

Grenzen *verleggen*

Vilans, maart 2012 door Cecil Scholten | Karel van Dijk



Belemmeringen en mogelijkheden voor samenspel
tussen informele en formele zorg



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Motie over belemmerende regelgeving	3
1.2	De motie nader belicht	3
1.3	Leeswijzer	4
2	Begrippenkader	5
2.1	Vrijwilligerswerk in de zorg	5
2.2	Mantelzorg	6
2.3	Sociaal netwerk	6
2.4	Informeel en formeel zorg	7
2.5	Onderlinge verhoudingen	8
3	Relevante wet- en regelgeving	10
3.1	Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg	10
3.2	Kwaliteitswet Zorginstellingen	11
3.3	Protocollen	12
3.4	Wet BIG	13
3.5	Aansprakelijkheidsrecht	14
3.6	Conclusie	15
4	Bezwaren en mogelijkheden	16
4.1	Diverse bezwaren	16
4.2	Concrete mogelijkheden	17
4.3	Met elkaar aan de slag	19
	Over de auteurs	20



1. Inleiding

Tweede Kamerlid Sabine Uitslag (CDA) en haar collega's Fleur Agema (PVV) en Tamara Venrooy-van Ark (VVD) hebben tijdens de behandeling van de begroting voor 2011 van het ministerie van VWS een motie ingediend om belemmerende regelgeving voor vrijwilligers in de zorg weg te nemen. De motie is met ruime meerderheid door de Tweede Kamer aangenomen¹. De staatssecretaris heeft Vilans gevraagd te verkennen in hoeverre regelgeving het werk van vrijwilligers in zorginstellingen belemmert. Deze notitie vormt de weerslag van die verkenning.

1.1 Motie over belemmerende regelgeving

'De Kamer,
gehoord de beraadslaging,
overwegende dat de zorg een zorg van ons allemaal is;
constaterende dat veel vrijwilligers deze gedachte in de praktijk brengen;
constaterende dat deze vrijwilligers worden belemmerd door de regelgeving die hen bijvoorbeeld niet toestaat dezelfde handelingen te verrichten in de instelling zoals uitgevoerd in de thuissituatie;
van mening dat vrijwilligers ook bijdragen aan het thuisgevoel in een instelling;
verzoekt de regering, te kijken waar regelgeving de vrijwilliger belemmert en waar deze kan worden weggenomen, zodat professionele en vrijwillige zorg op een natuurlijke wijze in elkaar overvloeien, en gaat over tot de orde van de dag².

Sabine Uitslag, de eerste indiener van de motie, doet tijdens het begrotingsdebat enkele uitspraken die verduidelijken wat zij met deze motie beoogt: "Ik heb mij er altijd over verbaasd dat de vrijwilliger iemand die thuis is, wel naar de wc mag brengen maar dat er, als dit in een instelling gebeurt, allerlei protocollen en maatregelen gelden waardoor een vrijwilliger dit ineens niet meer mag doen"³. Later in het debat zegt zij: "Die vrijwilligers willen hun moeder of hun buurvrouw graag ook in de instelling eten geven of op het toilet zetten. Dat kan nu niet, omdat allerlei regelgeving dat belemmert. Dat punt snijd ik nu aan. Ik wil dat heel graag opgelost zien"⁴.

1.2 De motie nader belicht

Hoewel de motie de term vrijwilligers gebruikt, lijken ook mantelzorgers bedoeld te worden. Het gaat immers over mensen die 'hun moeder of hun buurvrouw' willen blijven helpen en dus hulp willen bieden aan een specifieke persoon, met wie ze een sociale relatie hebben. Volgens de gangbare terminologie zijn dat mantelzorgers. In deze notitie komt daarom niet alleen de vraag aan de orde of regelgeving vrijwilligerswerk in de zorg belemmert, maar ook de vraag of regelgeving het verlenen van mantelzorg in een instelling belemmert.

De motie spreekt over 'de instelling' zonder te concretiseren welke instellingen daarmee bedoeld worden. Het gaat niet om de thuissituatie, maar om intramurale zorg oftewel zorg die verleend wordt aan mensen die langer dan 24 uur in een instelling verblijven. Het kan dan gaan om een verpleeg- of verzorgingshuis, ziekenhuis of een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Tijdens het begrotingsdebat bleek dat de indieners met name de ouderenzorg op het oog hebben. Deze notitie sluit daarop aan.

Het thema grenzen aan vrijwilligerswerk is al langer een thema van discussie in het maatschappelijke debat en in het debat over het overheids- en organisatiebeleid. Deze notitie beoogt bij te dragen aan meer helderheid over wat informele zorgverleners wel en niet mogen doen.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 500 XVI, nr. 45. Voor deze motie stemden de fracties van de SP, de PvdD, GroenLinks, de VVD, de ChristenUnie, de SGP, het CDA en de PVV.

² Zie voetnoot 1.

³ Handelingen II 2010/11, 19.

⁴ Handelingen II 2010/11, 21.



1.3 Leeswijzer

De vraag die centraal staat in de motie is of regelgeving de inzet van vrijwilligers en andere informele zorgverleners belemmert. In hoofdstuk 2 lichten we toe over wie het gaat als we het hebben over informele en formele zorgverleners. We laten ook hun onderlinge verhoudingen zien.

In hoofdstuk 3 gaat het over die wetten en regels, die ingaan op de inzet van informele zorgverleners of voor hen relevant zijn. We stellen de vraag of en op welke wijze deze wetten en regels belemmeringen opwerpen, zowel voor mantelzorgers als voor vrijwilligers.

Hoofdstuk 4 sluit af met een overzicht van enkele relevante bezwaren voor een goed samenspel tussen informele en formele zorg buiten de wet- en regelgeving om. We laten zien dat er ook kansen zijn, die vragen om nadere uitwerking in de praktijk samen met diverse betrokken partijen, waaronder de beroepsverenigingen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.





2. Begrippenkader

Zorgverlening door vrijwilligers is een vorm van informele zorg. Ook mantelzorg en zorg vanuit het sociale netwerk vallen onder die noemer. Het is van belang de verschillende vormen van informele zorg van elkaar te onderscheiden, omdat het voor de vraag wie de verantwoordelijkheid draagt voor informele zorg veel verschil maakt of het om zorg gaat die is verleend door een vrijwilliger of door een mantelzorger, familielid of andere bekenden, uit het sociale netwerk van de cliënt.

2.1 Vrijwilligerswerk in de zorg

De gangbare definitie voor vrijwilligerswerk is: werk dat in enig georganiseerd verband onverplicht en onbetaald wordt verricht ten behoeve van anderen of de samenleving⁵. Omdat het hier gaat om vrijwilligerswerk in de zorg, hanteren wij de volgende definitie.

Vrijwilligerswerk in de zorg is werk dat in enig georganiseerd verband wordt verricht ten behoeve van anderen die zorg en ondersteuning nodig hebben, geleverd door mensen die - bij aanvang van hun werkzaamheden - geen persoonlijke betrekking hebben met de cliënt. Daarbij maken zij geen aanspraak maken op betaling van loon⁶.

