninkrijk behoorlijk ongerust over de hoge kindersterftecijfers. Men wou de kindersterfte terugdringen. Karl Pearson vond dit maar niets. Hij was ervan overtuigd dat als je deze kinderen hun leven spaarde, zij alleen maar meer zouden lijden en later in hun kindertijd of adolescentie zouden sterven. Dus was het beter als ze op jonge leeftijd stierven, om op die manier het lijden te verminderen. De gastspreker vindt dat de geschiedenis heeft bewezen dat Karl Pearson het helemaal mis had. Zowel het aantal sterftes in het algemeen, als het aantal kindersterftes in het bijzonder is op termijn gedaald. Maar de idee dat een verhoogde overlevingskans kan leiden tot een toegenomen slechte gezondheid is blijven bestaan. Nu praten we erover m.b.t. personen op oudere leeftijd.

Een ander Deens onderzoek van prof. Kaare Christensen onderzocht het verlies van fysieke en cognitieve onafhankelijkheid van ouderen van 93 tot 100 jaar. Onderstaande grafieken geven de percentages weer van de individuen geboren in 1905 geclassificeerd als onafhankelijk bij vier beoordelingen in de periode 1998-2005. De stippellijnen tonen de "geschiedenis" van individuen die respectievelijk minstens 2, 3 en 4 golven voltooiden. De grafieken laten bv. zien dat van de 156 personen (30 mannen en 126 vrouwen) die deelnamen aan alle vier de onderzoeken, 33 % zelfstandig was bij het laatste onderzoek op de leeftijd van 99-100 jaar, maar ≈ 70 % was zelfstandig bij het intakeonderzoek op de leeftijd van 92-93 jaar. De grafiek laat dus zien dat, hoewel het niveau van zelfstandigheid in het totale 1905 cohort bijna stabiel

bleef van 92-93 jaar tot 99-100 jaar, de meeste individuen een verlies van vaardigheden ondervonden na 92-93 jaar. De verklaring voor deze schijnbare paradox is een zeer hoge mortaliteit onder de afhankelijke deelnemers.







Volgens de heer Stefan Fors zijn de trends in de Scandinavische landen echter nogal dubbelzinnig wanneer het chronische ziekten betreft. Aandoeningen zoals beroertes, hartaanvallen, zijn veel minder geworden, zelfs op oudere leeftijd. En dat is een van de redenen waarom we steeds langer leven. Dat is een groot succesverhaal. Wat kanker betreft, is het niet zo duidelijk. Er zijn zelfs aanwijzingen dat het aantal gevallen van kanker toeneemt. Dit geldt ook voor diabetes en obesitas. De vraag die men zich hierbij kan stellen, is of de stijgende trend te maken heeft met het feit dat meer mensen de ziekte hebben of met het feit dat er meer diagnoses worden gesteld.

Bij het bekijken van de enquêtegegevens over de fysieke functies, bv. longfunctie en loopvaardigheid, tonen de meeste onderzoeken over de oudste ouderen in Scandinavische landen geen verbetering aan. Sommige tonen stabiliteit in de loop van de tijd en sommige tonen zelfs een verslechtering in de loop van de tijd. Er is dus weinig bewijs dat als je de fysieke functies test, alle ouderen vandaag beter presteren dan gisteren.

Bij cognitieve testen daarentegen bestaat robuust bewijs dat het verbetert. Dus je hebt het Flynn-effect ook op oudere leeftijd. Ook de incidentie van dementie lijkt te dalen. Dat is goed nieuws. Als je kijkt naar de zintuiglijke functie, het gezichtsvermogen en het gehoor, is het hetzelfde. Mensen zien beter en er is enig bewijs dat ze beter horen. Maar het zien heeft veel te maken met de staaroperatie die we veel doen op oudere leeftijd. Vroeger niet, maar nu wel. En dat is in veel gevallen het verschil tussen zien en niet zien.

En als je kijkt naar het vermogen om je dagelijks leven te managen in de loop van de tijd, dan is het nu duidelijk wat een tijd lang controversieel was, namelijk dat mensen zich steeds beter in het dagelijks leven beredderen in de Scandinavische landen. In Centraal-Europa echter blijven beperkingen op oudere leeftijd stabiel en in Zuid-Europa is er zelfs sprake van een verslechtering. Dat is een beetje vreemd. De onderzoekers willen begrijpen waarom dat zo is.

Een eerste hypothese die naar voren kwam m.b.t. het zich beter beredderen in het dagelijks leven houdt in dat ouderen tegenwoordig niet gezonder zijn, maar wel slimmer en dat ze zich daarom beter beredderen. Een tweede hypothese heeft te maken met onderwijsuitbreiding. Het is geweten dat mensen met een lagere opleiding gemiddeld een slechtere gezondheid en functies hebben, en tegenwoordig hebben steeds meer mensen een hogere opleiding. Nog een hypothese betrof het gebruik van hoortoestellen. Door toenemend gebruik horen ouderen steeds beter. De gastspreker heeft al deze hypothesen in samenwerking met enkele collega's van de Örebro Universiteit getest. Uit deze testen is gebleken dat de trends in Denemarken en Zweden erg op elkaar lijken. De analyse suggereert dat de dalende prevalentie van ouderdomsbeperkingen in Zweden en Denemarken tussen 2004 en 2017 grotendeels kan worden toegeschreven aan verbeterde cognitieve functies en gezichtsvermogen en in mindere mate aan onderwijs en gehoorvermogen.

Commissielid Els Rochette (one.brussels-Vooruit) wil weten of in deze studie ook het verband met armoede werd onderzocht. In Brussel zijn er recent enkele studies geweest die aantonen dat mensen die in armoede opgroeien gemiddeld 17 jaar jonger sterven.

De heer Stefan Fors heeft dit element niet aan deze studie gekoppeld, maar vindt het een goede suggestie.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) vraagt zich af hoe het ARC in het algemeen samenwerkt met de beleidsmakers. Er gebeurt fundamenteel onderzoek met interessante

resultaten. Doet het beleid hier wat mee? Houden ze rekening met eventuele aanbevelingen en zo ja, hoe werkt dit dan?

De gastspreker legt uit dat de onderzoekers trots zijn op bv. het SWEOLD- en SHARE-onderzoek en het feit dat er nationale representatieve gegevens ter beschikking zijn. Maar de ervaring leert dat bij een ontmoeting met politici men vooral geïnteresseerd is in de gemeente of regio waar men vandaan komt en niet in het nationale niveau. Het probleem is dat onderzoek naar die gemeente niet nationaal gepubliceerd kan worden. Dus er moet steeds een evenwicht gezocht worden tussen wetenschap enerzijds en de toepassing in de praktijk anderzijds. Dat is niet evident.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) zag dat de laatste paar maanden van iemands leven naar schatting 25 tot 50 % van het gezondheidsbudget kosten. De meeste inspanning gaat dus naar het einde. En dan is er ook nog het debat over te lang volhouden als de kwaliteit van leven er niet meer is. Werd door het ARC ook onderzoek verricht naar de kwaliteit van het leven? Of maakt het helemaal geen voorwerp uit van debat?

De onderzoeker antwoordt dat dit tot het gebied van de gezondheidseconomen behoort binnen het ARC. Mevrouw Megan Doheny werkt momenteel aan een postdoctoraatsproject dat de kosten van gezondheidszorg en sociale zorg probeert te combineren.

Mevrouw Janne Agerholm zal de delegatieleden vervolgens wat meer toelichting geven over de gelijke toegang tot gezondheidszorg. Als inleiding geeft de spreker nog enkele weetjes mee. Zo kost een ziekenhuisverblijf gemiddeld 120 SEK (= 10,58 euro). Bezoeken aan de eerstelijnsgezondheidszorg variëren tussen 150 en 330 SEK (= 13,23 en 29,11 euro), afhankelijk van de regio. Bezoeken aan een specialist bedragen tussen 200 en 400 SEK (= 17,64 en 35,28 euro). Maar alle mensen ouder dan 85 jaar krijgen gratis poliklinische zorg, evenals kinderen. De assistent professor vertelt dat er een hoog prijsplafond, oftewel jaarlijks maximumbedrag, is, dat tussen de 1.200 en 1.300 SEK (= 105,84 en 114,66 euro) bedraagt, afhankelijk van de regio. Voor medicatie op voorschrift bestaat er tevens een kostenplafond op jaarbasis, met name 2.600 SEK (= 229,33 euro). Tandheelkundige zorg is in deze bedragen niet meegerekend. Deze worden voornamelijk zelf gefinancierd. Alhoewel men jaarlijks een kleine subsidie hiervoor kan bekomen.

De heer Juan Benjumea Moreno (Groen) vraagt of er een dekking is voor tandheelkundige zorg. **Mevrouw Janne Agerholm** antwoordt dat dit enkel gedekt wordt voor kinderen en jongvolwassenen tot de leeftijd van 23 jaar. Er kunnen ook verzekeringen voor tandzorg worden afgesloten.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) vindt het verrassend dat de opgesomde bedragen erg goedkoop lijken en dat tandzorg niet is inbegrepen.

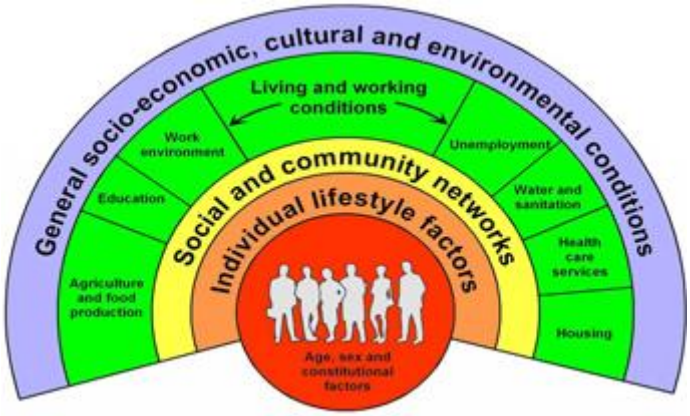
De gastspreker legt uit dat de opname van tandzorg het voorwerp heeft uitgemaakt van menig debat. Sommige partijen zijn daar voorstander van. Alleen zal het budget hiervoor dan van ergens anders gehaald moeten worden en tot nu toe hebben de beleidsmakers het nog niet gevonden.

Gaat iedereen naar een op belasting gebaseerd gezondheidszorgsysteem of is er zoals in andere landen een openbare dienstverlening met wachtlijsten en een privésysteem, waar je eventueel sneller terechtkan, wil **commissielid Juan Benjumea Moreno (Groen)** nog weten.

Mevrouw Janne Agerholm licht toe dat het systeem gemengd is; er zijn zowel particuliere als publieke zorgverleners, maar ze worden allemaal door de overheid gefinancierd. Dezelfde regels m.b.t. vergoedingen bv. gelden voor beide. Daarnaast kan je echter ook een particuliere verzekering afsluiten en als verzekerde kan je in sommige gevallen voorrang krijgen, bv. als de particuliere zorgverlener samenwerkt met de verzekeringsmaatschappij. Momenteel zijn er niet zo veel mensen die deze verzekering afsluiten (+/- 6 % van de bevolking), maar dit aantal is wel aan het toenemen.

Vervolgens geeft de spreker een woordje uitleg over het concept van gelijkheid en toegang tot zorg en over de Zweedse gezondheidszorgwet.

Waarom zouden we ons moeten richten op rechtvaardigheid in gezondheid en gezondheidszorg? Er wordt gezegd dat gezondheid een fundamenteel mensenrecht is, dat onmisbaar is om andere mensenrechten te kunnen uitoefenen. Gezondheid is een middel voor individuen om het soort leven te bereiken dat zij belangrijk vinden. En een goede gezondheid is afhankelijk van gezondheidszorg en een rechtvaardige gezondheidszorg heeft de potentie om ongelijkheden in gezondheid te verminderen. Maar er zijn natuurlijk veel factoren die de gezondheidszorg beïnvloeden. Hiervoor verwijst de gastspreker naar het regenboogmodel met de sociale determinanten van gezondheid.



Dit model werd uitgevonden door prof. Margaret Whitehead en prof. Göran Dahlgren. De determinanten beïnvloeden elkaar en het individu. Het zijn: individuele leefstijlfactoren (bv. slapen, bewegen, roken…), sociale en gemeenschapsnetwerken, leef- en werkomstandigheden (waaronder toegang tot gezondheidszorg) en algemene sociaaleconomische, culturele en milieuomstandigheden. Er wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen gelijkheid en rechtvaardigheid. Een gelijke toegang tot gezondheidszorg is niet hetzelfde als gelijkheid in gezondheid. Sommige mensen hebben meer hulp nodig dan anderen om hun volledig gezondheidspotentieel te bereiken.

Als het gaat om rechtvaardigheid en toegang tot gezondheidszorg, wordt onderscheid gemaakt tussen twee verschillende soorten rechtvaardigheid. Enerzijds, horizontale rechtvaardigheid en dat is gelijke toegang tot gezondheidszorg voor mensen met gelijkwaardige behoeften. Dus als bv. twee personen hun been breken, dan moeten ze hetzelfde type zorg kunnen krijgen. Anderzijds, verticale gelijkheid en dat houdt in dat individuen met ongelijke behoeften worden behandeld in verhouding tot hun ongelijkheden. De Zweedse gezondheidszorgwet voorziet hieromtrent twee doelen.

