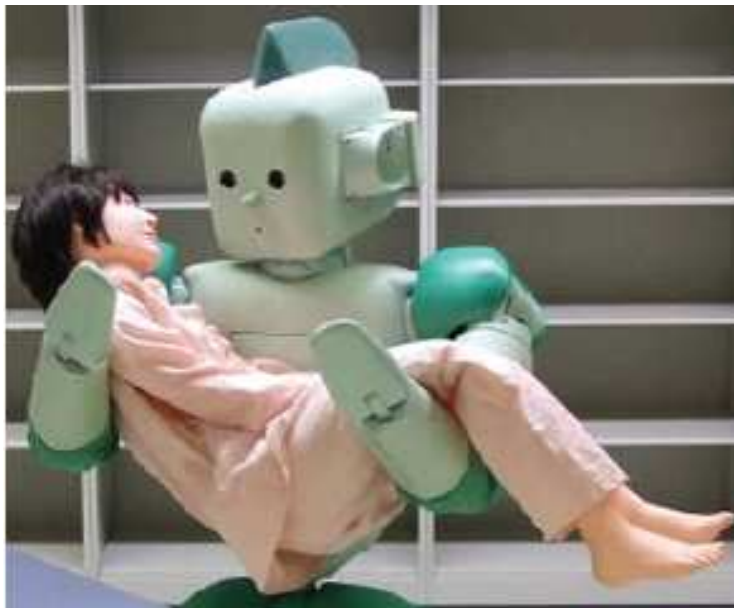


**3 juni 2010**

# **5<sup>e</sup> Nationale Mantelzorglezing**

'Relatie tussen formele en informele zorg'

Uitgesproken door: Anton Westerlaken



expertisecentrum  
mantelzorg



**Erasmus MC**  
Universitair Medisch Centrum Rotterdam



De Nationale Mantelzorglezing wordt georganiseerd door Mezzo, Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg en het Expertisecentrum Mantelzorg. Het Expertisecentrum Mantelzorg is het landelijk kenniscentrum op het gebied van mantelzorg en mantelzorgondersteuning. De lezing wordt mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van VWS.

## Voorwoord

De 5<sup>e</sup> nationale mantelzorglezing heeft als achtergrond de beleidsbrief Mantelzorg en vrijwilligerswerk 2008 – 2011 (Staatssecretaris van VWS Mw. Dr. J. Bussemaker) en gaat nader in op de relatie formele versus informele zorg.

Op uitnodiging van Mezzo en het Expertisecentrum Mantelzorg spreekt Anton Westerlaken deze Mantelzorglezing uit. Anton Westerlaken is lid van de Raad van Bestuur van het Erasmus Universitair Medisch Centrum in Rotterdam en voorzitter van het GENERO-netwerk Zuidwest Nederland (Geriatrisch Netwerk Rotterdam en Omgeving, regionale geriatrische netwerk in de Onderwijs- en Opleidingsregio van het Erasmus MC).<sup>1</sup>



GENERO stelt zich ten doel een bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen in de regio. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn de behoeften en wensen van ouderen zelf en hun mantelzorgers. In deze lezing zoomt hij in op de specifieke relatie tussen betaalde professionals (van een Universitair Medisch Centrum) en mantelzorgverleners.

De lezing is mede tot stand gekomen door het voorbereidende werk van Stanny de Roode en Eveline van der Plas, adviseurs bij de Directie Patiëntenzorg van het Erasmus MC.

---

<sup>1</sup> [www.erasmusmc.nl/research/subsidies/investeren/genero/](http://www.erasmusmc.nl/research/subsidies/investeren/genero/)

## Wie de mantel past trekke hem aan.....

### Inleiding

In de komende 30 jaar zal het aantal ouderen verdubbelen terwijl de totale bevolkingsomvang hetzelfde blijft. Chronische ziekten zullen met vijftig procent toenemen. Op dit moment zijn zo'n 1 miljoen hart- en vaatziektepatiënten. Alleen al door de vergrijzing van de bevolking zal het totaal aantal hart- en vaatpatiënten met 45% stijgen naar 1,3 miljoen patiënten in 2020. Er zal een verschuiving plaatsvinden van acute naar chronische vormen, zoals hartfalen.<sup>2</sup> De vergrijzing van de Nederlandse bevolking heeft tevens tot gevolg dat het aantal mensen met dementie toeneemt. Op dit moment zijn er ruim 200.000 mensen van 65 jaar en ouder met de diagnose dementie. In 2020 zullen dat er 250.000 zijn en in 2050 zo'n 400.000.<sup>3</sup>

Zeventig tot tachtig procent van de zorginstellingen in Nederland is niet voorbereid op toekomstige arbeidsmarktproblemen, zoals deze vergrijzing en groeiende krapte op de arbeidsmarkt. Verschillende onderzoeken laten zien dat de zorgsector de komende jaren grote knelpunten tegemoet kan zien.<sup>4</sup> Door de demografische ontwikkelingen in Nederland krijgt de sector te maken met een stijgende vraag naar zorg bij een dalend aanbod van personeel. Daarbij is ook sprake van een sterke vergrijzing van het huidige personeelsbestand.

