

Versterken van informele zorg

Het perspectief van (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers

Marloes Meijer
Anne Brabers
Britt Beerman
Aart Lodder (Utrechtzorg)
Kim de Groot
Art van Schaaijk



NIVEL
Kennis voor betere zorg

UTRECHTZORG 

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

November 2025

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2025 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage ‘Versterken van informele zorg. Het perspectief van (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers’. Deze rapportage is geschreven door het Nivel, in samenwerking met en met financiering van Utrechtzorg en Regioplus. In de rapportage beschrijven we de behoeften van (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers met betrekking tot de samenwerking en taakverdeling in de zorgverlening. Hiertoe zijn drie bijeenkomsten georganiseerd: één voor (wijk)verpleegkundigen, één voor mantelzorgers en één gezamenlijke bijeenkomst voor (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers.

We willen Utrechtzorg bedanken voor het samenwerken in de opzet van dit onderzoek, de werving van zorgprofessionals en het meeschrijven aan de rapportage. Daarnaast willen we alle deelnemers aan de bijeenkomsten bedanken voor hun inbreng tijdens de bijeenkomsten.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	9
1.1 Doel	10
1.2 Leeswijzer	10
2 Methode	11
2.1 De bijeenkomsten	11
2.2 Prognoses arbeidsmarkttekorten	13
3 Resultaten van de bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen	15
3.1 Definitie en taken informele zorg	15
3.2 Achtergrondkenmerken invloed op informele zorg	15
3.3 Verandering taken (wijk)verpleegkundige	16
3.4 Afstemmen van taken	16
3.5 Communicatie	17
3.6 Belasting informele zorgverlener	17
3.7 Belang van het sociale netwerk	18
3.8 Verbeteringen	18
3.9 Afsluitende vraag – Wat is het belangrijkste in de samenwerking?	19
4 Resultaten van de bijeenkomst met mantelzorgers	20
4.1 Wat is mantelzorg?	20
4.2 Aan wie zou je mantelzorg willen geven?	21
4.3 Mantelzorg verlenen en de ervaringen hiermee	21
4.4 Ondersteuning om mantelzorg te kunnen verlenen	22
4.5 Samenwerken en afstemmen	23
4.6 Afsluitende vraag – Wat is het belangrijkste in de samenwerking?	24
5 Resultaten van gezamenlijke bijeenkomst	26
5.1 Ervaringen met mantelzorg	26
5.2 Taken en verantwoordelijkheden	27
5.3 Scholing en randvoorwaarden	30
5.4 Communicatie	32
5.5 Oplossingen	35
6 Prognoses arbeidsmarkttekorten	37
6.1 Referentiescenario 2025	37
6.2 Scenario 1: Kleine reductie in zorggebruik (-5%)	38
6.3 Scenario 2: Middelgrote reductie in zorggebruik (-10%)	39
6.4 Scenario 3: Grote reductie in zorggebruik (-15%)	40
7 Beschouwing	42

7.1	Belangrijkste bevindingen	42
7.2	Beschouwing	44
7.3	Sterke punten en beperkingen van het onderzoek	46
Literatuur		48
Bijlage A Topic lists		50
A.1	Topic list bijeenkomst (wijk)verpleegkundigen	50
A.2	Topic list bijeenkomst mantelzorgers	52
Bijlage B Programma van de gezamenlijke bijeenkomst		56
Bijlage C Voorbeeld van een mindmap		57
Bijlage D Succesfactoren en knelpunten		58
Bijlage E Vragen voor groepsdiscussies bij gezamenlijke bijeenkomst		59

Samenvatting

Informele zorg, verleend door familie, vrienden, buren en vrijwilligers, speelt een steeds prominentere rol in de samenleving vanwege de vergrijzing, toename van chronische aandoeningen en de druk op het formele zorgsysteem. Informele zorg verleend door iemand uit de directe omgeving heet mantelzorg. Als mantelzorgers een deel van de zorg op zich kunnen nemen, draagt dit mogelijk bij aan het verlagen van de werkdruk van zorgprofessionals en het verminderen van personeelstekorten. Een goede afstemming tussen informele en formele zorg is daarbij van belang. In dit onderzoek zijn daarom de behoeften van (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers met betrekking tot de samenwerking en taakverdeling in de zorgverlening onderzocht. Daarbij richtten we ons op de zorgverlening aan thuiswonende volwassenen. Om inzicht te krijgen in de behoeften van beide groepen zijn drie bijeenkomsten georganiseerd: één met (wijk)verpleegkundigen, één met mantelzorgers en één gezamenlijke bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen als mantelzorgers.

Deelnemers zien informele zorg als heel breed

Ons onderzoek laat zien dat informele zorg volgens (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers heel breed is. Voorbeelden van taken van informele zorg zijn volgens de deelnemers huishoudelijke taken, administratieve en financiële taken, persoonlijke verzorging en begeleiding bij het bezoeken van zorgverleners. Informele zorg werd door de deelnemers gezien als ondersteuning in de breedste zin van het woord. Daarbij maakten zij onderscheid tussen informele zorg verleend door vrijwilligers, bijvoorbeeld in maatjesprojecten, en het bieden van mantelzorg door de naasten van iemand die ondersteuning nodig heeft.

Combineren van mantelzorgtaken met andere bezigheden wordt als zwaar ervaren

De meeste deelnemers die mantelzorg verleenden, gaven aan hun mantelzorgtaken als zwaar te ervaren. Zij vonden het lastig om deze taken te combineren met hun andere bezigheden, zoals betaald werk, een gezin, vrienden en hobby's. Ook ervaren mantelzorgers het als zwaar dat zij geen pauze konden nemen van de zorgverlening, doordat taken niet van hen overgenomen kunnen worden. Mantelzorgers gaven aan betere ondersteuning nodig te hebben, onder andere van hun werkgever. Daarnaast hadden mantelzorgers behoefte aan een centraal punt waar zij terecht kunnen met vragen. Volgens de mantelzorgers verschillen de regels per gemeente, waardoor hier weinig transparantie en duidelijkheid over is. Ook waren bepaalde regeltaken, zoals het aanvragen van hulpmiddelen of ondersteuning, te ingewikkeld volgens mantelzorgers. Wanneer dit eenvoudiger is, zou dit hen ondersteunen bij hun mantelzorgtaken. Ook (wijk)verpleegkundigen gaven aan een gebrek aan tijd te ervaren bij hun werkzaamheden door de personeelstekorten in de zorg. Zij zagen in de toekomst een grotere rol voor mantelzorgers weggelegd om deze tekorten deels te kunnen opvangen. De grote mate van belasting die mantelzorgers op dit moment al ervaren roept echter de vraag op in hoeverre dit mogelijk is.

Deelnemende mantelzorgers willen onder voorwaarden deel van verpleegkundige handelingen overnemen

Deelnemende verpleegkundigen gaven aan dat de inhoud van hun werk is veranderd in de afgelopen jaren, waarbij meer focus is komen te liggen op het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten en de samenredzaamheid met hun sociale netwerk. Een mogelijke manier om de samenredzaamheid te bevorderen, is door verzorgende en verpleegkundige handelingen te laten uitvoeren door mantelzorgers. Hierdoor krijgen cliënten en mantelzorgers meer vrijheid en vermindert de druk op het formele zorgsysteem. Mantelzorgers stonden hiervoor open, mits de handeling niet te complex

of risicovol is. Daarnaast vonden zij het belangrijk om duidelijke uitleg en begeleiding te krijgen van een (wijk)verpleegkundige bij het aanleren van de handeling, waarbij de handeling de eerste paar keren samen wordt geoefend. Na het overnemen van de handeling wensen mantelzorgers dat een (wijk)verpleegkundige bereikbaar blijft voor vragen of complicaties en mogelijke overname voor tijdens bijvoorbeeld een vakantie van de mantelzorger. Daarnaast was er onbekendheid onder de deelnemers over wie juridisch verantwoordelijk is wanneer mantelzorgers verpleegkundige handelingen overnemen. Hierover is meer duidelijkheid nodig.

Verpleegkundigen en mantelzorgers hebben verschillende verwachtingen

In de samenwerking is goede communicatie, vertrouwen en gelijkwaardigheid belangrijk volgens de deelnemers. Het communicatiemiddel zou daarbij afhankelijk moeten zijn van zowel de voorkeuren van (wijk)verpleegkundigen als van die van mantelzorgers en cliënten. Daarnaast vonden mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen het belangrijk om aandacht te hebben voor welzijn en belastbaarheid. De deelnemende verpleegkundigen en mantelzorgers ervoeren ook belemmeringen in de onderlinge samenwerking. Zo gaven verpleegkundigen aan scholing nodig te hebben op het gebied van de samenwerking met mantelzorgers, bijvoorbeeld over motiverende gespreksvoering. Een grotere inzet van mantelzorgers betekent een andere rol voor verpleegkundigen, waarbij meer aandacht komt te liggen op coaching en coördinerende taken. Volgens hen is hier te weinig aandacht voor in de huidige opleiding voor verpleegkundigen. Mantelzorgers ervoeren dat zij geen vast aanspreekpunt hadden in de wijkverpleging, wat een belemmering was. Ook vonden zij dat (wijk)verpleegkundigen teveel van hen verwachten. Volgens mantelzorgers gaan verpleegkundigen er vanuit dat zij mantelzorgtaken op zich zullen nemen, zonder te vragen of zij dat ook willen of kunnen. Verpleegkundigen gaven daarentegen aan het normaal te vinden dat naasten taken doen voor mensen in hun omgeving die hulp nodig hebben en dat deze taken ook geen onderdeel zijn van hun werkzaamheden, zoals huishoudelijke taken. Dit verschil in verwachtingen uitte zich ook in wie er volgens de deelnemers in eerste instantie verantwoordelijk is voor de zorg. Verpleegkundigen gaven aan dat deze verantwoordelijkheid in de eerste plaats bij cliënten zelf ligt. Mantelzorgers vonden daarentegen dat professionele zorgverleners primair verantwoordelijk zijn voor de zorg.

Beperkt effect van het overnemen van taken door mantelzorgers op tekorten in de wijkverpleging

Om inzicht te krijgen in de mogelijke effecten van een betere samenwerking tussen de formele en informele zorg op de personeelstekorten in de wijkverpleging zijn verschillende scenario's doorgerekend aan de hand van de informatie opgehaald in de bijeenkomsten. Hieruit blijkt dat er beperkte verschillen zijn met het huidige referentiescenario, waarin de tekorten oplopen tot 12% in 2034. Het verminderen van de zorgvraag alleen is niet voldoende om de tekorten in de wijkverpleging op te lossen en om ervoor te zorgen dat alle cliënten de juiste zorg krijgen. De resultaten laten zien dat een betere samenwerking tussen professionele zorg en mantelzorg slechts een beperkt effect heeft op de personeelstekorten. Daarmee lijkt mantelzorg een beperkte rol te spelen in de mogelijkheid om de bestaande en verwachte druk op de zorg verder te verlagen. Hoewel de kwantitatieve impact op personeelstekorten gering blijft, kan de kwalitatieve bijdrage van mantelzorg belangrijk zijn: aanvullende inzet kan in specifieke gevallen de continuïteit en ervaren kwaliteit van zorg bevorderen.

Conclusie

Om inzet van de informele zorg te versterken is een goede samenwerking tussen informele en formele zorg een vereiste. Daarbij is het belangrijk dat randvoorwaarden goed zijn geregeld. Voorbeelden hiervan zijn scholing voor verpleegkundigen op het gebied van de samenwerking met mantelzorgers, flexibiliteit vanuit de werkgevers van mantelzorgers, een centraal aanspreekpunt

waar mantelzorgers terecht kunnen met vragen en duidelijkheid over juridische verantwoordelijkheden. Op deze manier kan een toename van de inzet van mantelzorgers mogelijk bijdragen aan het verlagen van de werklast in de formele zorgverlening. Daarbij is het van belang met elkaar in gesprek te blijven over de ervaren belasting.