Het ene doel is dat gezondheid en medische diensten erop gericht zijn om de hele bevolking te verzekeren van een goede gezondheid en van zorg op gelijke voorwaarden, dus dat is het horizontale aspect. Maar er staat ook dat prioriteit moet worden gegeven aan diegenen die het meest behoefte hebben aan gezondheids- en medische zorg. Dat is de verticale rechtvaardigheid. Dus de vraag is natuurlijk, is de Zweedse gezondheidszorg dan rechtvaardig? Over het algemeen meent de assistent professor dat Zweden een goed systeem heeft in vergelijking tot veel andere landen. Dat betekent niet dat het land ook geen uitdagingen kent.

De spreker gaat hierna in op enkele onderzoeken. Dr. Janne Agerholm merkt op dat we in het achterhoofd moeten houden dat vele cijfers de feitelijke consumptie van zorg weergeven en geen rekening houden met de behoeften of de verschillende groepen.

De gezondheidsstatus wordt beïnvloed door demografische, genetische en sociale factoren. De behoefte aan gezondheidszorg is een gepercipieerde behoefte. Er kunnen verschillen zijn tussen individuen, aangezien ze elk moeten inzien dat hun gezondheidssituatie er een is waar ze iets moeten aan doen. Als er een waargenomen behoefte is, moet er ook nog om zorg worden gevraagd. We moeten de dokter bellen om daadwerkelijk hulp te krijgen. Elementen die de zorg- of hulpvraag beïnvloeden zijn: gezondheidsvaardigheden, de beschikbaarheid van diensten. Personen die in de meest landelijke gebieden van Zweden wonen, op 50 km van de dichtstbijzijnde dokter, denken misschien: "*Vandaag ga ik niet naar de dokter, ik blijf thuis en kijk of het beter wordt*". De gebruikskosten is een ander element. Kunnen we het ons veroorloven of ontbreekt het ons aan de 250 SEK die we moeten betalen? Daarnaast zijn er nog de structurele aspecten, zoals het beleid dat gevoerd wordt, de regelgeving en de toewijzing van middelen, die op hun beurt de beschikbaarheid van diensten beïnvloeden.

Verder wijst de assistent professor op twee verschillende termen van toegang. Er is een potentiële toegang en er is een gerealiseerde toegang. De volgende onderzoeken richten zich meer op de gerealiseerde toegang of de werkelijke zorgconsumptie.

In het eerste onderzoek wordt nagegaan hoe de gezondheidsstatus gerelateerd is aan het gebruik van gezondheidszorg. Kan er worden vastgesteld dat wanneer mensen een slechtere gezondheid hebben, ze er meer gebruik van maken? Uit de resultaten blijkt dat de laagste inkomensgroepen deze zijn met de meeste gezondheidsproblemen. Bij het opsplitsen tussen mannen en vrouwen bij de oudere bevolking geven de cijfers aan dat vrouwen meer gezondheidszorg consumeren dan mannen. Bovendien is er meer zorggebruik bij de hogere inkomensgroepen ten aanzien van de lagere.

Het tweede onderzoek richt zich op de regelgeving en de toewijzing van middelen. Concreet gaat het over de hervorming van de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoe beïnvloedt deze hervorming het gebruik van gezondheidszorg? De doelstelling van de hervorming was om de efficiëntie, kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren door enkele concepten uit de private sector of de vrije markt in de publieke sector te introduceren. Zo werd de vrije vestiging van zorgaanbieders ingevoerd. Particuliere zorgaanbieders kregen de keuze over waar ze zich wilden vestigen. Men ging ervan uit dat de toegang tot de eerstelijnszorg en de keuze van de bevolking zou vergroten. En door je eigen zorgaanbieder te kiezen, dacht men dat de kwaliteit zou verhogen omdat je uiteraard voor de hoogste kwaliteit zou kiezen. Dus het principe van het concurrentievoordeel zou spelen. Maar tegelijkertijd werd het vergoedingenstelsel gewijzigd. Voorheen kende Zweden een systeem dat gebaseerd was op een naar behoefte gewogen vergoeding; 75 % was gebaseerd op capitatie (d.i. een

betalingsmodel in de gezondheidszorg waarbij zorgaanbieders voor elke patiënt een vast bedrag wordt betaald, ongeacht de geleverde diensten). Deze capitatie was gewogen op leeftijd en gebiedsspecifieke sociaaleconomische indicatoren. Er werd overgestapt op een meer '*fee for service*'-systeem. De beleidsmakers gingen ervan uit dat de patiënt zijn geld bracht naar de arts die volgens hem het beste was, wat zou leiden tot een betere kwaliteit van de zorg. Na de hervorming werden meer doktersbezoeken geregistreerd, met name een stijging met 21 % van 2007 tot 2012. Maar betekende dit een betere toegang tot de zorg? Want het bleek dat bezoeken werden opgesplitst. Als een patiënt 2 gezondheidsproblemen had, werd gevraagd om 2 afspraken te maken en dus 2 keer te betalen. Er werd dus onderzocht of de bezoeken stegen in groepen met grotere zorgbehoeften, bv. in de meer achtergestelde gebieden. Dat was het geval, maar dat was evengoed zo in andere gebieden.

De conclusie van dit onderzoek was dat er geen bewijs is gevonden dat de hervorming vooral ten goede kwam aan diegenen met grotere zorgbehoeften. Daarnaast kon worden vastgesteld dat individuen met psychische gezondheidsproblemen en vrouwen met een slechte gezondheidsstatus een significant kleinere toename in eerstelijnszorgbezoeken hadden dan hun respectievelijke referentiegroep; en dat mannen die in meer achtergestelde gebieden wonen een lagere toename in het aantal bezoeken kenden dan mannen in meer welvarende gebieden.

In dezelfde studie werd ook gekeken naar hoe deze wetgeving of hervorming de beschikbaarheid van diensten beïnvloedt. Hiervoor werd bestudeerd hoeveel middelen de verschillende eerstelijnsgezondheidszorgcentra krijgen in verschillende gebieden. Volgens de spreker is vooral gebleken dat er geen goede manier werd gevonden om de prijs te bepalen. Artsen waren geneigd meer korte of minder zware bezoeken op te nemen, omdat die meer opbrachten. Dankzij de onderzoeksresultaten werd het beleid aangepast; het '*fee for service*'-gedeelte werd verlaagd en de capitatie verhoogd.

Het laatste onderzoek gaat over het aspect van de gezondheidsvaardigheden, enkele van de individuele factoren die van invloed zijn op het gebruik van gezondheidszorg. Het hebben van gezondheidsvaardigheden houdt in dat je het vermogen hebt om informatie en diensten te vinden, te begrijpen en te gebruiken om gezondheidsgerelateerde beslissingen te nemen en acties te ondernemen voor jezelf en voor anderen. Uit dit onderzoek blijkt dat de helft van de 77-plussers hierbij moeilijkheden ondervindt. Tegen de leeftijd van 86 wordt het problematisch. Het goede nieuws is dat er daadwerkelijk iets kan gedaan worden om het onevenwicht dat bestaat ten gevolge van verschillen in gezondheidsvaardigheden te verbeteren, bv. door hiervoor aandacht te hebben in de opleiding van de zorgverleners en hen voor te bereiden op het omgaan met deze mensen met verschillende niveaus van vaardigheden.

Samengevat hebben deze onderzoeken volgens de spreker aangetoond dat:

1. bij het evalueren van rechtvaardigheid in de gezondheidszorg rekening moet worden gehouden met de gezondheidsstatus en -behoeften;
2. er niet enkel rekening kan gehouden worden met kwaliteit, doch ook met rechtvaardigheid;
3. als je keuzevrijheid invoert, het moeilijker wordt om rechtvaardigheid te bereiken;
4. individuen verschillende voorwaarden hebben om toegang te krijgen tot en te profiteren van gezondheidszorg. Het gezondheidszorgsysteem moet inspelen op deze verschillen om rechtvaardige zorg te kunnen bieden;

5. als rechtvaardigheid een verklaarde prioriteit is, veranderingen in het gezondheids- en eventueel ander beleid dan moeten geanalyseerd worden in relatie tot de effecten die ze hebben op rechtvaardigheid in gezondheid.

Gezondheid is dus afhankelijk van het beleid, omdat de sociale determinanten vatbaar zijn voor politieke interventies en daardoor afhankelijk zijn van politieke acties.

Tot slot, zal **mevrouw Megan Doheny** wat meer toelichting geven bij haar onderzoek naar de veranderende verblijfsduur in de verzorgingstehuizen en over de wijzigingen in de ouderenzorg in het algemeen.

Ouderenzorg is in Zweden goed voor 3,3 % van het BBP. Dit zal naar verwachting de komende jaren stijgen naarmate de bevolking ouder wordt. De uitgaven aan institutionele zorg (verzorgingstehuizen) maken het grootste deel uit van dit budget. In Zweden wordt er net als in de gezondheidszorg een klein bedrag betaald voor welzijnszorg. Dit kan 4 tot 5 % bedragen, afhankelijk van de gemeente, omdat ouderenzorg nog steeds onder de verantwoordelijkheid van de kinderen (van de oudere) valt. Thuiszorg kan gemiddeld max. 2.125 SEK (= 187,11 euro) bedragen. Het maximumbedrag voor institutionele zorg ligt iets hoger, met name rond de 200 euro per maand. De kosten zijn niet voor het individu maar voor de Staat.

In de jaren ’80 voorzag de Welzijnswet punten van gelijkheid en gelijke toegang op basis van gelijke behoefte. De wet stimuleerde tevens het zo lang mogelijk thuis blijven van ouderen. Uit onderzoek is gebleken dat ouderen hier zelf voorstander van zijn. In de jaren ’90 werd de maatschappelijke zorg hervormd en dit heeft het ouderenzorgsysteem van vandaag sterk veranderd. Zo werd de bevoegdheid van de provincies overgedragen naar de gemeenten. Vandaag is ook de marktwerking binnen de ouderenzorg van toepassing. Meer en meer private aanbieders komen voor in de ouderenzorg. De dekkingsgraad voor 80-plussers als het gaat om institutionele zorgplaatsen kende een piek in de jaren ’90, sindsdien is er een daling waar te nemen en is het gebruik van thuiszorg toegenomen. De vermindering van institutionele zorgfaciliteiten heeft wel een grotere zorglast gelegd op de familieleden. Van de Zweden van 50 jaar en ouder geeft 37 % informele zorg aan familie en 8 % aan buren of vrienden. Bij de 65-plussers bedraagt dit aandeel zelfs 41 tot 46 %. Zij verlenen dus nog meer zorg. Over het algemeen betreft het ook meestal vrouwen. Uit een kostenanalyse van de Universiteit van Lund is gebleken dat 50 % van de werkende bevolking mantelzorg verleent. De kosten zouden volgens dit onderzoek 153 miljard SEK (= 13,5 miljard euro) bedragen indien de Staat er voor zou betalen.

<u>Woensdag 8 maart 2023</u>

** Ontmoeting met de leden van de Commissie voor Welzijn en Gezondheid van de Zweedse Riksdag*

In de *Riksdag* ontmoet de delegatie enkele leden van de ‘*Committee on Health and Welfare*’, met name **de heer Johan Hultberg**, lid van de ‘*Moderate Party*’ en **mevrouw Karin Sundin**, lid van de ‘*Social Democratic Party*’. Verder zijn ook **mevrouw Cecilia Back**, griffier, **mevrouw Johanna Huitfeldt**, commissiesecretaris, en **mevrouw Elin Nyberg**, commissieambtenaar, aanwezig.

Commissievoorzitter Carla Dejonghe (Open Vld) duidt dat de delegatie daags voordien al wat informatie heeft verkregen over het gezondheidszorgsysteem. Het zou interessant zijn om te vernemen of de parlementsleden dezelfde uitdagingen kennen in Stockholm als in Brussel, meer bepaald wat Ouderenzorg betreft. Het raadslid denkt dat de delegatie veel van het Zweedse beleid kan leren.

De heer Johan Hultberg legt uit dat het Zweedse gezondheidszorg- en ouderenzorgsysteem gedecentraliseerd is. De gemeenten zijn bevoegd voor Ouderenzorg. Daarnaast zijn de regio's bevoegd voor Gezondheidszorg, zowel eerstelijnszorg als meer gespecialiseerde zorg.

In het algemeen is de Zweedse gezondheidszorg gekend omwille van zijn goede kwaliteit. Het kent goede resultaten, maar tevens grote uitdagingen op gebied van toegankelijkheid. Zo moeten de mensen vaak wachten om een afspraak te kunnen hebben bij een arts of voor een operatie of behandeling. Dit probleem doet zich al tientallen jaren voor.

Verder zijn er politieke discussies over de verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid tussen de verschillende gemeenten en regio's. De huidige nationale regering, waar de gastspreker deel van uitmaakt, tracht hervormingen door te voeren die de bevoegdheid van de regering over het gezondheidszorgsysteem doet toenemen (bv. centraliseren van een deel van de gezondheidszorg). Momenteel wordt er nog volop over gedebatteerd; er zijn dus nog geen beslissingen in deze zin genomen. Het parlementslid bespreekt tevens het tekort aan artsen in bepaalde gebieden. Misschien dat dit probleem wijzigt wanneer de bevoegde overheid voor de zorg wijzigt.

