

**Samenvatting discussie Bestuurstafel Gezond Utrecht,
31 mei 2016**

Thema: De betekenis van extramuralisering voor Gezond Utrecht

Locatie: Regentenzaal Bartholomeus Gasthuis, Utrecht

Aanwezigen:

Jan Bernds en, (RIBW Lister), Rob Beuse (De Hoogstraat), Jules van Dam (De Tussenvoorziening), Rob van Dam (Careyn), Irene Domburg (Handje Helpen), Willy van Egdom (Bartholomeus Gasthuis), Jan Jans (Leger de Heils), Gert Jongetjes (Utrecht Centraal), Carin de Kok (Huisartsen Utrecht Stad), Frank Miedema (UMC Utrecht) voorzitter, Hetty van Oldeniel (Boogh, Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht), Trudy Prins (De Rijnhoven), Caroline Sarolea (Al Amal), John Taks (Diakonessenhuis Utrecht), Eliane Thewessen (Axion Continu), Roxanne Vernimmen (Altrecht), Jack Versluis (RAVU), Peter de Visser (Incluzio).

Wilfrid Opheij, moderator en Nicolien van Wees, verslaglegging (beiden Common Eye)

Introductie

Op 31 mei jl. ontmoetten de (meeste) leden van de Bestuurstafel Gezond Utrecht elkaar in het Utrechtse Bartholomeus Gasthuis. Het was opnieuw een openhartige, smaakvolle en interessante avond die in het teken stond van de vraag: ‘Wat betekent extramuralisering voor de (kwetsbare?) inwoners van Utrecht en onze organisaties?’. Trudy Prins heeft aangeboden om het gesprek hierover te entameren vanuit haar persoonlijk perspectief. Daarnaast stonden er twee praktische zaken op de agenda. Dit verslag is een samenvatting van het gesprek in de Regentenkamer.

Fundamentele ontwikkelingen in relatie tot extramuralisering

Met dit thema bouwen we voort op het gesprek van 26 januari jl. Het Bestuur verkende dit thema vooraf en vond onder meer inspiratie in de visie van Jan Rotmans (Verandering van Tijdperk) en een aantal uitzendingen van Tegenlicht ¹. Aan de leden is gevraagd om ter voorbereiding na te denken over de volgende vragen:

- In hoeverre zie jij de ontwikkeling zoals geschetst door Rotmans en de trend tot extramuralisering in jouw werkveld?
- Wat betekent dat voor jouw ‘doelgroep’?
- Wat vraagt het? Wat wordt ‘meer’, wat wordt ‘minder’?
- Wat betekent dat voor Gezond Utrecht?

We maakten een uitgebreide ronde aan de grote tafel. Hierin deelde iedereen zeer openhartig zijn of haar ervaringen en visie. Er was herkenning en verwondering. Uit de rondgang blijken verschillende perspectieven. Toch komt er een aantal thema’s naar voren.

¹ <http://www.janrotmans.nl/>, Tegenlicht over ‘[rendement van geluk](#)’ en ‘[de vakbond van morgen](#)’.

1. Extramuralisering is voor vrijwel iedereen herkenbaar en actueel

Vrijwel alle deelnemers herkennen dit thema onmiddellijk. Het is actueel in de GGZ, in de jeugdzorg, in de verstandelijke gehandicaptenzorg, in de thuiszorg, in de ouderenzorg, in de ziekenhuiszorg. 10, 20, 30, 40 soms meer dan 50 procent van de intramurale voorzieningen worden afgebouwd. In ziekenhuizen gaan mensen sneller naar huis. In de revalidatiezorg is het minder direct herkenbaar, maar we zien wel dat ‘korter en sneller’ de norm is. Huisartsen, vrijwilligersorganisaties, wijkteams, welzijnsorganisaties en – voorzieningen zien dat er veel, heel veel, op hun afkomt.

