

VU Research Portal

Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma'
van Wieringen, M.; Broese Van Groenou, M.I.; Groenewegen, P.

2014

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Wieringen, M., Broese Van Groenou, M. I., & Groenewegen, P. (2014). *Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma'*. VU Amsterdam.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

HOE THUISZORGORGANISATIES SAMENWERKING ORGANISEREN: VISIES, PRAKTIJKEN EN DILEMMA'S

Rapportage over de samenwerking van thuiszorgmedewerkers
met mantelzorgers en andere organisaties



Marieke van Wieringen
Marjolein Broese van Groenou
Peter Groenewegen

Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's

Auteurs

Marieke van Wieringen¹

Marjolein Broese van Groenou²

Peter Groenewegen¹

Met medewerking van

Marianne Jacobs²

Dorly Deeg³

Sanne Bos²

Uitgave: Vrije Universiteit, Amsterdam

November 2014

¹ Vrije Universiteit, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Afdeling Organisationswetenschappen

² Vrije Universiteit, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Afdeling Sociologie

³ VU medisch centrum, LASA

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies.....	3
Hoofdstuk 1. Nieuwe uitdagingen voor thuiszorgorganisaties	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Onderzoeksvragen en opbouw rapportage.....	8
1.3 Verantwoording onderzoek	10
Hoofdstuk 2. Samen zorgen met mantelzorgers – visies	12
2.1 Inleiding.....	12
2.2 Visie met betrekking tot mantelzorg op papier.....	12
2.3 De visie van managers, teammanagers en zorgprofessionals op de rol van mantelzorg ..	14
2.3.1 Verantwoordelijke voor betrekken mantelzorg	15
2.3.2 Dilemma managers: mantelzorg stimuleren of afdwingen?	16
2.3.3 Dilemma managers en teammanagers: samenwerking kost tijd en geld	16
2.3.4 Dilemma zorgprofessionals: noodzaak versus wenselijkheid van mantelzorg	17
2.3.5 Het belang van expliciete keuzes en eenduidigheid.....	19
2.4 Conclusie	19
Hoofdstuk 3. Samen zorgen met mantelzorgers – praktijken	21
3.1 Inleiding.....	21
3.2 De intake: goed begonnen is half gewonnen	21
Box 3.1 Aanbevelingen voor het inrichten van het intakegesprek.....	24
3.3 Als de kop eraf is: onderhoud van contact	24
3.3.1 Wie onderhoudt het contact met mantelzorgers?.....	24
3.3.2 Met welke mantelzorgers bespreekt men wat?.....	25
3.4 Samen zorgen ten tijde van transitie	26
3.5 Conclusies: van visie naar praktijk	27
Box 3.2 Aanbevelingen om visie en praktijk m.b.t. mantelzorg in overeenstemming te brengen.....	28
Box 3.3 Vragenlijst ter ontwikkeling van een gedeelde visie en werkpraktijken m.b.t. mantelzorg	29

Hoofdstuk 4. Samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties.....	31
4.1 Inleiding.....	31
4.2 Managers: samenwerking in ontwikkeling	32
4.3 Teammanagers: beperkt contact met en zicht op aanbod	33
4.4 Zorgprofessionals: samen voor ondersteuning zorgen	34
4.5 Conclusie	36
Box 4.1 Vragenlijst: samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties.....	37
Hoofdstuk 5. Samenwerking met andere thuiszorgorganisaties.....	38
5.1 Inleiding.....	38
5.2 Managers: oriënteren op samenwerken	38
5.2.1 Eerlijk zullen we alles delen?	38
5.2.2 Bekend maakt bemind: met wie en op welke wijze werken managers samen	40
5.3 Teammanagers: nog buiten gebaande paden gaan	41
5.3.1 Samenwerking voor afstemming, afbakening, leren en profilering.....	41
5.3.2 Samenwerking met wie en hoe: in opbouw	43
5.4 Zorgprofessionals: overzicht om samen te kunnen zorgen.....	44
5.4.1 Samen voor goede zorg zorgen: waarom en met wie.....	44
5.4.2 Wijze van samenwerking: zonder contact samen zorgen?	45
5.5 Verantwoordelijke(n) voor samenwerking organiseren: wij/zij?	46
5.6 Conclusie	48
Box 5.1 Aanbevelingen voor inzichtelijke samenwerking met andere thuiszorgorganisaties .	49
Box 5.2 Vragenlijst: Samenwerking met andere (thuiszorg)organisaties.....	50
Hoofdstuk 6. Naar een nieuwe beleidscontext in 2015	51
6.1 'Meer en anders voor minder geld'	51
Box 6.1 Hervorming van de langdurige zorg per 2015	52
6.2 Dilemma's bij: versterk de samenwerking met mantelzorgers.....	52
6.3 Dilemma's bij: vergroot het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg	53
6.4 Dilemma's bij: organiseer de samenwerking met andere organisaties	54
Bijlage 1: Referenties.....	56
Bijlage 2: Begrippenlijst	57
Bijlage 3: Met dank aan	58

Samenvatting en conclusies

De hervormingen in de langdurige zorg vragen om meer samenwerking in de zorg voor thuiswonende ouderen. Dit gaat gepaard met verminderde budgetten en nieuwe taakstellingen voor thuiszorgorganisaties, terwijl dezelfde doelstelling blijft bestaan: kwalitatief hoogstaande zorg leveren aan kwetsbare ouderen. De beleidsontwikkelingen leiden tot drie nieuwe uitdagingen voor thuiszorgorganisaties die zorgen voor kwetsbare ouderen: 1) het versterken van de samenwerking met mantelzorgers in de zorgverlening teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren; 2) het vergroten van het aandeel van de informele zorg (mantelzorgers en vrijwilligers) in de zorgverlening; 3) het organiseren van samenwerking met andere lokale organisaties in de hulpverlening. In deze onderzoeksrapportage beschrijven we de zorgpraktijk in de regio Amsterdam anno 2013, en zoeken we naar aanknopingspunten hoe thuiszorgorganisaties deze drie uitdagingen verder zouden kunnen oppakken in de veranderende beleidscontext vanaf 2015. We baseren ons daarbij op interviews die zijn gehouden met medewerkers van zes thuiszorgorganisaties in de regio Amsterdam over hun visie op en de praktijk inzake samenwerking met mantelzorgers, vrijwilligers en andere (thuiszorg)organisaties. In verschillende hoofdstukken worden visies, praktijken en dilemma's van medewerkers van thuiszorgorganisaties besproken. De belangrijkste conclusies staan hieronder op een rijtje.

In de hoofdstukken vindt u in groene kaders concrete aanbevelingen die u op weg helpen om bovenstaande uitdagingen aan te gaan. In blauwe kaders vindt u vragenlijsten die u helpen de visies en praktijken in uw eigen organisatie tegen het licht te houden en/of te ontwikkelen. De vragenlijsten of onderdelen ervan kunnen bovendien als input voor teamoverleggen over de betreffende onderwerpen dienen.

Hoofdstuk 2. Samen zorgen met mantelzorgers – visies

- ❖ In alle organisaties wordt het belang van mantelzorg in de zorg voor ouderen in beleids- en visiestukken onderschreven.
 - De mantelzorger wordt als een belangrijke ervaringsdeskundige en bron van informatie beschouwd.
 - Er is veel aandacht voor het risico op overbelasting.
- ❖ Een visie over de bejegening van (uitwonende) mantelzorgers, de invulling van de mogelijke rol van mantelzorgers en wie mantelzorgers (kunnen) zijn ontbreekt in veel organisaties.

- ❖ Ook managers, teammanagers en zorgprofessionals benadrukken het belang van mantelzorgers in de zorg.
- ❖ Managers, teammanagers en zorgprofessionals verschillen in hun visie over de taken van mantelzorgers. Bovendien is vaak onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor het onderhouden van contact met mantelzorgers.
- ❖ Er zijn (ethische) dilemma's bij de inzet van mantelzorg: de mate waarin mantelzorg te stimuleren of af te dwingen is, bekostiging van de tijd die hiermee gepaard gaat, en in hoeverre mantelzorg net als zorgprofessionals aan minimale kwaliteitseisen moeten voldoen.

Hoofdstuk 3. Samen zorgen met mantelzorgers – praktijken

- ❖ Dagelijkse werkpraktijken van zorgprofessionals reflecteren niet altijd de visie met betrekking tot mantelzorg zoals beschreven in beleids- en/of visiestukken.
- ❖ De mate waarin zorgprofessionals en mantelzorgers samen zorgen en/of contact over de zorg hebben, bleek in de praktijk afhankelijk van:
 - de wijze waarop het zorgproces is georganiseerd: (on)duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor contact met mantelzorgers;
 - de fase van het zorgproces: contacten die in een vroeg stadium gelegd zijn, kunnen later uitgebouwd worden;
 - wie als contactpersoon en/of mantelzorger fungeert en hoe die functioneert: hierover bestaat het meest contact met inwonende partner-mantelzorgers.
- ❖ Over het algemeen is er weinig contact met (niet-inwonende) mantelzorgers.
 - Contact bestaat vaak uit het informeren van mantelzorgers, terwijl informeren naar diens welzijn minder gedaan wordt.
 - Als er (wel) overbelasting gesignaleerd is, is er meer contact, bijvoorbeeld om taken te (her)verdelen.

Hoofdstuk 4. Samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties

- ❖ Managers, teammanagers en zorgprofessionals maken vaker niet dan wel onderscheid tussen organisaties voor vrijwilligers in de zorg en organisaties voor ondersteuning van mantelzorgers. Het onderscheid lijkt hen niet altijd duidelijk.
- ❖ De samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties wordt belangrijk geacht, maar heeft meer aandacht. Managers, teammanagers en zorgprofessionals zijn nog bezig om overzicht te krijgen.

- ❖ Managers zijn enigszins terughoudend om de inzet van vrijwilligers te stimuleren; door het vraagstuk van de kwaliteit van en verantwoordelijkheid voor hun functioneren.
- ❖ Managers en teammanagers gingen er soms ten onrechte vanuit dat zorgprofessionals contact hadden met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties.
- ❖ Zorgprofessionals hebben moeite om overzicht te krijgen van de diensten van vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties door de veelheid van dergelijke organisaties.
- ❖ De inzet van vrijwilligers door zorgprofessionals is beperkt door twijfels over de kwaliteit van vrijwilligers en een gebrek aan tijd bij zorgprofessionals om een zoektocht in gang te zetten.
- ❖ In een aantal organisaties is het niet duidelijk wie er verantwoordelijk is voor de totstandbrenging van samenwerking met zowel thuiszorgorganisaties als vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties.

Hoofdstuk 5. Samenwerking met andere thuiszorgorganisaties

- ❖ Samenwerking met andere thuiszorgorganisaties is in ontwikkeling.
- ❖ Bij veel managers en teammanagers stonden lange termijn (financiële) organisatie-belangen voorop in het aangaan van samenwerking, al was er om die reden soms ook terughoudendheid in het aangaan van samenwerking.
- ❖ Bij enkele managers en zorgprofessionals woog het belang van de cliënt zwaarder dan eventuele belangen van de organisatie.
- ❖ Doel van samenwerking op het niveau van de zorgprofessional was om aan de zorgvraag van een cliënt te voldoen. Samenwerking op dit niveau was daarmee vaak ad hoc.
- ❖ Managers, teammanagers en zorgprofessionals weten veelal niet van elkaar met welk doel en met welke andere thuiszorgorganisaties de ander contact heeft.
- ❖ Managers, teammanagers en zorgprofessionals werken veelal met 'oude bekenden' samen.

Hoofdstuk 1. Nieuwe uitdagingen voor thuiszorgorganisaties

1.1 Aanleiding

Nederland kent een groeiend aantal kwetsbare ouderen. Deze ouderen, met een grote, complexe en langdurige zorgvraag, blijven steeds langer thuis wonen. Dit is mede het gevolg van het extramuraliseringsbeleid van de overheid. Dat beleid is reeds ingezet in de jaren negentig, maar krijgt nu een sterke impuls bij de recente en toekomstige hervormingen van de langdurige zorg (VWS, 2013). Daarbij zet het huidige beleid extra in op de zelfredzaamheid van de burger. Hulpbehoevende ouderen worden geacht in eerste instantie hulp in hun eigen (informele) netwerk aan te spreken, voordat zij in aanmerking komen voor hulp van een thuiszorgorganisatie. Voor de ondersteuning van deze groep ouderen doet de overheid dan ook een expliciet beroep op mantelzorgers (familie, vrienden, buren) en vrijwilligers in de zorg¹. Dit betekent niet alleen nieuwe uitdagingen voor mantelzorgers en vrijwilligers, maar ook voor thuiszorgorganisaties die in een nieuwe relatie tot deze typen hulpverleners komen te staan.

De toename in het aantal zorgbehoevende thuiswonende ouderen zal ertoe leiden dat mantelzorgers vaker en gedurende langere tijd samen met zorgprofessionals en mogelijk ook vrijwilligers de zorg voor een hulpbehoevende op zich nemen. Mantelzorgers nemen veelal de eerste fase van zorgverlening voor hun rekening, maar op een gegeven moment wordt er een beroep gedaan op professionele hulp, meestal in de vorm van thuiszorg. Vaak is er dan sprake van een situatie waarin mantelzorg alleen niet meer voldoende of mogelijk is. Dit ligt bijvoorbeeld aan de toegenomen complexiteit van de zorgvraag, (het risico op) overbelasting van de mantelzorger(s) of door uitvallen van mantelzorgers, bijvoorbeeld door overlijden van de partner (Geerlings, Pot, Twisk, & Deeg, 2005). Als er bij de hervorming van de langdurige zorg minder professionele thuiszorg beschikbaar is, zullen er meer mantelzorgers of vrijwilligers bij het zorgproces betrokken moeten worden door zorgprofessionals, of zullen mantelzorgers of vrijwilligers meerdere taken op zich moeten nemen. Daarmee zal het aandeel van de informele zorg (in 2001 ongeveer 75%, VWS, 2001) in de ouderenzorg idealiter moeten stijgen.

Niet alleen het aandeel van de informele zorg moet veranderen, maar ook de samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers. De beleidsbrief Informele Zorg spreekt expliciet over het 'verbinden' van informele en formele zorgverleners (VWS, 2013).

¹ Zie de begrippenlijst voor een beschrijving van wat wij in deze rapportage onder mantelzorgers, vrijwilligers, en andere belangrijke begrippen, zoals thuiszorg, verstaan.

Wanneer mantelzorgers en zorgprofessionals beiden zorgtaken verlenen, zou een regelmatig overleg over de afstemming van taakverdeling en timing van de zorgverlening kunnen bijdragen tot een betere ervaren kwaliteit van zorg. In de praktijk blijkt echter dat er maar weinig contact bestaat tussen mantelzorgers en zorgprofessionals (Quist, 2007; Zwart-Olde, Jacobs, Broese van Groenou, & Van Wieringen, 2013), dat zorgprofessionals weinig oog hebben voor mantelzorgers (De Klerk, De Boer, Kooiker, Plaisier, & Schyns, 2014), en dat er sprake is van wederzijdse onvrede over de samenwerking (Palmbloom & Pols, 2008). In de voorgenomen hervorming van de langdurige zorg wordt er dan ook meer aandacht gevraagd voor een betere afstemming tussen informele en formele zorgverleners.

Voor thuiszorgorganisaties behelst de hervorming daarmee een belangrijke nieuwe taak: naast de zorgverlening aan de hulpbehoevende, zullen zij rekening moeten gaan houden met de mogelijkheden, wensen en behoeften van mantelzorgers en vrijwilligers en het aandeel mantelzorgers en vrijwilligers zo mogelijk vergroten.

Een ander belangrijk aspect van de huidige hervormingen in de langdurige zorg is de decentralisatie van de zorg, waarbij de gemeenten meer verantwoordelijkheid krijgen voor zorgbudgetten en de zorg meer lokaal georganiseerd gaat worden. Dit stelt nieuwe eisen aan samenwerking tussen lokale organisaties, waaronder de huisarts, thuiszorg, maatschappelijke dienstverlening en informele zorg. Het wordt als volgt verwoord in de beleidsnotitie van VWS:

De nieuwe verantwoordelijkheden zijn een uitdaging voor gemeenten en aanbieders. Gemeenten en aanbieders, en aanbieders onderling, zullen met elkaar op een constructieve wijze moeten samenwerken zodat cliënten zo goed mogelijk worden geholpen. Dit betekent dat professionals over de grenzen van hun eigen organisaties en werkterrein moeten kijken, dus ook naar de andere leefgebieden van de cliënt en naar andere aanbieders (VWS, 2013, p. 17).

Er is al veel bekend over bepaalde vormen van samenwerking in de zorg, zoals ketenzorg, transfers tussen ziekenhuis en thuiszorg of residentiële zorg, en het zorgen voor hulpbehoevenden in multidisciplinaire teams (Nies, 2006). Samenwerking tussen organisaties kent dan drie componenten: de mate waarin men binnen een organisatie externe samenwerking beziet en organiseert, de mate waarin deze inter-organisatiele samenwerking vorm krijgt, en de extra-organisatiele condities waaronder samenwerking moet plaatsvinden. Onder de extra-organisatiele condities valt de verandering in het systeem van de langdurige zorg, zoals de financieringsstromen van de AWBZ en Wmo. In dit rapport richten we ons op de twee andere componenten; intra- en inter-organisatiele processen die plaatsvinden om de samenwerking in de thuiszorg vorm te geven.

Concluderend: de beleidsontwikkelingen leiden tot drie nieuwe uitdagingen voor organisaties in de thuiszorg: 1) het versterken van de samenwerking met mantelzorgers in de zorgverlening teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren; 2) het vergroten van het aandeel van de informele zorg (mantelzorgers en vrijwilligers) in de zorgverlening; 3) het organiseren van samenwerking met andere lokale organisaties in de hulpverlening. In deze onderzoeksrapportage beschrijven we de zorgpraktijk in de regio Amsterdam anno 2013, en zoeken we naar aanknopingspunten hoe thuiszorgorganisaties deze drie uitdagingen verder zouden kunnen oppakken in de veranderende beleidscontext vanaf 2015. We baseren ons daarbij op interviews die we in 2013 hebben gehouden met medewerkers van zes zorgorganisaties in de regio Amsterdam over hun visie op en de praktijk inzake samenwerking met mantelzorgers, vrijwilligers en andere (thuiszorg)organisaties. In deze rapportage richten we ons in eerste instantie op de samenwerking met mantelzorgers. Daarna komt samenwerking met vrijwilligersorganisaties, organisaties voor de ondersteuning van mantelzorg en andere lokale (thuiszorg)organisaties aan de orde.

