

Bijlage bij aanbiedingsbrief van burgerinitiatief

Wonen, zorg en welzijn voor ouderen in Maashorst 2022-2050

1. Inleiding

Deze notitie dient als achtergrond bij en als onderbouwing van het **burgerinitiatief met als titel: ‘Ouderenbeleid Uden is om te huilen’**.

Inmiddels is Uden met Landerd opgegaan in de nieuwe gemeente Maashorst. Als wij nu aandacht vragen voor wonen, zorg en welzijn voor ouderen in Maashorst, doen we dat met de kennis van het verleden in Uden. Daar ging het vooral voor de kwetsbare ouderen al heel lang steeds slechter, zonder dat veel politici en burgers van Uden dat echt in de gaten leken te hebben. Het ontbreken van ouderenbeleid in de gemeente Uden en de gevolgen daarvan voor wonen, zorg en welzijn van ouderen in Uden is uitvoerig toegelicht in de notitie van 9 augustus 2021: ‘Wonen, zorg en welzijn voor ouderen in Uden; 2010-2040’.

De aanbieders van het burgerinitiatief hebben de gang van zaken in de gemeente Landerd in de voorbije jaren niet specifiek onderzocht en kunnen daarover dus geen onderbouwde uitspraken doen. De Landerdse lezers van de notitie van 9 augustus 2021 kunnen zelf nagaan in welke mate de in de notitie geschetste trends ook voor Landerd van toepassing waren. De verwachting is, dat de situatie in Landerd niet veel gunstiger was dan in Uden: veel inwoners van Landerd hebben het burgerinitiatief ondertekend.

Het burgerinitiatief richt zich nu op de gezamenlijke toekomst in Maashorst, maar vergeet daarbij niet dat de neergaande lijn al veel jaren eerder, tenminste in Uden, is ingezet. Daarvoor moeten nu herstelwerkzaamheden worden verricht.

Bij ongewijzigd beleid voorzien de initiatiefnemers voor de komende 30 jaar een stelselmatig toenemende problematiek op de terreinen van wonen, zorg en welzijn voor ouderen in Maashorst. Het bestuur (College van B en W; Gemeenteraad) van de gemeente Maashorst zal een veelomvattend en ingrijpend lange-termijn-plan moeten ontwikkelen én uitvoeren om de neergaande lijn om te buigen:

- Veel omvattend en ingrijpend: wonen, zorg en welzijn voor ouderen hangen direct samen. De problematiek is complex en er zijn veel partijen bij betrokken. Maatregelen die alleen maar op onderdelen een verdere neergang enigszins bijbuigen zijn wel belangrijk, maar hebben te weinig effect voor een echte oplossing van de problemen.
- Lange termijn: het gemeentebestuur zal verder moeten kijken ‘dan zijn neus lang is’; verder dan de periode van 4 jaar tot de volgende verkiezingen. Het ziet er naar uit, dat de problemen bij ongewijzigd beleid de komende 20 á 30 jaar alleen maar groter zullen worden.

Ons burgerinitiatief is door 444 burgers van Maashorst ondertekend. De gemeente Maashorst is nu aan zet!

De initiatiefnemers geven in de paragrafen hierna een paar achtergronden ter onderbouwing van de noodzaak tot actie.

2. Inclusie en participatie

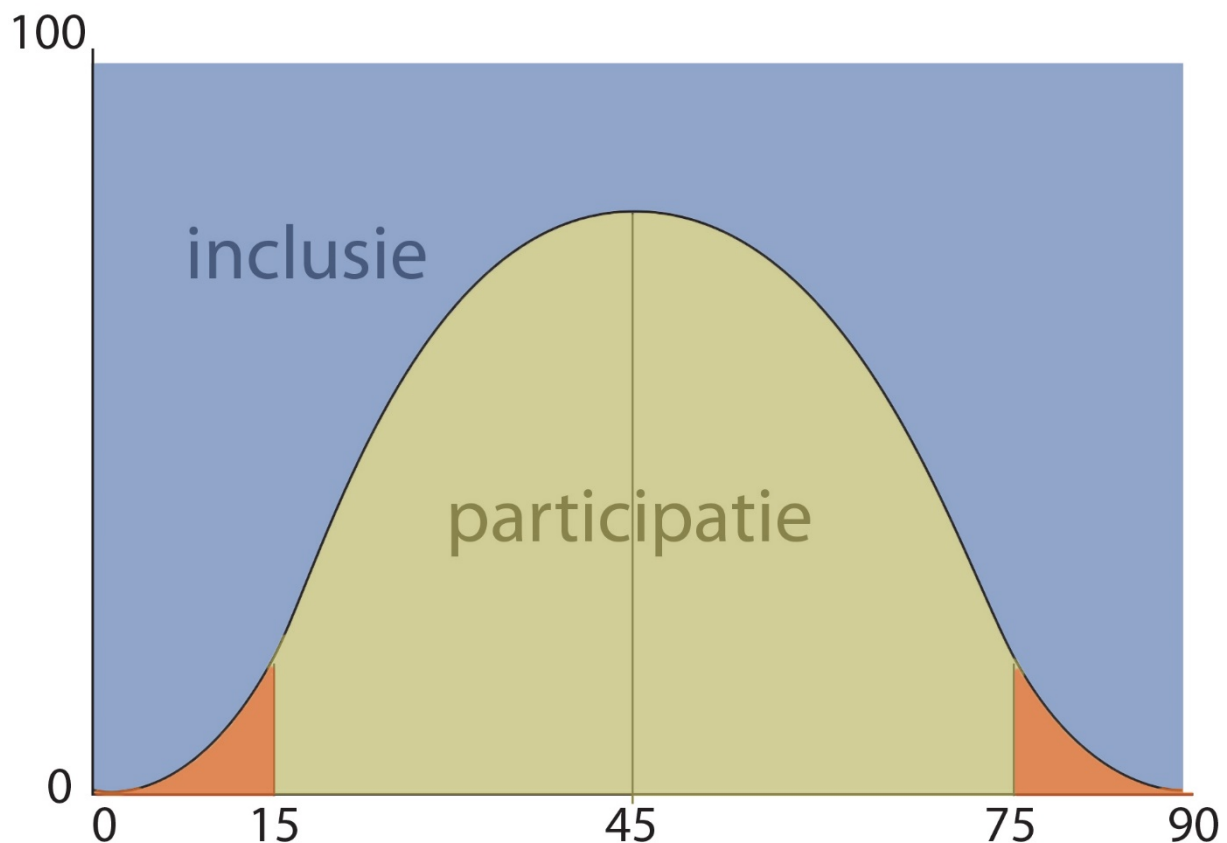
Beleidsmakers op alle niveaus (land; provincie; gemeente; instellingen e.a.) hebben de mond vol over participatie aan de samenleving voor iedereen; over een inclusieve samenleving die niemand uitsluit; enz.