Andere benamingen die ook gebruikt worden voor vrijwilligerswerk in de zorg zijn vrijwillige zorg of vrijwilligerszorg. Wij hanteren de benaming vrijwilligerswerk in de zorg, omdat het om diverse vrijwilligerswerkzaamheden in de zorg kan gaan en niet alleen om zorgverlening door vrijwilligers.

Voorbeelden van vrijwilligersactiviteiten zijn⁷:

Individuele ondersteuning

Bijvoorbeeld: bezoeken van bewoners, vervoer verzorgen, uitstapjes maken, financiën regelen

Collectieve ondersteuning

Bijvoorbeeld: gastvrouw/gastheerschap op afdeling of woongroep, meehelpen met recreatieve activiteiten, meegaan met uitstapjes

Facilitaire ondersteuning

Bijvoorbeeld: meehelpen in restaurant of grand café, maaltijden rondbrengen, beheer van de winkel of bibliotheek, receptie bemensen

Collectieve belangenbehartiging en inspraak

Bijvoorbeeld: lid vrijwilligersraad, lid cliëntenraad

⁵ Thesaurus Zorg en Welzijn.

⁶ www.zorgbetermetvrijwilligers.nl.

⁷ Uit: *Zonder cement geen bouwwerk. Vrijwilligerswerk in de zorg, nu en in de toekomst* (Vilans, MOVISIE en NOV, 2011).



Vele vrijwilligers zetten zich in voor hun medemens die behoefte heeft aan ondersteuning en zorg. Dat gebeurt:	
Via vrijwilligersorganisaties, zoals Zonnebloem, Rode Kruis en Humanitas	250.000
In verzorgings- en verpleeghuizen	100.000
In gehandicaptenorganisaties	50.000
In ziekenhuizen	20.000
In ggz-instellingen, via Mee-organisaties en gezondheidsprojecten	30.000
Totaal	450.000⁸

2.2 Mantelzorg

Mantelzorg wordt als volgt omschreven:

Mantelzorg is langdurende zorg (meer dan drie maanden) die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende (thuis of in een zorginstelling) door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie⁹.

Volgens de rapportage 'Mantelzorg uit de doeken' van het Sociaal en Cultureel Planbureau leverden in 2008 zo'n 3,5 miljoen Nederlanders mantelzorg. Ruim een miljoen mantelzorgers doen dit langdurig (langer dan 3 maanden) en intensief (meer dan 8 uur per week)¹⁰.

Mantelzorg kan variëren van hulp bij het huishouden tot persoonlijke verzorging en van emotionele steun en begeleiding tot het uitvoeren van praktische klussen.

2.3 Sociaal netwerk

Mantelzorgers zijn vaak familie van de cliënt. Omgekeerd hoeven niet alle familieleden mantelzorger te zijn. Het verschil zit in de mate en intensiteit van de ondersteuning die wordt verleend. Sommige familieleden zitten evenals burens en vrienden van de cliënt vaak meer in de 'tweede lijn'. Ze bieden ondersteuning op verzoek en kunnen over het algemeen makkelijker weigeren dan mantelzorgers. Ze zijn ook vaak letterlijk meer op afstand.

Familieleden, burens en vrienden maken deel uit van het sociale netwerk van een cliënt. Voor het sociale netwerk hanteren we de volgende definitie:

Het sociale netwerk is een verzamelnaam voor een netwerk van betekenisvolle mensen (familieleden, burens, vrienden, collega's, kennissen) dat functioneert als ondersteuningsbron voor het eigen welzijn en welbehagen. De ondersteuning kan zowel emotioneel als praktisch zijn¹¹.

In deze notitie hebben we het veelal over mantelzorgers en familieleden. Daar bedoelen we dan ook andere bekenden uit het sociale netwerk van de cliënt mee.

⁸ Zie noot 7.

⁹ Definitie gehanteerd door VWS in Beleidsbrief Naast en met elkaar. Over relatie tussen informele en formele zorg, 2009.

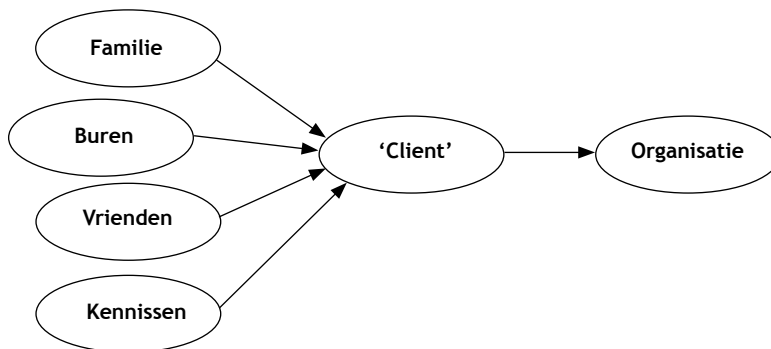
¹⁰ Mantelzorg uit de doeken. SCP, 2010.

¹¹ Thesaurus Zorg en Welzijn.

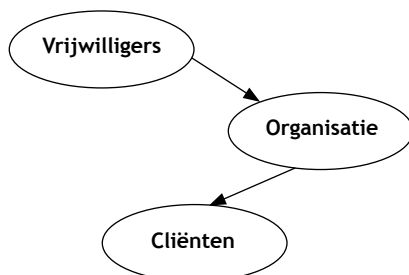


Bekenden uit het sociale netwerk hebben met vrijwilligers gemeen dat ze zich voor hun naaste en medemens inzetten zonder dat daar een geldelijke beloning tegenover staat. Ze worden daarom ook wel aangeduid met de benaming 'vrijwillige inzet'. Het verschil is dat 'officiële' vrijwilligers bij aanvang van hun werkzaamheden geen persoonlijke relatie hebben met de cliënt en werkzaam zijn vanuit een organisatie. Via de organisatie komen ze in contact met de cliënt. De organisatie is dan ook aansprakelijk voor hun doen en laten. Daarover meer in paragraaf 2.5.

Inzet vanuit sociaal netwerk



Inzet van vrijwilligers



Overheden en organisaties vestigen meer en meer hun blik op het sociale netwerk, omdat ze meer inzet vanuit deze hoek wensen en verwachten. Het gaat hen zowel om ondersteuning van cliënten als om steun aan mantelzorgers, zodat die de zorg langer vol kunnen houden.

2.4 Informele en formele zorg

In deze notitie hanteren we de term informele zorg. Daarbij gaat het zowel om mantelzorg, als om zorg en ondersteuning vanuit het sociale netwerk én vrijwilligerswerk.

Informele zorg verwijst naar zorg en ondersteuning die wordt verleend door mantelzorgers, familieleden, burens, vrienden en vrijwilligers aan mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, zonder daarvoor aanspraak te maken op betaling van loon.

Naast de informele zorg staat de formele zorg. Formele zorg verwijst naar al diegenen die beroepsmatig in de zorg werkzaam zijn. Dat kunnen zorgverleners zijn, maar ook medewerkers van ondersteunende afdelingen en managers. Soms wordt ook de benaming professionele zorg gebruikt waarbij het voornamelijk gaat om de beroepskrachten die zorg verlenen.