De laatste jaren wordt mantelzorg meer en meer een gereguleerd onderdeel van het totaal aan zorgcapaciteit in Nederland. Zo zijn er wettelijke regels gekomen over de omstandigheden waaronder mensen zelf voor hun zieke of gehandicapte huisgenoten moeten zorgen, maar is de overheid mantelzorgers ook op allerlei manieren gaan ondersteunen. Het totale zorgaanbod in Nederland is op dit moment zo verdeeld dat 20% formele zorg beslaat en 80% informele zorg beslaat.<sup>5</sup>

De verwachte vergrijzing en toename van het aantal chronisch zieken in Nederland enerzijds en krapte op de arbeidsmarkt en ontgroening anderzijds, zal leiden tot een verhoogde druk op vraag naar en aanbod van zorg. Zo ook op de mantelzorg.

Naast bovenstaande problematiek die een Universitair Medisch Centrum (UMC) in toenemende mate zelf zal ondervinden in de relatie werkgever – werknemer, is het van maatschappelijk belang dat een UMC helpt om de druk binnen de informele zorg te doen afnemen / beperken.

### Formele zorg

Formele zorg wordt per definitie geleverd door professionals. Deze professionals verrichten werkzaamheden vanuit een organisatorisch verband en ontvangen daarvoor een salaris.

---

<sup>2</sup> Nederlandse hartstichting

<sup>3</sup> Gezondheidsraad

<sup>4</sup> Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn 2009 van Prismant

<sup>5</sup> Schepper en Co, 19 april 2010

De professional is gebonden aan professionele richtlijnen en kwaliteitseisen. Ziekenhuiszorg maakt onderdeel uit van de formele zorg in Nederland.

Onder ziekenhuiszorg valt die zorg die gericht is op het behandelen en genezen van acute en chronische lichamelijke aandoeningen die in met name de eerste lijn of andere zorginstellingen niet kunnen worden gediagnosticeerd of behandeld. Ziekenhuiszorg omvat medisch-specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten. De zorg bestaat uit professionele en technische voorzieningen voor de diagnose, behandeling, verpleging en isolering van de patiënt.

De ziekenhuiszorg valt onder de cure-sector binnen de gezondheidszorg.

De curatieve medisch-specialistische zorg, gegeven door medisch specialisten in het ziekenhuis, bestaat uit diagnostiek en behandeling van de bij de patiënt aanwezige aandoening(en) of symptomen. De verpleegkundige zorg in het ziekenhuis bestaat uit observatie, begeleiding en persoonlijke verzorging van degenen die in het ziekenhuis zijn opgenomen of op de polikliniek een bezoek afleggen.

## **Universitair Medisch Centrum**

Het Erasmus Universitair Medisch Centrum is een academisch ziekenhuis verbonden aan een universiteit. De opleiding en het onderzoek wordt onder verantwoordelijkheid van de universiteit uitgevoerd. Het Erasmus MC levert naast reguliere patiëntenzorg en topklinische zorg ook topreferente zorg. Dit is zeer specialistische zorg voor patiënten die zeldzame, moeilijk te diagnosticeren of moeilijk te behandelen aandoeningen hebben en niet verder doorverwezen kunnen worden. Patiënten die deze zorg nodig hebben, krijgen voorrang boven de patiënten die ook elders terecht kunnen. Het Erasmus MC heeft tevens een werkplaatsfunctie voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs aan de medische faculteit en een opleidingsfunctie voor medisch specialisten. Verder ontwikkelt het Erasmus MC nieuwe medische technologieën en behandelwijzen (ontwikkelfunctie). Formele zorg wordt per definitie geleverd door professionals. Deze professionals verrichten werkzaamheden vanuit een organisatorisch verband en ontvangen daarvoor een salaris.

