



Bilag 2. Baggrundsinformation om Nederlandene samt kommenteret program for studietur den 23 til 26. maj 2023

Nedenfor gives indledningsvis en kort indføring i Nederlandene – herunder det nederlandske velfærdssystem, sundhedssystem og ældrepleje. Efterfølgende gives en detaljeret gennemgang af Sundheds- og Omsorgsudvalgets program for studieturen.

Kort om Nederlandene:

På de fleste sprog kaldes Nederlandene for Nederlandene (*the Netherlands*). I Danmark har den hyppigste betegnelse af historiske årsager været Nederlandene, der imidlertid kun refererer til en af Nederlandenes provinser. Det ville således svare til at kalde Danmark for Sjælland.

Nederlandene er et konstitutionelt monarki. Parlamentet i Nederlandene har to kamre: Underhuset og Senatet. Nederlandsk politik har traditionelt været præget af stærke religiøse skillelinjer mellem katolikker og protestanter. Landet er det tættest befolkede i Europa, og et af verdens lavest liggende lande, hvilket navnet Nederlandene henviser til.

Nederlandene har over 17.850.000 indbyggere i april 2023 og har et areal på ca. 41.850 km². Amsterdam er den officielle hovedstad, mens Haag (*Den Haag*) er sæde for regeringen og parlamentets to kamre. Det er også i Haag, at den europæiske menneskerettighedsdomstol ligger. Den danske ambassade ligger ligeledes i Haag.

Det nederlandske velfærdssystem:

I Nederlandene er velfærden finansieret gennem et statsligt reguleret marked, hvor det er obligatorisk for alle borgere over 18 år at tegne sundheds- og socialforsikring ved et privat forsikringselskab. Fire forsikringselskaber dækker tilsammen omkring 90 % af markedet. Borgerne i Nederlandene kan kun modtage behandling hos en læge, som sygeforsikringen har en overenskomst med. Sygeforsikringselskaberne har en forpligtelse til at levere den hjælp der forsikret i basissygeforsikringen – herunder hjemmesygepleje.

Det nederlandske sundhedssystem består af følgende aktører:

1. Praktiserende læger:

De praktiserende læger er det første sted, borgerne henvender sig for at modtage behandling, og, hvis det er nødvendigt, for at kunne få en henvisning til et hospital. Herefter henviser sygeforsikringen patienten til et hospital.

2. Hospitaler:

Der findes tre hospitalstyper i Nederlandene: universitetshospitaler, generelle hospitaler og undervisningshospitaler. Universitetshospitalerne er offentlige hospitaler, mens de andre er non-profit.

3. Kommuner:

Kommunerne har det primære ansvar for de offentlige sundhedsydelser, hvilket indebærer tjenester som sundhedsfremmende foranstaltninger, screening, vaccination, sundhedspleje af unge samt al social støtte, social pleje og assistance. Kommunerne er finansieret af

26. april 2023

Sagsnummer
2022-0345265

Dokumentnummer
2022-0345265-3

Center for Ledelse og
Kommunikation
Borgmester- og
Udvalgsbetjening
Rådhuspladsen 1
1550 København V

EAN-nummer
5798009290304

lokale skatter samt kommunale midler, som regeringen stiller til rådighed.

4. **Private plejefirmaer:**

De private sundhedsforsikringselskaber og private udbydere har det primære ansvar for at drive sygepleje og behandlingsaktiviteter og gør det i henhold til den fastsatte lovgivning. I Nederlandene er der ca. 2.500 private plejefirmaer, som borgeren har mulighed for at vælge imellem. Buurtzorg er et eksempel på sådant plejefirma.

Den nederlandske ældrepleje

Indtil 2015 var langtidspleje, dvs. pleje på plejehjem og hjemmepleje, reguleret i en særskilt lov betegnet AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). En større reform ændrede dog dette i 2015, hvor plejehjem blev lagt ind under en ny lov om langtidspleje (Wlz), og samtidig blev hjemmesygeplejen og personlig pleje lagt ind under sundhedsforsikringsystemet, mens den praktiske hjemmehjælp og social støtte mv. blev lagt ind under en særskilt lov om samfundsmæssige støtte (Wmo). Baggrunden for reformen var bl.a., at det daværende langtidsplejesystem under AWBZ-lovgivningen havde skabt et system baseret på en høj grad af institutionel pleje på plejehjem, som fik udgiftsniveauet til pleje til at stige betydeligt. Ifølge data fra OECD har Nederlandene de højeste udgifter til langtidspleje målt som procent af BNP (3,0 pct. af BNP i 2014 og 3,1 pct. af BNP i 2021, mens Danmark til sammenligning brugte 2,2 pct. af BNP på langtidspleje i 2014 og 2,1 pct. i 2021).