Er is wel een accentverschuiving. Terwijl jarenlang werd getamboereerd over 'participatie', voert nu het begrip 'inclusie' de boventoon. Dat lijkt niet zonder betekenis te zijn, hoewel mogelijk veel gebruikers van deze termen zich daarvan niet of amper bewust zijn.

Bij 'participatie' ligt het accent bij de burger die deelneemt aan de samenleving. Bij 'inclusie' ligt het accent op de samenleving die zorg draagt voor burgers en burgers in zich opneemt, includeert.

De verschillen tussen en de samenhang van participatie enerzijds en inclusie anderzijds worden hieronder schematisch in beeld gebracht en toegelicht.

Schema participatie en inclusie



De horizontale lijn geeft een mensenleeftijd aan, van 0 tot zeg 90 jaar.

De verticale lijn geeft de mogelijkheden tot participatie aan de samenleving en andersom de behoefte aan ondersteuning door de samenleving aan, gerelateerd aan de leeftijd van een persoon:

1. De mate waarin een ('gemiddelde') mens kan participeren aan en zelf kan bijdragen aan de samenleving: van 0% als pasgeborene via maximale participatie en bijdrage

aan de samenleving op middelbare leeftijd tot weer bijna 0% participatie aan het levenseinde. In het schema geel gekleurd.

2. De mate waarin een mens behoefte heeft aan 'inclusie' (facilitering; ondersteuning, beschutting, bescherming) door de samenleving. Als pasgeborene heeft een mens 100% bescherming nodig van de samenleving in haar verschillende verbanden, van verwanten tot en met overheden. Opgroeidend neemt de nodige bescherming via beschutting af naar minimale facilitering op middelbare leeftijd. Daarna loopt de behoefte aan ondersteuning weer op via facilitering en beschutting naar maximale bescherming tegen het levenseinde. In het schema blauw gekleurd.
3. Pakweg de eerste 15 levensjaren is er een aflopende behoefte aan bescherming - beschutting door de samenleving en de laatste 15 jaar een oplopende behoefte aan beschutting - bescherming; in het schema oranje gekleurd.

De mogelijkheden tot participatie aan de samenleving vormen zo een spiegelbeeld van de behoefte aan inclusie door de samenleving. En uiteraard zijn er mengvormen van inclusie en participatie.

Let wel: een model is niet de werkelijkheid, maar slechts een schematische weergave van een 'gemiddelde werkelijkheid'. Het model omvat voor Maashorst zo'n 58.000 verschillende individuele mogelijkheden tot participatie aan de samenleving en variaties van inclusie door de samenleving.

Enkele overwegingen m.b.t. participatie áán dan wel inclusie dóór de samenleving

Gemiddeld beginnen ouderdomskwalen op te spelen en sterker te worden vanaf plusminus 75 jaar: gewrichtsproblemen; problemen met horen en zien; minder functioneren van organen; achteruitgang van cognitie (vergeetachtigheid en erger); achteruitgang van mobiliteit; enz. Hoe ernstiger deze kwalen worden, des te moeilijker wordt het om zelfstandig te participeren aan de samenleving en des te meer hulp en ondersteuning is nodig.

Die hulp en ondersteuning zal deels informeel zijn, door partners, kinderen / verwanten / vrienden / burens / vrijwilligers. Voor het overige is die hulp en ondersteuning formeel / professioneel door instanties die daarvoor door overheden in het leven geroepen zijn op allerlei terreinen en door facilitering en (mede)financiering van initiatieven (bijvoorbeeld organisaties en verenigingen) door die overheden.

Een groot verschil tussen jonge kinderen en kwetsbare ouderen valt direct op. Voor kinderen zijn er vanaf de geboorte vrijwel altijd wel één of twee volwassenen als hun primaire verzorgers / mantelzorgers: de ouders. Daarnaast zijn er informele hulpverleners in de vorm van grootouders, oppashulpen, enz. Door de samenleving wordt hulp aangeboden in de vorm van crèches, kinderdagverblijven e.d. Daarna zijn er de scholen met ook buitenschoolse opvang, verenigingen, enz. Er is verder een heel circuit opgetuigd van professionele kinder- en jeugdzorg waar nodig.

Hoe anders is dit voor ouderen in de meest kwetsbare fase van hun volwassen leven, als het einde nadert. Net als kinderen zijn veel van deze ouderen (geleidelijk) niet (goed meer) in staat om zelfstandig hun leven in te richten. Informele zorg en mantelzorg is op deze leeftijd veel minder beschikbaar: zie verder in paragraaf 3. Kwetsbare ouderen raken meer en meer aangewezen op professionele zorg en ondersteuning, liefst thuis of dichtbij huis maar indien noodzakelijk in daarvoor gespecialiseerde maatschappelijke instellingen, bijvoorbeeld verpleeghuizen. En juist daar zijn de tekorten al bijna 20 jaar sterk aan het oplopen.