2. Het gaat heel snel, maar zijn we er klaar voor?

De veranderingen in de zorg en de toename van het aantal hulpvragen thuis gaan enorm snel, sneller dan we hadden voorzien en soms kunnen bijbenen. Nederland en dus ook Utrecht krijgt te maken met nieuwe inwoners, de vergrijzing, meer mensen met een compliceerde vraag thuis. De extramurale toekomst is er al. Het gaat zo snel dat we soms nog niet beseffen dat we in een ‘extramurale toekomst’ leven. Sommige leden vragen zich af of we dit écht (h)erkennen als trend en of we er als burgers, in organisaties en als totaal klaar voor zijn.

3. De goede infrastructuur en benodigde ‘mechanismen’ werken nog niet; behoefte aan ‘gestructureerde rust’

De trend is dat steeds meer mensen met een zorgbehoefte thuis blijven. Dat vinden zij vaak ook prettig, maar het systeem is daar nog niet op ingericht. Dan is dat thuis wonen niet altijd makkelijk voor die mensen. Immers er wordt ook meer van hun zelf en van hun netwerk verwacht. Soms valt er een gat bij cliënten. Dat kan gaan om bijvoorbeeld een geleidelijke terugval, plotselinge problematiek, een crisis, zorgen over mantelzorg. Het wordt voor ons – de betrokken organisaties - steeds lastiger om de goede contactpersonen te vinden bij collega-organisaties.

Welke mechanismen zijn nodig om samen een goede infrastructuur te bouwen en te laten functioneren? Het is duidelijk dat er een grote uitdaging ligt in het borgen van afstemming in die toenemende complexiteit en steeds ingewikkeldere wereld. Weten dus wie waarvan is en wie wat weet en kan. Er zijn mechanismes nodig om mensen met een zorgbehoefte veilig thuis te kunnen laten zijn. En overigens: wat is thuis? We zien dat bijvoorbeeld bij het Leger des Heils en de Tussenvoorziening zich steeds meer mensen aandienen. Zij merken op dat de situatie ook vraagt om genoeg betaalbare sociale woonvoorzieningen. Alle schakels zijn belangrijk: zorg, welzijn, generalisten, specialisten, het informele netwerk, woningbouwcorporaties. Daarbij moet informatie van professionals en vrijwilligers op een goede plek terechtkomen. Maar waar is die plek? En hoe zorgen we dat iedereen die plek kan vinden? De verbinding van de partners in de keten is onontbeerlijk om goed voor deze kwetsbare groep te kunnen zorgen. Een van de deelnemers zegt: ‘we hebben eigenlijk behoefte aan gestructureerde rust om het met elkaar goed te organiseren’. En we weten dat verandering doorgaat.

4. Financiering & contractering: variëteit troef

Daar waar je vroeger met één inkoper te maken had, heb je nu soms met 13 partijen te maken! Er is een diversiteit (of is het een woud?) aan bronnen, wetten, potjes, financiers, gemeentes, verzekeraars en loketten. Het aantal partijen dat financiert en waarmee de

leden moeten contracteren is sterk toegenomen. Hierin bestaat grote variëteit. Waar grote VVT instellingen wonderen moeten verrichten om het hoofd boven water te houden, zijn er ook partijen die meer vrijheid ervaren in het besteden van budgetten door de introductie van het begrip vierkantsbekostiging.*² Zou je meer effect kunnen sorteren als je die vierkanten bij elkaar brengt?

5. De regisseursrol is cruciaal

We constateren dat het in die veranderende context voor burgers niet altijd makkelijker wordt. De beweging naar meer en langer thuis is goed. Er is veel ruimte, er wordt door de gemeente ook veel ruimte geboden. Tegelijkertijd zien we ook veel kwetsbare groepen. Het gaat zeker voor die kwetsbare groepen niet vanzelf goed.

Extramuralisering anno 2040

Trudy Prins heeft dit onderwerp gepassioneerd voorbereid en leest voor uit (deels) eigen werk. Zij heeft de toegang tot zorg voor een Utrechts echtpaar geschetst aan de hand van recente demografische voorspellingen (bron CBS). Zie bijlage.