Wat Ouderenzorg betreft, wordt voornamelijk gedebatteerd over hoe de kwaliteit van de zorg kan verbeterd worden, evenals de toegang tot medische diensten.

Mevrouw Karin Sundin vult aan dat er sinds de coronapandemie een groot debat over de ouderenzorg is gevoerd. Er werd immers een gebrek aan kwaliteit op verschillende manieren vastgesteld. Alleen wordt 20 tot 25 % van de Zweedse gezondheidszorg uitgevoerd in de gemeenten, vooral wat ouderen aangaat. Dat zorgt vandaag voor een grote uitdaging, aangezien de samenwerking tussen de verschillende niveaus van de gezondheidszorg voor ouderen versterkt moet worden. Daarnaast breidt de oudere bevolking snel uit. Zij hebben ook het meeste zorg nodig ten aanzien van andere bevolkingsgroepen.

Zweden heeft een aanzienlijk grondgebied met uitgestrekte rurale gebieden. Dat vormt volgens **de heer Johan Hultberg** meteen een groot verschil tussen Zweden en België. De regio in het noordoosten van Zweden bv. omvat ongeveer 100.000 km², wat groter is dan België, Nederland en Luxemburg samen. Er wonen +/- 250.000 mensen. Het merendeel van de bevolking woont aan de kust in enkele steden. Hoe meer je landinwaarts gaat, hoe lager het aantal inwoners. Maar ook deze mensen hebben recht op gezondheidszorg en ouderenzorg. De demografische uitdagingen zijn dus daar veel groter, aangezien de inwoners grotendeels ouderen zijn. De jongere generaties zijn geneigd te verhuizen naar grotere steden. Jongeren gaan vaker naar de universiteit en besluiten in de stad te blijven wonen. Volgens de gastspreker zijn hier ook zaken uit te leren. Doordat zij geconfronteerd worden met deze uitdagingen en grotere afstanden, ontwikkelen zij nieuwe oplossingen. Deze oplossingen zouden in alle Westerse landen ingang moeten vinden, want de vergrijzing is een feit. De systemen zouden ervoor moeten zorgen dat zij die de meeste noden hebben, worden geholpen.

Mevrouw Carla Dejonghe (Open Vld) vraagt of, gelet op het feit dat er veel verschillen kunnen bestaan tussen de gemeenten onderling en de regio's en zij bijgevolg veel van mekaar kunnen leren, er een instelling bestaat die alle informatie van de verschillende overheden groepeert en op basis hiervan aanbevelingen formuleert ten aanzien van deze overheden.

De heer Johan Hultberg antwoordt dat de wet overal dezelfde is. De gemeenten hebben dezelfde verantwoordelijkheid, ongeacht of ze groot of klein zijn. Verder bestaan er verschillende ministeriële agentschappen ter ondersteuning van het beleid en de regio's, die bv. door middel van handleidingen of andere *tools* ervoor willen zorgen dat de gezondheidszorg en ouderenzorg misschien niet overal dezelfde is, maar minstens van een gelijk niveau. Hoe de zorg georganiseerd wordt in Stockholm zal niet hetzelfde zijn als in de landelijke gebieden, maar iedereen heeft wel recht op zorg en dienstverlening van hetzelfde niveau.

Mevrouw Karin Sundin voegt hieraan toe dat de regio's wel degelijk samenwerken. In Zweden bestaan er grotere zorgregio's, zeven in totaal, georganiseerd rond de universitaire ziekenhuizen. Zij moeten een groot gebied bedienen. Wanneer het gespecialiseerde zorg betreft, moeten patiënten reizen. In de noordelijke gebieden moeten de inwoners heel ver reizen voor geavanceerde medische zorg.

Er bestaat tevens een samenwerking en uitwisseling van goede praktijken tussen de gemeenten. Er werd een Zweedse organisatie opgericht voor alle gemeenten en regio's samen die samenwerking tussen de gemeenten en regio's organiseert om van elkaar te leren en gezondheidszorg te ontwikkelen.

Commissielid Arnaud Verstraete (Groen) heeft een vraag m.b.t de wachtlijst. België kampt met hetzelfde probleem. Welke oplossingen onderzoekt Zweden om de wachtlijsten voor zorg korter te maken? Daarnaast werd ook aangehaald dat Zweden, net als België, moeilijk het juiste personeel vindt om te werken in de ouderenzorg. Hoe wordt dit aangepakt? Tot slot, verwijst het commissielid naar het bezoek aan het Karolinska Instituut en het interessant onderzoek dat daar wordt verricht. Hoe werkt de samenwerking tussen de academische wereld en het politieke niveau? In welke mate wordt onderzoek in het parlement besproken of geïntegreerd in het beleid?

Er bestaan volgens **de heer Johan Hultberg** geen gemakkelijke oplossingen. Mochten die er zijn, dan waren ze reeds toegepast. De '*Moderate Party*' en de nationale regering geloven in economische stimulansen. Het komt erop neer dat regio's die goed presteren financieel worden beloond. Hetzelfde geldt voor bijkomende bedden in de ziekenhuizen. Het grote probleem is echter niet het gebrek aan bedden, maar het gebrek aan bedden met personeel. En dat vormt een van de redenen waarom Zweden een wachtlijst heeft. Je kan geen operatie laten uitvoeren, als je geen nazorg kan verkrijgen. Er wordt momenteel werk gemaakt van een nationaal plan voor de rekrutering van zorgpersoneel om ervoor te zorgen dat alle nodige vaardigheden over het volledige grondgebied ter beschikking zijn.

Verder werd een organisatie opgericht op nationaal niveau om patiënten te helpen bij hun zoektocht naar een behandeling. Als iemand bv. aan de Westkust woont en de wachtlijst voor een knieoperatie is daar heel lang, dan kan die eventueel terecht in Stockholm of elders waar de wachtlijst minder lang is. De organisatie zal aangeven waar patiënten terechtkunnen om sneller behandeld te worden. Het blijft wel een recht van de patiënt om te bepalen of hij

bereid is om te reizen en op die manier sneller geholpen te worden. Het doel is om de totale capaciteit die voorhanden is te benutten.

Wat het personeelstekort betreft, verduidelijkt de gastspreker dat er ook op dit gebied niet een alomvattende oplossing bestaat. De heer Johan Hultberg is van mening dat we als individu zelf meer verantwoordelijkheid moeten nemen voor onze eigen gezondheid. Het beleid moet dus meer focussen op preventie. Hier bestaat ook een link naar de digitalisering. Het is belangrijk om te beschikken over voldoende gezondheidsgegevens, zodat er efficiënter kan ingegrepen worden bij bepaalde risico's.

Voorts zou een verschuiving van de taken een belangrijke oplossing kunnen bieden. Alle zorgverleners zouden zich in de eerste plaats moeten focussen op het verlenen van zorg. Een arts-specialist met twintig jaar ervaring zou zich niet moeten bezighouden met het invullen van formulieren en administratie. Er zijn andere profielen die dit beter en sneller kunnen doen aan een lagere kostprijs. Zo zouden ook andere profielen kunnen worden aangeworven, bv. IT-specialisten. De zorgsector moet een meer aantrekkelijke werkgever worden.

Mevrouw Karin Sundin beaamt dat er grote uitdagingen bestaan, waarvan het gebrek aan geschoold personeel er een is. Er moet op een andere manier nagedacht worden over de wijze waarop de gezondheidszorg wordt georganiseerd en de kwaliteit wordt gedefinieerd. De digitalisering van het gezondheidszorgsysteem moet efficiënter worden aangepakt, waarbij de opvolging van patiënten wordt gegarandeerd. Ondanks de verschillen tussen hen werken de regio's goed samen. Er bestaat tevens een goede samenwerking tussen de universitaire ziekenhuizen. Alleen kan niet elk universitair ziekenhuis op zich dezelfde gespecialiseerde zorg aanbieden. Er wordt daarnaast getracht om nieuwe methoden en onderzoek te implementeren.

Commissielid Els Rochette (one.brussels-Vooruit) wil begrijpen hoe deze samenwerking precies wordt georganiseerd. Blijkbaar gaat iedereen ermee akkoord om samen te werken. Hoe komt dit? Is het een verplichting of zijn er stimulansen om samen te werken? Zal de overheid bv. tussenkomen, wanneer morgen een van de ziekenhuizen beslist om niet langer samen te werken?

Hierop antwoordt **mevrouw Karin Sundin** dat Zweden een lange historische traditie van samenwerking kent. Zo werken alle Zweedse gemeenten al vele jaren samen. Ongeacht hoe hun politieke meerderheid eruit ziet, maken zij deel uit van SKR (*Sveriges Kommuner och Regioner*), de 'Zweedse vereniging van lokale overheden en regio's'. Dit is een omvangrijke en machtige organisatie. Elke gemeente of regio betaalt lidgeld. In ruil organiseert SKR een groot deel van de steun voor kleine gemeenten en speelt het een belangrijke rol bij de ontwikkeling van nieuwe methoden, in onderwijs, in gezondheidszorg en in sociale voorzieningen. SKR is een solidariteitsorganisatie die zorgt voor een goede kwaliteit. Naar aanleiding van de pandemie vond een heuse politieke discussie plaats over de macht van deze organisatie, omdat het geen overheidsorganisatie is en geen wetten kan uitvaardigen. Toch moet er worden toegegeven dat SKR goed heeft gewerkt om dit grote land bij elkaar te kunnen houden.

De heer Johan Hultberg voegt hieraan toe dat de overheid tevens nood heeft aan een gesprekspartner, die alle gemeenten en regio's vertegenwoordigt. Beide kunnen belastingen heffen voor de financiering van de zorg. De regering kan ondersteuning bieden. Wanneer de regering het probleem van de wachtlijst wil aanpakken en hiervoor financiering voorziet, zal

het met SKR onderhandelen over de verdeling van de middelen. Verder is de samenwerking tussen de regio's wettelijk verankerd. Vooral wat Ouderenzorg betreft, is een samenwerking tussen de verschillende overheden vereist. Samenwerking is niet eenvoudig, maar wel een must.

Mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit) vraagt zich af welke maatregelen er werden genomen tijdens de coronapandemie ten aanzien van ouderen in bejaardentehuizen. Waren deze maatregelen in elke regio en gemeente gelijk? Heeft de SKR hier ook een rol in gespeeld?

Mevrouw Karin Sundin verduidelijkt dat iedere regio een grote verantwoordelijkheid kreeg. Zij namen de beslissingen voor de inwoners van hun gebied. Wel was het zo dat iedere regio beschikte over een eigen epidemiearts, die nauw samenwerkte met de nationale verantwoordelijken. Er bestond eveneens een consensus over de strategie. De werking in de 21 regio's was min of meer gelijklopend. De pandemie heeft er voor gezorgd dat nieuwe methoden en digitale *tools* werden ontwikkeld.

Mevrouw Cieltje Van Achter (N-VA) heeft vastgesteld dat het eerste hoofdstuk in het regeerakkoord handelt over Gezondheidszorg, wat redelijk ongebruikelijk is in België. Is dit omwille van de pandemie of vormt gezondheid een van de belangrijkste maatschappelijke gespreksonderwerpen? Wat is de idee die achter deze prominente plaats in het regeerakkoord schuilt?

Er werd aangegeven dat er momenteel institutionele hervormingen op tafel liggen. Betreft dit enkel Gezondheidszorg? Maken institutionele hervormingen hier altijd deel uit van de regeringsonderhandelingen? Wordt nagedacht over welke bevoegdheden efficiënter op een ander niveau zouden kunnen worden uitgeoefend?

Het is een lopende discussie, stelt **de heer Johan Hultberg**. In de jaren '70 was er een grote hervorming waarbij vele kleine gemeenten werden gefuseerd. Momenteel is er een debat over of dergelijke hervorming opnieuw nodig is. Dat is echter niet evident. Er zijn momenteel gemeenten met ongeveer 5.000 inwoners, maar waarvan het grondgebied veel groter is dan sommige andere gemeenten. Dus als je die gemeenten zou fuseren, wordt de afstand tussen de politiek en de burger ook groter. De discussie draait dus steeds over democratie en bevolkingsdichtheid.

Institutionele hervormingen handelen vaak over Gezondheidszorg, maar bv. ook over Onderwijs. Zo was er in de jaren '90 een grote hervorming omwille van economische problemen in Zweden. De onderwijsbevoegdheid werd overgeheveld van het nationale naar het lokale niveau. De universiteiten bleven op het nationale niveau. De partij van de gastspreker stond hier kritisch tegenover en is nog steeds vragende partij om deze bevoegdheidswissel terug te draaien.

Mevrouw Karin Sundin dacht dat er na de coronapandemie meer over de organisatie van het gezondheidszorgsysteem zou gediscussieerd worden. Vorig jaar vonden algemene verkiezingen (voor de drie bevoegdheidsniveaus) plaats. Maar tijdens de verkiezingscampagnes werd voornamelijk gefocust op Veiligheid en Energie.