Reformen i 2015 medførte, at ældreplejen i Nederlandene lovgivningsmæssigt blev inddelt i tre lovgivningskomplekser, der styres økonomisk og administreres efter forskellige principper, jf. nedenfor.

1. **Wmo (wet maatschappelijke ondersteuning - lov om samfundsmæssig støtte):** Loven omhandler den mindre krævende pleje, støtte og forebyggelse. Denne er målrettet borgere, der fortsat kan bo selvstændigt i eget hjem, men som har behov for praktisk hjælp, såsom rengøring eller hjælp til transport. Ansvar for udøvelsen af loven ligger hos kommunerne, som modtager økonomisk kompensation fra staten via den såkaldte "kommunefond".
2. **Zvw (zorgverzekeringwet - sygeforsikringslov):** Loven omhandler medicinsk og fagkyndig sygepleje fra hjemmeplejen, huslæger, sygehuse og apoteker. Disse ydelser dækkes af lovpligtige private sygeforsikringer. Sygeforsikringselskaberne er ansvarlige for at afholde brugernes udgifter til hjælp og må ikke selektere eller fravælge brugerne ud fra fx deres pleje- og behandlingsbehov.
3. **Wlz (wet langdurige zorg - lov om langtidspleje):** Loven omhandler krævende langtidspleje for personer, som har brug for tilsyn/pleje 24 timer i døgnet. Målgruppen for loven er sårbare og svækkede ældre samt personer med betydelige funktionsnedsættelser, som har behov for døgnpleje.

Pleje efter denne lov vil som udgangspunkt finde sted på et plejehjem eller alternativt i borgerens eget hjem, dog forudsat at dette vurderes praktisk og at udgifterne til pleje i borgerens eget hjem ikke overstiger udgifterne til pleje på et plejehjem. Ansvar for udøvelsen af loven ligger hos Sundhedsministeriet og dennes visitationsinstans. Plejen finansieres via indkomstskatten.

Den nederlandske velfærdsmodel er dermed anderledes opbygget end den danske. Udover en anderledes velfærdsmodel er pårørende også juridisk forpligtigede til at hjælpe både ældre og plejekrævende familiemedlemmer. I Nederlandene findes markant anderledes familiemønstre, hvor en stor del af landets kvinder enten er på deltid eller hjemmegående.

Nedenfor uddybes studieturens faglige indslag – og sætter dem i perspektiv til en dansk kontekst, fx i forhold til forskelle og ligheder, hvad kan være særligt inspirerende og hvor kan vi se evt. muligheder i deres måde at gøre den givne ting på, og hvad er der af begrænsninger ift. en dansk kontekst.

Tirsdag den 23. maj – udrejsedag og besøg ved Startup Village Amsterdam

Kl. 13-16: Startup Village Tour:

En guidet tur, hvor Sundheds- og Omsorgsudvalget introduceres til start up-tankegangen. Der gives en rundvisning i Startup Village, og derefter to oplæg ved start ups der arbejder inden for sundheds- og ældreområdet, bl.a. er der en start up-virksomhed, der arbejder med, hvordan man kan opspore demens.