De benaming professioneel betekent niet dat informele zorgverleners niet professioneel zouden kunnen handelen. Mantelzorgers, familieleden, vrienden en vrijwilligers zijn in staat zeer deskundig op te treden. Voor formele zorg is daarom niet alleen de benaming 'professionele zorg', maar ook 'beroepsmatige zorg' te gebruiken om aan te geven dat het niet om 'professioneel', maar om 'professie' gaat.

Bij professionele en beroepsmatige zorg gaat het om mensen die een bepaald beroep of specifieke functie uitoefenen in de zorg, waarvoor ze aanspraak maken op betaling van loon¹².

2.5 Onderlinge verhoudingen

Deze paragraaf geeft een schets van de onderlinge verhoudingen tussen zorgaanbieder, cliënt, mantelzorger, familielid, vriend en vrijwilliger. Dit maakt duidelijk welke regelgeving daarop van toepassing is. In hoofdstuk 3 komt die regelgeving nader aan de orde.

Cliënt en zorgaanbieder

Een cliënt met een verblijfsindicatie kan een zorgverleningsovereenkomst aangaan met een zorgaanbieder. Welke zorg de cliënt krijgt wordt, binnen de kaders van zijn zorgzwaartepakket, in overleg tussen de cliënt en de zorgaanbieder afgesproken. Deze afspraken worden vastgelegd in het zorgplan¹³. De cliënt kan in dit overleg aangeven wat hij zelf wil blijven doen en wat een mantelzorger voor hem kan doen. De zorgaanbieder hoort deze wensen te respecteren. Zorgverlening waarmee de cliënt niet instemt, is immers buiten een gedwongen setting niet mogelijk.



¹² Thesaurus Zorg en Welzijn.

¹³ Ook aangeduid als zorgleefplan, behandelplan of ondersteuningsplan.



Cliënt en mantelzorgers en sociale netwerk

Een cliënt kan, zowel binnen als buiten de instelling, geholpen worden door mantelzorgers, familieleden, buren en vrienden. Zij kunnen niet gedwongen worden hulp te geven. Wel kan sprake zijn van een zogeheten natuurlijke verbintenis¹⁴. Bij het stellen van indicaties voor extramurale zorg wordt rekening gehouden met deze hulp. Voor zorg die huisgenoten elkaar behoren te bieden (de zogeheten gebruikelijke zorg) wordt geen indicatie gegeven. Bij het stellen van verblijfsindicaties wordt geen rekening gehouden met mantelzorg. Het staat zowel de cliënt als de mantelzorger dus vrij om geen mantelzorg meer te willen ontvangen c.q. verlenen nadat de cliënt naar een zorginstelling is verhuisd.

Cliënt en vrijwilligers

Een cliënt mag van de zorgaanbieder verwachten dat hij hem verantwoorde zorg biedt. De zorgaanbieder kan daarvoor zowel beroepskrachten als vrijwilligers inzetten. Voor zowel de beroepskracht als de vrijwilliger geldt dat als hij een fout maakt, waardoor de cliënt schade lijdt, de zorgaanbieder daarvoor aansprakelijk is (art. 6:76 BW).

Zorgaanbieder en vrijwilligers

Vrijwilligers werken vanuit de organisatie. Daarmee is de organisatie formeel opdrachtgever en verantwoordelijk voor wat vrijwilligers doen en mogelijk overkomt. De zorgaanbieder is dan ook in de regel aansprakelijk voor de schade die een vrijwilliger veroorzaakt en oploopt tijdens zijn werkzaamheden¹⁵. De verhouding tussen zorgaanbieder en vrijwilliger is vaak vastgelegd in een vrijwilligersovereenkomst¹⁶.

Vrijwilligers kunnen ook verbonden zijn aan een vrijwilligersorganisatie en op basis van een overeenkomst tussen de vrijwilligersorganisatie en de zorgaanbieder werkzaam zijn in een zorgorganisatie.

De vrijwilligersorganisatie draagt zorg voor de werving en begeleiding van vrijwilligers. Hoe de verhouding tussen de vrijwilligers en de zorgaanbieder in dit geval geregeld is hangt af van wat hierover in een overeenkomst is geregeld.

Zorgaanbieder en mantelzorger en sociaal netwerk

Tussen de zorgaanbieder en de mantelzorger en bekenden uit het sociale netwerk van de cliënt bestaat geen formele relatie. De zorgaanbieder is daarom niet verantwoordelijk voor wat de mantelzorger en/of bekenden uit het sociale netwerk doen en evenmin aansprakelijk voor schade die de cliënt lijdt door hun fouten¹⁷.

Zorgaanbieder en iemand die spontaan een handje helpt

Naast het onderscheid tussen een vrijwilliger en een mantelzorger, is het onderscheid van belang tussen een vrijwilliger en iemand die spontaan een handje helpt. In de dagelijkse praktijk gebeurt het soms dat een bezoeker van een cliënt spontaan bijspringt als een andere cliënten hulp nodig heeft. Hij doet dit vrijwillig, maar is daarmee nog geen vrijwilliger geworden. Het verschil is dat een vrijwilliger zijn werkzaamheden verricht op verzoek van de zorgaanbieder, terwijl degene die spontaan een handje helpt daartoe zelf het initiatief neemt. De zorgaanbieder is niet verantwoordelijk voor schade die veroorzaakt is door iemand die op eigen initiatief hulp verleent. Op de hoofdregel dat een zorgaanbieder niet aansprakelijk is, moet een uitzondering gemaakt worden voor de situatie waarin van de zorgaanbieder verwacht had mogen worden dat hij had voorkomen dat iemand spontaan hulp zou verlenen, bijvoorbeeld omdat dit te riskant is.

¹⁴ Dat is een verplichting waarvan de nakoming niet afdwingbaar is, maar waaraan bij nakoming dezelfde rechtsgevolgen verbonden zijn als aan een wel afdwingbare verbintenis.

¹⁵ LJN AS2588 (te vinden op www.rechtspraak.nl). Zie ook: Aangangsel Handelingen II, 2004/05, nr. 1651.

¹⁶ Een model vrijwilligersovereenkomst is opgenomen in de brochure Juridische aspecten van de inzet van vrijwilligers en de samenwerking met mantelzorgers. Uitgave: ActiZ (2009).

¹⁷ Meer informatie over aansprakelijkheid en andere juridische aspecten rond informele zorg is te vinden in de brochure van ActiZ (vernieuwde versie 2012)



3. Relevante wet- en regelgeving

Dit hoofdstuk verkent de wetgeving die mogelijkwerwijs belemmeringen bevat voor de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers. Aan de orde komen achtereenvolgens het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg, de Kwaliteitswet zorginstellingen en het hoofdstuk over voorbehouden handelingen uit de Wet BIG. Het Besluit zorgplanbespreking komt aan de orde omdat dit de besluitvorming over het zorgplan regelt. Daarbij komt ook de rolverdeling tussen de cliënt en/of zijn mantelzorger(s) en bekenden uit het sociale netwerk enerzijds en de zorgaanbieder anderzijds aan bod. De Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG reguleren de kwaliteit van de zorgverlening en zijn van belang in de discussie over welke taken een vrijwilliger kan uitvoeren. Na een globale beschrijving van iedere regeling beantwoorden we de vraag of de regeling belemmeringen bevatten voor de inzet van informele zorgverleners.