Volgens **de heer Johan Hultberg** is de bevolking, indien je haar zou vragen wat voor haar het belangrijkste thema is, geneigd om Gezondheidszorg te antwoorden. Het feit dat er in

Zweden samenvallende verkiezingen zijn, zorgt voor een goede opkomst. Alleen is het probleem hierbij dat de debatten zich toeleggen op nationale thema's en de partijleiding. Gezondheidszorg kreeg wel een prominente plaats in het regeerakkoord omdat dit een belangrijk thema was voor een van de vier coalitiepartners, maar het is tevens niet het meest uitgebreide thema. De hervormingen inzake Migratie en Veiligheid kregen bv. meer aandacht in het regeerakkoord.

De heer Juan Benjumea Moreno (Groen) komt even terug op het personeelstekort in de zorgsector. Heeft de Riksdag erover nagedacht om meer middelen te voorzien met als doel meer mensen aan te trekken naar een job in de zorgsector? Er bestaat in België veel concurrentie tussen zorgverleners om personeel. Heeft het nationale niveau hierin enig beslissingsrecht, aangezien alles gedecentraliseerd is?

Daarnaast is het commissielid benieuwd naar de op vaardigheden gebaseerde migratie in de zorg. Is het aantrekken van buitenlandse werkkrachten voor de zorgsector iets dat leeft in Zweden?

De heer Juan Benjumea Moreno legt uit dat uit onderzoek van het Karolinska Instituut blijkt dat steeds minder ouderen naar een verzorgingstehuis gaan of dit uitstellen. Dit was al voor de pandemie het geval, maar Covid-19 heeft dit wel exponentieel versneld. Denkt het beleid aan het voorzien van meer middelen voor Ouderenzorg om dit te compenseren?

De gastsprekers hadden het tevens over preventie. Hoe ziet het preventiebeleid er in Zweden concreet uit?

Tot slot, vraagt het commissielid zich af of de idee achter het opnieuw centraliseren van bepaalde bevoegdheden gekoppeld is aan de coronapandemie of al eerder speelde. Of heeft het eerder te maken met de vaststelling dat de SKR te veel macht heeft? Of vond de Riksdag dat de aanpak van de pandemie onvoldoende gecoördineerd was?

Mevrouw Karin Sundin meent dat de concurrentie in de zorgsector voor het aantrekken van personeel deels met verloning te maken heeft. In het Zweedse zorgsysteem zorgt het onderscheid tussen de steden en de rurale gebieden voor een grote uitdaging. In de noordelijke gebieden zal men zorgverleners een hoger loon betalen om er te komen werken. Maar het grootste probleem is dat artsen en verpleegkundigen lang hebben gestudeerd en hun bekwaamheid efficiënt willen gebruiken. Zo bestaat er een groot debat over de materniteiten. Arts-specialisten willen hun specialisatie elke dag kunnen uitoefenen. Ze zijn niet geneigd om te werken in een ziekenhuis in rurale gebied waar amper bevallingen plaatsvinden.

Daarnaast kent Zweden ook het debat over migratie, maar dan eerder in een veiligheids- en werkloosheidscontext. Los daarvan, patiënten die vandaag naar een Zweeds ziekenhuis gaan, zullen personeel aantreffen waarvan een groot deel uit het buitenland komt, bv. uit Syrië. Zonder deze werkkrachten zou het Zweedse zorgsysteem vandaag niet functioneren.

Wat de ouderen in de verzorgingstehuizen betreft, is het beleid zo dat men hen zo lang als mogelijk thuis wil laten wonen en hiervoor voorziet de overheid in middelen voor thuiszorg.

Wat de institutionele hervormingen betreft, verduidelijkt **de heer Johan Hultberg** dat deze op gebied van Gezondheidszorg vaak over het probleem van ongelijkheid handelen. Corona heeft het debat in deze sector wel aangewakkerd. Zweden wil voorbereid zijn voor dergelijke

situaties. Het is bv. makkelijker om de voorraden en apparatuur op het nationale niveau te regelen. De nationale regering probeert nu hervormingen door te voeren om Zweden aantrekkelijker te maken voor hoogopgeleide mensen. Veel artsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen, vooral zij die aan de grens wonen, werken in Noorwegen, omdat de salarissen daar veel hoger liggen. Let wel, lonen bepalen niet alles in de keuze om voor een bepaalde werkgever te werken.

Mevrouw Els Rochette (one.brussels.Vooruit) wil nog weten of Armoede ook op de politieke agenda staat. Uit onderzoek blijkt dat armoede en gebrek aan gezondheidszorg vaak samen gaan. Neemt de Riksdag hier ook actie in?

Mevrouw Karin Sundin antwoordt bevestigend. De sociaaleconomische achtergrond is bepalend voor iemands gezondheid. Om die reden wordt ingezet op preventie. Er bestaan grote gezondheidskloven tussen de steden en de rurale gebieden, en tussen het Noorden en het Zuiden. De grootste gezondheidsproblemen doen zich voor in de noordelijke gebieden (diabetes, hartziekten…). In alle regio's werden de inwoners reeds uitgenodigd voor gezondheidsgesprekken.

In België is dit anders, legt **commissielid Els Rochette (one.brussels-Vooruit)** uit. De grootste armoedepercentages doen zich voor in de steden. In Brussel groeit een op vier kinderen op in een gezin dat leeft onder de armoedegrens.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) vindt het interessant dat de regering wil inzetten op zelfzorg en preventie. Een bevinding die bij het bezoek aan het Karolinska Instituut aan bod kwam, was dat mensen met een lagere sociaaleconomische achtergrond vaak over minder goede informatie beschikken of een minder goed begrip hebben over wanneer ze een zorgverlener zouden moeten raadplegen. Dit zou ook meer voorkomen bij mannen dan bij vrouwen. Zou het ook een optie kunnen zijn om hierover in het onderwijs voorlichting te geven?

Tot slot, komt het commissielid terug op de economische stimulansen die de nationale regering wenst te geven aan de regio's die goed presteren. Hoe gaat dit werken? Wat wordt verstaan onder 'goed presteren' als je bv. rekening houdt met het feit dat in sommige regio's er minder mensen zijn die een hulpvraag stellen.

De heer Johan Hultberg verklaart dat als het om economische stimulansen gaat, het moeilijk is om een perfect systeem te vinden. Zweden beschikt gelukkig over goede statistieken over gezondheidsindicatoren. Economische stimulansen kunnen niet het enige instrument in de gereedschapskist zijn. Momenteel gaat 97 % van het budget naar behandelingen en 3 % naar preventie. Dat laatste moet veel meer zijn. ER zal op beide fronten moeten gewerkt worden, enerzijds, algemene regels die gelden voor de gehele bevolking, en anderzijds, maatregelen die specifiek gericht zijn op bepaalde doelgroepen.

** Bezoek aan de 'National Board of Health and Welfare' (Socialstyrelsen)*

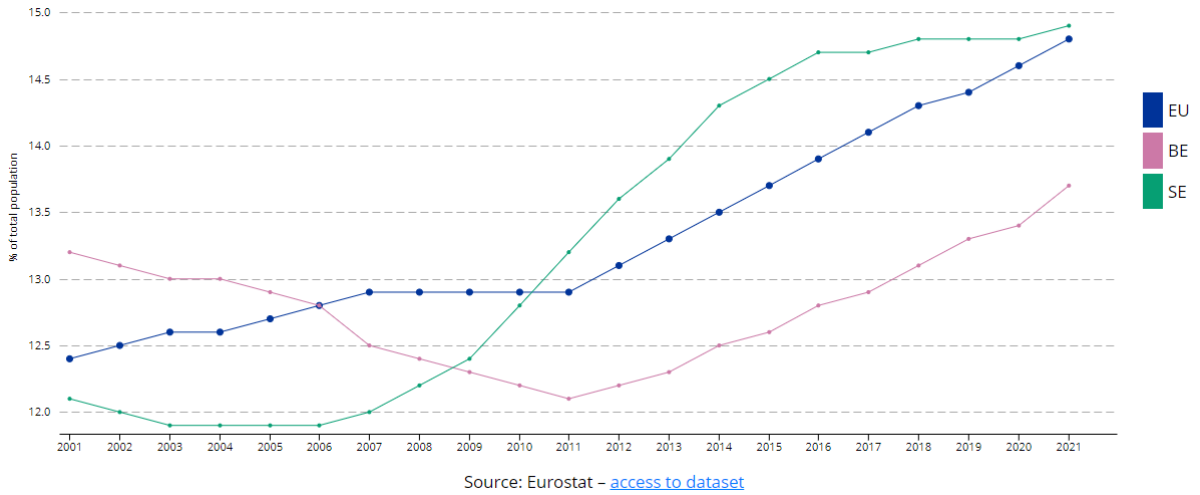
Bij de 'National Board of Health and Welfare' wordt de delegatie ontvangen door **mevrouw Michaela Prochazka**, coördinator Ouderenbeleid en programmamedewerker, en **de heer Peter Lundholm**, deskundige in Mondzorg en Tandheelkunde, die een presentatie hebben voorbereid over Gezondheids- en Sociale zorg voor ouderen.

Ter inleiding legt **mevrouw Michaela Prochazka** uit hoe Zweden wordt bestuurd en hoe de bevoegdheden inzake Gezondheid, Welzijn en Zorg zijn versnipperd over verschillende niveaus. Zweden telt circa 10 miljoen inwoners en is een constitutionele monarchie met een democratisch verkozen parlement.

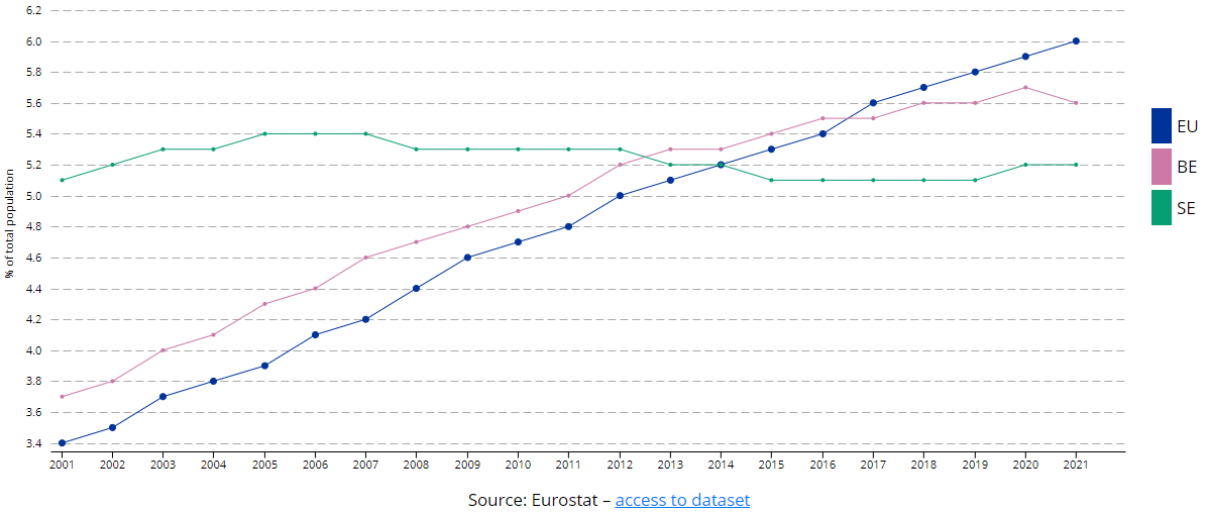
De regio's zijn bevoegd voor Medische zorg en Gezondheidszorg, terwijl de gemeenten verantwoordelijk zijn voor Ouderenzorg en het Beleid inzake personen met een beperking. Bovendien beschikken de lokale overheden over geen eigen medisch personeel.

De gastspreker toont een grafiek waarbij het percentage van ouderen (65 tot 79 jaar) ten aanzien van de volledige bevolking wordt weergegeven van België, Zweden en de EU. Hieruit valt af te leiden dat Zweden een groter percentage van deze groep ouderen kent. Maar wanneer we dezelfde grafiek voor ouderen vanaf 80 jaar bestuderen, blijkt het omgekeerde het geval. Mevrouw Michaela Prochazka vermoedt dat Zweden dit verschil ten aanzien van andere Europese landen wel zal inhalen, aangezien de nood aan gezondheidszorg en sociale ondersteuning vaak vanaf deze leeftijd voorkomt.

Percentage ouderen (65 tot 79 jaar)



Percentage ouderen (≥ 80 jaar)



Vervolgens geeft de coördinator een woordje uitleg over de ‘National Board of Health and Welfare’. Deze overheidsinstelling is een agentschap dat onder het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken valt. Het staat voornamelijk ten dienste van beleidsmakers en overheidspersoneel. De instelling biedt beleidsondersteuning door middel van:

- het opmaken van regelgeving;
- het opstellen van richtlijnen (gebaseerd op kennis);
- het toekennen van overheidssubsidies;
- monitoring en evaluatie van beleid;
- het beheren van nationale databanken en statistieken.