Baggrundsinformation om start up-tankegangen (iværksættervirksomheder):

København er kendetegnet ved at have et godt økosystem bestående af stærke vidensmiljøer omkring universiteterne, en række offentlige institutioner og succesfulde virksomheder. Af konkrete tiltag, som støtter op om iværksætermiljøet i København, er Erhvervshus Hovedstaden værd at nævne. Erhvervshus Hovedstaden, der er ét af ud af seks regionale erhvervshuse i Danmark, tilbyder vejledning om opstart af virksomhed til alle iværksættere i hovedstadsområdet. Iværksættervirksomhederne har i erhvervshuset mulighed for at få konkret basisviden, værktøjer og sparring om mulighederne som iværksætter i kommunen. Dette gælder helt fra, at man har fået en idé til en virksomhed, hvor erhvervshuset kan bistå med viden om, hvad det kræver at blive virksomhedsejer og omsætte idé til praksis. Københavns Kommune bidrager økonomisk og med input til Erhvervshus Hovedstaden, ligesom Beskæftigelses- og integrationsborgmesteren er medlem af Erhvervshus Hovedstadens bestyrelse. Sundheds- og omsorgsforvaltningen giver sparring til iværksættere på konkrete løsninger og indblik i den kommunale

organisering og dens arbejdsgange. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens innovationsafdeling har tidligere været bosiddende i Sund Vækst huset sammen med sundhedsinnovationsenheder indenfor uddannelsesverdenen og iværksætermiljøet SundHub. Det skabte gode netværk og kontakter, men ingen fælles projekter eller modne løsninger.

Onsdag den 24. maj - Besøg ved Buurtzorg og Philips Amsterdam

Kl. 10-12: Besøg hos Buurtzorg-organisationen.

Oplæg ved Thijs de Blok, CEO og grundlægger af Buurtzorg og Madelon Van Tilburg, sygeplejerske og Buurtzorg-officer.

Udvalget vil ved besøget blive introduceret til Buurtzorg-konceptet. Særligt vil der i oplægget være fokus på organisering i de selvstyrende teams, opbygning af netværk omkring borgeren, borgerperspektiv, evalueringer samt rekruttering, tiltrække og fastholde personale.

Baggrundsinformation om Buurtzorg:

Buurtzorg er en privat leverandør af hjemmesygepleje og personlig pleje, dvs. at Buurtzorg ikke leverer praktisk hjælp til borgerne. Praktisk hjælp hører under loven om samfundsmæssig støtte (Wmo) og er således ikke dækket af den samme forsikringsordning som hjemmesygepleje og personlig pleje efter sygeforsikringsloven. Det bemærkes, at Buurtzorg har en søsterorganisation ved navn Buurdienst, som leverer praktisk hjælp, ligesom resten af markedet for hjemmesygepleje og personlig pleje hhv. praktisk hjælp har adskilte leverandører.

Københavns Kommune har i lighed med mange andre danske kommuner interesseret sig for Buurtzorg-modellen igennem de seneste år og afdækket hvilke perspektiver, der kan anvendes som afsæt for ældreplejen. Modellen opererer med ledelsesfrie og selvstyrende teams på maksimalt 12 medarbejdere, med udstrakt ansvar for ledelse og organisering og med et minimum af bureaukrati og dokumentationskrav, bl.a. med eget skræddersyet IT-system. Buurtzorg har regionale coaches med ansvar for 40-45 teams pr. coach og et "nationalt servicekontor" (backoffice) som understøtter de enkelte teams med praktiske, administrative og juridiske forhold. Den organisatoriske og økonomiske kontekst, som Buurtzorg driver virksomhed i, adskiller sig markant fra den danske, både hvad angår myndighedernes rolle og den overordnede økonomiske styringsramme for sundheds- og ældreområdet, bl.a. varetager disse teams ikke praktisk hjælp, som er underlagt brugerbetaling. Derudover er pårørende juridisk forpligtet til at hjælpe ældre, plejekrævende