3.1 Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg

Schets

In 2009 trad het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg in werking. Dit bepaalt dat de zorgaanbieder voor iedere cliënt, die langer dan drie maanden AWBZ-zorg zal ontvangen, een zorgplan opstelt. Dit zorgplan is gebaseerd op een bespreking met de cliënt, waarbij diens wensen, mogelijkheden en beperkingen centraal staan. Als het een meerderjarige wilsonbekwame cliënt betreft, vindt de bespreking plaats met diens vertegenwoordiger.

Het zorgplan kan zonder instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger worden vastgesteld. De toelichting vermeldt: 'Het zorgplan is geen overeenkomst. Het is uiteindelijk de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de totstandkoming en de inhoud van het plan; het is tenslotte een deel van de invulling van het begrip 'verantwoorde zorg', waaraan hij is gebonden¹⁸. Dat het zorgplan zonder instemming van de cliënt door de zorgaanbieder kan worden vastgesteld, is opmerkelijk omdat voor vergelijkbare stukken zoals het hulpverleningsplan, dat op grond van de Wet op de jeugdzorg moet worden opgesteld, en het behandelingsplan, dat op grond van de Wet BOPZ moet worden opgesteld, wel de instemming van de cliënt nodig is¹⁹.

De praktijk gaat er overigens vanuit dat het zorgplan wel degelijk de instemming van de cliënt nodig heeft. De algemene voorwaarden voor zorg met verblijf laten hierover geen misverstand bestaan: 'Het zorgleefplan wordt van kracht na instemming van de cliënt. De zorgaanbieder en de cliënt ondertekenen het zorgleefplan'²⁰.

Belemmeringen voor mantelzorgers?

Opvallend is dat noch in het Besluit, noch in de toelichting daarbij, enige aandacht wordt besteed aan mantelzorg. De rol van familie bij de zorgverlening blijft geheel buiten beschouwing. Nu de zorgaanbieder de bevoegdheid heeft het zorgplan eenzijdig vast te stellen en dus te bepalen welke zorg hij de cliënt biedt, lijkt het ook aan hem te zijn om te beoordelen of mantelzorg al dan niet verleend kan worden. Het is echter de vraag of dit juist is. Voor het verlenen van zorg waarmee de cliënt niet instemt, geeft het Besluit geen basis. Ook al stelt de zorgaanbieder het zorgplan vast, als de cliënt bepaalde zorg niet (of niet alleen) van de zorgaanbieder wil ontvangen, dan kan die zorg niet (of niet uitsluitend) door de zorgaanbieder verleend worden. De regelgeving over het zorgplan levert dus geen belemmering op voor de inzet van mantelzorgers.

Belemmeringen voor vrijwilligers?

Vrijwilligerswerk in de zorg komt in het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg niet aan de orde. Het besluit levert daardoor ook geen belemmeringen op voor de inzet van vrijwilligers.

¹⁸ Stb. 2009, 131, p. 8.

¹⁹ Artikel 25, vijfde lid Wet op de jeugdzorg en Artikel 38 Wet BOPZ.

²⁰ Artikel 10, tweede lid Algemene voorwaarden voor zorg met verblijf van ActiZ en BTN, april 2010.



3.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen

Schets

De Kwaliteitswet Zorginstellingen bepaalt dat een zorgaanbieder verantwoorde zorg moet aanbieden. Wat dat is, beschrijft de wet in algemene termen: 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt'. De concretisering van wat verantwoorde zorg inhoudt, laat de wetgever over aan de zorgaanbieder. Wel moet hij daarbij de resultaten betrekken van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties.

Wat verantwoorde zorg in de ouderenzorg inhoudt, heeft 'het veld' beschreven in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)²¹. De IGZ houdt toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en beoordeelt derhalve of een zorgaanbieder in concreto verantwoorde zorg levert.

Het Kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT geeft een algemene schets van de verhouding tussen professionals en mantelzorgers: 'Indien de cliënt het wenst, wordt de mantelzorg nadrukkelijk betrokken in het zorgproces. De zorgaanbieder vraagt de cliënt en de mantelzorgers naar de gewenste en mogelijke hulp van mantelzorgers. De zorgverlener stemt de professionele zorg hierop af. De zorgverleners leggen alle afspraken met cliënt en mantelzorg vast in het zorgleefplan'²².

Belemmeringen voor mantelzorgers?

De Kwaliteitswet richt zich tot zorgaanbieders. De wet is niet van toepassing op mantelzorg. De wet beperkt de werkzaamheden van mantelzorgers dan ook niet. Het Kwaliteitskader houdt uitdrukkelijk rekening met voortzetting van de mantelzorg na opnemings in een instelling en waardeert dit als positief.

Belemmeringen voor vrijwilligers?

Zolang de zorgaanbieder aan zijn plicht om verantwoorde zorg te leveren voldoet, kan hij zelf bepalen voor welke taken hij vrijwilligers inzet. Iedere taak kan in theorie door een vrijwilliger gedaan worden. Bepalend voor de vraag of iemand voor een bepaalde taak kan worden inzet, is niet of hij daarvoor betaald wordt, maar of hij over de kennis en vaardigheden beschikt die nodig zijn om die taak verantwoord uit te voeren. Een vrijwilliger die over dezelfde kwalificaties, kennis en vaardigheden beschikt als een beroepskracht, kan dezelfde taken verrichten als een beroepskracht.



²¹ Het Kwaliteitskader is opgesteld door de stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoord Zorg VV & T waarin vertegenwoordigd zijn:

ActiZ, BTN, de IGZ, de LOC, VWS, Verenso, V&VN, Sting en ZN.

²² Kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT (2010), blz. 14.



3.3 Protocollen

Schets

De IGZ voegt bij haar rapporten van inspectiebezoeken een overzicht van de normen die zij bij de uitoefening van het toezicht hanteert²³. Eén van die normen luidt: 'Medewerkers passen richtlijnen en protocollen toe die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, algemeen aanvaarde standaarden. Dit geldt ten minste voor de volgende risicovolle onderwerpen: decubitus, vocht en voedsel, valpreventie, farmaceutische zorg en toiletgang en incontinentie'²⁴.

De IGZ somt in hetzelfde overzicht op welke landelijke richtlijnen gebruikt kunnen worden bij het opstellen van deze protocollen. Voor een protocol over toiletgang en incontinentie, een van de onderwerpen die mevrouw Uitslag noemde toen zij haar motie toelichtte, wordt verwezen naar de handleiding 'Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie'²⁵. Deze handleiding beschrijft hoe verzorgenden cliënten kunnen helpen bij de toiletgang. Uitgangspunt is dat met iedere cliënt individueel besproken wordt of hulp nodig is en zo ja, waaruit die hulp bestaat. Afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgleefplan. In aanvulling op deze handleiding is een lesbrief Zorg bij de toiletgang en incontinentie verschenen²⁶. Verder is in dit verband een publicatie van ActiZ van belang: 'Zorg bij de toiletgang en incontinentie'²⁷.

