



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

**Luisteren naar het werkveld
Professionelen in de gezinszorg over de samenwerking met mantelzorgers vanuit
een beleidsvisie**

Door Johan Schoubben

**Bachelorproef aangeboden tot het bekomen
van het bachelordiploma sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2015-2016**



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

**Luisteren naar het werkveld
Professionelen in de gezinszorg over de samenwerking met mantelzorgers vanuit
een beleidsvisie**

Door Johan Schoubben

**Bachelorproef aangeboden tot het bekomen
van het bachelordiploma sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2015-2016**

Woord vooraf

Met deze bachelorproef sluit ik mijn formele opleiding tot maatschappelijk assistent af. Ik bedank mijn medestudenten voor de fijne reis samen die deze opleiding ook was. Het heeft me altijd hoop gegeven om de ontwikkeling van jonge mensen van dichtbij mee te mogen maken.

Ik bedank mijn promotor, Daniël Van De Wouwer. Ik vond zijn colleges recht en beleid altijd inspirerend als toekomstig maatschappelijk werker.

Ik bedank ook mijn stagementor, Sandra Christiaens, voor de kansen die ze mij geboden heeft om stage te kunnen doen en om binnen die stage op ontdekkingsreis te gaan.

Ik bedank iedereen die in welke rol dan ook tijdens de voorbije drie jaar samen met mij op pad is gegaan en aan mijn ontwikkeling en vorming heeft willen bijdragen.

Ik kijk er naar uit om het werkveld in te stappen en om met mensen te mogen werken.

Johan Schoubben

Abstract

De zorgnood neemt toe bij de Vlaamse vergrijzende bevolking terwijl de overheid om budgettaire redenen aan die stijgende vraag niet zonder meer kan beantwoorden. Wie zorg nodig heeft zal die eerst in het eigen netwerk moeten zoeken. In dat netwerk zal de mantelzorger ondersteunt worden door professionele hulp.

In deze bachelorproef wordt eerst gekeken naar de Vlaamse beleidsopties die maken dat deze samenwerking tussen professionele en informele zorg noodzakelijk wordt. Deze opties worden aangevuld met literatuur die zich specifiek richt op de rol van de professional en van de mantelzorger en op de samenwerking tussen beiden. Dit wordt vergeleken met de Nederlandse situatie waar protocollering van de zorg verder uitgebouwd is in Vlaanderen.

Het voorgaande wordt ook geconfronteerd met ethische en morele kritiek op deze ontwikkelingen en keuzes. Maar ook de confrontatie met praktische bezwaren wordt aangegaan, want ondertussen moet elke Vlaming tot op latere leeftijd aan het werk blijven en tegelijk meer zorgtaken moeten opnemen.

De hulpverlening kent ondertussen een hoge maat van specialisatie en daarmee gepaard gaand, fragmentatie. Het vraagt van zowel professional als mantelzorger moeite om binnen die versnippering hulp te vinden die aansluit bij iemands noden. En omdat de overheid wil blijven volgen of haar geld goed besteed wordt, moet dat ook allemaal gerapporteerd en gedocumenteerd worden. De professional krijgt daardoor minder tijd voor de zorgvrager met wie hij net intensiever zou moeten samenwerken.

Om te kijken wat er zou kunnen helpen om deze samenwerking op beleidsmatig vlak te ondersteunen, wordt in deze bachelorproef de dialoog met de professionelen in de gezinszorg aangegaan om te vragen welke elementen deel zouden kunnen of moeten uitmaken van een dergelijk beleid.

De professionelen vragen om minder administratie en om meer vertrouwen in hun deskundigheid om hun werkdruk te verlagen. Hierdoor zouden ze meer tijd in de samenwerking met de mantelzorger kunnen steken. Omdat ze vraaggestuurd moeten werken in een gefragmenteerd werkveld ligt de werkdruk toch al hoger dan voorheen. Bij dat vraaggestuurd werken blijkt ook het beeld dat cliënten en mantelzorgers van gezinszorg hebben niet altijd realistisch is. Er wordt op beleidsniveau gevraagd om dit bij te sturen om de samenwerking te vergemakkelijken.

Zeven dagen op zeven hulp kunnen bieden vraagt ook flexibiliteit. De professionelen vragen om de vergoeding hiervoor gelijk te schakelen met de residentiële sector, anders zou de ambulante sector minder aantrekkelijk kunnen worden.

Maar professionelen willen ook sneller en eenvoudiger hulp kunnen bieden. Ze vragen of er geen andere manier van financiering mogelijk zou zijn die dit toelaat. Maar op beleidsniveau moet een volwaardige Vlaamse sociale bescherming nog uitgebouwd worden.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	1
Abstract	2
Inhoudsopgave	4
Lijst met afkortingen/tabellen/figuren	6
Inleiding	7
1. Probleemstelling en onderzoeksvragen	8
2. Bespreking stageplaats	12
3. Theoretisch kader	14
Inleiding	14
3.1 Wat is zorg verlenen?	14
3.2 Wat is zorg?	16
3.3 Vlaams beleid	17
3.4 Een toekomstplan in Nederland	21
3.5 Maatwerk en eigen regie	22
3.6 Belang van informele zorg en van preventie	23
3.7 Samenwerken	25
3.8 Ervaringsdeskundige	26
4. Praktijkgedeelte	27
Inleiding	27
4.1 Onderzoeksmethode	27
4.2 Dataverzameling	27
4.3 Resultaten	27
4.3.1 Samenwerken met mantelzorgers	28
4.3.2 Flexibiliteit en vernieuwing van de zorg	29
4.3.3 Beroep doen op de expertise van de professional	32
4.3.4 Zorg op maat	33
4.3.5 Vraag en aanbod	35
4.3.6 Coachen	35
4.3.7 Beleid	36
4.3.8 Aanbevelingen	37
	4

4.4	Conclusies en aanbevelingen	39
4.4.1	Conclusies	39
4.4.2	Aanbevelingen voor verder onderzoek	44
4.4.3	Aanbevelingen voor het beleid	45
4.4.4	Aanbevelingen voor de praktijk	46
	Besluit	46
5.	Kritische reflectie	47
5.1.1	Het proces	47
5.1.2	Het product	48
5.1.3	Ikzelf	48
	Bibliografie	49
	Bijlagen	51
5.2	Topiclijst	51

Lijst met afkortingen/tabellen/figuren

- Lijst van figuren:

FIGUUR 1 - EVOLUTIE VAN DE BEVOLKINGSSAMENSTELLING IN VLAANDEREN. <i>EIGEN BEWERKING OP BASIS VAN VOORUITZICHTEN 2011 – 2050; ALGEMENE DIRECTIE STATISTIEK, 2010.</i>	8
FIGUUR 2 - BEGRIPPEN IN DE ZORG - <i>VRIJ NAAR: KRUIJSWIJK, W. & PETERS, A. (2013) VRIJWILLIGERS EN MANTELZORGERS IN BEELD.</i>	14
FIGUUR 3 - OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN. <i>UIT: MANTELZORGERS EN VRIJWILLIGERS IN BEELD (KRUIJSWIJK W. P., 2013, PP. 10-11)</i>	15
FIGUUR 4 - TOP 5 VOORWAARDEN. <i>UIT: ZICHT OP ZORG (LODEWIJCKX & JACOBS, 2013, P. 190).</i>	18
FIGUUR 5 - TOP 5 MAATREGELEN. <i>UIT: ZICHT OP ZORG (LODEWIJCKX & JACOBS, 2013, P. 193).</i>	18
FIGUUR 6 - TOP 5 ZORGTAKEN. <i>UIT: ZICHT OP ZORG (LODEWIJCKX & JACOBS, 2013, P. 189).</i>	19

- Lijst van tabellen

TABEL 1 - VIJF DIMENSIES VAN WENSELIJKE PREVENTIE (<i>VRIJ NAAR GORIS ET AL., 2007</i>).....	24
--	----

Inleiding

De vergrijzing van de Vlaamse bevolking doet de vraag naar zorg toenemen. Tegelijkertijd wil de Vlaamse overheid omwille van de betaalbaarheid de professionele zorg maar beperkt uitbouwen. Mensen moeten langer thuis kunnen blijven wonen en worden daarin voor een deel begeleid met professionele hulp. De overheid verwacht dat het netwerk rond de thuiswonende zorgvrager een grotere rol op zich neemt.

Om die mantelzorg en de professionele hulp in de praktijk aan elkaar te koppelen is er samenwerking tussen beide nodig. Maar wat op papier een nobel idee lijkt is in de praktijk niet zo eenvoudig te realiseren.

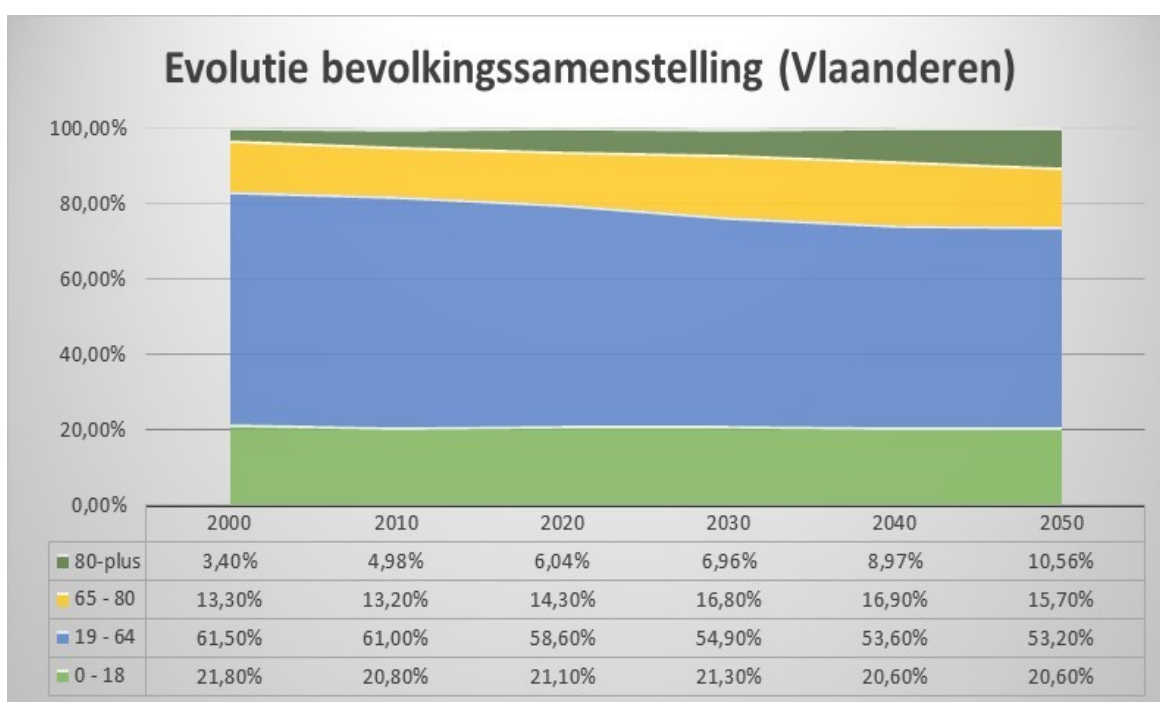
Een opmerking die hulpverleners regelmatig maken is dat er te weinig naar hen geluisterd wordt vanuit het beleid. Maar het zijn wel de hulpverleners die de problemen en moeilijkheden in de praktijk moeten helpen oplossen.

Het leek interessant om aan professionelen in de thuiszorg, die met cliënten en mantelzorgers in de ambulante werkvorm bijstaan, te vragen welke elementen volgens hun visie en ervaring deel kunnen uitmaken van een beleid voor de samenwerking tussen beiden.

Met deze vraag houdt deze bachelorproef zich bezig.

1. Probleemstelling en onderzoeksvragen

Volgens prognoses van het Federaal Planbureau en van de Algemene Directie Statistiek van de FOD Economie wordt de bevolkingssamenstelling in Vlaanderen in de komende vijftig jaren gekenmerkt door vergrijzing en verzilvering. Niet alleen neemt continu het aandeel van mensen ouder dan 65 jaar toe. Binnen deze groep stijgt ook voortdurend het aandeel van mensen ouder dan 80 jaar (verzilvering). Het valt te verwachten dat er binnen deze leeftijdsgroep ook een grotere mate van hulpbehoefendheid zal zijn. Daarnaast neemt de natuurlijke aangroei van de bevolking door geboortes af. Daardoor wijzigt niet enkel de verhouding tussen oud en jong, ook het aandeel van de leeftijdsgroep tussen 19 en 64 jaar neemt af en dit demografisch gegeven heeft nog een andere invloed.



Figuur 1 - Evolutie van de bevolkingssamenstelling in Vlaanderen. *Eigen bewerking op basis van Vooruitzichten 2011 – 2050; Algemene Directie Statistiek, 2010.*

Het principe waarop de huidige financiering van de sociale zekerheid zich baseert is dat actieven bijdrage betalen voor niet-actieven. De daling van het aandeel van de groep tussen 19 en 64 jaar betekent in deze context ook dat de verhouding tussen actieven en niet-actieven wijzigt. De afhankelijkheidsgraad neemt toe en de financiering van de sociale zekerheid geraakt dan in het gedrang. Hierin speelt ook de werkzaamheidsgraad van de beroepsbevolking een rol. De financiering van de sociale zekerheid en de aspecten die er deel van uitmaken worden in deze bachelorproef niet verder behandeld.

Beide genoemde tendensen en de vraag naar de betaalbaarheid van de sociale zekerheid zorgen er mee voor dat de verschillende overheden in België sinds langere tijd een evolutie van een verzorgingsstaat naar een actieve welvaartsstaat willen bewerkstelligen. Hierbij

wijzig de rol van de overheid: van primaire verantwoordelijke voor het welzijn van de burger naar facilitator, in het ideale geval.

Maar ook de organisatie van de overheid wijzigt. Door de verschillende staats hervormingen gaan er steeds meer bevoegdheden over van het federale niveau naar het regionale niveau. Het is voor deze bachelorproef relevant om te vermelden dat door de uitvoering van de zesde staats hervorming tijdens de huidige regeerperiode de volledige bevoegdheid over het ouderenbeleid uiteindelijk bij de Vlaamse overheid zal liggen.

Vanuit een integrale kijk op ouderenbeleid zou er ook met andere beleidsgebieden zoals onder andere huisvesting, gezondheid, mobiliteit, cultuur en inkomen rekening gehouden moeten worden. Voor dit deze bachelorproef wordt gekozen om enkel te kijken naar de zorg aan ouderen. Meer bepaald wordt de keuze beperkt tot de zorg in de thuissituatie (ambulante zorg), want daarnaast zijn ook residentiële en semiresidentiële zorg onderdeel van ouderenzorg.

Het Woonzorgdecreet regelt drie vormen van ambulante zorg aan huis. Een eerste vorm zijn de diensten voor thuisverpleging die verpleegkundige hulp aan huis bieden. Een tweede vorm zijn de diensten voor oppashulp die coördineren tussen zorgvragers en vrijwilligers waarbij de klemtoon ligt op gezelschap. De diensten voor gezins- en aanvullende thuiszorg zijn een derde vorm. Deze bachelorproef beperkt zich in hetgeen volgt tot deze laatste vorm, er wordt kortweg naar verwezen als diensten voor gezinszorg. De aanvullende thuiszorg bestaat uit poetshulp en hulp bij karweien, maar in het vervolg van deze bachelorproef wordt op deze precisering niet verder ingegaan.

De diensten voor gezinszorg zetten geschoolde verzorgenden in die bij mensen thuis persoonsverzorging, hulp in het huishouden en psychosociale ondersteuning bieden. Deze diensten bieden in principe niet enkel hulp aan zorgbehoevende ouderen. In de praktijk zijn andere zorgvragers (kraamzorg, mensen met een beperking,...) maar een beperkt deel van de cliënten. Aan de hand van een sociaal onderzoek wordt bij een aanvraag om hulp de mate van hulpbehoefendheid onderzocht. Daarnaast wordt op basis van de samenstelling van het gezin en van het netto-inkomen een gebruikersbijdrage per uur gezinszorg berekend.

De financiering van een uur gezinszorg bestaat naast de eigen bijdrage van de gebruiker voornamelijk uit subsidies van de Vlaamse overheid. De Vlaamse Regering besluit elk jaar hoeveel uren gezinszorg gefinancierd worden. Ze legt dit vast in een urencontingent dat verdeeld wordt tussen publieke en private diensten voor gezinszorg. Voor 2015 verminderde de Vlaamse Regering dit contingent met 1,21% (213 318 uren) ten opzichte van het jaar voordien, in 2016 zou nog een vermindering doorgevoerd kunnen worden.