1.2 Onderzoeksvragen en opbouw rapportage

De nieuwe focus op mantelzorg in de langdurige zorg vooronderstelt een bepaalde visie op dit type hulpverlener bij thuiszorgorganisaties. Ziet men mantelzorgers bijvoorbeeld vooral als informatiebron om de zorg aan de hulpbehoevende te optimaliseren, of verwacht men dat een mantelzorger bepaalde zorgtaken op zich neemt en andere taken juist niet? Dergelijke opvattingen liggen ten grondslag aan een beleidsvisie die een thuiszorgorganisatie meer of minder expliciet formuleert. In hoofdstuk 2 bezien we ten eerste de (beleids)visie van thuiszorgorganisaties op het samen zorgen met en de ondersteuning van mantelzorgers. Omdat managers veelal beleid opstellen en naar verwachting samen met teammanagers – indien aanwezig, zie 1.3 – en zorgprofessionals met een coördinerende functie voor de implementatie van beleid zorgdragen, bespreken we in dit hoofdstuk ook hun visie op de rol van mantelzorg in het zorgproces. De eerste onderzoeksvraag luidt:

1. *Welke rol zien thuiszorgorganisaties voor mantelzorgers in het zorgproces en welke aandacht is er voor ondersteuning van mantelzorgers?*

Vervolgens gaan we in hoofdstuk 3 na in hoeverre er in de dagelijkse zorgpraktijk aanwijzingen zijn voor de samenwerking met mantelzorgers. We bezien daartoe de organisatie van het

zorgproces en hoe zorgprofessionals het samen zorgen met en ondersteuning van mantelzorgers in hun dagelijkse werkpraktijken vormgeven. De tweede onderzoeksvraag luidt:

- 2. Wanneer, hoe en door wie wordt er in de praktijk met mantelzorgers samengewerkt en/of wordt ondersteuning geboden?*

In het tweede deel van de rapportage beschrijven we hoe medewerkers van thuiszorgorganisaties 'over de grenzen van hun organisatie en werkterrein heen kijken' (VWS, 2013). In hoofdstuk 4 besteden we aandacht aan de mate waarin managers, teammanagers en zorgprofessionals met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties samenwerken. In hoofdstuk 5 laten we zien in hoeverre managers, teammanagers en zorgprofessionals samenwerken met andere thuiszorgorganisaties, huisartsen en de gemeente. In beide hoofdstukken (4 & 5) onderscheiden we deze functieniveaus omdat daar naar verwachting op eigen wijze samenwerking met andere organisaties wordt vormgegeven. We bekijken welke barrières samenwerking met andere organisaties belemmeren, en nemen daarbij vooral factoren binnen de bestudeerde thuiszorgorganisaties in ogenschouw. De derde onderzoeksvraag luidt:

- 3. Waarom, met wie en hoe werken professionals van thuiszorgorganisaties samen met andere (zorg)organisaties?*

In de hoofdstukken 2 tot en met 5 doen we in groene kaders aanbevelingen voor hoe thuiszorgorganisaties de samenwerking of in ieder geval het contact met mantelzorgers, vrijwilligers en andere organisaties kunnen vormgeven, om de kwaliteit van de zorg aan ouderen te kunnen blijven waarborgen. Aanbevelingen zijn makkelijk gedaan, maar de realisatie ervan spreekt niet altijd voor zich. Om thuiszorgorganisaties op weg te helpen bevat deze rapportage ook vragenlijsten, in blauwe kaders. Met behulp van deze vragenlijsten kunnen de visies en werkwijzen in de organisatie tegen het licht gehouden en/of ontwikkeld worden.

Tot slot kijken we in hoofdstuk 6 vooruit naar 2015. We beschrijven nog eens kort de contouren van de beleidscontext per januari 2015 (zoals die nu in november 2014 bekend is). Vervolgens beschrijven we enkele dilemma's die thuiszorgorganisaties in die nieuwe beleidscontext zullen tegenkomen. De beschreven dilemma's bestonden al ten tijde van ons onderzoek in 2013, maar bestaan volgens experts uit het veld nog altijd, zo bleek tijdens een bespreking eind oktober 2014. Deze dilemma's zijn deels het gevolg van de noodzaak tot samenwerking, maar kunnen tegelijkertijd alleen opgelost kunnen worden door afstemming en samenwerking tussen organisaties. De oplossing van de dilemma's ligt daarmee voor een groot deel buiten de macht van thuiszorgorganisaties. Hoofdstuk 6 is daarmee niet alleen interessant

voor thuiszorgorganisaties, maar ook voor (lokale) overheden en beleidmakers, en koepel- en belangenorganisaties.

1.3 Verantwoording onderzoek

Deze rapportage is onderdeel van het onderzoeksproject 'Zorgnetwerken van Kwetsbare Ouderen', dat door de Vrije Universiteit en het VUmc in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMw is uitgevoerd. Voor het onderzoeksproject werden op basis van diversiteit in omvang van de organisatie en de locatie van de zorgpraktijk, zes thuiszorgorganisaties in Amsterdam en omstreken geselecteerd.

We spraken uit elke organisatie met verschillende personen die bij (de organisatie van) het zorgproces betrokken waren. In iedere organisatie werd in ieder geval gesproken met zorgprofessionals met een zorgcoördinerende rol, en met iemand uit het management of de directie. Afhankelijk van de werkwijze van de organisatie spraken we daarnaast, indien aanwezig, nog met teammanagers, beleid- of kwaliteitsmedewerkers en mantelzorgondersteuners. In totaal werden 57 interviews gehouden: 10 managers/directieleden; 11 teammanagers, 28 zorgprofessionals met een zorgcoördinerende functie en 8 personen met een relevante andere functie binnen de organisaties.

Middels de interviews wilden we inzicht verkrijgen in hoe het zorgproces in de thuiszorgorganisaties was ingericht en welke plaats en aandacht samenwerking met mantelzorgers en andere organisaties daarin kreeg. Bij de interviews werd gebruik gemaakt van topic lijsten die met behulp van een begeleidingsgroep van experts uit het veld werden opgesteld (zie het veldwerkverslag op de website van het project)². Deze rapportage is grotendeels op die interviews gebaseerd. In aanvulling op de interviews werden beleids- en visiedocumenten van de verschillende thuiszorgorganisaties bestudeerd.

Hoofdstuk 6 is tot stand gekomen met behulp van 6 experts uit het veld. Vertegenwoordigers van de gemeente Amsterdam, Mezzo, Movisie, Actiz, en een thuiszorgorganisatie kregen oktober 2014 de eerste vijf hoofdstukken van deze rapportage toegestuurd. Naast dat zij suggesties ter verbetering van die hoofdstukken deden, was hen gevraagd input te geven voor een hoofdstuk over een vooruitblik naar 2015. Tijdens een bespreking, die eind oktober plaatsvond, en uit de schriftelijke opmerkingen van één expert,

² Het 'Veldwerkverslag' met meer informatie over de opzet en uitvoering van dit onderzoek is te vinden op de website: www.fsw.vu.nl/zorgnetwerk.

kwamen de dilemma's naar voren en volgde het advies om hierop expliciet de aandacht te vestigen.

Deze rapportage sluit aan bij twee eerdere rapportages die vanuit dit onderzoeksproject verschenen zijn. De eerdere rapportages zijn gebaseerd op interviews met ouderen, mantelzorgers en andere zorgprofessionals (veelal zonder coördinerende functie) die via bovengenoemde thuiszorgorganisaties gevraagd zijn deel te nemen aan het onderzoek. In de eerste rapportage, 'Zorgnetwerken van Kwetsbare Ouderen' (Zwart-Olde, Jacobs, & Broese van Groenou, 2013), beschreven we hoe de zorgnetwerken van kwetsbare thuiswonende ouderen zijn samengesteld. De tweede rapportage, 'Samen zorgen voor thuiswonende ouderen' (Zwart-Olde, Jacobs, Broese van Groenou, et al., 2013), gaat over knelpunten en succesfactoren in de samenwerking tussen de formele en informele hulpverleners in de zorgnetwerken van dezelfde ouderen.³

³ Beide rapportages, respectievelijk 'Zorgnetwerken van Kwetsbare Ouderen' en 'Samen zorgen voor thuiswonende ouderen', zijn te vinden op de website: www.fsw.vu.nl/zorgnetwerk.

Hoofdstuk 2. Samen zorgen met mantelzorgers – visies

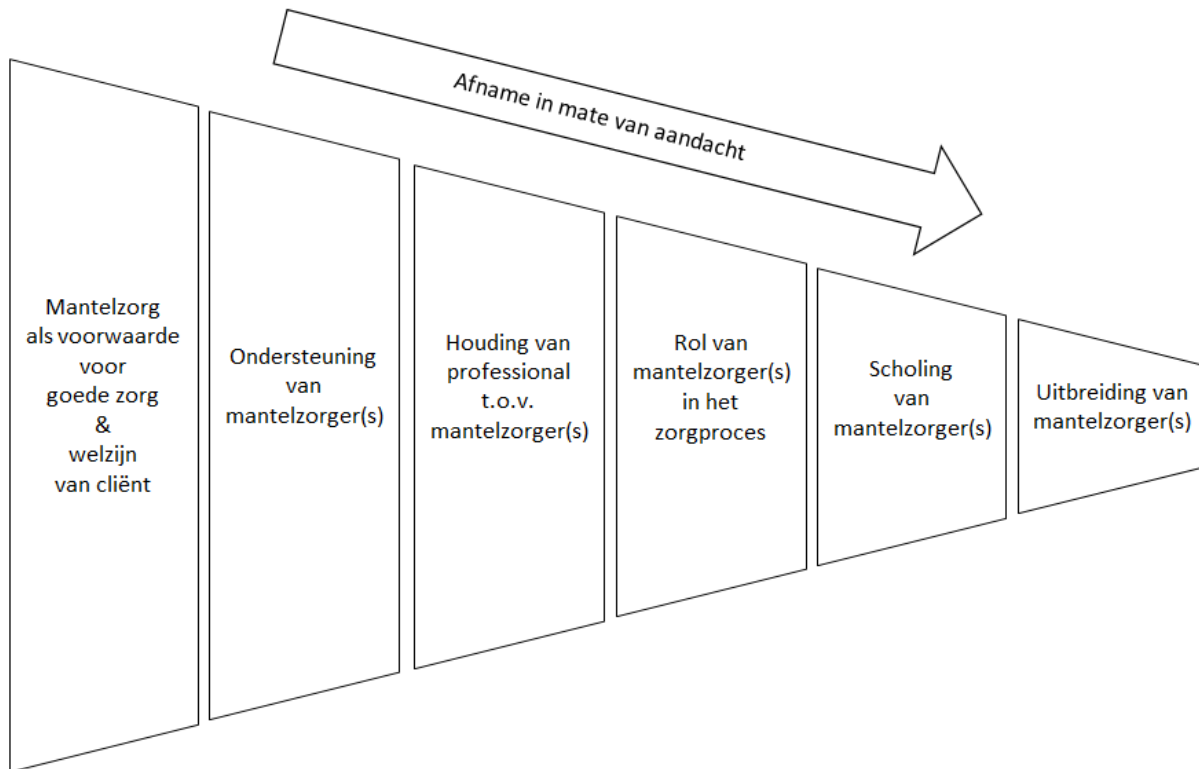
2.1 Inleiding

Overheidsbeleid benadrukt in toenemende mate het belang van de inzet van mantelzorg en andere vormen van informele zorg. Desondanks geeft zij weinig richting aan de vorm en inhoud van deze inzet. De concrete invulling ligt daarmee bij thuiszorgorganisaties. De vraag is of en hoe dit door thuiszorgorganisaties (al) wordt gedaan. In dit hoofdstuk komt aan de orde wat thuiszorgorganisaties in beleidsdocumenten en/of visiestukken over mantelzorg schrijven: *Welke rol zien thuiszorgorganisaties voor mantelzorgers en welke aandacht is er voor ondersteuning van mantelzorgers?* We bespreken achtereenvolgens de visie op de rol van mantelzorg in het zorgproces zoals gedocumenteerd in documenten, en daarna zoals verwoord door managers, teammanagers en zorgprofessionals.

2.2 Visie met betrekking tot mantelzorg op papier

Bij alle bestudeerde thuiszorgorganisaties zien we wel 'iets' over mantelzorg in beleids- of visiedocumenten. Twee organisaties hebben daadwerkelijk een document met de titel 'mantelzorgbeleid'. Hierbij moet opgemerkt worden dat deze organisaties zowel intra- als extramurale zorg aanbieden, en dat de focus in de beleidsdocumenten op mantelzorg in de intramurale setting ligt. Van de overige organisaties zijn documenten bestudeerd waarin de visie van de organisatie op mantelzorg wordt beschreven, zoals in visiedocumenten, jaarverslagen en/of meerjarenplannen. Figuur 1 volgt uit onze analyse van deze documenten en laat zien welke aan mantelzorg gerelateerde onderwerpen daarin in meer en mindere mate aan de orde komen: hoe groter het blokje hoe meer aandacht er voor dat onderwerp is. Hieronder bespreken we de verschillende onderwerpen uit het figuur, van links naar rechts.

Het *belang van mantelzorg in het zorgproces voor kwetsbare ouderen* wordt in documenten van alle bestudeerde thuiszorgorganisaties genoemd. Mantelzorgers worden als ervaringsdeskundigen beschouwd en vormen daarmee een belangrijke bron van informatie als het gaat om het in kaart brengen van de behoeften van cliënten. Daarom, zo beschrijven veel organisaties, is er in ieder geval aan het begin van het zorgproces contact met mantelzorgers. Maar ook gedurende het zorgproces is het betrekken van mantelzorg van belang. Mantelzorg wordt dan ook vaak in één zin genoemd met termen als maatwerk, individuele behoeften, vraaggerichte zorg, kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan en welzijn van de cliënt.



Figuur 1. Mate van aandacht voor aan mantelzorg gerelateerde onderwerpen in documenten van thuiszorgorganisaties

Voor de *ondersteuning van mantelzorgers* is eveneens relatief veel aandacht. De invulling hiervan is het meest concreet bij organisaties waaraan een mantelzorgsteunpunt gelieerd is. De 'nabijheid' van mantelzorgondersteuning lijkt dus van belang voor de aandacht die er voor mantelzorgondersteuning is. Ondersteuning van mantelzorg kan op verschillende manieren en kent verschillende doeleinden. Bijna alle organisaties beschrijven mogelijkheden van ondersteuning in het geval van overbelasting, zoals respijtzorg of psychosociale ondersteuning, al geven zij dit vaak niet zelf. Deze vormen van ondersteuning hebben (mede) tot doel om het welzijn van mantelzorgers te waarborgen en mogelijk hun draagkracht te vergroten.

Enkele organisaties besteden aandacht aan de verwachte *houding van zorgprofessionals ten opzichte van mantelzorgers*. Van zorgprofessionals wordt verwacht dat zij een goede relatie met mantelzorgers onderhouden. Dit vereist een respectvolle bejegening, en een open houding, alsook erkenning van de kennis en kunde van mantelzorgers. Tevens wordt opgemerkt dat door regelmatig met mantelzorgers in gesprek te gaan en een luisterend oor te bieden, eventuele overbelasting bij mantelzorgers tijdig gesignaleerd kan worden.

Ook verschillen thuiszorgorganisaties in de mate waarin zij beschrijven waaruit *de rol van mantelzorgers in het zorgproces* kan bestaan. Zoals gezegd worden mantelzorgers in ieder

geval als een belangrijke bron van informatie over de behoefte en wensen van een cliënt gezien. Een eventuele (andere) rol van mantelzorgers lijkt meer afhankelijk van de wensen van de cliënt en mogelijkheden van mantelzorgers zelf. Organisaties geven daarbij aan dat zij mantelzorg niet kunnen verplichten of afdwingen. Eén organisatie is zeer expliciet over de eisen die aan mantelzorgers worden gesteld als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden handelingen⁴. Op het moment dat een mantelzorger bepaalde taken en verantwoordelijkheden heeft, dan wordt dit altijd vastgelegd in een zorgdossier, zorgleefplan of zorgovereenkomst, afhankelijk van de organisatie. Twee organisaties beschrijven hoe aan de start van de zorglevering de taken tussen zorgprofessionals en mantelzorger(s) worden verdeeld. Dit zijn ook de enige organisaties die stellen dat zij aan de start van de zorg tevens kijken of *uitbreiding van het aantal mantelzorgers* mogelijk is.

Scholing van mantelzorg, tenslotte, wordt door enkele organisaties ook als een vorm van ondersteuning gezien. Zoals in figuur 1 te zien is, is hiervoor aanzienlijk minder aandacht. Actieve kennisoverdracht om mantelzorgers meer bekend te maken met bepaalde ziektebeelden, of het instrueren in het uitvoeren van voorbehouden handelingen zijn vormen van scholing. Deze vorm van ondersteuning kan de verantwoordelijkheden en het aantal taken van een mantelzorger vergroten. Het feit dat weinig organisaties dit expliciet noemen, kan het gevolg zijn van het feit dat dit meer gezien wordt als een taak voor de mantelzorgondersteuning, een functie van het Wmo-loket van de gemeente.

2.3 De visie van managers, teammanagers en zorgprofessionals op de rol van mantelzorg

Aan managers, teammanagers en zorgprofessionals met een coördinerende taak is gevraagd naar hun visie op de rol en ondersteuning van mantelzorgers in het zorgproces. Voor deze functiegroepen kent het thema 'samen zorgen met mantelzorgers' verschillende dilemma's en afwegingen. Ze zien het belang van het betrekken van mantelzorgers, zoals voor het oppakken van taken waar zorgprofessionals niet aan toekomen. Ze benoemen echter ook de grenzen aan de inzet van mantelzorgers, kosten in termen van tijd en geld, en problemen rond de uitvoering van beleid. Dit leidt ertoe dat met name managers en teammanagers lang niet altijd een

⁴ 'Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)', waaronder het geven van injecties. Bron: www.rijksoverheid.nl, geraadpleegd 16-4-2014.

eenduidige (eerder een weifelende, dan stimulerende) visie met betrekking tot mantelzorg naar zorgprofessionals uitdragen.