Als hulpmiddel bij het protocolleren van 'vocht en voedsel' - het andere onderwerp dat mevrouw Uitslag noemde - wijst de IGZ op de richtlijn 'Slikproblemen'²⁸. Verder noemt de IGZ in dit verband de 'Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht en voedingsvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden' en de handreiking 'De kwestie voedsel en vocht, handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en verantwoorde voeding een rol spelen'. Van deze handreiking is in 2006 een vernieuwde uitgave verschenen onder de titel 'Hoe ga je om met eten en drinken'²⁹. De handreiking is toegespitst op vragen die zich aandienen aan het einde van het leven, als een cliënt bijvoorbeeld weigert om te eten.

De richtlijn Slikproblemen noemt als verpleeghuisgeneeskundig aandachtspunt bij de behandeling van cliënten met slikproblemen dat voeding alleen gegeven mag worden door personen die instructies hebben gekregen voor het toedienen van voeding bij de betreffende patiënt. De verpleeghuisarts behoort er volgens deze richtlijn op toe te zien dat dit in het behandelplan wordt vastgelegd. Uit het gebruik van de neutrale term 'een persoon' die instructies heeft gekregen, kan worden afgeleid dat het zowel een beroepskracht als een vrijwilliger als een mantelzorger kan zijn.

²³ Bij het schrijven van deze notitie is gebruikt gemaakt van het overzicht van normen dat als bijlage 3 is opgenomen bij rapporten van inspectiebezoeken die in februari 2011 plaatsvonden. De rapporten zijn gepubliceerd op www.igz.nl

²⁴ Deze norm lijkt ontleend te zijn aan de nota Op weg naar normen voor verantwoorde zorg (2005), waarin de veldpartijen (Arcare, AVVV, LOC, NVVA en Sting) voorwaarden stellen, waaraan voldaan moet zijn om verantwoorde zorg te kunnen leveren. Zo'n voorwaarde is de toepassing van protocollen over de zeven zogeheten risicovolle onderwerpen. Naast de vijf onderwerpen die de IGZ noemt zijn dat 'infectiepreventie en -behandeling' en 'gedragsproblemen en agressie'. Het huidige Kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT (2010) bepaalt dat de zorgverlener richtlijnen / protocollen toepast, maar schrijft niet meer voor welke handelingen geprotocolleerd moeten zijn.

²⁵ Verantwoorde zorg bij toiletgang en incontinentie. Ontwikkeld door L. Awad, MSc in opdracht van SCA Hygiëne products Nederland BV in samenwerking met ActiZ en Sting, september 2006.

²⁶ Lesbrief Zorg bij de toiletgang en incontinentie. Uitgegeven door Sting, oktober 2006.

²⁷ Zorg bij de toiletgang en incontinentie. Handreiking voor het management. Uitgegeven door ActiZ, augustus 2007.

²⁸ Richtlijn Slikproblemen (2001), gepubliceerd op <http://verenso.artsennet.nl>.

²⁹ Hoe ga je om met eten en drinken. Handreikingen voor zorgsituaties waarin eten, drinken en kunstmatige voeding een rol spelen. Uitgave V&VN, september 2006, gepubliceerd op www.zorgvoorbeter.nl.



Belemmeringen voor mantelzorgers of vrijwilligers?

Ook in het model Zorgleefplan komen beide onderwerpen aan de orde³⁰. Het zorgleefplan onderscheidt vier levensdomeinen. Per levensdomein wordt besproken wat de zorgaanbieder voor de cliënt kan betekenen. Hulp bij het eten en bij de toiletgang vallen onder levensdomein 4: Lichamelijk welbevinden en gezondheid. Het zorgleefplan noemt tal van vragen op dit terrein die met de cliënt besproken horen te worden. Ook de familie / naaste van de cliënt wordt bij het zorgleefplan betrokken. Aan hen worden bijvoorbeeld de volgende vragen gesteld: 'Helpt u bij eten en drinken geven? Hoe gaat dat en kan dat zo doorgaan?' Hierbij wordt vermeld: 'Indien nodig: instructie of hulp aanbieden (met name bij slik/kauwproblemen)³¹. Vragen met dezelfde strekking worden ook gesteld met betrekking tot de lichamelijke verzorging (waaronder hulp bij de toiletgang).

Geconstateerd kan worden dat de richtlijnen en handreikingen, over de onderwerpen die mevrouw Uitslag tijdens de begrotingsbehandeling heeft genoemd, zich richten op de beroepsuitoefening door zorgverleners. In de genoemde publicaties komt de vraag of ook mantelzorgers of vrijwilligers deze handelingen mogen uitoefenen niet aan de orde. Zij schrijven echter ook niet voor dat mantelzorgers of vrijwilligers dit niet zouden mogen doen. Het model Zorgleefplan geeft aan dat hulp die mantelzorgers thuis gaven, na opname voortgezet kan worden. De protocollen leveren derhalve geen belemmeringen op voor mantelzorgers. Voor vrijwilligers geldt het algemene uitgangspunt dat in paragraaf 3.2 werd genoemd: wat zij verantwoord kunnen doen, mogen zij doen.

3.4 Wet BIG

Schets

De Wet BIG maakte een einde aan het verbod op de uitoefening van de geneeskunst door onbevoegden, dat was opgenomen in de Wet uitoefening geneeskunst. Slechts ten aanzien van een aantal risicovolle handelingen op het terrein van de geneeskunde bepaalt de Wet BIG dat deze zijn voorbehouden aan personen die daartoe bevoegd zijn. Het geven van een injectie is bijvoorbeeld zo'n voorbehouden handeling.

De Wet BIG verbiedt onbevoegden om 'beroepsmatig' voorbehouden handelingen 'buiten noodzaak' uit te voeren. De toevoeging 'buiten noodzaak' maakt dat in noodsituaties voorbehouden handelingen wel mogen worden uitgevoerd door onbevoegden; nood breekt wet. De beperking tot beroepsmatig handelen maakt het mogelijk dat een cliënt zelf voorbehouden handelingen kan uitvoeren. Een suikerpatiënt kan dus zelf insuline spuiten zonder daarmee in strijd te handelen met de Wet BIG.

Belemmeringen voor mantelzorgers?

Omdat de Wet BIG niet van toepassing is op mantelzorgers, kunnen zij ook zonder opdracht van een arts voorbehouden handelingen verrichten en behoeft de arts zich niet van hun bekwaamheid te vergewissen. Een mantelzorger kan dus bijvoorbeeld injecties geven aan degene die hij verzorgt, ondanks dat injecteren een voorbehouden handeling is. Willen een volwassen cliënt en een mantelzorger dat de mantelzorger injecties geeft of andere verpleegkundige handelingen uitvoert, dan kan een indicatie worden afgegeven voor het aanleren daarvan. Een mantelzorger leren verpleegkundige handelingen te verrichten en het begeleiden bij de uitvoering daarvan is onderdeel van de AWBZ-functie verpleging³². Het verplegen van een volwassene is overigens geen vorm van gebruikelijke zorg³³. Een mantelzorger die niet wil leren injecteren, kan dat dus weigeren, evenals de volwassen cliënt kan weigeren om geïnjecteerd te worden door de mantelzorger.

