

De vraag centraal

Bondgenootschap van zorginstellingen, netwerken in de wijk en mantelzorger

Ede Veenendaal - september 2006

Inleiding

Dit document is tot stand gekomen in de ontwikkelpilot “ondersteuning mantelzorg en vrijwilligers” die tussen oktober 2005 en september 2007 in Ede en Veenendaal wordt uitgevoerd. In de tweede fase van dit project is er geprobeerd “de vraag (van de mantelzorger) centraal” te stellen en als uitgangspunt te nemen voor de verdere acties.

De ontwikkelpilot “ondersteuning mantelzorg en vrijwilligers” is een project dat in het kader van de WMO door VWS als een experiment is ingericht. In dit project staat de ondersteuning van de mantelzorger en het vrijwilligerswerk centraal. Ervaringen uit dit project moeten een bijdrage leveren aan de gehele discussie rond de invoering van de WMO en de “civil society”.

Onder “civil society” verstaan we:

- een proces waarin mensen verantwoordelijkheden voor zichzelf en hun omgeving nemen
- een proces waarin organisaties en instanties zich samen sterk maken om een gemeenschappelijke norm te realiseren
- een proces waarin de lokale overheid ruimte maakt voor eigen initiatieven

Concrete vragen aan het pilotproject:

1. Is het mogelijk om informele netwerken in wijken en buurten te activeren en/of te versterken?
2. Kan de mantelzorg en het vrijwilligerswerk worden bevorderd en versterkt?
3. Welke ondersteuning hebben de mantelzorgers en vrijwilligerswerk nodig om dit werk lang vol te kunnen houden?

Missie

De begrippen “civil society”, mantelzorg, vrijwilligerswerk en de ondersteuning hiervan worden in veel verschillende contexten gebruikt. Vandaar dat we het belangrijk vinden om een missie te verwoorden:

“Binnen de Wmo wordt de verantwoordelijkheid van handelen meer bij de mensen zelf gelegd. Daarom willen wij (bewoners, instellingen en gemeente) gemeenschappelijk werken aan een bondgenootschap van een brede ondersteuning voor mantelzorgers en vrijwilligers. Wat door mensen zelf gedaan kan worden – zal ook door mensen zelf worden gedaan. De gemeente biedt hiervoor de ruimte, voert de regie en stimuleert. Organisaties en netwerken ondersteunen hierbij en voeren uit”.

We zijn ons ervan bewust dat werken aan een “civil society” een proces is. De verandering zal niet van de ene op de andere dag werkelijk worden. Over de grenzen van deze ontwikkeling is op dit moment niet veel te zeggen. Wel kan gesteld worden dat deze verandering niet afgewenteld moet worden op mensen met een handicap en de mantelzorgers. Er zou ook geïnvesteerd moeten worden in wijkgericht werken, in informatieverstrekking, in het opbouwen van netwerken, in aangepaste woningen, in minder bureaucratie, in flexibele budgetten enz.

Werkwijze

In het denken over het pilot project zit een ontwikkeling. Het oorspronkelijke projectplan ging uit van een brede analyse op de cecil society (Wmo). Deze is mede op advies van participanten in april 2006 bijgesteld. In deze bijgestelde versie is er voor gekozen om “de vraag centraal te stellen” en te werken aan een smallere en een gerichte benadering. Dit betekent:

- de vraag centraal m.b.t. de werkwijze. Gekozen is om in een 4-tal bijeenkomsten in Veenendaal en 2 wijkbijeenkomsten in Ede te werken aan casuïstieken (zie voor een beschrijving van de casuïstieken Bijlage 1).
- de vraag centraal m.b.t. het zoeken naar oplossingen. Gekozen is om de klankbordgroep (i.c. de vertegenwoordiging van de vraagkant uit Ede en Veenendaal, waarin ervaren mantelzorgers met het vermogen de eigen situatie te abstraheren zitting hadden) aanbevelingen te laten formuleren om deze vervolgens met de aanbieders te bespreken.

Dit document doet verslag van de gesprekken die in de periode van april – juni 2006 in de klankbordgroep hebben plaats gevonden. In een viertal bijeenkomsten is geprobeerd om het probleem van de mantelzorgers vanuit hun leefwereld te benaderen. Hierbij is niet alleen gekeken naar de behoeften van de patiënt, maar ook naar mogelijkheden en onmogelijkheden van de mantelzorger zelf, de familie en vrienden. Gekeken is ook naar de directe leefomgeving – de wijk. We hebben ons in dit verband afgevraagd in hoeverre sociale netwerken op wijkniveau een ondersteunende en/of signalerende rol kunnen spelen voor de mantelzorger / vrijwilliger. Daarnaast zijn er in september 2 wijkbijeenkomsten gehouden in Ede. Waar in dit document wordt gesproken over klankbordgroep wordt bedoeld de vertegenwoordiging van de vraagkant uit Ede en Veenendaal, waarin ervaringsdeskundigen zitting hebben gedurende de looptijd van de pilot.

Incident of trend

Uit bovenstaande gesprekken zijn 5 aanbevelingen voortgekomen. Maar om er zeker van te zijn dat het bij deze aanbevelingen niet om incidenten gaat maar om een trend, worden de aanbevelingen afgezet tegen onderzoeken die in de periode 2004 – 2006 in Ede-Veenendaal zijn gehouden.

In totaal gaat het om 4 onderzoeken:

1. onderzoek ondersteuning mantelzorg - Ede. Het onderzoek naar mantelzorgers in Ede is met name gericht geweest op de ondersteuning die mantelzorgers nodig hebben (Spectrum, sept. 2006)
2. onderzoek ondersteuning mantelzorg - Veenendaal. In het kader van haar studie heeft Irene Kole diepte-interviews onder mantelzorgers voor dit project in Veenendaal gehouden (Irene Kole sept. 2006).
3. onderzoek informele netwerken Veenendaal(Civiq 2005);
4. behoefteonderzoek vrijwilligerswerk Ede+Veenendaal (Hedwig Vermeulen – afdeling OO&O Gemeente Ede2005);

Tevens hebben we ook gebruik gemaakt van:

- Wmo-forum (Veenendaal) advies met betrekking tot prestatievelde 4, ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. (“Advies mantelzorg en vrijwilligers in de zorg”)

- Waar nodig hebben we de aanbevelingen ook getoetst aan landelijke projecten en/of onderzoeken (o.a. SCP 2003, NIZW – mantelzorgondersteuning 2002).