2.3.1 Verantwoordelijke voor betrekken mantelzorg

Veel managers en teammanagers onderschrijven het belang van het betrekken van en ondersteunen van mantelzorg. Zij geven ook aan dat ze dit belang aan zorgprofessionals uitdragen. Deze laatste groep is volgens managers en teammanagers ook verantwoordelijk voor het betrekken van mantelzorg.

Er is geen specifiek beleid, maar ik promoot dat – laat ik het zo zeggen – omdat ik het ontzettend belangrijk vind als je de zorg verleent aan ouderen. Ik vind het een heel... voor mij is het een vanzelfsprekendheid. Misschien heeft het ook te maken met omdat ik al jaren in de zorg werk. Maar het is geen beleid. [...]

INT: En, om dan misschien iets specifieker op de rol van familie in het zorgproces [in te gaan]...

Familie wordt nauw betrokken bij het zorgproces. Dat betekent dat de EVV, de eerstverantwoordelijke hulpverleners, ook bij elke wijziging die er plaats vinden bij de cliënt ook de kinderen daarover informeren. Dat is eigenlijk vanzelfsprekend. Teammanager 3-4.

De ‘vanzelfsprekendheid’ bij bovenstaande teammanager geldt echter niet voor alle respondenten. In dezelfde organisatie was er een teammanager die aangaf dat zij de zorgprofessionals in haar team meer op deze verantwoordelijkheid zou moet wijzen. Inderdaad was voor sommige zorgprofessionals het betrekken van mantelzorgers simpelweg (nog) ‘*geen gewoonte*’. Onderstaande zorgprofessional leek zich er al pratende van bewust te worden dat zij mantelzorgers meer zou kunnen betrekken in plaats van dingen zelf te doen. Dit zagen we tijdens meerdere interviews gebeuren.

INT: Wat is de rol van mantelzorg in het zorgproces?

Ja. Ik denk dat er wel te weinig... Ik denk dat we ze te weinig betrekken. Vaak hoor je de cliënt over familie zeggen: ‘Mijn familie is al overbelast’. Dus wij proberen wel – zeker als er ziekenhuisbezoeken en dat soort dingen – dat is echt de taak van de mantelzorger, daar hebben wij weinig ruimte voor. Maar het is nog niet altijd zo dat ik gelijk, als de mantelzorger mij heeft gebeld voor het aanvragen van zorg ofzo, dat ik dan gelijk die ga bellen van ‘Dit is wat wij gaan doen, en wat willen jullie daar eigenlijk nou van overnemen?’ Dus dat gebeurt nog niet voldoende. Er is denk ik nog wel van mij uit te weinig overleg of samenwerking met de mantelzorger als die niet van de mantelzorger uitkomt. Zorgprofessional 3-4.

2.3.2 Dilemma managers: mantelzorg stimuleren of afdwingen?

De vraag wie er verantwoordelijk is voor het betrekken van mantelzorgers brengt volgens enkele managers ook ethische vraagstukken met zich mee. Zo speelde de vraag of mantelzorg door zorgprofessionals, en thuiszorgorganisaties in het algemeen, af te dwingen is.

Ik heb van de week toevallig een interne discussie gehad: in hoeverre heb je als professionele zorgverlener een expliciete rol in het betrekken van kinderen bij de zorg? Bijvoorbeeld bij verstoorde relaties. [...] Dat zijn ethische discussies die je aan het voeren bent. Ik vind het overigens zeer beperkt, want je kunt niet in de diepte van die situatie kijken. Maar dat zijn wel de dilemma's waar we tegenaan gaan lopen. Manager 8-2.

Managers vinden het soms nog lastig om te bepalen hoe professionele zorg zich tot mantelzorg verhoudt. Zij benoemen dat de inzet van professionele zorg een moment voor mantelzorgers kan zijn om zich terug te trekken. Enerzijds wordt hiervoor begrip geuit, maar aan de andere kant stellen enkele managers en teammanagers dat de inzet van mantelzorg soms noodzakelijk is om een oudere thuis te kunnen blijven verzorgen. Doordat mantelzorg echter niet af te dwingen is, komen organisaties soms in een lastig pakket. Dit blijkt uit onderstaand citaat:

Die man moet naar een verpleeghuis, maar de familie vertikt het. Maar ze vertikken het ook om te bewegen en zelf meer te doen. Dat is een mooi voorbeeld van hoe je dan klem komt te zitten. En dan heb je wel een zorgplicht. Ik kan niet zeggen 'Bekijk het dan maar'. Maar ja, daar moet je dan wel uit zien te komen, dat is knap vervelend. Mensen zitten ook met rouwprocessen, of hebben vader ooit beloofd dat hij 'nooit naar het verpleeghuis hoeft'... Ja, [dat is] nogal ingewikkeld. [...] Kijk, het kán wel. Maar dan moeten mensen zelf de keuze maken van 'Dan gaan we allemaal thuisblijven en allemaal helpen, of een particulier iemand inhuren erbij'. Maar ja, dat willen mensen dan niet. Manager 8-1

Dergelijke vraagstukken laten zien dat managers laveren tussen de wensen en grenzen van mantelzorg enerzijds en de capaciteit van hun organisatie anderzijds.

2.3.3 Dilemma managers en teammanagers: samenwerking kost tijd en geld

Naast ethische overwegingen uitten managers en teammanagers om financiële redenen soms ook gemengde gevoelens bij de inzet van mantelzorg. Mantelzorg betrekken is belangrijk, maar kost tijd. Dit geldt voor zowel zorgprofessionals als managers en teammanagers. Deze laatsten komen veelal alleen in contact met mantelzorgers als er een klacht van of over een mantelzorger is. De omgang met mantelzorgers wordt door managers en teammanagers daarom vaak geassocieerd met een conflict waarvan het oplossen vaak veel tijd in beslag neemt.

Net als bij managers en teammanagers wordt de kostbare tijd die zorgprofessionals aan contact met of ondersteuning van mantelzorgers besteden niet vergoed; er wordt bij het indiceren geen rekening mee gehouden. In die zin wordt het betrekken en ondersteunen van mantelzorg vaak ervaren als een extra taak die zonder financiële vergoeding lastig in het zorgproces te passen is.

Als mantelzorgers bovendien taken overnemen waarvoor voorheen een vergoeding werd ontvangen omdat zorgprofessionals ze uitvoerden, kan dit tegen het financiële belang van de organisatie in gaan.

De financiën zijn voor iedereen belangrijk. Natuurlijk vind je het belangrijk dat die mantelzorger wat gaat doen. Maar als dat in mindering gaat worden van jouw uren, dan heb je een ander probleem. Dus dan moet je het op een andere manier gaan organiseren. Dus ja: van belang, maar ook een zorg. Manager 1-3.

2.3.4 Dilemma zorgprofessionals: noodzaak versus wenselijkheid van mantelzorg

Enkele zorgprofessionals geven juist aan dat het ontbreken van een indicatie voor bepaalde zorgtaken of een gebrek aan tijd, als gevolg van krappere indicaties, een belangrijke reden is om mantelzorg wel in te schakelen, al doen zij dit vaak met tegenzin. Veel zorgprofessionals beschreven – met enig onbegrip – bijvoorbeeld dat ze geen medicijnen bij de apotheek meer mogen halen en dat ze daarvoor noodzakelijkerwijs mantelzorger(s) inschakelen. Zorgprofessionals zien het betrekken van mantelzorgers als ‘noodgedwongen’ en belangrijk om een goede kwaliteit van zorg te waarborgen, omdat er anders taken blijven liggen.

De vraag van wat er wel en niet aan mantelzorg overgedragen kan worden en hoe ver je daarin kan of moet willen gaan, is ook iets wat veel zorgprofessionals bezig houdt. Zo heerste onder zorgprofessionals het idee dat zij zaken soms sneller en beter konden regelen dan mantelzorgers. Het behoud van een werkbare situatie en een goede kwaliteit van zorg was daarmee de meest voorkomende motivatie om (zorg)taken van mantelzorgers (terug) over te nemen. Daarnaast delen veel zorgprofessionals de visie, ook met managers en teammanagers, dat de inzet van mantelzorg soms niet wenselijk of realistisch is. Bovendien is mantelzorg volgens velen niet afdwingbaar door de overheid:

Als je een indicatie aanvraagt... Denk ik ‘je vraagt die indicatie niet voor niks aan, iedereen weet dat je moet bezuinigen’. Ik had een indicatie aangevraagd voor een meneer, die had uitslag op z’n rug. Die meneer is 85 jaar. Z’n rug moest elke dag ingesmeerd worden gedurende drie of vier weken. Word ik door het CIZ gebeld: ‘Kan de buurman dat niet doen?’ Dan denk ik: ‘Dat vind ik veel te ver gaan’. Ja.

INT: En hoe reageer je dan? Kan je dan zeggen ‘Geen optie’?

Nee, maar dat is ook geen optie. 'Ja, waarom niet?' Ik zeg: 'Ja, die man is 85, die gaat niet in z'n onderbroekje 's avonds laat over de gangen om de buurvrouw van 90 z'n rug in te laten smeren'. En dan denk ik 'Ja, daar moet je wel voor uitkijken'. Zorgprofessional 1-1.

In de visie van zorgprofessionals zijn de voornaamste taken die door bezuinigingen voor mantelzorg ontstaan: begeleiding (naar het ziekenhuis), boodschappen en regelingen. Dit komt redelijk overeen met de rol die de overheid voor mantelzorgers ziet. Er waren echter ook zorgprofessionals die een andere rol aan mantelzorgers toeschreven. De taak die zij voor mantelzorgers zagen is het zorgen voor aangenaam leven van een oudere. Dit kan door het doen van uitjes en het in stand houden van sociale contacten.

Die combinatie van thuiszorg en mantelzorg is, juist in mijn idee, de mooiste combinatie. Dat de mantelzorger nog een beetje de leuke dingen kan doen en dat wij de echte zorgdingen en de regelingen wel kunnen overnemen, gedeeltelijk. Ik denk dat als je de mantelzorg ook laat... de cliënt laat wassen, en dat soort dingetjes laat doen, dan is er geen tijd meer over om een keertje met ze naar het park te gaan, bijvoorbeeld. Ik denk dat dat juist ook heel erg de taak van de mantelzorger moet of kan zijn. Dus ik denk dat die combinatie gewoon heel belangrijk is en de best werkbare voor allebei ook. Zorgprofessional 8-2.

Uit de visie van het overgrote deel van de zorgprofessionals blijkt derhalve een duidelijk onderscheid tussen de (traditionele) taken van zorgprofessionals en mantelzorgers.

Tot slot delen veel zorgprofessionals de visie dat zij overbelasting van mantelzorg moeten voorkomen. Voornamelijk zorgprofessionals uit twee organisaties geven aan dat waakzaamheid voor het functioneren en welzijn van mantelzorgers met een grote rol erg belangrijk is. Zij geven aan dat het belangrijk is om mantelzorgers af en toe te ondersteunen en ontzien, door (tijdelijk) zorg over te nemen. Als een mantelzorger daadwerkelijk overbelast is, vinden veel zorgprofessionals dat zij in eerste instantie de zorg geheel moeten overnemen, in plaats van (alleen) ondersteuning te bieden.

INT: Wat is de rol van mantelzorgers in het zorgproces?

Die is groot. Daar wordt ook een groot beroep op gedaan. We zijn heel erg gefocust op overbelasting van mantelzorg. [...] En niet koste wat kost ervan uitgaan dat de mantelzorger altijd aanwezig moet zijn. [...] Dus ondersteuning van het netwerk maakt ook dat het de kwaliteit van de zorg voor de cliënt ten goede komt. Zorgprofessional 2-7.

Zoals ook uit bovenstaand citaat blijkt, is het wel de visie van veel zorgprofessionals dat ondersteuning aan (veelal: ontzien van) mantelzorger(s) als doel heeft om diens zorgende rol op de langere termijn te waarborgen.

2.3.5 Het belang van expliciete keuzes en eenduidigheid

Twee managers zijn redelijk expliciet in hoe zij het samen zorgen voor zich zien: mantelzorgers moeten vanaf het begin betrokken worden, taken toebedeeld krijgen en er moet regelmatig overleg plaatsvinden. Meer dan andere managers relateren zij het betrekken van mantelzorg aan het kunnen leveren van goede kwaliteit van zorg, zoals we ook in de visiedocumenten zagen. In de verhalen van de zorgprofessionals in deze twee organisaties, zien we inderdaad een grotere rol voor mantelzorger(s).

2.4 Conclusie

We kunnen concluderen dat de onderzochte thuiszorgorganisaties in verschillende mate aandacht aan de mantelzorger besteden in beleids- en/of visiestukken. Daarbij overheerst de opvatting om mantelzorgers met name als een belangrijke informatiebron beschouwen; als ervaringsdeskundige kunnen ze inzicht verschaffen in de behoeften en wensen van de hulpbehoevende.

Wat opvalt is dat weinig thuiszorgorganisaties omschrijven *wie* zij wel (en niet) als mantelzorger zien. Er is geen concrete aanduiding wie de rol van mantelzorger op zich zou kunnen nemen. De partner en kinderen zijn doorgaans de eerst aangewezenen voor deze rol (De Boer, Broese van Groenou, & Timmermans, 2009), maar de visiestukken beschrijven dit niet expliciet. Ook wordt niet vermeld of men, naast partner en kinderen, burens, overige familieleden en anderen uit het sociaal netwerk van de oudere als potentiële mantelzorger ziet. De zorgprofessionals blijken vooral familieleden voor ogen te hebben als ze nadenken over wie er als mantelzorger benaderd zou kunnen worden.

Wat er van mantelzorgers verwacht wordt in termen van type taken of uren inzet, zagen we evenmin expliciet verwoord in beleidsdocumenten, maar de managers, teammanagers en zorgprofessionals hadden daar wel een concreet beeld bij. Vooral taken als transport, begeleiding en sociaal-emotionele ondersteuning rekenen zij tot het pakket van mantelzorgers. Daarnaast blijft in visiedocumenten een beschrijving van bejegening vaak achterwege, en ook onze respondenten waren daar niet erg expliciet over. Een nadere omschrijving van wat bijvoorbeeld 'een goede relatie' precies is, zien we bij het merendeel van de thuisorganisaties evenmin. In de bestudeerde documenten is meestal ook niet te achterhalen wie er verantwoordelijk is voor het betrekken van mantelzorgers of het onderhouden van 'een goede relatie' met deze groep, maar volgens managers en teammanagers is dit vooral de taak van zorgprofessionals en/of EVV-ers. *Hoe en op welk*

moment men mantelzorgers in de zorg betreft is in het beleid van de meeste thuiszorgorganisaties vooralsnog niet uitgewerkt. Zorgprofessionals geven aan daar wel behoefte aan te hebben en zien de noodzaak om hier eenduidig beleid in te ontwikkelen.

De verhalen van managers, teammanagers en zorgprofessionals laten ook een aantal dilemma's zien die niet in visiedocumenten aan de orde komen. Enerzijds benoemen zij het belang van mantelzorg in de zorg voor ouderen. Anderzijds zagen we dat managers en teammanagers soms hun twijfels uiten bij de inzet van mantelzorg. Zo lopen zij tegen de vraag aan in hoeverre mantelzorg te af te dwingen is door medewerkers van een thuiszorgorganisatie en hoe het met de verantwoordelijkheid voor het functioneren van de mantelzorg zit. Daarnaast zouden ze graag een vergoeding zien voor de tijdsinvestering die met het samen zorgen gepaard gaat. Zorgprofessionals verschillen vooral in de mate waarin zij de inzet van mantelzorg noodzakelijk en/of wenselijk achten voor het leveren van goede kwaliteit van zorg. Bovendien benoemen zij andere overwegingen voor het wel of niet inzetten van mantelzorg dan managers en teammanagers. Hierdoor is eenduidig handelen niet eenvoudig en bestaat er veel ruimte voor individuele invulling van de benadering van mantelzorgers. Hoe die ruimte in de dagelijkse werkpraktijken wordt ingevuld beschrijven we in hoofdstuk 3. Aan het eind van hoofdstuk 3, in box 3.3, vindt u tevens een vragenlijst die u kan helpen bij het ontwikkelen van een gedeelde visie en werkwijze met betrekking tot het samen zorgen met en de ondersteuning van mantelzorg.

Hoofdstuk 3. Samen zorgen met mantelzorgers – praktijken

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk maken we de stap van visie naar praktijk en beschrijven we hoe het samen zorgen met mantelzorgers al dan niet vorm krijgt in het dagelijkse werkprocessen van zorgprofessionals. Dat doen we door te kijken naar *wanneer, hoe en door wie er in de praktijk samen met mantelzorgers wordt gezorgd en/of ondersteuning wordt geboden*. We onderscheiden daarbij drie fasen in het zorgproces; de start van de zorg, gedurende het zorgproces en ten tijde van een transitie in de zorgsituatie.

3.2 De intake: goed begonnen is half gewonnen

Bij alle onderzochte thuiszorgorganisaties begint het zorgproces met een intake. De intake door een zorgprofessional wordt veelal bij de oudere thuis gedaan. Als er alleen een aanvraag voor huishoudelijke hulp is, is de intake soms telefonisch. Veel zorgprofessionals zouden graag een mantelzorger of familielid bij de intake hebben. Dit laatste is niet altijd geval. De wens van de oudere staat hier centraal; als de oudere er geen familie bij wil, gebeurt het niet. Zorgprofessionals zullen er ook niet op aandringen, aangezien het aan de start van de zorg lastig is om in te schatten hoe de relatie tussen de oudere en familieleden is.

Doel van de intake is vooral om de zorgvraag en behoeften van de oudere in kaart te brengen. Daarnaast is het gebruikelijk om een contactpersoon te noteren. Tevens is er een inventarisatie van of er mantelzorgers zijn en wat voor hulp zij bieden. Opmerkelijk is dat het in veel gevallen blijft bij de inventarisatie van mantelzorgers en er lang niet altijd contact gezocht wordt om kennis te maken bijvoorbeeld, ook niet met de contactpersoon.