1 Inleiding

Informele zorg is de zorg en ondersteuning die wordt gegeven door mensen die dit niet voor hun beroep doen en hier dus ook niet voor betaald krijgen (Zorg voor Beter, 2022). Het kan gaan om vrijwilligerswerk, maar ook om het verlenen van zorg en ondersteuning door naasten, zoals familie, vrienden en buren. Dit laatste wordt ook wel mantelzorg genoemd. Mantelzorg wordt gedefinieerd als *“alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving.”* (MantelzorgNL, 2025a). Deze hulp gaat verder dan de gebruikelijke hulp die huisgenoten elkaar geven (De Boer et al., 2020). Door de vergrijzing, toename van chronische aandoeningen en de druk op het formele zorgsysteem speelt informele zorg een steeds prominentere rol in de samenleving. Een goede afstemming tussen informele en formele zorg is daarom van belang. Dit kan de kwaliteit van leven voor zorgvragers verbeteren. Door informele zorgverleners in te zetten, kunnen zorgvragers langer in hun vertrouwde omgeving blijven wonen, wat bijdraagt aan hun welzijn en comfort (Ieder(in), 2023).

Bij een versterkte inzet van informele zorg is het ook van belang te kijken naar de formele zorg, bijvoorbeeld hoe formele zorgverleners het beste ondersteund kunnen worden om samen te werken met informele zorgverleners. De zorg die professionele zorgverleners verlenen is schaars, en de werkdruk is hoog. Als informele zorg een deel van de zorg op zich kan nemen, kan dit mogelijk bijdragen aan het verlagen van de werkdruk en/of tekorten in de formele zorg. Voorwaarde hierbij is dat de informele en formele zorg op elkaar aansluiten en met elkaar samenwerken.

Eén van de branches waar een flink tekort aan personeel wordt verwacht, is de wijkverpleging. De huidige landelijke tekorten aan professionals in de branche thuiszorg van 4% lopen naar verwachting op tot 12% in 2034, wat neerkomt op een tekort van ruim 25.000 professionals. Aan de andere kant wordt de groei van het zorggebruik binnen de wijkverpleging in 2034 geschat op 25% ten opzichte van 2023 (ABF Research, 2025). In de wijkverpleging zijn er mogelijk handelingen die (voor een deel) door informele zorgverleners uitgevoerd kunnen worden, zoals het toedienen van oogdruppels, wondverzorging en ondersteuning bij het wassen en aankleden. Hier liggen kansen voor samenwerking en zo taken te verdelen waardoor de formele zorgverlening ontlast kan worden door inzet van informele zorgverleners.

Samenwerking kan gestimuleerd worden door beleid en initiatieven die de afstemming tussen formele en informele zorg faciliteren. Dit omvat onder andere het ontwikkelen van gemeenschappelijke zorgplannen, het organiseren van gezamenlijke trainingen en workshops, en het creëren van platforms voor informatie-uitwisseling. In sommige regio's is hier al een start mee gemaakt, zoals bijvoorbeeld door de Mantelzorgacademie en wijkteams. Daarnaast worden cursussen aangeboden aan mantelzorgers door zorgverzekeraars of opleidingsinstituten (NHA / Laudius). Ook zijn er voorbeelden waarbij formele zorgverleners worden ondersteund over hoe samen te werken met informele zorgverleners, zoals de elf tips voor samen zorgen (Waardigheid en trots voor de toekomst, 2025). Deze voorbeelden zijn echter veelal gericht op de langdurige zorg en niet op de wijkverpleging. In de wijkverpleging wordt de samenwerking met mantelzorgers echter ook steeds belangrijker, omdat vanuit de overheid verwacht wordt dat ouderen langer thuis blijven wonen (Rijksoverheid, 2025a).

Om de samenwerking te optimaliseren, is het essentieel dat de behoeften van zorgverleners en (potentiële) informele zorgverleners met betrekking tot deze samenwerking in kaart wordt gebracht. Eerder Nivel onderzoek laat zien dat een groot deel van de burgers is bereid om informele zorg te

verlenen, maar niet voor alle taken (Willems et al., 2024). Een onderzoek van SCP laat daarnaast zien dat het daadwerkelijke percentage dat informele zorg verleent lager ligt dan de bereidheid (De Boer et al., 2019). Aan welke ondersteuning hebben (potentiële) informele zorgverleners behoefte bij het leveren van informele zorg? Wat moeten burgers weten die mogelijk informele zorg willen verlenen? Waar zien zorgverleners een rol voor potentiële informele zorgverleners om hen te ondersteunen?

Hoewel informele zorg vaak als een vanzelfsprekende daad van liefde en toewijding wordt gezien, heeft het verlenen van informele zorg vaak aanzienlijke gevolgen voor het werk- en privéleven van de informele zorgverlener. Het combineren van het verlenen van informele zorg met een baan kan leiden tot extra druk en verminderde productiviteit. Zorgtaken vragen veel tijd en energie, wat kan resulteren in ziekteverzuim en zelfs uitval. Ondersteuning door werkgevers, zoals flexibele werktijden, kan helpen om de belasting te verminderen (MantelzorgNL, 2025b). Het verlenen van informele zorg kan in sommige gevallen leiden tot emotionele uitputting en minder tijd voor ontspanning, wat het risico op sociale isolatie en burn-out vergroot (Dechering, 2025). Het is belangrijk dat informele zorgverleners steun van hun omgeving krijgen en ruimte nemen voor zelfzorg. Daarnaast kan informele zorg ook invloed hebben op financiële stabiliteit en persoonlijke ontwikkeling. De tijd en energie die naar zorg gaan, kunnen andere kansen beperken, zoals scholing of persoonlijke groei (Radboud Universiteit, 2024). Zonder adequate steun riskeren informele zorgverleners overbelasting, wat negatieve gevolgen kan hebben voor zowel henzelf als degenen voor wie zij zorgen (Peters & Alderliesten, 2019). Ondersteuning kan verschillende vormen aannemen, zoals toegang tot respijtzorg, training en educatie over zorgverlening, emotionele steun via lotgenotencontact en mogelijk financiële compensatie voor verlies aan inkomen omdat informele zorgverleners tijd besteden aan informele zorg in plaats van regulier werk (Rijksoverheid, 2025b).

Formele zorgverleners (denk hierbij ook aan mantelzorgconsulenten of mantelzorgmakelaars) kunnen informele zorgverleners ondersteunen door hen te begeleiden en te adviseren over specifieke zorgbehoeften en hen te betrekken bij het opstellen van zorgplannen. Hierdoor wordt de zorg efficiënter en effectiever, en kunnen misverstanden en dubbele inspanningen worden voorkomen. In welke mate de ondersteuning ook effectief is om de verwachte tekorten te verminderen is vooralsnog onbekend.

1.1 Doel

In dit onderzoek is in kaart gebracht waar de behoeften liggen van zowel formele als informele zorgverleners met betrekking tot de samenwerking en taakverdeling in de zorgverlening. Ons doel was om bij te dragen aan het beter op elkaar laten aansluiten van de informele en formele zorg, zodat een naadloze en effectieve zorgverlening ontstaat. We hebben ons hierbij gericht op de zorgverlening door de wijkverpleging aan thuiswonende mensen.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksmethoden beschreven. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van de bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de bijeenkomst met mantelzorgers beschreven. Hoofdstuk 5 gaat in op de resultaten van de gezamenlijke bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers. In hoofdstuk 6 worden de prognoses voor de arbeidsmarkttekorten beschreven. De rapportage sluit af met een beschouwing in hoofdstuk 7.

2 Methode

Om inzicht te krijgen in de behoeften van formele en informele zorgverleners met betrekking tot de samenwerking en taakverdeling in de zorgverlening zijn drie bijeenkomsten georganiseerd, één met (wijk)verpleegkundigen, één met mantelzorgers en één gezamenlijke bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers. De inhoud van de bijeenkomsten is afgestemd met Utrechtzorg. Ook is een schatting gemaakt van de mate waarin (een betere afstemming tussen formele en) informele zorg kan bijdragen aan het verkleinen van de tekorten in de wijkverpleging. In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden van dit onderzoek nader toegelicht.

2.1 De bijeenkomsten

Voor dit onderzoek zijn drie bijeenkomsten georganiseerd. Eén bijeenkomst was met formele zorgverleners, namelijk (wijk)verpleegkundigen. De tweede bijeenkomst was met burgers die informele zorg verlenen of die hiertoe bereid zijn. De derde bijeenkomst was een gezamenlijke bijeenkomst met zowel (wijk)verpleegkundigen als mantelzorgers. Het doel van de eerste twee bijeenkomsten was om informatie op te halen over wat de afzonderlijke groepen nodig hebben om de onderlinge samenwerking te versterken. De uitkomsten van deze bijeenkomsten zijn vervolgens gebruikt als input voor de gezamenlijke bijeenkomst. De deelnemers aan de bijeenkomsten zijn grotendeels geworven via twee panels van het Nivel.

2.1.1 Werving van de deelnemers

De bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen

De bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen vond online via Teams plaats op 20 februari 2025. Deelnemers zijn geworven via het landelijke [Nivel Panel Verpleging & Verzorging](#). In een online vragenlijst voor een ander onderzoek werden deelnemers gevraagd of zij bereid waren om mee te doen aan een groepsgesprek over de samenwerking met informele zorg. Deze vragenlijst was verzonden naar 629 verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de wijkverpleging. In de vragenlijst gaven 33 verpleegkundigen aan te willen deelnemen. Bij de selectie van de deelnemers is gestreefd naar een combinatie van zorgprofessionals in verschillende functies. In totaal hebben vier zorgprofessionals deelgenomen aan de bijeenkomst. Twee van hen waren werkzaam als verpleegkundige in de wijk (met een mbo-opleiding) en twee als wijkverpleegkundigen (met een hbo-opleiding). Twee deelnemers waren man en twee deelnemers waren vrouw.

Naast het groepsgesprek stuurden we een mail met vragen naar de zorgprofessionals die niet beschikbaar waren op de gekozen datum. We ontvingen daarop nog twee aanvullende reacties.

De bijeenkomst met mantelzorgers

De bijeenkomst met mantelzorgers vond plaats op 14 maart 2025. De bijeenkomst vond fysiek plaats bij het Nivel in Utrecht. Deelnemers zijn geworven via het [Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg](#). Een steekproef van 2.000 panelleden, representatief voor de algemene bevolking in Nederland naar leeftijd en geslacht, ontving een online uitnodiging om deel te nemen aan de bijeenkomst. Aan hen is gevraagd of zij wilden en konden deelnemen aan de bijeenkomst op 14 maart 2025. De uitnodiging ging gepaard met aanvullende vragen over het verlenen van mantelzorg binnen en buiten het eigen huishouden. Er is één reminder verstuurd. In totaal gaven 28 panelleden

aan te willen deelnemen aan de bijeenkomst en beschikbaar te zijn op 14 maart. Hieruit zijn de deelnemers geselecteerd. Bij de selectie van de deelnemers is geprobeerd een zo divers mogelijke groep samen te stellen. In totaal hebben negen panelleden deelgenomen aan de bijeenkomst. Acht van hen gaven mantelzorg of hebben mantelzorg gegeven, één was bereid om mantelzorg te geven. Vijf deelnemers waren man en vier deelnemers waren vrouw.

De gezamenlijke bijeenkomst

De gezamenlijke bijeenkomst vond plaats op 16 juli 2025 bij het Nivel in Utrecht. In totaal namen zeventien mensen deel aan de bijeenkomst.