³⁰ Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan. Uitgegeven door ActiZ, 2006.

³¹ Citaten afkomstig van het tabblad Levensdomein 4 Lichamelijk welbevinden en gezondheid, dat bij het model Zorgleefplan is gevoegd.

³² Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2011, bijlage Verpleging, paragraaf 2.1..

³³ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2011, bijlage Gebruikelijke zorg, paragraaf 2.2.



Belemmeringen voor vrijwilligers?

De beperking tot beroepsmatig handelen houdt in dat de Wet BIG niet van toepassing is op vrijwilligers; zij verrichten hun werkzaamheden immers niet beroepsmatig. De zorgvuldigheidseisen die voor beroepskrachten gelden, gelden derhalve niet voor hen. Wanneer vrijwilligers werkzaam zijn voor een zorgaanbieder, die wel beroepsmatig handelt, ligt het voor de hand dat zij, wanneer zij voorbehouden handelingen verrichten, daarbij aan dezelfde zorgvuldigheidseisen behoren te voldoen als beroepskrachten. Ook buiten zorgorganisaties is dat het geval. De brochure 'Onder voorbehoud' vermeldt hierover: 'Het komt voor dat vrijwilligers met grote regelmaat bepaalde voorbehouden handelingen uitvoeren. Zo geven bijvoorbeeld vrijwilligers van het Rode Kruis tijdens vakanties subcutane injecties aan patiënten. In dergelijke gevallen is het aan te bevelen om de wettelijke regels met betrekking tot het geven en uitvoeren van opdrachten, zoals het vaststellen van de bekwaamheid, in acht te nemen'³⁴.

3.5 Aansprakelijkheidsrecht

Het aansprakelijkheidsrecht kan een rol spelen bij een terughoudende opstelling van zorgaanbieders ten aanzien van werkzaamheden van mantelzorgers. In het bijzonder kan dit het geval zijn als een zorgaanbieder meent aansprakelijk te zijn voor alles wat onder het dak van zijn instelling gebeurt. Zo'n vergaande aansprakelijkheid kent het recht echter niet.

Met name in de geestelijke gezondheidszorg is jurisprudentie ontstaan over de vraag wanneer een zorgaanbieder aansprakelijk is voor schade die een cliënt zichzelf of een ander toebrengt. De Hoge Raad heeft bepaald dat een zorgaanbieder die in het kader van de behandeling het toezicht over een minderjarige cliënt uitoefent, gehouden is zo veel als redelijkerwijs mogelijk is erop toe te zien dan zij derden of zichzelf geen schade toebrengen. Deze plicht gaat verder dan de zorg die men normaal gesproken ten opzichte van elkaar behoort te betrachten en wordt daarom een bijzondere zorgplicht genoemd. Ook scholen hebben bijvoorbeeld een bijzondere zorgplicht ten opzichte van leerlingen. Blijft de zorgaanbieder bij de nakoming van zijn zorgplicht in gebreke en ontstaat hierdoor schade, dan is de zorgaanbieder daarvoor aansprakelijk. De casus waarop deze uitspraak van de Hoge Raad betrekking had, betrof een vrijwillig opgenomen meisje dat was weggelopen uit de instelling en brand had gesticht in een woning. De rechter kwam tot de conclusie dat de zorgaanbieder onvoldoende toezicht had gehouden op het meisje en dat hij daarom de schade, die door de brand aan de woning was ontstaan, moest vergoeden. Deze vorm van aansprakelijkheid wordt als toezichthouderaansprakelijkheid aangeduid omdat de aansprakelijkheid in dit geval niet gebaseerd is op eigen handelen, maar op onvoldoende toezichthouden op het handelen van een ander.

De bijzondere zorgplicht en dus ook de toezichthouderaansprakelijkheid zijn echter niet onbegrensd, een zorgaanbieder is niet per definitie aansprakelijk voor alle schade die een cliënt zichzelf of anderen toebrengt. De Hoge Raad zegt hierover: 'Hoever dit toezicht behoort te gaan en welke maatregelen ter voorkoming van het toebrengen van schade aan derden (of aan het kind zelf) de toezichthouder behoort te nemen, hangt af van de bijzonderheden van het gegeven geval, waarbij van belang zijn enerzijds de grondrechten van het kind en de aan zijn behandeling uit medisch oogpunt te stellen eisen en anderzijds de grootte van de kans dat het derden (of zichzelf) schade zal toebrengen'³⁵.

³⁴ Ministerie VWS: 'Onder voorbehoud, informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in de wet BIG', blz. 16 (tweede druk, 1999).

³⁵ HR 12 mei 1995, NJ 1996, 118 m.nt. JdB ('t Ruige Veld).



Aan het aansprakelijkheidsrecht kan de zorgaanbieder derhalve geen redenen ontleenen om de inzet van mantelzorgers te beperken. Maakt een mantelzorger een fout, dan is hij zelf aansprakelijk voor de schade die daardoor ontstaat. De zorgaanbieder is in dat geval alleen aansprakelijk als hij tekortschoot als toezichthouder. In situaties waarin de cliënt en de zorgaanbieder het niet eens worden over de inzet van mantelzorg, omdat de zorgaanbieder meent dat de kwaliteit van de mantelzorg onvoldoende is, verdient het aanbeveling dat de zorgaanbieder in het dossier aantekent dat dit onderwerp van bespreking is geweest met de cliënt, wat zijn voorstel is geweest, wat hij gedaan heeft om de cliënt te overtuigen en hoe hij de inzet van de mantelzorger zal monitoren. Hierdoor maakt de zorgaanbieder toetsbaar dat hij aan zijn zorgplicht heeft voldaan.

3.6 Conclusie

Wetgeving staat het verlenen van mantelzorg en vrijwilligerswerk in instellingen niet in de weg. Ook de op landelijk niveau ontwikkelde handreikingen en protocollen doen dat niet. Voor de praktijk belangrijke documenten, zoals het Kwaliteitskader VVT en het model Zorgleefplan, zien verlening van mantelzorg in de instelling als iets positiefs dat aanmoediging verdient. Ook ten aanzien van de inzet van vrijwilligers worden geen belemmeringen opgeworpen. Bepalend bij vrijwilligers is wat iemand kan, niet of hij ervoor betaald wordt.





4. Bezwaren en mogelijkheden

Het samenspel tussen al die mensen die van betekenis zijn en kunnen zijn in de zorg, komt te weinig van de grond. Dat ligt niet aan belemmerende wettelijke regels, maar heeft te maken met andere bezwaren, zoals blijkt in dit hoofdstuk. Bij de ene organisatie gelden de bezwaren sterker dan bij een ander. Er zijn dus mogelijkheden om de bezwaren te overwinnen en het samenspel tussen informele en formele zorg concreet vorm te geven.