Het is natuurlijk verplicht dat er een contactpersoon genoteerd staat. Of er moet echt niemand zijn. Maar daar houdt het mee op. Het is niet van 'We zijn verplicht om één keer per half jaar contact met hen [te hebben]' Zorgprofessional 3-1

Veel zorgprofessionals verwachten van mantelzorgers dat zij één contactpersoon aanwijzen. De voornaamste reden hiervoor is om de communicatie met hen eenvoudiger te laten verlopen. Bovendien voorkomen zorgprofessionals zo dat zij in een bemiddelingspositie belanden als er meningsverschillen tussen mantelzorgers zijn.

Ik vind het zelf het meest fijn om met één iemand contact te hebben, om met één iemand ook eventuele afspraken te maken en zorg af te stemmen. Omdat het eigenlijk voor mij

heel moeilijk is om... als ik dan voor één cliënt drie telefoontjes moet plegen om mensen op de hoogte te houden; dat is vanaf mijn kant eigenlijk niet te doen. [...] Daarbij kan ik dan ook conflicten krijgen van de wensen met mensen. Daarom spreek ik het liefst met één iemand af. Zorgprofessional 8-5.

Vaak fungeert de voornaamste mantelzorger als contactpersoon. Zorgprofessionals beschrijven dat dit veelal een partner of een kind van de oudere is. Als familie niet dicht in de buurt woont, kunnen burens ook als contactpersoon fungeren. Bij gebrek aan opties dichterbij, wordt die rol in een enkel geval door verdere familie, zoals een neef of een nicht, ingevuld, zoals blijkt uit volgend citaat.

Nou, ik heb bijvoorbeeld nu een klant die geen direct nabije familie heeft, nichten en neven... Nooit getrouwd geweest, geen kinderen. Die mevrouw is nu dementerend en dat gaat heel hard achteruit. We wisten het bestaan van een neef, daar hebben wij contact mee gezocht. Die had niet zoveel contact met zijn tante. Die hebben we er wel bij kunnen betrekken. En daardoor weer een nichtje, die er nu ook bij betrokken is via hem. We kunnen nu een beroep op hun doen. Zorgprofessional 8-1.

Enkele zorgprofessionals, uit twee organisaties, geven aan dat ze bij de intake ook vragen of er (nog meer) mensen zijn die mantelzorger zouden kunnen worden om reeds aanwezige mantelzorgers te ondersteunen. Het zijn dezelfde zorgprofessionals die aangeven dat ze ook een duidelijke verdeling van taken tussen zorgprofessionals en mantelzorgers maken.

Veel zorgprofessionals van de andere organisaties zijn echter terughoudend in het direct betrekken van mantelzorg. De reden die ze daarvoor geven is dat het beroep op de thuiszorg vaak wordt ingegeven door een gebrek of tekort aan mantelzorg, een behoefte aan deskundige hulp die mantelzorgers niet kunnen geven, of dat er is sprake van overbelasting van de mantelzorger(s), veelal de partner. Vooral bij overbelasting zien veel zorgprofessionals het als hun voornaamste taak om de mantelzorger te ontlasten, in plaats van op 'samen zorgen' aan te sturen. De inzet van professionele zorg is dan juist een moment waarop mantelzorgers (tijdelijk) van enkele of alle zorgtaken worden ontzien. Zoals onderstaande zorgprofessional aangeeft:

Met enige regelmaat is ook het doel van de vraag om hulp van 'Ja, mijn partner heeft dat heel lang gedaan', zeker bij chronische situaties, dat die mantelzorger niet meer kan. [...] Ondertussen hebben die mensen zelf zes keer een hartinfarct gehad en de zieke ligt prinsheerlijk in bed. Dat soort extremen zitten daar zeker tussen. Zorgprofessional 6-1

Naast ondersteuning is 'verwachtingsmanagement' in veel gevallen van belang aan de start van de zorg. Dit werd vooral genoemd als het ging over niet-inwonende mantelzorgers, maar speelt nog het meest bij niet-zorgende familieleden. Deze groepen hebben volgens zorgprofessionals

verwachtingen waaraan zorgprofessionals niet altijd kunnen of mogen voldoen. Het gaat dan vaak om typen hulp waarvoor geen indicatie (meer) te krijgen of afgegeven is, zoals huishoudelijke hulp of begeleiding. Zorgprofessionals moeten dan heel duidelijk zijn in wat voor taken zij niet (kunnen of mogen) uitvoeren, en daarmee welke taken er voor mantelzorgers liggen:

INT: Ontstaat er dan een soort onderhandeling?

Aan de ene kant kan het geen onderhandeling zijn, wij gaan gewoon niet mee [naar het ziekenhuis]. Je kan ze wel tips geven, 'moet u proberen daar of daar te zoeken of daar iemand mee kan', maar wij zijn niet van plan om mee te gaan. Maar dat is ook heel duidelijk in het intakegesprek dat we dat zeggen, dat doen we echt niet. Zorgprofessional 1-1.

Ook binnen een team van zorgprofessionals moet hierover eenduidigheid bestaan. Zo kwam het weleens voor dat de ene zorgprofessional taken wel uitvoerde die niet (meer) geïndiceerd werden en de ander niet, wat voor verwarring bij de cliënt en diens mantelzorgers kon zorgen.

We kunnen concluderen dat er bij thuiszorgorganisaties aan de start van de zorg aandacht is voor het benoemen van een contactpersoon en de taken van (eventuele) mantelzorgers. Bij twee organisaties wordt direct contact met de contactpersoon en/of mantelzorger opgenomen. Bij afwezigheid van de mantelzorger bij de intake, wordt het benoemen van de contactpersoon met de oudere besproken. Op grond van de interviewgegevens hebben we een aantal concrete aanbevelingen gedaan voor de inrichting van het intakegesprek. Deze zijn opgenomen in box 3.1.

Box 3.1 Aanbevelingen voor het inrichten van het intakegesprek

- Voorafgaand: stimuleer aanwezigheid van mantelzorgers bij het intakegesprek, door aan te geven waarom dit belangrijk is (aan zorgontvanger en mantelzorger(s)).
- Breng bij de intake de mantelzorgers in kaart; wie helpt er nu al met welke taken? Noteer daarbij wie er als contactpersoon van de mantelzorgers en van de zorgprofessionals zal fungeren.
- Maak kennis met de contactpersoon en bespreek hoe deze persoon belangrijke informatie communiceert naar de overige mantelzorgers.
- Bespreek met de contactpersoon hoe vaak en op welke wijze communicatie met de verantwoordelijke thuiszorgmedewerker zal plaatsvinden.
- Breng in kaart of er sprake is van overbelasting van de mantelzorger en bespreek welke vorm van ondersteuning nodig is. Denk daarbij aan vervanging in taken, uitbreiding van het aantal helpers (mantelzorgers, vrijwilligers, professionals) en vormen van respijtzorg.
- Breng potentiële mantelzorgers in kaart; wie zouden er nog meer kunnen helpen?
- Bespreek duidelijk welke taken de thuiszorg kan leveren en voor welke taken inzet van de mantelzorger(s) wordt verwacht.
- Bespreek hoe mantelzorger(s) hun rol in de toekomst zien.
- Leg het besprokene vast in een overzicht van afspraken.

3.3 Als de kop eraf is: onderhoud van contact

Het 'samen zorgen' krijgt echter vooral pas vorm en invulling tijdens de zorgverlening. Want, zoals veel zorgprofessionals aangaven: "over het algemeen kom je eigenlijk pas achter dingen als je langer bij iemand bent" (Zorgprofessional 3-4).

3.3.1 Wie onderhoudt het contact met mantelzorgers?

Thuiszorgorganisaties verschillen in wie de intake doet en wie er vervolgens de voornaamste formele hulpverlener en/of contactpersoon is. Bij één organisatie is degene die de intake doet tevens coördinator van de zorg, voornaamste formele helper en contactpersoon voor de oudere en diens mantelzorgers. Uit de gedetailleerde verhalen van deze zorgcoördinerende professionals bleek dat zij op de hoogte waren van het doen en laten van mantelzorgers en regelmatig contact hadden. Volgens hen is er een vertrouwensband nodig om tot 'samen

zorgen' te komen, regelmatig contact met mantelzorgers vormt daarvoor de basis en vormt dan ook een van de basisprincipes van de organisatie:

[...] met die mantelzorger in dit geval, zo'n vertrouwensband mee, dat ik dus al dingen tegen haar kan zeggen en zij blijkbaar ook uitgenodigd is door mij om dingen te zeggen en te delen. Maar dat is niet altijd zo hoor, bij anderen. Maar over het algemeen bij de personen die ik dan onder mijn beheer heb, om het maar even zo te noemen, is dat eigenlijk over het algemeen wel ja. Zorgprofessional 2-8.

Bij vijf organisaties waren de taken van zorgcoördinatie, voornaamste formele helper en contactpersoon over twee of meerdere personen verdeeld. Zo kwam het voor dat de intaker wel zorgcoördinatie doet en contactpersoon is, maar niet of nauwelijks bij de meeste van deze ouderen thuis kwam om zorg te leveren.

De verhouding zorgcoördinatie-zorgverlening verschilde in organisaties, maar overal gaven zorgprofessionals aan dat er vaak taken in de knel komen. Contact met mantelzorgers was er daar één van. Als gevolg daarvan hebben veel zorgprofessionals weinig zicht op de mantelzorgers van hun cliënten, noch op de taken die zij uitvoeren of hun welzijn. Als de zorgprofessional met coördinatietaken niet regelmatig bij een oudere thuis komt, is er vaak wel een EVV-er (formele helper zonder coördinerende taken) aangesteld, die als eerste aanspreekpunt fungeert. Ook zij hebben echter lang niet altijd contact met mantelzorgers (zo bleek ook uit een eerdere rapportage, Zwart-Olde, Jacobs, Broese van Groenou, et al., 2013). Daarnaast bleek in enkele thuiszorgorganisaties dat er soms twee contactpersonen binnen de organisatie konden zijn; als de oudere zowel huishoudelijke hulp als verpleging/verzorging kreeg. Ook voor zorgprofessionals zelf was dan vaak onduidelijk wie als contactpersoon naar de oudere en diens mantelzorger fungeerde.

3.3.2 Met welke mantelzorgers bespreekt men wat?

Als er tijdens het zorgproces contact met mantelzorgers was, was dat vooral met mantelzorgers die veel zorgtaken op zich namen. Zoals ook uit de eerdere rapportage (Zwart-Olde, Jacobs, Broese van Groenou, et al., 2013) bleek, waren dit veelal inwonende partners waarmee de kans op ontmoeting groter is dan met uitwonende mantelzorgers. Met hen gaat het contact veelal over de uitvoering en afstemming van taken. 'Samen zorgen' lijkt dan ook vooral met de inwonende mantelzorgers gedaan te worden. Daarnaast spreken zorgprofessionals deze mantelzorger over diens welzijn.

Bij alle organisaties was het contact met niet-inwonende mantelzorgers aanzienlijk minder frequent en meestal zelfs geheel afwezig. Zorgprofessionals vonden in dit geval contact

ook niet nodig met als gevolg dat zij dus weinig zicht hadden op wat de mantelzorgers aan taken verrichtten. Als er wel contact was met niet-inwonende mantelzorgers bestond dit vooral uit het informeren van mantelzorgers, maar dan wel alleen over belangrijke transities in de zorg. Dit kon zowel op initiatief van de zorgprofessional gebeuren, alsook in reactie op vragen van een mantelzorger. Als een mantelzorger vragen had, waren zorgprofessionals over het algemeen graag bereid deze te beantwoorden. Voor zorgprofessionals waren er echter ook duidelijke grenzen. Met name over-bemoeienis van familie op afstand werd niet gewaardeerd en men gaf aan ook geen tijd te hebben om zich daar mee bezig te houden.

Weet je: mensen wonen thuis, ik kan ook niet alles gaan aftikken door constant te gaan bellen. Het is geen instelling, het is echt zelfstandig wonen. Dus je probeert mensen tegemoet te komen, maar ik kan niet elke dag gaan bellen en vragen. Zorgprofessional 1-2.

3.4 Samen zorgen ten tijde van transities

We bestudeerden ook of er ten tijde van transities in de zorg overleg en afstemming tussen zorgprofessionals en mantelzorgers was. Voorbeelden van transities zijn een verandering in de zorgvraag van een oudere, de (tijdelijke) opname in een ziekenhuis of verpleeghuis, de tijdelijke afwezigheid van een belangrijke mantelzorger of een wijziging in de zorgtoekenning. In het onderzoek is expliciet gevraagd naar de communicatie en (her)afstemming van zorgtaken rond deze transities.

Als gevolg van de bezuinigingen hadden veel ouderen die aan het onderzoek deelnamen in 2013 een lagere indicatie voor huishoudelijke hulp gekregen dan in 2012. Het aantal uren huishoudelijke hulp door de thuiszorgorganisatie was bij veel ouderen met een half uur of een uur gekort. Een opvallend gegeven was dat zorgprofessionals veelal niet wisten of, hoe en door wie de huishoudelijke taken die mogelijk bleven liggen, werden gedaan. In reactie op de vraag of mantelzorgers wellicht meer deden, moesten zorgprofessionals vaak bekennen dat ze daar geen zicht op hadden. In ieder geval bleek dat hierover geen contact of afstemming had plaatsgevonden. Enkele zorgprofessionals suggereerden dat de huishoudelijke hulp wellicht harder liep in de uren die er nog wel waren of dat verzorgenden misschien huishoudelijke taken uitvoerden.

Als een oudere *tijdelijk* werd opgenomen in een verpleeghuis was er altijd wel overleg met de mantelzorger(s). Dat lijkt gerelateerd aan de meest voorkomende reden die wij voor *tijdelijke* opname in een verpleeghuis tegenkwamen: het ontzien of de tijdelijke afwezigheid van een belangrijke mantelzorger. Zo zagen we enkele malen dat een vakantie van een

mantelzorger die veel uren zorgde (en soms inwonend was) ertoe kon leiden dat een oudere tijdelijk naar een verpleeghuis ging. Dit laat zien dat mantelzorgers onmisbaar kunnen zijn voor de zorg thuis. Het laat echter ook zien wat de gevolgen zijn als één mantelzorger een grote rol heeft en er weinig of geen andere mantelzorgers in beeld zijn om (tijdelijk) zorgtaken op zich te nemen. Een beroep op intramurale zorg geeft echter ook aan dat frequente en complexe zorg nodig is die uitwonende mantelzorgers niet kunnen of willen geven.

Zorgprofessionals beschreven ook dat bij een toename in de vraag om persoonlijke verzorging of verpleegkundige zorg van de oudere in eerste instantie vaak meer uren professionele zorg werd ingezet. Op het moment dat de zorgvraag van een oudere zodanig was toegenomen dat een thuiszorgorganisatie daaraan niet meer kon voldoen, namen zorgprofessionals contact op met hun contactpersoon onder de mantelzorgers. De regeltaken rond de overgang naar een verpleeghuis namen mantelzorgers vervolgens veelal op zich. Na de transitie naar het verpleeghuis namen zorgprofessionals nog weleens contact op met mantelzorgers om te vragen hoe het met de oudere ging. Ook als een oudere was overleden was er nog weleens contact met mantelzorgers. Dit was voornamelijk het geval als er tijdens het zorgproces intensief contact was geweest tussen een zorgprofessional en mantelzorger. Zorgprofessionals gaven daarbij aan dat zij een goede afsluiting van de zorg belangrijk vonden.

3.5 Conclusies: van visie naar praktijk

In dit hoofdstuk werd duidelijk welke aspecten in het zorgproces bijdragen aan of zorgprofessionals en mantelzorgers in de praktijk samen zorgen dan wel in contact zijn over de zorg. Er zijn in ieder geval drie aspecten van belang voor de mate waarin zorgprofessionals contact met mantelzorgers onderhouden en/of op de hoogte zijn van de rol en het welzijn van mantelzorgers:

- De wijze waarop het zorgproces is georganiseerd: duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor contact met mantelzorgers en over de taakopvatting inzake mantelzorg.
- De fase van het zorgproces: contacten die in een vroeg stadium gelegd zijn, kunnen later uitgebouwd worden.
- Wie als contactpersoon en/of mantelzorger fungeert: er is meer contact met partner-mantelzorgers.

Uit de dagelijkse werkpraktijken van zorgprofessionals blijkt dat visies op papier over het belang van mantelzorg wel worden gedeeld, maar dat er in de praktijk weinig contact met

mantelzorgers bestaat. Als er contact is, is de uitwisseling van informatie het voornaamste doel. Daarnaast blijken er andere aspecten van belang voor het ontstaan van contact. Zo is er meer contact met inwonende (partner-)mantelzorgers of mantelzorgers die overbelast zijn. Met hen gaat het contact bijvoorbeeld over de verdeling of het overnemen van taken om overbelasting te voorkomen. Met niet-inwonende mantelzorgers is het contact aanzienlijk minder.

Op basis van hoofdstuk 2 en 3 kunnen we concluderen dat dagelijkse werkpraktijken met betrekking tot mantelzorg ten tijde van het onderzoek nog niet altijd de visie reflecteren zoals beschreven in beleids- en visiestukken over mantelzorg. Managers en teammanagers waren zich hiervan niet altijd bewust. Voor hen ligt er de taak om de werkpraktijken van zorgprofessionals af te stemmen op de gehanteerde (vaak nog impliciete) visie op mantelzorg. In box 3.2 doen we daarvoor enkele aanbevelingen. Vervolgens vindt u in box 3.3 een vragenlijst over onderwerpen die bij de ontwikkeling van een gedeelde visie en werkwijze met betrekking tot mantelzorg overdacht kunnen worden.