3. Bevolkingsprognose Maashorst 2020-2050 en te voorziene gevolgen**Tabel**

1	2	3	4	5	6	7
Totaal inwoners (%)	0-20 jaar	20-65 jaar	65+ jaar	50-75 jaar	65-80 jaar	80+ jaar
2020						
57.422	12.401 (21,6%)	32.642 (56,85%)	12.442 (21,67%)	19.521 (34%)	9.489 (16,52%)	2.953 (5,14%)
2025						
57.612	11.552 (20,05%)	32.379 (56,20%)	13.681 (23,75%)	19.592 (34%)	10.216 (17,73%)	3.465 (6,01%)
2030						
58.041	11.481 (19,78%)	31.431 (54,15%)	15.129 (26,06%)	19.007 (32,74%)	10.674 (18,39%)	4.455 (7,68%)
2035						
58.191	11.701 (20,11%)	30.253 (52%)	16.237 (27,90%)	18.294 (31,44%)	11.068 (19,02%)	5.169 (8,88%)
2040						
58.287	12.020 (20,62%)	29.362 (50,37%)	16.905 (29,00%)	17.386 (29,83%)	11.164 (19,15%)	5.741 (9,85%)
2045						
58.305	12.112 (20,77%)	29.400 (50,42%)	16.793 (28,80%)	16.815 (28,84%)	10.380 (17,80%)	6.413 (11%)
2050						
58.148	11.890 (20,45%)	29.717 (51,11%)	16.541 (28,45%)	16.576 (28,51%)	9.580 (16,48%)	6.961 (11,97%)

**Bovenstaande bevolkingsaantallen zijn een-op-een overgenomen van het Centraal Bureau voor de Statistiek; de optellingen en de percentage-berekeningen zijn voor rekening van de schrijvers van deze notitie.*

Toelichting bij de tabel

1. De totale bevolking van Maashorst groeit naar verwachting de komende 30 jaar met 1,26 %: vergelijking bruto aantallen 2020-2050 in kolom 1.
2. De bevolking van 0-20 jaar neemt met 4,13 % af: vergelijking bruto aantallen in kolom 2.
Voor de vitaliteit van Maashorst op de lange termijn is dat ongunstig.

3. De bevolking van 20-65 jaar neemt tot 2040 met 10.05 % af en groeit in de 10 jaar daarna weer met ruim 1 %: vergelijking bruto aantallen in 2020 en 2040 / 2050 in kolom 3.
Dit is globaal de bevolkingscategorie, waarin de professionele zorg gevonden moet worden. Dit is ook de bevolkingscategorie die overwegend het geld moet verdienen om o.a. de zorg grotendeels te bekostigen. Bij 10% afname van het arbeidspotentieel zal de concurrentie om de overige 90% sterk toenemen.
4. De totale bevolking van 65 jaar en ouder neemt de komende 30 jaar met 32,94% toe; ongeveer een derde méér: vergelijking bruto aantallen in kolom 4.
Deze bevolkingsgroep is overwegend niet meer actief in het beroepsmatige arbeidsproces. In 2040 omvat deze bevolkingscategorie bijna 30% van de totale bevolking: vergelijking kolom 4 en 1. In 2020 was dat nog geen 22%.
5. De bevolking van 50-75 jaar neemt de komende 30 jaar met bijna 18% af: vergelijking bruto aantallen in kolom 5.
Uit onderzoek blijkt dat de 50 t/m 75-jarigen het leeuwendeel van de informele zorg (mantelzorg en vrijwillige dienstverlening) voor hun rekening nemen. Voor elke 80-plusser waren er in Maashorst in 2020 nog 6,6 potentiële mantelzorgers en informele dienstverleners in de leeftijdscategorie 50-75 jaar: vergelijking kolom 5 en 7. In 2050 zullen dat er nog maar 2,4 zijn: 64% minder.
6. De bevolking van 65-80 jaar groeit in de periode tot 2040 met 17,65 % en krimpt in de 10 jaar daarna weer tot plusminus hetzelfde aantal als in 2020: vergelijking bruto aantallen in kolom 6.
De meeste burgers in deze leeftijd zijn nog vitaal en zelfredzaam, maar met het verstrijken van de jaren sluisen er steeds meer beperkingen in.
7. De bevolking van 80 jaar en ouder groeit in Maashorst tot 2040 met 94,41 % en tot 2050 met 135,73 %: vergelijking bruto aantallen in kolom 7.
Van 80-jarigen is bekend dat plusminus 20% intensieve, professionele 24-uurszorg en toezicht zorg nodig heeft.
Uit de onderliggende cijfers blijkt deze categorie inwoners in de voormalige gemeente Landerd (151,36 %) in dezelfde periode nog meer te groeien dan in de voormalige gemeente Uden (130,20 %).
Het aantal 90-plussers verdrievoudigt in Uden van 289 naar 1.039 en verzevenvoudigt in Landerd van 101 naar 737.
8. Plusminus in 2045 vlakt de groei van de veroudering af, maar het aantal 80-plussers groeit nog enige jaren door: kolom 6 en 7.

Kortom: Maashorst kleurt de komende 30 jaar steeds meer grijs-wit.