Voor de werving van (wijk)verpleegkundigen voor de gezamenlijke bijeenkomst zijn de 33 verpleegkundigen die zich hadden aangemeld voor de eerste bijeenkomst opnieuw benaderd of zij wilden deelnemen aan de gezamenlijke bijeenkomst. Daarnaast is een oproep tot deelname aan de bijeenkomst verspreid via LinkedIn van het Nivel en zijn de zorgorganisaties die zijn aangesloten bij Utrechtzorg benaderd door Utrechtzorg. In totaal hebben er negen (wijk)verpleegkundigen deelgenomen aan de bijeenkomst. Eén van hen was werkzaam als verpleegkundige in de wijk en zeven als wijkverpleegkundigen. Daarnaast nam één deelnemer deel vanuit diens functie als beleidsadviseur op het gebied van mantelzorg bij een werkgeversorganisatie voor wijkverpleging. Twee deelnemers waren man en zeven waren vrouw.

Voor de werving van mantelzorgers voor de gezamenlijke bijeenkomst zijn de mensen die hebben deelgenomen aan de tweede bijeenkomst, of die hadden aangegeven interesse te hebben in deze bijeenkomst maar toen niet konden, opnieuw benaderd voor de gezamenlijke bijeenkomst. Daarnaast is een aanvullende werving opgezet. Hierbij ontving een steekproef van 2.000 leden van het [Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg](#), representatief voor de algemene bevolking in Nederland naar leeftijd en geslacht, een online uitnodiging voor deelname. Daarbij werden wederom een aantal aanvullende vragen gesteld over het verlenen van mantelzorg. Er is één reminder verstuurd. Alleen panelleden die aangaven op dit moment mantelzorg te verlenen of dit in het verleden te hebben gedaan, kwamen in aanmerking voor deelname. In totaal hebben acht panelleden deelgenomen aan de bijeenkomst. Vier deelnemers waren man en vier deelnemers waren vrouw.

2.1.2 Inhoud van de bijeenkomsten

De eerste twee bijeenkomsten zijn gestructureerd aan de hand van een topic list die is opgesteld door onderzoekers van het Nivel, in samenwerking met Utrechtzorg. Er is voor iedere bijeenkomst een aparte topic list ontwikkeld, hoewel er deels overlap was in de thema's. Voor het opstellen van de topic lists zijn brainstormsessies georganiseerd, waaraan ook Utrechtzorg heeft deelgenomen. Daarnaast is gebruikgemaakt van relevante literatuur bij het opstellen van de topic lists. Er is onder andere gebruik gemaakt van het SOFA-model, dat de rollen van mantelzorgers beschrijft (Zorg voor Beter, 2022). Onderwerpen die zijn besproken tijdens de bijeenkomsten zijn onder andere de definitie van informele zorg, voorbeelden van taken van informele zorgverleners en de ervaren samenwerking tussen formele en informele zorgverleners. De topic lists zijn te vinden in Bijlage A.

Het programma van de gezamenlijke bijeenkomst is opgesteld door onderzoekers van het Nivel, in samenwerking met Utrechtzorg. Daarbij zijn de belangrijkste bevindingen uit de eerste twee bijeenkomsten als input gebruikt. Onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de gezamenlijke bijeenkomst waren de taken en verantwoordelijkheden van (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers, scholing en randvoorwaarden en de communicatie tussen (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers. Daarnaast is een presentatie gegeven door een verpleegkundig-onderzoeker over het

mantelzorgprogramma van het Amsterdam UMC, waarbij mantelzorgers getraind worden om na een operatie van een naaste zorgtaken uit te voeren bij hun naaste. Een volledig overzicht van het programma is te vinden in Bijlage B.

2.1.3 Toestemming en vergoedingen

Aan het begin van de bijeenkomsten is aan de deelnemers gevraagd om toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek en voor het verzamelen, bewaren en gebruiken van hun gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. Bij de gezamenlijke bijeenkomst is daarnaast gevraagd om toestemming om foto's te maken. Ook als mensen niet op de foto wilden, konden ze deelnemen aan de bijeenkomst. Een aantal foto's van de gezamenlijke bijeenkomst zijn opgenomen in dit verslag. Alle deelnemers kregen een cadeaukaart als dank voor hun deelname. Ook werden in het geval van een bijeenkomst op locatie de reiskosten vergoed.

2.1.4 Analyse van de bijeenkomsten

Met toestemming van de deelnemers zijn de twee afzonderlijke bijeenkomsten opgenomen. Tijdens de gezamenlijke bijeenkomst zijn de gesprekken in de subgroepen opgenomen. Tijdens alle bijeenkomsten maakten onderzoekers van het Nivel notulen. Daarnaast legden deelnemers zelf resultaten vast, zonder tussenkomst van de onderzoekers. Tijdens de bijeenkomst met mantelzorgers is bijvoorbeeld aan de deelnemers gevraagd om een mindmap te maken van de taken van mantelzorgers. En tijdens de gezamenlijke bijeenkomst is aan deelnemers gevraagd om in groepjes vragen te beantwoorden, waarbij zij hun antwoorden konden opschrijven. De notulen van de onderzoekers, opnames en door de deelnemers gemaakte opdrachten zijn gebruikt als input voor deze rapportage. Daarnaast is voor iedere bijeenkomst een zogeheten member check uitgevoerd. Een samenvatting met daarin de belangrijkste resultaten en conclusies van de bijeenkomsten zijn per e-mail voorgelegd aan de deelnemers. Zij konden hier een reactie op geven.

2.2 Prognoses arbeidsmarkttekorten

Om tot een prognose te komen van wat een betere afstemming tussen formele en informele zorg doet met betrekking tot de arbeidsmarkttuitkomsten zijn enkele scenario's geschetst op basis van de resultaten van de bijeenkomsten. Deze scenario's zijn doorberekend in het prognosemodel zorg en welzijn, waar verschillende parameters kunnen worden aangepast in de scenario-editortool die het prognosemodel biedt (voor meer informatie, zie: <https://prognosemodelzw.nl/>). Het Prognosemodel Zorg en Welzijn biedt inzicht in de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar arbeid en het aanbod van personeel tot 2034. De voorspellingen houden rekening met verschillende scenario's, waardoor er een breed beeld ontstaat van de toekomstige arbeidsmarkt in de zorg en welzijnssector. Voor deze doorrekeningen is steeds uitgegaan van het Referentiescenario 2025. Het Referentiescenario gaat uit van de zorgvraag die volgt uit demografische ontwikkelingen en trends in de realisatiecijfers, waarbij 2023 voor de meeste indicatoren het laatste meetjaar is. Samen met branche-experts en de begeleidingscommissie van het prognosemodel zijn verwachtingen opgesteld over hoe het zorggebruik zich verder ontwikkelt. Omdat de eerder ingezette daling van het ziekteverzuim niet aanhoudt, wordt in de prognose aangenomen dat het verzuim de komende jaren gelijk blijft aan het niveau van eind 2023.

Door aan verschillende knoppen te draaien kan bepaald worden welk effect een verbeterde samenwerking tussen formele en informele zorg heeft op de te verwachten tekorten in de sector zorg en welzijn in de komende tien jaar. De input voor de parameters in deze scenario's is gebaseerd op de resultaten van de bijeenkomsten. Hierbij lag de focus op de knop waarmee het verlagen van het volume zorggebruik gesimuleerd wordt en wat dit mogelijk kan doen met de te verwachte

tekorten in de branche thuiszorg. Daarbij wordt het percentage van cliënten met wijkverpleging aangepast. Hierbij worden verschillende scenario's met verschillende effectgrootte geschetst. Er is gekozen voor verschillende effectgroottes van 5 tot 15% daling van het aantal cliënten in de wijkverpleging met een verschillende tijdsperiode waarin het effect bereikt wordt. Deze range is gebaseerd op een combinatie van drie informatiebronnen: inzichten uit de bijeenkomsten, expertkennis over taakverdeling, en een plausibele vertaling van deze inzichten naar kwantitatieve scenario's.

3 Resultaten van de bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen

Belangrijkste resultaten

- Deelnemende (wijk)verpleegkundigen zagen twee groepen mantelzorgers: naasten, zoals familie, vrienden en burens, en vrijwilligers.
- Volgens (wijk)verpleegkundigen is er meer focus komen te liggen op zelfredzaamheid in de zorgverlening, waarbij meer taken worden opgepakt door cliënten en hun naasten zelf. De rol van de wijkverpleging verandert daardoor.
- (Wijk)verpleegkundigen gaven aan dat het belangrijk is om in een beginstadium contact op te nemen met naasten, waarna verwachtingen worden uitgesproken en taken worden afgestemd.
- Bij de samenwerking tussen formele en informele zorgverleners zijn volgens (wijk)verpleegkundigen heldere communicatie en naar elkaar luisteren, de bereidheid om elkaar te helpen en de ruimte en tijd om elkaar te helpen het belangrijkste.

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen.

3.1 Definitie en taken informele zorg

Onder informele zorg verstaan de deelnemende verpleegkundigen zorg die wordt gegeven door diverse personen in de omgeving van cliënten. Hierbij zien zij twee groepen: de groep van familie, vrienden en burens en de groep vrijwilligers vanuit verschillende initiatieven. Een deelnemer benoemt als onderscheid tussen deze groepen dat de eerste groep te maken krijgt met informele zorgverlening omdat hun naaste zorg nodig heeft en een beroep op hen doet en de tweede groep ervoor kiest om informele zorg te gaan geven:

“Daarnaast heb je dan het informele netwerk wat eigenlijk gewoon het doet omdat ze graag hulp bieden, dus zij willen graag hulp bieden. Omdat ze daar zelf ook een goed gevoel bij krijgen. En dat zijn dan de vrijwilligers, zoals in het buurthuis. Maar ook maatjes, ook in bijvoorbeeld initiatieven die wat meer de buurtgemeenschap doen laten floreren, zoals buurtcirkels of van die zorgzame buurten.”
(Verpleegkundige)

Ook zien deelnemers verschillen in welke taken de informele zorgverleners op zich nemen. Vrijwilligers, vrienden en burens doen vaker meer welzijn gerelateerde taken, zoals koken, kletsen, samen lezen en in de tuin werken. Dit helpt om eenzaamheid te bestrijden. De ervaring van de deelnemers is dat deze personen geen taken rondom persoonlijke verzorging doen. Partners en familieleden nemen vaker fysieke zorg gerelateerde taken van de wijkverpleging over, zoals ogen druppelen of steunkousen aandoen.

3.2 Achtergrondkenmerken invloed op informele zorg

De deelnemers zien dat dochters vaker fysieke zorg willen doen dan zoons. De zoons pakken vaker technische zaken op. Ook zien ze een ander rollenpatroon bij mensen met een migratieachtergrond.

Hier wordt het als vanzelfsprekender gezien dat er voor ouderen gezorgd wordt. Eén van de deelnemers is werkzaam in een diverse omgeving wat betreft culturele achtergronden. Daar is de informele zorg goed geregeld, soms zo goed dat het als formele zorgverlener lastig is om te helpen. Formele zorgverleners hebben hier vooral een adviserende en coachende rol. Wanneer de kinderen meer ingeburgerd zijn, ziet een deelnemer dat de kinderen minder tijd nemen om voor hun ouders te zorgen. Ook zie je soms een meningsverschil tussen informele zorgverleners onderling en daar bemiddelt de verpleegkundige dan in. Bij mensen met een migratieachtergrond is het volgens deelnemers lastiger om vrijwilligers te vinden vanwege de taalbarrière:

“Ik heb bijvoorbeeld ook te maken met migratie ouderen. En dan is er een taalbarrière waar ik zelf ook last van heb en daar zijn we weer moeilijker vrijwilligers voor te vinden.” (Verpleegkundige)

Een andere deelnemer is werkzaam in een regio met veel inwoners met een christelijke achtergrond. Zij heeft meerdere keren ervaren dat familieleden de zorg overnemen van de wijkverpleging, zoals een familie die de zorg voor een bedlegerige vrouw tijdens de coronapandemie helemaal overnam.