## **Informele zorg**

In Nederland bestaat informele zorg per definitie uit zorg geleverd door mantelzorgers of zorg geleverd door vrijwilligers. Mantelzorg is langdurende zorg (langer dan 3 maanden, dit is in het kader van de AWBZ-indicering wel als zodanig geformuleerd, maar niet altijd geldig. Ook korter dan 3 maanden kan mantelzorg zijn) 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 de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de bestaande sociale relatie. Een vrijwilliger is iemand die zich vanuit een georganiseerd verband onbetaald en onverplicht inzet voor anderen. In tegenstelling tot mantelzorg komt deze hulp niet voort uit een bestaande, sociale relatie.

In 2008 waren er 3,5 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder die mantelzorg verleenden. Hiervan gaven 2,6 miljoen mensen meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden hulp; dat is 20% van de volwassen bevolking.

Van de 3,5 miljoen mantelzorgers

- o gaf 2,7 miljoen hulp aan chronisch zieken, tijdelijk zieken of stervenden. De overige 760.000 mantelzorgers boden hulp vanwege andere gezondheidsredenen, zoals ouderdomsproblemen;
- o bood bijna 1 miljoen personen uitsluitend hulp aan een persoon met een chronische ziekte of een handicap;
- o boden bijna 600.000 personen uitsluitend hulp aan iemand die minimaal twee weken hulp nodig had vanwege een tijdelijke ziekte, ongeval of ziekenhuisopname;
- o boden circa 70.000 personen uitsluitend hulp aan een persoon die thuis is overleden en die ook thuis is verpleegd.

Het is bekend dat het verlenen van hulp op den duur kan leiden tot een zware (fysieke, psychische of tijd) belasting van de mantelzorgers. In 2008 voelden ruim 450.000 mantelzorgers van 18 jaar of ouder zich ernstig belast. Zij ervaren dat de zorg teveel op hun schouders komt te rusten, dat hun eigen autonomie in de knel raakt en dat de zorgverlening ten koste gaat van hun gezondheid en conflicten oplevert op het werk of in de thuissituatie.

Het aantal zwaar of overbelaste mantelzorgers steeg tussen 2001 en 2008 van ongeveer 300.000 tot 450.000. In 2008 was 60% van de mantelzorgers vrouw. Tussen 2001 en 2008 is dit niet gewijzigd. Het aantal mantelzorgers blijft redelijk stabiel, maar de zwaarte van de zorg neemt toe.<sup>6</sup>

## **Zorgvraag en zorgaanbod**

Zowel de formele- als de informele zorg kent een vraag en aanbod kant. Verondersteld wordt dat zorgvraag en zorgaanbod met elkaar in relatie staan. Zowel binnen de formele als informele zorg als overstijgend naar de andere vorm van zorg.

Aan de uitwerking van deze relatie wordt uitgegaan van de volgende verhouding.

Formele zorg (professionele zorg):

- a. Vraag
- b. Aanbod (20%)

Informele zorg (mantelzorg / vrijwilligers):

- a. Vraag
- b. Aanbod (80%)