Opmerking: Voor wie de notitie 'Wonen, zorg en welzijn voor ouderen in Uden, 2010-2040' goed gelezen heeft zal opvallen dat de groei- en krimppercentages in bovenstaande tabel afwijken van de in die notitie genoemde percentages. Van de prognoses 2010 – 2040 zijn al 10 jaar verstreken en in bovenstaande tabel gaat het over de prognoses 2020 – 2050. Er zit dus maar 20 jaar overlap in de prognoses. Bovendien betreft bovenstaande tabel de nieuwe gemeente Maashorst en niet enkel het voormalige Uden.

Zo is het aantal 80-plussers in de voormalige gemeente Uden al met ruim 70% gestegen tussen 2010 en 2020. Het maakt dus nogal verschil of 2010 als uitgangspunt genomen wordt of 2020. De problemen zijn de afgelopen 10 jaar al sterk toegenomen en groeien de komende 30 jaar verder door.

Gevolgen van de bevolkingsontwikkeling in Maashorst

Bij ongewijzigd beleid zullen de gevolgen van deze bevolkingsontwikkeling desastreus zijn voor vooral de meest kwetsbare ouderen. Er zal een groot tekort zijn aan zowel informele dienstverlening en mantelzorg als aan professionele zorg. Dat is geen plotselinge onvoorziene ramp zoals bijvoorbeeld de overstromingen in Zuid-Limburg begin 2021, maar een te voorziene crisis die zich nu al aan het voltrekken is.

Er is nú actie nodig!

4. Oplossingsrichtingen

Een echt complete oplossing van de geschetste problematiek kan naar verwachting niet worden gevonden. Al snel zal er een tekort aan zorg, tekort aan personeel, tekort aan informele zorg, tekort aan passende woningen, tekort aan financiën zijn. We zullen deels met dat tekort moeten leren leven.

Dat betekent niet, dat we nu maar bij de pakken moeten gaan neerzitten vanuit ideeën als: 'het zal onze tijd wel duren'; 'het gaat toch mis en tegen die tijd zien we wel weer verder'; 'mijn God, vreselijk dat dat ons moet overkomen'; ...

Wat kunnen we doen om de exponentiële groei van de problemen zo veel mogelijk op te vangen?

Daarvoor kunnen verschillende wegen bewandeld worden:

- Een 'paradigmashift'; een ombuiging van het leidend beginsel in de zorg- en dienstverlening aan ouderen, van 'zo lang mogelijk leven' naar 'zo zinvol mogelijk leven'

De grote groei van het aantal (kwetsbare) ouderen die ook steeds ouder worden is goeddeels een verworvenheid van de voortgang van de medische wetenschap en van de maatgevende opvatting dat wat medisch nog kán ook móét. Tot op zeer hoge leeftijd worden ingrijpende (en dure) medische handelingen uitgevoerd die het leven verlengen, dikwijls met slechts een beperkte tijd en met een beperkte kwaliteit van leven.

Soms zijn het de artsen die op een medische behandeling aansturen, ook als zij wel weten dat het effect beperkt en van korte duur zal zijn, bijvoorbeeld nog een prostaatanker-operatie bij een man met uitgezaaide kankers. Soms zijn het de ouderen of eerder nog hun verwanten, die dringend of dwingend aansturen op een medische ingreep. Artsen én patiënten / samenleving zijn het medisch handelen gaan sturen op 'zo lang mogelijk leven', ook als behandeling voor de patiënt heel belastend is en weinig perspectief biedt. De idee is sterk ingeburgerd, dat het leven (het lichaam) maakbaar is en dat het dan ook 'gemaakt' moet worden. *De prikkel om medisch te behandelen wordt mogelijk ook versterkt door de financiële noodzaak voor vrij gevestigde artsen om 'productie te maken'.*

Op een x-moment zal de wal het schip keren. Als er in de komende jaren feitelijk onvoldoende zorg beschikbaar is voor iedereen, zullen er keuzes gemaakt moeten worden: wat is medisch, ethisch met het oog op de kwaliteit van leven voor de patiënten nog redelijk en aanvaardbaar; wat is financieel nog haalbaar; e.d.

Dat kwam nu bij corona dramatisch in beeld met een dreigende 'code zwart' in de ziekenhuizen, waarbij praatprogramma's en andere media over elkaar heen buitelen: dat mag niet gebeuren, koste wat het kost!

Er zijn signalen, dat die code zwart in de zorg voor kwetsbare ouderen thuis nu al is ingetreden, versterkt door uitstel van reguliere zorg in de ziekenhuizen, wat leidt tot extra belasting van huisartsen en thuiszorg. Er is onvoldoende, of onvoldoende gekwalificeerde, thuiszorg beschikbaar voor alle mensen die steeds complexer wordende zorg nodig hebben. Dat gebeurt buiten de spotlights, achter privé-voordeuren. Blijkbaar spreekt dat onvoldoende tot de verbeelding. En mogelijk 'piepen' ouderen ook minder snel.

We, alle betrokkenen, kunnen wachten tot het raderwerk van de eerstelijnszorg helemaal vastloopt en dan ook voor deze zorg in de media moord en brand roepen. We kunnen ook nu gaan nadenken, wat we in de toekomst moeten gaan doen en ons bezinnen wat er moet veranderen om dat mogelijk te maken. Ook de ouderen zelf moeten (eerder) gaan nadenken hoe zij hun laatste levensfase willen doorbrengen, en niet pas als een ernstige crisis zich in hun leven aandient. Denken en spreken over het levenseinde moet uit de taboesfeer worden gehaald.

De maatgevende opvatting bij artsen én ouderen zal moeten ombuigen van medisch handelen omdat het kán naar wel of niet medisch handelen met het welzijn / een zinvol leven van de patiënt / de oudere voor ogen. Soms is mensen de kans geven om dood te gaan humaner dan al maar door behandelen. De interpretatie van de artseneed lijkt langzamerhand in deze richting te verschuiven.