Afstemming met de aanbieders van zorg en welzijn:

Zoals beschreven zijn deze aanbevelingen tot stand gekomen door vraaggericht te werken. De aanbevelingen geven de richting aan. Ze zeggen iets over de wensen zoals die door vragers worden geïnterpreteerd en door onderzoeken worden ondersteund. In gemeenschappelijke gesprekken tussen vragers en aanbieders van zorg en welzijn zullen deze aanbevelingen gespecificeerd worden en gaan haalbare doelen geformuleerd worden.

Hoofdstuk 1

In dit hoofdstuk laten we aan de hand van 5 praktijkvoorbeelden (bijlage 1) die in de casuïstiek- bespreking aan de orde zijn geweest zien, dat samenwerking tussen de verschillende groepen (gemeente, zorgaanbieders, wijkorganisaties, mantelzorger) niet vanzelfsprekend is. Er liggen soms werelden tussen de verschillende belevingen, inzichten en belangen. Toch zal het succes van dit pilot-project er in grote mate van afhankelijk zijn in hoeverre bondgenoten leren om naar elkaar te luisteren en elkaar de ruimte te bieden.

Verskillende werelden

Uit de casuïstieken die de besproken zijn blijkt telkens weer hoe deze verschillende zienswijzen elkaar in de weg kunnen staan. Je begrijpt elkaar soms gewoon niet. Ieder vraagt voor zijn gedeelte van de werkelijkheid aandacht, spreekt zijn eigen taal en handelt ernaar.

Mevrouw heeft haar man in betere tijden gekend. Ze ervaart zijn achteruitgang in vermogens heel intens. Haar blik is gericht op het verleden. Ze ziet vooral wat haar man niet meer kan in vergelijking met vroeger. Zij brengt meer tijd met haar man door dan de verzorgende en merkt daardoor elke kleine verandering in zijn houding op.

De medewerkster van de thuiszorg handelt conform de doelstelling van haar organisatie. Zij is erop uit de zelfredzaamheid zoveel mogelijk te bevorderen. Haar blik is gericht op de toekomst en op de mogelijkheden die meneer nog wel heeft.

Uit het perspectief van de mantelzorger heeft de buurt geen meerwaarde. “Maar ik zou dat wat ik nu allemaal doe niet op een andere plek kunnen doen. Hier kennen de mensen mij en mijn man. Ze sturen hem weer naar huis toe als hij de weg per ongeluk kwijt is. En ze letten op of de gordijnen wel opengaan”.

Dit verschil in perspectief maakt inleving in het standpunt van de ander moeilijk. Als iets uit het bespreken van de casuïstieken blijkt dan is het wel dat er geen zienswijze is die het alleenrecht op het goede antwoord kan opeisen. Je hebt de verschillende zienswijzen en deelwerkelijkheden nodig om tot een verbetering te komen.

Het inleven in de zienswijze van de ander is een voorwaarde voor dit project.

Verskillende werelden

Gemeente

De gemeente maakt beleid en voert de regie over de Wmo. Zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van processen en voor het creëren van randvoorwaarden. Op die manier kan er ruimte gecreëerd worden voor de mantelzorger. In de directe leefwereld van mensen kan een gemeente weinig doen. Bewoners moeten de taak oppakken en met voorstellen komen. Vanuit het zicht van bewoners werkt een gemeente heel traag.

Alles duurt lang. Dat interactieve besluitvorming en verschillende belangen op elkaar afgestemd moeten worden is soms moeilijk uit te leggen.

Medewerkers van zorgaanbieders

Voor de zorgaanbieders is de zorg een beroep dat maar een deel van de tijd in beslag neemt. Ze hebben een afgebakend takenpakket, doelstellingen en methode. Ze zijn onderdeel van een groter geheel dat ze aanstuurt en waarvan ze hun taakopdrachten ontvangen.

Ze zijn meestal goed opgeleid, kunnen vanuit een bepaalde abstractie kijken en leren op deze manier het overzicht te houden. Ze kunnen hun kennis ter beschikking stellen en mantelzorgers scholen. Ten onrecht wordt vaak verondersteld dat ze op alle vragen een antwoord hebben en dat alle vragen snel gerealiseerd kunnen worden.

De vrijwilligers en mantelzorgers:

De mantelzorger overkomt de zorg voor de ouders, partner of kind door de persoonlijke band die ze hebben. Vrijwilligers kiezen voor een bepaalde deeltaak. De mantelzorger is (in het begin) niet gespecialiseerd. Het gaat er vaak om dat een leven in elkaar is gestort en opnieuw opgebouwd moet worden. Dit is psychisch heel zwaar. De mantelzorgers voelen zich meestal meer afhankelijk van de beroepskracht dan omgekeerd. Hulp invoeren is voor hen immers geen vrije keus, maar een noodzaak omdat zij de zorg niet langer op eigen kracht volhouden.

De vrijwilligers worden vaak actief omdat ze lid zijn van een bepaalde organisatie of geloofsgemeenschap. Afhankelijk van de organisatie waar ze deel van uit maken nemen vrijwilligers steeds meer maatschappelijk taken op zich. In een georganiseerd verband zullen ze veelal getraineed of opgeleid zijn voor een specifieke taak. In de ogen van buitenstaanders gaat het hier (ten onrecht) om ongeschoolde en ondeskundige arbeid.

De buurtnetwerken

De buurtbewoners ervaren soms binding met elkaar. Er bestaan soms sociale netwerken en er is soms sprake van sociale cohesie. Deze verbanden in wijken zijn echter niet vanzelfsprekend. Meestal zijn mensen onderdeel van een netwerk als ze meerdere jaren in een bepaalde wijk wonen. Soms ontstaan netwerken door gerichte acties, buurt of anderszins gebonden. Maar ook dan heeft het tijd nodig tot deze netwerken aangesproken kunnen worden voor ondersteunende werkzaamheden. Buurtnetwerken zijn voor professionele organisaties (ten onrecht) vaak ongrijpbaar en vaag.

Bondgenootschap

De gemeente, zorgaanbieders, wijkorganisaties, mantelzorger en vrijwilligers zijn zich steeds meer bewust van het belang van een bondgenootschap. Mantelzorgers houden de zorg langer vol als zij ruimte krijgen voor een eigen leven en een steuntje in de rug bij problemen. Zorgaanbieders kunnen hiervoor de professioneel noodzakelijke ondersteuning bieden. Informele netwerken (soms op wijkniveau) kunnen hierin ondersteunend werkzaam zijn. In de directe leefomgeving kunnen vangnetten en activiteiten worden georganiseerd. Ouderen, zieken en gehandicapten kunnen op die manier soms langer thuis blijven. De gemeente stuurt op afstand en geeft ruimte voor individuele arrangementen.