familiemedlemmer, hvorfor pårørende også er en væsentlig aktør i den nederlandske ældrepleje.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har siden 2020 gennem projekt "Slip hjemmeplejen fri" undersøgt, hvordan forvaltningen kan tilrettelægge en hjemmeplejeindsats, der i højere grad giver medarbejderne mulighed for at levere en hjælp, der fleksibelt imødekommer borgernes skiftende ønsker og behov. Slip hjemmeplejen fri er et eksperiment i to hjemmeplejegrupper, der skal skabe læring, der kan bruges som inspiration til udvikling af fremtidens hjemmepleje og til løsning af de rekrutteringsudfordringer, som ældreplejen oplever. Forvaltningen oplever gode erfaringer med at etablere mindre teams, udvide medarbejdernes faglige frirum og inddrage dem i besøgs- og vagtplanlægning. En central læring er dog, at arbejdet med at omlægge en traditionel organisering af en hjemmeplejegruppe til at have mere ansvar i opgavevaretagelsen gennem nærværende, selvtilrettelæggende og tværfaglige opgaver er, at det kræver flere års udviklingsfokus. Medarbejdere skal udøve ny plejefaglighed, tage mere ansvar og forstå sin rolle på ny i ældreplejen. Det kræver tæt understøttelse at drive forandringsprocessen i de nye teams, ligesom der er brug for en anden type af ledelse, der er mere coachende, end den vi kender fra hjemmeplejen generelt. Forvaltningen er aktuelt i gang med en videreudvikling og storskalaafprøvning af et koncept for tværfaglige teams, hvor visitation sker tæt på borgeren i samarbejde mellem borgeren og medarbejderen som leverer hjælpen.

Kl. 13.45-16.15: Besøg ved Philips Amsterdam

Oplæg ved Joost Van Kogelenberg, Business Manager Connected Care Nordics

Udvalget vil ved besøget høre om Philips' overordnede strategi "Connected Care Strategy", som har fokus på brugen af telemedicinske løsninger til at skabe sammenhængende forløb for borgerne, der er i kontakt med sundhedssystemet. Philips vil desuden vise nogle telemedicinske løsninger inden for KOL, hjerte-kar- og kræftområdet.

Baggrundsinformation om telemedicinske løsninger:

Nederlandene har samme udfordring som Danmark ift. at sikre tilstrækkelig arbejdskraft. Digitale indsatser, som fx telemedicinsk hjemmemonitorering er et vigtigt bidrag i en generel omstilling til det nære sundhedsvæsen, hvor der i sundhedsvæsenet skal leveres behandling og rehabilitering på nye måder for at kunne hjælpe det stigende antal borgere med en eller flere kroniske sygdomme. Her er telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi en måde at

støtte borgeren på ift. sygdomsmestring og hverdagen med en kronisk sygdom, hvilket skal understøtte den lægefaglige behandling i almen praksis eller på hospital på en ny måde. Telemedicinsk hjemmemonitorering dækker over digital dialog med borger, digital monitorering af udvikling i egen tilstand, digital træning, behandling mm.

I Danmark er alle 98 kommuner og 5 regioner gået sammen om Fælles Udvikling af Telemedicinsk infrastruktur (FUT), som fælles platform for alle fremtidige telemedicinske løsninger, som det offentlige Danmark ejer. Infrastrukturen integrerer til andre fællesoffentlige sundhedsløsninger, så der fx kan udveksles data på tværs. Forskellige it-leverandører skal også kunne koble forskellige løsninger op til den danske infrastruktur for at sikre en flerleverandør-strategi. Til sammenligning er Philips' platform ejet af Philips som også styrer hvilke standarder for data, som anvendes og om andre leverandører kan komme på platformen.

I en dansk kontekst er de første KOL-patienter i marts 2023 begyndt at anvende telemedicinsk hjemmemonitorering på FUT. Borgeren måler i eget hjem værdier, som følges af en sygeplejerske i kommunen mhp. at forebygge forværringer. Målet er, at borgeren oplever øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet, tryghed i hverdagen og øget sygdomsmestring.

I Danmark er der nationalt dialog om, hvem de næste målgrupper skal være. Borgere med hjertesvigt er aftalt i ØA – diabetes, kræft, det palliative område og psykiatri vurderes også. Flere steder i Danmark arbejdes derudover med hjemmeindlæggelser, hvor hospitalerne (ofte i samarbejde med det kommunale akutteam eller den kommunale sygepleje) monitorerer patienten i hjemmet og dermed kan gennemføre en behandling, som tidligere havde krævet indlæggelse.

Særligt interessant kan være, hvilke målgrupper Nederlandene har erfaringer med ift. anvendelse af telemedicin og med hvilken effekt samt deres håndtering af opgavefordeling og ansvar mellem hospitaler og primær sektor. Ift. løsningen fra Philips er den interessant som et indblik i, hvilke målgrupper og indsatser, Philips satser på i deres løsning.