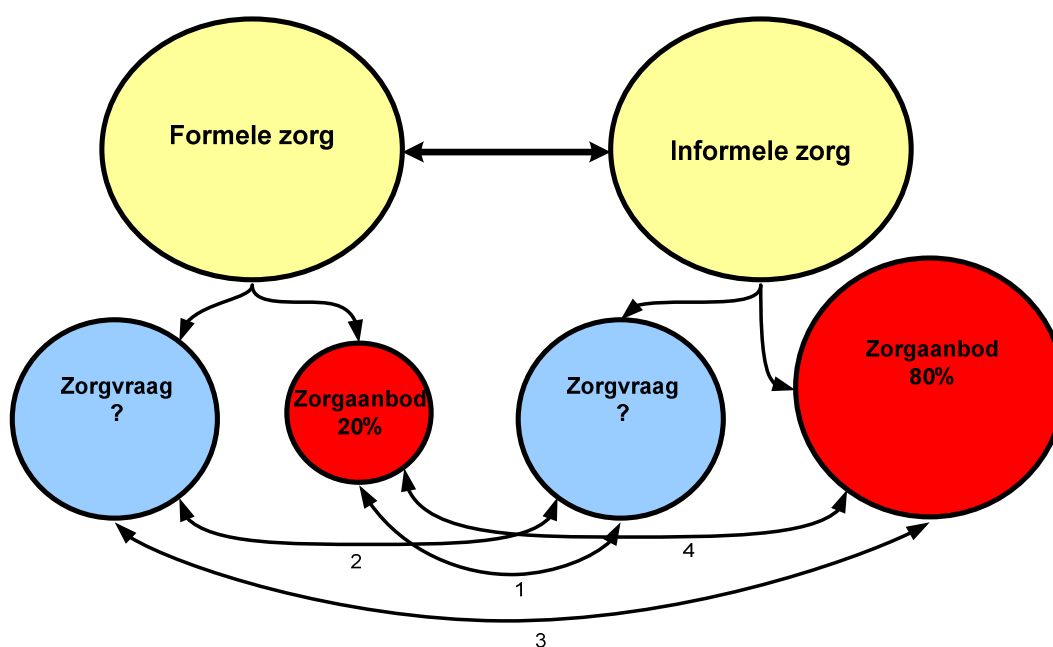
---

<sup>6</sup> Mantelzorg uit de doeken, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2010

Theoretisch zijn onderstaande relaties mogelijk:

1. Als het aanbod van formele zorg toeneemt, neemt de vraag naar mantelzorg af en v.v.;
2. Als de vraag naar formele zorg toeneemt, neemt de vraag naar mantelzorg af en v.v.;
3. Als het aanbod van informele zorg toeneemt, neemt de vraag naar formele zorg af en v.v.;
4. Als de vraag naar informele zorg toeneemt, neemt het aanbod van formele zorg af.

Relaties 1 en 3 gelden met een 'zekerheid grenzende' waarschijnlijkheid. De relaties 2 en 4 zijn gebaseerd op veronderstellingen. Wijzigingen in de relaties worden mede veroorzaakt door veranderingen in de conditie / zelfredzaamheid van de zorgvrager / patiënt. De laatste veranderingen zijn niet expliciet weergegeven in onderstaand schema.



Een belangrijke drijvende kracht achter de groeiende en complexere zorgvraag is de demografische opbouw van de bevolking. Zo zijn er in 2025 meer ouderen met meervoudige aandoeningen en meer chronisch zieken.

Tot 2025 groeit het aantal 65-plussers van 2,5 naar 3,7 miljoen en het aantal 80-plussers van 640.000 naar 910.000.<sup>7</sup> Naast het volume-effect van ongeveer 6,5 procent, – een grotere bevolking heeft bij een constante samenstelling nu eenmaal meer zieken – is er vooral sprake van de gevolgen van vergrijzing. Dat laatste is terug te zien in de sterke toename van 'ziekten van de oude dag', zoals hartfalen (47 procent, waarvan 40 procent door vergrijzing), dementie (45 procent, waarvan 38 procent door vergrijzing) en beroerte (44 procent, waarvan 37 procent door vergrijzing).

<sup>7</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS Statline)

Dit gaat gepaard met een groeiend aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen.<sup>8</sup> De intensiteit (zorgzwaarte) en de duur van de benodigde zorg wordt hierdoor groter.

Gegeven het huidige arbeidsmarktbeleid, zullen er in 2025 niet of nauwelijks meer arbeidskrachten zijn dan in 2007. Erg schrijnend gezien de 470.000 extra krachten die dan in de zorg nodig zijn, bij ongewijzigd beleid en een groeiende zorgvraag van circa twee procent per jaar.

De structurele personeelstekorten die nu worden verwacht, kunnen de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg ernstig onder druk gaan zetten. Hoe hierop te anticiperen.

De maatschappelijke uitdaging is groot. Hoe kan de dreigende kloof tussen zorgvraag en arbeidsaanbod overbrugd worden én daarbij het huidige niveau van zorg gegarandeerd blijven? Om maatschappelijke en economische redenen is het noodzakelijk om personeelstekorten te voorkomen. Er moet permanent aandacht komen voor ontwikkelingen in de zorgvraag en het arbeidsaanbod en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Deze aandacht moet vooral gericht zijn op het aanbod van verzorgenden en verpleegkundigen, aangezien deze groep de bulk van de zorg verleent en er vooral binnen deze groep grote tekorten dreigen. Maar als het gaat om de toekomstige arbeidsmarkt van de zorg, kan ook de vraagzijde niet genegeerd worden. De verschillende aspecten van de zorgvraag moeten hierbij worden belicht, denk hierbij aan het verzekerde pakket, preventie, zelfredzaamheid, mantelzorg en arbeidsbesparende innovatie. De samenhang tussen de arbeidsbehoefte en deze aspecten moet hoog op de agenda staan.<sup>9</sup>