3.3 Verandering taken (wijk)verpleegkundige

De deelnemende verpleegkundigen zien de informele zorg soms als aanvullend en soms als vervangend. Ze zien een verandering in de taken die zij als (wijk)verpleegkundige moeten uitvoeren ten opzichte van tien jaar geleden. Voorheen werden taken zoals insuline spuiten opgepakt door de (wijk)verpleegkundige, maar nu doet informele zorg dit vaker volgens de verpleegkundigen. Volgens hen is de insteek daarbij zelfredzaamheid en het afpellen van de zorgvraag. Er wordt eerst gekeken wat mensen zelf kunnen, waar kan ook met hulpmiddelen, vervolgens wat het netwerk kan en dan pas komt de inzet van wijkverpleging. Een voorbeeld hiervan dat werd genoemd is de hulpmiddelentas, waar een druppelbril in zit waarmee mensen zelf hun ogen kunnen druppelen, bijvoorbeeld na een staaroperatie. Deze verandering in taken voor de wijkverpleging is nodig volgens de verpleegkundigen, gezien de tekorten in zorgprofessionals.

“Komt bijvoorbeeld een zorgvraag binnen staaroperatie ogen druppelen. Dan kunnen we wel op intake, maar neem een druppelbril mee, want misschien kan iemand het zelf en dan hoeft professionele zorg of mantelzorg niet ingezet te worden als iemand het zelf kan.” (Verpleegkundige)

De (wijk)verpleegkundigen geven aan dat er veel meer ‘out of the box’ gedacht kan worden in het zoeken naar oplossingen en inzet van informele zorg. Zij zien dat er maatjesachtige processen ontstaan als burens elkaar gaan helpen. Volgens de verpleegkundigen is het belangrijk om te onthouden dat hun rol aan het veranderen is door de toegenomen focus op de zelfredzaamheid van mensen.

3.4 Afstemmen van taken

De taakverdeling tussen de informele zorgverlener en de (wijk)verpleegkundige komt volgens de deelnemers in eerste instantie als een natuurlijk proces tot stand. Wanneer deze taakverdeling niet wordt nagekomen, moeten volgens de (wijk)verpleegkundigen duidelijkere afspraken worden gemaakt. Volgens hen is het belangrijk dat de taken tussen de informele zorgverleners en verpleegkundigen goed worden afgestemd. Verpleegkundigen gaven aan een spin in het web te zijn, waarbij ze contact maken met de familie en het bredere sociale netwerk. Daarbij is het volgens hen

van belang om de verwachtingen van de betrokkenen te bespreken, waarbij het afhankelijk is van de situatie hoe taken worden afgestemd. Wanneer de familie bepaalde dingen van de (wijk)verpleegkundige vraagt die niet tot het takenpakket behoren, wordt er door verpleegkundigen gekeken naar andere oplossingen vanuit informele zorgverleners. In het samenwerkingsproces is het volgens de verpleegkundigen belangrijk dat de informele zorgverleners en (wijk)verpleging elkaar zien en ontmoeten en weten wat ze aan elkaar hebben. Verpleegkundigen gaven aan dat er creatief moet worden nagedacht in het zoeken naar oplossingen:

“Ja toch wel volhouden tot we dat niet doen en opties geven van er is een koffieochtend. U kunt ook beeldbellen met uw vader of moeder. U kunt elke ochtend zelf een belletje doen. U kunt vragen aan een buurvrouw of die wat kan doen of ja doorverwijzen naar betaald gezelschap.” (Verpleegkundige)

Daarnaast noemen de deelnemende verpleegkundigen verschillende initiatieven om informele zorgverleners zorghandelingen aan te leren. Zij gaven aan dat dit proces vaak als volgt in het werk gaat: eerst uitleggen hoe iets werkt, daarna een of twee keer doen met begeleiding en dan is iemand in staat om het zelf te doen. Een voorbeeld hiervan is de werkplaats bij het universitaire ziekenhuis van Maastricht. De deelnemers noemen dat ook op andere plekken dergelijke initiatieven lopen. De verpleegkundigen zien vaak een kennistekort bij informele zorgverleners. Ook denken informele zorgverleners volgens hen soms, onterecht, dat zij bepaalde handelingen niet mogen doen. Volgens de deelnemers moet er voordat informele zorgverleners handelingen van hen kunnen overnemen eerst een gesprek plaatsvinden tussen de informele zorgverlener en de (wijk)verpleegkundige, waarbij de communicatie en overdracht belangrijk zijn. De voorkeur van verpleegkundigen is wel om de cliënt de handeling zelf te leren, omdat een informele zorgverlener kan wegvallen.

3.5 Communicatie

Deelnemers gaven aan dat de communicatie tussen de (wijk)verpleegkundige en informele zorgverlener veelal loopt via de telefoon, een cliëntportaal (Caren zorg) of de kalender/agenda bij de cliënt thuis. In sommige situaties worden er groepsapps opgericht om de zorgvraag te verdelen. Bij situaties waar de familie veel zorg heeft overgenomen, worden deze middelen gebruikt om de situatie in de gaten te houden. (Wijk)verpleegkundigen gaven aan dat zij mensen ook erop kunnen attenderen dat het belangrijk is om mensen om zich heen te verzamelen die taken voor hun kunnen doen.

“En ja, ik heb daar wel van geleerd dat je mensen ook moet attenderen erop dat ze mensen om zich heen gaan verzamelen. En ik denk dat dat wel een heel belangrijk punt is wat wij kunnen doen.” (Verpleegkundige)

3.6 Belasting informele zorgverlener

De ene informele zorgverlener kan heel veel en voor de andere is het al snel teveel, aldus de deelnemende verpleegkundigen. Dit heeft volgens hen te maken met factoren zoals de onderlinge relatie, reistijd, werk- en gezinssituatie en leeftijd van de informele zorgverlener zelf. De (wijk)verpleegkundige gaat samen met de cliënt en de informele zorgverlener op zoek naar de balans in taken. Zo wordt gekeken welke kleinere taken haalbaar zijn om op te pakken door de informele zorgverlener. Daarbij proberen (wijk)verpleegkundigen ook rekening te houden met zaken als dat partners ook partner willen blijven. Zij twijfelen alleen of hier in de toekomst nog rekening mee kan

worden gehouden. Dit komt door de grote groep mensen die zorg nodig heeft en de kleinere groep om deze zorg te bieden.

3.7 Belang van het sociale netwerk

Volgens de deelnemende verpleegkundigen moet er gekeken worden hoe mensen weer meer voor elkaar kunnen gaan zorgen in wijken en buurten. Zij gaven aan dat er over het algemeen drie vragen kunnen worden onderscheiden: welzijnsvragen, vragen die bij het leven horen en zorgvragen. (Wijk)verpleegkundigen moeten er alerter op zijn om te kijken wat de vraag is als ze bij iemand komen, omdat welzijnsvragen zich volgens hen steeds vaker presenteren als zorgvragen. Zij ervaren dat er een stigma zit op eenzaamheid bij ouderen. Volgens hen kan eenzaamheid worden tegengegaan door een zorgzame buurt met iemand die bijvoorbeeld een kopje koffie komt drinken. Een deelnemer geeft ook aan dat ouderen graag willen leren hoe ze een informeel netwerk in kunnen zetten, maar het moeilijk vinden om hulp te vragen. Deze deelnemer gaf aan dat sommige ouderen zien dat informele zorg de toekomst is en graag hulp willen geven.

“Er is nog steeds een stigma op en dan vraag ik van, verveelt u zich weleens. Dan heb je wel zo een ingang, maar vaak die verveling die presenteert zich weer als fysieke zorgvraag, dus enerzijds aan ons als wijkverpleging om dat goed in te schatten en ook door te verwijzen.” (Verpleegkundige)

Een deelnemer geeft aan dat er vanuit de wijkverpleging nog veel aan gedaan kan worden om het informele netwerk in kaart te brengen. Een voorbeeld hiervan is de sociale kaart van de wijk. Hierop is te zien wat er allemaal georganiseerd wordt in de wijk en dat helpt om mensen door te verwijzen. Het in kaart brengen van een sociaal netwerk is volgens deelnemende verpleegkundigen een positieve verbreding van het takenpakket van de (wijk)verpleegkundige.

3.8 Verbeteringen

Om de samenwerking tussen de (wijk)verpleegkundige en de informele zorgverlener te verbeteren is hier meer tijd voor nodig volgens de deelnemers. Zij geven aan dat zorgverzekeraars en gemeenten de wijkverpleging de ruimte moeten geven om taken uit te voeren. Volgens de verpleegkundigen vormt het bekostigingssysteem hierbij een belemmering. Volgens hen is dit vooral ingesteld op het verlenen van zorg en niet het voorkomen van zorg, waardoor er geen ruimte is om te focussen op preventie. Voor het maken van bijvoorbeeld een sociale kaart hebben de (wijk)verpleegkundigen eigenlijk geen tijd. Zij noemen aan dat er veel barrières zijn om iets voor het informele netwerk te doen. Een deelnemer geeft aan dat je ook enthousiast moet zijn en het gewoon moet gaan doen. De gemeente zou ook een rol kunnen spelen in het helpen onderhouden of opzetten van een sociaal netwerk.

“Maar ergens denk ik eerder dat je moet zitten als je het informele netwerk wat meer wil stimuleren, bijvoorbeeld op, gemeenten weten wanneer mensen met pensioen gaan. En dan zou je bijvoorbeeld ‘vitaal ouder worden’ bijeenkomsten kunnen organiseren waarin bijvoorbeeld naar voren komt van joh, hoe ga jij dadelijk je sociale netwerk inrichten nadat jij stopt met werken? Want dan verandert er heel veel. En blijf er ook in investeren of wordt maatje hier of ga vrijwilliger daar worden. Ik denk dat je daar al heel veel winst kan gaan behalen op het moment dat iemand met pensioen gaat.” (Verpleegkundige)

Verder geven deelnemende (wijk)verpleegkundigen aan dat zij beperkt geschoold worden in het opzetten of betrekken van het informele netwerk. Dit hebben zij zelf moeten uitvinden. Zij geven aan dat dit voor iemand die net afgestudeerd is lastig kan zijn. Het curriculum kan hierop verbeterd worden, omdat hierin volgens de verpleegkundigen teveel wordt gefocust op het klinische gedeelte. Jongere, net afgestudeerde wijkverpleegkundigen besteden hier daarom vaak de meeste aandacht aan volgens de deelnemers, terwijl het tijdig betrekken van het informele netwerk ook belangrijk is.

3.9 Afsluitende vraag – Wat is het belangrijkste in de samenwerking?

Volgens de (wijk)verpleegkundigen zijn de volgende aspecten het meest belangrijk in de samenwerking met informele zorgverleners:

- Heldere communicatie en goed luisteren naar elkaar.
- Bereid zijn om elkaar te helpen.
- Ruimte en tijd krijgen om te helpen.