Torsdag den 25. maj 2023 - Dosispakket medicin og Bergweg
Haag, Rotterdam og Alkmar

Kl. 10-13: Besøge KNMP – Den Nederlandske Apotekerforening

Oplæg ved den Nederlandske farmaceutforening KNMP, dr. Berry Daimen.

Udvalget vil få en præsentation af de nederlandske erfaringer med dosispakket medicin samt apotekets rolle i det Nederlandske sundhedsvæsen.

Baggrundsinformation om dosispakket medicin i Nederlandene

I Nederlandene har apoteket en fremtrædende rolle i borgernes medicinbehandling. Når en borger får ordineret en medicinsk behandling af sin læge, er udlevering, råd, vejledning og pakning primært et anliggende mellem apotek og borger. Ligeledes er det apotekets opgave at oplære borgeren til selv at dispensere sin medicin. For borgere hvor oplæring ikke er mulig, vil apoteket sikre høj patient-sikkerhed og effektivitet, ved at lade størstedelen af borgerne overgå til dosispakket medicin.

Lovgivning og retningslinjer

Den høje udbredelse af dosispakket medicin skal findes i både lovgivning og nationale retningslinjer, som bl.a. foreskriver, at hvis en borger opholder sig på en institution (fængsel, botilbud eller plejehjem) skal medicinen som udgangspunkt administreres som dosispakket medicin. Tilsvarende gælder hjemmeboende borgere, som har brug for støtte til udlevering af medicin af hjemmeplejen. Dosispakket medicin anvendes derfor overalt i det Nederlandeneske sundhedsvæsen, og apoteket varetager det tætte samarbejde med den behandlende læge om borgerens medicinske behandling. Til sammenligning vil samarbejdet i Danmark være varetaget af en kommunal sygeplejerske eller SOSU-assistent.

Borgers udgift

I Nederlandene dækkes borgernes udgift til dosispakket medicin af borgers private sundhedsforsikring, hvis accepteret af den behandlende læge. Til sammenligning indgår pakkegebyret, som en del af medicintilskudsreglerne i Danmark, men da det ikke dækkes 100%, er der ofte stadig en merudgift for borgeren.

Udbredelse af dosispakket medicin

I perioden 2014 til 2017 steg udbredelsen i Nederlandene med 100.000 til ca. 530.000 for herefter at stabilisere sig på omkring 600.000 brugere. Til sammenligning er udbredelsen i Danmark på 40.000, hvilket betyder, at hvis dosispakket medicin blev udbredt i relativt samme udstrækning som i Nederlandene vil 200.000

borgere få dosispakket medicin. I København er 2030 borgere med kontakt til kommunen på dosispakket medicin.

Yderligere udbredelse i Danmark beror på lovgivning og samarbejde om rammer og retningslinjer mellem regioner, kommuner, almen praksis, apoteker samt sundhedsmyndigheder. Københavns Kommune har iværksat en række initiativer for at øge andelen af borgere på dosispakket medicin, og studiebesøget skal tjene til inspiration af yderligere politiske og organisatoriske tiltag, for at imødekomme en effektiv overgang til markant større udbredelse af dosispakket medicin i Danmark.

Kl. 13.30-15 Besøge Bergweg – et plejeboligkompleks efter small-scale living modellen (Rotterdam)

Baggrundsinformation om Bergweg:

Bergweg er et plejeboligkompleks målrettet borgere med demens og/eller fysisk og almen svækkelse centralt beliggende i Rotterdam. Bergweg består af plejeboliger delt ind i mindre enheder (Hofjes), hvor beboerne bor i grupper af syv kaldet small-scale-living. Ideen med small-scale living modellen er at lade de ældre bo sammen i mindre enheder med fasttilknyttede personale, der selv administrerer aktiviteter, madlavning mm. Dette bidrager til tryghed og øget hjemlighed for beboerne. Beboernes pårørende, naboer og venner ses som en ressource i forhold til at tilpasse plejen og skabe en normal dagligdag for den ældre. Der er et stort fælles aktivitetsrum i alle enhederne, og kæledyr er tilladt. Madlavning foregår i de enkelte enheders fælleskøkken og er en fælles opgave. Plejeboligkompleksets nederste etage er indrettet med bibliotek, tandlæge, træningsfaciliteter og café. Borgernes ophold i Bergweg finansieres på forskellig vis, men ofte gennem en blanding af egenbetaling og et personbundet budget, den enkelte borger kan få visiteret gennem kommunen.