## **Relatie formele- en informele zorg, specifiek met betrekking tot een UMC**

### **Kernvragen**

- We moeten, als samenleving, duidelijke keuzes maken over wat we onder zorg verstaan en van wie we die zorg verwachten. De huidige debatten rond de verkiezingen zijn niet echt hoopgevend en dat geldt voor een groot deel ook voor de verkiezingsprogramma's. De financieel economische korte termijndruk is daar debet aan. Veel is herhaling van oudere standpunten. Nodig is een keuze die naast verduidelijking vooral ook zorgt voor een minder politiek gevoelig/beïnvloedbaar systeem. Kernelementen voor een regeerakkoord vragen vooral ook om het maken van heldere en duurzame keuzes. Dit betekent voor het verzekerde pakket zowel het opschonen van de niet zorggerelateerde voorzieningen als het normeren via een kosteneffectiviteitsbegrenzing (QALY). Dit werkt zowel goed uit voor een maatschappelijk geaccepteerd niveau van solidariteit als voor een effectievere afweging van inzet in de zorg. Daarnaast is het ook rechtvaardiger met betrekking tot de effecten voor chronisch zieken.<sup>10 11 12</sup>

---

<sup>8</sup> Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2006

<sup>9</sup> Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025, zorginnovatieplatform

<sup>10</sup> Rechtvaardige en duurzame zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, april 2007

<sup>11</sup> Zinnige en duurzame zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, juni 2006

<sup>12</sup> Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, januari 2006

- De afstemming tussen professionele zorg en informele, mantelzorg moet beter (praktisch, logistiek, keten en zeker ook mentaal. Professionele zorg moet zich realiseren dat zij zonder mantelzorg op een eiland werkt). Hoe organiseren we dit?

Zelfredzaamheid en conditie van de patiënt zijn bepalend voor de aard en omvang van deze relatie. Een goed samenspel tussen informele en formele zorg is noodzakelijk om mensen in staat te stellen hun autonomie en zelfredzaamheid zo lang mogelijk te bewaren. Die autonomie en zelfredzaamheid dragen in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van het leven.<sup>13</sup>

UMC St Radboud heeft een speciaal team om fragiele ouderen te behoeden voor onnodige mallemolens. Het UMC St Radboud start met een HELP team. Het Hospital Elder Life Programme komt uit de VS. Een klinisch geriater en een psychiatrisch verpleegkundige vormen een team dat in overleg met de familie snelle beslissingen neemt. Het doel is behoudt van kwaliteit van leven. De patiënt wil zo lang mogelijk thuis blijven en genoeg energie hebben om dat te kunnen doen: een ander uitgangspunt dan primair diagnose gericht onderzoeken of iemand kanker heeft en dat willen genezen.<sup>14</sup>

Wederkerigheid en sociale contacten spelen hierbij een grote rol. Samenredzaamheid geeft aan dat vooral ook naar het bovenindividuele niveau gekeken moet worden. Het vraagt om investeren in verbinden tussen netwerken c.q. het realiseren van nieuwe infrastructuur. Ook met behulp van ICT.

***Een goede afstemming tussen informele en formele zorg is ook van belang om mantelzorgers, vrijwilligers én professionals in staat te stellen "hun" taken goed en met voldoening te doen.***

Zorgorganisaties zullen hun onderlinge relaties beter moeten afstemmen (ketenzorg, regievoering). Doorslaggevend daarbij is de vraag wat is de beste plek voor de patiënt/cliënt. Dit niet alleen voor wat betreft de formele zorg, maar zeker ook voor wat betreft de informele zorg. Die ketenbenadering moet beter en tijdiger gerealiseerd worden.

Zorgverzekeraars kunnen hun inkoopgedrag hierop inrichten en de ketenbenadering ondersteunen/faciliteren. Daarnaast kunnen verzekeraars actiever worden om nieuwe collectiviteiten/arrangementen aan te bieden. Zowel in de vorm van de "oude" kruisverenigingen (lidmaatschapsorganisatie) als in de vorm van verzekeringsarrangementen zonder winstoogmerk. Laten we de nauwelijks zinvolle condities en bemoeienis van een NMA, NZA en andere bureaucratie dan ook gewoon buiten haken zetten. De harde toetsingsvraag is of de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg verbetert.

---

<sup>13</sup> Naast en met elkaar. Brief over de relatie tussen formele en informele zorg, Mw. Dr. J. Bussemaker, oktober 2009

<sup>14</sup> Medisch contact, 65<sup>e</sup> jaargang, 22 april 2010

- De dynamiek in de professionele zorg is korter, sneller, specialistischer. Dit zal de druk op de informele zorg alleen maar vergroten. Ontwikkelingen als kortere ligduur, de hogere leeftijd van patiënten en meer aandacht voor transmurale zorg geven aanleiding voor verschillende ziekenhuis initiatieven. Bijvoorbeeld het plannen en integreren van systematische aandacht voor de omgeving van de patiënt als structureel onderdeel van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Het samenspel tussen patiënt, mantelzorger en professional bevordert continuïteit, effectiviteit, goede zorg en therapietrouw.