Dit zou een toekomstbeeld kunnen zijn. Maar we zijn nog niet zo ver. De gemeente, zorgaanbieders, wijkorganisaties, mantelzorger en vrijwilligers leven vaak nog in verschillende werelden.

Samenwerking in het Pilot-Project

In Ede en Veenendaal zijn tal van organisatie actief m.b.t. de ondersteuning van de mantelzorger en vrijwilligers voor zorg/welzijnstaken. Op de volgende pagina's doen we 5 aanbevelingen. We willen de 5 aanbevelingen samen met deze organisaties concretiseren en aanscherpen. Een netwerk van organisaties neemt vervolgens de verantwoordelijkheid voor de realisatie van een doelstelling.

Hoofdstuk 2

Via casuïstieken tot concrete aanbevelingen

In de periode van april – juni 2006 heeft de klankbordgroep in Veenendaal in vier bijeenkomsten geprobeerd aan de hand van casuïstieken de vraag van de mantelzorgers te verhelderen en om te bouwen naar een aantal concrete aanbevelingen. In september zijn in Ede 2 wijkbijeenkomsten geweest om de vraag te achterhalen. Om tot een goed samenspel te komen worden de aanbevelingen vervolgens met de aanbieders besproken en op haalbaarheid getoetst.

In de klankbordgroep Veenendaal zaten uitsluitend ervaringsdeskundigen die zowel vanuit eigen ervaringen als vanuit een hoger abstractieniveau over de vragen van de mantelzorger konden meepraten. Ook bij de wijkbijeenkomsten in Ede waren voornamelijk ervaringsdeskundigen aanwezig.

Het bespreken van de casuïstieken heeft geleid tot de volgende 5 aanbevelingen.

1. Experimenteer met een andere (uitgebreidere) vorm van de indicatiestelling.
2. Creëer een informatiepunt (een ANWB voor de zorg). Leidt ervaringsdeskundigen op om hierin mensen adequaat van dienst te kunnen zijn en geef hun bevoegdheden om namens alle instellingen doorverwijzingen te mogen doen.
3. Voer een brede publiekscampagne gericht op het “het gezamenlijk verantwoordelijk zijn”.
4. Bouw aan een infrastructuur voor wijkgerichte zorg.
5. Zorg voor een systeem van waardering voor mantelzorgers.

We gaan nu op elke aanbeveling afzonderlijk in, proberen deze te beargumenteren en doen voorstellen hoe de uitvoering mogelijk vorm gegeven kan worden.

Aanbeveling 1

Experimenteer met een andere (uitgebreidere) vorm van de indicatiestelling.

- a. De huidige indicatiestelling moet beter.
- b. Laat de zorgvrager/mantelzorger in de regierol of leer de mantelzorger hoe de regie te voeren.
- c. Er moet een omgevingsindicatie komen.
- d. Laat het niet bij een eenmalig indicatie.

“Een van mijn grootste frustraties zijn de indicatiestellingen. Er gaat zo veel mis terwijl je als mantelzorger juist zit te wachten op hulp. Vaak zijn de indicatiestellers geen specialisten. Ze kunnen niet alle bijzonderheden van de zorgsituatie kennen. Het nadeel is dat de zorgsituatie vaak verkeerd wordt ingeschat. En probeer het dan maar weer te veranderen. Als mantelzorger heb je het gevoel dat je tegen de bierkaai vecht. Maar vaak word je er zelf (als mantelzorger) helemaal niet in gekend.

Zeker als je er meer ervaring in hebt kun je heel goed aangeven wat nodig is. Het belangrijkste is misschien nog dat op dit moment vaak de extra ondersteuning van zorgvrijwilligers meegewogen gaat worden in de indicatiestelling. Je wordt gewoon bestraft omdat mensen je helpen. Dan wordt er tegen me gezegd: ‘Er kunnen mensen van de kerk helpen – dat is dan prima opgelost – dan krijgt u iets minder zorg’. Ik weet wel dat het niet mag. Maar het gebeurt wel.”.

a - De onvrede en ook de aanbevelingen m.b.t. het beter betrekken van de mantelzorger bij het indicatieproces zijn niet nieuw. Uit onderzoek is gebleken dat de verschillende indicatieorganen verschillen in het betrekken van mantelzorg bij de indicatiestelling. Ook bestaat er verschil in de mate waarin het indicatiebesluit de ondersteuning van de mantelzorger bevat (Verwey-Jonker 2003). In dit kader heeft het Verwey-Jonker Instituut (in opdracht van het LOT) onderzoek gedaan en is met aanbevelingen gekomen voor de wijze waarop in het indicatieproces rekening kan worden gehouden met de maatschappelijke participatie van de mantelzorger. De klankbordgroep verbaast zich erover dat deze aanbevelingen niet in praktijk gebracht worden.

b - De klankbordgroep vindt de rol van de mantelzorger tijdens de indicatiestelling belangrijk. Het is niet zo dat alle mantelzorgers de zorgsituatie goed in kunnen schatten. Maar je moet de mantelzorgers in de afwegingen die gemaakt moeten worden betrekken. Mantelzorgers kunnen leren (als ze dat willen) om met een regierol om te gaan. Maak ook hierover afspraken.

c - Er moet naast de zorgindicatie en de betrokkenheid van de mantelzorger ook een omgevingsindicatie gesteld worden. Een omgevingsindicatie die het mogelijk maakt om zijn/haar sociale infrastructuur in een wijk in kaart te brengen.

Een omgevingsindicatie geeft inzicht in de sociale omgeving van een persoon, maakt informele netwerken zichtbaar en de mate waarin deze geactiveerd kunnen worden.

“Ik zou de situatie met mijn man nergens anders kunnen doen. Hier in deze omgeving kennen we de mensen en mensen kennen ons. Ze sturen mijn man in de goede richting als die de weg toevallig kwijt zou zijn”.

“Ik wil mijn buurvrouw niet te vaak vragen. Als ik zie dat ze geen zin heeft zeg ik soms: ik heb liever dat je nu nee zegt. Er komt een moment dat ik je veel meer nodig heb dan nu. En het zou fijn zijn als je dan wel zou kunnen helpen”.

De klankbordgroep is kritisch over het schaalniveau van de buurt. Ze maken verschil in:

- wat heb ik nodig (om in deze zorgsituatie iets gedaan te krijgen);
- wat doet me goed (wat verlicht mijn situatie)?