De gegevens worden voornamelijk verzameld op basis van het persoonlijk identiteitsnummer. Iedereen die in Zweden verblijft, is geregistreerd in het Zweedse bevolkingsregister en ontvangt een persoonlijk identiteitsnummer. De ‘National Board of Health and Welfare’ beheert een aantal verplichte registers waarvoor het identiteitsnummer wordt gebruikt om gegevens te registeren:

- Zweeds medisch geboorteregister;
- Nationaal patiëntenregister;
- Voorgeschreven medicijnenregister;
- Register van gezondheidszorg in de gemeenten;
- Register van zorg en sociale diensten voor ouderen;
- Zweeds kankerregister;
- Zweeds overlijdensregister (reden van overlijden);
- Register van orgaan- en weefseldonatie.

Op de website van het agentschap kunnen zes dataregisters worden geraadpleegd. Uiteraard bevatten deze niet de identiteitsnummers.

Daarnaast bestaan er ook niet-verplichte registers, die niet door de ‘National Board of Health and Welfare’ worden beheerd, maar bv. wel worden gesubsidieerd. Zweden was een van eerste landen ter wereld om gebruik te maken van registers over de kwaliteit van gezondheids- en medische zorg en diensten met het oog op het verbeteren van de zorgkwaliteit en het reduceren van regionale verschillen. De gastspreker geeft enkele voorbeelden die gelinkt zijn aan ouderenzorg: Register van gedrags- en psychologische symptomen bij mensen met dementie, Register van palliatieve zorg, het Zweeds dementieregister en ‘Senior Alert’. Dit laatste is een nationaal kwaliteitsregister dat gebruikt wordt door praktijkmensen in verzorgingstehuizen of rusthuizen en streeft naar een preventieve aanpak op het gebied van doorligwonden, ondervoeding, valpreventie, slechte mondzorg, blaasdisfunctie.

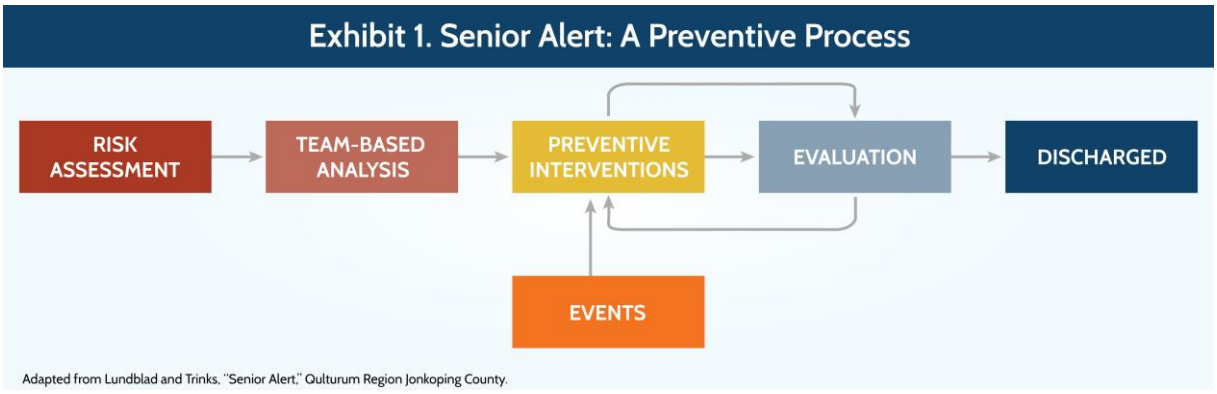
Commissielid Arnaud Verstraete (Groen) vraagt of de risicoanalyse die in de praktijk wordt uitgevoerd, bestaat uit een lijst met vragen die aan de patiënten worden gesteld. Dit wordt door **mevrouw Michaela Prochazka** bevestigd. Het verplegend of zorgpersoneel registreert de antwoorden en analyseert de risico’s, evenals wat bij de patiënt wordt waargenomen. Het is een *hands-on tool*. Enkel als er risico’s zijn, worden deze geregistreerd.

Aangezien dit een nationale reikwijdte heeft, werd ‘Senior Alert’ door de ‘National Board of Health and Welfare’ opgestart, wil **mevrouw Cieltje Van Achter (N-VA)** weten. **De gastspreker** verklaart dat dit aanvankelijk in slechts een deel van Zweden werd geïntroduceerd en vervolgens nationaal werd uitgebreid. Het agentschap subsidieert en ontvangt jaarlijks de data van het afgelopen jaar waarmee het aan de slag kan. Voor het

agentschap zijn het cijfers, gegevens, maar voor het zorgpersoneel gaat het uiteraard over de personen achter deze data.

Het register dient ter ondersteuning van een systematische aanpak waarbij alle stappen van de preventieve zorg worden opgenomen. Deze stappen zijn:

1. Risicoanalyse;
2. De onderliggende oorzaken van het risico;
3. Planning van preventieve maatregelen;
4. Gebeurtenissen (vallen, doorligwonden, gewichtsverlies, slechte mondzorg);
5. Opvolging en afsluiting.



Bron: https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/sep/swedens-senior-alert-program-how-information-system-can-reduce

Naast de beleidsmakers richt het agentschap zich ook rechtstreeks tot de oudere burgers. Sinds 2013 zendt het ieder jaar (met uitzondering van 2021) een enquête naar de ouderen (≥ 65 jaar) die in zorginstellingen verblijven of beroep doen op thuiszorg. In 2022 betrof het 210.000 enquêtes. De respons bedroeg 59 % bij ouderen die nog thuis wonen en beroep doen op thuiszorg, tegenover 43 % bij ouderen die in een zorginstelling verblijven. Dit laatste cijfer is zeer goed gegeven dat ongeveer 70 % van deze doelgroep lijdt aan dementie of een cognitieve stoornis. De input blijft belangrijk, daarom dat op het einde van de enquête ook wordt gevraagd om aan te geven wie de enquête invulde (oudere zelf of een verwante of een vriend). Het is niet de bedoeling dat het personeel helpt bij het invullen ervan. De respons was wel een beetje anders in 2022 omdat de rusthuizen tijdens het eerste jaar van de coronapandemie gesloten werden voor bezoekers.

Daarnaast vertrekt er tevens een enquête naar de gemeenten en de thuiszorgdiensten. De informatie bekomen uit beide enquêtes worden verzameld en verwerkt tot een ‘elderly guide’.

Deze ‘ouderengids’ bevat algemene informatie over hoe men een aanvraag moet indienen om beroep te doen op thuiszorg, hoe zich in te schrijven in een zorginstelling, wat je rechten zijn… Maar deze *tool* geeft je ook de mogelijkheid om de verschillende gemeenten met elkaar te vergelijken.

Mevrouw Michaela Prochazka vraagt of dergelijke enquêtes ook in België voorkomen. **De delegatieleden** antwoorden dat er niet echt een ‘enquête-cultuur’ in België bestaat. Een van de redenen hiervoor is het vermijden van administratieve overlast.

Hoe kan worden vermeden dat het personeel de enquêtes niet invult, wil **commissievoorzitter Carla Dejonghe (Open Vld)** graag weten. **De gastspreker** stelt dat het systeem gebaseerd is op vertrouwen. Er zullen wel instellingen zijn die hun personeel vragen om de patiënten ‘aan te moedigen’ om positief te zijn bij het invullen van de enquête. Maar volgens haar verliest men er enkel bij op het einde van de rit wanneer het niet correct wordt gedaan.

Vervolgens legt mevrouw Michaela Prochazka uit dat er in Zweden een wet bestaat die de vrijheid van keuze in de zorg regelt: ‘The Act on Systems of Choice (LOV)’. Concreet houdt dit in dat men de vrijheid heeft om te kiezen tussen diensten die afhangen van de private sector dan wel van de gemeente. Iedere gemeente kan zelf beslissen of het deze wet aanneemt of niet. Momenteel is deze keuzevrijheid ingevoerd in 158 van de 290 gemeenten. De gastspreker zegt dat gemeenten die de wet niet hebben aangenomen, daarom niet automatisch over geen verschillende diensten beschikken. Er zal meestal een keuze kunnen gemaakt worden.

Mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit) is benieuwd of er verschillen kunnen worden vastgesteld tussen de gemeenten die de wet hebben aangenomen en deze die dit niet deden m.b.t. de tevredenheid van de ouderen. **Mevrouw Michaela Prochazka** reageert dat er geen grote verschillen zijn. De gemeenten die de wet niet hebben aangenomen, zijn vaak klein en voor hen betekent de keuzevrijheid meer administratieve rompslomp. Bovendien hebben ze een te beperkt aantal inwoners. Als je op je grondgebied slechts een keuze hebt tussen twee zorginstellingen, dan zorgt dat bv. ook voor meer stabiliteit bij het personeel. De nood aan meer keuzes is gewoonweg minder groot ten aanzien van grotere gemeenten en steden.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) vermoedt dat het eveneens een kwestie van rendement betreft. Het lijkt niet gemakkelijk om als private speler een bedrijf op te richten dat voldoende rendabel is in die gebieden waar weinig mensen wonen. Dat wordt door **de gastpreker** bevestigd.

Hierna geeft **mevrouw Michaela Prochazka** aan dat er in Zweden ook veel aandacht is voor welzijnstechnologie. Zweden is een vrij gedigitaliseerd land. Welzijnstechnologie wordt gebruikt voor preventie of begeleiding en om oplossingen te bieden voor verschillende doelgroepen. Voorbeelden zijn *tools* om de veiligheid te behouden of verhogen, cf. veiligheidsalarm.

De gastspreker komt ook even terug op de verschillende dienstverleningen die voor ouderen voorhanden zijn. Er doet zich momenteel een trend voor waarbij er meer beroep wordt gedaan op medische basiszorg (thuisverpleging) in vergelijking tot de thuishulpdiensten. **De heer Juan Benjumea Moreno (Groen)** heeft begrepen dat er grote ongelijkheden kunnen bestaan tussen grotere en kleinere gemeenten voor wat het aanbod betreft en dat het aanbod van medische basiszorg en thuishulpdiensten bv. ook afhangt van inkomsten van de gemeenten.

Weerspiegelt zich dat in de enquêtes afgenomen bij ouderen? **Mevrouw Michaela Prochazka** beweert dat in gemeenten waar ouderen meer keuzevrijheid hebben, zij vaker zelf de dienstverlening financieren.

Eenzaamheid is een probleem bij ouderen; hoe wordt dit aangepakt, wil **commissielid Arnaud Verstraete (Groen)** weten. **De gastspreker** antwoordt dat over eenzaamheid voor de coronapandemie niet vaak werd gesproken. Voorheen was de dienstverlening voornamelijk gericht op ouderen die onvoldoende zelfredzaam waren, terwijl nu heel wat bijkomende budgetten zijn vrijgemaakt voor verschillende organisaties en projecten ter preventie van eenzaamheid. Volgens **de heer Peter Lundholm** betreft het in dit geval ouderen die het moeilijk hebben om te functioneren in het dagelijkse leven en nood hebben aan sociale en emotionele ondersteuning; niet zozeer de gepensioneerden die deelnemen aan activiteiten of zijn aangesloten bij een ouderenvereniging.

Vervolgens wordt door **mevrouw Michaela Prochazka** uitleg verschaft over het Zweedse systeem voor seniorenhuisvesting. Naast de gewone huisvesting (zo lang mogelijk thuis wonen) – die het vaakst voorkomt – is er sociale huisvesting voor ouderen en gespecialiseerde huisvesting voor ouderen. De sociale huisvesting voor ouderen werd ongeveer acht jaar geleden ingevoerd en bleek niet zo een groot succes. Redenen hiervoor waren de hoge kostprijs voor de gemeenten en het feit dat ouderen na verloop van tijd toch gespecialiseerde zorg nodig hebben en bijgevolg nogmaals dienden te verhuizen. De gespecialiseerde huisvesting omvat o.a. de rusthuizen en verpleegtehuizen, waar vierentwintig uur per dag zorgpersoneel voorhanden is. Er wordt veel aandacht besteed aan het thuisgevoel in deze instellingen. Daarom hebben de bewoners een contract. In tegenstelling tot vele andere Europese landen, waar bewoners net zoals in een ziekenhuis, gemakkelijk van kamer moeten veranderen, hebben ze hun eigen plaats. Gemiddeld verblijft een oudere 2 jaar en 6 maanden in een gespecialiseerde zorginstelling; 30 % van het aantal nieuwe bewoners sterft wel binnen de eerste zes maanden. De leeftijd waarop ouderen aankomen, is ongeveer 84 jaar bij vrouwen; de mannen zijn iets jonger. Personen met dementie komen meestal wel aan op jongere leeftijd en blijven langer.

Het kan gebeuren dat koppels samen naar een zorginstelling willen. Ze dienen hetzelfde niveau van behoefte aan gezondheidszorg te hebben. Een dubbele kamer blijkt echter niet populair, meestal vragen ze een aparte kamer. Er is altijd een partner die net iets gezonder is dan de andere en mochten ze beide in dezelfde kamer verblijven, zou de andere partner onvoldoende rust krijgen. Koppels verkiezen dus een aparte kamer binnen dezelfde instelling.

De kost voor de gemeenten voor Ouderenzorg bedroeg in 2021 +/- 100.000 euro. Hiervan ging 57 % naar gespecialiseerde huisvesting en 42 % naar thuishulpdiensten.