Het ziekenhuis zou een belangrijke 'vindplaats'<sup>15</sup> van potentiële mantelzorgers kunnen zijn.

Een georganiseerde aandacht voor de relatie patiënt – professional – mantelzorger komt de laatste goed van pas op het gebied van informatievoorziening, bejegening, waardering en concrete afspraken over samenwerking. Voor ziekenhuizen is winst te behalen ten aanzien van:

- De kwaliteit van zorg voor de patiënt;
- Meer kennis over de patiënt;
- Eerder ontslag uit ziekenhuis door betere afstemming met het thuisfront/thuiszorg;
- Profilering naar de zorgverzekeraar die kwaliteit wil inkopen;
- Positieve beeldvorming over het ziekenhuis;
- Enz.

Kortere ligduur en ontslag uit het ziekenhuis is ook een mantelzorgvraagstuk. Wat te doen om herhaalde opname te voorkomen? Welke actoren moeten/kunnen bijdragen? Welke ketens zijn hier al voorbeelden van en hoe kan dit ver geleid worden? Wat kan ziekenhuis doen aan toerusting van mantelzorgers, bijvoorbeeld tiltechnieken, deskundigheidsbevordering, enz. Deze ontwikkeling vraagt andere arrangementen<sup>16</sup> in de samenleving om ieders verantwoordelijkheid te kunnen dragen/waarmaken.

- Op de arbeidsmarkt vraagt de afstemming tussen formele en informele zorg een regionaal, samen optrekken van zorgaanbieders. De tucht van de arbeidsmarkt en het matig ontwikkelde werkgeversbeleid zijn een dubbel risico. Door veel beter samen op te trekken (arbeidsmarktcommunicatie, opleidingen, afstemming arbeidsvoorwaarden) en van het personeelsbeleid een inhoudelijke prioriteit te maken kan er veel beter gepresteerd worden. Die kwantitatieve en kwalitatieve verbetering heeft direct ook gevolg voor de kwaliteit van de zorg.

Naast deze collectieve aanpak kun je/moet je ook naar het individuele niveau kijken. Wat is of wordt de balans tussen rechten en plichten. Dat geeft een typisch Nederlands beeld. Voorstellen om mantelzorg afdwingbaar te maken konden vooral op kritiek en zelfs hoon rekenen.<sup>17 18</sup>

Voorstellen om (delen van) informele zorg te formaliseren en te betalen of fiscaal te faciliteren zijn niet of nauwelijks gerealiseerd. Wel wordt bij de indicatiestelling in de huidige AWBZ het begrip gebruikelijke zorg als toetsing gehanteerd. Indirect dus toch een verplichting tot mantelzorg.

<sup>15</sup> Projectplan ziekenhuis en mantelzorg, oktober 2008

<sup>16</sup> 4e Nationale mantelzorglezing, 'Over werk en mantelzorg', A. Rinnooy Kan, juni 2009

<sup>17</sup> Mantelzorg moet afdwingbaar worden, College voor zorgverzekeringen, juni 2004

<sup>18</sup> Signalering ethiek en gezondheid 2004, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004

Uit het recente convenant dat de 3 vakcentrales en werk en mantelzorg hebben gesloten, komt die benadering ook naar voren. Men wil meer aandacht voor (het belang van) mantelzorg en dit ook faciliteren.<sup>19</sup> Om deze dynamiek positief te beïnvloeden doe ik hierbij twee concrete voorstellen:

1. In het nieuwe regeerakkoord wordt een afspraak gemaakt over het fiscaal aantrekkelijk maken van persoonlijke dienstverlening. Dit biedt mogelijkheden voor individuele arrangementen.<sup>20</sup> De facilitering van onder andere mantelzorg wordt daarmee versterkt/vergroot.
2. Alle werknemers stellen één verlofdag beschikbaar voor het faciliteren van collega's die mantelzorgverplichtingen op zich neemt. Praktisch kan dit gerealiseerd worden door het laten vervallen van een collectieve vrije dag (bijvoorbeeld 2<sup>e</sup> Paasdag of Hemelvaartsdag) en de opbrengst regionaal beschikbaar te stellen. Voor grote arbeidsorganisaties kan dit met een Ondernemingsraad worden uitgewerkt. Voor kleine organisaties in de regio met vakorganisaties en werkgevers.  
Het is naast grote waardering voor het belang van mantelzorg ook een effectieve vormgeving van solidariteit.