Het schaalniveau wijk/buurt wordt vanuit het oogmerk “wat heb ik nodig” niet veel mogelijkheden toegerekend. Alle professionele instanties en zorginstellingen zijn stedelijk of regionaal georganiseerd.

Het schaalniveau van de wijk/buurt krijgt vanuit het oogpunt “wat doet me goed” wel veel mogelijkheden toegekend. Hier kan burenhulp en een actief sociaal netwerk een groot verschil uitmaken.

De klankbordgroep adviseert om in vier verschillende situaties een omgevingsanalyse te maken. Voorgesteld worden een situatie met een jonge mantelzorg, een situatie met een zwaar handicap, een situatie met een oudere mantelzorg en een situatie met een allochtone mantelzorg. De inschatting is, dat de mate waarin de wijk/buurt ondersteunend kan zijn mogelijk per situatie verschilt.

d - Indicatiestellingen zijn momentopnames. Momentopnames die niets zeggen over morgen. Het is vaak aan de mantelzorg om een veranderde situatie weer opnieuw te laten indiceren. Dit wordt vaak als lastig en zwaar ervaren. De klankbordgroep geeft aan dat het veel natuurlijker zou zijn als er al bij de eerste indicatiestelling een tweede afspraak gemaakt zou worden. Gewoon om te kijken of “het gaat”. Een controle met de kans om gemaakte afspraken te actualiseren.

Aanbeveling 2

- a. **Creëer een informatiepunt (een ANWB voor de zorg) waar alle informatie m.b.t. de mantelzorg en de verschillende mogelijkheden van ondersteuning op een eenvoudige manier bij elkaar gebracht worden.**
- b. **Leid ervaringsdeskundigen op om hierin mensen adequaat ten dienst te kunnen zijn en geef hun bevoegdheden om namens alle instellingen doorverwijzingen te mogen doen.**

“Wat nodig is, is een informatiepunt - of zeg maar een ANWB voor de mantelzorgers. Een loket waar je met alle vragen naar toe kunt gaan en waar mensen zitten die van de hoed en de rand weten. Niet een professional van één organisatie maar een ervaringsdeskundige die de weg kan wijzen en die (zo nodig) afspraken kan maken. Het schaalniveau van de wijk is te klein voor zo'n informatiepunt”.

Uit de gesprekken in de klankbordgroep blijkt dat er behoefte is aan de volgende functies:

Emotionele ondersteuning zoals: een ‘luisterend oor’ (ervaren mantelzorger), een persoonlijk gesprek aan huis (ervaren mantelzorger), lotgenotencontact c. q. themabijeenkomsten (ervaren mantelzorger).

Informatie, advies en uitvoering van regeltaken voor de mantelzorger op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen en financiën, bijvoorbeeld bij:

- indicatiestellingen (CIZ) ;
- PersoonsGebonden Budget (PGB) ;
- bezwaarschriften met betrekking tot hulp en zorg aanvragen bij zorgaanbieders;
- contacten met uitkerende instanties;
- de Wet Voorzieningen Gehandicapten (**Wvg**);
- zorgverlofregelingen (overheid en CAO) ;
- tegemoetkoming Onderhoudskosten thuiswonende Gehandicapte
- kinderen (TOG) ;
- respijtzorgvoorzieningen;
- gesprekken met werkgevers ter voorkoming van uitval.

Praktische ondersteuning door een deskundige ondersteuner waardoor een mantelzorger even vrijaf heeft (respijtzorg), de zorg met iemand kan delen, met hand- en spandiensten wordt geholpen.

Deelnemers uit de klankbordgroep vragen zich af of de wijk het juiste schaalniveau voor het “ANWB voor de zorg” is. Eigenlijk denkt men van niet.

“Hoeveel van dit soort loketten zou je dan niet op moeten bouwen. We zijn m.b.t. onze zorgvragen gericht op het centrum en daar zou het de ANWB voor de zorg ook moeten komen”.

Uit ervaringen van andere winkels, loketten of posten in Nederland blijkt dat het raadzaam is om aan te sluiten bij het bestaande circuit. Zorgloketten moet niet los komen te staan van andere voorzieningen. Zo sluiten gemeenten met een traditie van wijkgericht werken graag aan bij hun wijkwinkels (o.a. 's-Hertogenbosch en Deventer). Gemeenten met een sterkere gerichtheid op het centrum sluiten aan bij stedelijke voorzieningen.

Wel heeft men een duidelijk beeld over de bemensing van dit loket. Ervaringsdeskundigen die weten wat het betekent om van het kastje naar de muur gestuurd te worden. Mensen die het aan eigen lijve hebben ondervonden.

Aanbeveling 3

Voer een brede publiekscampagne gericht op het “het gezamenlijk verantwoordelijk zijn”. Onderdeel van de brede campagne zijn nieuwe activiteiten m.b.t. zorgondersteuning en het werven van nieuwe vrijwilligers.

De klankbordgroep vindt het zorgelijk dat de hele discussie rond de ondersteuning van de mantelzorger en de zorgvrijwilliger nagenoeg uitsluitend door professionals wordt gevoerd. Als we werkelijk iets willen veranderen in het bewustzijn van mensen dan moeten we de discussie over de Wmo en over de vrijwilligers en mantelzorg uit de professionele hoek halen.

“We moeten ze de woorden geven van de gewone mensen. En we moeten de problemen bij de naam noemen. Dan gaat het ineens weer over ons. Met z’n allen zijn we dan bezig om de samenleving vorm te geven”.

Veel mantelzorgers herkennen zich niet in de term mantelzorg en zijn mede hierdoor ook moeilijk te bereiken. De discussie gaat niet over hen. Aan de andere kant wordt er uitsluitend over individuele gevallen gesproken. De collectieve discussie heeft nog niet plaats gevonden. Een brede campagne op wijkniveau kan hier verandering in brengen. Vanuit deze brede campagne kunnen o.a. nieuwe vrijwilligers geworven worden en kunnen nieuwe activiteiten ontstaan.

Wat nodig is, is een brede campagne gericht op het bereiken van de mantelzorger en de zorgvrijwilliger. Doel van de campagne is om een bredere discussie rond de maatschappelijke problemen op wijkniveau te voeren. Uit deze campagne kunnen nieuwe initiatieven m.b.t. de ondersteuning van de mantelzorger geïnitieerd worden. Mede hierdoor kunnen nieuwe vrijwilligers geworven worden.