Tegelijkertijd is het uitgangspunt van het huidige regeerakkoord dat mensen zo lang mogelijk thuis moeten kunnen wonen, ook met een toenemende nood aan zorg. De ambitie daarbij is dat het perspectief van de hulpvrager de organisatie van de hulp mee bepaalt. In zijn beleidsnota denkt Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, daarbij aan buurtgerichte hulp waarin mantelzorgers en vrijwilligers een belangrijke rol spelen en waarbij er op lokaal niveau een regierol is. Zoals bij eerdere hervormingen in andere sectoren, bijvoorbeeld de integrale jeugdhulp, wil de Vlaamse regering evolueren naar een vraaggestuurd model waarbij niet enkel op samenwerking ingezet wordt, maar ook op flexibiliteit en continuïteit. Zo zouden hulpvragen ook 's avonds, 's nachts en in het weekend beantwoord kunnen worden.

Het beleid heeft ook behoefte aan meer thuiszorg om de druk op het residentieel aanbod te verlichten, waar zorgvragers geconfronteerd worden met wachtlijsten. Maar om tred te houden met de toenemende vergrijzing zal de thuiszorg sowieso al moeten groeien. Een verschuiving van residentieel naar ambulans zal een extra inspanning daar bovenop vragen (Geerts, 2013)

Een andere beleidsoptie in het regeerakkoord is de verdere evolutie van de vermaatschappelijking van de zorg. De basisgedachte hierbij is dat zorg geïntegreerd is in de samenleving. Met de thuissituatie als vertrekpunt wil men zorg op maat bieden via samenwerking tussen iedereen die formeel (professional, organisaties, lokaal bestuur) of informeel (mantelzorger, vrijwilliger) een rol speelt in de hulpverlening. Daarnaast is er ook een juridisch en wettelijk kader omtrent wat een verzorgende of een mantelzorger zelf mag doen of niet en omtrent de aansprakelijkheid die hiermee gepaard gaat. Deze afgrenzing valt buiten het bestek van deze bachelorproef, het wordt volledigheidshalve vermeld. Deze bachelorproef beperkt zich tot de mantelzorger als informele zorgverlener. De mantelzorger is een belangrijke zorgpartner. Hij of zij is in de gezinszorg een rechtstreeks betrokken sleutelfiguur die vaak ook de regie of een deel daarvan voert.

De literatuur, die in het volgende onderdeel besproken wordt, duidt op de belangrijke rol van de professional om continuïteit te bereiken, op de nood aan samenwerken en op de nood aan een coherent beleidsplan voor de samenwerking tussen formele en informele zorg. Gekoppeld aan de eerder beschreven tendensen en beleidskeuzes roept het de vraag op hoe de link naar de praktijk gemaakt zou kunnen worden in een dienst voor gezinszorg. Samenwerken en nieuwe samenwerkingsverbanden aangaan vragen wellicht om een andere manier van werken. En bij succesvolle veranderingen is het van belang om voldoende draagvlak te creëren. Inspraak kan helpen om een draagvlak te creëren, het is naast informeren de meest effectieve acceptatiemethode bij veranderingen (Walvis Consulting Group, zd.).

Deze bachelorproef wil een bescheiden aanzet zijn tot co-creatie op beleidsniveau en wil ook een aanzet zijn om te luisteren naar de mensen in het werkveld als actoren en betrokken partners in de zorg- en hulpverlening. In deze bachelorproef wordt gezocht naar mogelijke input van professionelen in de gezinszorg voor een beleid omtrent de samenwerking tussen professionele zorg en mantelzorg. De onderzoeksvraag luidt:

Wat kunnen elementen zijn in een beleid voor de samenwerking tussen professionelen in de gezinszorg en mantelzorgers vanuit de visie en de ervaring van sectorverantwoordelijken en teamleiders bij Solidariteit voor het Gezin in de afdelingen Tienen en Hasselt?

Welke elementen kunnen vanuit hun visie en hun ervaring ondersteunend of belemmerend zijn in de samenwerking? Welke mogelijkheden zien ze? Welke valkuilen zien of ervaren ze? Welke behoeften zien of ervaren ze om succesvol samen te werken? Welke aanbevelingen hebben ze op beleidsniveau of voor de praktijk?

Het doel van dit onderzoek is om op beleidsniveau te zoeken naar nieuwe ideeën of naar mogelijke aanvullingen op het reeds bestaande beleid.

Via open onderzoeksvragen wordt een kwalitatief onderzoek gevoerd. De dataverzameling gebeurt door middel van open interviews (diepte-interviews) om te peilen naar belevingen, ervaringen en betekenissen.

De betrokken respondenten werken vrijwillig aan dit onderzoek mee. De werkwijze en het doel wordt hen voor hun deelname duidelijk uitgelegd. De gegevens van de respondenten worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt zodat er geen nadelige gevolgen voor hen zijn. Tenslotte wordt er op gewezen dat dit onderzoek op een eerlijke en objectieve manier wordt uitgevoerd.

2. Bespreking stageplaats

Solidariteit voor het Gezin vzw is een onafhankelijke dienst voor welzijns- en gezondheidszorg die een breed en integraal pakket van diensten aanbiedt. De hiernavolgende opsomming lijst de verschillende diensten in het aanbod op.

- Thuisverpleging
- Welzijnszorg: gezins- en bejaardenhulp, poetsdienst, ziekenoppas, vrijwillige oppasdienst, karweidienst, vervoerdienst
- Kinderzorg: kinderdagverblijven, thuisoppas zieke kinderen, opvanggezinnen, kraamzorg, postnatale zorg, centrum kindzorg & gezinsondersteuning (CKG), babysitdienst, speltheek
- Woonzorg: serviceresidentie, dienstencentrum, dienst maaltijden aan huis, zorghotel, kortverblijf, dagverzorgingscentrum
- Comfortzorg: comfortdienst met dienstencheques
- Competenzie zorg: opleidingscentrum voor verzorgenden, Metis extern: bijscholingsaanbod voor derden

Ik deed mijn stage binnen de dienst gezins- en thuiszorg, deze bachelorproef beperkt zich ook tot deze dienst.

De dienst gezins- en thuiszorg is verdeeld over verschillende afdelingen die in een bepaalde regio werkzaam zijn. Mijn stage vond plaats in de afdeling Tienen van Solidariteit voor het Gezin. Vanuit deze afdeling wordt zorg en hulp geboden in de provincie Vlaams-Brabant, met uitzondering van Brussel.

Elke afdeling is op haar beurt onderverdeeld in sectoren. Een sector vertegenwoordigt een geografisch gebied van een aantal naburige gemeenten. Aan elke sector zijn ook een aantal verzorgenden toegewezen die meestal, maar niet noodzakelijk, hun hoofdverblijfplaats in de sector hebben.

Een verzorgende is een professioneel zorgverlener die hiervoor een opleiding gevolgd heeft. Verzorgenden bieden bij mensen thuis zowel hulp bij de persoonlijke verzorging, als hulp in het huishouden en psychosociale ondersteuning.

Aan elke sector is een sectorverantwoordelijke verbonden. De sectorverantwoordelijke coördineert de verzorgenden en plant hun opdrachten bij cliënten. Daarnaast voert de sectorverantwoordelijke ook de sociale onderzoeken uit bij mensen thuis. Dit sociaal onderzoek dient een dubbel doel.

Eenzijds wordt via dit sociaal onderzoek de zorgvraag verhelderd en wordt de zorgzwaarte ingeschaald via een BEL-profielscore. Dit is een gestandaardiseerde lijst waarvan de score gelinkt is aan de Vlaamse zorgverzekering, die maandelijks een vast bedrag uitkeert vanaf een score van 35 punten. Daarnaast wordt aan de hand van deze bevraging een hulpverleningsplan opgesteld. Het takenpakket van de verzorgende is een onderdeel van dit plan.

Anderzijds wordt via dit sociaal onderzoek de eigen bijdrage van de gebruiker berekend. Het totale beschikbare maandinkomen en de gezinstoestand bepalen de hoogte van de bijdrage per uur.

Binnen de gezinszorg hebben professionals niet enkel contact en overleg met de cliënt zelf. Indien er mantelzorg aanwezig is, wordt ook met deze zorgverleners samengewerkt.

Deze samenwerking tussen professionals in de gezinszorg en mantelzorger vormt het hoofdthema van de bachelorproef die hierna volgt.

3. Theoretisch kader

Inleiding

De literatuurstudie start met een verduidelijking van het begrippenkader in de zorgverlening. Daarna wordt de zorgethiek en de implicaties voor het sociaal werk geschetst als algemeen kader.

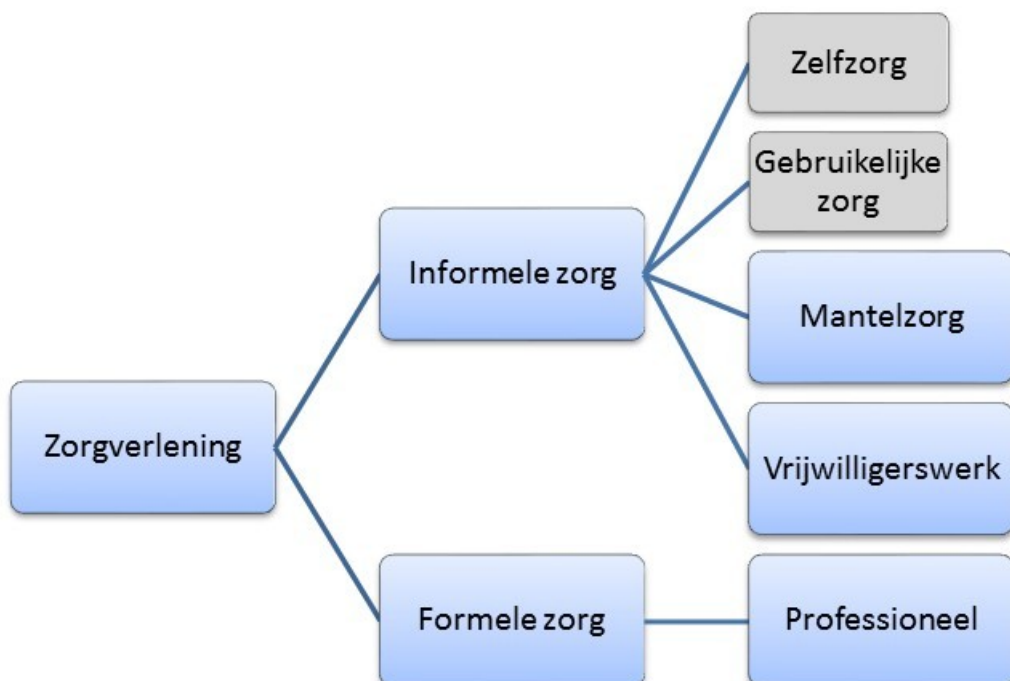
De overgang naar het beleid wordt gemaakt via de bespreking van specifiek Vlaams beleid omtrent mantelzorg, gezinszorg en de mogelijke samenwerkingsstructuren tussen beide. Dit wordt vergeleken met de Nederlandse toekomstplannen op dit vlak.

De visies van verschillende auteurs en de resultaten uit verschillende onderzoeken worden besproken voor de aspecten maatwerk en eigen regie. Hierbij is ook ruimte voor ethische bedenkingen. De relatie van informele en formele zorg in Europees perspectief komen in een volgend onderdeel uitgebreid aan bod.

De literatuurstudie eindigt met een specifiek deel over samenwerken en netwerkoverschrijdend werken en stipt in deze context ook even het concept van ervaringsdeskundige aan.

3.1 Wat is zorg verlenen?

Voor een goed begrip van hetgeen volgt in deze bachelorproef kan het nuttig zijn om het begrip zorgverlening te verduidelijken. Volgens de indeling van Kruijswijk en Peters (2013) bestaat zorgverlening uit formele en informele zorg.



Figuur 2 - Begrippen in de zorg - *Vrij naar: Kruijswijk, W. & Peters, A. (2013) Vrijwilligers en mantelzorgers in beeld.*

De formele zorg wordt gegeven door beroepskrachten. Ze zijn hiervoor opgeleid, ze hebben een mandaat om zorg of hulp te verlenen en dit is een vorm van betaalde arbeid voor hen.

Informele zorg is onbetaald en gebeurt niet beroepshalve. Volgens de auteurs is informele zorg onder te verdelen in zelfzorg, gebruikelijke zorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk.

Zelfzorg is alles wat iemand bewust doet voor de eigen gezondheid. Gebruikelijke zorg verwijst naar de zorgtaken waarvan aangenomen wordt dat gezinsleden ze binnen een gezinsverband voor elkaar opnemen. Mantelzorg is zorg aan iemand uit de directe omgeving, de zorg vloeit voort uit een sociale relatie en gebeurt buiten een beroepskader. Vrijwillige zorg gebeurt onbetaald en niet verplicht, het is zorg aan iemand met wie aanvankelijk geen persoonlijke relatie bestaat.

Omdat de grens tussen gebruikelijke zorg en mantelzorg onduidelijk kan zijn, creëerde men in Nederland het Protocol Gebruikelijke Zorg (CIZ, 2005). Het verduidelijkt het verschil met mantelzorg waar het takenpakket van gebruikelijke zorg duidelijk overschreden wordt. De sociale relatie is doorslaggevend en niet noodzakelijk het vormen van een leefeenheid.

De begrippen informele zorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk worden gemakkelijk met elkaar verwisseld. In het boek 'Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld' (Kruijswijk W. P., 2013, pp. 10-11) is de volgende opsomming van overeenkomsten en verschillen tussen mantelzorgers en vrijwilligers te vinden:

Overeenkomsten mantelzorgers en vrijwilligers

- Vrijwillig: op basis van vrijwilligheid, niet afdwingbaar door de overheid.
- Motivatie: komt voort uit liefde, verantwoordelijkheid, zich nuttig willen maken, behulpzaamheid, waardering krijgen voor de inzet, ervaring opdoen.
- Vergoeding: onbetaald.

Verschillen mantelzorgers en vrijwilligers

- Sociale relatie: bij vrijwillige zorg komt de relatie met een cliënt via een organisatie tot stand. Mantelzorg start vanuit een persoonlijke, bestaande relatie (familie, vrienden, buren).
- Motivatie: een vrijwilliger voelt zich over het algemeen minder moreel verplicht hulp te verlenen dan een mantelzorger.
- Graad van organisatie: vrijwilligerswerk in de zorg vindt altijd in enig georganiseerd verband plaats. Mantelzorgers werken niet vanuit een organisatieverband. Waar vrijwilligers opereren onder verantwoordelijkheid van de organisatie, doen mantelzorgers hun werk op persoonlijke titel.

Figuur 3 - Overeenkomsten en verschillen. Uit: Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld (Kruijswijk W. P., 2013, pp. 10-11)

3.2 Wat is zorg?

Zorg vindt plaats tussen mensen. De dynamiek tussen wie hulp vraagt en hulp biedt beïnvloedt hoe zorg er uitziet. Joan Tronto (1993) vertrekt in haar zorgethiek vanuit een gemeenschappelijk belang. Op een gemeenschappelijk belang wordt verder in deze bachelorproef dieper ingegaan. Ze bekijkt zorg als een proces waarin ze vier fasen onderscheidt. Het hangt af van de context en van de relatie welke fase het meest adequaat is. Als dusdanig bestaat goede zorg daardoor niet. Naargelang de situatie kan zorg er anders uitzien (Tronto, 1993).

Tronto's zorgethiek kent vier dimensies waaraan telkens ook een morele kwaliteit is gekoppeld:

- 'Caring about' gaat over noden herkennen. Deze fase vereist 'aandacht' als morele kwaliteit. Het is volgens haar niet mogelijk om aan andermans noden tegemoet te komen zonder er aandacht voor te hebben.
- 'Caring for' gaat om de reactie na het herkennen: wie moet reageren en hoe?. Als morele kwaliteit is in deze fase 'verantwoordelijkheid' vereist.
- 'Care giving' gaat om zorg verlenen. Hierbij is de morele kwaliteit 'competentie' van belang. Volgens Tronto gaat competentie niet enkel om de vaardigheid in technisch opzicht, maar ook om de bekwaamheid in relationeel opzicht.
- 'Care receiving' gaat om de reactie van de ontvanger op de gekregen zorg. In deze fase is de morele kwaliteit 'responsiviteit' van belang. Of de zorg beantwoordt aan de behoeften of verwachtingen van de zorgvrager kan je, zo meent Tronto, enkel leren uit de reactie. Ze merkt hierbij op dat een reactie ook een nieuwe nood aan het licht kan brengen. In deze zin stopt zorg dus niet. (Tronto, 1993).

Burggraeve (2003, geciteerd door Geerts, 2003) merkt op dat betrokkenheid en altruïsme onvoldoende zijn als motivatie voor zorg. Hij stelt dat zorgethiek begint bij de aarzeling om zorg op te nemen. In zijn visie is zorg niet spontaan gericht op het lijden van een ander. Ook het aspect 'zorglast' voor de zorggever mag niet uit het oog verloren worden (Geerts, 2003).

Houberghs en Hermans (2008) stellen dat de meerwaarde van Tronto's zorgethiek erin ligt dat de zorgrelaties gekoppeld worden aan de maatschappelijke context. De auteurs zien enkele mechanismen in deze maatschappelijke context die volgens hen een degraderend effect op de waarde van de zorg hebben.