Hoe dan ook: als er onvoldoende medische en verpleegkundige zorg voor iedereen is, zullen er mensen eerder overlijden, de meest kwetsbare ouderen voorop. Er zullen protocollen ontwikkeld worden, wie wel of niet en zo ja welke of hoeveel zorg kan krijgen. Als basis daarvoor zullen, om willekeur te voorkomen, nieuwe maatgevende maatschappelijke opvattingen geformuleerd moeten worden. Het gevolg zal zijn dat minder mensen oud worden en dat ouderen minder oud worden: dus al bij al minder ouderen.

Dat overstijgt de gemeentelijke mogelijkheden en bevoegdheden, maar werkt wel door binnen de gemeente met zijn zorg- en welzijnsinstellingen en vooral bij de ouderen zelf. De acceptatie in Maashorst zal worden bevorderd, als de gemeente met velerlei betrokkenen in Maashorst, de ouderen voorop, gaat nadenken en bespreken: wat is zinvol, realiseerbaar en betaalbaar; volgens welke maatschappelijke normen en waarden.

'Minder ouderen' zou zeer effectief zijn voor een oplossing van de problemen. Dat leidt niet tot een pleidooi voor collectieve euthanasie voor 80-plussers ('dor hout') van overheidswege. Ook niet voor het exporteren van kwetsbare ouderen naar lagelonenlanden om de zorg betaalbaar te houden.

- Domotica, e-health, zorg op afstand, robotisering,

Met domotica ofwel huisautomatisering kan de kwaliteit van wonen en leven worden verbeterd door velerlei toepassingen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de bediening van audio-, verwarming-, airco-, verlichting-, alarm- en andere systemen, waardoor mensen met een beperking langer zelfstandig in hun huis kunnen blijven wonen. Een stapje verder gaat bijvoorbeeld mobiliteitsbewaking, waarmee m.b.v. sensoren of camera's kan worden bepaald of een bewoner hulp nodig heeft. E-health gaat specifiek over toepassing van digitale mogelijkheden in de zorg, bijvoorbeeld: het stellen van diagnoses en de communicatie daarover; monitoring van patiënten met chronische aandoeningen; videocontact met thuiszorg en mantelzorgers; enz. Robotisering gaat weer een stap verder doordat robots diensten en zorgactiviteiten verrichten die nu nog door mensen moeten worden gedaan. Domotica, e-health, robotisering kunnen bijdragen aan behoud van zelfregie door ouderen en aan betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Dit staat nog in de kinderschoenen. Er zijn nog veel vragen, bijvoorbeeld rond standaardisering van

voorzieningen op dit terrein; medisch-ethische kwesties over verantwoord / veilig gebruik van dergelijke voorzieningen; bruikbaarheid voor mensen die digitaal niet goed geschoold zijn, enz.

De gemeente heeft hier een stimulerende, voorwaardenscheppende en faciliterende rol, bijvoorbeeld met betaalbare glasvezel voor iedereen; het opstellen van regels voor partijen die binnen de gemeente van glasvezel gebruik willen maken voor diensten op dit terrein. Voor niet digitaal vaardige burgers, waaronder veel ouderen, kan de gemeente in en vanuit de wijkcentra ondersteuning en service aanbieden. De genoemde toepassingen zijn zeker ook voor veel ouderen van belang en kunnen bijdragen aan hun kwaliteit van leven.

Uit onderzoek van TNO blijkt echter wel, dat deze toepassingen vrijwel geen effect hebben op het voorkomen van plaatsing in verpleeghuizen. Ook nemen deze toepassingen de behoefte van veel (eenzame) ouderen aan menselijk contact, een luisterend oor, empathie zeker niet helemaal weg.

- De inzet van mantelzorg en vrijwilligerswerk versterken

Uit berekeningen conform de 'oldest old support ratio' (OOSR) valt extrapolierend van de gemeente Uden naar de gemeente Maashorst op te maken, dat er in 2050 in Maashorst nog maar ongeveer 40% van het huidige demografisch potentieel beschikbaar zal voor informele zorg (mantelzorg en vrijwillige dienstverlening) aan kwetsbare ouderen, terwijl het aantal kwetsbare ouderen met 135% groeit. *(De OOSR gaat hierbij uit van 85-plussers. Dat is niet helemaal vergelijkbaar met de 80-plussers, maar de trend is evengoed duidelijk en zeer verontrustend).*

Een beleidsscenario dat zich richt op het verschuiven van professionele zorg naar informele zorg, zoals door veel beleidsmakers wordt beoogd, zal hierdoor al snel vastlopen.

Wel is enige winst te behalen door ook jongere burgers (20-50 jaar) aan te spreken op inzet als informele dienstverlener en mantelzorger. De gemeente kan hierin een stimulerende rol spelen, bijvoorbeeld door een belastingvrije vergoeding voor vrijwilligerswerk of mantelzorg naast een eventuele WAO, WW of andere uitkering; door te bevorderen / stimuleren dat ruimhartig wordt omgegaan met regelingen voor zorgverlof, met enige vergoeding voor mantelzorg; door publiciteitscampagnes e.d.

Ook de burgers ouder dan 75 jaar kunnen gestimuleerd worden om als informele zorg- of dienstverleners actief te worden of te blijven. De gemeente kan dit faciliteren door het voor ouderen mogelijk te maken om zelfstandig in groepsverband te gaan wonen: zie verderop. Dit is niet het ei van Columbus, maar alle beetjes helpen.

- De verpleegkundige en medische personeelscapaciteit verhogen.