“Zolang de discussie in de individuele hoek blijft, blijven mantelzorgers mensen die het met de ondersteuning van met professionele hulp maar alleen uit moeten zoeken. Wat we nodig hebben is een collectieve insteek. Het zijn **onze** mensen die ziek zijn, en het zijn **onze** bureaus die een extra inspanning moeten leveren en morgen zijn wij het die mogelijk van hun ondersteuning afhankelijk zijn. Wanneer maken we een begin met het verkondigen van deze missie?”

Aanbeveling 4:

Bouw aan een infrastructuur voor wijkgerichte zorg.

- 1. Richt hierin een wijkteam (coördinatiepunt) op dat informele netwerken rond een mantelzorger kan aanspreken en mogelijk kan activeren.**
- 2. Organiseer hierin ook laagdrempelige activiteiten voor diverse zorgonderwerpen.**
- 3. Bouw aan een netwerk om overbelasting van mantelzorgers vroegtijdig te signaleren.**
- 4. Zoek hiervoor nieuwe vrijwilligers en leidt ze voor deze nieuwe taak op.**

Op het gebied van leefbaarheid en veiligheid heeft het wijkgericht werken (ook in Ede en Veenendaal) zijn meerwaarde bewezen. In Ede en Veenendaal bestaan tal van informele netwerken (*Buurtnetwerk, Wijknetwerk, 0-12 jarigen netwerk, Bewonerscommissies, Buurthuizen, Gezondheidscentra, Huisartsenpraktijken, Speelverenigingen, de kerken en moskees, de scholen, families*) die hierin participeren.

De klankbordgroep vraagt zich af of het mogelijk is om een infrastructuur voor zorgvragen op te bouwen. Met infrastructuur wordt bedoeld – “een stelsel, bestaande uit andere individuen, instellingen (zoals kerken, scholen en bewonerscommissies) en informele netwerken, die vrijblijvend en zonder vaste structuur zorgen voor sociale binding in de wijk en die in nauw contact met elkaar staan”.

De klankbordgroep is kritisch over de meerwaarde van de buurt bij de ondersteuning van de mantelzorger of zorgvrijwilliger. De meerwaarde van een prettige en zorgzame buurt wordt wel volmondig onderschreven.

“Hier in deze buurt kennen mensen me. Ze groeten en vragen soms met woorden maar vaak ook alleen met hun ogen hoe het met me is. Ze kennen mijn situatie. In eerste instantie laat iedereen me hier met rust. Je loopt niet elke dag bij elkaar binnen. Maar als het nodig is dan kan ik op ze rekenen”.

De algemene reactie is dat je kunt organiseren dat mensen elkaar ontmoeten en samen activiteiten doen. Hieruit ontstaan vaak nieuwe informele netwerken, maar je kunt mensen niet forceren. Dat moet vanzelf ontstaan (zie ook onderzoek Bijlage 2).

Andere projecten in het land spreken andere taal. Zo zijn er in de afgelopen jaren diverse vormen van “buurtzorg” in o.a. Amsterdam, Amersfoort en ‘s-Hertogenbosch opgericht (zie bijlage 3). Initiatieven die laten zien dat informele netwerken in wijken zorgarrangementen kunnen ontwikkelen. Voorwaarde hierbij was altijd, dat er sprake is van een infrastructuur op wijkniveau die hiervoor geactiveerd kan worden.

Aangezien er in Ede-Veenendaal al sprake is van een bestaande infrastructuur zou de klankbordgroep graag een netwerk gerealiseerd willen zien waarin overbelasting van mantelzorgers vroegtijdig gesignaleerd en ondersteund worden.

“Goed voor jezelf zorgen is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Ik heb jaren voor mijn partner gezorgd. Eerst had ik naast deze zorg ook nog mijn eigen leven. Maar ik ben steeds meer deel geworden van het dagelijkse georganiseer en de dagelijkse zorg. In begin dacht ik dat ik gek werd. Maar ik ben eraan gaan wennen. Overbelasting – nee, zo zou ik dit niet noemen. Geen tijd meer voor mezelf – ja, dat wel. Dat het niet goed was voor mezelf heb ik pas ervaren toen de zorg ineens wegviel. Ik wist totaal niet meer wie ik was en dat ik nog iets anders kon”.

Aanbeveling 5:

Zorg voor een systeem van waardering voor mantelzorgers.

- a. Maak de zorg zichtbaar door mantelzorgers in het zonnetje te zetten. Laat zien wat er allemaal gedaan wordt.**
- b. Investeer in bijscholingen en loopbaanbegeleiding van mantelzorgers.**
- c. Creëer een fonds waaruit mantelzorgers heel praktisch en onbureaucratisch aanvragen en wensen m.b.t. hun eigen welzijn kunnen financieren.**

De klankbordgroep constateert dat de meeste mantelzorgers zich per definitie op de behoefte van anderen richt. Dat ze zelf behoeftes hebben vinden ze vaak ondergeschikt of ze weten niet hoe ze de zorg moeten organiseren om aan hun eigen behoeftes toe te komen. De vraag die speelt is wat mantelzorgers zelf nodig hebben om het zorgen vol te kunnen houden?

Een aspect dat in dit verband nog niet aan de orde is gekomen is de erkenning van de rol van de mantelzorgers en in dit verband ook de waardering voor zijn/haar inzet.

Ten onrecht kan de indruk gewekt worden dat mantelzorg en vrijwilligerswerk m.b.t. de zorg alleen maar kommer en kwel is. Uit onderzoek blijkt dat 42% van de mantelzorgers aangeeft dat het bieden van mantelzorg een positieve invloed heeft op hun welbevinden. Een van de sterkste motieven om te zorgen en te blijven zorgen is liefde. Andere positieve gevoelens zijn vreugde, humor, dankbaarheid, voldoening en zelfrespect.

Maar voor 58% van de mantelzorgers blijkt de zorg zo zwaar dat de negatieve gevoelens de positieve grotendeels of helemaal te overschaduwen.

De klankbordgroep vindt dat de waardering voor het werk van de mantelzorgers en de zorgvrijwilligers de spil is waar het in de waardering om gaat. Mensen willen horen dat ze iets bijzonders doen en ze horen graag dat je van hun kennis gebruik wilt maken.

“Zonder schouderklopjes hou je het niet vol. Ik kan er vanzelfsprekend niet om vragen. Dat doe je gewoon niet. Maar als niemand mijn werk ziet lijkt het net als dat ik het niet gedaan heb. Van mijn man kreeg ik geen feedback. Dit is al zwaar genoeg. Als de familie en de omgeving ook niet reageert wordt het steeds zwaarder”.