4 Resultaten van de bijeenkomst met mantelzorgers

Belangrijkste resultaten

- Volgens de deelnemende mantelzorgers behoren veel verschillende taken tot mantelzorg. Zij zagen mantelzorg als ondersteuning in de breedste zin van het woord.
- Bij het verlenen van mantelzorg ervaren mantelzorgers verschillende knelpunten, onder andere op het gebied van het combineren van mantelzorg met betaald werk en andere bezigheden. Ook werden regeltaken, zoals het aanvragen van hulpmiddelen of indicaties, als ingewikkeld ervaren. Regelingen zijn voor mantelzorgers niet altijd duidelijk.
- Meer flexibiliteit vanuit werkgevers en een ruimere verlofregeling zou volgens mantelzorgers helpen bij het combineren van mantelzorgtaken met betaald werk.
- Door wisselende zorgverleners is er niet één vast aanspreekpunt in de wijkverpleging waar mantelzorgers contact mee hebben. Dit bemoeilijkt het contact.
- In de samenwerking tussen mantelzorger en zorgverlener werd goede communicatie en open contact gezien als belangrijk door de mantelzorgers.

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de bijeenkomst met mantelzorgers.

4.1 Wat is mantelzorg?

Middels mindmaps is aan de deelnemers gevraagd wat zij onder mantelzorg verstaan. Een voorbeeld van een mindmap is te vinden in Bijlage C. Hierbij zijn veel verschillende taken genoemd. Mantelzorg is heel breed volgens de deelnemers. Iemand benoemt het ondersteunen in breedste zin. Hier gaat het bijvoorbeeld over het woord doen en er zijn voor diegene. Ook wordt genoemd dat er veel moet worden geregeld voor degene die mantelzorg krijgt. Hiervoor moet de mantelzorger zich eerst zelf verdiepen in de materie, voordat er bijvoorbeeld een aanvraag voor iets gedaan kan worden of voordat er een keuze gemaakt kan worden. Een mantelzorger heeft volgens de deelnemers veel verantwoordelijkheid. De mantelzorger moet belangen behartigen voor iemand die dat zelf niet kan. Naast het regelen en behartigen van belangen, noemden de deelnemers ook persoonlijke aandacht en verzorging die iemand van de verpleging niet ontvangt als taken. Ook worden koken, de post halen en het verhaal aanhoren benoemd. Verder moet een mantelzorger vaak mee naar afspraken, zoals in het ziekenhuis. Tot slot worden taken zoals wassen en aankleden benoemd en komen verpleegkundige taken aan bod. Hierover verschillen de deelnemers van mening of dit de taken zijn van een mantelzorger. Een deelnemer die aan haar kind mantelzorg verleent, geeft verder nog aan dat het proces van mantelzorgen in het begin heel erg zoeken was. Als ouder en kind is het lastig om te zien wat gebruikelijke zorg is en wat niet.

De deelnemers noemen ook nog dat wat de overheid als mantelzorg schetst, zoals boodschappen doen of de hond uitlaten voor iemand, dit niet de taken zijn die mantelzorg zwaar maken. Dat zijn de andere taken zoals het regelen organisatorische zaken en persoonlijke verzorging.

“Een mantelzorger doet alles wat voor handen komt. Ik heb mezelf verbaasd wat ik voor deze persoon heb gedaan en wat ik kan.” (Mantelzorger)

volgens een deelnemer geleefd en sta je continu aan. De deelnemer gaf aan daarbij ook nog met de eigen waardigheid bezig te zijn en diegene waar je mantelzorg aan levert niet te willen teleurstellen.

“Het kost zoveel energie om iedere keer op te komen voor een ander, terwijl je je eigen rompslomp ook hebt. Je moet continu opkomen voor een ander en dan heb je de zorg er ook nog bij. Je hebt gewoon drie taken.” (Mantelzorger)

Een deelnemer noemde dat bij het verlenen van verpleegkundige taken als mantelzorger het lastig is dat je erop wordt ‘afgerekend’ als er iets misgaat, terwijl je er niet bevoegd voor bent. Hier waren een aantal andere deelnemers het mee eens. Zij gaven aan dat mantelzorgers hun taken naar behoren uitvoeren en iets doen waar eigenlijk een diploma voor nodig is. Ook noemde de deelnemer dat je als mantelzorger een training krijgt van een uurtje en contact kan opnemen als er iets misgaat. Soms is er een filmpje met uitleg beschikbaar. Dit is volgens de deelnemer alle training die je krijgt voor iets waar een professional een opleiding voor volgt.

Een deelnemer die ook verpleegkundige is, geeft aan dat er een grote leegloop onder verpleegkundigen is vanwege de werkdruk, maar hierdoor wordt de druk op de mantelzorger ook steeds hoger. Deelnemers geven aan dat de overheid er vanuit gaat dat er mantelzorg aan iedereen gegeven kan worden, terwijl mensen hier vaak geen tijd voor hebben. Een deelnemer geeft aan een burn-out van het geven van mantelzorg te hebben gekregen, maar de mantelzorg moet doorgaan omdat er niemand anders is die het oppakt. Ook een andere deelnemer herkent dat in haar omgeving burn-outs volgen uit het geven van mantelzorg gecombineerd met werk. Een van de deelnemers had een eigen zaak, maar hier is hij mee gestopt om te kunnen mantelzorgen.

“Wie gaat het dan doen? Dan is het jij of jij.” (Mantelzorger)

4.4 Ondersteuning om mantelzorg te kunnen verlenen

Deelnemers geven aan dat mantelzorg lastig te combineren is met werk. Zij moeten hierbij blijven werken om rond te komen. Ze gaven aan dat het makkelijker zou zijn als ze minder uren konden werken om werk en mantelzorg beter te kunnen combineren. Het verlof dat opgenomen kan worden is namelijk niet genoeg (twee weken zorgverlof werd genoemd). Er zou een ruimere verlofregeling moeten komen om te kunnen mantelzorgen volgens de mantelzorgers. Stoppen met werken is namelijk geen optie volgens hen; er moet geld verdiend worden en daarnaast wordt aangegeven dat werk goede afleiding is. Sommige banen geven wel de mogelijkheid om wat te schuiven met werktijden, maar waar deelnemers tegenaan lopen is dat veel mantelzorgtaken overdag plaatsvinden. Een deelnemer geeft aan avonddiensten te werken om in de ochtend mantelzorg te kunnen verlenen. Als dit niet had gekund, had de deelnemer onbetaald zorgverlof of vakantiedagen moeten opnemen.

“Ik mis mijn werk verschrikkelijk. Het was ook mijn sociale leven en afleiding” (Mantelzorger)

“Ik werk in ploegendienst – ochtend is voor mantelzorg en avond is voor werk. Als ik het anders had moeten regelen, had ik onbetaald zorgverlof moeten opnemen of vakantiedagen. Vakantiedagen heb je nodig om bij te komen. Het is kiezen tussen twee kwaden.” (Mantelzorger)

Deelnemers geven aan wanneer ze zelf aan de bel trekken omdat het niet meer lukt, er weinig opties om de mantelzorg over te nemen worden geboden. Het lukt hen ook niet om pauze te nemen van de

mantelzorg, omdat niemand anders de zorg op zich kan nemen. Een deelnemer geeft aan dat hij ervaren heeft dat de situatie eerst mis moet gaan voordat er hulp komt.

“Misschien moet je ook een weekendje weg. Maar wie neemt de zorg dan op zich? Je kunt geen pauze nemen.” (Mantelzorger)

Om de mantelzorger te ontlasten wordt over dagbesteding zoals zorgboerderijen gesproken door de deelnemers. Dit zou een mogelijke oplossing zijn, maar ze zijn vaak erg duur of vol vanwege een tekort aan medewerkers. Volgens de deelnemers zou de overheid kunnen kijken naar dergelijke mogelijkheden.

Verder geven de deelnemers aan dat bij aanvragen voor ondersteuning gekeken wordt wie mogelijk in de buurt woont om te helpen. Daarop wordt volgens deelnemers gebaseerd op hoeveel zorg iemand recht heeft. Wanneer veel familie in de buurt woont, krijgt iemand automatisch minder zorg toegewezen. Daarnaast zijn volgens de deelnemers de wachttijden voor ondersteuning lang. Als voorbeeld noemde een deelnemer dat haar vader voor revalidatie op en neer moest naar de locatie van de revalidatie, maar dat het zes weken duurde voordat een aanvraag voor taxi werd behandeld. Terwijl de revalidatie maar acht weken zou duren. Voor het alternatief, revalidatie aan huis, waren minder uren beschikbaar, waardoor de deelnemer besloot haar vader zelf naar de revalidatielocatie te brengen.

“Je doet het toch wel, want je laat iemand niet aan zijn lot over.” (Mantelzorger)

Het regelwerk dat bij mantelzorg komt kijken, zou makkelijker zijn volgens de deelnemers als het landelijk geregeld is, in plaats van dat het per gemeente erg kan verschillen. De communicatie over het regelwerk moet volgens de deelnemers een stuk beter met transparante regels en duidelijkheid over kosten. Als voorbeeld noemt een deelnemer dat een gemeente bijeenkomsten kan organiseren waar je naartoe kan met vragen. Een andere deelnemer kaart aan dat er cliëntondersteuning bestaat, hier waren niet alle deelnemers van op de hoogte. Helaas zijn volgens deze deelnemer de wachttijden hiervoor lang door de grote vraag en is de kwaliteit van de ondersteuning hierdoor ook afgenomen.

Deelnemers geven aan dat veel dat geregeld moet worden, via de computer moet, wat het lastig maakt om dingen voor iemand anders te regelen. Ook staan er soms moeilijke woorden in de post, zoals in brieven van het UWV. Een deelnemer noemt aan dat het beheren van een persoonsgebonden budget complex is en streng wordt gecontroleerd, wat kan leiden tot extra kosten als je per ongeluk iets verkeerd doet. Verder is mantelzorg financieel gezien af en toe belastend volgens de deelnemers, omdat ze niet altijd alles kunnen verhalen op de persoon waaraan mantelzorg wordt verleend. Als voorbeeld wordt bijvoorbeeld de benzine voor het rijden genoemd.

4.5 Samenwerken en afstemmen

In de samenwerking met formele zorgverleners lopen de deelnemers tegen verschillende dingen aan. Het schema van de thuiszorg verandert vaak waardoor verpleegkundigen ineens voor de deur staan. Hierin zou het volgens de deelnemers fijn zijn als de verpleegkundigen even belt of een appje stuurt dat ze eraan komen. Deze communicatie mag een stuk beter volgens hen. Verder ervaren mantelzorgers veel wisselingen van zorgverleners, waardoor zij dingen steeds opnieuw moeten uitleggen.

In het geven van zorg door een zorgverlener wordt er volgens de deelnemers vaak uitgegaan van de standaard patiënt, maar er is geen standaard patiënt. Hierdoor vinden zij de tijdvakken waar in de thuiszorg mee gewerkt wordt lastig. De ene patiënt heeft namelijk meer tijd nodig dan de andere. Daarnaast geven deelnemers aan dat materialen voor bijvoorbeeld wondverzorging door mantelzorgers zelf besteld worden. Door dit soort factoren zijn taken zoals een wond verschonen makkelijker om zelf te gaan doen. In de samenwerking met de wijkverpleging geven deelnemers ook aan dat ze het lastig vinden om in te schatten wanneer zij betrokken worden door de zorgverleners.

Deelnemers waar zorgverleners thuis komen, vinden dit soms lastig. Zorgverleners geven volgens de deelnemers namelijk wel eens een beoordelende of kritische blik op de persoonlijke levenssfeer (bijvoorbeeld heeft u de afwas nog niet gedaan of wat staat er veel afwas). Daarnaast vinden deelnemers het soms lastig om zoveel verschillende mensen in huis te hebben, omdat ze een deel van hun privacy verliezen. Bij bijvoorbeeld een ziekenhuisbezoek wordt dit niet zo ervaren, omdat het niet de eigen persoonlijke omgeving is.