Ten eerste zijn ze van mening dat het beeld van het autonome en zelfredzame individu overheerst. Wie niet aan deze norm beantwoordt komt in een minderwaardige positie. Onafhankelijkheid en periodes met nood aan zorg wisselen af in het leven van elk individu. Ze bestempelen die norm daarom als een schijnbeeld.

Ten tweede wijzen ze er op dat de tweede en de derde fase ('caring for' en 'care giving') vaak losgekoppeld worden in de praktijk. Wie beslist over de zorgtaken voert deze vaak zelf niet uit. Het lerend effect vanuit de reactie van de zorgontvanger ('care receiving') komt daardoor niet bij de zorgbeslissers. Binnen de visie van de zorgethiek zijn de verschillende fasen echter geen delen die op zichzelf staan en die elkaar opvolgen. Het uiteindelijke doel moet integratie zijn (Houberghs & Hermans, 2008).

Dezelfde auteurs verwijzen ook naar implicaties voor het sociaal werk vanuit Tronto's ethiek. Een eerste implicatie heeft betrekking op wie noden definieert. "Als het niet de cliënt is, dan is het risico groot dat eigen noden en veronderstellingen van de sociaal werker, organisatorische en bureaucratische vereisten of sociale verwachtingen de bovenhand nemen en voorschrijven wat de nood van de cliënt moet zijn." (Houberghs & Hermans, 2008, p. 22). Een andere implicatie betreft de keuze tussen voorschriften volgen of naar eigen professioneel beoordelingsvermogen handelen. Standaardiseren en programmeren van zorg is moeilijk, een te sterke klemtoon hierop kan de kwaliteit van de zorg ondergraven. Competentie als morele kwaliteit is een laatste implicatie. Omdat een zorgverlener begeleiding en hulp van anderen nodig heeft om zorgdoelstellingen te bereiken is competentie geen individuele eigenschap, maar die van een team. Professioneel leren vindt daarom beter plaats op teamniveau in een organisatiecultuur waar systematisch leermomenten zijn die focussen op leren uit fouten op een niet-straffende manier (Houberghs & Hermans, 2008).

3.3 Vlaams beleid

De basisgedachte achter de vermaatschappelijking van de zorg als beleidsoptie werd eerder in deze bachelorproef al beschreven. Volgens zijn beleidsbrief ziet Vlaams minister Vandeurzen hierbij een grote rol weggelegd voor informele zorg (Vandeurzen, 2015). Een survey van de Studiedienst van de Vlaamse Regering wijst op een daling van de omvang van informele zorg tussen 2014 (26%) en 2011 (38%) bij Vlamingen van 18 jaar en ouder (Vanderleyden & Moons, 2015). De daling doet zich bij alle leeftijdscategorieën voor en dit zowel bij mannen als vrouwen, zo concluderen de auteurs. Hun hypothese is dat de toename in zorgbelasting ervoor zorgt dat zorg stopgezet wordt of dat informele zorg niet opgenomen wordt. Tegelijkertijd geven ze aan dat de invloed van mogelijke andere factoren verder onderzocht moeten worden.

Het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies vroeg burgers en geregistreerde mantelzorgers tussen 25 en 64 jaar (de beroepsactieve leeftijd) naar hun prioriteiten qua zorgvorm voor de verdeling van publieke middelen. Bij burgers is professionele thuiszorg de eerste prioriteit (42%), daarna volgen residentiële zorg (28%), mantelzorg (27%) en vrijwilligerszorg (3%). De geregistreerde mantelzorgers geven de hoogste prioriteit aan mantelzorg

(40%), gevolgd door professionele thuiszorg (38%), residentiële zorg (20%) en vrijwilligerszorg (2%) (Lodewijckx & Jacobs, 2003).

Volgens hetzelfde onderzoek worden er ook voorwaarden verbonden aan het opnemen van zorgtaken voor familieleden die niet inwonen.

Tabel 11.2 Top 5 van voorwaarden voor het opnemen van zorgactiviteiten voor een niet-inwonend familielid (in %)*

1. Moet kunnen inpassen in werksituatie	83
2. Steun krijgen van professionelen	43
3. Niet voor onbepaalde duur	41
4. Andere voorwaarde	9
5. Vergoed door overheid	7
Aantal	1350

* De som van de percentages is groter dan 100 aangezien de respondenten meerdere antwoorden mochten aanduiden.

Bron: Zorg in Vlaanderen*, burgers 25-64 jaar

Figuur 4 - Top 5 voorwaarden. *Uit: Zicht op zorg (Lodewijckx & Jacobs, 2013, p. 190).*

Voorwaarden komen het vaakst voor in de groep tussen 35 en 45 jaar waar werk en gezin om veel aandacht vragen. Maar voorwaarden lijken ook gekoppeld aan de scholingsgraad. Universitair stellen vaker voorwaarden (68%) dan mensen met maximaal een diploma lager middelbaar onderwijs (42%) (Lodewijckx & Jacobs, 2003).

De auteurs stelden ook een top 5 op van maatregelen die volgens hun respondenten mantelzorg kunnen stimuleren.

Tabel 11.3 Top 5 van de meest efficiënte maatregel voor het stimuleren van mantelzorg, naar diploma (in %)*

<i>Diploma lager middelbaar of lager</i>		<i>Universitair diploma</i>	
1. Financieel bevoordelen	36	1. Financieel bevoordelen	32
2. Tijdskrediet promoten	20	2. Tijdskrediet promoten	29
3. Professionele ondersteuning	13	3. Professionele ondersteuning	22
4. Meer informatie geven	13	4. Sociaal statuut verbeteren	6
5. Sociaal statuut verbeteren	12	5. Meer informatie geven	5
Aantal	884	Aantal	248

* De som van de percentages is groter dan 100 aangezien de respondenten meerdere antwoorden mochten aanduiden.

Bron: Zorg in Vlaanderen*, burgers 25-64 jaar

Figuur 5 - Top 5 maatregelen. *Uit: Zicht op zorg (Lodewijckx & Jacobs, 2013, p. 193).*

Ze verduidelijken daarbij dat 46% van de geregistreerde mantelzorgers financieel bevoordelen als meest efficiënt aanduiden.

De auteurs besluiten dat men bepaalde huishoudelijke taken (was, strijk, poetsen) en de persoonsverzorging liever aan anderen overlaat (Lodewijckx & Jacobs, 2003).

Tabel 11.1 Top 5 van zorgtaken die men niet wenst uit te voeren voor een niet-inwonend familielid (in %)*

<u>Vrouwen</u>		<u>Mannen</u>	
1. Helpen bij toiletbezoek en verversen incontinentiemateriaal	64	1. Helpen bij toiletbezoek en verversen incontinentiemateriaal	71
2. Helpen bij het zich wassen	50	2. Helpen bij het zich wassen	57
3. Klusjes in/buiten huis	36	3. Professionele ondersteuning	40
4. Poetsen	28	4. Helpen bij aan- en uitkleden	39
5. Helpen bij aan- en uitkleden	25	5. Poetsen	31
Aantal	980	Aantal	992

*De som van de percentages is groter dan 100 aangezien de respondenten meerdere antwoorden mochten aanduiden.

Bron: Zorg in Vlaanderen*, burgers 25-64 jaar

Figuur 6 - Top 5 zorgtaken. Uit: Zicht op zorg (Lodewijckx & Jacobs, 2013, p. 189).

Op beleidsniveau wordt bij informele zorg, mede onder invloed van de vergrijzing, ook gekeken naar actieve ouderen.

Vanderleyden en Heylen (2015) deden onderzoek naar levenstevredenheid bij 50-plussers algemeen en bij de potentieel nog beroepsactieve leeftijdsgroep van 50- tot 64-jarigen. In hun onderzoek zoeken ze naar een mogelijk verband van levenstevredenheid met het aantal rollen en met de frequentie waarmee deze rollen opgenomen worden. Ze focussen hierbij op vier activiteiten, namelijk betaalde arbeid, oppassen op kleinkinderen, informele zorg (sic) en vrijwilligerswerk.

De onderzoekers concluderen dat gezondheid en inkomen samenhangen met de ervaren levenstevredenheid, maar binnen de totale groep van 50-plussers vinden ze geen significante samenhang met het aantal rollen die men opneemt. Bij de beroepsactieve groep (50 tot 64 jaar) vinden ze wel een relatie. Één of meerdere rollen opnemen in combinatie met betaalde arbeid wordt eerder als een last ervaren. Ze vinden deze conclusie belangrijk in het vooruitzicht van een langere loopbaan in de toekomst omwille van de verhoging van de pensioenleeftijd.

Op het vlak van frequentie concluderen Vanderleyden en Heylen (2015) dat er een negatief verband is. Een hoge frequentie bij één rol, bijvoorbeeld informele zorg, zorgt voor een lage frequentie bij een andere rol, bijvoorbeeld kleinkinderen opvangen. Dit verband geldt volgens hen zowel voor de totale groep 50-plussers als voor de beroepsactieve groep.

Voor het beleid bevelen ze aandacht aan voor de balans tussen draagkracht en draaglast. "Als de overheid ouderen wil aanspreken op hun professionele en maatschappelijke inzet en tegelijk toezien op een goede levenskwaliteit, dan is ondersteuning bij het combineren van verschillende activiteiten of rollen een noodzaak." (Vanderleyden & Heylen, 29 april 2015).

Specifiek gericht naar mantelzorg merkt Leus op dat mantelzorg slechts mogelijk is mits professionele ondersteuning (Leus, 28 juli 2015). Hij noemt het een gezamenlijke uitdaging,

het is geen kwestie van óf familie óf professionals. Volgens de auteur is er echter ook nood aan een debat waarin ook solidariteit, rechtvaardigheid en grenzen aan de keuzevrijheid ter sprake komen. Hij stelt zich daarbij enkele vragen. Moet wie geen mantelzorg op wil nemen gesanctioneerd worden? En hoeveel inzet wordt er dan verwacht voordat ingegrepen wordt? De auteur geeft echter aan dat hij zelf ook geen antwoord heeft op deze vragen. Hierop aansluitend hebben ook andere auteurs ethische en kritische bedenkingen bij de vermaatschappelijking van de zorg.

Volgens Hansen (2013) is mantelzorg goedkoper voor de overheid dan formele hulpverlening. Maar hij meent dat de klemtoon op vermaatschappelijking een te grote last op de mantelzorgers dreigt te leggen. En hierbij plaatst hij enkele ethische bedenkingen:

- Is mantelzorg een plicht of een vrije keuze?
- Behoort mantelzorg tot de privésfeer of is het ook een zaak van de samenleving?
- Wie is en in hoeverre is men verantwoordelijk en aansprakelijk voor het verlenen van goede mantelzorg?
- Moet mantelzorg betaald of financieel gecompenseerd worden? (Hansen, 2013, p. 51))

In Nederland zijn er bij de participatiesamenleving ook moeilijke gevoelens, zo merkt Trapenburg op (2015). Volgens haar geldt dit zowel bij de zorgvragers als bij de zorggevers. Ze stelt de vraag of je nog mag weigeren om voor iemand te zorgen of om professionele hulp te verkiezen.

In hun onderzoek 'Anders ouder worden' deden de auteurs (Spruytte et al., 2013) een beleidsaanbeveling waarin ze pleitten voor een coherent beleidsplan voor informele zorg in Vlaanderen waarin ook aandacht is voor de samenwerking met de formele zorg. Via het onderzoek 'Duurzame mantelzorg in Vlaanderen' wilde het Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zich een beeld vormen bij vierduizend geregistreerde mantelzorgers (Bronselaer, J. et al., 2015) omtrent behoeften en verwachtingen. Alhoewel het eerder aangehaalde onderzoek naar mantelzorg uit 2003 door de onderzoekers opgesteld en gepresenteerd werd als een nulmeting die als basis kon dienen voor gelijkaardige vervolgmetingen om de vijf jaar (Lodewijckx & Jacobs, 2003) bouwt 'Duurzame mantelzorg in Vlaanderen' hierop niet verder. Daarnaast voerde Kind & Samenleving een kleinschaliger onderzoek uit bij jonge mantelzorgers (Lauwers, 2013). "Een stuurgroep, geadviseerd door experts, zal de beleidsaanbevelingen uit beide studies verwerken in een globaal mantelzorgplan dat focust op de maatschappelijke erkenning, waardering en ondersteuning van mantelzorgers, de positie van de mantelzorger binnen de zorg en de specifieke situatie van de jonge mantelzorger." (Vandeurzen, 2015). Op 23 juni 2016 is het de dag van de mantelzorg. Bij de editie vorig jaar beloofde Vlaams minister Vandeurzen om tegen de volgende editie een mantelzorgplan te kunnen voorstellen.

Spruytte et al. (2013) geven ook een beleidsaanbeveling voor de praktijk om meer samen te werken, zowel onderling als over de grenzen van verschillende organisaties heen. Ze benoemen het als een speerpunt om nieuwe constellaties te vormen in de eerstelijnszorg, waarvan ketenzorg en regionale netwerken slechts enkele voorbeelden zijn. Maar ze beschouwen de samenwerking ook als noodzakelijk voor participatie, om gedeelde besluitvorming en co-creatie mogelijk te maken. De gelijkwaardigheid van de betrokken partners (formele en informele zorgverleners, zorggebruikers, familie) vermelden ze hierbij als basisvoorwaarde (Spruytte et al., 2013). Het thema 'samenwerken' komt verder in deze bachelorproef aan bod.

3.4 Een toekomstplan in Nederland

Een werkgroep van zorg- en cliëntenorganisaties stelde in Nederland op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een toekomstagenda op voor informele zorg en de ondersteuning ervan (VWS, 2014). Één van de vier thema's waarvoor de werkgroep een oplossing wil zoeken is de samenwerking tussen informele en professionele zorg.

Hun uitgangspunt hierbij is kwaliteit van leven. Ze verantwoorden hun keuze door te stellen dat kwaliteit van leven door meer aspecten bepaald wordt dan enkel zorg. De mogelijkheden die cliënt, cliëntomgeving en professional kunnen bieden integraal bekijken duiden ze als belangrijk bij kwaliteit van leven. Maar daarbij benoemen ze ook de noodzaak om recht te doen aan de kwaliteit van leven van de informele zorg. Naast hun zorgrol vullen ze ook andere rollen in. De werkgroep beveelt daarom aan om vanaf het begin aandacht te schenken aan de samenwerking met en de begeleiding van mantelzorgers. Volgens hen vraagt het om een mentaliteitswijziging om informele zorg niet te zien als een verlengstuk van formele zorg omdat de inzet van informele zorg niet of nauwelijks gepland kan worden. Ze zien daarom ook een behoefte aan maatwerk en aan samenwerking. Binnen die samenwerking is de rol van de professional eerder coachend, faciliterend en verbindend. (VWS, 2014).

Kruijswijk en Peters (2013) werkten onder de noemer 'Welzijn Nieuwe Stijl' acht bakens uit voor zorg en ondersteuning:

1. Gericht op de vraag achter de vraag. Richt je samen met de cliënt op de werkelijke vraag in plaats van op het aanbod dat de vraag stuurt.
2. Gebaseerd op de eigen kracht van de burger. Ga eerst na wat de burger zelf kan (met hulp van de directe omgeving) en bepaal daarna of verdere ondersteuning nodig is.
3. Direct er op af. Benader ook mensen die niet om ondersteuning kunnen, durven of willen vragen.

4. Formeel en informeel in optimale verhouding. Zoek naar de ideale verhouding voor de toekomst tussen formele hulp (en afhankelijkheid daarvan) en ondersteuning vanuit het sociale netwerk van de burger.
5. Doordachte balans van collectief en individueel. Ga uit van het uitgangspunt dat zorg zo licht mogelijk aangeboden wordt (het stepped-care principe): doe collectief wat collectief kan, en bied individuele hulp als dit nodig is.
6. Integraal werken. Werk samen met de ketenpartners om tot een samenhangend en volledig pakket van ondersteuning te komen, waarin de regie duidelijk is geregeld.
7. Niet vrijblijvend, maar resultaatgericht. Definieer duidelijke doelen voor de korte en lange termijn en ga na hoe die te halen zijn.
8. Gebaseerd op ruimte voor de professional. Creëer ruimte voor de goed opgeleide professional om te werken en te handelen op grond van zijn of haar kennis, ervaring en vaardigheden.

3.5 Maatwerk en eigen regie

Bij zelfredzaamheid en de inzet van het eigen netwerk is eigen kracht een belangrijk uitgangspunt. In het verlengde van eigen kracht hebben mensen ook maatwerk nodig. Bureaucratie en afspraken tussen beleidsmakers en zorgaanbieders laten zich moeilijk rijmen met het maatwerk dat cliënten nodig hebben bij het organiseren van hun dagelijks leven en bij volwaardige participatie (van Houten, Kruijswijk & Peters, 2013).

Kruijswijk en Peters (2013) verwijzen bij zelfredzaamheid ook naar zelfregie. Zelfregie bestaat uit vier elementen: eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en contacten. Volgens de auteurs hoort empowerment bij zelfregie waarbij empowerment niet enkel gericht is op de cliënt, maar ook op de omgeving. Empowerment vraagt om interactie, er wordt ook iets van de omgeving of van de samenleving verwacht. De auteurs zien het als een taak van de professional om vanuit een visie van empowerment voortdurend zelfregie voor ogen te houden (Kruijswijk et al., 2013).