Samengevat:

Utrecht is op weg een stad te worden die ver buiten de huidige stadsgrenzen gaat reiken. Het aantal 1 persoonshuishoudens neemt toe, het aantal 65plussers verdubbelt, de scheiding arm-rijk, hoog opgeleid-laagopgeleid, gezond-ongezond, wordt in de bezetting van de wijken steeds duidelijker. Het aantal niet autochtonen groeit naar 40%.

Daarmee schetst Trudy de volgende trends

- Maatschappelijk gezien is de trend om steeds meer in 1 persoonshuishoudens te leven, en de trek naar de stad wordt groter.
- Het aantal kinderen en jongeren neemt landelijk gezien af waardoor de vraag naar voorzieningen (speelruimte, kinderopvang, onderwijs, jeugdgezondheidszorg, horeca, etc.) ook zal afnemen. Door het groeiend aantal ouderen neemt de vraag naar voorzieningen voor deze groep (buurtvoorzieningen, zorgvoorzieningen, etc.) toe.
- Het groeiend aantal allochtonen in de steden doet de vraag naar voorzieningen voor deze groep (gebedshuizen, winkels, cultuurinstellingen, etc.) toenemen.
- De mobiliteit van de totale bevolking neemt toe zelfs tot aan 80 jaar. Er is een sterk verband tussen opleidingsniveau en mobiliteit.
- Het gebruik van technologie neemt toe en wordt steeds normaler.
- Klassieke diensten en voorzieningen in klassieke structuren en instituties hebben hun langste tijd gehad. Ze maken plaats voor kleinschaligheid, zelfsturing, corporaties en technologische oplossingen.
- De verzorgingsstaat heeft zijn langste tijd gehad en het bedrag dat men maatschappelijk gezien wil besteden aan verzorging vanuit het solidariteitsprincipe wordt steeds lager.

² Utrecht hanteert voor de grote zorgaanbieders "vierkantsbekostiging" met de volgende globale zorgcategorieën: specialistische ondersteuning, residentiële hulp, gezinsvervangende en crisiszorg. Deze vier zorgcategorieën vormen ieder een vierkant en opgeteld samen het totale financiële vierkant waarbinnen de aanbieder ondersteuning en zorg moet leveren. Utrecht contracteert per jeugdhulpaanbieder één of meer zorgcategorieën. Voor het overeengekomen vaste budget wordt een minimum aantal cliënten behandeld. Deze afspraken zijn per zorgcategorie vastgelegd in de overeenkomst. Bron: [databank praktijkvoorbeelden VNG](#).

Scenario: Kevin & Anita Van Oostrom anno 2040

Om onze gedachten te vormen over wat ons te doen staat schetst Trudy een reël toekomstperspectief.

Anita en Kevin van Oostrom bewonen een huis in Zuilen. Ze zijn 66 en 67 jaar. Beiden hebben een vmbo opleiding. Ze hebben nog een paar jaar te gaan tot hun pensioen. Anita werkt in een vestiging van een internetwinkel op de Lage Weide. Zij is samensteller van bestellingen en heeft onregelmatige werktijden. Kevin werkt als reparateur bij een bedrijf dat zijn klanten via het beeldscherm begeleidt om zelf reparaties uit te voeren. Bezoek aan huis komt ook voor, maar heeft een behoorlijk prijskaartje. Hij kan grotendeels vanuit huis werken.....

Voor het hele verhaal van Anita en Kevin: Zie Bijlage

Trudy Prins sloot dit scenario af met de zin: “Ik denk dat dit nog een redelijk barmhartige kijk op het toekomstige leven is”.

Reflectie en reactie na bezinning in groepen

Na dit goed beluisterd te hebben gaan de deelnemers in groepen uiteen om met elkaar te onderzoeken hoe zij hier op willen reageren. We kijken enerzijds naar het inrichten van zorg en welzijn zodat mensen zo min mogelijk nodig hebben. Anderzijds kijken we hoe onze organisaties daarin meebewegen. Hoe zorgen we voor een toekomstbestendige zorg en voorzieningen waartoe ook kwetsbare mensen met een inkomen lager dan € 1.500,- toegang houden?