### **Is de zorgvrager bepalend voor de relatie tussen formele en informele zorg?**

Op individueel niveau is de aard en omvang van de benodigde hulp omgekeerd evenredig aan de beperkte zelfredzaamheid van de zorgvrager.

Mantelzorgers, professionals in de zorg (zoals artsen, verpleegkundigen en verzorgers) en zorgvrijwilligers zijn hierdoor nauw aan elkaar verbonden. In goede afstemming met elkaar kunnen ze het welbevinden en/of de zelfredzaamheid van een zorgvrager vergroten. In de praktijk komt dit echter nog onvoldoende uit de verf. De mantelzorg wordt te weinig gezien en gehoord, laat staan zelf ondersteund (respijtzorg). De mogelijke bijdrage van vrijwilligerszorg is vaak onbekend bij professionals.

Aan de kant van de professionele zorg vraagt dit om nieuwe en aanvullende activiteiten. Het gaat dan om vragen als:

1. Wie/wat bepaalt de aard van deze relatie?
2. Waar ontmoeten formele en informele zorg elkaar? Wat vraagt dit van elkaar?
3. Waar ontmoeten de organisatie van formele en informele zorg elkaar?
4. De opgaven voor de komende periode zijn:
  - 4a. Waar vullen ze elkaar aan?
  - 4b. Welke invloed hebben ze op elkaar?

Deze lijst met vragen is langer te maken. Tegelijkertijd worden ook meer antwoorden zichtbaar/toepasbaar.

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO-programma) is het beste voorbeeld van een staatssecretaris die, ook in lastige tijden, problemen aan de voorkant wilde oplossen.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Mantelzorg Convenant Werknemersorganisaties, mei 2010

<sup>20</sup> Arbeid en zorg op de werkvloer, Raad voor Werk en Inkomen, oktober 2009

<sup>21</sup> [www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl)

Voorzorg in plaats van nazorg. Het programma is nu twee jaar actief en laat zien, met de klassieke opstartproblemen dat er veel te realiseren en te verbinden is. Met de focus op kwetsbare ouderen doen we ervaring op die ook toepasbaar is voor andere groepen in onze samenleving.

In de GENERO-regio wordt ook nog eens onderstreept dat de lokale verbanden en netwerken cruciaal zijn. Een vraagstuk in Zeeuws-Vlaanderen of West-Brabant kan en moet anders aangepakt worden in de relatie formele/informele zorg dan in het Lloydkwartier in Rotterdam.

Tenminste zo belangrijk is de ervaring dat als je de direct betrokkenen bij elkaar brengt er meer oplossingen realiseerbaar zijn dan menig beleidsverantwoordelijke denkt.<sup>22</sup>

Dit leidt tot twee conclusies. Het NPO-programma vraagt om een gericht vervolg. De potentie die er nu is, kan en moet omgezet worden in vervolgresultaten. Zowel op het terrein van pilots, onderzoek als realisatie. Bijvoorbeeld de ervaringen met casemanagement, regievoering laat zien dat en de kwaliteit van de ondersteuning toeneemt (waardoor de belasting voor mantelzorg daalt) en de kosten dalen.

De regievoering op lokaal niveau vraagt om versterking. In het kader van de WMO kan dit al. De best practices vragen om navolging inclusief een beter aansluiten vanuit de professionele zorg. In Rotterdam realiseren we ons dat stevig door de aanpak van "De gezonde stad".<sup>23</sup>

Cruciaal hierbij is, opnieuw, de mindset. Wil je, ieder voor zich, het mooiste kunstje vertonen of wil je, met de focus op patiënt/cliënt, de samenwerking zo realiseren daar voor hem/haar het beste wordt gerealiseerd.

Door in die samenwerking vooral ook te kijken naar de mogelijkheden van cliëntsysteem en buurt/kijkniveau wordt voorkomen dat de mantelzorg/vrijwilliger extra wordt belast. Dat ook hier verbeteringen nodig/mogelijk zijn, is recent aangetoond in het rapport van de Rotterdamse rekenkamer.<sup>24</sup>

Ontwikkelingen in de medische technologie vormen één van de belangrijkste factoren die de groeiende zorgvraag de afgelopen decennia beïnvloed hebben. Ook in de nabije toekomst zullen nieuwe technologieën tot nieuwe en verbeterde behandelingen leiden. Hierdoor zal de levensverwachting verder stijgen, maar – doordat de zorgvraag sterk toeneemt met de leeftijd – tevens de vraag naar informele zorg.