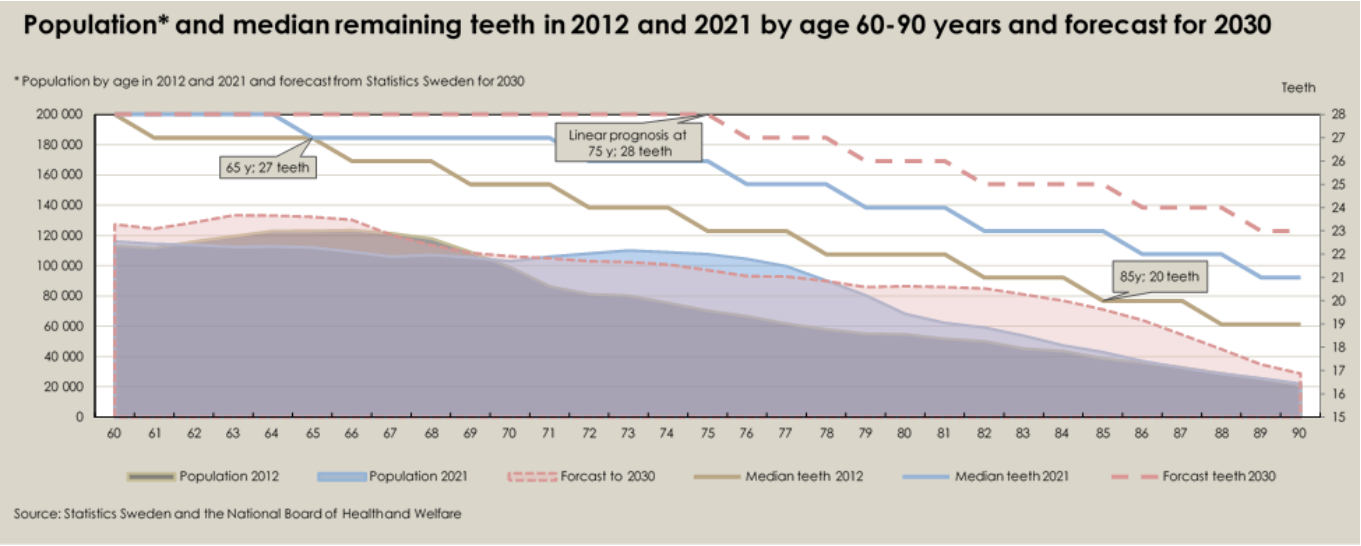
Tot slot, legt de gastspreker uit dat de coronapandemie veel hiaten heeft blootgelegd in de Ouderenzorg. Vandaar dat een bijzonder budget werd toegekend om het ‘National Elderly Care Competence Center’ op te richten. Het project ging van start in augustus 2022 en momenteel worden interviews afgenomen van het personeel om te begrijpen hoe ze moeten te werk gaan om de Ouderenzorg te verbeteren.

De heer Peter Lundholm informeert de delegatie nog over de uitdagingen die bestaan op gebied van mondzorg bij een vergrijzende bevolking. De deskundige legt uit dat de zorglast stijgt, doordat:

- het aantal patiënten stijgt;

- het aantal tanden bijgevolg stijgt;
- er meer geavanceerde herstellingen zijn;
- de multimorbiditeit (leven met twee of meer chronische ziekten) stijgt;
- het gebruik van geneesmiddelen stijgt;
- enz…

Een groot aandeel van de ouderen is nog gezond en woont thuis, gaat nog skiën, draagt zelf zorg voor de tuin, enz… tot op een zeker (keer)punt, waarbij ze ziektekwalen beginnen te vertonen en evolueren van een onafhankelijk en gezond bestaan naar een zwakkere en afhankelijke toestand. Deze evolutie gaat vaak gepaard met een slechtere mondzorg. De gastspreker toont een grafiek die de prognose geeft met betrekking tot het aantal ouderen en hun overblijvend aantal tanden.



De toenemende zorglast proberen zorgverleners gezamenlijk terug te dringen door een vangnet aan te bieden en persoonsgerichte zorg aan te bieden in verschillende domeinen. Er bestaan heel wat richtlijnen over hoe om te gaan met de vergrijzing, maar er kan worden vastgesteld dat de druk op de mantelzorg toeneemt als het vangnet onvoldoende functioneert.

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat er enkele hindernissen zijn die de integratie van mondzorg in de Zweedse gezondheidszorgkaders bemoeilijken. Zo kennen tandzorg (en tandheelkunde) en medische gezondheidszorg aparte regelgevingen, zijn onderscheiden instanties bevoegd en is de financiering verschillend. De integratie van mondzorg is daarnaast niet opgenomen in de huidige nationale beleidsontwikkelingen, zoals bv. E-health-visie voor 2025 en het bijhorende actieplan, hervorming van de eerstelijnszorg, individuele zorgplanning… Verder is er een gebrek aan samenwerking en overkoepelende organisaties, en tot slot, zijn de opleiding in mondzorg en de kennis-gebaseerde beleidsmaatregelen onderontwikkeld.

De delegatieleden zijn enigszins verbaasd om te vernemen dat zorgverlening vrij goedkoop is, maar dat een bezoek aan de tandarts daarentegen niet goedkoop is. Hoe komt dit?

De gastspreker antwoordt dat het inderdaad verbazingwekkend is, aangezien tanden nu eenmaal een deel zijn van het lichaam en deel uitmaken van onze gezondheid. Hij legt uit dat

personen tot 23 jaar wel gratis naar de tandarts kunnen. Vanaf 24 jaar moet er wel betaald worden en komt de Staat slechts in geringe mate tussen. Een uitzondering bestaat voor mondzorg die gepaard gaat met heel hoge kosten, bv. wanneer iemand al zijn tanden zou verliezen. Desgevallend komt de Staat meer tussen. Nochtans behoudt men meer tanden al naargelang men vaker een preventief bezoek brengt aan de tandarts.

Tot slot, deelt **de heer Peter Lundholm** enkele aanbevelingen. Zo is hij van mening dat mondzorg beter wordt opgenomen in het globale gezondheidszorgsysteem en de individuele zorgplanning, zodat er sneller preventief kan worden opgetreden. Bovendien zou er meer aandacht voor mondzorg moeten zijn in medische en zorgopleidingen.

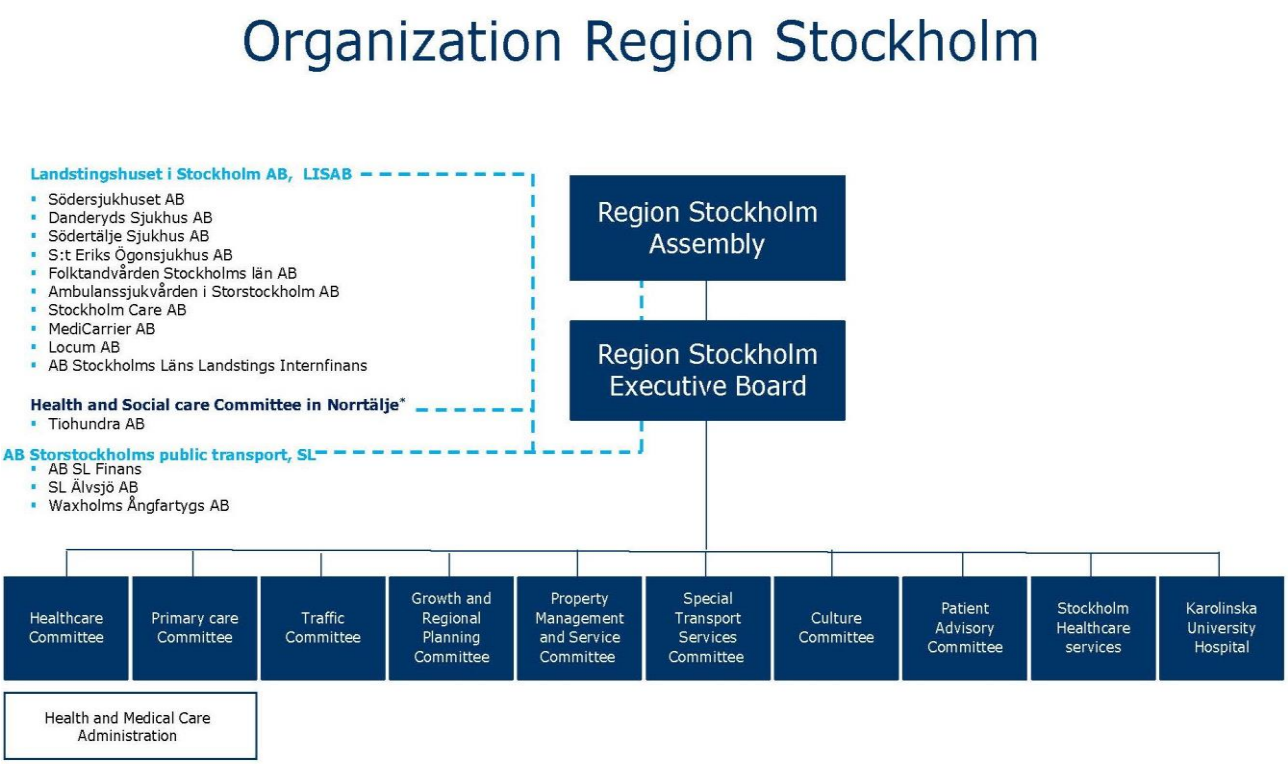
** Bezoek aan de regio Stockholm*

Deze dag wordt afgesloten met een bezoek aan de regio Stockholm. Hier worden de delegatieleden verwelkomd door **de heer Anders Ahlsson**, directeur Gezondheidszorg van de directie Gezondheids- en Medische Zorg en **mevrouw Fanny Reuter**, Hoofd van het secretariaat.

Bij dit bezoek wordt dieper ingegaan op het Gezondheids- en Medische zorgbeleid van de regio Stockholm, waarna een discussie volgt over decentralisatie van de gezondheidszorg, de vergrijzing van de bevolking, de coronapandemie en de impact hiervan op de gezondheidszorg, het rekruteren van zorgpersoneel en de groeiende eenzaamheid bij ouderen en jongeren.

De directeur licht eerst de visie en missies van de regio Stockholm toe. In het algemeen is het de bedoeling van de beleidsmakers om van de regio Stockholm een aantrekkelijke, duurzame en groeiende regio te maken, waar inwoners de vrijheid hebben hun eigen leven op te bouwen en essentiële beslissingen te nemen. Concreet wil men zorgen dat de regio Stockholm:
- een financieel evenwicht kent op de lange termijn;
- evenals een regionale duurzame ontwikkeling;
- een kwaliteitsvolle op de behoeften afgestelde gezondheidszorg garandeert;
- zich ontplooit als een standvastige werkgever.

Daarna wordt meer uitleg gegeven over de organisatie van de regio Stockholm.



De directie Gezondheids- en Medische Zorg ondersteunt de Commissie voor Gezondheidszorg en de Commissie voor Eerstelijnszorg van de ‘raad van bestuur’ van de regio Stockholm.

Vervolgens deelt de gastspreker enkele recente onderzoeksresultaten over de gezondheid van de Zweedse bevolking:

- de gemiddelde levensverwachting is stijgende;
- inwoners beschouwen hun eigen gezondheidsniveaus als ‘goed’;
- mondverzorging is de voorbije jaren verbetert;
- overgewicht blijft een groeiend probleem;
- de prevalentie van hartinfarcten daalt, zowel bij mannen als bij vrouwen;
- overlijden door longkanker neemt af bij mannen;
- verminderd psychisch welzijn bij jongeren, in het bijzonder bij jonge vrouwen;
- het aantal verwondingen bij kinderen is dalende, ze komen vaker voor bij jongens.

Verder vernemen de delegatieleden dat de regio Stockholm een van de grootste gezondheidszorgverleners is van Europa, met een verregaand aanbod, gaande van telefonisch medisch advies tot geavanceerde gespecialiseerde medische zorg bij academische ziekenhuizen.

De gezondheidszorg neemt de grootste hap uit het budget van de regio Stockholm. Jaarlijks wordt deze begroot op +/- 74 miljard SEK (= +/- 6,6 miljard euro). Ongeveer tweederde van de gezondheidszorg wordt voorzien door de regio, tegenover een derde door private zorgaanbieders.

De regio Stockholm telt zes noodhospitalen (spoedbehandeling), drie spoedafdelingen voor kinderen, elf lokale noodhospitalen, negen kleinere ziekenhuizen en meer dan tweehonderd gezondheidscentra. De regio kent een uitgebreid onderzoek en onderwijs.

De directie Gezondheids- en Medische Zorg is verantwoordelijk voor het gezondheidszorgsysteem, gebaseerd op de behoeften van de bevolking en treedt op als aankoopdienst voor de gezondheidszorg en tandzorg. Het staat in voor de aankoop van zorgmiddelen en medicijnen ten belope van 71 miljard SEK per jaar en beheert 3.300 zorgcontracten met 175 zorgaanbieders. Verder zorgt de directie voor de nodige kennisoverdracht en biedt ondersteuning aan de Regionale Unit voor Overdraagbare ziekten, de Regionale Unit voor Eerste Hulp en Rampengeneeskunde, het Regionale Kankercentrum en bestrijding van druggebruik.