Een plenaire terugkoppeling over wat in de groepen besproken is levert ook een aantal rode lijnen/thema's op en wel de volgende:

- We zijn verdeeld in precieze oplossingsrichtingen, terwijl we wel delen dat we een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben. Kunnen we komen tot een gemeenschappelijk uitgangspunt waarvan we **zeker weten dat het een onderdeel van de oplossing** biedt? Bijvoorbeeld de vierkantsbekostiging als vorm van populatiebekostiging? Kunnen we een ‘maatschappelijk vierkant’ creëren?
- Een enkele deelnemer plaatst **vraagtekens** bij de stelligheid dat het zorgbudget in 2040 zoveel kleiner is en het systeem dan écht rigoureuus anders is. Daar tegenover staat een enkele opvatting dat we dat pad al lang zijn ingeslagen, zonder dat we ons er bewust van zijn (het gevaar van de geleidelijkheid).
- Het gaat ook over ‘**iets voor elkaar over hebben**’, solidariteit: de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten zodat de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft voor de kwetsbare groepen. Daar horen ook naleven van consequenties bij, als het tegengaan van scheefwonen.
- Het **dilemma van de urgentiemomenten**: de beschreven casus roept het gevoel van urgentie op. We weten ook dat deze situatie zich in een geleidelijk proces heeft voltrokken. Enerzijds wil je nu aan de slag om te voorkomen dat er een crisis optreedt. Maar soms blijkt die crisis juist nodig om in te kunnen grijpen. Dus: we moeten voorbereid zijn en kunnen anticiperen.
- We moeten **zinvol met maatschappelijk kapitaal omgaan**, dus met mensen, middelen en geld. Daarin is het belangrijk dat mensen bestaansinhoud hebben.

- Utrecht moet zich realiseren dat **gezondheid verbonden is aan wonen, welzijn en inclusie**. Er zijn nu veel jongeren die het gevoel hebben dat ze hier helemaal niet mogen zijn (inclusie). We moeten niet de richting op van alleen homogene groepen die bij elkaar wonen, waarbij er steeds minder contact is tussen die groepen. Dus niet op de ene plek een compound van nieuwe villawijken en op een andere plek verwaarloosde achterstandswoningen. We moeten de stad laten zien dat de Utrechtse bevolking beter af is bij meer betaalbare (sociale) kleine huurwoningen. Vraag die opgeworpen wordt: zijn wij als Bestuurstafel daarvan? In het gesprek ontspint zich het volgende antwoord: Wij als bestuurstafel zien de samenhang, maar pakken dit vraagstuk aan via het 'haakje van de zorg en welzijn'.
- In het gesprek zien we dat er behoefte is aan personen die als geen ander weten wie de kwetsbare mensen zijn die de weg in de zorg, wonen en welzijn niet kunnen vinden. Zo iemand noemen we wijkregisseur. Die **wijkregisseur** heeft een niet te onderschatten rol.
- Als de overheid zich terugtrekt, moeten we **mogelijkheden benutten om sociaal te ondernemen**. Er zijn bedrijven met puur commerciële doelstellingen die inspringen op gaten die ontstaan in welzijn en zorgverlening. Dat kan ook anders. Een treffend voorbeeld is [The color kitchen](#). We moeten nadenken over welke producten zich meer lenen voor sociaal maatschappelijk ondernemen. Verschillende leden zijn hier al mee bezig.
- **Wonen** is een belangrijke sleutel voor een Gezond Utrecht. Het gaat niet alleen om gezondheid. We beseffen dat het niet alleen gaat om gezondheid en welzijn, maar ook om de fysieke en sociale omgeving die bijdraagt aan gezond Utrecht.
- Over de **opstelling van de gemeente Utrecht**: de gemeente staat open voor ideeën en toont zich welwillend en verantwoordelijk. Het is goed dat wij het gesprek over Gezond Utrecht hier met elkaar voeren. Uiteraard worden deze discussies ook in politieke contexten gevoerd. Op basis van de casus die Trudy inbrengt is onze boodschap naar de politiek: Laat dit niet gebeuren Utrecht! Het is een idee om over enige tijd de verantwoordelijke wethouder(s) voor een bijeenkomst uit nodigen. Het is duidelijk dat het goed omgaan met die ontwikkeling van extramuralisering een lange politieke adem vraagt ...
- Er is een onderzoeksproces in Utrecht genaamd **Healthy Urban Living**. HU en UMCU zijn daarin belangrijke trekkers. Dit is een interessante propositie voor de stad: een leuke stad, goed om te wonen, inclusief en verbonden –wonen-zorg-welzijn-, met sociaal ondernemerschap. Daar willen we aan bijdragen.