De dynamiek in de professionele zorg wordt korter, sneller en specialistischer. Dit zal de druk op de informele zorg ook vergroten.

4c. Hoe stemmen ze af?

4d. Hoe richt je dit in?

---

<sup>22</sup> [www.erasmusmc/genero.nl](http://www.erasmusmc/genero.nl)

<sup>23</sup> [www.erasmusmc.nl](http://www.erasmusmc.nl)

<sup>24</sup> Geen zorg minder. Effecten van ondersteuning overbelaste mantelzorgers, rekenkamer Rotterdam, mei 2010

In verschillende scenario's zie je de volgende belangrijke trends.

- De verantwoordelijkheid van patiënt/cliënt wordt groter.  
Zowel waar het de regievraag betreft (van keuze van verzekeraar tot aanvullende voorzieningen), maar zeker ook voor wat betreft de eigen kosten in de zorg. Deze trend onderstreept de noodzaak om kritisch naar het huidige collectieve pakket te kijken, maar ook de mogelijkheid om als patiënt/cliënt zelf regie te kunnen voeren. Zeker, voor chronische aandoeningen vraagt dit om een sterkere positie voor de patiënt.
  
- Het aantal zorgaanbieders wordt kleiner.  
Dit is niet alleen mogelijk, maar ook noodzakelijk als je kijkt naar de langere termijn ontwikkelingen. De romantische ideeën die er nog zijn op het punt van de eerstelijnsvoorzieningen en kleinere ziekenhuizen zijn niet houdbaar. Zeker niet vanuit een kwalitatief oogpunt, ook niet vanuit doelmatigheid bezien. Gerichte concentratie, kwalitatieve focus en effectieve netwerken realiseren ketenzorg voor de patiënt en goede regie in de onderlinge afstemming. Dit vraagt om samenwerking "voorbij de marktwerking". Overigens kan die markt voor simpele zorg veel betekenen, maar regel dat dan helder.
  
- De thuissituatie zal uitgangspunt worden voor de positie van de dienst. Dit betekent versterking van netwerken, maar vooral ook gerichte technologische verbeteringen. Juist ook weer voor die grote groepen chronische aandoeningen (zie diabetesstation <sup>25</sup>). In die thuissituatie (met strikte bouwvoorschriften voor wat betreft levensloopbestendige woningen) is overigens de koopkracht aanzienlijk verbeterd dan 10-25 jaar geleden. Die draagkracht kan en moet aangesproken worden (markt persoonlijke dienstverlening).
  
- In de nieuwe arrangementen die nodig zijn, ontstaat ook een samenwerking tussen "nieuwe" partijen. Gemeenten, verzekeraars, zorgorganisaties stemmen beleid op elkaar af. Het begrip maatschappelijke opbrengst in de relatie formele-informele zorg krijgt betekenis. Hierdoor wordt het mogelijk van de strikte scheiding tussen kosten/opbrengsten in één domein los te laten. Dit levert een ander investeringsgedrag op omdat opbrengsten ook in andere domeinen rendement realiseren.

---

<sup>25</sup> [www.erasmusmc.nl](http://www.erasmusmc.nl)

## Afrondend

### **Wat vraagt maatschappelijke verantwoordelijkheid? Wat is de maatschappelijke agenda?**

Samen kiezen voor informele zorg betekent dat:

- Iedereen zelf voor kiest om informele zorg (mantelzorg of vrijwilligerszorg) te verlenen en ook op welke wijze. Keuzevrijheid.
- Informele zorg blijft van groot maatschappelijk en economisch belang. Ondersteuning en erkenning van dit kapitaal is noodzakelijk. Juist ook vanuit de formele zorg. Keten, netwerk en regie.
- Een keuze voor informele zorg niet mag leiden tot een dubbele verslechtering van de (inkomens)positie. Informele zorg vraagt om gerichte facilitering.
- Het mantelzorgcompliment krijgt een extra faciliteit door het collectief beschikbaar stellen van één dag verlof. Werkgevers(organisaties) faciliteren dit door in gericht arrangement de vraag en de faciliteiten te combineren.
- In de formele zorg (ziekenhuizen) wordt in de (eigen, interne) opleidingen samenwerken met informele zorg een regulier onderdeel van het curriculum.
- We stemmen verstandig op 9 juni 2010 zodat ook een nieuw kabinet een gericht en effectief beleid vastlegt waarbij de effectiviteit van informele en formele zorg wordt vergroot.