Er wordt op verschillende manieren gecommuniceerd tussen zorgverleners en mantelzorgers, volgens de deelnemers. Een manier van communicatie die wordt genoemd is de map bij de patiënt, dit vinden de deelnemers prettig. Verder zou het volgens hen fijn zijn als sommige dingen telefonisch gaan voor de oudere generaties. De voorkeuren wat betreft communicatie zouden volgens de deelnemers ook bij een intake besproken kunnen worden. Communicatie verloopt lastiger wanneer je mantelzorger bent voor iemand die geen familie is, geven enkele van de deelnemers aan. Hierdoor is toegang tot gegevens lastiger.

“Maar ik herken dit, want je bent geen familie. Dus je wordt niet benaderd, je wordt niet serieus daarin genomen. Of je krijgt soms zelfs gegevens niet. Dan moet je dus toestemming van diegene zelf hebben en als dat niet op dat moment kan, heb je een probleem.” (Mantelzorger)

Verder wat betreft communicatie, zou de informatie-uitwisseling tussen verschillende zorginstellingen beter kunnen volgens de mantelzorgers. Zij gaven aan dat gegevens niet makkelijk worden gedeeld en hiervoor vaak toestemming nodig is van de cliënt zelf. Dit is niet altijd een mogelijkheid. Ook geven deelnemers aan dat ze hierdoor tijd kwijt zijn om zaken steeds opnieuw te vertellen.

Deelnemers wijzen op positieve ervaringen in de samenwerking met zorgverleners wanneer ze ondersteuning krijgen in het regelen van de zorg (bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige die belt met de huisarts of de apotheek) of wanneer er door verpleegkundigen wat meer tijd genomen wordt voor hun naaste.

4.6 Afsluitende vraag – Wat is het belangrijkste in de samenwerking?

In de samenwerking tussen mantelzorger en zorgverlener wordt goede communicatie en open contact gezien als belangrijk door de deelnemende mantelzorgers. De deelnemers ervaren dat medewerkers in de thuiszorg door de tijdsdruk hun taak vaak mechanisch afhandelen. Dit taakgerichte wordt thuis als minder prettig ervaren dan in het ziekenhuis. Verder zou de samenwerking volgens de deelnemers verbeterd kunnen worden door meer respect voor de mantelzorger en duidelijke communicatie wanneer er iets fout gaat.

“Wees open in de communicatie en duidelijk wanneer er iets fout gaat. Je bent als mantelzorger ook geen onmens en je weet uit eigen levenservaring dat dingen soms gewoon mislopen. Maar wees dan open en eerlijk om nieuwe afspraken en duidelijkheid te creëren voor zowel de patiënt als zijn omgeving.” (Mantelzorger)

De rol van de mantelzorger zou volgens de deelnemers makkelijker worden als er minder dingen geregeld moeten worden via de telefoon. Dit is iets wat een zorgverlener niet kan overnemen en erg veel tijd kost. Mantelzorgers denken dat helderheid en duidelijke regels het regelen makkelijker zouden maken. Daarbij moet het volgens hen ook duidelijk zijn waar zij terechtkunnen met vragen. Daarnaast kan communicatie in de vorm van voorlichting helpen.

5 Resultaten van gezamenlijke bijeenkomst

Belangrijkste resultaten

- Deelnemende mantelzorgers staan ervoor open om sommige eenvoudige handelingen over te nemen van de wijkverpleging. Daarbij is duidelijke uitleg en begeleiding van (wijk)verpleegkundigen bij het aanleren van de handeling van belang. Voor het overnemen van meer complexe en risicovolle behandelingen staan mantelzorgers minder open.
- Mantelzorgers gaven enerzijds aan het prettig te vinden om middels een scholing meer kennis op te doen over het verlenen van mantelzorg. Aan de andere kant benoemden ze dat dit een extra tijdsbelasting met zich meebrengt. Verpleegkundigen gaven aan behoefte hebben aan scholing op het gebied van de samenwerking met mantelzorgers.
- In de onderlinge samenwerking vonden mantelzorgers en verpleegkundigen open communicatie, vertrouwen en gelijkwaardigheid belangrijk. Regelmatig samen evalueren hoe het gaat kan daarbij helpen volgens de deelnemers.
- Het medium dat wordt gebruikt voor de communicatie moet volgens de deelnemers aansluiten bij zowel de voorkeuren van (wijk)verpleegkundigen als bij die van mantelzorgers. In het geval van digitale communicatie werd de wens uitgesproken voor één systeem, waarin alle informatie op één plek staat.
- Mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen dachten verschillend over bij wie de verantwoordelijkheid voor zorg zou moeten liggen. Mantelzorgers vonden dit in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van professionele zorgverleners. Verpleegkundigen gaven aan dat de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de cliënt zelf ligt.

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de gezamenlijke bijeenkomst met (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers.

5.1 Ervaringen met mantelzorg

Tijdens de gezamenlijke bijeenkomst zijn de ervaringen met mantelzorg vanuit de eerdere bijeenkomsten kort gepresenteerd. Daarna is aan de deelnemers gevraagd om deze bevindingen aan te vullen. Zij gingen hierover in gesprek met hun buurman of buurvrouw en konden hun aanvullingen daarna op post-its schrijven. De eerder opgehaalde bevindingen waren gegroepeerd in drie thema's: taken van mantelzorgers, succesfactoren en knelpunten. Voor ieder thema was een apart vel papier gemaakt, waarop deelnemers gedurende de middag aanvullingen konden doen.

Ten aanzien van de **taken** van mantelzorgers werd door de deelnemers één aanvullende taak opgeschreven, namelijk het aanschaffen van hulpmiddelen. De deelnemers gaven verschillende aanvullingen op de eerder opgehaalde **succesfactoren**. Voorbeelden hiervan zijn het laten invullen van een netwerkkaart voor het starten met de zorg en het bevorderen van zelfmanagement. Ten slotte werden door de deelnemers verschillende aanvullende **knelpunten** opgeschreven, zoals weerstand bij naasten om zorg over te nemen en onvoldoende ondersteuning vanuit werkgevers voor werkende mantelzorgers. Alle succesfactoren en knelpunten die door de deelnemers zijn opgeschreven zijn te vinden in Bijlage D.

Foto 5.1 Deelnemers schrijven hun aanvullingen op



5.2 Taken en verantwoordelijkheden

Bij dit onderdeel gingen de deelnemers aan de hand van drie casussen met elkaar in gesprek over de taken en verantwoordelijkheden van (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers. In de casussen werden drie patiënten beschreven die wijkverpleging nodig hebben. De casussen richtten zich op oogdruppelen, sondevoeding en wassen en aankleden (zie Box 4.1 t/m Box 4.3 voor de volledige casusbeschrijvingen). De deelnemers werden in drie groepen verdeeld. In iedere groep zaten zowel (wijk)verpleegkundigen als mantelzorgers. Iedere casus is door twee groepen besproken. Aan de deelnemers werd gevraagd een aantal vragen over de casussen te beantwoorden. Deze vragen zijn te vinden in Bijlage E. Hieronder worden de antwoorden van de deelnemers per casus besproken.

5.2.1 Casus 1: Oogdruppelen

Box 4.1 Casus 1 – Oogdruppelen

Mevrouw De Vries – Oog druppelen na staaroperatie

Mevrouw De Vries is 82 jaar en woont alleen in een appartement in de stad. Volgende week wordt zij geopereerd aan staar aan haar rechteroog en over een paar maanden volgt ook een operatie aan haar linkeroog. Voor een goed herstel moet zij na beide operaties oogdruppels toegediend krijgen. Dit moet de eerste week drie keer per dag en vervolgens iedere week één druppel per dag minder. Mevrouw heeft artrose in haar handen en moeite met fijne motoriek, waardoor het druppelen van haar oog zelfstandig niet lukt, ook niet met een hulpmiddel. Mevrouw heeft één dochter die een uur rijden bij haar vandaan woont en een fulltime baan en gezin heeft. In de flat waar mevrouw woont heeft zij contact met enkele buurvrouwen. Het ziekenhuis heeft de wijkverpleging ingeschakeld om mevrouw te ondersteunen met de oogdruppels.

Volgens de deelnemers zouden in deze casus de taken in eerste instantie door de cliënt zelf moeten worden uitgevoerd, al dan niet met behulp van een hulpmiddel. In de casus wordt beschreven dat de cliënt dit niet kan, maar de deelnemers gaven aan deze mogelijkheid toch te willen onderzoeken. Als dit niet mogelijk is, kan het sociaal netwerk van de cliënt worden ingezet. Daarbij werd erkend dat de dochter in de casus ver weg woont, waardoor dit mogelijk niet haalbaar is. In dat geval zouden de burens een rol kunnen spelen. Wanneer dit ook niet mogelijk is, kan de wijkverpleging worden ingeschakeld. Daarbij werd door de aanwezige (wijk)verpleegkundigen aangegeven dat drie keer per dag langskomen waarschijnlijk niet haalbaar is, maar dat de wijkverpleging wel kan worden ingeschakeld om ervoor te zorgen dat de zorg kan worden verleend:

“Maar ik denk dat de wijkverpleegkundige er ook heel erg voor is om samen te kijken van hoe kunnen we er dan voor zorgen dat u het wel kan, of dat er hulp is die dat kan. Dus die wijkverpleging kun je wel betrekken, maar niet om zoals tien jaar geleden stomweg gewoon die oogdruppels te gaan geven.” (Verpleegkundige)

Wanneer de taken in de casus door mantelzorgers worden uitgevoerd, hebben zij volgens de deelnemers instructie en uitleg nodig over hoe te handelen. Dit zou kunnen worden gegeven door de apotheek. Daarnaast noemden deelnemers dat mantelzorgers iemand nodig hebben bij wie ze terecht kunnen met vragen en is vrijheid van de werkgever nodig om tijd te kunnen vrijmaken voor de mantelzorgtaken. Voor (wijk)verpleegkundigen zijn volgens de deelnemers vaardigheden op het gebied van samenwerken met mantelzorgers, het stellen van grenzen en motiverende gespreksvoering nodig. De (wijk)verpleegkundigen gaven aan dat zij zijn opgeleid om te zorgen en dat het iets van hen vraagt om taken over te dragen aan mantelzorgers. Wanneer de taken uit de casus verschuiven van (wijk)verpleegkundige naar mantelzorger, is volgens de deelnemers de cliënt zelf verantwoordelijk, indien deze hiertoe in staat is.

Casus 2: Sondevoeding

Box 4.2 Casus 2 – Sondevoeding

Meneer Jansen – Sondevoeding bij ALS

Meneer Jansen is 78 jaar en woont samen met zijn vrouw in een eengezinswoning. Hij heeft de spierziekte ALS. Door slikproblemen is hij onlangs gestart met sondevoeding, via een neus-maagsonde, ofwel een slang die via meneer zijn neus naar zijn maag gaat en vast zit met een pleister. Meneer is verder redelijk mobiel, maar spreken wordt moeilijker. Zijn vrouw is mantelzorger en wil zoveel mogelijk zelf blijven doen, maar ervaart de techniek rondom de sondevoeding als spannend. De wijkverpleging komt momenteel dagelijks om de ligging van sonde te controleren, medicatie toe te dienen en de voeding aan te sluiten. De kinderen helpen het echtpaar door de boodschappen te doen en de financiën te regelen. Verder heeft meneer een groot sociaal netwerk door zijn vroegere werk in de dorpswinkel. Hierdoor heeft het echtpaar regelmatig bekenden op bezoek.