Bijlage 1: Casuïstieken

Situatie 1:

In 1994 kreeg mijn man een hersenbloeding. De wereld stortte voor mij in. Het was niet onmiddellijk duidelijk wat de lange termijngevolgen van de hersenbloeding waren. Je valt op zo'n moment in een gat. Je eigen wereld staat stil terwijl alles gewoon door gaat.

Uiteindelijk bleek dat mijn man een zware beschadiging van zijn hersenen heeft. Dit uit zich in zijn cognitieve beperkingen, zijn korte termijngeheugen en zijn repeterend gedrag. Woorden die ik pas na verloop van tijd goed begreep. In eerste instantie probeer je het beeld en de herinneringen aan je gemeenschappelijke jaren recht op te houden. Pas later komen er professionele woorden bij.

Er kwam een indicatiestelling door het CIS. In het begin ga je ervan uit dat de indicatiestelling jou kan helpen om zaken op te lossen. Pas later ontdek je dat dit niet zo is. Als je als mantelzorger niet precies weet wat je wilt, gebeuren er rare dingen. Maar hoe kun je mondig zijn als je zelf dreigt te verzuipen.

Mijn man werd in het begin in het revalidatiecentrum opgenomen. Het probleem met mensen van een niet aangeboren hersenletsel wordt over het algemeen niet goed ingeschat. Via het maatschappelijk werk werd mijn man naar de dagbesteding doorverwezen. Maar ook die konden de situatie niet aan. Mijn man was toen weer de hele dag thuis. De thuiszorg werd toen ingeschakeld.

Ik heb alles zelf uit moeten zoeken. Tenminste – dat was mijn gevoel. Natuurlijk hebben mensen me geholpen. De huisarts bij voorbeeld. Organisaties doen hun best om je vragen te beantwoorden. Maar wat als je niet weet wat je moet vragen? Ik begrijp niet dat er geen rekening mee gehouden wordt. Een tweede indicatiestelling die rekening houdt met de situatie van de mantelzorger zou volgens mij een uitkomst zijn.

Een nadeel van alles zelf uit zoeken is dat je als mantelzorger op een gegeven moment af gaat haken. Het is niet alleen dat de zwaarte van de situatie onderschat wordt, maar ook dat je telkens weer tegen de professionele organisaties aan het vechten bent. Ze zijn er om mij te ondersteunen – heb ik vaak gedacht. In plaats daarvan voed ik ze met informatie en krijg meestal niet waar ik recht op heb.

Uiteindelijk vonden we een activiteitencentrum waar mijn man terecht kon, kregen we ambulante ondersteuning en een Pgb.

Na 10 jaar had ik het zoals ik het wilde hebben.

Toen kreeg mijn man in 2005 weer een CVA. Weer liep ik overal tegen aan, omdat er door professionals niet geluisterd werd. Dan sta je op het punt af te haken, in dat geval zou mijn man dus definitief opgenomen moeten worden. Uiteindelijk is het toch gelukt mijn man weer thuis te krijgen .

Aanbevelingen:

- Als mantelzorger zit je te springen om ondersteuning. Maar je weet vaak niet wat allemaal kan en wat mogelijk is. Het is raar dat er alleen naar de situatie van de zieke persoon gekeken wordt.
- In de indicatiestelling zou de gehele situatie mee genomen moeten worden.
- De medewerkers van het CIS worden breed ingezet. Maar elke situatie vraagt een andere specialisatie. Ze zouden hun mensen over een aantal deskundige terreinen moeten verdelen.
- Na 2 maanden zou er een nieuwe indicatie gedaan moeten worden. Er zou gevraagd moeten worden “of het zo gaat en of dit de bedoeling was”. In plaats daarvan ben je vaak opgezadeld met een foute indicatiestelling. En probeer die maar weer ongedaan te maken.
- Het is juist dat ik ook aan mezelf moet denken. Maar dat kan alleen maar als ik vertrouwen heb in de opvang van mijn man. In eerste instantie moeten we zorgen dat het thuis rustig is. Dan ontstaat er ruimte voor eigen dingetjes.
- Wat ik nodig heb is flexibiliteit in de thuiszorg. Dat ik kan zeggen – volgende week zou ik de hulp liever om 10 uur i.p.v. om 8 uur willen hebben, zodat ik naar een begrafenis kan gaan of een vergadering bij kan wonen.
- Informele netwerken zijn volgens mij niet maakbaar. Als ze er zijn, dan zijn ze niet sterk genoeg om werkelijk een bijdrage te leveren. Ik ben er heel zuinig op. Laatst vroeg ik aan mijn buurvrouw of ze even op mijn man kon passen. Ze zei ja – maar ik zag aan haar gezicht dat het niet goed uitkwam. Ik heb tegen haar gezegd: “Ik heb het liever dat je nu “nee” zegt en me een andere keer weer kunt helpen als het bij jou goed uitkomt, dan andersom.
- Wat nodig is, is een zorgloket – een loket waar je wegwijs wordt gemaakt. Een soort ANWB voor de zorg. Volgens mij heb je er niets aan als dit wijkgericht georganiseerd is. De meeste zorginstellingen zijn stedelijk of provinciaal georganiseerd. Dit loket moet een stedelijke functie hebben.
- De bemanning van zo’n loket is volgens mij geen probleem. Er zijn zat mantelzorgers die hun deskundigheid graag ter beschikking willen stellen. Zij kennen de problemen van de mensen, ze kennen de weg en ze kennen die instanties.

Situatie 2:

Een 78-jarige vrouw zorgt voor haar door een hartinfarct en een lichte hersenbloeding getroffen man. De thuiszorg probeert hem zoveel mogelijk te activeren, maar dit stuit haar tegen de borst. Zij ziet het nut van die loopoefeningen niet in en ervaart zijn uitputting daarna als ontluisterend. Ze heeft ook moeite met de karakterverandering die zij waarneemt bij haar man. Tegen haar is hij dikwijls onaangenaam en agressief. Tegenover de verzorgenden houdt hij zich in haar ogen groot. De verzorgende die het meest met de familie te maken heeft, ziet de situatie anders. Zij meent dat mevrouw de toestand van haar man te negatief voorstelt. In haar visie heeft mevrouw moeite met verlies aan vrijheid en wil hem het liefst naar een verpleeghuis hebben. Zijn onvriendelijk gedrag tegenover zijn vrouw zou voortkomen uit zijn besef dat zij van de zorg voor hem afwil.