Ander onderzoek plaatst hierbij enkele kritische ethische bedenkingen. Stimuleren van de autonomie is niet de enige waarde waar zorgverleners en de samenleving belang aan hechten. Andere belangrijke waarden zijn onder andere medische normen volgen, de kwaliteit van de zorg en ook zorg dragen voor cliënten die geen of tijdelijk geen zelfregie kunnen voeren (van de Bovenkamp & Dwarsraad, 2015).

De branchevereniging van Nederlandse zorgondernemers linkt in een visietekst eigen regie en zelfredzaamheid aan beleid. Als in de toekomst, vooral in een context van langdurige zorg, kwaliteit van leven, eigen regie en zelfredzaamheid centraal staan, dan is er ook ruimte nodig om dit te realiseren. Maar beleidsbeslissingen lijken eerder naar beheersing en controle te streven. Een klemtoon op regels en systemen werkt contraproductief. Als de eerder genoemde begrippen centraal staan moet vertrouwen het uitgangspunt zijn en niet

voorspelbaarheid en maakbaarheid als ideaalbeeld. Als verantwoordelijkheden verschuiven van formeel naar informeel en van nationaal of regionaal naar lokaal, dan is er vraag naar maatwerk en zijn er kansen voor zowel professional als organisatie. Voorwaarde is wel om te accepteren dat nationale en regionale regelgeving niet alles kan aansturen en veiligstellen (Actiz, 2014).

3.6 Belang van informele zorg en van preventie

Joanna Geerts (Vanderleyden & Callens, 2012) vergeleek de verhouding tussen formele en informele zorg in negen Europese landen vanuit het feitelijk zorggebruik bij thuiswonende ouderen. Ze concludeert dat in Vlaanderen een hoog niveau van formele thuiszorg samengaat met een hoog niveau van informele zorg. Dit geldt volgens haar voor huishoudelijke hulp. Voor persoonsverzorging en verpleging wijzen haar bevindingen er op dat professionele hulp de informele zorg verdringt. Door de vergrijzing zal het een uitdaging zijn om voldoende zorgcapaciteit te genereren. Volgens de auteur is het nodig om informele zorgverleners te ondersteunen om de informele zorgcapaciteit te optimaliseren. Ze meent dat het een houvast is om de zorg met formele diensten te kunnen delen. Maar ze stelt ook vast dat in andere landen selectief gewerkt wordt. De formele zorg zet er meer in op zwaar zorgbehoevende en alleenstaande ouderen die niet of slechts beperkt op informele zorg kunnen terugvallen. In Vlaanderen is dit (nog) niet zo, maar ze besluit dat er meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit en de effecten van het huidige beleid (Vanderleyden & Callens, 2012).

Daartegenover stelt Verté (2015) dat in Vlaanderen zowel de behoefte als het aanbod aan zorg lokaal erg sterk verschillen. En dat lokale niveau is volgens de auteur ook belangrijk. Specifiek voor ouderen concludeert hij dat ze langer in hun buurt wonen, er meer tijd doorbrengen, er meer gehecht aan zijn en er zo lang mogelijk willen blijven wonen.

De vereniging van Vlaamse dienstencentra sluit hierop aan met een visietekst over buurtgerichte zorg (Bekaert, A., et al., 2016). Buurtgerichte zorg is een organisatiemodel voor het ondersteunings-, hulp- en zorgaanbod in Vlaanderen waarbij niet enkel op interventie, maar ook op preventie ingezet wordt. Via dit model wil men op lokaal niveau een betere samenwerking tussen informele en formele zorg bereiken om de toenemende zorgvraag op te vangen en kostenefficiënter te werken. De schrijvers van de tekst gaan niet dieper in op wat preventie in deze visietekst precies inhoudt.

Volgens Goris et al. (2007) gaat het bij preventie om initiatieven die doelbewust en systematisch een probleem voorkomen. De auteurs leggen uit dat het gaat om bewust een probleem te willen voorkomen (doelbewust) via een vooraf doordachte aanpak (systematisch). Om iets te kunnen voorkomen moet het ook duidelijk zijn waar je moet ingrijpen en daarvoor is een probleemanalyse nodig. Maar ze duiden hierbij ook op het belang van wenselijkheid. Preventie is wenselijk wanneer de acties geen neveneffect(en) hebben waardoor andere

problemen gecreëerd worden. Daarom definiëren ze vijf dimensies van wenselijke preventie die tegelijkertijd vervuld moeten zijn: radicaal, offensief, integraal, participatief en democratisch. De betekenis wordt kort uitgelegd in onderstaande tabel.

Radicaal	Zo dicht mogelijk bij de wortel, maar ook: steeds vroeger problemen voorkomen
Offensief	Uitbreiden van de keuzemogelijkheden om te groeien in emancipatie
Integraal	Balans tussen structuurgerichte acties (inwerken op structuren in brede zin) en persoonsgerichte acties (interne verandering in de persoon)
Participatief	Inspraak; mee praten, wegen en beslissen waarbij participatie zo rechtstreeks mogelijk verloopt
Democratisch	Niemand wordt uitgesloten; binnen een bepaalde doelgroep worden geen deelgroepen uitgesloten

Tabel 1 - Vijf dimensies van wenselijke preventie (vrij naar Goris et al., 2007)

Bekaert et al. (2016) benoemen samenwerking als de ruggengraat van buurtgerichte zorg. Volgens de auteurs moeten formele hulp- en zorgverleners niet enkel leren samenwerken met informele zorgverleners. Dit leerproces moet ook plaatsvinden binnen de eigen organisatie en over organisaties, sectoren en concurrentie heen. De rol van de professional zien ze vanuit een coachende basishouding. Maar de auteurs benoemen ook de nood aan structureel werken.

Cox, Pype en Vandervorst (2011-2014) vermelden dat het in hun interviews met hulpverleners opvalt dat er weinig over structureel werken gepraat wordt. Ze verduidelijken dat de dagelijkse realiteit van de hulpverlening zelden in verband gebracht wordt met wat er op beleidsniveau of in de samenleving gebeurt. Daarbij merken ze op dat de overheid hulpverlening mogelijk maakt en de grenzen daarvan bepaalt waarbij het maatschappelijk discours invloed heeft op welke investeringen wenselijk geacht worden. Door niet te kijken naar dit verband verdwijnt de signaleringsfunctie die volgens hen ook onderdeel is van kwaliteitsvolle hulpverlening. Daarnaast menen de auteurs dat er vooral waardegedreven gewerkt wordt, maar er wordt verder niet ingegaan in welke mate dit dan persoonlijke of gedeelde waarden zijn of zouden kunnen zijn.

Ook bij Trappenburg (2015) klinkt de roep naar hulpverleners die structureel willen werken en die niet enkel uitvoerder van het beleid willen zijn. De auteur hoopt dat de sociale professional vooral aangeeft wanneer het voorgenomen beleid in de praktijk in hun ogen verkeerd uitpakt. Ze hoopt dat sociale professionals niet teveel meegaan in het discours dat

burgers de zorg in hun eigen kring moeten regelen, maar dat ze hun eigen professionele ruimte blijven opeisen. (Trappenburg, 2015).

Weggeman (2016) vindt dat vakmensen naar eer en geweten hun vak kunnen uitoefenen als de manager hen daarin zo veel mogelijk vrij laat. Hij pleit voor het versterkt inzetten op zelfsturende teams. Het is een praktijk die in de Nederlandse thuiszorgsector al langer gangbaar is, zodat er ondertussen ook al uitgewerkte stappenplannen voor bestaan (Nijhof, 2013).

3.7 Samenwerken

De samenwerking met formele zorgverleners is een extra taak voor de mantelzorger en is in die zin vaak ook een extra belasting (Broese van Groenou, 2012). De auteur beveelt de professional aan om de mantelzorger te zien als een collega-deskundige, maar ook als een mogelijke zorgbehoevende. Er is volgens haar namelijk een risico op overbelasting, in het bijzonder bij langdurige mantelzorg.

Voor het werken met mantelzorgers van ouderen met een chronische zorgnood bestaat ondertussen een werkinstrument in Vlaanderen: Zicht op mantelzorg (De Koker & De Vos, 2013). Het is een leidraad voor hulpverleners om via een verdiepend gesprek zicht te krijgen op de situatie en op de noden van de mantelzorger. In vier rubrieken (zorgverlening; mantelzorger; relaties; omgeving) worden tevredenheid en belasting bevestigd en door de mantelzorger ingeschaald. Het doel is om de beleving van de situatie en de wens om hierin ondersteund te worden in kaart te brengen, waarbij overeengekomen aandachtspunten ook naar andere hulpverleners gerapporteerd kunnen worden (De Koker & De Vos, 2013).

In Nederland ontwikkelde het Kenniscentrum Mantelzorg het SOFA-model voor de samenwerking tussen formele en informele zorg. Het SOFA-model definieert vier rollen die een mantelzorger kan innemen ten opzichte van een professionele hulpverlener: Samenwerken, Ondersteunen, Faciliteren en Afstemmen (Expertisecentrum Mantelzorg, 2009).

- Samenwerken: de mantelzorger als partner in de zorg.
- Ondersteunen: de mantelzorger als hulpvrager wanneer de zorg als te zwaar ervaren wordt.
- Faciliteren: de mantelzorger heeft een persoonlijke relatie met de zorgvrager (partner, kind,...). De professional kan deze relatie faciliteren, bijvoorbeeld door gewoontes van familie en cliënt te respecteren.
- Afstemmen: de mantelzorger in een rol als expert in de zin dat de gewoontes, voorkeuren en wensen van de zorgvrager goed gekend zijn. Het is belangrijk hierop af te stemmen met de mantelzorger. Maar het verwijst ook naar afstemmen op de verschillende rollen van de mantelzorger.

Het is belangrijk om rekening te houden met de mogelijkheden, de beperkingen en de wensen van de mantelzorger. Anders is een uitbreiding van professionele thuiszorg niet noodzakelijk ook een vermindering van de zorgbelasting (Scheepmans et al., 2004). De auteurs besluiten uit interviews met mantelzorgers dat ze, ondanks het aanbod aan informatie, nood hebben aan informatie op maat omtrent verschillende diensten en mogelijkheden. De kenmerken van professionele hulp die mantelzorgers het meest naar waarde schatten zijn problemen oplossen, advies verlenen en tijdig doorverwijzen naar andere hulp. Maar het belangrijkste kenmerk is de houding van de hulpverlener.

De kwaliteit van de relatie tussen professional en hulpvrager is echter ook van belang. Naast houding, kennis en competenties vermelden Cox, Pype en Vandervorst (2011-2014) betrokkenheid, echtheid, respect en vertrouwen als elementen van wat een cliënt als kwaliteitsvol ervaart: "Elke geïnterviewde cliënt stelt geslaagde hulpverlening gelijk aan een hulpverlener waar men 'een klik' mee heeft, een hulpverlener die luistert, die respecteert, die niet veroordeelt maar hoop geeft." Ze vermelden dat de ondervraagde hulpverleners en beleidsmedewerkers menen dat kwaliteitsvolle hulpverlening nood heeft aan flexibiliteit en autonomie in de organisatiecultuur om met complexiteit en onvoorspelbaarheid om te kunnen gaan.

Qua organisatiecultuur vinden Hoijtink en Vandoorn (2011, geciteerd door Cox, Pype en Vandervorst, 2011-2014, p. 119) twee dimensies essentieel om een organisatie gezond en leefbaar te houden. Ten eerste is er nood aan samenwerkingsverbanden. Binnen een netwerk kan men werken voor de cliënt en tegelijkertijd nieuwe initiatieven ontwikkelen. Ten tweede is er nood aan interne dialoog waarbij ervoor gezorgd wordt om realistische eisen te stellen en om de draagkracht van medewerkers te bewaken. Maar om de eerste nood kwaliteitsvol te realiseren is er volgens Cox, Pype en Vandervorst (2011-2014) opnieuw een kijk nodig op het bredere verhaal en is er nood aan structureel werken, zoals hoger vermeld.

3.8 Ervaringsdeskundige

Onder de voorgaande hoofding werd de rol van de mantelzorger als expert van zijn eigen situatie aangestipt op basis van zijn of haar ervaring. Maar enkel ervaring hebben maakt iemand nog geen ervaringsdeskundige (Steyaert & Kwekkeboom, 2010).

De auteurs omschrijven een ervaringsdeskundige als iemand die de persoonlijke ervaringen als cliënt via scholing verwerkt heeft tot ervaringskennis. Het vraagt training en begeleiding om die ervaring in de hulpverlening in te zetten. Volgens Stam (2016) kan een ervaringsdeskundige een brugfunctie vervullen tussen cliënt en hulpverlener en kan hij de werkwijze van de hulpverlener verrijken.

4. Praktijkgedeelte

Inleiding

In dit praktijkgedeelte wordt eerst de onderzoeksopzet besproken. Na de bespreking van de onderzoeksmethode en de dataverzameling worden de resultaten gepresenteerd.

De resultaten worden weergegeven via een korte omschrijving. Representatieve citaten uit de interviews werden gebruikt om de omschrijving te ondersteunen of te verduidelijken.

De resultaten worden geïnterpreteerd in het onderdeel conclusies. In dit onderdeel worden de resultaten ook bekeken vanuit overeenkomsten of verschillen met de literatuurstudie in het theoretisch gedeelte. De aanbevelingen sluiten het praktijkgedeelte af.

4.1 Onderzoeksmethode

Omdat er binnen de context van deze bachelorproef gezocht werd naar ervaringen, belevingen of opvattingen van de respondenten werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek als onderzoeksvorm, meer bepaald voor een kwalitatief beschrijvende survey. De respondenten werden bevraagd via diepte-interviews. Deze open interviews waren face-to-face-gesprekken met open vragen. Om de sfeer van openheid en vertrouwelijkheid te bevorderen werden deze gesprekken in de natuurlijke omgeving van de respondenten gevoerd (hun werkplaats). Door expliciet te wijzen op de vertrouwelijkheid en de anonimiteit werd sociaal wenselijk antwoorden ook vermeden.

De onderzoekseenheden waren sectorverantwoordelijken en teamleiders in de gezinszorg. Bij hen werden de kenmerken ervaring, visie en beleving gemeten.

Er werd gekozen voor een selecte en doelgerichte steekproef van respondenten die als typerende gevallen gezien kunnen worden, namelijk sectorverantwoordelijken en teamleiders uit de diensten gezinszorg van Solidariteit voor het Gezin in Tienen en Hasselt. In dit onderzoek werden zeven respondenten bevraagd waarbij niet bij alle, maar bij de meeste topics het niveau van saturatie benaderd werd. De interviews werden afgenomen in de periode tussen 2 mei 2016 en 18 mei 2016.

4.2 Dataverzameling

Op basis van de literatuurstudie werd een topiclijst opgesteld. De dataverzameling gebeurde middels open vragen aan de hand van deze topiclijst. Enkel de openingsvraag bleef altijd ongewijzigd. Het gebruik van een topiclijst liet toe om een meer natuurlijk gesprek te voeren en om de topiclijst in de loop van de interviews aan te passen.

Vermits er met de respondenten een dag en een tijdstip voor het interview overeengekomen werd was er geen sprake van non-respons.

4.3 Resultaten

In dit onderdeel worden de resultaten weergegeven na de analyse van de interviews via open codering. De topics uit de topiclijst worden als leidraad gebruikt om de presentatie van de resultaten te ordenen.

4.3.1 Samenwerken met mantelzorgers

Meerdere respondenten vertellen dat de samenwerking tussen professional en mantelzorg-ger van veel verschillende factoren afhangt. De belangrijkste factoren die ze vermelden zijn de persoon van de cliënt, de mantelzorg-er en de professional, maar ook de situatie van de cliënt en de bereidheid van de professional om met een mantelzorg-er samen te werken.

“Bij sommigen loopt dat vlot en kunt ge goei afspraken maken. Bij andere mensen is dat moeilijker, gelijk mensen in het dagdagelijks leven zijn.” (R7)

“Dat gaat alle kanten uit, hé. Dat hangt van heel veel factoren af ook, hé. Euhm... van de mantelzorg-er zelf, van de situatie waarin een cliënt zit, als van de professionele hulpverlener die, ja... wel of niet daarvoor openstaat om met mantelzorg-ers samen te werken.” (R5)

Twee respondenten duiden op de kwaliteit van afspraken als een bepalende factor. Één ervan specificeert dat afspraken op taakniveau ook belangrijk zijn voor de mantelzorg-er.