Box 3.2 Aanbevelingen om visie en praktijk m.b.t. mantelzorg in overeenstemming te brengen

- Zorg, naast een visiedocument, voor een eenduidige en gedeelde visie onder medewerkers over het samen zorgen met mantelzorgers, door dit te bespreken in teams.
- Stel eenduidige werkprocessen op. Dit maakt inzichtelijk waar mogelijke verschillen tussen visie en werkpraktijk zitten, en van waaruit problemen in de uitvoering kunnen ontstaan.
- Evalueer regelmatig met mantelzorgers hoe de gezamenlijke zorgverlening verloopt. Bespreek eventuele knelpunten met teamleden en bedenk gezamenlijk een oplossing.
- Betrek ook deskundigen met veel kennis van mantelzorg, zoals het Expertisecentrum Mantelzorg of MEZZO of het lokale Steunpunt Mantelzorg van de gemeente.

Box 3.3 Vragenlijst ter ontwikkeling van een gedeelde visie en werkpraktijken m.b.t. mantelzorg

De vragenlijst heeft de bedoeling medewerkers in thuiszorgorganisaties aan te zetten tot het formuleren van een (gezamenlijke) visie en aansluitende werkpraktijken, en kent geen goede of foute antwoorden. Beantwoord de vragen en probeer tot een argumentatie te komen waarom u tot dit antwoord komt. Vraag de medewerkers in uw organisatie om dezelfde vragen beantwoorden. Bespreek de antwoorden. In een (team)overleg kunnen deze vragen ook (apart) besproken worden.

1. De (potentiële) mantelzorger: wie is dat?
 - a. Is dat *altijd* en vooreerst de (huwelijks)partner?
 - b. Is het *relatietype* van belang? Zult u kinderen en familie eerder aanspreken dan burens, vrienden en kennissen?
 - c. Gaat het om *nabijheid*? Zult u nabij wonende kinderen en burens eerder aanspreken dan verder weg wonende kinderen, familieleden en vrienden?
 - d. Wie vindt u in ieder geval *geen* potentiële mantelzorger(s)?
 - e. Wat te doen als er geen mantelzorgers zijn?

2. Rol, taken en verantwoordelijkheden: wat mag/kan een mantelzorger doen?
 - a. Welke taken en verantwoordelijkheden zouden mantelzorgers op zich kunnen nemen? Denk aan: huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging, verpleegkundige taken (w.o. medicijnen aanreiken), sociaal-emotionele begeleiding, administratie, transport naar arts of sociale bezoeken, begeleiding bij uitjes.
 - b. Welke van deze taken vindt u absoluut niet tot het domein van de mantelzorger behoren?
 - c. Hoe denkt u over het faciliteren van scholing/deskundigheidsbevordering van mantelzorgers? Wiens taak zou dat zijn?
 - d. Is er een grens aan de tijd die een mantelzorger aan zijn/haar taken kan/mag besteden?
 - e. Hoort de coördinatie van de zorg, dat wil zeggen overleg over wie er wat doet, ook tot de verantwoordelijkheid van de mantelzorger? En, indien ja en in het geval van meerdere mantelzorgers, wie moet die taak dan op zich nemen?

(wordt vervolgd op volgende pagina)

3. Verantwoordelijkheden m.b.t. contact met mantelzorgers: wie, waarom, hoe?
 - a. Wie in uw thuiszorgorganisatie is verantwoordelijk voor het aangaan en onderhouden van contact met mantelzorgers?
 - b. Op welke momenten is contact met mantelzorgers van belang? En wanneer niet?
 - c. Wat moet er met mantelzorgers besproken worden? Denk aan: frequentie contact, afstemming van (zorg)taken, kwaliteit van de zorg, overbelasting?
 - d. Waaruit bestaat een goede relatie met mantelzorgers? Denk aan: wijze van communiceren, tijdig en volledig informeren, respect voor elkaars rol?
 - e. Welke middelen zijn er voor het onderhoud van contact met mantelzorgers? Denk aan: logboek, telefonisch, e-mail, digitaal communicatiesysteem?
 - f. Wie er is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde mantelzorg en hoe wordt dit geëvalueerd?
 - g. Wat te doen als er een meningsverschil is met mantelzorgers?
 - h. Welke (extra) vaardigheden hebben zorgprofessionals nodig voor de omgang met mantelzorgers? In hoeverre zijn deze vaardigheden reeds aanwezig en waarin is nog scholing nodig?
 - i. In welke gevallen mag er, buiten de cliënt om, overleg zijn met mantelzorgers?
4. Ondersteuning van mantelzorgers: hoe en wanneer is ondersteuning belangrijk?
 - a. Wie signaleert dat en/of vraagt of ondersteuning nodig is?
 - b. Wat moet uw organisatie doen als er behoefte tot ondersteuning bestaat? Denk aan dit checken, overleg, doorverwijzen. Wie moet dat doen?
 - c. Wat zijn mogelijke vormen van ondersteuning? Denk aan: (tijdelijke) overname van de zorgtaken van de mantelzorger door professionals, vrijwilligers of andere mantelzorgers, uitbreiding van het zorgnetwerk met andere professionals, vrijwilligers of mantelzorgers.
 - d. Waaruit bestaat minimale ondersteuning van mantelzorgers door mensen van uw organisatie?
 - e. Wat is het maximum dat bij de thuiszorgorganisatie aan ondersteuning mogelijk is?
 - f. Welke mogelijkheden bestaan voor ondersteuning bij andere lokale organisaties? Wanneer verwijst uw organisatie voor mantelzorgondersteuning door naar andere organisaties?

Hoofdstuk 4. Samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties

4.1 Inleiding

Samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en andere organisaties die betrokken zijn bij de zorg voor ouderen – ook wel inter-organisatorische samenwerking – is van belang vanwege veranderingen in de samenleving; zorgvragen die toenemen in aantal en complexiteit, bezuinigingen, wetgeving, verschuivingen in financieringsstromen, en de differentiatie van diensten (Konings, 2010; Van Wijngaarden, De Bont, & Huijsman, 2006). Door een nieuwe ronde aan bezuinigingen en hervormde wetgeving zal de ondersteuning van mantelzorgers belangrijker worden. Om daarin te voorzien, is samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties vereist. Omdat vanaf 2015 de zorg aan ouderen vooral lokaal georganiseerd zal worden, lijkt er meer dan voorheen ook de noodzaak tot samenwerking tussen thuiszorgorganisaties.

Van voorgaand onderzoek weten we dat samenwerking tussen organisaties vier doelen kan dienen: het verbeteren van de kwaliteit van zorg; uitwisseling van kennis, zowel zorginhoudelijk of van organisatorische aard; versterking van de positie in het veld; en het vergroten van de doelmatigheid van de zorgverlening (Konings, 2010; Van Raak, Paulus, & Mur-Veeman, 2002). Eerder onderzoek liet echter ook zien dat, ondanks de intentie om samen te werken (Elissen, Van Raak, & Paulus, 2011), er ook enkele barrières zijn die samenwerking kunnen belemmeren. Een van deze potentiële barrières is dat mensen in verschillende organisaties en disciplines verschillende doelen nastreven, wat samenwerking bemoeilijkt (Glendinning, 2003; Nies, 2006; Van Wijngaarden et al., 2006). Maar ook binnen organisaties kan het zijn dat mensen in de samenwerking met andere organisaties verschillende doelen nastreven. Zo letten managers op de positie van de organisatie in het lokale veld als ze samenwerking met andere organisaties aangaan, terwijl professionals de zorg aan cliënten voorop stellen. Voor managers wordt een belangrijke rol gezien in het afstemmen van intra-organisatorische processen en inter-organisatorische samenwerking (Nies, 2006).

In dit hoofdstuk beschrijven we de samenwerking van thuiszorgorganisaties met organisaties die betrokken zijn bij informele zorg: organisaties voor vrijwilligers in de zorg, en organisaties voor ondersteuning van mantelzorgers. We bespreken achtereenvolgens de rol van managers, teammanagers en zorgprofessionals in (het ontstaan van) de samenwerking met deze organisaties. Tabel 4.1 geeft een overzicht van deze bevindingen. Het hoofdstuk eindigt

met een checklist voor het opstarten en onderhouden van contact met beide typen organisaties.

Organisaties die vrijwilligers in de zorg leveren en organisaties die mantelzorgondersteuning bieden zijn in veel gevallen verschillende organisaties. Tijdens de interviews vroegen we managers, teammanagers en zorgprofessionals met welke vrijwilligersorganisaties zij samenwerkten en met welke mantelzorgorganisaties zij weleens samenwerkten. In de beantwoording van deze vragen bleek dat medewerkers van thuiszorgorganisaties deze twee typen organisaties lang niet altijd van elkaar onderscheiden. Om die reden maken wij in onze beschrijving hieronder ook geen onderscheid tussen deze typen organisaties.

Tabel 4.1. Samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties

	Managers	Teammanagers	Zorgprofessionals
Fase van samenwerking	‘Nog pril’, heeft meer aandacht.	Oriëntatie, netwerk in opbouw.	Intentie, niet altijd prioriteit; soms regelmatig gedaan.
Barrière/knelpunt voor samenwerking met of inschakelen van...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gebrek zinvolle invulling MDO’s. 2. Gebrek overzicht sociale kaart. 3. Kwaliteit van vrijwilligers. 4. Verantwoordelijkheid voor functioneren vrijwilligers. 	Weinig zicht op organisaties.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gebrek aan overzicht van organisaties & diensten (veelheid aan organisaties). 2. Niet altijd aan vraag voldaan. 3. Tijdgebrek.

4.2 Managers: samenwerking in ontwikkeling

Managers benadrukten het belang van samenwerking met deze vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties. Tegelijkertijd laten uitspraken als ‘het is nog pril’ en ‘nog in ontwikkeling’ zien dat hier recent mee gestart is (tabel 4.1). De samenwerking is op dit moment nog niet optimaal georganiseerd. Dit laatste is een van de oorzaken dat bijvoorbeeld multidisciplinaire overleggen (MDO’s) nog niet altijd als zinvol ervaren worden.

We zitten in MDO’s, dus multidisciplinair overleg. [...] Dat is wel echt heel erg leuk, maar ook wel echt zonde van het geld. Want er zitten toch uiteindelijk heel veel mensen bij elkaar, allemaal hun buurtje, en dan wil je het toch over cliënten hebben... Ik zou het [zo] doen: een deel sociaal met elkaar, zodat je elkaar kent, en dan zeggen “Voor de volgende week gaan we deze cliënten bespreken, wie wil daar bij zijn?” Dus dat het allemaal iets slimmer georganiseerd is. Manager 10-1.

Managers erkennen dat de relatie met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties meer aandacht behoeft. Zo zijn zij zelf, maar ook mensen op de werkvloer lang niet altijd op de hoogte van de sociale kaart van de wijk waarin zorg geleverd wordt. Zelfs als die wel bekend is, zo melden managers, is het niet vanzelfsprekend dat daar iets mee gedaan wordt. Eén reden hiervoor was de moeilijkheid om vrijwilligers te vinden. Eén respondent benoemde nog een ander aspect waardoor thuiszorgorganisaties mogelijk terughoudend zijn in het inschakelen van vrijwilligers: de kwaliteit van hulp die door vrijwilligers geleverd wordt en de verantwoordelijkheid daarvoor.

INT: En als we het nou over vrijwilligers hebben; bijvoorbeeld vanuit een georganiseerd verband, wat is daar je idee over?

Dat vind ik nog een moeilijk punt. [...] Mantelzorg mag alles he? Die mag dus ook de voorbehouden handelingen; die mag injecteren. Of het verstandig is laat ik even in het midden; het mag. Een vrijwilliger, als ik die naar een klant stuur vanuit [onze organisatie], hebben we een gezagsverhouding. Dan heb ik dezelfde verantwoordelijkheid voor een vrijwilliger als voor een medewerker. Dan kan ik natuurlijk wel vastleggen wat-ie allemaal niet mag, maar als het wel gebeurt, ben ik nog steeds verantwoordelijk. Dus dat is een hele interessante discussie. In de thuiszorg vind ik het op z'n minst 'spannend' om vrijwilligers naar m'n klanten te sturen, omdat ik écht niet kan zien wat ze doen. Manager 8-2.

De inzet van vrijwilligers is derhalve beperkt tot activiteiten als het maken van een wandeling, terwijl zij, net als mantelzorgers, eigenlijk meer taken zouden kunnen uitvoeren. Dit komt voornamelijk omdat onduidelijkheid bestaat over wie er verantwoordelijk is voor het functioneren van vrijwilligers; de thuiszorgorganisatie of de vrijwilligersorganisatie. Doordat hierover geen contact is tussen thuiszorg-, vrijwilligers- en overheidsorganisaties, wordt dit 'lastige punt' ook niet besproken en opgelost.

4.3 Teammanagers: beperkt contact met en zicht op aanbod

Ook teammanagers geven aan dat samenwerking met vrijwilligersorganisaties en organisaties die mantelzorgondersteuning geven *in ontwikkeling* is. Zij zijn vooral bezig een netwerk buiten de eigen thuiszorgorganisaties op te bouwen om zo paden voor samenwerking op zorgprofessional- en daarmee cliëntniveau uit te leggen. Ten tijde van de interviews bleken teammanagers vrijwel geen contact met deze organisaties te hebben. Zij gaven aan dat zorgprofessionals wel met dergelijke organisaties in contact stonden, alhoewel dit soms niet helemaal met de praktijk van zorgprofessionals overeen kwam. Sommige teammanagers bekenden dat ze eigenlijk geen zicht hadden op met welke mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties hun eigen zorgprofessionals samenwerkten.

4.4 Zorgprofessionals: samen voor ondersteuning zorgen

Wat betreft het inschakelen van vrijwilligers zagen we grote verschillen tussen zorgprofessionals, ook binnen thuiszorgorganisaties. Bij afwezigheid van familie, vrienden of burens, schakelden sommige zorgprofessionals weleens vrijwilligers in voor het doen van boodschappen, het geven van begeleiding, hulp bij administratie of gezelschap voor een oudere. Daarnaast werden vrijwilligers soms ook ingeschakeld om mantelzorg te ondersteunen.

Ja, bijvoorbeeld: ik herinner me een echtpaar waarvan de man compleet bedlegerig was en die vrouw moest gewoon af en toe naar de tandarts, of naar de kapper, of boodschappen doen, of een middagje vrij, dan schakelden we [organisatie A] in. Zorgprofessional 2-8

Er was echter ook een grote groep die aangaf dit nooit te doen. Net als met het inschakelen van mantelzorg leek een aantal zorgprofessionals zich tijdens het interview te realiseren dat ze dit meer konden doen. Anderen zouden wel willen, maar gaven aan dat *gebrek aan tijd* het tot stand brengen van samenwerking met andere organisaties of zelfs het krijgen van overzicht verhinderde. We zagen dit ook al met betrekking tot het contact met mantelzorgers.

We hebben zo'n werkconferentie gehad. Toen zei iemand: 'jullie moeten gaan netwerken. Dat je elkaar kent en weet wat de één doet en wat de ander doet'. Alleen: daar hebben we helemaal geen tijd voor. Zorgprofessional 3-1

Nabijheid van vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties bleek belangrijk voor de bekendheid van het aanbod en het gebruik hiervan. Zo waren een aantal zorgteams gehuisvest in een centrum met andere zorg- en welzijnsorganisaties, in de wijk. Deze zorgprofessionals leken meer bekend met het aanbod van andere organisaties dan professionals die in een eigen pand of niet in de wijk gehuisvest waren. De profilering door mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties zelf was eveneens van belang, omdat dit zorgprofessionals bewust maakt van het bestaan en de mogelijkheden van een organisatie. Zorgprofessionals geven daarbij aan dat het wel van belang is dat ook zij dit regelmatig expliciet onder de aandacht van professionals brengen.

Het contact met mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties was desalniettemin minder gericht op specifieke organisaties dan samenwerking met andere thuiszorgorganisaties, zoals hieronder weergegeven.

Ik bel af en toe wel eens voor een bepaalde cliënt... 'Goh, kunnen jullie wat betekenen voor die cliënt van ons?'

INT: Maar zijn dat dan vrijwilligersorganisaties, of...?

Ja. Er zijn er een paar in Amsterdam. Dan Google ik eventjes. Ik heb ook een paar visitekaartjes. Het ligt een beetje aan in welk gebied ze zitten. Soms kunnen ze wel wat betekenen en soms niet. [...] Voorheen hadden we [organisatie X], geloof ik. Maar die heet nu anders dacht ik, ik weet niet meer precies. Dus ik ben niet zo heel goed op de hoogte nu.

Ik was laatst in [verzorgingshuis], en in de hal zag ik ook een foldertje liggen van een vrijwilligersorganisatie. Die neem ik dan mee. Zo heb ik hier nog een aantal foldertjes liggen. En als er wat bij een cliënt speelt dan haal ik die foldertjes bij elkaar en dan ga ik eens kijken en bellen. Zorgprofessional 4-3

MDO's werden vaak beschreven als zinvolle bijeenkomsten om bekend te raken met het aanbod van andere vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties en voor eventuele toekomstige raadpleging. De noodzaak hierbij blijkt ook uit onderstaand citaat:

Daarmee is het veel inzichtelijker wat andere partijen doen. Soms vind ik het moeilijk om van andere partijen precies te weten wat hun rol in de zorgverlening in het algemeen is. [...] Moet ik iets bij iemand willen gaan inzetten, dan vind ik dat soms moeilijk om te bedenken. En dan ook te bedenken van welk... Stel er zijn drie organisaties die begeleiding bieden, welke organisatie zou dan beter bij een cliënt passen? Dat vind ik nu al helemaal moeilijk om te zeggen. Zorgprofessional 8-5

Waar bekendheid van belang is voor het ontstaan van samenwerking, is omgekeerd onbekendheid met het aanbod van andere organisaties oorzaak voor een barrière voor samenwerking. De *veelheid aan vrijwilliger- en mantelzorgorganisaties* werd meer dan eens als bemoeilijkende factor genoemd om een overzicht van hun aanbod te krijgen (tabel 5.1). Soms werd letterlijk aangegeven dat 'door de bomen het bos niet meer te zien is', en dat dit een barrière oplevert om überhaupt een organisatie te benaderen.