Mevrouw voelt zich niet serieus genomen en ervaart de geboden hulp niet als verlichting. De verzorgende slaagt er niet in een brug te slaan tussen haar visie en de

belevingswereld van de vrouw. Uiteindelijk moet meneer toch naar een verpleeghuis ook al is zijn gezondheidstoestand beduidend beter dan die van veel andere verpleeghuisbewoners

Bijlage 2 - Sociale samenhang in wijken en buurten

Soms wordt iets te makkelijk beweerd dat sociale verbanden in buurten en wijken aanwezig zijn en voor bepaalde doeleinden ingezet kunnen worden. Als er al sprake is van sociale verbanden, dan is het vaak een product van jarenlang met elkaar optrekken. Opbouwwerkers in Rotterdam ontwikkelden op basis van hun ervaring met informele netwerken een schaal van sociale samenhang. Zij bemerkten dat actieve groepen in de straten na verloop van tijd van karakter gingen veranderen. Groepen buurtbewoners die eerst actie voerden richtten zich later meer op sociale contacten. Gezamenlijke activiteiten in buurten leiden tot meer samenhang, maar ook tot meer conflicten. Mensen die eerst bij elkaar op de koffie kwamen gingen soms later voor elkaar zorgen. Ze hebben kosten en baten afgewogen en de volgende schaal van sociale samenhang gemaakt. Deze is:

- 0 – niet groeten
- 1 – groeten
- 2 – praatje maken, suiker lenen
- 3 – radio niet te hard, rekening houden met elkaar
- 4 – schoon houden van de straat en de eigen omgeving
- 5 – oogje houden op kinderen, jongeren en “ongeregelde” personen
- 6 – elkaar helpen op straat; auto wassen, heg knippen
- 7 – koffie drinken bij elkaar
- 8 – samen kaarten; vissen enz.
- 9 – boodschappen doen voor elkaar, oppassen
- 10 - elkaar helpen in zorgsituaties

Deze schaal is niet bindend. Maar ze maakt wel duidelijk dat een sociale samenhang niet van de ene dag op de andere kan ontstaan. Er is tijd nodig en sociale cohesie. Het maakt ook duidelijk dat netwerken die zich bezig houden met zorgvragen niet vanzelfsprekend zijn. Ze kunnen b.v. niet zo maar geïnstalleerd worden. (Raspe, A. 1996).

Bijlage 3:

De onderstaande voorbeelden zijn initiatieven om heel praktisch op wijkniveau te werken aan zorgvragen. Alle activiteiten hebben als doel om aan een infrastructuur rond het thema “zorgvrijwilligers/mantelzorg” in de wijk te werken.

Voorbeeld 1:

In Maastricht - de Mariaberg

De werkgroep “Gezond Mariaberg” bestaande uit bewoners van de wijk organiseren in het kader van het project ‘Hartslag Limburg’ vele extra activiteiten rondom bewegen, voeding, minder roken en mantelzorg.

Voorbeeld 2:

In Breda en Veenendaal – actief leven model

Via een huis aan huiscampagne zijn in twee wijken in Breda alle 55+-ers benaderd met de vraag om deel te nemen aan het GALM-project. Het GALM-project is bedoeld om senioren in de leeftijdsgroep van 55-65 jaar, die niet of weinig bewegen te stimuleren om actief te worden en te blijven. Bijzondere aandacht werd besteed aan het benaderen van mantelzorgers.

Voorbeeld 3:

In Zoetermeer – kwartiermaker

Een ‘Kwartiermaker’ is iemand die bezig is met het voorbereiden van iets geheel nieuws. In dit project gaat het om het creëren van een infrastructuur in Zoetermeer waardoor maatschappelijke participatie en mogelijkheden voor sociale integratie van mensen met een psychiatrische achtergrond bevordert wordt. Het project ‘Kwartiermaker’ bestaat uit de volgende onderdelen:

- Vriendendiensten
- Participatie
- Wonen

Voorbeeld 4:

In Schijndel – publiekscampagne

Op initiatief van het Platform woon- en leefomgeving werd een werkgroep gevormd die het idee van een gezamenlijke publicatiecampagne rondom het thema zorg organiseerde. Onderwerpen waren:

- zorg voor de woon- en leefomgeving
- zorg voor de hulpbehoevenden
- zorg voor kinder en ouderen

Voorbeeld 5:

In Den Bosch – anders werken in wijken

Een project dat heel breed gericht is om diverse activiteiten op het gebied van zorgvraagstukken op te pakken. Gemeenschappelijk is men een groei- en leerproces aangegaan. Intussen is een eigen gezondheidscentrum gerealiseerd dat als informatiepunt voor alle activiteiten dienst doet. Een van de onderdelen is het ondersteunen en informeren van mantelzorgers.

Onderdelen hiervan zijn:

- Inloopochtend;
- Steungroepen;
- Duo-hulpverlening;
- Groepswork;
- Hulp op maat;
- (Re)creatieve activiteiten voor mantelzorgers
- Educatieve activiteiten voor mantelzorgers

Voorbeeld 6:

Den Bosch, Amsterdam – Buurtzorg

Buurtzorg is erop gericht kwetsbare personen meer te betrekken bij de lokale samenleving en nieuwe vormen van sociale ondersteuning te ontwikkelen. Buurtzorg heeft als uitgangspunt dat de vrijwillige inzet vanuit de buurt zelf komt, door buurtbewoners ten behoeve van de ondersteuning van andere buurtbewoners.

In deze methodiek zijn globaal 8 stappen te onderscheiden:

1. onderzoek naar behoeften van de kwetsbare buurtbewoners;
2. behoefteonderzoek onder een steekproef van andere buurtbewoners;
3. organiseren van een laagdrempelige bijeenkomst, onder het mom van kennismaking en gezelligheid. Daarbij wordt inhoudelijk de behoeften van de buurt gepresenteerd.
4. aan het eind van de bijeenkomst worden afspraken gemaakt om gezamenlijk:
 - a. een activiteit op te zetten;
 - b. 1-op-1 dingen voor elkaar te doen;
 - c. een vervolgbijeenkomst te houden, als het nog te vroeg is voor verdere actie.
5. de buurtbewoners worden gestimuleerd om zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor de afspraken. Een professional faciliteert, ondersteunt en zorgt voor de randvoorwaarden;
6. management van verwachtingen is erg belangrijk in de methodiek. Weet van elkaar wat je mag verwachten? Wat vraagt de ene bewoners qua frequentie, inhoud etc? Wat biedt de andere bewoner qua frequentie, inhoud etc?
7. de nadruk bij buurtzorg ligt op klein beginnen. Als iedere bewoner elkaar groet en kleine dingen voor elkaar doet (bijvoorbeeld de biobak, kleine klusjes, keertje koffiedrinken) ontstaat langzamerhand wel meer. Je moet dit soort dingen ook de tijd geven om te ontstaan.
8. de professional geeft stimulansen als nodig en organiseert na enige tijd weer een bijeenkomst om te kijken of het buurtgevoel veranderd is of herhaalt het behoefteonderzoek.