“Zijn er geen goei afspraken, dan loopt het fout... maar gelijk nu, in een overleg, daar zitten ook ander mensen rond de tafel en afspraken worden op papier gezet... dus ik denk... op dat vlak hebben we vooruitgang gemaakt... communicatieschriftjes zijn goed voor praktische zaken...” (R2)

“Dan zit ik vooral te denken op het ontlastende, hé... waar, in welke taken... daarom ook dat ons schema van takenpakketten... een aantal jaren geleden is dat veranderd. En dat daarin wordt aangeduid en genoteerd tijdens het gesprek van: wie gaat dat doen, hé... Stel dat de mantelzorg-er zegt: dat is een taak die ik graag wil doen, wie zijn wij dan om dat af te pakken?” (R5)

Enkele respondenten benoemen ook de vroegere relatie tussen cliënt en mantelzorg-er en de verwachtingen ten opzichte van de gezinszorg als belangrijke factor.

“Of ge ziet situaties... daar zijn vroeger heel veel ruzies geweest, die mantelzorg-ers hebben hun handen van de situatie afgetrokken...” (R5)

“Mensen verwachten soms te veel. Sommige mantelzorg-ers verwachten teveel van professionele hulp, dat die echt alles kunnen overnemen... we kunnen veel, maar we kunnen nie alles.” (R7)

Een andere respondent wijst op de centrale rol van de mantelzorg-er in de samenwerking. En bij die centrale rol kunnen ook communicatiemiddelen een rol spelen.

“We stellen de cliënt centraal en als ge de mantelzorg-er niet betreft, dan kunt ge de cliënt ook niet centraal stellen. Als ge bijvoorbeeld een dementerende hebt, dan kunt ge al niet echt betrouwbare informatie krijgen van uw cliënt.” (R1)

“Nu... ik moet ook wel zeggen dat dat contact meer is sinds we mail hebben. De mantelzorg-er al eens mailen van hoe het loopt bij de ouders of bij de grootouders of eender wie... dus, ge hebt meer interactie dan vroeger, dat wel.” (R7)

Gevraagd naar de noden in die samenwerking benoemt een respondent daarbij de nood aan een centraal aanspreekpunt en ook de nood aan erkenning wordt genoemd.

“Ene persoon die alle contacten doet, hé. Er zijn verschillende mensen die contact hebben met de cliënt of de mantelzorger en dat is zeer verwarrend soms voor mensen...”

(R1)

“Ge moet vooral erkenning krijgen voor wat ge doet... in de zorgsector zeker.” (R5)

Zowel in de samenwerking met mantelzorgers als in de samenwerking met collega's en andere organisaties wordt de behoefte aan erkenning vermeld als belangrijk element voor een succesvolle samenwerking.

Één respondent benoemt inspraak als een vorm van erkenning op voorwaarde dat er feedback aan gekoppeld is.

“Zonder feedback ga je het alleen merken als het gerealiseerd wordt. Het kan zijn dat daar achter de schermen van alles mee gedaan wordt, maar als ge dat dan nie tastbaar hebt en geen feedback over hebt, ja, dan weet ge het niet.” (R5)

Enkele respondenten geven aan dat er ook nood is aan realistische verwachtingen van wat gezinszorg is en kan. Dit werd eerder in de tekst al vermeld als een belangrijke factor in de samenwerking, maar de respondent verduidelijkt dat onrealistische verwachtingen ook een valkuil kunnen zijn in de zin dat de hulp dan stopgezet wordt.

“... die dan teleurgesteld zijn, met alle gevolgen vandien. Die zetten de hulp dan stop bij ons en die gaan dan shoppen en die hopen dat ze ergens...” (R7)

Andere valkuilen die genoemd worden zijn de werkdruk, ervaringen met andere cliënten en de persoonlijke visie van de professional. Een respondent ziet ook de beperkte rol van een mantelzorger als mogelijke valkuil omdat het meer verantwoordelijkheid legt bij de professional.

“De werkdruk is dikwijls een belemmering voor veel hulpverleners of dat er veel andere zaken zijn waardoor ze veel minder nauw kunnen samenwerken met mantelzorgers. Euhm... en ook heel vaak ervaringen met andere cliënten of ja... hun eigen visie, hé.”

(R5)

“We worden geconfronteerd met een aantal cliënten waar de rol van de mantelzorger, als die er is, ook heel beperkt is... Waardoor ge als professionelen wel in die positie komt te staan dat ge zeer verantwoordelijk zijt voor die cliënt... Bijna alleen verantwoordelijk zijt voor die cliënt...” (R4)

4.3.2 Flexibiliteit en vernieuwing van de zorg

Vernieuwing in de zorg verwijst naar flexibiliteit en continuïteit als elementen van een vraaggestuurd model. Zo kunnen hulpvragen ook 's avonds, 's nachts en in het weekend beantwoord worden. Flexibiliteit houdt in deze context ook in dat verzorgenden bij meerdere cliënten gedurende kortere tijdsperiodes aanwezig zijn.

In de flexibiliteit die samenhangt met een nieuwe manier van werken in de zorg geven enkele respondenten aan dat dit ook meer mogelijkheden biedt en dat het de jobinhoud van een verzorgende interessanter kan maken.

“Flexibiliteit biedt mogelijkheden naar... meer continue zorg of naar meer doelgroepen toe kunnen werken... hé... allez, bijvoorbeeld... in een jong gezin met een kind met een beperking is thuiskomen van school, van werk... dat is 's avonds een piekmoment, hé...” (R4)

“Ge hebt er meer en meer die zeggen: ja, ik wil dat eigenlijk wel doen omdat... het poetsen valt weg, ze gaan echt als verzorgende werken, dus da's tof. Maar ze moeten bereid zijn om 's avonds te werken, in het weekend...” (R7)

Een respondent merkt op dat de inhoud van de job niet voor iedereen een motivatie hoeft te zijn. Sommigen kiezen voor een één-op-éénrelatie waarbij ze een bepaalde tijd bij een bepaalde cliënt kunnen zijn. Daarbij wordt ook verwezen naar de rol van het onderwijs om verzorgenden voor te bereiden op de toekomstige realiteit in het werkveld.

“We hebben mensen die louter in dat systeem werken en die dat wel een meerwaarde vinden, ja... maar anderen... velen zien flexibiliteit als... euhm... 's avonds en in het weekend werken... maar dat ze dan niet meer moeten poetsen, dat ze echt zorg kunnen gaan verlenen... zo zien zij dat niet...” (R6)

“Ge kunt hen dat niet kwalijk nemen... ik ben vorig jaar in een school gaan kijken waar ze verzorgenden opleiden... en voor hen was dat iets helemaal nieuw. Als ge als 16-, 17-jarige meekrijgt dat ge mooi werkt van maandag tot vrijdag tussen 8 en 5... maximum 2 uur poetsen, ge moet 2 uur andere taken doen... dan zit ge vast. Het onderwijs is nog niet mee op de realiteit wat zich nu aan het aandienen is.” (R6)

Enkele respondenten verbinden een vorm van vergoeding aan flexibiliteit. Daarbij kan het volgens hen gaan om geldelijke verloning of om een vergoeding in beschikbare vrije tijd op een andere moment. Er wordt ook gewezen op verschillen en overeenkomsten met de residentiële sector op het vlak van verloning en van verplaatsing.

“We denken ook nog nie op die manier van: ah ja, dat kunnen werkdagen zijn en we pakken dat ergens anders terug of zo. Ja, ik denk dat daar... die flexibiliteit, als mensen dat zouden willen... dat dat mogelijk moet zijn en dat vind ik op zich dan wel vergoeding.” (R5)

“Maar ik vind dat daar geldelijk ook iets tegenover mag staan. En dan krijg ik ook dikwijls de reactie van: ja maar, ja... als we toch onregelmatig moeten werken, dan kunnen we in het ziekenhuis of het rusthuis gaan en daar krijgt ge veel meer. Betaald dan, hé...” (R7)

“Mensen beseffen dat we heel sterk richting een residentiële flexibiliteit aan 't gaan zijn. En wat is dan een ander puntje: mensen in de residentiële sector krijgen hun overuren goed uitbetaald.. hier is da nog in recup omdat ze nog onvoldoende overuren doen...”

ja, dat zijn allemaal dingen euhm... die ook niet helemaal gelijklopend zijn. Plus... in een ziekenhuis of een rusthuis... ge hoeft u ook maar ene keer te verplaatsen, hé..." (R6)

Dezelfde respondent wijst als valkuil om mensen aan te trekken in de gezinszorg ook op de invloed van stages in het onderwijs die de residentiële werkvorm aantrekkelijker maken.

"... als die in een residentiële setting gaan stage doen, dan moeten die stage doen ook vroege en late, hé... en daar mogen ze heel veel doen, hé... ze mogen mensen hun toilet geven, hun in bad doen, incontinentiematerieel vervangen, kleren aandoen... en wat zien ze in de thuiszorg? ... 2 uurkes poetsen en dan nog een beetje koken en een boodschap doen... en een bejaarde die nie content is omdat gij maar 2 uur poetst... als gij 17, 18 jaar zijt... waarvoor kiest ge dan?... da's nu heel zwart-wit, maar zo zien zij het ook, hé..." (R6)

Één respondent wijst hierbij ook op de persoonlijke levenssfeer van de verzorgenden als mogelijke valkuil.

"Valkuilen zie ik eerder als... Ge vraagt wel wat van mensen... en ge moet dat in goei systemen gieten... want ge vraagt flexibel werken, hé, van mensen die ook een gezin hebben, hé..." (R4)

Flexibiliteit kan volgens een respondent niet enkel van de professionelen verwacht worden, maar ook van cliënt en mantelzorger.

"Maar ik verwacht dan ook wel wat flexibiliteit van de mantelzorgers en van de cliënt. Omdat nu krijgt ge heel vaak ook de opmerking van: we krijgen allemaal verschillende mensen, maar dat kan ook niet anders." (R7)

Over zelfsturende teams in de context van flexibiliteit en zorgvernieuwing denkt een respondent dat deze manier van werken in de praktijk bij mensen thuis al toegepast wordt. Het kan een meerwaarde zijn als communicatie mogelijk is en als teamleden weten wat ze van elkaar kunnen verwachten.

"Ik denk dat veel teams onbewust al voor een stuk zelfsturend zijn. en dat heel veel mensen al heel goed samenwerken in thuissituaties, zonder dat dat opgemerkt wordt." (R5)

"Ik denk dat dat op zich goed is, dat dat zeker een meerwaarde kan hebben als... euhm... als er voldoende communicatie en communicatiemiddelen zijn. En er moet voldoende... dat vind ik een belangrijke, dat mensen elkaar effectief kennen ... dat die heel goed op de hoogte zijn van elkaars zwaktes en sterktes en goed weten... OK, dat kan ik bij die vragen en dat bij die en dat is zus en zo en dan kan dat goed werken." (R5)

Andere respondenten denken bij zelfsturende teams aan de persoonlijke attitudes van de teamleden en aan het werkkader waarbinnen zo een team kan functioneren.

"... ja, toch een beetje organisatorisch talent. Dat ze geëngageerd zijn ook daarin. Gelijk met feestdagen en vakantie, niemand werkt graag met die dagen... degenen die het

doen moeten ook wel bereid zijn om te werken op minder fijne dagen en dan moet er ook een goeie samenwerking kunnen zijn, dat het ook niet altijd dezelfde zijn. Verantwoordelijkheidszin, hé, dat is ook heel belangrijk.” (R7)

“Ge moet mensen ook richtlijnen geven, werkinstrumenten geven en dan weten ze wel hoe ver het kan gaan.” (R1)

4.3.3 Beroep doen op de expertise van de professional

Expertise werd bevraagd vanuit twee invalshoeken. Enerzijds zoeken mantelzorgers vaak informatie op maat. Anderzijds zijn advies verlenen en tijdig doorverwijzen twee kenmerken die mantelzorgers naar waarde schatten bij professionele hulp (Scheepmans et al., 2004). Uit de analyse blijkt dat informatie volgens respondenten zowel bij hen als bij andere hulpverleners of diensten gezocht wordt.

“Dat gebeurt... dat ze informeren: doen jullie dit of die taak... en soms vragen ze er expliciet om: doen jullie die of die taak, want ik doe daar niks mee.” (R5)

“Mensen leggen niet direct de link naar een mutualiteit, naar een dienst voor thuiszorg... het is zo dat die informatie pas begint op te vallen als ge die effectief ook nodig hebt. Het is zoals met reclamebladen...” (R6)

“Ik denk dat de meeste mensen zich altijd nog gaan wenden tot een arts of tot de mutualiteit voor meer informatie over praktische zaken. Of de thuisverpleging voor meer directe informatie en niet rechtstreeks naar ons. Soms vragen ze ook aan de verzorgende iets, maar het komt minder voor.” (R7)

Een respondent vertelt dat noden niet altijd uitgesproken worden. Om advies te verlenen wordt de persoon van de professional en de professionele relatie belangrijk. Andere respondenten vertellen dat er meegedacht wordt, dat er een mening gegeven wordt of dat er andere meningen via een overleg bij betrokken worden. Ze verduidelijken ook dat er doorverwezen wordt omdat ze binnen de grens van hun werkkader moeten blijven.

“...dat aangeven aan een professional, hé, van... dit is het, zo zie ik het... da's al niet altijd simpel, hé... ik ga ervan uit dat in de meeste situaties... dat dat aangevoeld moet worden... ik geloof niet, dat... zeker de generatie ouderen nu, dat... die praten niet zo gemakkelijk over dat soort zaken... ge moet wel een verzorgende hebben die daar kan mee omgaan, die dat... euhm... er uit kan krijgen op de één of andere manier.” (R4)

“Ik denk wel mee en ik probeer die zo goed mogelijk door te verwijzen. Maar ik geef altijd ook wel aan dat wij... allez... of dat ik zeker niet de oplossingen ga kunnen bieden omdat ik een heel aantal dingen niet kan of mag opnemen. Ge hebt een beperking altijd van het werk of het kader waarin dat ge werkt en daar moet ge u ook een beetje aan houden.” (R5)

“Ge kunt alleen maar uw mening geven, hé. Wat ge dan wel kunt doen is een zorgcoördinator vragen, hé, die dan toch ook andere mensen er in betreft... een huisarts, of

een kinesist of een verpleegkundige die daar komt... dat ieders mening eens wordt gehoord en misschien kunnen die allen samen wel overtuigend genoeg zijn..." (R1)

Enkele respondenten kunnen zich de nood aan een meer generalistische hulpverlener voorstellen, maar benoemen ook de moeilijkheid om dit te bereiken omwille van de complexiteit en van de mogelijke werklust.

"Ja, misschien wel... iedereen wordt specialist in zijn beperkt terreintje, hé... en dat heeft ook z'n voordelen... in de dokterswereld zeker... in de thuiszorg ook wel, maar... alle... 't is triestig dat er 77 mensen rond iemand zijn bed moeten komen, hé... in een overleg... hoeveel mensen zitten daar rond de tafel? En allemaal voor diezelfde cliënt, hé..." (R2)

"Het zou ideaal zijn, hé... iemand die van alles iets afweet... maar er is zoveel euhm... het is zo breed... kijk, een zorgcoach zou iemand zijn die daar in de buurt komt... dat is degene die wel weet, kijk... wat gij nodig hebt om thuis te kunnen blijven is dat, dat en dat... maar die op zijn beurt ook wel gaat moeten doorgeven van regel dit, regel dat, hé euhm... ge gaat dat ook moeten vragen, hé..." (R1)

"In het begin... één gezicht dat hen toeleidt naar de juiste diensten. Maar altijd... euhm... ge gaat dat niet kunnen blijven doen want ge krijgt nieuwe dossiers, maar ge gaat zorgen voor een warme overdracht... aan andere collega's... op die manier..." (R6)

4.3.4 Zorg op maat

Bij zorg op maat werd bevestigd wat volgens de respondenten zorg op maat is, wie bepaalt wat zorg op maat inhoudt en hoe zorg op maat gerealiseerd kan worden. Bij dit laatste aspect werd ook gevraagd naar noden en valkuilen.

De meeste respondenten zeggen dat de cliënt en de mantelzorger, als die er is, een centrale rol hebben bij het bepalen van wat zorg op maat is. Ook de professional, die rekening moet houden met wat mogelijk is in de praktijk, speelt hierin volgens enkelen een rol. Één respondent breidt het uit naar de verzorgende en benoemt daarbij dat het belangrijk is om overbelasting te voorkomen. Een andere respondent vertelt dat vooral iemands kinderen als mantelzorger veel bepalen en dat het soms mis loopt omdat de ouder niet meer wil.

"Ik zie de zorg op maat als een samenspel tussen de cliënt, de omgeving van de cliënt en de professionelen. Het is niet: ja, maar, ik wil dat, dat en dat en jullie moeten dat maar geven. Dat is echt gaan kijken van wie kan wat en wat zijn de grenzen nu ook eenmaal van iedereen." (R5)

"...en ook op maat van de verzorgende. Wij kunnen dat regelen, maar zij moeten dat ook nog wel gedaan krijgen. En zij mogen ook niet overbelast raken, en dat wordt wel dikwijls vergeten en ik vind dat wel heel belangrijk." (R7)

"...zeker als het gaat om kinderen, die spelen daar een heel bepalende rol in. Het zijn vaak ook de kinderen die bepalen van de hulp welke hulp noodzakelijk is... de kinderen bepalen veel en uiteindelijk gaat die cliënt daar ook mee akkoord gaan. Maar soms

loopt het ook mis... dan zien we dat iemand zorgweigeraar wordt en... euhm... dan stopt de hulp... ondanks de goede bedoelingen van de kinderen..." (R6)

Enkele andere respondenten spreken er over dat de cliënt de hulp ook moet willen. Één respondent spreekt over het beschikkingsrecht van de cliënt en bekijkt zorg op maat ook als onderhandelde zorg.