We gingen in groepen uit elkaar naar aanleiding van de casus die Trudy inbracht. Daarover gingen we met elkaar in gesprek en we onderzochten wat we vinden van die mogelijke ontwikkeling.

Het antwoord op de vraag zelf is niet in 1,5 uur gevonden. De stelling van de Bestuurstafel wel en die luidt: **Het is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid dat noodzakelijke voorzieningen in zorg en welzijn beschikbaar en toegankelijk blijven, ook bij grote verschillen tussen arm en rijk.**

Vervolg geven aan dit thema in volgende bijeenkomsten van de Bestuurstafel

We concluderen dat we met die ontwikkeling van extramuralisering een belangrijk, betekenisvol thema te pakken hebben voor de Bestuurstafel Gezond Utrecht. Een thema met veel kanten en

invalshoeken. Het bestuur bestudeert en verkent deze punten met de moderator om er in volgende bijeenkomsten dieper op in te gaan. Frank Miedema sluit dit onderwerp af met de hartekreet: “Wij gaan dat verhaal zoals Trudy het schetste voor 2040 tegen, we gaan er keihard voor werken dat dit niet gebeurt voor Kevin & Anita Van Oostrom anno 2040!”

Statuten oprichting Vereniging Bestuurstafel Gezond Utrecht

Om de zaken binnen de Bestuurstafel Gezond Utrecht goed te regelen is eerder besloten een zo licht mogelijk juridisch construct te maken. Op basis van de uitgangspunten hebben een jurist en een notaris hiervoor de statuten voor een vereniging opgesteld. De conceptstatuten zijn vooraf naar de deelnemers gestuurd. Het bestuur krijgt toestemming om de vereniging op te richten volgens de conceptstatuten. Gevraagd wordt om vooraf een check uit te voeren op de volgende punten:

- Organisaties zijn lid en worden vertegenwoordigd door een bestuurder/ eindverantwoordelijke; het is dus niet mogelijk om collega's (managers, afdelingshoofden etc.) af te vaardigen
- Ook netwerken moeten lid kunnen zijn van de vereniging (bijvoorbeeld het Netwerk Informele Zorg Utrecht)
- Het bestuur is bewust niet herkiesbaar; roulatie is gewenst i.v.m. breed draagvlak
- De inhoudelijke bijeenkomsten zijn de essentie, zodat de leden elkaar kunnen vinden om over inhoudelijke thema's te spreken. Doel van de vereniging is om die bijeenkomsten te organiseren. De ALV is een jaarlijks onderdeel van een van de meerdere bijeenkomsten. De platformfunctie wordt benadrukt.

Contributie

Dit onderwerp is voorbereid door het bestuur. Willy van Egdom geeft aan dat uit een peiling onder alle leden blijkt dat een meerderheid kiest voor een vaste bijdrage per organisatie. Daarvoor wordt unaniem gekozen. Ook is eerder afgesproken dat leden die geen of zeer lage inkomsten hebben geen contributie hoeven te betalen. Het betreffen de leden van het Netwerk Informele Zorg Utrecht.