Ook daarvoor geldt: niks menselijks is [ons] vreemd. Volgende week staat er iemand van de MS-belangenvereniging, en volgende week staat er iemand van het landelijk consumentenplatform. Daarna staat er weer iemand van hutjeopdehei.nl om overal aandacht voor te hebben. Aandacht voor de ouderenmishandeling, aandacht hebben voor meldpunt huppelepup... het is zo'n enorme brei. [...] En daardoor wordt er te weinig mee gedaan. Zorgprofessional 6-1

Zorgprofessionals die in het verleden wel contact hadden met vrijwilligersorganisaties, hadden daar niet altijd goede ervaring mee: vrijwilligersorganisaties konden *niet altijd voldoen aan de vraag van een zorgprofessional* (als die specifieke wensen voor een vrijwilliger heeft). De vraag is of dit wellicht gerelateerd is aan de veelheid aan organisaties; als elke vrijwilligersorganisatie een klein bestand vrijwilligers heeft en een professional belt net die paar organisaties die niet 'hebben' wat een professional zoekt, dan wordt de zoektocht wellicht opgegeven en lijkt die te vergeefs. In het ergste geval wordt in de toekomst geen nieuwe zoektocht ondernomen, die kostbare tijd besteden zij liever aan de zorg.

4.5 Conclusie

De noodzaak van samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties werd breed onderschreven. Door bijna alle respondenten werd tegelijkertijd erkend dat dit meer aandacht behoeft. Het was dan ook vaak ten onrechte als managers en teammanagers er vanuit gingen dat zorgprofessionals contact hadden met dergelijke organisaties. Zorgprofessionals keken wel meer over de grenzen van de organisatie heen, maar hadden tegelijkertijd moeite om door de bomen het bos te zien. Structurele samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties was derhalve gering. In de beperkte tijd die zorgprofessionals hadden, was proactief samenwerking opzoeken vooralsnog veelal ondergeschikt aan andere zaken. Ons idee is desalniettemin dat juist het effectief inzetten van vrijwilligers, zorgprofessionals en bovendien ook mantelzorgers, zou kunnen ontzien. De volgende vragenlijst geeft aan welke zaken overdacht kunnen worden om tot een betere samenwerking met deze typen organisaties te komen.

Box 4.1 Vragenlijst: samenwerking met vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties

De vragenlijst heeft de bedoeling u aan te zetten tot het formuleren van een (gezamenlijke) visie en aansluitende werkpraktijken als het gaat om samenwerking met vrijwilligers- en/of mantelzorgorganisaties, en kent geen goede of foute antwoorden.

Beantwoord de vragen en probeer zelf tot een argumentatie te komen waarom u tot dit antwoord komt. Vraag of de medewerkers in uw organisatie voor wie dit ook relevant is dezelfde vragen beantwoorden. Bespreek de antwoorden in een overleg. Individuele vragen kunnen ook in een teamoverleg besproken worden.

Samenwerking met vrijwilligers- en/of mantelzorgorganisaties: overzicht?

1. Is er binnen de organisatie (of het team) een overzicht van de vrijwilligersorganisaties en organisaties die mantelzorgondersteuning bieden?
2. Welke diensten zijn vooral bij vrijwilligersorganisaties te vinden? Wat is het aanbod van organisaties die mantelzorgondersteuning bieden?
3. Met welke vrijwilligers- of mantelzorgorganisaties werkt u samen? Waarom deze organisatie(s)?
4. Met welke vrijwilligers- of mantelzorgorganisaties werken anderen samen?
5. Schakelt u een dergelijke organisatie in, of verwijst u (enkel door)?
6. Met welke doel wordt een vrijwilligers- of mantelzorgorganisatie ingeschakeld?
7. Wie is er verantwoordelijk voor het functioneren van vrijwilligers die door uw organisatie zijn ingezet?
8. Zijn er andere vrijwilligersorganisaties overwogen? Waarom viel de keus niet op hen?
9. Is het mogelijk, zinvol en/of noodzakelijk om het aantal vrijwilligers- of mantelzorgorganisaties waarmee wordt samengewerkt uit te breiden? Hoe en door wie kan dat gedaan worden?
10. Wat is de verantwoordelijkheid van anderen *buiten* uw organisatie in het ontstaan van samenwerking tussen uw organisatie en vrijwilligers- en mantelzorgorganisaties?
11. Zijn er restricties (bijvoorbeeld als gevolg van nationale of lokale wet- en regelgeving) die het aangaan samenwerking bemoeilijken/verhinderen? Zo ja, hoe kunnen deze worden overkomen? Welke actie kan uw organisatie daartoe ondernemen?

Hoofdstuk 5. Samenwerking met andere thuiszorgorganisaties

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk brengen we de samenwerking tussen thuiszorgorganisaties onderling in kaart en beantwoorden de vraag: *waarom, hoe en met wie werken managers, teammanagers en zorgprofessionals samen met andere zorgorganisaties?* Met het beantwoorden van deze vraag bieden we inzicht in de wijze van samenwerking en de redenen voor samenwerking tussen thuiszorgorganisaties. Ook laten we zien hoe *binnen organisaties* taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot *inter-organisationale* samenwerking op dit moment zijn verdeeld en afgestemd. Hierbij onderscheiden we wederom managers, teammanagers en zorgprofessionals. In tabel 5.1 geven we een kort overzicht van de bevindingen met betrekking tot het doel van samenwerken, de selectie van een samenwerkingspartner, de wijze van samenwerking en de ervaren knelpunten.

5.2 Managers: oriënteren op samenwerken

5.2.1 Eerlijk zullen we alles delen?

Managers hebben verschillende doelen om contact met andere *thuiszorgorganisaties* op te zoeken (zie tabel 5.1). Samenwerking met andere thuiszorgorganisaties is een van de eisen om voor aanbesteding in aanmerking te komen. Het *voldoen aan die eisen voor de aanbesteding* was daarmee soms een reden om samenwerking met andere organisaties op te zoeken. Het gevolg is dat dit soms een doel op zich leek, en het ‘enkel’ het belang van de organisatie diende.

Je moet kunnen aantonen dat je bijvoorbeeld hier samenwerking hebt met de huisartsen. Of met een ziekenhuis. Of dat je lid bent van een netwerk dementie. Of van een palliatief platform. Nee, dat vragen [aanbesteders] heel duidelijk. Manager 4-1

Ook noemden managers, al dan niet expliciet, dat *financiële belangen* en de toekomst van de organisatie een belangrijke reden is om bij overleggen waarbij meerdere thuiszorgorganisaties zijn aan te schuiven:

Je ziet toch dat iedereen nu langzaam begint te verschuiven; iedereen duikt daar toch vanuit een eigenbelang op. We willen ook wel daar aan tafel zitten, want als we daar maar zitten, dan komt er iets uit voort; dan krijgen wij klanten. Dat is natuurlijk een beetje het

idee. Langzaam zie je nu: we hebben wel door dat samenwerking een vereiste is om verder te komen. Dat vind ik overigens ook. Manager 8-1

‘Verder komen’ kon onder andere door te inventariseren wat andere thuiszorgorganisaties aan diensten hadden. Op basis daarvan was het dan mogelijk om de eigen taken af te bakenen. Ondanks dat de *taakafbakening* vaak door organisaties individueel, zonder verder onderling contact, gedaan werd, kwam dit aan bod in antwoord op de vraag wat het doel van samenwerking was. Enkele managers beschreven hoe taakafbakening en de mogelijkheid dat organisaties zich *specialiseren*, inderdaad aan daadwerkelijke samenwerking voorafgaat. Het dwingt organisaties namelijk om een einde aan concurrentie te maken en draagt eraan bij organisaties dat ‘elkaar weer opzoeken’ om zorg te delen door beide een dienst te geven waarin men dan gespecialiseerd is. Volgens andere managers leidde taakafbakening tot differentiatie van diensten, wat de kwaliteit van zorg niet ten goede komt. Samenwerking zou dan ook tot doel moeten hebben om *zorg af te stemmen* en te kijken naar hoe verschillende typen zorg bij één organisatie te *integreren* zijn, om zo te voorkomen dat er meer organisaties dan nodig bij een cliënt thuis komen.

Het feit dat organisatiebelangen vaak doorklinken in overleggen of de motivatie om daaraan deel te nemen, stoort enkele managers en vormt voor hen een reden om niet meer aan te schuiven. Zij zouden liever zien dat de *kwaliteit van de geleverde zorg* aan cliënten voorop staat.

Ja, het is ook schandalig waar al die gesprekken over gaan. Ik bedoel: er is een taal ontwikkeld die helemaal niet meer gaat over wat je bij cliënten voor elkaar zou moeten brengen. Die bestuurders of managers [van andere organisaties] zitten met een heel ander belang aan tafel. Die zitten over het algemeen vanuit het belang “Hoe zorg ik dat ik voor mijn organisatie het nodige binnenhaal?” Manager 2-1

Tot slot werd *kennisdeling en -vergaring* een belangrijk doel geacht om contact met andere organisaties te zoeken. Op managementniveau gaat kennisdeling vooral over het organiseren van werkprocessen. Volgens onderstaande manager zou dat meer moeten gebeuren:

En dat is ook heel leuk, om daar mee te sparren en te kijken hoe [zij] dat doen. Ik ben ook altijd van het knippen en plakken. Maar ook van het delen. We hebben het al zo druk, dus vind niet steeds het wiel steeds opnieuw uit. [...] Ik denk dat het alleen maar... [kennis delen] is niet ouderenzorg-eigen. Iedereen zit zo op z’n eilandje... [kennis delen] moét gewoon! Hoe leuk is dat, om samen te werken en dingen te kunnen delen?! [...] Je kan elkaar zó versterken. En gewoon gunnen. Dat is ook nog niet helemaal... Manager 1-1.

5.2.2 Bekend maakt bemind: met wie en op welke wijze werken managers samen

Uit antwoorden op de vraag met welke andere thuiszorgorganisaties managers daadwerkelijk contact hadden, bleek dat contact vooral bestond met oud-collega's die bij een andere organisatie werkten. Het laagdrempelige contact met 'oude bekenden', wat de bereidheid tot kennisdeling vergrootte, bestond vaak uit het uitwisselen van kennis van werkprocessen.

Als thuiszorgorganisaties samen zorg voor cliënten deelden, was dat vaak met organisaties die *dezelfde visie op zorgverlening* hadden. Daardoor hadden cliënten, volgens onze respondenten, soms niet eens door dat er verschillende organisaties over de vloer kwamen. Het delen van zorg op deze wijze zorgde daarnaast vaak voor een wederzijdse afhankelijkheid en kwam de betrokken organisaties en hun cliënten ten goede:

INT: Je noemde bijvoorbeeld [organisatie A] al een keer, dat je samen [voor cliënten zorgt]...
Ja. Heel belangrijk voor ons. Zonder [organisatie A] en [organisatie B], zouden wij geen werk hebben, en zouden hun teams overvol zitten en zouden hun cliënten geen goede zorg krijgen. [Organisatie X] helpen wij op onze beurt dan weer om hun weer kennis te geven van hoe wij werken, zodat ze daar van kunnen leren. Manager 10-1.

Een dergelijk samenwerkingsverband was vaak geformaliseerd door middel van een onderaannemerschap; organisatie X heeft bijvoorbeeld een aanbesteding voor lichte persoonlijke verzorging of huishoudelijke hulp, maar niet genoeg mensen om dat te leveren, daarvoor wordt dan een andere organisatie ingeschakeld die wordt uitbetaald door organisatie X. Deze vorm van samenwerking speelt zich echter feitelijk op de werkvloer af.

In antwoord op de vraag op welke wijze er samenwerking is, beschreven veel managers dat hun organisatie mee doet aan 'experimentele samenwerkingsvormen', zoals de proeftuinen in Amsterdam. Daarbij valt het op dat het over de grenzen van de eigen organisatie kijken vaak nog in een *verkennende fase* is. Deze samenwerkingsinitiatieven waren volgens veel managers zinvol omdat zij daardoor inzicht kregen in de diensten van andere organisaties. Op basis daarvan konden dan de eigen diensten afgebakend worden. Samenwerking bestond derhalve uit het – al dan niet in direct overleg – afstemmen van wie welk type zorg levert. Daarnaast bleek dat managers er nog niet helemaal uit zijn of andere organisaties nou samenwerkingspartner of concurrent zijn, wat een *barrière voor de totstandkoming van samenwerking* kan vormen: "We hebben ook een concurrentieanalyse laten maken, of je zou ook kunnen zeggen "wat zijn potentiële samenwerkingspartners?" (Manager 8-1)'. Dat laatste lijkt een meer constructieve houding voor de totstandkoming van samenwerking.

Tabel 5.1. Samenwerking met thuiszorgorganisaties

	Managers	Teammanagers	Zorgprofessionals
<p>Doel/motief van samenwerking</p> <p><i>Waarom/waarvoor er contact met andere thuiszorg-organisaties is.</i></p>	<p>1. Voortbestaan organisatie</p> <p>a. Financiële belangen</p> <p>b. Voldoen aan eisen aanbesteding</p> <p>c. Taakafbakening: specialiseren</p> <p>2. Kwaliteit van zorg</p> <p>a. Taakafstemming: integreren</p> <p>3. Kennisdeling en – vergaring: niet zelf het wiel uitvinden</p>	<p>1. Afstemming zorgproces d.m.v. taakafbakening: specialiseren</p> <p>2. Profilering organisatie</p> <p>3. Kennisdeling: organisatorisch</p>	<p>1. Voldoen aan zorgvraag cliënt, daartoe:</p> <p>a. uitwisseling zorginhoudelijk kennis: van elkaar leren</p> <p>b. uitwisseling mensen</p> <p>c. uitwisseling diensten: elkaar aanvullen</p>
<p>Keuze specifieke thuiszorgorganisatie</p>	<p>1. ‘Oude bekenden’</p> <p>2. Zelfde visie op zorglevering</p>	<p>1. ‘Oude bekenden’</p> <p>2. Zelfde werkwijze (zelfde structuur, organisatorisch)</p>	<p>1. Bekendheid met organisatie en mensen</p> <p>2. Goede ervaringen uit het verleden</p> <p>3. Zelfde visie op zorgverlening</p>
<p>Wijze van samenwerking</p>	<p>Weinig structurele samenwerkingsverbanden. Fase voorafgaand aan samenwerking, verkenning ‘wie doet wat?’</p>	<p>Weinig structurele samenwerkingsverbanden. Fase voorafgaand aan samenwerking, ‘nog in opbouw’.</p>	<p>Ad hoc: indien nodig, veelal rondom zorgvraag cliënt. Beide i.p.v. samen zorg verlenen, weinig contact (nodig).</p>
<p>Barrière/knelpunt voor samenwerking (of contact)</p>	<p>1. Concurrent of samenwerkingspartner?</p> <p>2. Terughoudendheid</p> <p>3. Verschillende ideeën over doel samenwerking.</p>	<p>1. Concurrentie?</p> <p>a. Terughoudendheid delen kennis.</p>	<p>Tijdens zorg: niet altijd zicht op hulp die andere organisatie aan specifieke cliënt levert.</p>

5.3 Teammanagers: nog buiten gebaande paden gaan

5.3.1 Samenwerking voor afstemming, afbakening, leren en profilering

Als teammanagers andere thuiszorgorganisaties opzoeken is dat veelal met een van de volgende drie doelen: *afstemming van het zorgproces door middel van afbakening van typen hulp (tussen organisaties), profilering van de eigen organisatie, en leren van elkaar*. Dit komt grotendeels overeen met de doelen die we bij managers zagen (zie tabel 5.1). Daarbij speelt de

lange termijn meer een rol en is het waarborgen van goede kwaliteit van zorg voor cliënten (indirect en deels) het einddoel.

Als teammanagers contact leggen met andere thuiszorgorganisaties om het zorgproces af te stemmen, is de directe link met het leveren van goede kwaliteit van zorg te zien. Teammanagers stemmen niet de zorglevering voor specifieke cliënten af, maar oriënteren zich op de diensten en zorgtypen die andere thuiszorgorganisaties leveren. Deze oriëntatie gaat aan het afstemmen vooraf.

Ja, kennisuitwisseling; je bent altijd wel ietwat voorzichtig natuurlijk. Je laat ze niet helemaal binnenkijken in je eigen keuken. Nee, maar je bespreekt wel in grote lijnen 'Hoe kun je het rondom een cliënt wat makkelijker, wat overzichtelijker, beter maken'. Ook dat we van elkaar moeten weten wat we doen. En dat is heel lastig. [...] Zo jammer. Er wordt zo weinig geschakeld onderling. Teammanager 6-1

Veel teammanagers delen het idee dat de onderlinge afstemming van diensten beter kan, maar zoals in bovenstaande quote waren velen naar eigen zeggen tegelijkertijd terughoudend in het delen van kennis. Dat was dan veelal ingegeven door organisatiebelangen en angst voor concurrentie. Weten wat andere thuiszorgorganisaties doen droeg er volgens andere teammanagers echter juist toe bij dat er uiteindelijk een beter zorgaanbod geleverd kan worden. Die kennis maakt het namelijk mogelijk om het aanbod van de eigen organisatie aan te passen en zo verschillende typen zorg per organisatie af te bakenen. Deze afbakening is iets wat iedere organisatie voor zich doet, maar wel op basis van het aanbod van andere thuiszorgorganisaties. Een dergelijke afbakening kan vervolgens tot nieuw contact leiden, omdat niet iedereen alle zorgtypen levert en de zorg voor cliënten gedeeld kan worden.

INT: Maar je hebt dus feitelijk je eigen niche?

We zijn in het verleden echt bewust gestopt met de nachtzorg, omdat we merkten dat dat [ons] geld kostte. Dan bel je [andere organisatie] en zeg je 'Jullie doen het wel al; willen jullie onze klanten erbij hebben? Want wij stoppen er mee'. Nou, iedereen weer gelukkig. Wij zijn het verlies kwijt, en zij hebben er klantjes bij en draaien hun pakket vol. Ik denk dat je dat ook een beetje met elkaar zo moet bekijken, en eerlijk in moet zijn. Teammanager 8-1.

Ondanks dat enkele teammanagers enigszins *terughoudend* zijn met delen wat hun organisatie aan diensten heeft, lijkt van competitie weinig sprake. Over concurrentie wordt vooral gezegd dat het 'een organisatie scherp houdt' en dat ze andere thuiszorgorganisaties als 'collega-concurrenten' zien. Contacten met andere thuiszorgorganisaties werden ook aangegaan om *kennis uit te wisselen* en zo *van elkaar te leren* wat betreft intra-organisationale processen.