"Op sommige momenten wordt er nog beslist over het hoofd van die cliënt... iedereen probeert dat ook wel van: dat is het beste... maar soms wil die cliënt dat niet en dan is dat helemaal niet zorg op maat..." (R2)

"Ik denk dat degene die contact met de cliënt heeft zich wel een beeld vormt van... wat zou de cliënt nodig kunnen hebben, maar... het is nog altijd onderhandelde zorg, hé... als ik zeg: gij hebt verpleging nodig, maar gij wilt dat niet... de cliënt heeft nog altijd beschikkingsrecht hé. Als die iets niet wil kunt ge als hulpverlener niet meer doen dan dat aanvaarden hé..." (R1)

De realisatie van zorg op maat ligt deels in de samenwerking met andere organisaties en deels in een andere manier van omgaan met de eigen beschikbare mogelijkheden. Respondenten geven aan dat het een ingewikkeld proces is waarbij ook aanbodgestuurd gewerkt wordt omdat capaciteit en vraag verschillen.

"Ik denk dat we dat sowieso ook al doen, hé. We werken samen met heel wat andere diensten. Andere diensten verpleging, andere diensten gezinszorg, andere diensten poetshulp, warme maaltijden, kiné ... ik denk dat dat ook de enige manier is om... om naar de toekomst toe te gaan, is... is euhm... het zijn geen concurrenten, hé, het zijn op zich allemaal collega's." (R5)

"Met een equipe en met meer aanvragen, gaat ge altijd een beetje aanbodgestuurd moeten werken... allez, ge weet ook dat ge ze niet allemaal gaat kunnen helpen, dus ge gaat dan zelf gaan kijken van... wie kan, wie kan niet... wie kunnen we doorschuiven naar zorggarantie... allez, dan weet ge, die zullen wel geholpen worden op een ander..." (R6)

"Ge gaat proberen een puzzel in elkaar te steken, hé...heel intensief, hé, want ge hebt zoveel factoren die kunnen mislopen..." (R7)

"Ik denk met wat we als organisatie in huis hebben... dat we veel kunnen opvangen, maar dat we geen 100% garanties kunnen geven... Als ik met een zieke verzorgende zit kan ik garanderen dat daar vervanging komt... maar... daar zit tijd tussen... Ik heb geen back-upsysteem..." (R4)

Deze manier van werken vraagt vereist meer overleg en goede onderlinge afspraken volgens een respondent. En volgens een andere respondent zijn er ook mantelzorgers die verwachten dat de professional uit de gezinszorg het zelf regelt.

“Er zijn veel meer spelers, hé... dus ja, er is ook meer nood aan overleg... iedereen die mee betrokken is wil ook zijn zegske hebben, hé... is dat beter, is dat niet beter... dat hangt ook van de gemaakte afspraken af, hé...” (R2)

“Andere mantelzorgers zien dat van... jullie zijn een dienst voor gezinszorg... Soms wordt dat ook letterlijk zo gebracht... gij biedt thuiszorg aan, regel het en zorg dat het in orde is...” (R4)

De kortere ziekenhuisverblijven worden door één respondent benoemd als een belemmering bij zorg op maat.

“De opnames in het ziekenhuis worden korter, hé... ge krijgt een ingreep en de behandeling loopt verder thuis door de thuisverpleging... maar ja... gezinshulp, dat is nie van vandaag op morgen opgestart.” (R6)

4.3.5 Vraag en aanbod

Meerdere respondenten zeggen dat ze zelf geen oplossing hebben voor het spanningsveld tussen toenemende zorgvraag en gelijkblijvend of dalend zorgaanbod. Enkelen zien een oplossing in taakuitzuivering. Het principe van taakuitzuivering in de gezinszorg is dat poetstaken verschoven worden naar huishoudhulp via dienstencheques. Hierdoor kan in meerdere en kleinere tijdsblokken gezinszorg verleend worden.

“We zijn daar al langer mee bezig zodat ge met één verzorgende meer cliënten eventueel kunt helpen op een dag.” (R1)

Één respondent wijst bij dit soort hulp op de noodzaak van meer informele of residentiële zorg om psychosociale ondersteuning te bieden of om eenzaamheid tegen te gaan.

“Ge zoudt meer vrijwilligers moeten kunnen inschakelen. De flexibele hulp, hé, in kleinere blokken, is volgens mij al een deel van de oplossing. Maar dan heb ik het wel over noodzakelijke hulp, hé. Dan heb ik het nog niet over psychosociale ondersteuning, eenzaamheidsproblematiek... want daarop inspelen kunt ge alleen met een mantelzorger of een vrijwilliger die voldoende bij die persoon kan aanwezig zijn... of met dagcentra...” (R7)

4.3.6 Coachen

Coachend optreden wordt in de literatuur genoemd als een basishouding van de professional in de samenwerking met mantelzorgers. De bedoelde samenwerking betreft dan zowel maatwerk als buurtgerichte zorg (VWS, 2014) (Bekaert et al., 2016).

Coachen wordt belangrijk gevonden als houdingsaspect en als vaardigheid voor de professional, zowel naar een cliënt(systeem) als naar andere zorgprofielen.

“... maar ook voor de cliënt ... en de mantelzorger... want dat is niet evident... met hulp die moet georkestreerd worden en ge weet nie hoe dat ge daaraan moet beginnen...” (R6)

“Ik denk dat dat meer en meer belangrijk gaat worden... zeker naar zorgprofielen voor de thuiszorg, want alles komt naar de thuiszorg... en psychiatrische patiënten die ambulante begeleid worden zijn sowieso een uitdaging... dat is zo een specifieke doelgroep dat, ja... dat ge daar echt ook wel moet in begeleid worden... die kunt ge niet benaderen zoals ge een bejaarde benadert...” (R6)

Één respondent breidt dit uit met een aspect van vorming en ontwikkeling.

“Er zijn een aantal ziektebeelden waarvan ge zegt... ja, OK, hier moet knowhow zijn. Maar door middel van intervisie kunt ge huishoudhulpen perfect coachen om om te gaan met zo een situatie... Hé, bijvoorbeeld, dementerend persoon X is dementerend persoon Y niet, hé... cliënt Y met wegloupedrag, met agressief gedrag... OK, dat is iets anders... maar je hebt andere mensen dementerend waar ge zegt: kijk, hier kan een huishoudhulp even goed staan... maar het is wel belangrijk om die mensen te coachen... dat ge niet zegt van: ga maar en trek uw plan, hé...” (R4)

Een andere respondent bekijkt coachen als zich een overzicht verschaffen om advies te kunnen geven in complexere zorgsituaties.

“Coach...ja... bijvoorbeeld een zorgcoach kan, als die verschillende partijen gehoord heeft... een bepaalde richting uitgaan... en die kan zeggen: dat of dat is beter... maar ge moogt uwe wil niet opdringen, hé...” (R2)

4.3.7 Beleid

Sommige respondenten geven aan wat ze als een mogelijke valkuil zien binnen de bestaande beleidskeuzes en beleidsprincipes. Het gaat dan concreet om vermaatschappelijking van de zorg; de professional als regisseur in een concept van ketenzorg; de ervaren stress bij vraaggestuurd werken; de mogelijke invloed van de verhoging van de pensioenleeftijd op gewenning aan zorg en tenslotte de continuïteit van de zorg.

“Die grote rol voor informele zorg... euhm... dat is een besparingsmaatregel, ja... maar ge kunt niemand dwingen tot mantelzorg... da's altijd een vrije keuze, hé...het is niet omdat ge een moeder hebt dat ge verplicht zijt om voor die te gaan zorgen, hé.” (R1)

“De professional kan regisseur zijn... maar tot op zekere hoogte...maar als er zich op die moment iets voordoet... ik denk heel persoonlijk dat de professional regisseur kan zijn in dat verhaal als ge iemand hebt waarop ge altijd kunt rekenen... alleen die taak: zit ik in nood, dan kan die er zijn... maar als ge zo niemand hebt...” (R2)

“Er bestaat nooit voor alles een standaardprocedure. En dikwijls is het dan wat aanpassen, van... hoe kunnen we het wel doen, dat het werkt. Dat is individueel te bekijken en dat is niet gemakkelijk, dat is wel stresserend, ja...” (R7)

“We gaan ook allemaal langer werken, hé... en vroeger bleven vrouwen al eens thuis... als de ouders dan zorg nodig hadden, hé... in het begin was dat dan nog maar een beetje zorg, hé en ja... ze groeiden daar ook geleidelijk in... en nu... als er een beetje zorg nodig is, wordt de thuiszorg ingeschakeld... en we moeten langer werken... en dan

op een bepaald ogenblik komt ge voor iets zwaar te staan en dan is het... ik weet niet hoe ik er aan moet beginnen... ik kan dat heel goed begrijpen, hoor... en dan gaan ze kijken naar professionelen, hé... En als ne leek die niet weet van: pff, hoe ga ik hier aan beginnen... dan denkt: zeg... ze hebben hun heel leven ervoor betaald, als de maatschappij nu maar voor hen zorgt, hé..." (R2)

"Dat is heel mooi gezegd: continuïteit verzekeren... als er geen omkadering is, hé... gij kunt zeggen: van dat uur tot dat uur komt die, van dat uur tot dat uur komt die... maar er kan zich altijd iets voordoen, hé... die er naartoe gaat, wordt ziek of krijgt iets anders voor... ja... nee, er is niet altijd... ge kunt ons niet verantwoordelijk stellen als er eens geen hulp is... ge doet al het mogelijke, hé, maar..." (R3)

Één respondent ziet ook mogelijkheden in de beleidskeuze om het urencontingent te laten dalen en denkt daarbij ook aan de kwaliteit van de zorg.

"Die beperking van uren euhm... Ik zie ook wel een positief verhaal... als nu een aanvraag binnenkomt, is meer de reflex van... moet daar gezinszorg ingezet worden... allez, de combinatie met vrijwilligers, met verpleging, met dagopvang, met dienstencheques, hé... we moeten gewoon die middelen effectief inzetten... vroeger was het zo... ieder in zijn hokje, hé... maar wie zegt dat ge met die combinatie minder goeie zorg verleent?" (R4)

4.3.8 Aanbevelingen

De meeste respondenten bevelen aan om meer aandacht te besteden aan communicatie en wat ze daaronder verstaan wordt ook verduidelijkt. Bij enkelen gaat het om de duidelijkheid van de communicatie. Het gaat concreet zowel om duidelijkheid bij veranderingen binnen de werkcontext, als om de maatschappelijke beeldvorming omtrent gezinszorg.

"Maar dat is moeilijk om een boodschap te brengen als ge zelf ook nog niet weet waar naartoe. Dan is het moeilijk om te zeggen: we gaan veranderen, maar we weten het nog niet goed. Omdat mensen heel bang zijn van verandering en als ge dan nog niet weet naar waar ge gaat veranderen, is het nog moeilijker. Ik denk dat duidelijkheid daarin heel belangrijk is." (R5)

"Dat moet misschien duidelijk gecommuniceerd worden, vooral naar de omgeving van mensen toe... ook duidelijke communicatie over: wie is wat? Wat is een verzorgende? Wat is een huishoudhulp?... misschien dat daar ook een duidelijker onderscheid in ingemaakt kan worden vanuit het beleid... en vooral ja, realistische mogelijkheden, want de reclame is altijd schoon: zo lang mogelijk thuis blijven, hé, volledig omringd, hé, maar... het moet duidelijk zijn van kijk, wij doen ons best, maar we kunnen geen wonderen verrichten." (R7)

Een respondent verduidelijkt communicatie als dialoog om werkflexibiliteit vast te stellen.

"...ik denk vooral wel dat er meer in dialoog gegaan moet worden. Wat gaat nodig zijn naar toekomst toe en wat kan jij, wat wil jij... aan ieder individueel, hé en wie kan wat investeren?" (R5)

Maar bij communicatie gaat het volgens een respondent ook om informatie beschikbaar stellen en bereikbaar maken. De respondent kijkt daarbij naar het lokale bestuursniveau. Een andere respondent verwacht dat in de toekomst de toegang tot informatie eerder via digitale weg gezocht zal worden. Maar er wordt verduidelijkt dat de huidige generatie mantelzorgers op een andere manier naar informatie zoeken.

“Ik denk dat er per gemeente een centraal punt moet zijn waar ge alle informatie vindt, dat de mensen niet op verschillende plaatsen moeten gaan en vragen... gelijk het sociaal huis... maar dan uitgebreider...” (R2)

“Over 10 jaar zit ge meer met een generatie die met internet opgegroeid zijn enzovoort... als ge dan met links werkt gaan die mensen heel snel euhm... geïnformeerd geraken.” (R6)

“Ge moet gewoon drempelverlagend werken.. zeker de generatie die nu mantelzorgers zijn, hé... vijftigers, zestigers... die vinden het nog gemakkelijker om naar iemand te bellen om info te krijgen... maar die ook nog graag persoonlijk willen geïnformeerd worden en die ook nie met 75 verschillende mensen gaan bellen...” (R6)

Bij communicatie speelt luisteren ook een rol. Op beleidsniveau maakt één respondent de aanbeveling om te luisteren naar wat er leeft in de praktijk.

“Ik vind dat beide richtingen werken: zowel top down als bottom-up. Ik vind dat er veel meer zou moeten geluisterd worden in plaats van gesproken... euhm... op beide niveaus dan, vooral dat. Euhm... en dan bedoel ik op beleidsniveau: die luisteren... wat leeft er bottom-up? En de mensen die in het werkveld staan, zien die dat allemaal wel zitten wat wij bedenken? En die hebben de ervaring, hé, en dan bedoel ik zowel cliënten, als mantelzorgers, als hulpverleners... euhm... En anderzijds, top-down... er moet ook geluisterd worden: wat is er nodig in dat beleid? Want ge zit nu eenmaal met een aantal financiële consequenties... en ook de sociale sector moet kunnen overleven... die luisterbereidheid, dat is uw middelpunt, dat is er nodig.” (R5)

Enkele respondenten maken aanbevelingen omtrent werkdruk. Hierbij gaat het zowel om werkingsmiddelen als om administratieve procedures.

“De werkdruk ligt heel hoog al, ik zou gewoon meer subsidiëring willen... want dat is de grote beperking, hé, die financiering...” (R1)

“We zijn heel erg geëvolueerd naar een sector met administratieve processen... ik ben maatschappelijk werker en eigenlijk is het die cliënt die centraal zou moeten staan en zou ik niet bezig moeten zijn met het feit van: ik moet dat lijstje nog maken en dat moet ik nog inputten en dat moet nog gebeuren... ik weet dat het nodig is maar het moet niet overheersend worden...” (R6)

De vraag om meer middelen gaat niet enkel over werkdruk, maar heeft volgens een respondent ook invloed op de beeldvorming.

“Door die beperkte uren kunnen we soms dingen niet... en een andere met meer uren kan dat dan wel... allez, dat schept dan een verkeerd beeld, zo van... die willen dat niet... alleszins... is dat niet fair... is dat een fout beeld dat ge de wereld in helpt van hulpverlening...” (R4)

Tenslotte bevelen enkele respondenten aan om na te denken over een andere organisatie van de gezinszorg. Daarbij wordt er zowel gedacht aan meer reactiviteit en aan een mogelijke alternatieve financiering van zo een systeem, als aan het omdenken bij de taakverdeling.

“Ik denk een beetje zoals bij de thuisverpleging, dat gaat heel snel... ge belt vandaag en morgen staat daar een verpleegkundige... dat je ook meer flexibel zou moeten kunnen gaan werken met uw verzorgenden en dat er een soort ... andere bron van financiering zou moeten zijn... of dat realistisch weet ik niet, hé... ik ben niet degene die de centen gaat moeten verdelen, maar... ik denk dat dat dan vlotter gaat verlopen...” (R6)

“Dat hokjesdenken, hé... Van wie doet wat en wie mag wat... van daar uit te kunnen komen... dat is gene simpele, maar dat zou de zaken vergemakkelijken... we zitten vaak te wroeten met handelingen die een verpleegkundige mag doen maar een verzorgende niet...” (R4)

4.4 Conclusies en aanbevelingen

4.4.1 Conclusies

Dit onderdeel start met de herhaling van de onderzoeksvraag en van de bijhorende deelvragen. Met deze vragen als vertrekpunt worden daarna conclusies getrokken en aanbevelingen gegeven voor het beleid, voor de praktijk en voor verder onderzoek.