Het contributiebedrag wordt vastgesteld op € 2.200,- per lid in 2016.

De afdeling 'Administratie derden' van het UMCU verzorgt de financiële administratie zodra de oprichting formeel een feit is.

Afsluiting

Frank Miedema sluit het inhoudelijk deel van deze bijeenkomst af met de pakkende woorden: “Deze avond toont voor mij precies waarvoor we elkaar kennen. We hebben een mooi thema te pakken, ieders denkracht is vanuit ieders omgeving nodig. Ik wil graag vasthouden aan ons gevoel voor gezond Utrecht, soms in kleinere groepen. Dat gaat niet vanzelf. Iedereen wil eigenlijk wel dezelfde kant op, ook bij de gemeente en bij verzekeraars. De gemeente kijkt heel erg naar wat hier gebeurt, die zijn buitengewoon geïnteresseerd. We moeten doorgaan met deze sociale infrastructuur!”

Wilfrid Opheij,
juni 2016

Volgende bijeenkomsten:

- dinsdag 6 september, 17.00 – 20.00 uur
- dinsdag 6 december, 17.00 – 20.00 uur

Alle bijeenkomsten vinden plaats in de Regentenzaal van het Bartholomeus Gasthuis in Utrecht.
Wilt u zich (laten) aan- of afmelden? Dat kan middels een e-mailtje aan nicolien@commoneye.nl.

Bijlagen:

- Scenario: Kevin & Anita Van Oostrom anno 2040
- Cijfers over Nederland en Utrecht in 2040

Separaat van verslag:

- ledenlijst met namen, e-mail en telefoonnummers leden + secretariaten
- statuten

Bijlage bij verslag

Scenario: Kevin & Anita Van Oostrom anno 2040

Om onze gedachten te vormen over wat ons te doen staat schetst Trudy een reel toekomstperspectief.

Anita en Kevin van Oostrom bewonen een huis in Zuilen. Ze zijn 66 en 67 jaar. Beiden hebben een vmbo opleiding. Ze hebben nog een paar jaar te gaan tot hun pensioen. Anita werkt in een vestiging van een internetwinkel op de Lage Weide. Zij is samensteller van bestellingen en heeft onregelmatige werktijden. Kevin werkt als reparateur bij een bedrijf dat zijn klanten via het beeldscherm begeleidt om zelf reparaties uit te voeren. Bezoek aan huis komt ook voor, maar heeft een behoorlijk prijskaartje. Hij kan grotendeels vanuit huis werken..... Zie Bijlage

Het paar heeft twee kinderen, veertigers, die ook een vmbo opleiding hebben gehad, net als hun kinderen op hun beurt. De moeder van Anita is eind 80 en woont zelfstandig. De vader van Kevin is begin 90 maar dementerend, heeft diabetes en hartproblemen. De andere ouders leven al lang niet meer.

De vader van Kevin krijgt thuiszorg. In het zorgverzekeringsstelsel wordt een beperkte vorm van thuiszorg gedekt in de basisverzekering. Dit betreft 3 x in de week hulp bij douchen, een alarmsysteem, instructie voor medicijngebruik (in persoon indien nodig en via het beeldscherm waar het kan), en dagelijks contact via het beeldscherm in de ochtend en de avond contact over eventuele vragen. Deze hulp wordt geleverd via het universele eerstelijns gezondheidscentrum waar ook de huisartsen, dementieconsulenten, diabetesconsulenten, sociale ondersteuning etc. bij zijn aangesloten.

De vader van Kevin is inmiddels in een stadium dat zelfstandig wonen met thuiszorg niet meer verstandig is. Omdat Kevin vanuit huis werkt kan de vader nu bij zijn kinderen komen inwonen. Zo kan Kevin een oogje in het zeil houden en de medicijnen toedienen. De thuiszorg krijgen ze dan niet meer (dat krijg je alleen als je alleen woont of woont met een partner van 80+). Alleen het recht op beeldcontact 's ochtends en 's avonds houd je en dat kan Kevin onderhouden omdat vader inmiddels daartoe niet meer in staat is. Die paar keer per week dat Kevin toch voor zijn werk op pad moet proberen ze de burens, of de kinderen of kleinkinderen in te schakelen om op te passen. Of Anita regelt iets met haar werkrooster.