Deelnemers verschilden van mening over wie in deze casus de taken zou moeten uitvoeren. Een aantal mantelzorgers gaven aan het vervangen van de sonde niet te willen uitvoeren, omdat ze dit te risicovol vonden. Voor andere taken, zoals het toedienen van voeding of medicijnen via de sonde, zouden ze mogelijk wel openstaan. Volgens de deelnemers is het van belang om uit te gaan van wat de cliënt en mantelzorgers zelf willen, waarbij de wijkverpleegkundige een inschatting maakt van of de mantelzorger dit ook aankan. Indien cliënt en mantelzorger ervoor openstaan en de

wijkverpleging inschat dat de mantelzorger hiertoe in staat is, kan door een wijkverpleegkundige aan een mantelzorger worden aangeleerd hoe de sonde moet worden ingebracht. Een wijkverpleegkundige gaf daarbij aan dat het fijn kan zijn voor mantelzorgers om dit te leren, omdat ze hierdoor meer vrijheid hebben:

“En aan een heleboel mantelzorgers heb ik dat aangeleerd. En die doen dat met alle plezier. En waarom doen ze dat met alle plezier? Omdat daardoor zijn ze wel de baas over hun eigen tijd. En daarvan merk je heel sterk dat ze daar vrij veel waarde aan hechten.” (Verpleegkundige)

Wanneer mantelzorgers de taken in de casus overnemen, hebben ze hiervoor volgens de deelnemers een training nodig over hoe ze de handeling goed en veilig kunnen uitvoeren. Goede begeleiding en uitleg vonden de deelnemers daarbij essentieel, evenals de beschikbaarheid van een achterwacht bij vragen of complicaties. Voor (wijk)verpleegkundigen is een training nodig over hoe ze mantelzorgers kunnen trainen en tijd om de vaardigheid aan te leren bij mantelzorgers. Daarnaast zijn gespreksvaardigheden nodig. Over de vraag bij wie de verantwoordelijkheid ligt in deze casus bestond discussie. Een aantal deelnemers gaven aan dat deze ligt bij degene die de handeling uitvoert. Anderen vonden dat de wijkverpleging verantwoordelijk is, omdat deze moet inschatten of een mantelzorger voldoende bekwaam is om de handeling uit te voeren.

5.2.2 Casus 3: Wassen en aankleden

Box 4.3 Casus 3 – Wassen en aankleden

Mevrouw Yilmaz – Wassen en aankleden

Mevrouw Yilmaz is 85 jaar en woont in bij haar zoon en schoondochter. Ze heeft dementie en heeft twee jaar geleden een herseninfarct doorgemaakt, waardoor haar mobiliteit beperkt is. Mevrouw loopt in huis met een rollator en heeft haar slaapkamer en badkamer op de begane grond. Mevrouw heeft moeite met het zelfstandig wassen en aankleden en vergeet dit regelmatig. Mevrouw accepteert niet makkelijk hulp van anderen. De zoon en schoondochter werken allebei overdag. Ze wensen dat mevrouw thuis kan blijven wonen, maar ervaren ook dat de zorg voor haar hen steeds zwaarder valt. Na een huisbezoek schakelt de huisarts de wijkverpleging in om elke ochtend te helpen bij het wassen en aankleden van mevrouw.

Volgens de deelnemers zou er in deze casus niet alleen moeten worden gekeken wie het wassen en aankleden op zich kan nemen, maar moet de situatie in bredere zin worden bekeken, omdat de klachten van de cliënt in de toekomst mogelijk verergeren. Een (wijk)verpleegkundige gaf aan in deze situatie eerst met de cliënt en mantelzorgers in gesprek te willen om inzicht te krijgen in waar ze tegenaan lopen en wat er nodig is. Ook werd genoemd dat het van belang is om een casemanager dementie in te schakelen. Daarnaast gaven de deelnemende (wijk)verpleegkundigen aan het verdere netwerk in kaart te willen brengen, om te kijken wie eventueel een deel van de zorg kan overnemen:

“Als je als verpleegkundige dingen gaat doen, dan ga je de hele situatie bekijken. Ze woont al bij de zoon en schoondochter. Hoe ziet de familie eruit, hoe ziet het verdere netwerk eruit. Wat kunnen die allemaal betekenen.” (Verpleegkundige)

Volgens de deelnemers hebben de mantelzorgers in deze casus het nodig om in gesprek te gaan met een wijkverpleegkundige, om hun ervaringen te bespreken, hun grenzen aan te geven en te kijken wat er nodig is. Daarnaast is begeleiding nodig rondom de dementiediagnose, zoals het regelen van bewindvoering. Voor wijkverpleegkundigen is het volgens de deelnemers belangrijk om gelijkwaardig

samen te werken met mantelzorgers, omdat mantelzorgers veel kennis hebben over de cliënt. Daarnaast is inzicht nodig in de formele status van de cliënt. De deelnemers vonden dat verantwoordelijkheid in deze casus moet liggen bij alle betrokkenen, waarbij ieder verantwoordelijk is voor het eigen aandeel.

5.3 Scholing en randvoorwaarden

Bij dit onderdeel gingen de deelnemers met elkaar in gesprek over wat (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers nodig hebben van elkaar en van anderen in de onderlinge samenwerking. Daarbij stonden twee onderwerpen centraal: scholing en randvoorwaarden. De deelnemers werden in vier groepen verdeeld, waarbij ieder groepje uit zowel (wijk)verpleegkundigen als mantelzorgers bestond. Aan de groepen is gevraagd een aantal vragen over scholing en randvoorwaarden te beantwoorden. Deze vragen zijn te vinden in Bijlage E.

5.3.1 Scholing

De deelnemers verschilden in hun mening over een mantelzorgacademie of cursussen voor mantelzorgers. Aan de ene kant vonden mantelzorgers het prettig om meer kennis op te doen over het verlenen van mantelzorg. Zij gaven aan dat hen dit kan helpen om zich bekwaam te voelen in het uitvoeren van zorgtaken. Aan de andere kant benoemden ze dat dit een extra tijdsbelasting met zich meebrengt, terwijl mantelzorgers het al heel druk hebben:

“Als mantelzorger zijnde is het natuurlijk goed dat je wel meer kennis krijgt, maar dat komt er qua tijd nog eens bij. En laat ik heel eerlijk zijn, ik heb mijn werk, ik heb een gezin, ik ben voor twee verschillende mensen mantelzorger. Waar moet ik in vredesnaam nog een cursus in gaan plannen.” (Mantelzorger)

De deelnemers gaven aan dat het belangrijk is dat het volgen van cursussen op basis van vrijwilligheid is. Een cursus of training op een externe locatie zagen de mantelzorgers als drempel. Zij gaven de voorkeur aan één-op-één begeleiding in de thuissituatie. Daarnaast werd genoemd dat voor eenvoudige handelingen een online training, bijvoorbeeld door middel van filmpjes, een uitkomst kan bieden.

Wanneer mantelzorgers verpleegkundige handelingen overnemen na het volgen van trainingen of cursussen, vinden zij het belangrijk dat er iemand is op wie zij terug kunnen vallen bij vragen of complicaties. Ook protocollen, waarin staat uitgelegd hoe de handeling moet worden uitgevoerd, kunnen helpend zijn volgens de deelnemers. Een (wijk)verpleegkundige gaf aan dat dit ook de situatie is bij één van haar cliënten:

“Die blijven we nog even monitoren zolang ze het nodig hebben. En eerst keken we gewoon elke keer mee, langzamerhand nemen ze het over, dan laat je ze los. Dan komen we elke week even langs. En op een gegeven moment geven ze ook zelf aan van joh, we kunnen het zelf. En als er dan een back-up is die ze altijd kunnen bellen als er iets is.” (Verpleegkundige)

Naast een manier om praktische handelingen te leren zagen de deelnemers een mantelzorgacademie als een platform waar uitwisseling plaatsvindt tussen mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen en in bredere zin ondersteuning wordt geboden. Zij zagen voor zich dat mantelzorgers hier bijvoorbeeld ook vragen kunnen stellen over waar zij terecht kunnen voor bepaalde zaken of leren hoe zij kunnen omgaan met de situatie en een balans leren te vinden tussen mantelzorg en andere bezigheden.

Volgens de deelnemers hebben verpleegkundigen kennis en vaardigheden nodig over hoe ze mantelzorgers het best kunnen opleiden en zelfredzaamheid kunnen stimuleren bij cliënten en mantelzorgers en de tijd om dit te doen. Ook moeten verpleegkundigen volgens de deelnemers vaardigheden hebben om een goede inschatting te maken of mantelzorgers in staat zijn om verpleegkundige handelingen over te nemen van de wijkverpleging. Daarnaast vonden de deelnemers communicatievaardigheden belangrijk voor verpleegkundigen. Deelnemende verpleegkundigen gaven aan behoefte te hebben aan een platform met informatie waar zij mantelzorgers naartoe kunnen verwijzen. Daarnaast zou het volgens de deelnemers helpend kunnen zijn als (wijk)verpleegkundigen zich kunnen specialiseren in de scholing van mantelzorgers. Volgens hen is er op dit moment onvoldoende aandacht voor mantelzorg in de opleiding tot verpleegkundige.

5.3.2 Randvoorwaarden

Communicatie en vertrouwen zijn volgens de deelnemers heel belangrijk in de samenwerking tussen mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen. Zij gaven aan dat het van belang is dat er sprake is van een gelijkwaardige relatie, waarin mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen naar elkaar luisteren en er aandacht is voor het welzijn van mantelzorgers. Deelnemers vonden het daarnaast belangrijk dat er gezamenlijk doelen worden gesteld en er wordt vastgelegd wie wat gaat doen, bijvoorbeeld in een gezamenlijk zorgplan. Een (wijk)verpleegkundige gaf aan dat mantelzorgers een ander soort kennis hebben dan zij, namelijk over de cliënt, die voor hen heel waardevol is:

“Wat ik dus heel waardevol vind aan mantelzorgers die veel bij hun partners zijn of kinderen die veel bij hun ouders over de vloer komen, die kunnen vaak beter vertellen hoe het met iemand gaat of dat het afwijkend is dan dat ik dat kan. Dus die informatie is voor zorgprofessionals heel belangrijk om daar dan weer op te anticiperen.” (Verpleegkundige)

In de samenwerking tussen mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen is het volgens de deelnemers ook belangrijk dat (wijk)verpleegkundigen op tijd worden betrokken, bijvoorbeeld voorafgaand aan een geplande opname of operatie. Daarnaast werd het verwachtingsmanagement vanuit andere partijen genoemd. Cliënten of mantelzorgers hebben volgens (wijk)verpleegkundigen soms verkeerde verwachtingen van de wijkverpleging. Ook mantelzorgers gaven aan het prettig te vinden om te weten wat de wijkverpleging wel en niet doet. Volgens de deelnemers is dit niet altijd helder omdat hierin veel veranderd is in de afgelopen jaren. Een (wijk)verpleegkundige zei hierover:

“Dat dan ergens wordt gezegd de wijkverpleging neemt dit wel over. En dan komen wij daar en dan verwacht de cliënt van oh ja, de wijkverpleging is er dus ik hoef niks meer te doen. En dat is echt wel een groot stuk want als er ergens daarvoor al wordt benoemd van de wijkverpleging komt langs om het uit te leggen, dan heb je al een heel ander gesprek dan als jij nog moet overtuigen.” (Verpleegkundige)

Mantelzorgers gaven aan flexibiliteit nodig te hebben van werkgevers om mantelzorg te kunnen verlenen. Het bestaande zorgverlof is volgens hen niet altijd toereikend, bijvoorbeeld in het geval van overlijden omdat het zorgverlof dan stopt. Ook kan zorgverlof niet altijd worden opgenomen. Van de sociale omgeving is volgens de deelnemers emotionele steun en begrip voor het feit dat mantelzorgers mogelijk minder tijd hebben voor andere zaken nodig. Vanuit de samenleving als geheel is maatschappelijk bewustzijn nodig over de impact van het verlenen van mantelzorg. Daarnaast zouden sommige zaken makkelijker gemaakt moeten worden volgens de deelnemers, zoals het aanvragen van een PGB of het plaatsen van een mantelzorgwoning in de tuin.