Meer artsen en verpleegkundigen interesseren om in de ouderenzorg thuis of in de verpleeghuizen in Maashorst te gaan werken zal lastig zijn met het oog op het krimpende arbeidspotentieel in Nederland, en Maashorst in het bijzonder, in grofweg de leeftijdscategorie 20-65 jaar. Aan mensen in deze leeftijdscategorie wordt aan alle kanten getrokken door sectoren die allemaal kampen met personeelstekorten. Landelijk werken nu plusminus 3 op de 10 personen uit deze categorie in de totale zorg- en welzijnsdienstverlening. Om die zorg in 2040-2050 op peil te houden zouden volgens kenners 7 op de 10 personen voor de zorg moeten kiezen. Dat gaat niet gebeuren, ook niet als de honorering van zorgverleners flink wordt opgeschaald.

Voor Maashorst is het beeld, ervan uitgaande dat ook in Maashorst 3 op de 10 personen tussen 20 en 65 jaar in de zorg- en dienstverlening werken en dat 20% van de 80-plussers intensieve zorg nodig heeft:

- in 2020 zijn er in Maashorst 3264 potentiële zorgverleners op 591 80-plussers met behoefte aan intensieve zorg, dus 5,5 potentiële zorgverleners op 1 zorgbehoefte 80-plusser.
- In 2050 zijn er 2.972 potentiële zorgverleners op 1.392 80-plussers met behoefte aan intensieve zorg, dus 2,1 potentiële zorgverlener op 1 zorgbehoefte 80-plusser.

Let wel: hierbij is alleen gekeken naar de zorg voor 80-plussers. Van het totale zorgpotentieel werken de meeste zorgmedewerkers in de ziekenhuizen en klinieken en in de thuiszorg voor andere personen dan 80-plussers. De precieze verhoudingen zijn (ons) niet bekend. In alle zorginstellingen wordt het personeelstekort nijpend. Dat geldt zeker ook in de zorgverlening aan ouderen.

Van het grootste belang is, dat mensen die voor de zorgverlening kiezen daarvoor ook behouden blijven. Uit velerlei onderzoek blijkt dat er vooral vijf factoren zijn die leiden tot vertrek uit de zorgverlening: overbelasting in het werk; doorgeslagen bureaucratie; gebrek aan professionele autonomie; werk en privéleven moeilijk in evenwicht door veel onregelmatige diensten; gebrek aan waardering, o.a. blijkend uit achterblijvende honorering. Daar ligt een grote opdracht voor overheden en voor zorg- en welzijnsinstellingen.

Er is ook veel winst te halen in een doelmatiger inzet van thuiszorgverleners. Nu rijden zorgverleners van meer dan 6 instellingen kriskras door Maashorst om op alle privéadressen zorg te verlenen, soms medewerkers van verschillende instellingen in eenzelfde straat. Met al die reistijd gaat veel zorgtijd verloren. De neoliberale idee, dat concurrentie in de zorg tot doelmatiger zorg en minder kosten zou leiden, heeft al lang schipbreuk geleden.

Het zou veel doelmatiger zijn, als aantallen zorgvragers bij elkaar wonen en als de zorg daar door één zorginstelling wordt verleend vanuit één wijkzorgsteunpunt: zie verderop.

Veel tijd gaat ook steken in (als nutteloos) ervaren bureaucratie: het telkens afvinken van handelingslijstjes als veiligstelling voor (het bestuur van) de instelling, dat conform geldende protocollen wordt gewerkt; het verantwoorden van elke 5 minuten werk; het mee moeten werken aan talloze onderzoeken die door diverse overheidsinstanties aan de instellingen worden opgelegd; enz.

Er zijn verhalen, dat maar 30% van de tijd van zorgverleners daadwerkelijk wordt besteed aan zorg en 70% aan zaken eromheen. (*Wij hebben dit niet onderzocht, maar de verhalen zijn alarmerend.*) Hier is aanzienlijke capaciteitswinst te halen: minder bureaucratie; minder overhead-personeel; meer handen aan het bed.

Maashorst zal deze problemen binnen de eigen gemeente niet zelfstandig op kunnen lossen, maar kan wel een belangrijke stimulerende invloed uitoefenen naar alle betrokken partijen binnen de gemeente. Dat kan bijvoorbeeld door diensten die onder de gemeente vallen niet enkel aan te besteden op prijs, maar vooral op kwaliteit en doelmatige inzet van personeel vanuit wijkzorgsteunpunten.

De gemeente kan ook zorgpersoneel verleiden om in Maashorst te komen wonen en daar te (blijven) werken door het aanbieden van passende huisvesting met toepasselijke condities, in de buurt van zorginstellingen. Moet de 'verpleegstersflat' in aangepaste vorm terugkomen?

En, mogelijk vloekend in de kerk: de gemeente kan het voor arbeidsmigranten en asielzoekers die in de zorg kunnen en willen werken aantrekkelijk maken om in Uden te komen wonen en werken. Deze actie wordt in een andere variant elders in het land al ondernomen door thuiszorgorganisaties, o.a. in Flevoland. Die thuiszorgorganisaties mikken op arbeidsmigranten uit Indonesië of de Filipijnen. Van belang lijkt: zo weinig mogelijk culturele afstand tussen het land van herkomst en Nederland.

Als deze actie ook in Maashorst ondernomen wordt, dient er ook aandacht te zijn voor passende huisvesting, opleiding / bijscholing, inburgering, al dan niet tijdelijkheid van werk en verblijf, enz. En het gaat niet om bijvoorbeeld 10 tot 20 mensen maar om een paar honderd alleen al voor Maashorst.

- Meer verpleeghuisplaatsen realiseren; beschermd wonen in wijkzorgcentra

Buiten kijf staat dat er in Maashorst aanzienlijk méér verpleeghuisplaatsen moeten komen om aan de meest kwetsbare ouderen in hun laatste levensfase passende opvang te bieden in wonen, zorg en welzijn: intensieve 24-uurszorg met verblijf en toezicht. In de eerste vier jaar moeten er zeker 200 verpleeghuisplaatsen bij komen om het bestaande tekort weg te werken en de vraaggroei op te vangen.