Anita bezoekt haar schoonvader en moeder regelmatig als ze uit haar werk komt om schoon te maken, boodschappen te doen en vaak ook om te koken. Moeder is nog goed bij de tijd maar wel erg kwetsbaar. Ze heeft altijd fysiek werk verricht in de schoonmaak en dat heeft lichamelijk gezien zijn tol gevraagd. Het kan niet lang meer duren of ook moeder zal moeten komen inwonen. Er zijn geen voorzieningen voor dagopvang meer. Dat wil zeggen: die zijn er nog wel maar allemaal particulier en daar hebben ze het geld niet voor.

Kevin en Anita overwegen hun huis te verbouwen zodat de woonkamer twee slaapkamers worden en de keuken een badkamer. Boven maken ze dan van een slaapkamer een woonkamer en van de badkamer de keuken. Kevin is erg handig en de zoon is dat ook, dus dat kunnen ze grotendeels zelf. Er zijn geen voorzieningen of subsidies hiervoor sinds de WMO in 2030 werd afgeschaft. De woningbouwcorporaties zijn wel heel erg bereid mee te werken aan dit soort aanpassingen zonder dat dat in huurverhogingen resulteert. Bij vertrek zullen ze de verbouwing wel weer ongedaan moeten maken, tenzij een opvolgende huurder het zo wil overnemen. Hun kinderen moeten daarom

een mede aansprakelijkheidsverklaring ondertekenen. Op deze manier zijn er inmiddels al wel een hoop ouder-kind zorgwoningen ontstaan.

Het liefst zouden ze vader naar een Last resort huis doen. Dat is geen verpleeghuis. Verpleeghuizen zijn er voor mensen die een operatie of ingreep hebben gehad in een van de 17 Operatie-en Onderzoekscentra die ons land rijk is. Binnen 24 uur na de operatie, als je niet op de IC ligt, ga je naar zo'n verpleeghuis en zodra je geen infuus meer nodig hebt, en geen koorts meer hebt, ga je naar huis en daar kan je dan nog een tijdje in de gaten gehouden worden via beeldcontact en als het echt nodig is kun je dan ook nog thuiszorg krijgen (bijvoorbeeld als je wondverzorging nodig hebt). Dit zit allemaal in de basisverzekering.

Het Last resort huis is er voor mensen met ernstige en vergevorderde dementie of psychiatrisch geriatrische problematiek. In zo'n huis huur je op eigen kosten een appartement met maaltijd en schoonmaak, dat meestal bestaat uit een kamer en een badkamer, en onderdeel uitmaakt van een wooneenheid. Daar kun je hetzelfde pakket krijgen aan thuiszorg, alarmering en 1stelijns zorg zoals dat in de basisverzekering zit. Verschil is dat je beschermd en geclusterd woont en er altijd beveiligers aanwezig zijn. Daarnaast kun je een heel aanvullend pakket bestellen: keuze uit maaltijden, een dagbestedingsprogramma, extra inzet van verzorgenden speciaal voor jou zodat je iedere dag in bad kunt, wasvoorzieningen. Dat betaal je particulier, maar daarvoor kun je je ook verzekeren. Bij de herziening van het pensioenstelsel midden twintiger jaren is die verzekering ingebouwd in de pensioenverzekering. Hij is optioneel: als je er voor kiest krijg je of straks een lager pensioen, of je gaat nu een aanzienlijk hogere premie betalen. Om aanspraak op uitkering ervan te kunnen maken moet je een aanvraag indienen waaraan een inkomenstoets voor het huurgedeelte en een medische toets voor het stadium van de ziekte zijn verbonden. De verzekering keert namelijk maximaal 18 maanden uit. Als de prognose is dat je langer dan 18 maanden in het Last resort huis zult verblijven en de inkomenstoets wijst uit dat je dat niet zelf kunt betalen, krijg je vooralsnog geen toelating. Je kunt het dan in een later stadium nog eens proberen.