4.1 Diverse bezwaren

Angst bij zorgorganisaties voor fouten en reputatieschade

Zorgorganisaties voelen zich verantwoordelijk voor wat er onder hun dak gebeurt. Daarom zijn ze voorzichtig en gaan ze risico's liever uit de weg. Dat is goed te zien als het om vrijwilligers en hun werkzaamheden gaat. De afbakening tussen de werkzaamheden van vrijwilligers en van beroepskrachten is vaak strikt. Vrijwilligers mogen geen risicovolle of voorbehouden handelingen uitvoeren, ongeacht of ze daar wel of niet toe in staat zijn. Fouten in de gezondheidszorg veroorzaken veel ophef in de maatschappij. Een organisatie die negatief in het nieuws komt, kan daardoor veel reputatieschade lijden. Bestuurders lijken daarom te kiezen voor zekerheid en beperken de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers in de veronderstelling dat de kans op fouten dan kleiner is.

Verskil in inzet van vrijwilligers in de praktijk

De flitsenquête over vrijwilligersbeleid van ActiZ³⁶, de brancheorganisatie voor zorgondernemers, geeft een indruk hoe verschillend zorgorganisaties in de praktijk omgaan met de inzet van vrijwilligers. Hulp bij de toiletgang mag bijvoorbeeld in 32% van de organisaties, die aan de enquête hebben meegedaan, geboden worden door vrijwilligers. In 65% van de organisaties mag dat niet. Cliënten met slikproblemen mogen in 22% van de organisaties door vrijwilligers worden geholpen bij het eten, in 76% van de organisaties mag dat niet.

Onzekerheid bij beroepskrachten over deskundigheid en functie

Beroepskrachten in de zorg hebben te maken met een professionaliseringsslag, waarbij bekwaamheden en bevoegdheden steeds specifiekere omschreven worden en gekoppeld aan bepaalde functies. Dat proces is nog steeds gaande en laat zich moeilijk rijmen met meer ruimte voor samenspel met informele zorgverleners. Waarom mag een mantelzorger of vrijwilliger bepaalde handelingen wel uitvoeren, waarvoor je als medewerker een opleiding moet hebben gevolgd? Medewerkers vragen zich af waar dit toe leidt. "Eerst pikten vrijwilligers nog de krenten uit de pap, maar pikken ze nu de banen in?"

Weerstand bij mantelzorgers en vrijwilligers tegen opvullen van 'gaten in de zorg'

Mantelzorgers en vrijwilligers zijn niet altijd even enthousiast om allerlei zorgtaken uit te voeren, zeker niet binnen zorginstellingen. Daar lag het primaat van de zorg altijd bij de beroepskrachten en dat willen ze graag zo houden. Nu vanuit het overheidsbeleid sterker wordt ingezet op de inzet van informele zorgverleners, roept dat grote vraagtekens bij hen op. Zeker wanneer in hun ogen het beleid voortkomt uit bezuinigingsoverwegingen. Voor hun gevoel mogen zij nu 'de gaten in de zorg' gaan opvullen. Een nog groter deel van de zorg komt op hun schouders te rusten.

³⁶ Rapportage Flitsenquête Vrijwilligersbeleid, ActiZ 2011.



4.2 Concrete mogelijkheden

Vrijwilligers goed voorbereiden

Vrijwilligers bieden op vele manieren zorg en ondersteuning aan cliënten. Om te zorgen dat vrijwilligers hun taken veilig en verantwoord kunnen uitvoeren is het van belang dat de organisatie beschrijft wat iemand moet weten en kunnen om een bepaalde taak uit te voeren. Vrijwilligers kunnen bepaalde taken vooraf aanleren. In- en uit de rolstoel helpen, ondersteunen bij het lopen en het eten, bij toiletbezoek, zelfs medicatie geven kan tot de mogelijkheden behoren. Zeker als het gaat om zorghandelingen die gekoppeld zijn aan een welzijnsactiviteit.

Betere zorg voor en met vrijwilligers

In het door VWS gefinancierde project Zorg Beter met Vrijwilligers³⁷ dat Vilans samen met een aantal partners uitvoert om de kwaliteit van het vrijwilligerswerk en de omgang met vrijwilligers in de langdurende zorg te verbeteren, waren het vooral gehandicaptenorganisaties die op zoek gingen naar het verantwoord organiseren van welzijnsactiviteiten in samenspel met vrijwilligers. Vilans heeft met deze organisaties een handreiking voor een protocol ontwikkeld om aan te kunnen geven wat vrijwilligers moeten weten (over de cliënt en bij wie ze terecht kunnen in geval van nood), wat ze moeten kunnen (ter ondersteuning van cliënt) en waar ze over moeten beschikken (bijvoorbeeld rijbewijs of mobiele telefoon). Een vertegenwoordiging van vrijwilligers, beroepskrachten en managers vult het protocol per activiteit in. Het is een vorm van risico-inventarisatie. Vervolgens dient het protocol als een checklist voor het intakegesprek met de vrijwilliger, die daardoor goed voorbereid aan de slag kan gaan. Indien nodig krijgt de vrijwilliger een training en/of instructie van een beroepskracht. Na afloop van de activiteit koppelt de vrijwilliger terug aan de beroepskrachten hoe het verlopen. De afspraken worden vastgelegd in het zorgleefplan.



³⁷ Zorg Beter met Vrijwilligers is een project van Vilans i.s.m. MOVISIE, V&VN, AGORA, ActiZ en VGN.

Voor meer informatie zie www.zorgbetertmetvrijwilligers.nl, thema Grenzen.



Oog voor verschillende rollen van mantelzorgers

Mantelzorgers hebben soms al jarenlang zorg verleend en zijn zeer ervaren. Sommigen van hen willen graag blijven zorgen. Anderen kan het zorgen (te) zwaar vallen. Zij hebben dan behoefte aan overname van de zorg. De kennis die ze hebben over de wensen en voorkeuren van hun naaste willen mantelzorgers vaak graag delen met de beroepskrachten, die nu voor hun naaste gaan zorgen. Dit vraagt om goede communicatie en afstemming, waarbij ruimte is voor ieders inbreng en deskundigheid.

In het project 'Samenspel met mantelzorgers' van het Expertisecentrum Mantelzorg³⁸, waarin Vilans participeert, bekeken zorgorganisaties samen met mantelzorgers hoe ze het samenspel over en weer konden verbeteren. Voor mantelzorgers bleek het belangrijk dat ze erkenning kregen voor de verschillende rollen die ze vervullen: die van partner in de zorg, hulpvrager die bijvoorbeeld meer wil weten hoe om te gaan met bepaalde ziektebeelden en het ziekteproces, naaste die een persoonlijke relatie onderhoudt met de cliënt en expert die door jarenlange (zorg)ervaring goed op de hoogte is van de wensen en behoeften van de cliënt.