De onderzoeksvraag en de deelvragen luiden:

Wat kunnen elementen zijn in een beleid voor de samenwerking tussen professionelen in de gezinszorg en mantelzorgers vanuit de visie en de ervaring van sectorverantwoordelijken en teamleiders bij Solidariteit voor het Gezin in de afdelingen Tienen en Hasselt?

Welke elementen kunnen vanuit hun visie en hun ervaring ondersteunend of belemmerend zijn in de samenwerking?

Welke mogelijkheden zien ze? Welke valkuilen zien of ervaren ze?

Welke behoeften zien of ervaren ze om succesvol samen te werken?

Welke aanbevelingen hebben ze op beleidsniveau of voor de praktijk?

In hetgeen volgt wordt gekeken naar elementen die deel uit kunnen maken van een beleid in de zin dat er op beleidsniveau invloed op uitgeoefend kan of zou kunnen worden. Voor deze elementen wordt ook gekeken naar de invloed die ze hebben of zouden kunnen hebben op de samenwerking tussen professionelen in de gezinszorg en mantelzorgers. En tenslotte wordt er ook gekeken of die invloed als ondersteunend of als belemmerend ervaren wordt door de respondenten.

Een eerste element is een aspect van communicatie, namelijk de externe en de interne dialoog.

Uit de resultaten blijkt dat zorg op maat deels gerealiseerd wordt in de samenwerking met andere diensten of organisaties. In de literatuur vermelden Hoijtink en Vandoorn (2011) samenwerkingsverbanden aangaan als een eerste dimensie om een organisatie gezond en leefbaar te houden.

Respondenten geven aan dat er binnen deze samenwerkingsverbanden meer overleg en goede afspraken nodig zijn. Maar overleg komt in de resultaten ook aan bod in de vorm van een zorgoverleg. Volgens de respondenten is het een manier om andere meningen te horen en dat kan, zoals in de resultaten beschreven, van belang zijn om een cliënt(systeem) advies te verlenen, door te verwijzen of om de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken. Bij beide vormen van overleg is dialoog (de externe dialoog) het uitgangspunt.

Dialoog vraagt niet enkel om een vaardigheid en een houding om deze aan te gaan, het vraagt ook tijd en gelegenheid om de dialoog te kunnen voeren. Maar respondenten vermelden werkdruk als een mogelijke belemmering in de samenwerking. Die werkdruk is volgens hen deels te verklaren door gebrek aan mensen en middelen omwille van de subsidiëring. Daarnaast geeft een respondent ook aan dat op maat werken intensief en stresserend is. Een andere respondent benoemt ook de administratieve processen in de sector als een belemmering om de cliënt altijd centraal te stellen. Daarmee wordt niet de noodzaak van die processen in vraag gesteld, maar wordt wel aangegeven dat het in de tijdsbesteding overheersend wordt. De tweede dimensie die volgens Hoijtink en Vandoorn (2011) een organisatie gezond en leefbaar houdt is de interne dialoog waarbij ervoor gezorgd wordt om realistische eisen te stellen en om de draagkracht van medewerkers te bewaken. Ook Cox, Pype en Vandervorst (2011-2104) vermelden dat kwaliteitsvolle hulpverlening nood heeft aan flexibiliteit en autonomie in de organisatiecultuur om met complexiteit en onvoorspelbaarheid om te kunnen gaan.

Het lijkt er op dat wat binnen de groep respondenten als ondersteunend ervaren wordt (samenwerken; overleg om goede afspraken te maken en om de expertise uit te breiden) ook als een belemmering ervaren kan worden om zorg op maat te bieden en de cliënt centraal te stellen.

Een tweede element behandelt de duidelijkheid van de communicatie. Hierbij wordt de beeldvorming over de gezinszorg bij de mantelzorger besproken.

Enkele respondenten vermelden dat cliënten en mantelzorgers soms een hoog of een onrealistisch verwachtingspatroon hebben ten aanzien van gezinszorg. Ze menen dat daarbij onvoldoende kennis over de precieze inhoud en mogelijkheden van gezinszorg een rol speelt. In de literatuurstudie werd de beleids optie in het Vlaams regeerakkoord besproken

om langer thuis te wonen, ook met toenemende zorgnood. Het zou kunnen dat dit de beeldvorming omtrent gezinszorg beïnvloedt. Scheepmans et al. (2004) besloten in hun onderzoek al dat mantelzorgers ondanks het aanbod aan informatie nood hebben aan informatie op maat. Daar tegenover staat dat één van de respondenten de ervaring deelt dat informatie pas opvalt als ze nodig is zoals bij reclamebladen. Een andere respondent beveelt aan dat alle relevante informatie centraal beschikbaar zou zijn op gemeentelijk niveau. Enkele respondenten geven aan dat ze zich op zijn minst kunnen voorstellen dat een mantelzorger als getrainde ervaringsdeskundige in sommige situaties de hulpverlening zou kunnen verkrijgen. Maar er is nood aan meer onderzoek omtrent de noodzaak en inzetbaarheid van ervaringsdeskundigen.

Meerdere respondenten zeggen dat de verwachtingen van de mantelzorger een belangrijke factor is in de samenwerking. Één respondent benoemt onrealistische verwachtingen als valkuil omdat het een oorzaak kan zijn van het stopzetten van de hulp.

Het lijkt er op dat zowel voor de subsidiërende overheid als voor de organisatie een rol weggelegd kan zijn om de beeldvorming bij te sturen in de richting van meer realisme en om de bekendheid van de mogelijkheden en de grenzen van de gezinszorg te vergroten. Een derde element behandelt de beeldvorming over de gezinszorg bij toekomstige verzorgenden. Hieraan wordt ook de vergoeding voor flexibel werken gekoppeld.

Bij de beeldvorming bij toekomstige verzorgenden geeft een respondent aan dat het onderwijs nog niet mee is met de realiteit van flexibel werken die zich in de gezinszorg ontwikkelt. In de literatuurstudie werd de beleidsnota van minister Vandeuren besproken waarin hij wil evolueren naar een vraaggestuurd model waarbinnen flexibiliteit de continuïteit van de zorg 's avonds, 's nachts en in het weekend moet mogelijk maken. Deze flexibiliteit vertaalt zich voor de verzorgende in de gezinszorg in afwijkende uurroosters en werkschema's. Maar de schoolstages in de gezinszorg vinden plaats tijdens de schooluren. Volgens dezelfde respondent creëert dit een onjuist beeld van werken in de ambulante sector.

Volgens enkele respondenten kan deze flexibiliteit de job inhoudelijk interessanter maken omdat de klemtoon naar het verzorgen verschuift omdat poetstaken wegvallen. Een respondent benoemt de vergoeding van deze flexibiliteit als belangrijk. Verzorgenden vergelijken de gevraagde flexibiliteit met de residentiële sector waar gelijkaardige flexibele werkregimes al langer bestaan, maar waar de vergoeding hiervoor hoger ligt. Een andere respondent wijst ook op deze vergelijking met de residentiële sector en voegt het aspect van de verplaatsingen er aan toe. Een verzorgende in de gezinszorg verplaatst zich meerdere keren per dag tegenover één dagelijkse verplaatsing in de residentiële sector.

Ook de schoolstages in de residentiële sector hebben volgens een respondent invloed op de beeldvorming. Inhoudelijk mag een stagiair er meer verschillende taken uitvoeren in ver-

gelijking met de gezinszorg. Samengevat lijkt het er binnen dit onderzoek op dat de aantrekkelijkheid om als verzorgende te werken hoger ligt in de residentiële sector omwille van de vergoeding, de taakhoud en het aantal verplaatsingen.

In de literatuurstudie moet de thuiszorg volgens Geerts (2013) groeien om tred te houden met de toenemende vergrijzing. En als de beleids optie om mensen langer thuis te laten wonen zorgt voor een verschuiving van residentieel naar ambulant, dan zal volgens de auteur een extra inspanning bovenop die groei nodig zijn. In die context is het dan ook belangrijk dat verzorgenden kiezen om in de gezinszorg te werken. Onvoldoende beschikbaarheid van verzorgenden zou een invloed kunnen hebben op de samenwerking met mantelzorgers die dan zelf meer taken zouden moeten opnemen als ze geen alternatieve oplossing vinden of niet in de residentiële sector terecht kunnen.

Het lijkt er op dat op beleidsniveau, zowel bij de overheid als bij de organisatie, een rol weggelegd is om een mogelijke vergoeding en de financiering daarvan te evalueren in vergelijking met de residentiële sector. Bij deze evaluatie is het aan te bevelen dat ook de verplaatsingen mee opgenomen worden. Binnen het denkkader van duurzaam sociaal werk speelt namelijk ook het ecologische aspect een rol.

Een vierde element dat besproken wordt is de financiering van de gezinszorg. Dit element wordt behandeld vanuit twee verschillende invalshoeken: werkdruk en aanbeveling voor een alternatief financieringssysteem.

Een respondent legt uit dat de werkdruk hoog ligt, maar dat de werkingsmiddelen ontbreken om extra mensen aan te werven. Daarbij wordt de financiering benoemd als de grote beperking. De gebruikersbijdrage is onvoldoende om een uurloon te vergoeden en de criteria om een sectorverantwoordelijke gesubsidieerd te krijgen zouden moeten worden vergemakkelijkt volgens dezelfde respondent.

In deze bachelorproef wordt de financiering van de uren gezinszorg en van de omkadering, de achterliggende mechanismen en de inbedding in de Vlaamse sociale bescherming niet uitgewerkt. Voor een beter begrip worden enkel enkele feiten opgesomd die de ontwikkeling en een actuele stand van zaken op beleidsniveau kunnen verduidelijken.

Niemand van de respondenten spreekt over een verhoging van de gebruikersbijdrage per uur gezinszorg. Het basisdecreet Vlaamse sociale bescherming (2011, bekrachtigd in 2013) voorzag een inkomensgerelateerde maximumfactuur voor de eigen bijdrage van de gebruiker (De Bock, 2011). In 2013 werd een verhoging van de gebruikersbijdrage doorgevoerd. De toenmalige Vlaamse regering Peeters had een begroting in evenwicht als beleidsprioriteit voor 2014. De maximumfactuur werd daardoor binnen die legislatuur niet ingevoerd (Devriendt, 2013). Mede onder invloed van de uitvoering van de zesde staats hervorming voorziet het Vlaams regeerakkoord een nieuw decreet tijdens de huidige legislatuur. De

principes van het decreet waarbij verschillende tegemoetkomingen en financieringssyste-
men worden samengebracht, zijn vastgelegd in de conceptnota 'Vlaams welzijns- en
zorgbeleid ouderen'. De uitvoering verloopt in fasen, de thuiszorg zou in de derde fase aan
bod komen, vermoedelijk in 2018 (Bogaerts, 2016). De Strategische Adviesraad Welzijn,
Gezondheid en Gezin vindt een visie op zorg en ondersteuning van ouderen in een zo breed
mogelijke eerstelijns niet voldoende aanwezig is in de nota. De betaalbaarheid van die on-
dersteuning en zorg is volgens de raad onvoldoende gegarandeerd in diezelfde nota (SAR-
WGG, 24/03/2016).

Zoals in de voorgaande paragrafen werd beschreven is de werkdruk een beïnvloedende en
belemmerende factor in de samenwerking tussen professionelen en mantelzorgers. Het
blijft voorlopig afwachten welke beslissingen op beleidsniveau uiteindelijk genomen zullen
worden omtrent financiering en wat de gevolgen daarvan kunnen zijn in de praktijk van de
gezinszorg.

Een andere respondent benoemt de nood om gezinshulp sneller te kunnen opstarten. Daar-
bij wordt de vergelijking gemaakt met de dienst thuisverpleging: wie vandaag een aanvraag
doet, krijgt morgen al thuisverpleging. De respondent stelt daarbij de vraag of een alternatief
financieringssysteem hiervoor een oplossing zou kunnen bieden.

De vergoeding van verpleegkundige handelingen is geregeld via de nomenclatuur van het
RIZIV. De gehele of gedeeltelijke terugbetaling maakt dus deel uit van de sociale zekerheid
en is daardoor ook voor elke gerechtigde of gelijkgestelde toegankelijk.

Het is op dit ogenblik onduidelijk hoe de financiering via de Vlaamse sociale bescherming
er zal uitzien. Het is ook onvoldoende duidelijk in welke mate de toegang tot de gezinszorg
deel zou kunnen uitmaken van een vorm van persoonsvolgende financiering.

Daarnaast werkt de verpleegkundige op basis van een medisch dossier en op ordonnantie
van een arts, in het werk van de verpleegkundige speelt het aspect 'cure' ook een rol.

De verzorgende werkt op basis van een takenlijst die zich baseert op een sociaal onderzoek
waarin een sectorverantwoordelijke het aspect 'care' in kaart brengt. En dit aspect is minder
gestandaardiseerd dan het aspect 'cure'.

Hieraan wordt de beleidsaanbeveling van een respondent gekoppeld om na te denken over
de taakverdeling tussen verpleegkundige en verzorgende, om na te denken over de han-
delingen die een verpleegkundige mag stellen, maar een verzorgende niet. Deze respon-
dent geeft aan dat het in de samenwerking in de praktijk tussen professional en mantelzor-
ger een belemmering kan zijn.

De mogelijkheid om gezinshulp sneller op te kunnen starten is een beïnvloedende en een
ondersteunende factor in de samenwerking tussen professionelen en mantelzorgers. Op
beleidsniveau blijft het, zoals in de vorige paragrafen geschetst werd, afwachten hoe mo-
gelijke financieringsvormen er zullen uitzien. Op organisatieniveau lijkt er een rol weggelegd

te zijn voor het beleid. Het roept de vraag op op welke manier een snellere opstart van gezinshulp operationeel bereikt zou kunnen worden.

En tenslotte lijkt er ook een taak weggelegd op beleidsniveau om na te denken over een herziening van wel of niet toegelaten handelingen tussen verpleegkundige en verzorgende. Op die manier zou een belemmerende factor in de samenwerking misschien omgevormd kunnen worden tot een ondersteunende factor. Op dit mogelijk proces van omdenken binnen de eerstelijnszorg sluit de literatuurstudie ook aan. Spruytte et al. (2013) spreken in hun beleidsaanbeveling over de noodzaak aan samenwerking in de eerstelijnszorg om gedeelde besluitvorming en co-creatie mogelijk te maken. Één respondent plaats hier een kritische bedenking bij.

“Dat zal voor een stuk co-creatie zijn als iedereen daarin meestapt, als iedereen 'n beetje er zich in kan vinden. Maar hoe meer actoren, hoe moeilijker dat dat wordt, hé... met tweeën is dat soms al moeilijk, hé en is er soms bemiddeling nodig, hé, maar... euhm... met meerdere... Iedereen wil iets anders, hé, iedereen vindt andere dingen belangrijk, dus dat is niet... euhm... waar is de middenweg, hé?” (R5)

4.4.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Op basis van de conclusies in dit onderzoek worden er drie aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

Een eerste aanbeveling betreft onderzoek naar de noodzaak en naar de inzetbaarheid van getrainde mantelzorgers als ervaringsdeskundige in de gezinszorg. Volgens de literatuur (Stam, 2016) kunnen ze de praktijk van het hulpverleners verrijken en enkele respondenten hebben de indruk dat dit in een aantal situaties ondersteunend kan zijn. In die zin kan vaststellen welke situaties dat concreet zouden kunnen zijn deel uitmaken van een onderzoek naar ervaringsdeskundigen.

Een tweede aanbeveling betreft onderzoek naar de mogelijkheid om bepaalde handelingen die enkel een verpleegkundige mag stellen te verleggen naar een verzorgende. Het verdient onderzoek om te kijken naar welke handelingen dit zouden kunnen zijn en op welke manier ze in het profiel van een verzorgende geïntegreerd zouden kunnen worden. Vanuit het denkkader van evidence based werken zou het onderzoek het beleid kunnen ondersteunen. Het is op beleidsniveau dat een eventuele beslissing genomen moet worden om die verschuiving in het takenpakket door te voeren en goed te keuren.

Een derde aanbeveling betreft onderzoek naar mogelijkheden om vanuit het perspectief van de gezinszorg het aandeel van het aspect ‘care’ in een medisch dossier uit te breiden. Bij de bespreking van een snellere opstart van gezinszorg werden de aspecten ‘cure’ en ‘care’ al tegenover elkaar gesteld en werd de conclusie getrokken dat beide vanuit een ander soort dossier werken. Een respondent beveelt daarnaast die snellere opstart als

noodzaak aan omdat ziekenhuisopnames zo kort mogelijk zijn. Het verdient meer onderzoek naar mogelijkheden en naar valkuilen in een warme overdracht tussen ziekenhuis en gezinszorg.

4.4.3 Aanbevelingen voor het beleid

Beeldvorming over de gezinszorg en de verwachtingen die eraan gekoppeld worden beïnvloeden de samenwerking tussen professional en mantelzorg. Het is een aanbeveling aan het beleid, zowel op niveau van de overheid als van de organisatie, om die beeldvorming bij te sturen. Er is hierin concreet meer nood aan een realistisch beeld van wat gezinszorg inhoudt en van wat gezinszorg wel en niet kan.