De Buurtzorgmethode is onder anderen in Den Bosch, Amersfoort en Amsterdam toegepast. Zo werden in Amersfoort koffieochtenden georganiseerd, waarin nieuwe initiatieven ontstonden, zoals een klussenuitwisseling via de computer. Deze methodiek is geschikt voor het in contact brengen van buurtbewoners, maar ook om het zelforganiserend vermogen van de buurt te stimuleren.

Buurtzorg ontwikkelt op activiteitsniveau en organisatieniveau diverse modellen, zoals:

- het organiseren van een buurtzorgmarkt
- het opzetten van een wijkrestaurant
- groenguerrilla's (wijkgenoten verbeteren zelf de kwaliteit van het openbare groen)

Bijlage 4 - Voorbeelden van mantelzorgondersteuning

We belichten hier respijtzorg in een aantal verschijningsvormen en de samenwerking met beroepsmatige en vrijwillige zorgverleners.

Respijtzorg

Respijtzorg is een verzamelterm voor diverse vormen van tijdelijke overname van mantelzorg aan een zorgvrager die thuis woont. Mantelzorgers die gedurende lange periode zorg bieden kunnen dan even op adem komen of deelnemen aan maatschappelijke activiteiten.

Er bestaat een heel scala aan voorzieningen die respijtzorg zijn of een respijt-karakter hebben, zoals oppas thuis, logeervoorzieningen, dagopvang, zorgboerderijen, gastgezinnen, etc. Die respijtzorg kan door professionals of vrijwilligers verleend worden, het kan incidenteel of structureel zijn, het kan aan huis of buitenshuis zijn.

Het is niet zo gemakkelijk de werkelijke behoefte aan respijtzorg in kaart te brengen. Het SCP (2003) constateerde dat 40% van de mantelzorgers behoefte heeft aan oppas en 15% aan dagopvang. De behoefte blijkt groter dan het aanbod, ook al is dat niet altijd eenduidig vast te stellen. Zo zijn er respijtvoorzieningen met wachtlijsten en ook met leegstand. Dat komt omdat er nog al wat drempels zijn om gebruik te maken van respijtzorg:

- niet alle mantelzorgers kennen de mogelijkheden (informatievoorziening)
- mantelzorgers moeten gebruik willen maken (schroom, schuldgevoel, gebrek aan vertrouwen, niet weten of het soelaas biedt, niet meer gewend om zorg uit handen te geven).
- mantelzorgers moeten gebruik kunnen maken. Dat hangt samen met beschikbaar aanbod, kwaliteit en kwantiteit, aansluiten bij individuele behoeftes (flexibiliteit, sfeer, openingstijden).

Bij respijtzorg komt het aan op een goede match. Zorgaanbieders zien er het belang van in om daaraan aandacht te besteden. Zo heeft een grote thuiszorginstelling (De Vierstroom, Zuid Holland) een apart bureau voor informele zorg. Van daaruit bieden vrijwilligers ondersteuning aan mantelzorg, in de vorm van oppas, logeermogelijkheden, buddyactiviteiten en terminale zorg. Een van de belangrijke aandachtspunten van deze organisatie is het creëren van een goede band tussen vrijwilliger, mantelzorger en cliënt. Het matchen gebeurt stapsgewijs:

- het zorgvuldig in kaart brengen van behoeften cq mogelijkheden van alle partijen,
- gesprekken met 3 personen (cliënt, mantelzorger, vrijwilliger),
- een kennismakingsperiode om te zien of het klikt,
- wanneer dat niet zo is een nieuwe match maken,
- contact blijven houden om te zien of het blijft lopen.

Veel organisaties willen wel respijtzorg opzetten, maar zien knelpunten bij de financiering van respijtvoorzieningen. Juist nu een aantal functies uit de AWBZ zullen worden overgeheveld naar de Wmo bestaat hierover meer onzekerheid.

Een paar voorbeelden van respijtzorg of zorg met respijt-karakter:

- Thuiszorg in Leiden creëerde voor complexe situaties de voorziening vervangende mantelzorg met professionele oppas-thuis, voor kinderen met autisme of ADHD

of gehandicapte kinderen of dementerenden. Enkele uren oppas blijkt al een groot effect te hebben.

- In Drente zetten Icare vrijwillige thuiszorg en de Stichting Thuisverzorging Gehandicapten gezamenlijk een nieuwe voorziening in van kortdurende mantelzorgvervanging door vrijwilligers van maximaal 16 uur op een dag of 2 dagen met een nacht ertussen.
- Logeervoorzieningen zijn er in veel verschillende vormen, van luxe zorghotel tot logeerboerderijen. Dit zijn niet allemaal respijtzorgvoorzieningen. Logeerhuizen zijn dat wel. Logeerhuizen zijn er vooral voor kinderen tot 18 jaar, met lichamelijke of verstandelijke handicaps of psychiatrische aandoeningen. Minder mogelijkheden zijn er voor ouderen.
- Logeerhuis in Den Bosch is bedoeld voor ouderen met dementie in gevorderd stadium. Het is een samenwerkingsproject van thuiszorg en verpleeg/verzorgingshuizen (Dimens). De locatie is een aparte bungalow in de tuin van een woonzorgcentrum.
- Amsterdam heeft een ontmoetingscentrum voor Surinaamse mensen met dementie en hun verzorgers (Kraka-e-sewa, ontving onlangs de Mantelzorgprijs 2005). Deze voorziening is gebaseerd op de filosofie van geïntegreerde ondersteuning van dementerende en mantelzorger. Toelatingscriteria zijn dan ook dat de mantelzorger gemotiveerd is om persoon met dementie thuis te verzorgen en daarbij ondersteuning wenst en tevens bereid is deel te nemen aan het ondersteuningsprogramma.

Waar zorgvrager, mantelzorger en vrijwillige of beroepsmatige zorgverlener elkaar ontmoeten (zorgtriade) is het belangrijk het verschil in rol en positie te onderkennen en respect te hebben voor ieders expertise. Dat is zeker complex, want het gaat om een relatie tussen ongelijkwaardige partijen. En mantelzorgers hebben bovendien nog twee gezichten ook: die van (mede)zorgverlener en (mede)hulpvrager.