Om een goede verbinding met andere zorg- en welzijnsactiviteiten mogelijk te maken en informele zorg te bevorderen, moeten deze extra plaatsen als wijkzorgcentra op centrale punten in de wijken / dorpen van Maashorst worden gerealiseerd, bijvoorbeeld om te beginnen voor de komende vier jaar 4 x 50 plaatsen. Een nieuw verpleeghuis ergens in het buitengebied van Maashorst biedt wel capaciteitssoelaas, maar past niet bij de gedachten van inclusie van de meest kwetsbare ouderen in de samenleving en biedt ook minder mogelijkheden voor informele zorg.

Ook in deze actie zal de gemeente niet autonoom kunnen opereren. De actie kan alleen slagen met medewerking van het Zorgkantoor NO-Brabant dat over de verpleeghuisplanning gaat; één of meer zorginstellingen voor de zorguitvoering; woningcorporaties of bouwbedrijven / projectontwikkelaars voor de bouw; inspraakorganen (met ouderen) om draagvlak te krijgen; financiers; ... De gemeente is de enige instantie die alle betrokken partijen bij elkaar kan roepen om tot afspraken te komen. De gemeente heeft verder een basale rol in het beschikbaar stellen van passende locaties tegen aanvaardbare prijzen. De gemeente kan zich bij deze actie laten bijstaan voor de daartoe opgerichte landelijke taskforce.

De Wet langdurige zorg (Wlz) kent ook mogelijkheden voor intensieve zorg bij ouderen thuis in de vorm van een Volledig Pakket Thuis (VPT). Dat kan bij individuele ouderen, gespreid wonend in hun eigen huizen. Dat leidt tot problemen als de eigen woning niet geschikt is voor het verlenen van intensieve zorg, bijvoorbeeld: niet alle kernwoonfuncties zijn op de begane grond of drempelloos bereikbaar; te weinig manoeuvreerruimte voor zorgverlening in toilet en badkamer; geen ruimte voor tillift; enz. Een probleem is ook, dat daarbij de inzet van de schaarse verpleging en verzorging minder doelmatig kan zijn, ook vanwege extra reistijd e.d.

In Maashorst zijn ook commerciële partijen actief met particuliere 'mini-verpleeghuizen', bijvoorbeeld: De Herbergier in Zeeland; Dagelijks Leven met Het Orgelhuis in Uden. Deze / dergelijke organisaties bieden ouderen gegroepeerd zelfstandig wonen (in de vorm van eigen appartementen, studio's e.d.) en zorg in de

vorm van een VPT cf. de Wlz, vooral aan ouderen met dementie. Formeel zijn wonen en zorg gescheiden, maar beide functies worden gekoppeld aangeboden door dezelfde instantie. Dat vergroot de risico's van institutionalisering en inperking van zelfregie voor de ouderen.

Deze commerciële partijen dragen wel bij aan een vermindering van het tekort aan verpleeghuiszorg, maar er zijn vragen bij te stellen: Past een winstoogmerk wel bij zorg- en dienstverlening; halen zij niet 'de krenten uit de pap' door zich te richten op enkel dementerenden die voldoende geld hebben; is de kwaliteit voldoende gegarandeerd, bijvoorbeeld in continuïteit van de nachtzorg; e.d.

- Meer levensloopbestendige woningen; geschikt wonen

Hierbij gaat het om woningen die conform het Woonkeur geschikt zijn voor ouderen en andere mensen met functiebeperkingen. De woningen zijn drempelloos, zowel van buiten naar binnen en v.v. als binnenshuis.

Domotica in deze woningen veraangenamen en vergemakkelijken het leven voor mensen met een lichte zorgvraag. Er zijn infrastructurele voorzieningen voor e-health indien nodig. Om hier te wonen is geen zorgindicatie nodig, maar bij huurwoningen in de sociale sector zouden ouderen met een lichte beperking wel eerder in aanmerking moeten kunnen komen.

Het kan gaan om koop- of huurwoningen, zowel individueel als met anderen bij elkaar, in vormen als: meergeneratiewoningen, kangoeroewoningen, mantelzorgwoningen, tandemwoningen, enz. Seniorenhofjes zijn een vorm van groepswonen voor ouderen.

Al deze vormen van geschikt wonen kunnen bijdragen aan het welzijn en de gezondheid van ouderen, vooral als in de opzet de intentie besloten ligt dat bewoners naar elkaar omzien en elkaar helpen waar nodig en voor zo ver mogelijk.

Her en der (bijvoorbeeld in Nistelrode) zijn of worden wel door groepjes nog vitale ouderen CPO-woonprojecten gestart onder de vlag van ideële / sociale doelen als onderling dienstbetoon waar nodig. Daarbij komen wel vragen op: het lijkt er op, dat die ideële doelen na realisatie al snel verwateren en dat ieder zich terugtrekt in zijn eigen woning, achter zijn eigen haag of schutting. Daarmee verdwijnt een belangrijk deel van de meerwaarde.

Van de gemeente mag een ruimhartig beleid worden verwacht om de realisatie van vormen van geschikt wonen mogelijk te maken. Ouderen kunnen langer zelfstandig en comfortabel blijven wonen, met behoud van de regie over hun eigen leven.

TNO-onderzoek maakt duidelijk dat dergelijke woonvormen slechts beperkt bijdragen aan uitstel en nog minder aan afstel van opname in een verpleeghuis. Daarvoor is méér nodig dan alleen geschikt wonen.