Om het samenspel met mantelzorg goed neer te zetten is aandacht nodig voor al deze rollen:

Rollen van mantelzorgers	Activiteiten voor beroepskrachten
Partner in zorg	Samenwerken
Hulpvrager	Ondersteunen
Persoonlijke relatie	Faciliteren
Expert	Afstemmen

Meer samenspel met mantelzorgers

De Samenspelscan is een vragenlijst, die mantelzorgers, beroepskrachten en managers kunnen invullen. Ze geven aan wat er in de samenwerking goed verloopt en wat er beter kan. Het levert een beeld op van gewenste verbeteracties vanuit verschillende gezichtspunten en biedt een goed aanknopingspunt om hierover met elkaar in gesprek te gaan. De verschillende betrokkenen kunnen hun wensen en verwachtingen uitspreken en daardoor nader tot elkaar komen. Mocht een mantelzorger bepaalde zorghandelingen willen blijven uitvoeren, dan is het bijvoorbeeld mogelijk dat hij of zij dat eerst een aantal keren samen met de beroepskracht doet. Over en weer kunnen ze van elkaar leren. Dat gaat een stap verder dan alleen afspraken over de uitvoering van de handelingen door de mantelzorger op papier te zetten. Het leidt tot onderling contact en wederzijdse betrokkenheid. Taakafbakening en grenzen vormen niet de insteek van het contact. Het gaat om het verkennen wat een mantelzorger nog wil en kan en hoe dat te realiseren is³⁹.

³⁸ Expertisecentrum Mantelzorg (EM) is een kenniscentrum op gebied van mantelzorg en mantelzorgondersteuning. Het is een samenwerkingsverband van MOVISIE en Vilans. Voor meer informatie zie www.expertisecentrummantelzorg.nl, themadossier Impulspakket Samenspel.

³⁹ Zie noot 38.



4.3 Met elkaar aan de slag

Mantelzorgers, familieleden en andere bekenden uit het sociale netwerk van de cliënt en ook vrijwilligers leveren een onmisbare bijdrage aan de kwaliteit van leven en het welbevinden van de cliënten. Die visie wordt ook door zorgorganisaties breed gedragen. De vraag voor veel organisaties is hoe ver die bijdrage kan en mag gaan. In feite gaat het ook over de vraag hoe ver de organisatie wil gaan. In hoeverre is een zorgorganisatie bereid om de zorg te delen met informele zorgverleners in aansluiting op de individuele wensen en behoeften van cliënten? En hoeveel ruimte is daarbij weggelegd voor de deskundige inbreng van mantelzorgers, familieleden en vrijwilligers?

In de visie op zorg- en dienstverlening in het breed gedragen kwaliteitskader voor verantwoorde zorg staan de cliënt en diens wensen en behoeften centraal. Cliënten hebben zelf de regie in handen. Dat vraagt een andere insteek en houding van beroepskrachten, niet alleen ten aanzien van de cliënt maar ook naar diens (informele) omgeving. Mantelzorgers en vrijwilligers vervullen een belangrijke rol. Ze laten zich daarbij ook meer en meer gelden door kenbaar te maken wat hún wensen en behoeften zijn en hoe zij graag de zorg en ondersteuning georganiseerd zien. Daar past de vraag bij wat hun eigen inbreng kan zijn en hoe ze daarbij gefaciliteerd en ondersteund kunnen worden door de zorgorganisatie. Echt samenspel tussen informele en formele zorgverleners dus, waarbij ruimte is om grenzen te verleggen.

Verandering in visie en uitvoering in de praktijk gaan niet vanzelf. De eerste stappen zijn gezet en er zijn nog vele bezwaren te overwinnen. Belangrijk is om daarover met alle betrokken partijen in gesprek te gaan. Zorgorganisaties, brancheorganisaties, beroepsverenigingen, cliëntenraden, vertegenwoordigers van vrijwilligers en mantelzorgers en ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Met elkaar kunnen zij bespreken hoe aan ieders bezwaren tegemoet kan worden gekomen. Het is goed om hun oplossingen te toetsen in de praktijk. Dat moet leiden tot bruikbare handvatten voor het beleid en de werkwijze in zorgorganisaties, waardoor de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers op een veilige en verantwoorde wijze plaats kan vinden. Met elkaar aan de slag dus.





Over de auteurs

Cecil Scholten

Cecil Scholten is als expert werkzaam bij Vilans op het gebied van informele zorg. Ze heeft diverse publicaties op haar naam staan over dit thema. Meest recent *Zonder cement geen bouwwerk. Over vrijwilligerswerk in de zorg, nu en in de toekomst* (Vilans, MOVISIE en NOV, 2011). Ze is projectleider van Zorg Beter met Vrijwilligers. Verder voert ze diverse opdrachten uit rond mantelzorg, familieparticipatie en vrijwilligerswerk in de zorg, onder meer voor het Expertisecentrum Mantelzorg en In voor Zorg.

Vilans is het landelijk kenniscentrum voor de langdurende zorg. Vilans ontwikkelt praktijkgerichte kennis met als uiteindelijk doel de kwaliteit van leven voor mensen die deze zorg nodig hebben te verbeteren. Een van de terreinen waarop dat gebeurt, is informele zorg.

Meer informatie: www.vilans.nl

Zorg Beter met Vrijwilligers is een samenwerkingsproject van Vilans met MOVISIE, V&VN, AGORA, ActiZ en VGN. Het project beoogt de kwaliteit van het vrijwilligerswerk en de omgang met vrijwilligers in de langdurende zorg te verbeteren. Dat gebeurt door middel van verbetertrajecten, verbeterdoelen en verbeterpakketten.

Meer informatie: www.zorgbetermetvrijwilligers.nl

Expertisecentrum Mantelzorg (EM) is het landelijk kenniscentrum op het gebied van mantelzorg en mantelzorgondersteuning. Vilans en MOVISIE werken hierin samen met Mezzo, VNG, ActiZ en de provinciale Centra voor Maatschappelijke Ondersteuning. Het EM heeft tot doel bij te dragen aan de bekendheid van mantelzorg, het verbeteren van mantelzorgondersteuning en de implementatie van toepasbare kennis in beleids- en werkvelden.

Meer informatie: www.expertisecentrummantelzorg.nl

In voor zorg! is een programma van het ministerie van VWS en Vilans dat zorgorganisaties ondersteunt om hun werkprocessen in te richten met het oog op de toekomst.

Meer informatie: www.invoorzorg.nl

Karel van Dijk

Karel van Dijk is werkzaam als zelfstandig juridisch adviseur op het gebied van het gezondheidsrecht. Hij schreef in opdracht van ActiZ de brochure *Juridische aspecten van de inzet van informele zorg* (2012).





Colofon

© Maart 2012, Vilans.

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op een andere wijze zonder bronvermelding.

Auteurs

Cecil Scholten, Vilans

Karel van Dijk, zelfstandig juridisch adviseur gezondheidsrecht

Redactie

Erna Oosterveen, Woord-werk, Zwolle

Met dank aan

Annemiek Mulder, ActiZ

Betsy Albers, Vilans

Ronald Hetem, MOVISIE

Maureen Prins, Vilans

Foto's

Eveline Renaud

pagina's 4, 8, 15 en 17

Vormgeving

Wrikontwerp (BNO), Utrecht



Vilans

Postbus 8228
3503 RE Utrecht
T 030 789 23 00
E info@vilans.nl
www.vilans.nl