For udvalget kan det være interessant at få indblik i måden at organisere hverdagen på ved small-scale living, samt hvordan de pårørende i høj grad indtænkes ind i dagligdagen og ses som en ressource i plejen.

Bergweg er drevet af nonprofitorganisationen Humanitas Rotterdam, der tilbyder forskellige pleje- og velfærdsservices. Humanitas Rotterdam har 2500 ansatte og omkring 2000 frivillige. Det kan derfor også være interessant for udvalget at se, hvordan organisationen driver Bergweg, da de har stor tradition for at inddrage frivillige i forskellige velfærdssopgaver på plejehjem.

Kl. 16-17.30: Besøg på pakkeapoteket Spitz Alkmar

Udvalget får ved besøget mulighed for at se hele processen for dosispakket medicin, fra produktion til pakning af medicin. Ved hjælp af avanceret billedgenkendelsesteknologi identificerer maskiner indholdet af hver pose i henhold til fastlagte kriterier.

**Fredag den 26. maj - Healthy Weight Programme og hjemrejse
Amsterdam****Kl. 9.00-11.00: Healthy Living Department of GGD Amsterdam**

Udvalget vil høre om the "Healthy Weight Programme", som har kost, fysisk aktivitet og søvn som centrale tematikker. Indsatsen er flerstrengt og retter sig både mod hjemmet, skolen, nabolaget og daginstitutionerne. Et vigtigt element i indsatsen er samarbejdet med centrale aktører inden for disse arenaer med henblik på at skabe sunde miljøer for børn og unge, herunder sikring af sunde valg i skole- og foreningskantiner, mindre fastfood i offentlige rum nær skoler og regulering af markedsføring rettet mod børn og unge.

Baggrundsinformation om Amsterdam Healthy Weight Programme: Programmet er en indsats udformet af GDD med ønsket om at mindske andelen af overvægtige børn frem mod 2033. Programmet er iværksat på baggrund af en stigende andel børn med overvægt og svær overvægt i Amsterdam – betydeligt over den gennemsnitlige nationale prævalens for børneovervægt. Som det også ses i København, er der i Amsterdam stor social ulighed i udbredelsen af overvægt, idet en langt større andel af børn fra hjem med lav socioøkonomisk status har overvægt.

GGD Amsterdam søger med *Healthy Weight Programme* strukturelle løsninger på den stigende overvægt – på tværs af sektorer og på tværs af offentlige og private aktører. Udgangspunktet for indsatsens handlingsplan er en række strukturelle og adfærdsmæssige ændringer for at gøre den sunde adfærd til den nemme og normale adfærd. *Healthy Weight Programme* har kost, fysisk aktivitet og søvn som sine centrale tematikker. Indsatsen er flerstrengt og retter sig både mod hjemmet, skolen, nabolaget og daginstitutionerne. Et vigtigt element i indsatsen er samarbejdet med centrale aktører inden for disse arenaer med henblik på at skabe sunde miljøer for børn og unge, herunder sikring af sunde optioner i skole- og foreningskantiner, mindre fastfood i offentlige rum nær skoler, regulering af markedsføring rettet mod børn og unge samt integrering af den sunde by i byplanlægningen.

Den strukturelle tilgang i *Healthy Weight Programme* svarer til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilgang til forebyggelse, som

f.eks. kommer til udtryk i Kommuneplansstrategien for 2023, hvor der ligeledes er fokus på at sikre mulighederne for fysisk aktivitet i byrummet. Indsatsen *Aktive Børn i Forening*, som har til formål at inkludere flere børn og forældre fra udsatte boligområder i demokratiske og positive fællesskaber i idrætsforeninger er et andet eksempel på tilgangen.

Trods mange års fokus på stigende overvægt i Danmark er det ikke lykkedes at iværksætte forebyggende tiltag som i væsentlig grad kan bremse udviklingen. Center for Børn og Unges Sundhed – KBH har tilbud til københavnske børn med svær overvægt har dog stor succes med at hjælpe børnene til væggtab.

Kl. 11: Afgang mod Schiphol lufthavn.