- Beschut wonen: gegroepeerd wonen voor ouderen in de wijk, met zorg en welzijnssteuning dichtbij

Voor ouderen met matige zorgvragen, voorheen leidend tot een Wlz-indicatie VV niveau 1-3, bieden groepswoonzorgvormen een uitkomst als zij met anderen willen samenwonen, naar elkaar willen omzien, elkaar diensten willen verlenen en voor zo ver mogelijk mede voor elkaar willen zorgen. Zij kunnen elkaar daar dan ook op aanspreken en daarbij ondersteund worden door professionals vanuit het wijkservicecentrum: zie hierna.

Zij krijgen professionele zorg in de vorm van thuiszorg conform de Zorgverzekeringswet en ondersteuning conform de Wmo. Deze thuiszorg wordt per woonzorgvorm gegeven door één professionele zorginstelling. Dit biedt aanzienlijke doelmatigheidswinst voor de instelling: zorgmedewerk(st)ers hoeven niet meer van hot naar haar door de stad te rijden. Zij leren de bewoners ook beter kennen. De zorginstelling hanteert openbare en inzichtelijke, maatschappelijk aanvaardbare criteria om te bepalen wie in zo'n groepswoonvorm met zorg van de instelling kan komen wonen.

Idealiter worden deze groepswoonvormen voor ouderen gerealiseerd in de nabijheid van wijkzorgcentra en wordt de nodige professionele zorg verleend vanuit die wijkzorgcentra. Dat bevordert de doelmatigheid van zorg en de centrale ligging in de wijk bevordert de mogelijkheden van informele zorg.

Wonen en zorg blijven ook in deze woonvorm gescheiden: de ouderen huren (of kopen) een zelfstandige nultrreden woning die voldoet aan het Woonkeur plus Zorg. Voor huursituaties is samenwerking met een woningcorporatie aangewezen. De vorm kan zijn een groepering van begane grond woningen of gestapelde bouw.

Nader bezien moet worden wat de beste omvang van zo'n woonzorgvorm is, bijvoorbeeld: welke omvang is nog overzichtelijk voor de bewoners en biedt anderzijds elke bewoner voldoende contactmogelijkheden; welke omvang is nodig voor de instelling om hun zorgwerkzaamheden zo goed mogelijk te doen aansluiten bij de wensen van de bewoners en tegelijk om doelmatig te kunnen werken; welke omvang is nodig om gemeenschappelijke voorzieningen tegen aanvaardbare kosten te realiseren; enz.

In de woonzorgvorm zijn enkele functies gemeenschappelijk, in goed overleg met de bewoners te bepalen, bijvoorbeeld: gemeenschappelijke tuin; ontmoetingsruimte; gemeenschappelijk eetpunt. Nader bepaald moet worden, hoe deze gezamenlijke functies betaald kunnen worden, mogelijk (deels) via een servicecontract gekoppeld aan de woning; mogelijk deels door subsidie vanuit de gemeente of het Rijk.

Uit TNO-onderzoek blijkt dat deze groepswoonvormen met zorg en welzijnssteuning dichtbij het gat kunnen vullen dat is ontstaan na opheffing van de verzorgingshuizen en dat zij kunnen leiden tot aanzienlijk uitstel en soms afstel van plaatsing van ouderen in een verpleeghuis.

Hier ligt dus een grote uitdaging voor de gemeente Maashorst: initiërend, faciliterend, coördinerend, subsidiërend. De uitvoerende partijen zullen zorginstellingen en woningcorporaties zijn: niet winst beogende maatschappelijke instellingen.

- Wijkservicecentra, gekoppeld aan de wijkzorgcentra en de wijkzorgsteunpunten.

Bij het ouder worden groeit de behoefte aan gemaksdiensten, al dan niet tegen betaling, op velerlei terreinen, zoals; klussendiensten; huismeesterfuncties; maaltijdverstrekking; pedicure; boodschappendiensten; hulp bij technische en ict-vragen; ondersteuning bij de omgang met overheden en andere instanties, bijvoorbeeld bij Wmo-aanvragen, invullen van allerlei formulieren. Ook de behoefte aan welzijnsdiensten neemt toe: aangepast sport en spel; inloop en ontmoeting; dagactiviteiten; gezelligheid; enz.

Dergelijke diensten kunnen worden georganiseerd en aangeboden door en vanuit wijkservicecentra, liefst in de nabijheid van de wijkzorgcentra en wijkzorgsteunpunten.

Hier is ook een goede verbinding mogelijk met de gemeentelijke multifunctionele accommodaties, die al meerdere van deze functies aanbieden voor alle burgers in de wijk. Daarbij is van belang dat deze diensten aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de verschillende doelgroepen, in dit geval de ouderen.

Samenvattend paragraaf 4, oplossingsrichtingen:

De verschillende hier genoemde acties kunnen allemaal enige bijdrage leveren aan een oplossing voor de problemen rond wonen zorg en welzijn van ouderen in Maashorst, nu en in de toekomst. De meeste acties leveren vooral bijdragen aan het woongenot en het welzijn / welbevinden van ouderen, zeker als zij in samenhang worden uitgevoerd: niet onbelangrijk.

Al deze acties samen voorkomen niet de noodzaak van intensieve 24-uurszorg met verblijf en toezicht voor ouderen in hun laatste levensfase. Daarvoor is nog het meest te verwachten van gegroepeerd wonen voor ouderen in de wijken / dorpen, met zorg en welzijnsondersteuning dichtbij.

De komende 4 jaar zijn er in Maashorst 200 extra verpleeghuisplaatsen nodig en evenveel woningen voor gegroepeerd wonen van ouderen, met zorg en welzijnsondersteuning dichtbij.

Van groot belang is ook een verandering van mindset / een paradigmashift naar: kwaliteit van leven is belangrijker dan zo lang mogelijk leven. En: 'wij' is belangrijker dan 'ik alleen'.

C en J