Op een doordeweekse dag in de regio Stockholm doen ongeveer 13.800 patiënten beroep op eerstelijnszorg, 1.300 patiënten bezoeken de spoedafdeling en er worden gemiddeld 80 kinderen geboren.

Donderdag 9 maart 2023

** Bezoek aan het Zweedse Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken*

Op de laatste dag van het studiebezoek gaat de delegatie langs bij het Zweedse Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Hier wordt ze verwelkomd door **de heer Niclas Jacobson**, adjunct-directeur-generaal en hoofd van de Afdeling Europese en Internationale Zaken, **mevrouw Pia Fagerström**, adjunct-directeur van de afdeling Sociale Verzekeringen, **mevrouw Sofia Levy-Nilsson**, medewerker bij de afdeling Volksgezondheid en Welzijn, en **mevrouw Magdalena Loesevitz**, medewerker bij de afdeling Europese en Internationale Zaken. De delegatie krijgt het gezelschap van **de heer Terry Huyghe**, Vertegenwoordiger van HUB Brussel in Zweden.

De heer Arnaud Verstraete (Groen) hoopt nog meer te leren over het Zweedse model van gezondheidszorg. Er werd tijdens het studiebezoek al veel informatie uitgewisseld, voornamelijk over Ouderenzorg. Graag had het commissielid vernomen wat het beleid doet op vlak van preventie. De spreker gaat ervan uit dat het Belgische en Zweedse systeem globaal gezien gelijkaardig zijn. Een groot deel van de gezondheidszorg wordt terugbetaald of zelfs gratis aangeboden. De uitdaging is om het betaalbaar te houden en te voorkomen dat mensen de zorg nodig hebben.

Een andere vraag gaat over innovatie. Wat gebeurt er om innovatie in de gezondheidszorg op gang te brengen en te faciliteren? De spreker legt uit dat de commissieleden getriggerd werden door het Tubbemodel voor ouderen dat in België wordt omschreven als een Zweeds systeem. In Zweden wordt gezegd dat het een Deens systeem betreft.

Tot slot, wil het commissielid dieper ingaan op de wachtlijst. België kent ook het probleem dat er veel vraag is, maar dat het niet altijd makkelijk is om het aanbod aan te passen. Wat doet het beleid er in Zweden aan om de wachtlijsten redelijk te houden?

Commissievoorzitter Carla Dejonghe (Open Vld) heeft begrepen dat het Zweedse federale niveau de richtlijnen uitzet. Maar hoe zit het met de coördinatie van en de samenwerking met het regionale en lokale beleidsniveau?

Mevrouw Cieltje Van Achter (N-VA) vertelt dat het voor de commissieleden ook interessant was om te zien dat Gezondheidszorg erg gedecentraliseerd is en dat zelfs de

Ouderenzorg op lokaal niveau plaatsvindt. Dat brengt volgens de spreker uitdagingen met zich mee, maar tegelijkertijd staat het beleid ook dichtbij de bevolking.

Het commissielid herinnert dat er in het regeerakkoord een aantal regels staan over het terug centraliseren van de Gezondheidszorg. Misschien heeft de pandemie die behoefte mede aangewakkerd? De spreker had graag de mening van het Ministerie over dat onderwerp gehoord. In België is de federale overheid grotendeels bevoegd voor Gezondheidszorg, een deel ervan is regionaal. Het beleid is erg versnipperd. Zo zijn er bv. verpleegkundigen op beide niveaus, wat volgens het commissielid niet zo efficiënt werkt. Zijn er bepaalde noden die de behoefte aan hervormingen oproepen?

Hoe wordt ervoor gezorgd dat in alle gemeenten de mensen die er wonen dezelfde toegang tot gezondheidszorg hebben, wil **mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit)** nog weten. Hoe wordt met deze rechtvaardigheid omgegaan? Er zijn immers rijkere en armere regio's. Het commissielid denkt dat er een verband bestaat tussen armoede en gezondheidszorg. Wordt in Zweden eveneens waargenomen dat mensen die in armoede leven minder toegang hebben tot gezondheidszorg, en zo ja, hoe wordt dit aangepakt om de kloof te dichten?

De heer Niclas Jacobson zegt dat alle vragen nu erg actueel zijn in Zweden. De delegatie heeft een heel interessant moment uitgekozen om een bezoek te brengen. Sinds de verkiezingen in de herfst is er een nieuwe regering. Er vond een verschuiving plaats van de Milieupartij en de Sociaal-democratische partij, die eerder aan de macht waren, naar de meer rechtse partijen. In de Administraties hadden twee ministers het voor het zeggen. Nu gaat het over vier ministers. Dat zorgt voor een uitdaging. Het is volgens de adjunct-directeur-generaal interessant om daartussen te manoeuvreren. Bovendien werd het bevoegdhedenpakket uitgebreid. De voornaamste bevoegdheden zijn Gezondheidszorg en Volksgezondheid, Sociale Voorzieningen, Sociale Zekerheid, het Maatschappelijk middenveld, Kinderrechten, Handicap en Vergrijzing. Na de verkiezingen werden Jeugd, Sport, Geloofsgemeenschappen en Begrafenissen toegevoegd.

Momenteel is de heer Jakob Forssmed de minister bevoegd voor Volksgezondheid (*Public Health*) en Sociale Zaken, terwijl mevrouw Acko Ankarberg Johansson bevoegd is voor Gezondheidszorg (*Health Care*).

De gastspreker licht toe dat het Ministerie uit ongeveer 250 ambtenaren bestaat, wat vrij groot is in vergelijking tot bepaalde nationale agentschappen. Daarnaast beschikt iedere minister over een klein kabinet, bestaande uit een kabinetssecretaris, een woordvoerder en twee beleidsadviseurs. Het Ministerie werkt hier nauw mee samen.

Alvorens te antwoorden op de vragen geeft de gastspreker nog enkele algemene inlichtingen. Zo kent Zweden een iets lager bevolkingscijfer, maar heeft het wel een oppervlakte die tot 15 keer groter is dan België. Hierdoor kent België een +/- 17 keer hogere bevolkingsdichtheid. Zweden kent vooral uitdagingen in het noorden, aangezien bijna iedereen in het zuiden (een derde) van het land woont. Sinds de jaren ’60 is er veel immigratie. Momenteel is meer dan een vijfde van de bevolking buiten Zweden geboren. Verder heeft het land te maken met een dalend geboortecijfer. Dit cijfer lag lange tijd hoog, en het ligt nog steeds hoog, maar vorig jaar daalde het onverwacht, vult mevrouw **Pia Fagerström** aan. Uit een recente bevraging in Finland is gebleken dat 10 jaar geleden 1,4 % van de jonge mensen tussen 20 en 29 jaar oud geen kinderwens had. Dit aantal is nu gestegen tot 12,6 %. Dus misschien is de plotse daling het begin van een bepaalde evolutie in Zweden, maar het is te vroeg om hierover reeds

conclusies te trekken. Na hoeveel jaar daalt het geboortecijfer in Zweden, vraagt **de heer Terry Huygge**. Het laagste geboortecijfer werd opgemeten in 1999. Toen lag het lager dan nu het geval is. Dit was net na de economische crisis. Sindsdien was het in stijgende lijn tot 2022, verduidelijkt **de gastspreker**.

Daarna wordt het pensioenstelsel toegelicht. De pensioenleeftijd varieert van 63 tot 69 jaar. In Zweden is er geen vaste pensioenleeftijd. Het is een mogelijkheid, maar geen verplichting om reeds op 63-jarige leeftijd met pensioen te gaan. Vanaf 69 jaar kan de werkgever ervoor kiezen iemand te ontslaan. Indien hij je langer aanhoudt, is dat ook geen probleem. Hoe langer je werkt, hoe hoger jouw overheidspensioen. **Mevrouw Pia Fagerström** vult aan dat 66 jaar ook een scharnierleeftijd is, aangezien dit de leeftijd is tot wanneer je een ziekte-, werkloosheids- of andere sociale uitkering kan verkrijgen.

Wat is de feitelijke pensioenleeftijd, vraagt **commissielid Cieltje Van Achter (N-VA)**. Die vraag is moeilijk te beantwoorden volgens **de gastspreker**. De gemiddelde leeftijd bedraagt 65 jaar, maar minder dan de helft van de bevolking gaat dan met pensioen. Het is toegestaan om te werken wanneer je gepensioneerd bent. Het is ook mogelijk om eerst met pensioen en daarna opnieuw aan de slag te gaan. Het systeem is flexibel. De leeftijd van 66 jaar zal in 2026 wel worden opgetrokken naar 67 jaar en het zal de gemiddelde leeftijd van de bevolking volgen. Dus iedereen van hetzelfde cohort zal zijn eigen leeftijd hebben.

De heer Niclas Jacobson komt vervolgens terug op de bevoegdheidsverdeling. Op nationaal niveau worden de wetten gemaakt, gebeurt supervisie en worden stimuleringssubsidies toegekend. De gezondheidszorgverlening valt onder de regio's en de ouderenzorg onder het lokale niveau. Maar er zijn heel wat private aanbieders op de markt, bv. in de eerstelijnszorg, die door de overheid worden gefinancierd. Een heel klein gedeelte van de private sector werkt uitsluitend met private middelen. Het aanbod wordt dus grotendeels betaald door middel van het heffen van belastingen. Iedere werkende betaalt minimum +/- 30 % van zijn inkomen aan belastingen via zijn werkgever. Hiervan gaat 20 % naar de regio en 10 % naar de lokale overheid voor wat gezondheidszorg betreft. Als "grootverdiener" (+/- 5.000 euro/maand) betaal je daarnaast nog belastingen (+ 20 %) aan de nationale overheid, die tevens de btw-inkomsten ontvangt.

Aan wie worden de sociale bijdragen overgemaakt, vraagt **mevrouw Cieltje Van Achter (N-VA)**. Dit is aan het "Agentschap voor Sociale Zekerheid" en aan het "Agentschap voor Pensioenen", legt **mevrouw Pia Fagerström** uit.

Wat de wachtlijsten betreft, hebben de regio's bv. stimuleringssubsidies verkregen, gaat **de heer Niclas Jacobson** verder. **De heer Arnaud Verstraete (Groen)** is benieuwd of dit geen risico op een averechts effect met zich meebrengt, bv. als er minder burgers zijn die beroep doen op noodzakelijke zorg, worden de wachtlijsten korter. Wordt dit gemonitord? Volgens **de gastspreker** is er een constante monitoring van wie er zorg nodig heeft en of hij deze heeft verkregen. Ieder sturingsmechanisme heeft uiteraard ook repercussies.

Om de verschillen tussen de gemeenten en de regio's uit te balanceren, werd een herverdelingsmechanisme uitgedacht waarbij verschillende zaken (bv. watervoorziening, wegen, ouderen, kinderen, werkloosheid…) in rekening worden gebracht en waarop regressies worden toegepast. Er wordt berekend wat de kost per oudere zou bedragen en naargelang deze kost krijgt de ene gemeente of regio meer financiering dan de andere. De berekening gebeurt op jaarlijkse basis. Het is wel zo dat slechts 13 van de 290 gemeenten

hieraan bijdragen. De rijkere gemeenten klagen hierover, omdat er steeds "*in dezelfde vijver wordt gevist*". Men moet er zich wel van bewust zijn dat de kleinste gemeente slechts 2.000 inwoners telt. De adjunct-directeur-generaal vult aan dat een inwoner van Stockholm wel minder belastingen moet betalen (+/- 28 % van het inkomen) dan zijn landgenoot die in een armere gemeente woont (+/- 38 % van het inkomen).

De heer Arnaud Verstraete (Groen) heeft begrepen dat het aandeel van de private sector voor zorg zeer klein is. Als er bv. een wachtlijst is voor bepaalde dienstverlening en je het geld hebt, kan je ervoor kiezen een beroep te doen op de private sector. Is dit de "*fast track*" naar de verleende zorg? **De gastspreker** antwoordt dat dit niet bij de gemiddelde inwoner het geval is. Wat tegenwoordig wel voorkomt, is dat wanneer je werkzaam bent bij een private firma, je vaak beschikt over een bijkomende zorgverzekering en op die manier de wachtlijst kan ontlopen. **De heer Terry Huygge** voegt hieraan toe dat de private digitale eerstelijnszorg nu toeneemt. Dit wordt beaamd door **de gastspreker**. Zij zorgen eigenlijk voor een triage, waarbij dan voornamelijk de meer lastige medische gevallen overblijven voor een fysiek consult of de publieke gezondheidszorg. De regio's zijn ook op de digitale kar gesprongen en uiteraard heeft de pandemie deze innovatieve werkwijze versneld. **De heer Terry Huygge** bekijkt nu voor een Zweeds bedrijf of het ook op de Belgische markt kan worden ingevoerd en vraagt of het terugbetalingssysteem regionaal dan wel centraal is geregeld. **De heer Niclas Jacobson** vermoedt dat dit regionaal gebeurt. Hij verwijst hiervoor naar een ski-ongeval in een bepaalde regio, waarvan de factuur wordt doorgestuurd naar de regio waar de persoon in kwestie woonachtig is. **Mevrouw Pia Fagerström** geeft nog mee dat je als patiënt van een bepaalde regio waar een wachtlijst bestaat voor een bepaalde zorgverlening, je steeds terechtkan in een andere regio in Zweden waar geen wachtlijst is op dat moment. Bovendien woont een bepaalde dokter die digitaal raadplegingen doet in de ene of andere regio. Ook in dit geval zendt hij de factuur door naar de regio van waaruit de patiënt hem consulteert. Dit zorgt soms voor frustraties bij de regio's die hierdoor hun middelen verliezen aan andere regio's of private spelers op de markt.