Naast thuiszorgorganisaties hebben teammanagers ook contact met huisartsen en de gemeente en/of stadsdeel. Het merendeel laat bij beide, naar eigen zeggen, steeds vaker ‘het gezicht even zien’ met als doel om de *organisatie te profileren*. Zo biedt het afstemmen van doelen met het stadsdeel feitelijk de mogelijkheid om te laten zien waar de organisatie voor staat en dat het dezelfde doelen nastreeft. Huisartsen werden veelal gezamenlijk met een verpleegkundige opgezocht. Een evaluatiemoment werd dan meteen gebruikt om het contact aan te halen voor de toekomst, in de hoop dat daar doorverwijzingen uit volgen.

5.3.2 Samenwerking met wie en hoe: in opbouw

Net als bij managers was contact vaak informeel en met bekenden; *met oud-collega's* die bij een andere thuiszorgorganisatie werken, met mensen waarmee in het verleden naar tevredenheid is samengewerkt of tussen mensen die elkaar in een georganiseerd verband eerder ontmoet hebben. Teammanagers in grote organisaties leken zich vooral te wenden tot teammanagers in organisaties die er een vergelijkbare wijze van organiseren op nahielden.

Er zijn ook heel veel kleine bureautjes, daar heb ik nooit zo heel veel vertrouwen in, eigenlijk.[...] Plotseling was er weer iemand anders aan het werk en als ik dan diploma's vroeg, dan duurde het heel lang. [...] Nou, dan ben ik er wel gauw klaar mee. Het moet wel verantwoorde zorg zijn. Dan denk ik: '[Organisatie A, organisatie B], die moeten allemaal aan dezelfde voorwaarden voldoen'. Dus ik vraag dat ook wel eens: 'Hoe hebben jullie dit geregeld, of dat?' Dat vind ik gewoon handig. Teammanager 4-1

Ondanks de contacten en samenwerkingsverbanden die er al zijn, gaven vrijwel alle teammanagers aan dat samenwerking of vooral de oriëntatie daarop, een proces is dat recent op gang is gekomen. Samenwerking, zo zeggen velen, is ‘nog in ontwikkeling’ ‘nog in opbouw’, of ‘wordt aan gewerkt’. Onder verwijzing naar de huidige ontwikkelingen in het zorgstelsel, stellen veel teammanagers dat samenwerking met andere organisaties de laatste jaren een belangrijkere rol is gaan spelen én in de toekomst aan belang zal toenemen. Het is een nieuw onderdeel in hun dagelijkse werkzaamheden dat er eerder niet of een stuk minder was. Met wat teammanagers zelf omschreven als het aanhalen van contacten of netwerken, leken zij zich dan ook in een stadium voor daadwerkelijke samenwerking te bevinden. Anders gezegd: elkaar kennen is een voorwaarde om samen te kunnen werken.

5.4 Zorgprofessionals: overzicht om samen te kunnen zorgen

5.4.1 Samen voor goede zorg zorgen: waarom en met wie

Voor zorgprofessionals was het meest genoemde doel van contact met een andere thuiszorgorganisatie, *het voldoen aan de zorgvraag van een cliënt*. Een gebrek aan capaciteit in de eigen thuiszorgorganisatie om die zorgvraag te kunnen beantwoorden vormt dan de directe aanleiding. Voorbeelden zijn: afwezigheid van kennis om een bepaalde handeling te kunnen/mogen uitvoeren, geen capaciteit qua mensen en/of tijd, een type hulp/dienst is nodig die de eigen organisatie niet levert (zie tabel 5.1).

[S]oms wil ik ook gewoon weten hoe [organisatie X] dat bijvoorbeeld doet. Kijk ik gewoon op internet bij ze. Ik spreek wel eens meiden die daar werken, die ik persoonlijk ken. Dan ga ik vragen ‘Werken jullie daar ook mee, hoe doe jij dat dan?’ Dat je toch gewoon op de hoogte blijft. Zorgprofessional 1-2

INT: Andere thuiszorgorganisaties bijvoorbeeld, heb je daar contacten mee?

Ja, soms als je geen plek hebt. Dus om mensen door te verwijzen. En natuurlijk om huishoudelijke hulp aan te vragen. [Organisatie X] werken we wel regelmatig mee samen omdat zij een ander stukje kunnen doen, of een paar uur per dag daar zijn, bijvoorbeeld. [...]

INT: Worden jullie wel eens benaderd door andere thuiszorgorganisaties?

Ja. Als mensen een pompje krijgen met morfine of dormicum of iets dergelijks er in, en zij kunnen zelf die zorg niet geven, dan worden wij wel eens ingeroepen; dat komt voor. Dus medisch-technische handelingen. Zorgprofessional 2-4

Bekendheid met de diensten en mensen zijn bepalend voor het inschakelen van specifieke thuiszorgorganisaties. Zoals uit onderstaande citaten blijkt, gaat dit gepaard met goede ervaringen uit het verleden en een gedeelde visie op zorglevering. Andersom leiden minder goede ervaringen én/of een andere wijze van zorglevering, er vaak toe dat een zorgorganisatie (niet) meer benaderd wordt.

[E]r zit bijvoorbeeld [organisatie X] of wat dan ook aan huishoudelijke hulp in, en dat bevalt ons dan echt niet – dat elke week een ander komt, of twee keer in de week iemand anders, of dat afspraken niet worden nagekomen. Dan denk ik ‘We kunnen ook [organisatie Y] inschakelen’. Zorgprofessional 2-5

We kennen die mensen. Ze werken op dezelfde manier als wij doen, dus we begrijpen elkaar ook heel goed. Ze zijn ook altijd wel goed bereikbaar, goed aanspreekbaar. Als je vragen hebt vinden ze het helemaal niet erg om daarbij te helpen. En omdat we ook het meest contact met ze hebben en de meeste cliënten met ze delen. Want met andere

organisaties hebben we niet zo'n persoonlijke samenwerking. Veel meer op papier, of dat we elkaar afwisselen – maar niet zozeer dat we het samen doen. Zorgprofessional 10-1

5.4.2 Wijze van samenwerking: zonder contact samen zorgen?

Als een andere thuiszorgorganisatie wordt ingeschakeld, bijvoorbeeld voor het geven van huishoudelijke hulp, dan hebben zorgprofessionals soms onderling contact over de behoefte van de cliënt en de afstemming van taken. Het meest gebruikte communicatiemiddel voor eventuele verdere communicatie was een logboek dat bij cliënten thuis ligt.

Maar er was niet altijd contact. Soms wisten zorgprofessionals alleen dat een andere organisatie ook nog (een ander type) hulp verleende bij een cliënt, zonder bekend te zijn met de hulpverleners of het type en de omvang van de hulp die gegeven werd. Het kwam echter ook voor dat zorgprofessionals niet op de hoogte waren van dat een andere organisatie ook hulp leverde, maar werd dat uit onze vragen duidelijk. Of was het aan het licht gekomen omdat er een conflict was geweest:

Ik had laatst een akkefietje [tussen] iemand van de verpleging van een andere organisatie en een teamlid van mij. Dan denk ik 'O, heeft die verzorging en verpleging dan?' Dat staat bij ons niet geregistreerd.

INT: Vind je dat dat moet?

In principe wel. Ja. Soms weet ik niet eens wat er met de klant aan de hand is. Een klant kan bij wijze van spreken inderdaad verzorging en verpleging hebben, en dan weten wij dat niet eens, als het een andere organisatie is. Soms is het wel belangrijk. Zorgprofessional 3-10

Als de zorg 'gewoon loopt' is communicatie minder nodig. Tegelijkertijd is het gebrek aan contact tussen huishoudelijke hulp en verpleging/verzorging opvallend, aangezien meerdere zorgprofessionals aangaven dat huishoudelijke hulpen vaak de meest frequente bezoekers van ouderen zijn en een signalerende functie hebben. Als huishoudelijke hulp en verpleging/verzorging niet van elkaar weten dat de ander ook zorg aan een oudere verleent, lijkt die functie verloren te gaan.

Met huisartsen is er in het algemeen wel contact; al verschilt de frequentie per zorgprofessional. Sommigen namen contact op als een cliënt in zorg komt, anderen spraken de huisarts alleen als er veranderingen in de zorgsituatie zijn. Enkele zorgprofessionals gaven aan dat communicatie met huisartsen soms moeizaam verloopt, door hun beperkte bereikbaarheid. Andersom draagt directe bereikbaarheid van zowel professional als huisarts bij aan constructieve communicatie en, indien nodig, de mogelijkheid tot snelle afstemming en aanpassing in de zorglevering. Voor veel zorgprofessionals is het onderhouden van direct,

persoonlijk contact met huisartsen bovendien erg belangrijk omdat cliënten vaak door de huisarts naar de thuiszorgorganisatie worden doorverwezen.

5.5 Verantwoordelijke(n) voor samenwerking organiseren: wij/zij?

Uit de interviews bleek dat voor veel respondenten eigenlijk niet duidelijk was wie er binnen de organisatie verantwoordelijk was voor de totstandkoming van samenwerking. Daarbij zagen we ook dat er binnen thuiszorgorganisaties verschillende ideeën over bestonden en dat er geen concrete richtlijnen voor waren. Van de managers achtte een deel zichzelf verantwoordelijk.

INT: Geldt dat ook voor de samenwerking met andere organisaties? Dat dat meer moet gaan gebeuren?

[fluisterend] Ik denk dat wij toch allemaal veel meer moeten doen. Ja, zeker. Ik bedoel: er wordt natuurlijk heel vaak mooi beleid geschreven. En daarna wordt het ook misschien wel even ingezet, maar het wordt vaak niet geborgd. [...]

INT: Wie heeft de verantwoordelijkheid daarvoor?

Bij ons. Mijn laag, denk ik. Manager 1-1.

Maar niet alle managers deelden deze visie. Zo waren er ook managers die het maken van afspraken omtrent samenwerking als een taak voor de Raad van Bestuur zagen, terwijl weer anderen de verantwoordelijkheid hiervoor bij teammanagers of zorgprofessionals legden. Dit laatste omdat zorgprofessionals veelal meer bekend zouden zijn met de omgeving van waar zorglevering plaatsvindt.

Teammanagers waren zich lang niet altijd bewust van de verantwoordelijkheid met betrekking tot inter-organisationale samenwerking die hen vaak door zowel managers als zorgprofessionals werd toegeschreven. Sommige teammanagers wezen net zo makkelijk naar managers en/of zorgprofessionals. Een deel gaf wel aan dat zij (zoals gezegd recentelijk) begonnen waren met het opbouwen van een netwerk. Een groter deel stelde echter dat samenwerking vooral tussen zorgprofessionals plaatsvond, waarmee indirect de verantwoording bij die groep wordt gelegd. In dat kader is interessant dat er ook enkele zorgprofessionals waren die het organiseren van samenwerking niet als een van hun taken/verantwoordelijkheden zag.

Dit gebrek aan eenduidigheid, wat we vaak binnen organisaties zagen, kon twee gevolgen hebben. In sommige organisaties leek niemand zich erg verantwoordelijk te voelen. Managers die het 'organiseren van samenwerking' niet als hun taak zagen, waren over het algemeen enigszins ambivalent over samenwerking en toonden een afwachtende houding. Dat

gold ook als zij kritiek hadden op eventuele samenwerkingspartners. Zo was één manager ontevreden over het feit dat huisartsen de thuiszorg, en dan specifiek haar organisatie, te laat inschakelden als een oudere zorg nodig had. In antwoord op de vraag of er contact was met huisartsen om dit op te lossen was het antwoord:

Niet dat ik weet.

INT: Bij wie ligt die verantwoording?

In eerste instantie bij de huisartsen zelf. Maar ik denk dat er ook een grote verantwoordelijkheid bij het zorgkantoor ligt. Manager 1-2.

Het andere gevolg van een gebrek aan eenduidigheid was dat er op verschillende lagen wel initiatief tot samenwerking genomen werd, maar dat er met verschillende organisaties afspraken werden gemaakt zonder daar binnen de organisatie over te communiceren. Als managers en/of teammanagers de paden voor samenwerking uitleggen, lijkt het van belang dat er binnen organisaties afstemming plaatsvindt over met welke organisaties er reeds contacten bestaan. Dit gebeurt nog niet altijd:

Dat zien we ook wel bijvoorbeeld met welzijn, dat er op besturend niveau een soort 'gentlemen's agreement' is om – waar het kan – heel veel met een bepaalde welzijnsinstelling te doen. Dat wordt bij [onze organisatie] dan intern wat minder nadrukkelijk gecommuniceerd dan bij die welzijnsinstelling. Dat kan er toe leiden dat mensen in de wijk elkaar tegenkomen en dat die welzijnswerker beweringen doet over wat [onze organisatie] voor hem betekent, maar waar [onze] medewerker niks van weet. Snap je? [...] Dus het is wel goed om dat op alle lagen van de organisatie goed te laten doorklinken. Manager 3-2.

Tot slot zien sommige managers een rol voor de gemeente in het samenbrengen van organisaties. Als de gemeente of het stadsdeel initiatief voor het samenbrengen van organisaties neemt, is de waardering hiervan echter lang niet altijd positief. Volgens geïnterviewde managers gaf de gemeente weinig richting en kon een volgend samenwerkingsinitiatief andere organisaties samenbrengen. Bovendien betrok de gemeente lang niet altijd 'de juiste' organisaties volgens enkele respondenten. Desalniettemin hadden lang niet alle managers die wij spraken contact met de gemeente. Sommige wachtten af of zagen er het nut niet van in, terwijl weer anderen de gemeente juist probeerden te adviseren, omdat die laatste ook oriënterende was wat betreft de beste organisatie van de zorg. Deze laatste houding lijkt het meest constructief.

5.6 Conclusie

Het belang van samenwerking tussen thuiszorgorganisaties werd over het algemeen erkend, maar was ten tijde van het onderzoek vaak nog in ontwikkeling. Veel managers en teammanagers leken vooral nog in een oriënterende fase die vooraf ging aan het aangaan van daadwerkelijke samenwerkingsrelaties. Bij veel managers en teammanagers stonden lange termijn (financiële) organisatiebelangen voorop. Dit en onzekerheid over de aanstaande hervormingen en de toekomst van de organisatie leidde soms tot enige terughoudendheid in de uitspraken. Bij zorgprofessionals woog het belang van de cliënt zwaarder dan eventuele belangen van de organisatie. Concrete samenwerking, die vaak ad hoc tot stand kwam, was dan altijd naar aanleiding van de zorgvraag van een cliënt.

Gezien de verschillende doelen die zij nastreven, is het niet verwonderlijk dat managers, teammanagers en zorgprofessionals over andere zaken contact hebben met mensen van andere organisaties. We zagen echter ook dat de keuzes voor specifieke thuiszorgorganisaties tussen deze functieniveaus verschilden. Er lag geen duidelijke richtlijn met welke organisaties wel of niet kon worden samengewerkt, zodat de uiteindelijke keuze aan de individuele zorgprofessional werden overgelaten.

In twee organisaties viel samenwerking met andere organisaties onder de verantwoordelijkheid van relatief autonome zorgprofessionals. Deze verantwoordelijkheid werd dan concreet ingevuld met de uitwisseling van diensten en mensen, alsook de inzet van vrijwilligers, wat dan ook veelvuldig gebeurde. Ook andere organisaties wisten deze thuiszorgorganisaties makkelijk te vinden. Met betrekking tot samenwerking tussen organisaties doen we in box 5.1 enkele aanbevelingen. De vragenlijst in box 5.2 dient om inzicht te bieden in hoe er nu door verschillende medewerkers wordt samengewerkt en helpen om overzichtelijk en gericht de samenwerking met andere organisaties in te gaan in de toekomst. In plaats van ieder voor zich, lijkt het zinvol als er eerst binnen thuiszorgorganisaties een oriëntatie en afstemming plaatsvindt voordat ieder zich weer in het grote bos der organisaties begeeft.

Box 5.1 Aanbevelingen voor inzichtelijke samenwerking met andere thuiszorgorganisaties

Om gericht samenwerking met andere organisaties in te gaan zijn de volgende punten van belang (zie ook de vragenlijst hiernaast).

- Duidelijkheid over wie welke verantwoordelijkheid met betrekking tot inter-organisationale samenwerking heeft;
- Expliciete communicatie hierover, opdat niet ieder zijn eigen oplossing zoekt of dat afspraken op managementniveau niet bekend zijn op de werkvloer.
- Overzicht van met welke organisaties, en waarom verschillende medewerkers contacten onderhouden.

Box 5.2 Vragenlijst: Samenwerking met andere (thuiszorg)organisaties

De vragenlijst heeft tot doel u aan te zetten tot het formuleren van een (gezamenlijke) visie en aansluitende werkpraktijken met betrekking tot samenwerking met andere organisaties. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Beantwoord de vragen en probeer tot een argumentatie te komen waarom u tot dit antwoord komt. Vraag de medewerkers in uw organisatie voor wie dit ook relevant is dezelfde vragen te beantwoorden. Bespreek de antwoorden in een overleg.

Samenwerking met andere thuiszorgorganisaties: waarom, met wie, hoe?

1. Wat is het doel, de reden van samenwerking met andere thuiszorgorganisaties (Waarom, wanneer, met welke vraag benadert u andere thuiszorgorganisaties?)
2. Met welke thuiszorgorganisaties werkt u samen? Waarom deze organisatie(s)?
3. Zijn er voor het aangaan van deze samenwerking andere thuiszorgorganisaties overwogen en waarom is de keus niet op hen gevallen?
4. Met welke andere thuiszorgorganisaties werken andere mensen in uw organisatie samen? Werken ze met dezelfde thuiszorgorganisatie(s) samen, en met welk doel?
5. Wat vindt u belangrijk in samenwerking met andere organisaties? Delen anderen in de organisatie uw visie?
6. Wat zijn uw verantwoordelijkheden in het ontstaan van samenwerking met andere thuiszorgorganisaties?
7. Wat is de verantwoordelijkheid van anderen *binnen* uw organisatie in het ontstaan van samenwerking met andere thuiszorgorganisaties?
8. Wat is de verantwoordelijkheid van anderen *buiten* uw organisatie in het ontstaan van samenwerking tussen uw organisatie en andere thuiszorgorganisaties?
9. Zijn er restricties (bijvoorbeeld als gevolg van nationale of lokale wet- en regelgeving) die het aangaan samenwerking bemoeilijken/verhindert? Zo ja, hoe kunnen deze worden overkomen? Welke actie kan uw organisatie daartoe ondernemen?