Kevin en Anita hebben nooit voor de verzekering gekozen. Samen verdienen ze minder dan een gemiddeld inkomen en met twee kinderen zou de premie er behoorlijk hebben ingehakt. En het alternatief, een lager pensioen, is geen optie. Helemaal niet omdat de huurtoeslaggrens zo ver naar beneden is bijgesteld dat ze daar geen aanspraak meer op kunnen maken. Met een lager pensioen kunnen ze hun woning niet meer betalen. Sinds de Wlz alleen nog van toepassing is op gehandicaptenzorg voor diep- en meervoudig gehandicapten en op psychiatrische gevallen die een gevaar voor zichzelf en hun omgeving vormen, is het Last resort er alleen nog voor pensioenplusverzekerden en voor mensen met een hoger inkomen die deze voorziening particulier betalen.

Als Kevin en Anita over 6, 7 jaar met pensioen gaan hebben ze 55 jaar gewerkt, 2 kinderen, 4 kleinkinderen, een huurhuis in Zuilen en een pensioen. Hun spaargeld zit in de verbouwing van het huis waar ze straks zelf ook op de begane grond kunnen gaan wonen als ze de trap niet meer op kunnen. De enige zorg is dat na hun dood de volgende huurder het huis niet in de verbouwde staat wil overnemen en de kinderen dan met een negatieve erfenis worden opgezadeld.

Cijfers Nederland anno 2040

- 18 miljoen inwoners. Het aantal geboorten ligt lager dan het aantal sterfgevallen, er is nog steeds groei als gevolg van migratie.
- 4,7 miljoen daarvan is 65+ daarvan 2 miljoen 80+ (26% totale bevolking).
- Het aantal huishoudens is circa 8,5 miljoen. 58% daarvan wordt gevormd door gezinnen, 42% is 1 persoons.
- In 3,1 miljoen huishoudens woont een 65+er. Deze huishoudens komen voort uit die van de huidige middelbare leeftijders. De vergrijzing is in 2035 over zijn top.
- In 2040 werkt nog 58% van de bevolking. In aantallen is dat ongeveer evenveel als nu. Alleen is dan de totale bevolking een miljoen toegenomen. Bij 8 miljoen mensen ligt het maandinkomen onder het equivalent van € 1.500,- in 2016.

Wat betekenen de cijfers voor Utrecht

- De bevolking in de grote steden groeit nog steeds, het meest in Utrecht. Daar wonen in 2040 125.000 meer mensen dan nu het geval is (340.000).
- In Utrecht zal het huidige aantal 65+ verdubbelen naar 64.000. Een kwart hiervan is 80+.
- Het percentage niet westerse allochtonen zal 20% zijn, evenals het percentage westerse allochtonen.
- In de leeftijdsopbouw wonen in de steden relatief meer jongeren. Het percentage 1-persoonshuishoudens is 51%.
- De benodigde uitbreiding van woningen zal een behoorlijk oppervlakte vragen, wat betekent dat de gemeente nog verder zal moeten uitbreiden buiten de huidige stadsgrenzen (naar verwachting zo'n 2500 hectare (25 miljoen m²).
- Mensen met lagere inkomens wonen steeds vaker in aparte wijken. In Utrecht is deze trend het sterkst.
- Het opleidingsniveau is in Utrecht gemiddeld het hoogste van het land. Het verschil in opleidingsniveaus in de stad is groot.
- Opleidingsniveau is en blijft de voornaamste bepalende factor voor gezondheid. Zo is het verschil in levensverwachting tussen het laagste opleidingsniveau en het hoogste anno 2016 5 jaar; dat verschil blijft.