Wat de vraag over het terug centraliseren van de gezondheidszorg betreft, vertelt **de heer Niclas Jacobson** dat de pandemie een aantal nadelen van een geregionaliseerd systeem naar boven bracht. Een ervan was de aanbesteding van persoonlijk beschermingsmateriaal, vaccins, enz… waarbij ze omwille van hun grootte niet konden aankopen wat ze nodig hadden. Het werd een noodzaak om dit nationaal te regelen, wat niet in goede aarde viel bij de regio's, maar ze hadden ook geen andere keuze. De vraag is nu gerezen of er twee systemen dienen te bestaan, waarbij het nationale niveau bevoegd is in geval van een crisis en het regionale niveau voor wanneer alles goed gaat of dat het misschien toch aangewezen is om alles op een niveau te brengen, met name het nationale niveau. Deze regionale bevoegdheid bestaat al 300 jaar, dat wijzig je niet zo maar. Anderzijds, wanneer je naar de buurlanden kijkt (Noorwegen, Finland en Denemarken), die hun gezondheidszorg terug hebben gecentraliseerd, dan merk je dat in Zweden procesmatig alles wat langer duurt. De regio's hebben een grotere autonomie. Intussen hebben de regio's zich ook geclusterd tot grotere entiteiten, bv. zes centra voor de verzorging van mensen met kanker. De '*National Board of Health and Welfare*' onderzoekt een hervorming van de ziekenhuizen. Niet ieder ziekenhuis dient alle soorten gespecialiseerde zorg aan te bieden. Dit onderwerp ligt wel gevoelig bij het Karolinska Instituut, die van mening is dat ze als beste ziekenhuisinstelling in de wereld alle gespecialiseerde zorg moeten aanbieden. Dezelfde hervorming is tevens gaande in België, legt **mevrouw Cieltje Van Achter (N-VA)** uit.

Om terug te komen op de vraag over hoe de gelijke toegang tot gezondheidszorg in Zweden wordt beheerd, antwoordt **de gastspreker** dat de behoefte van eenieder volgens de wet het enige is dat zou mogen tellen. Dat wordt ook algemeen aangenomen. Maar toch bestaat er ongelijkheid als er bv. naar het onderwijs of armoede wordt gekeken. Het ligt niet aan de regelgeving, maar het zijn andere factoren die dit verklaren en waar de Zweedse beleidsmakers constant proberen aan te werken. Wanneer de armste gemeente in de regio Stockholm wordt vergeleken met de rijkste, dan is een verschil in levensverwachting van zes, zeven jaar vast te stellen. **De commissieleden** vertellen dat dit ook geldt voor Brussel.

De heer Niclas Jacobson gaat vervolgens in op innovatie in de gezondheidszorg. In Zweden wordt getracht artsen niet alle taken te laten uitvoeren en bepaalde taken over te laten aan verpleegkundigen, fysiotherapeuten, enz… Met een herverdeling van de taken wil men ervoor zorgen dat de patiënt begeleid wordt naar het juiste niveau en dat de artsen niet overbelast worden. Een oud voorbeeld hiervan is de begeleiding bij een 'normale' zwangerschap. Zowel voor, tijdens als na de bevalling wordt de patiënt opgevolgd door een vroedvrouw. Pas als er zich een probleem stelt, wordt de dokter betrokken. Er wordt dus getracht de vaardigheden van eenieder zo verstandig mogelijk in te zetten. **De heer Arnaud Verstraete (Groen)** is benieuwd of dit voorbeeld het resultaat is van een denkoefening binnen het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken of dat het eerder is ontstaan vanuit de praktijk.

De gastspreker moet hierop het antwoord schuldig blijven, maar de meeste beleidsmaatregelen ontstaan wel bottom-up. Maar dit voorbeeld breidt nu uit naar andere praktijken. Zo zijn er – uit noodzaak – in de rurale gebieden met een schaarse bevolking verpleegkundigen die zorgen toedienen die in andere gebieden enkel door artsen zouden worden uitgevoerd. Het is een voortdurend debat. Daarnaast zijn er ook de conflicten tussen de beroepen onderling, zoals tussen de verpleegkundigen en assistent-verpleegkundigen over wie bv. patiënten medicijnen mag toedienen.

Verder is Zweden trots over innovatie in de gezondheidszorg. Zo staat het land ver in de gepersonaliseerde geneeskunde (d.i. precisiegeneeskunde). **Commissielid Arnaud Verstraete (Groen)** vindt het concept van de digitale dokter interessant. Is dit ontsproten vanuit de private sector naar aanleiding van de coronapandemie of hoe is dit ontstaan? **De gastspreker** legt uit dat het initiatief al veel langer bestaat, doch *geboomd* is tijdens de pandemie. **Mevrouw Pia Fagerström** vult aan dat het ook door de overheid wordt gefinancierd. Volgens **de heer Terry Huygge** maakten dit soort digitale toepassingen de weg vrij voor andere secties binnen de gezondheidszorg, cf. geestelijke gezondheidszorg, en verlichtten zij de druk op de fysieke eerstelijnszorg.

Wat de samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus betreft, is er vaak onenigheid over wie waar verantwoordelijk voor is. **De heer Niclas Jacobson** toont dit aan met het voorbeeld van een persoon die slachtoffer wordt van een verkeersongeval en wordt opgenomen en verzorgd in een ziekenhuis. Na de noodzakelijke medische ingrepen willen de ziekenhuizen dat de revalidatie door de lokale overheid wordt opgenomen. De wet schrijft voor dat de ziekenhuizen moeten instaan voor de revalidatie van de patiënt tot op het hoogst mogelijke niveau. Daarna is het aan de gemeente om de patiënt over te nemen en op dat niveau te houden. Er ontstaat uiteraard al eens discussie over de mate waarin de patiënt is gerehabiliteerd. Hetzelfde geldt voor ouderen, die vaker worden opgenomen in de ziekenhuizen en dus heen-en-terug gaan tussen het ziekenhuis en het bejaardentehuis. Er wordt nagedacht over hoe men preventief kan werken om dit te voorkomen.

Tevens is er debat tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus over het in dienst hebben van artsen. Momenteel zijn enkel de regio's bevoegd. Door de gemeenten gelijke bevoegdheden te geven, zou men concurrentie in de hand kunnen werken. Anderzijds verwijten de gemeenten de regio's dat ze te weinig ondersteuning krijgen van artsen vanuit de regio's. Er bestaat echter een samenwerkingsorgaan waarin ze beiden zijn vertegenwoordigd. Dit orgaan vormt een belangrijke gesprekspartner voor de overheid, krijgt veel overheidssteun en zorgt ervoor dat er niet moet onderhandeld worden met 21 regio's. Omdat dit orgaan heel wat middelen ter beschikking heeft, beschouwen de mensen het niet zo zeer als een organisatie, doch eerder als een staatsagentschap.

Als het gaat over de vergrijzing of ouderenzorg, is het zo dat er de voorbije jaren een trend is om ouderen zo lang als mogelijk thuis te laten wonen. Pas als het echt niet meer gaat, worden de ouderen geïnstitutionaliseerd. Deze zorginstelling kunnen ze nog steeds als hun eigen huis beschouwen, aangezien ze eigenaar zijn van hun eigen leefeenheid. Alleen wordt er de klok rond dienstverlening en gezondheidszorg geboden. De gemiddelde duur die ouderen doorbrengen in gespecialiseerde huisvesting bedraagt tussen 8 maanden en 2,5 jaar. Dankzij deze trend is er tevens meer geavanceerde thuiszorg tot stand gekomen, waarbij de nadruk meer op gezondheidszorgverlening dan op zorgverlening is komen te liggen en het debat is ontstaan over of de balans niet te hard is doorgeslagen. Bovendien krijgen de ouderen vaak verschillende hulpverleners over de vloer en is er weinig continuïteit. Dus het beleid vraagt zich af of het toch niet beter is om in dit geval de ouderen vroeger te institutionaliseren, vraagt **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**. Dit klopt, zegt **de gastspreker.** Hij geeft het voorbeeld van zijn moeder waarvoor de gemeente zelfs een aangepast toilet en douche en een traplift heeft voorzien, om ervoor te zorgen dat ze langer thuis kon blijven. **De heer Arnaud Verstraete (Groen)** reageert dat dit indrukwekkend is. Het lijkt er op dat ouderen in Zweden veel gratis krijgen. In België dient de burger dit grotendeels zelf te bekostigen. In Zweden is het ook mogelijk om bv. hulp van een klusjesman te krijgen op kosten van de gemeente. Eigenlijk is dat vanuit budgettair oogpunt niet slecht gezien van de gemeente, antwoordt **de heer Niclas Jacobson.** De kost die de gemeente zou dragen indien de bejaarde zelf op een ladder zou klimmen en vallen, zou immers hoger zijn. Soms zwengelt dit ook het debat aan over wie er financieel profiteert van de inspanningen in preventie door de gemeente: de gemeente zelf of de andere beleidsniveaus? Die discussie doet zich ook in België voor, stelt **de heer Arnaud Verstraete (Groen)**. Als je investeert in gezondheidspreventie, dan profiteert een ander beleidsniveau daarvan. Indien de bijhorende financiering niet volgt, dan kom je als overheid in de problemen.

Daarnaast is het in Zweden zo dat de burger een belastingvoordeel of vrijstelling krijgt voor bv. huishoudhulp, waardoor het goedkoper is om een beroep te doen op de private markt, informeert **de gastspreker**. Want de dienstverlening van de gemeente is niet geheel kosteloos. Je dient een maandelijks maximum bedrag te betalen, dat rekening houdt met de hoogte van je pensioen. Door het invoeren van een bepaald plafond zorgt de overheid er ook voor dat je door de nood aan gezondheidszorg niet verarmd en iedereen er toegang toe heeft.

Mevrouw Sofia Levy-Nilsson geeft vervolgens toelichting over de digitale infrastructuur waar het beleid momenteel hard aan werkt. Het doel is om digitale infrastructuur te creëren waarmee patiëntinformatie kan worden gedeeld tussen de verschillende regio's, de gemeenten en de zorgniveaus, en waardoor de overheid een beter toezicht krijgt op de werking van de ziekenhuizen. Bv. Waar zijn er genoeg bedden? De coronapandemie heeft dit beleid versneld. Er kwamen immers vragen over statistieken voor het hele Zweedse grondgebied. Daarnaast is het van belang om een betere toegang tot informatie te hebben over de eerstelijnszorg.

Bij de totstandkoming van deze digitale infrastructuur botst het beleid echter op juridische beperkingen. Wat is er juridisch mogelijk rekening houdende met de privacyregelgeving? Wat met de afdwingbaarheid? Op dit ogenblik zijn de regio's niet wettelijk verplicht om informatie te delen. Ze doen het op basis van vrijwilligheid, waardoor sommige regio's het niet doen. Hierdoor zijn de bekomen gegevens onvolledig en zijn de statistieken niet correct.
Dit alles hangt samen met het gewenste beleidsniveau in geval van crisismanagement, cf. Covid-19. Moeten bepaalde bevoegdheden worden gecentraliseerd of gedecentraliseerd?

De systeemintegratie staat dus op de voorgrond in deze problematiek, stelt **de heer Terry Huygge**. Er zijn wel systemen die goed werken, verduidelijkt **de heer Niclas Jacobson**. Hiervoor verwijst hij naar de voorschriften voor de apotheker die door de arts digitaal worden doorgegeven via de identiteitskaart. Dit systeem is hetzelfde als in België, legt **commissievoorzitter Carla Dejonghe (Open Vld)** uit. Het systeem maakt het ook mogelijk om het voorschrijfgedrag van dokters te monitoren, vult **de gastspreker** aan.

Mevrouw Els Rochette (one.brussels-Vooruit) haalt aan dat het lijkt alsof de regio's zelf geen problemen zien op vlak van samenwerking. De coronapandemie heeft nochtans aangetoond dat er veel problemen waren, antwoordt **de gastspreker**. In de ouderenzorg en eerstelijnszorg zijn er veel particuliere zorgverleners. Hoe kan je hen aansturen als overheid en verplichten om bepaalde patiënten of opdrachten aan te nemen? Het is als overheid makkelijker om hen rechtstreeks te kunnen aansturen, om te vermijden dat er geen gelijke toegang tot de zorg is.

De commissievoorzitter dankt in naam van de delegatie de gastsprekers voor de uitvoerige toelichting.

De verslaggever,
Cieltje VAN ACHTER

De voorzitter,
Carla DEJONGHE

_____