Hoofdstuk 6. Naar een nieuwe beleidscontext in 2015

6.1 'Meer en anders voor minder geld'

In deze rapportage zijn de resultaten van een onderzoek in 6 thuiszorgorganisaties in de regio Amsterdam verwerkt zoals opgetekend in het jaar 2013. Hierbij ging de aandacht vooral uit naar de mate waarin thuiszorgorganisaties samenwerken met mantelzorgers, vrijwilligers en andere thuiszorgorganisaties. Conclusies op basis van een 'momentopname' hebben het gevaar dat ze na een jaar al niet meer passend zijn in een snel veranderende beleidscontext zoals de Nederlandse zorgsector. Dat geldt mogelijk ook voor de praktijken die we beschreven. Verschillende dilemma's waar medewerkers in thuiszorgorganisaties anno 2013 mee zaten, blijken echter nog altijd actueel. Dit bleek tijdens een bespreking van de eerste 5 hoofdstukken van deze rapportage met experts uit het veld, die eind oktober 2014 plaatsvond. Experts herkenden zich in de beschreven dilemma's en stelden dat deze in de veranderende beleidscontext (zie box 6.1) mogelijk nog groter kunnen worden.

In de nieuwe beleidscontext staan organisaties op het gebied van zorg en welzijn voor de taak meer lokaal samen te werken met organisaties en informele zorgverleners, teneinde de zorg aan huis met minder budget maar wel met dezelfde hoge kwaliteit te organiseren. Om die reden hebben vele thuiszorgorganisaties al de nodige veranderingen doorgevoerd: veel organisaties werken inmiddels met zelforganiserende of zelfsturende teams, en extern zijn concrete stappen gezet richting lokale samenwerking met welzijn en 1^e lijn organisaties. Thuiszorgorganisaties (her)oriënteren zich bovendien op hun takenpakket; blijven ze wel of niet verzorging, verpleging, huishoudelijke hulp en begeleiding aanbieden of niet. De oriëntatie op samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers is in vele organisaties ook in ontwikkeling. Tijdens dit proces lijkt een (her)bezinning op taakstelling en samenwerking nodig. Dit slothoofdstuk is gewijd aan het benoemen van de belangrijkste dilemma's bij het bereiken van drie nieuwe opgaven voor de thuiszorg: 1) het versterken van de samenwerking met mantelzorgers teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren, 2) het vergroten van het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg aan huis, en 3) de organisatie van samenwerking met andere (thuiszorg)organisaties.

Box 6.1 Hervorming van de langdurige zorg per 2015

De AWBZ wordt omgevormd naar de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De WLZ omvat alleen nog de 24-uurs zorg in instellingen voor degenen met een intensieve en complexe langdurige zorgbehoefte, en kent een meer restrictief opnamebeleid dan voorheen. De persoonlijke verzorging en verpleging aan huis (oorspronkelijk ook in de AWBZ) wordt opgenomen in de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars maken met gemeenten afspraken over het lokale aanbod aan deze twee vormen van zorg aan huis. Daarmee is de toegankelijkheid van persoonlijke verzorging en verpleging nu ook lokaal georganiseerd en wordt deze in de praktijk waarschijnlijk vooral het domein van de wijkverpleegkundige. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt aangepast en organiseert nu huishoudelijke hulp, begeleiding en mantelzorgondersteuning. Daarbij geldt dat de inzet van eigen middelen en informele zorg sterker wordt meegewogen dan voorheen. Wat voorheen onder 'thuiszorg' werd verstaan, verandert dus naar een combinatie van Zvw- en Wmo-georganiseerde zorg aan huis, waarbij in vele gemeenten de huishoudelijke hulp en begeleiding steeds meer naar algemene voorzieningen lijken te verschuiven. Mantelzorgondersteuning was altijd al een gemeentelijke welzijnsvoorziening, en behoort ook nu formeel niet tot het domein van de thuiszorg.

6.2 Dilemma's bij: versterk de samenwerking met mantelzorgers

De hoofdopdracht van thuiszorgorganisaties is het leveren van kwalitatief goede zorg op maat aan hun cliënten. De cliënt is per definitie de eerste en belangrijkste gesprekspartner en het behoud van de eigen regie door deze cliënt is voor vele thuiszorgorganisaties een belangrijk goed. Mantelzorgers fungeren hierbij vaak als informatiebron voor zorgprofessionals. Zij zijn immers vaak al jarenlang in het zorgproces betrokken. Vooral met inwonende mantelzorgers is er ook sprake van afstemming in zorgverlening, met uitwonende mantelzorgers is dit minder vaak het geval. De omgang met mantelzorgers blijkt twee belangrijke dilemma's te kennen, zoals te lezen in de hoofdstukken twee en drie. Hierna worden de twee dilemma's als sets van vragen geformuleerd.

- *Overleg met of zonder de zorgontvanger?* Kunnen en mogen zorgprofessionals buiten de zorgontvanger om overleg met mantelzorgers voeren? Dit gaat in tegen het streven dat de zorgbehoevende de regie over de zorg voert. Maar in sommige situaties is dit duidelijk nodig,

bijvoorbeeld als de oudere zelf over verminderde capaciteiten beschikt om regie te blijven voeren. In andere situaties is dit minder vanzelfsprekend, bijvoorbeeld als de oudere geen hulp wil en er risico op verwaarlozing dreigt. Veel thuiszorgprofessionals kiezen er dan toch voor om buiten de zorgontvanger (hun cliënt) om te gaan en contact met mantelzorgers te zoeken, maar in hoeverre behoudt de zorgontvanger dan nog de regie over de eigen zorg?

- *Controle of autonomie van de mantelzorger?* In hoeverre is de thuiszorg verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg door mantelzorgers? Zelfs als er goede afspraken gemaakt zijn over taakverdeling, lijkt een gesprek nodig over *hoe* de taken worden verricht. Tegelijkertijd druist dit echter ook in tegen de autonomie van de mantelzorger, zeker bij degenen die al lang in de zorgsituatie aanwezig zijn en hun eigen wijze van zorgverlening hebben ontwikkeld. In hoeverre kan en mag of moet een zorgprofessional een mantelzorger aanspreken over hoe en welke taken verricht worden?

6.3 Dilemma's bij: vergroot het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg

Het betrekken van mantelzorgers in de zorg wordt door alle thuiszorgorganisaties als belangrijk gezien. Dit lijkt vooral nodig voor de afstemming van de zorg voor de zorgbehoevende, bij de start van de zorg en nodige transitie in de zorg. Ook het bespreken van mogelijke overbelasting bij een (veelal inwonende) mantelzorger, maakt al deel uit van de dagelijkse zorgpraktijk, maar heeft meestal het verminderen van de taken van de mantelzorger tot gevolg. Het *vergroten* van het aandeel mantelzorgers (in uren of in mensen) is voor thuiszorgorganisaties een nieuwe uitdaging en ook veel lastiger uit te voeren. Op basis van de resultaten in hoofdstukken twee en drie formuleren we drie sets van vragen om de dilemma's aan te geven:

- *Mantelzorg afdwingen of 'stimuleren'?* Dit betreft de situatie dat de grenzen van de capaciteit van een thuiszorgorganisatie bereikt zijn en mantelzorgers niet de benodigde/aanvullende taken op zich kunnen of willen nemen. Kunnen thuiszorgorganisaties mantelzorg afdwingen? Wettelijk gezien niet. Er bestaat immers geen regelgeving voor het uitbreiden van het aandeel informele zorg. Formeel is er alleen een protocol voor wat we verstaan onder 'gebruikelijke zorg', waarvoor de inzet van partners en inwonende kinderen verwacht wordt. Voor overige taken is het onduidelijk wie voor welke taken en op welke gronden benaderd mag worden. Hier zijn lokale en liefst landelijke richtlijnen voor nodig.

- *Verantwoordelijkheid of organisatiebelang?* In hoeverre is het de verantwoordelijkheid van de thuiszorgorganisatie om naar potentiële mantelzorgers op zoek te gaan? Formeel is mantelzorgondersteuning geen taak van de thuiszorg. Als mantelzorgers de taken van zorgprofessionals overnemen zouden thuiszorgorganisatie in theorie het eigen belang kunnen schaden. Daarnaast wordt aandacht en tijd die zorgprofessionals aan (het mobiliseren van) mantelzorgers besteden nu nog niet gefinancierd. Of dit wel gebeurt onder de Zvw is nog onduidelijk.
- *Investeren of niet?* De omgang met mantelzorg vereist specifieke communicatieve vaardigheden, kennis over achtergronden van mantelzorg en inzicht in het oplossen van mogelijke conflicten tussen mantelzorgers. Op dit moment zijn zorgprofessionals hiervoor nog niet altijd opgeleid en toegerust. Thuiszorgorganisaties vragen zich af of zij moeten investeren in opleiding van het personeel (in omgang met mantelzorgers). Hetzelfde geldt voor de aanschaf van digitale tools om de communicatie in het zorgnetwerk te faciliteren. Het is echter nog maar de vraag of dit soort investeringen effect hebben op het vergroten van het aandeel van mantelzorgers en de kwaliteit van de communicatie met deze groep.

6.4 Dilemma's bij: organiseer de samenwerking met andere organisaties

Met de decentralisatie van de zorg aan huis is het belang van lokale samenwerking sterk toegenomen. Veel gemeenten en zorgorganisaties oriënteren zich op de samenwerking tussen drie typen organisaties: de 1^e-lijn, thuiszorg en welzijn. De resultaten in hoofdstukken vier en vijf geven aanleiding tot het formuleren van de volgende vijf dilemma's:

- *Partners of concurrenten?* In hoeverre willen en kunnen thuiszorgorganisaties samenwerken met 'de concurrent'? Samenwerken met andere thuiszorgorganisaties is soms nodig om een cliënt een optimaal pakket aan zorg aan te bieden. Dit moet echter binnen een systeem dat marktwerking beoogt en waarin de regels van de ACM gevolgd moeten worden. Bij lokale samenwerking mogen er geen afspraken gemaakt worden over de verdeling van wijken bijvoorbeeld, want concurrentie moet blijven bestaan. Betrokken organisaties ervaren geen prikkel voor samenwerking.
- *Structurele of incidentele samenwerking?* Samenwerking is niet vanzelfsprekend en vereist denkwerk vooraf. Bij het vaststellen van een zorgbehoefte kan, bij voorkeur in een multidisciplinair team, onderzocht worden welke zorg of hulp nu precies nodig is. Een goede

integrale analyse kan ook leiden tot ander zicht op de achterliggende (oorzaak van) zorgvragen en daarmee tot 'andere' oplossingen (bijvoorbeeld onderliggende eenzaamheid, dus meer een welzijnsvraag). Verbetering van die analyse is dus mede een nieuwe uitdaging en kan zo nodig starten 'aan de keukentafel'.

- *Met iedereen of enkelen samenwerken?* Samenwerking lijkt mooi, maar met wie dan? Op lokaal niveau bestaan er vele organisaties voor vrijwilligers en voor mantelzorgondersteuning. Daarnaast bestaan er ook nog burgerinitiatieven, zoals groepen burgers die zich organiseren om gezamenlijk zorg in te kopen. Stadsdorp Zuid in Amsterdam is daar een voorbeeld van. De professionaliteit en stabiliteit van deze organisaties varieert. Naast de vraag met wie thuiszorgorganisaties wel en niet zouden kunnen of moeten samenwerken, heerst de vraag hoe de kwaliteit van zorg door dergelijke organisaties gewaarborgd is?
- *Alleen of iedereen verantwoordelijk voor samenwerking?* Hoe verhoudt de verantwoordelijkheid van thuiszorgorganisaties voor samenwerking zich tot de verantwoordelijkheid van andere (welzijns)organisaties? Wie neemt hierin een leidende rol? Samenwerking met organisaties voor vrijwilligers en mantelzorgondersteuning vereist inzicht in het lokale aanbod. Het vraagt veel investeren (tijd, geld, aandacht) in de ontwikkeling van relaties, waarbij de effectiviteit en duurzaamheid onzeker is. Dit vraagt om meer lokale aansturing, waarbij een regierol voor de wijkverpleegkundige lijkt weggelegd. Dan zou deze functie ook daar de tijd en de middelen voor moeten krijgen onder de Zvw.
- *Ongelijkheid toestaan of voorkomen?* Hoe voorkomen we grote verschillen in aanbod en kwaliteit van zorg tussen gemeenten? Met de decentralisatie van budget en verantwoordelijkheid voor de zorg aan huis bestaat het risico dat het aanbod en de kwaliteit van zorg in de ene gemeente beter en genereuzer is dan in de andere gemeente. Overleg tussen gemeenten, zorgverzekeraars, en koepels van zorg en welzijn dient hier alert op te zijn. Frequente inventarisatie van de ervaren kwaliteit van zorg in opdracht van de overheid en koepelorganisaties (Actiz, Mezzo, cliëntenbelang), geeft zicht op ontwikkelingen in ervaren kwaliteit van zorg door ouderen en mantelzorgers.

Bijlage 1: Referenties

- De Boer, A., Broese van Groenou, M. I., & Timmermans, J. (2009). Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers. Den Haag: SCP.
- De Klerk, M., De Boer, A., Kooiker, S., Plaisier, I., & Schyns, P. (2014). Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. Den Haag: SCP.
- Elissen, A. M. J., Van Raak, A. J. A., & Paulus, A. T. G. (2011). Can we make sense of multidisciplinary co-operation in primary care by considering routines and rules? *Health & Social Care in the Community*, 19(1), 33-42. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00946.x
- Geerlings, S. W., Pot, A. M., Twisk, J. W. R., & Deeg, D. J. H. (2005). Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults. *Ageing and Society*, 25(01), 111-130.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health policy*, 65(2), 139-151.
- Konings, J. (2010). Samenwerken in de eerste lijn. Een handreiking voor zorgverleners: LOVE werkgroep stimuleringsprogramma samenwerking juridische samenwerkingsvormen.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health & Social Care in the Community*, 14(5), 391-399. doi: DOI 10.1111/j.1365-2524.2006.00652.x
- Palmboom, G., & Pols, J. (2008). Wat bezielt de mantelzorger? . Den Haag: Netherlands Institute for City Innovation Studies.
- Quist, H. (2007). Tevredenheid cliënten Wmo 2007. . Den Haag: Onderzoek Advies Implementatie.
- Van Raak, A., Paulus, A., & Mur-Veeman, I. (2002). Governmental promotion of co-operation between care providers: a theoretical consideration of the Dutch experience. *International Journal of Public Sector Management*, 15(7), 552-564. doi: doi:10.1108/09513550210448580
- Van Wijngaarden, J. D. H., De Bont, A. A., & Huijsman, R. (2006). Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care. *Health policy*, 79(2-3), 203-213. doi: DOI 10.1016/j.healthpol.2006.01.002
- VWS. (2001). Zorg nabij. Notitie over mantelzorgondersteuning. . Den Haag: VWS.
- VWS. (2013). *Hervormingen langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst [Reforming long-term care: to a valuable future]*. (114352-103091-LZ). Den Haag: Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Zwart-Olde, I., Jacobs, M. T., & Broese van Groenou, M. I. (2013). Zorgnetwerken van kwetsbare ouderen. Onderzoeksrapportage voor hulpverleners, onderzoekers en (beleids)medewerkers in de ouderenzorg. . Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Zwart-Olde, I., Jacobs, M. T., Broese van Groenou, M. I., & Van Wieringen, M. (2013). Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de zorg. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Bijlage 2: Begrippenlijst

Formele hulpverleners: zorg-verlenende medewerkers van thuiszorgorganisaties (zie ook zorgprofessional)

Informele hulpverleners: mantelzorgers en vrijwilligers.

Kwetsbare oudere: persoon van 65 jaar en ouder met een grote zorgbehoefte.

Managers: personen die direct teammanagers en indirect zorgprofessionals aansturen.

Mantelzorgers: personen die zorg geven aan een hulpbehoevende uit hun directe omgeving, niet in het kader van een hulpverlenend beroep, maar waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.

Teammanagers: personen met een managementfunctie die een team van zorgprofessionals aansturen, maar zelf geen zorg verleent. Wordt door een manager aangestuurd. In sommige organisaties wordt dit ook wel een teamhoofd, hoofd verpleging en verzorging, of iets anders genoemd. In deze rapportage bedoelen we daarmee ook deze mensen. Teammanagers, of een vergelijkbare midden-managementlaag, komen niet in iedere organisatie voor.

Thuiszorg: verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp geleverd vanuit een organisatie.

Vrijwilligers: personen die zorg verlenen op vrijwillige basis, niet in het kader van een hulpverlenend beroep, meestal vanuit een georganiseerd verband. Tussen een vrijwilliger en degene aan wie zorg wordt verleend bestaat vooraf geen sociale relatie.

Zorgprofessional: medewerker van een thuiszorgorganisatie die zorg levert en, tenzij anders vermeld, zorgcoördinerende taken heeft.

Bijlage 3: Met dank aan

Deelnemende thuiszorgorganisaties

Verschillende organisaties in Amsterdam hebben aan dit onderzoek meegewerkt. We danken alle respondenten – zorgprofessionals, managers, teammanagers, kwaliteits- en beleidsmedewerkers, en mantelzorgondersteuners – die bereid waren om mee te werken aan een interview.

Begeleidingsgroep

Hartelijk dank aan de experts vanuit verschillende disciplines en organisaties voor het meedenken over en aandragen van de onderwerpen die in de interviews aan bod moesten komen. Tevens bedankt voor het meedenken over de presentatie van de resultaten in deze rapportage en de brochure.

Meer informatie over de deelnemers en de bijeenkomsten van de begeleidingsgroep is te vinden op de website van het project www.fsw.vu.nl/zorgnetwerk.

Dit project wordt mede mogelijk gemaakt door:



ZonMw