Een andere aanbeveling aan het beleid (overheid en organisatie) is om in de context van flexibiliteit en vernieuwing van de zorg om een mogelijke vergoeding voor flexibel werken en de financiering daarvan te evalueren in vergelijking met de residentiële sector. Bij deze evaluatie is het aan te bevelen dat ook de verplaatsingen mee opgenomen worden. Binnen het denkkader van duurzaam sociaal werk speelt namelijk ook het ecologische aspect een rol.

Op organisatieniveau is een beleidsaanbeveling om na te denken over een manier waarop vanuit operationeel standpunt gezinshulp sneller zou kunnen opgestart worden binnen het huidige kader van regelgeving. In het vooruitzicht van werken met zelfsturende teams zou het kunnen helpen om professionals uit de praktijk te betrekken in de zoektocht naar een mogelijke oplossing. Op die manier kan zelfsturend werken geleidelijk groeien en kan de beleidsaanbeveling van een respondent om meer te luisteren naar de praktijkwerkers in de organisatiecultuur geïntegreerd worden.

Meerdere respondenten spreken wanneer het over coachen gaat over de coaching op de werkvloer binnen de huishoudhulp met dienstencheques. Maar er bestaan veel aanbieders van deze dienstverlening, ook private ondernemingen. Analoog met de beeldvorming over gezinszorg is het een beleidsaanbeveling om na te gaan in welke mate coaching een gangbare praktijk is of niet in de sector. Concreet zou gekeken kunnen worden of dit zorgt voor kwalitatieve verschillen in de hulp. Want uiteindelijk zou het kunnen dat zorgvragers van die verschillen een invloed ervaren in de praktijk.

Uit de resultaten blijkt dat attitudes zoals openstaan voor samenwerking met mantelzorgerbelangrijk zijn in die samenwerking met professionals. Enkele respondenten spreken ook over het belang van attitudes in zelfsturende teams zoals verantwoordelijkheidszin, engagement en organisatorisch talent. Volgens Cox, Pype & Vandervorst (2011-2014) blijkt dat cliënten kwaliteit vooral beoordelen vanuit attitudes van de hulpverlener. In een organisatie is er volgens de onderzoekers aandacht nodig voor attitudes en ruimte om deze te onderhouden. Ze kaderen dit in de context dat de job soms zwaar kan zijn en dat resultaten niet altijd overeenstemmen met de geleverde inspanning. Als mogelijkheden om hulpverleners

te ondersteunen noemen ze erkenning geven, vertrouwen, autonomie en intervisie met collega-hulpverleners. Het vraagt om attitudevorming als wezenlijk element van de cultuur in de organisatie (Cox, Pype & Vandervorst, 2011-2014). De beleidsaanbeveling is dan ook om erover na te denken op welke manier dit in de organisatiecultuur geïntegreerd kan worden. Op die manier zou het werken met zelfsturende teams voorbereid kunnen worden.

4.4.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit de conclusies blijkt dat overleg in de samenwerking en overleg als werkvorm gebruikt wordt om mogelijkheden uit te breiden en om de expertise omtrent een cliënt te verhogen. Enkele respondenten geven ook aan dat na een overleg gemakkelijker met elkaar gewerkt wordt. Een beleidsaanbeveling is om de verhoging van de expertise door overleg uit te breiden naar de functie van de professional zelf. Concreet gaat het bij de uitbreiding van de expertise om het delen van kennis en van goede praktijken, het principe van leentjebuur spelen. Daarnaast kan hulp of raad aan een collega-professional vragen ook netwerkversterkend werken, want wie raad vraagt, geeft de ander ook erkenning.

Besluit

Uit het praktijkgedeelte van deze bachelorproef blijkt dat er vier elementen genoemd worden die deel uit kunnen maken voor een beleidsmatige visie op de samenwerking tussen professionelen in de gezinszorg en mantelzorgers.

Een eerste is dialoog die een ondersteunend effect kan hebben omdat mogelijkheden en expertise zich uitbreiden. Maar die ook een belemmerend effect kan hebben omdat de samenwerkingsverbanden om meer overleg vragen terwijl de werkdruk al hoog ligt.

Een tweede element is duidelijkheid omtrent beeldvorming en verwachtingen bij mantelzorgers over wat gezinszorg inhoudt, wat gezinszorg kan bieden en wat niet. Maar het is ook, als derde element, duidelijkheid omtrent beeldvorming en verwachtingen bij toekomstige verzorgenden, de rol van het onderwijs hierin en de rol van vergoeding en de verschillen met de residentiële sector op dit vlak.

En tenslotte is een vierde element de financiering van de gezinszorg bekeken vanuit de invalshoeken werkdruk en alternatieve financiering. Om werkdruk op te lossen zou de subsidiëring moet verhogen maar de overheid werkt op dit ogenblik aan een nieuw decreet Vlaamse sociale bescherming dat een invloed op de financiering van de gezinszorg zou kunnen hebben. Een alternatieve financiering zou kunnen betekenen om sneller gezinshulp op te starten analoog met thuisverpleging. Maar de financiering van thuisverpleging is moeilijk over te dragen naar uren gezinszorg.

5. Kritische reflectie

5.1.1 Het proces

De hoofdonderzoeksvraag werd gemakkelijk gevonden in samenspraak met mijn stage-mentor, Sandra Christiaens. Ik bekijk onderwerpen van nature heel breed. De gezinszorg is een sector die qua doelgroep en hulpvragen zeer divers kan zijn, maar het is ook een sector waarover veel literatuur bestaat. Haar inbreng om het onderwerp af te bakenen heb ik daarom als erg ondersteunend ervaren.

Ter voorbereiding van de literatuurstudie had ik op voorhand een ruw bouwschema ontworpen. Bij de uitvoering van de literatuurstudie heb ik gemerkt dat ik mijn werk daarmee bemoeilijkt heb. Ik stelde vast dat de invalshoek van mijn bouwplan te breed was, ik erken dat ik de onderzoeksvraag in deze beginfase onvoldoende voor ogen gehouden heb. Dit heb ik kunnen corrigeren door mijn aanpak te wijzigen door breed te beginnen en naar meer gedetailleerd toe te werken. Deze wijziging leidde tot het huidige resultaat van de literatuurstudie. Ik vind dat mijn onderzoek theoretisch voldoende onderbouwd is, die basis heeft ook geleid tot een zeer bruikbare topiclijst, maar globaal gezien heeft het mijn planning negatief beïnvloedt. Ik ben daardoor later dan gepland aan de dataverzameling begonnen.

Bij de dataverzameling heb ik wel gemerkt dat de keuze voor een topiclijst de juiste keuze was voor mijn onderzoeksvraag. Het bood niet alleen de ruimte om een persoonlijker gesprek te voeren, maar ook om beter door te vragen op uitspraken of topics van de respondenten.

De analyse via open codering vond ik niet gemakkelijk, maar de codering liep vlotter na het derde interview. Na vijf interviews heb ik via axiaal coderen een overzicht proberen te creëren. De laatste twee interviews heb ik daardoor snel kunnen verwerken.

Omwille van de vertraging in mijn planning heb ik mijn initieel voornemen om de geldigheid van de data te testen via member checking niet meer kunnen uitvoeren. Ik ervaar dat enerzijds als een gemiste kans, anderzijds heb ik ook vertrouwen in het resultaat dat ik aflever. In het algemeen is me bij de afname van de interviews opgevallen dat de respondenten zeer open antwoorden. Ik had op voorhand wel de anonimiteit en de vertrouwelijkheid duidelijk in de verf gezet, maar ik heb op het moment zelf of achteraf bij de analyse nooit de indruk gehad dat er sociaal wenselijk geantwoord werd.

Ik heb zeer zelfstandig aan deze bachelorproef gewerkt. Dit was deels een bewuste keuze omdat het een eindcompetentie van de opleiding is. De beschikbaarheid van mijn stage-mentor om delen na te lezen was omwille van omstandigheden buiten onze wil en invloed te gering om van een feedbackproces te kunnen spreken. Het geeft me een beetje het gevoel alsof ik onvoorbereid naar een examen ga. Van de andere kant weet ik ook dat ik gedaan heb wat ik kon tijdens mijn stageperiode en dat stelt me ook weer gerust.

5.1.2 Het product

Algemeen meen ik dat ik een degelijke bachelorproef afgeleverd heb. Ik vind de tekst duidelijk gestructureerd en logisch opgebouwd. Aan de overgangen tussen thema's en onderdelen heb ik extra aandacht besteed, ik denk dat het de leesbaarheid en de begrijpbaarheid van de teksten ten goede komt.

Persoonlijk vind ik de literatuurstudie, de resultatenverwerking en de conclusie de sterkste delen van mijn bachelorproef. Het minst tevreden ben ik over de verantwoording van onderzoekopzet en dataverzameling, ik merk dat de zuivere theorie van onderzoek me nog altijd onvoldoende duidelijk is.

Ik meen dat ik erin geslaagd ben om de onderzoeksvraag en de deelvragen te beantwoorden en dat ik erin geslaagd ben om nieuwe ideeën of toevoegingen aan bestaande te vinden. Er bestaan heel wat beleidsplannen en beleidsopties voor de gezinszorg, zowel op niveau van de Vlaamse overheid als op niveau van een grote organisatie als Solidariteit voor het Gezin. Door hieraan toch nog iets te kunnen toevoegen door collega's in het werkveld te interviewen geeft me het gevoel dat ik in mijn opzet geslaagd ben.

5.1.3 Ikzelf

Ik merkte tijdens het hele proces van opzoeken, lezen, verwerken en schrijven dat ik dit graag doe en dat het mij in principe ook wel ligt. Maar ik merkte ook de invloed van tegelijkertijd stage te doen. Persoonlijk ervaarde ik de werklast van deze combinatie als te zwaar. Het zou voor de toekomst een oplossing kunnen zijn om ruimer op voorhand te kunnen starten met het literatuuronderzoek. Doordat ik pas in de laatste lesweek van het eerste semester zeker wist dat ik stageplaats had en welke stageplaats het was, ben ik niet eerder aan opzoek- en leeswerk kunnen beginnen. Ik vermoed dat de vermoeidheid omwille van de werklast wel een invloed had op de kwaliteit van mijn bachelorproef. Maar ik geloof wel dat het in combinatie met de mondelinge verdediging voldoende zal zijn om in de eerste zittijd te slagen. Voor mezelf ben ik blij om vastgesteld te hebben dat ik een goede manier gevonden heb om om te gaan met het verschil tussen wat ik had willen doen en wat ik heb kunnen doen. Het was één van mijn leerdoelen tijdens mijn opleiding, ik mag zeggen dat ik dat leerdoel heb bereikt.

Bibliografie

- Van Houten, M., Kruijswijk, W., Peters, A. (2013). *Beleidsidealen in de praktijk*. Utrecht: Movisie.
- Bronselaer, J. et al. (2015). *Duurzame mantelzorg in Vlaanderen*. Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Leus, I. (28/07/2015). *Wie mantelzorg waardeert, legt ook centen op tafel*. Sociaal.Net. Geraadpleegd op 14/03/2016 via <http://sociaal.net/opinie/wie-mantelzorg-waardeert-legt-ook-centen-op-tafel/>
- Trappenburg, M. (12/2015). Maatwerk, vakblad voor professionals in sociaal werk. *Moeilijke gevoelens in de participatiesamenleving*.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Kruijswijk, W., et al. (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- De Koker, B., De Vos, L. (2013). *Zicht op mantelzorg*. Gent: Academia Press.
- Dwarswaard, J. & van de Bovenkamp, H. (2015). *Ethische dilemma's bij het ondersteunen van eigen regie door verpleegkundigen*. [Onderzoeksrapport]. Rotterdam: Kenniscentrum Zorginnovatie.
- Claassens, C. et al. (2014). *Perceived control in health care: A conceptual model based on experiences of frail older adults*. Amsterdam: Journal of Aging Studies, 31, 159-170
- Broese van Groenou, M. (6/08/2015). *Eigen regie en mantelzorg hebben hun grenzen*. [Artikel]. Sociale Vraagstukken. Geraadpleegd op 13/03/2016 via <http://www.socialevraagstukken.nl/eigen-regie-en-mantelzorg-hebben-hun-grenzen/>
- Weggeman, M. (14/04/2016). *Leiding geven aan professionals: niet doen!*. [Artikel]. Zorg + Welzijn. Geraadpleegd op 16/04/2016 via <http://www.zorgwelzijn.nl/Wijk-team/Nieuws/2016/4/Leidinggeven-aan-professionals-niet-doen/>
- VWS (2014). *Toekomstagenda informele zorg*. Utrecht: Expertisecentrum mantelzorg.
- Vanderleyden, L., Callens, M. (red.) (2012). *Generaties en solidariteit in woord en daad*. [Studie]. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Expertisecentrum Mantelzorg (2009). *SOFA-model*. Utrecht: Expertisecentrum mantelzorg.
- Verté, D., De Witte, N. (2015). *Belgian Ageing Studies: 10 jaar onderzoek voor en door ouderen*. Open University Press.
- Nijhof, E. (red.) (2013). *Zelfsturende teams in de thuiszorg*. Utrecht: In Voor Zorg!
- Bekaert, A., et al. (2016). *Buurtgerichte Zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel*. Brussel: VVDC & Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

- Scheepmans, K. et al. (2004). *Succesfactoren en hinderpalen in de thuiszorg: de beleving van de mantelzorger*. [Onderzoeksrapport]. Brussel: Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen van Vlaanderen.
- Cox, N., Pype, A., Vandervorst, L. (2011-2014). *Van zakelijk naar beter*. [Onderzoeksrapport]. Kortrijk: Vives – Expertisecentrum Sociale Innovatie.
- Broese van Groenou, M. (2012). *Informele zorg 3.0. Schuivende panelen en een krakend fundament*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Steyaert, J., Kwekkeboom, R. (red.). (2010). *Op zoek naar duurzame zorg. Vitale coalities tussen informele en formele zorg*. Utrecht: Movisie.
- Goris, P. et al. (red.) (2007). *Wenselijke preventie stap voor stap*. Antwerpen: Garant.
- Vanderleyden, L., Heylen, L. (2015). *Hangt het combineren van rollen op oudere leeftijd samen met de levenstevredenheid?* Actueel, 16(4), p; 34-36
- Vanderleyden, L., Moons, D. (2015). *Informele zorg in dalende lijn*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse regering.
- Geerts, F. (2003). *Stappenplannen en zorgethiek*. Geraadpleegd op 25/03/2016 via <http://www.vlaamswelzijnsverbond.be/intersectoraal/cez/activiteiten/stappenplannen-en-zorgethiek>.
- Houberghs, K., Hermans, K. (06/2008). *Uitgangspunten van de zorgethische benadering van Joan Tronto*. TVW, 32(292), p. 19 – 26.
- Jacobs, T., Lodewijckx, E. (red.) (2003). *Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003*. Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.
- Bogaerts, K. (14/01/2016). *Receptuur van een nieuwe Vlaamse sociale bescherming. Wat mogen we verwachten?* [Artikel]. Sociaal.Net. Geraadpleegd op 02/05/2016 via <http://sociaal.net/analyse-xl/receptuur-nieuwe-vlaamse-sociale-bescherming/>
- SARWGG (24/03/2016). *Advies conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid ouderen*. Brussel: Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid, Gezin.
- De Bock, L. (15/07/2011). *Maximumfactuur thuiszorg, versterking zorgverzekering en premie voor jonge kinderen*. [Persbericht]. Geraadpleegd op 01/05/2016 via <http://www.vlaanderen.be/nl/vlaamse-overheid/persberichten/maximumfactuur-thuiszorg-versterking-zorg-verzekering-en-premie-voor-jonge-kinderen>
- Lauwers, H. (2013). *Jonge mantelzorgers? Kinderen van ouders met een chronische ziekte of handicap*. Brussel: Kind & Samenleving.
- Devriendt, T. (2013). *Geen maximumfactuur in de thuiszorg*. Geraadpleegd op 05/05/2016 via <http://www.vvsg.be/welzijnsvoorzieningen/woonzorg/betaalbaarheidbis/Pages/maximumfactuurthuiszorg.aspx>
- CIZ (2005). *Protocol Gebruikelijke Zorg*. Driesbergen: Centrum Indicatiestelling Zorg.

Bijlagen

5.2 Topiclijst

Openingsvraag: Hoe ervaar jij als professional in de gezinszorg de samenwerking met mantelzorgers?

Samenwerking met mantelzorger

Beleving

Behoeftte - Noden

Mogelijkheden

Valkuilen

Flexibiliteit & Zorgvernieuwing

Behoeftte - Noden

Mogelijkheden

Valkuilen

Beleid

Inspraak - Luisteren

Aanbevelingen

Signalering

Expertise

Beroep doen op

Mogelijkheden

Valkuilen

Zorg op maat

Wie?

Wat?

Hoe?

Noden

Belemmeringen

Lokaal niveau

Rol

Vraag & Aanbod

 Uitdagingen

 Valkuilen

 Oplossingen

Continuïteit van de zorg

Coachen

Vermaatschappelijking

Bereidheid tot informele zorg