Mantelzorgers gaven aan het niet prettig te vinden om de verantwoordelijkheid te dragen, omdat zij niet zijn opgeleid voor het uitvoeren van medische handelingen en voor hun gevoel niet de keuze hebben om deze handelingen niet op zich te nemen. Zij gaven aan iemand nodig te hebben die hier wel voor is opgeleid en als back-up fungeert, waarmee contact kan worden opgenomen als er vragen zijn. Het zou volgens de deelnemers vooraf duidelijk moeten zijn hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn.

Foto 5.2 Deelnemers gaan met elkaar in gesprek over scholing en randvoorwaarden



5.4 Communicatie

Aan de hand van stellingen gingen de deelnemers met elkaar in gesprek over de communicatie tussen (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers. Deelnemers konden een gekleurd kaartje opsteken om aan te geven of ze het eens of oneens waren met de stelling.

In Tabel 5.1 zijn de stellingen en de mening van de deelnemers hierover te zien. In de tabel is te zien dat mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen het over een aantal stellingen grotendeels met elkaar eens waren. Zo vonden alle mantelzorgers en bijna alle (wijk)verpleegkundigen dat één vaste verpleegkundige het aanspreekpunt moet zijn voor mantelzorgers (stelling 3). Andersom vonden (wijk)verpleegkundigen het niet noodzakelijk om één vaste mantelzorger als aanspreekpunt te hebben. Zij gaven aan dat het ook goed kan werken om taken te verdelen tussen mantelzorgers, waarbij één mantelzorger het aanspreekpunt is voor bijvoorbeeld de zorg en een andere voor de financiën. Ook waren de meeste mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen het oneens met de stelling dat de keuze voor een communicatiemiddel vooral moet aansluiten bij wat de verpleegkundige het handigst vindt (stelling 5). Deelnemers gaven aan dat het communicatiemiddel zowel moet aansluiten bij de wensen van de cliënt en mantelzorgers, als bij die van de verpleegkundige. Daarbij

werd in het geval van digitale communicatie de wens uitgesproken voor één systeem, waarin alle informatie op één plek staat.

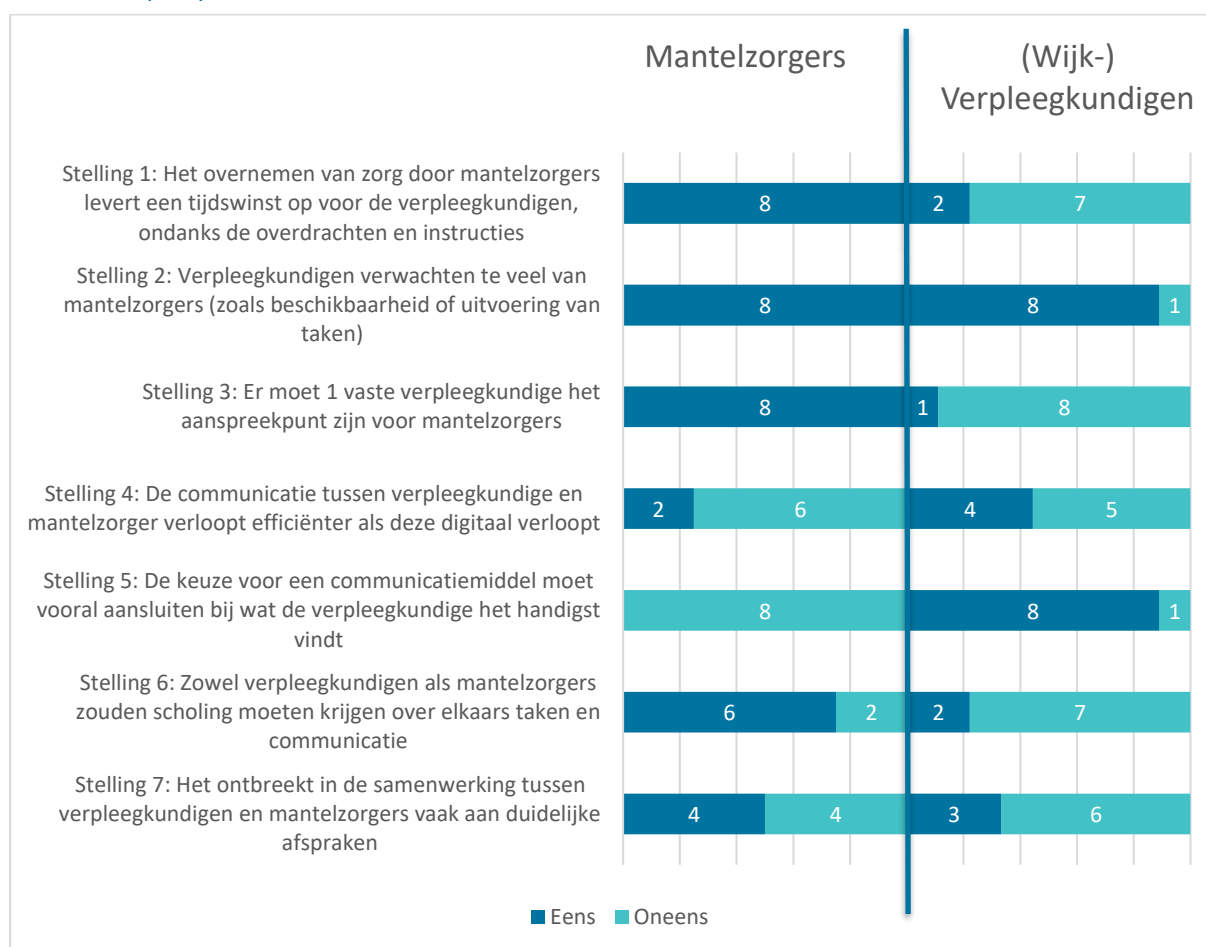
Over andere stellingen was meer verdeeldheid. Met de stelling of verpleegkundigen te veel verwachten van mantelzorgers (stelling 2) waren alle mantelzorgers het eens, terwijl acht van de negen verpleegkundigen het oneens waren met deze stelling. Mantelzorgers gaven aan het gevoel te hebben dat van hen verwacht wordt dat zij taken op zich nemen, zonder te vragen of zij dat ook willen. Zij vonden het belangrijk om niet alleen de rol van hulpverlener op zich te nemen voor hun naaste, maar wilden daarnaast ook nog partner van of kind van kunnen zijn. De (wijk)verpleegkundigen noemden dat zij het normaal vinden dat naasten dingen doen voor mensen in hun omgeving die hulp nodig hebben. Een verpleegkundige zie hierover:

“Mensen die kinderen hebben, koken, wassen die ook, sommige van die dingen moet je ook voor je partner doen. Je kookt, je helpt met wassen en aankleden. Dat vind ik heel normaal. Ik vind dat dat ook verwacht mag worden.” (Verpleegkundige)

Wel erkennen de (wijk)verpleegkundigen dat mantelzorgtaken een zware belasting kunnen vormen. Zij gaven aan dat het daarom van belang is om regelmatig te evalueren hoe het gaat. Een gezamenlijk zorgplan kan daarbij helpen.

Ook over de zevende stelling, ‘Het ontbreekt in de samenwerking tussen verpleegkundigen en mantelzorgers vaak aan duidelijke afspraken’, waren de deelnemers verdeeld. Een deel gaf wel aan met duidelijke afspraken te werken, een ander deel had geen afspraken gemaakt. Ook werd benoemd dat afspraken in de loop van de tijd kunnen veranderen. Volgens de deelnemers ligt de verantwoordelijkheid voor het maken van duidelijke afspraken bij beide partijen. Ook werd aangegeven dat het van belang is om de gemaakte afspraken vast te leggen en deze regelmatig te evalueren en indien nodig aan te passen.

Figuur 5.1 Stellingen over de communicatie tussen (wijk)verpleegkundigen (n=9) en mantelzorgers (n=8)



Dit onderdeel werd afgesloten met twee algemene stellingen over de samenwerking tussen (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers. Daarbij konden de deelnemers hun mening geven door zichzelf op een denkbeeldige lijn te plaatsen, waarbij het ene uiterste stond voor Helemaal mee eens en het andere uiterste voor Helemaal mee oneens (zie Foto 5.3).

De eerste stelling was *‘De zorg moet in de eerste plaats een verantwoordelijkheid zijn van professionele zorgverleners.’* Het merendeel van de mantelzorgers was het eens met deze stelling, terwijl het merendeel van de (wijk)verpleegkundigen het hiermee oneens was. Een verpleegkundige vond dat de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de cliënt zelf ligt. Wanneer deze het niet zelf kan oplossen, kunnen naasten worden ingeschakeld, en pas daarna de formele zorg. Eén van de mantelzorgers gaf aan niet over voldoende kennis en kunde te beschikken om de verantwoordelijkheid voor de zorg te kunnen dragen. Deze kennis en kunde ligt volgens diegene bij verpleegkundigen en artsen.

De tweede stelling was *‘Als er personele tekorten zijn, vind ik het logisch dat mantelzorgers méér zorgtaken op zich nemen.’* De meeste deelnemers stonden bij deze stelling in het midden van de denkbeeldige lijn, wat erop wijst dat ze het niet eens en niet oneens waren met de stelling. Deelnemers gaven aan te vallen over het woord ‘logisch’ in de stelling. Ook gaf een verpleegkundige aan dat het inzetten van mantelzorgers niet zou moeten samenhangen met personeelstekorten, maar dat mantelzorgers ook zouden moeten worden betrokken wanneer er geen tekorten zijn.

Foto 5.3 Deelnemers stemmen op de stellingen



5.5 Oplossingen

Aan de deelnemers is gevraagd welke oplossingen zij zien om de samenwerking tussen wijkverpleging en mantelzorgers te verbeteren. Daarnaast zijn verschillende oplossingen aan bod gekomen tijdens de inhoudelijke programmaonderdelen.

Naast de oplossingen goede communicatie, het bevorderen van zelfredzaamheid en het overnemen van verpleegkundige handelingen door mantelzorgers, die al eerder aan bod kwamen in dit hoofdstuk, noemden de deelnemers nog een aantal andere oplossingen. Eén hiervan is het oprichten van een platform waar vragen van mantelzorgers over mantelzorg worden beantwoord, bijvoorbeeld over juridische aspecten of waar zij terechtkunnen voor bepaalde zaken. Een sociale kaart kan volgens de deelnemers ook onderdeel zijn van dit platform. Het platform zou ook ondersteuning kunnen bieden aan mantelzorgers op het gebied van balans en draagkracht. Deelnemers gaven aan dat dit platform bij voorkeur landelijk zou moeten worden georganiseerd, zodat het niet per gemeente verschilt en ook niet door iedere gemeente apart ingericht hoeft te worden.

Daarnaast werden een aantal praktische oplossingen genoemd. Zo gaven deelnemers aan dat er meer bekendheid nodig is dat het mogelijk is dat mensen zelf de wijkverpleging kunnen bellen als dat nodig is, zodat deze al in een vroeg stadium ingeschakeld kan worden. Daarnaast werd genoemd om een module over mantelzorg toe te voegen aan opleidingen voor verpleegkundigen. Ook gaven deelnemers aan dat het makkelijker moet worden gemaakt om mantelzorger te verlenen aan iemand die geen familie is en zou het volgens de deelnemers helpend zijn wanneer er gewerkt wordt met continue machtigingen, in plaats van dat deze ieder jaar opnieuw moeten worden aangevraagd.

Ten slotte zagen deelnemers oplossingen in digitalisering, automatisering en kunstmatige intelligentie, bijvoorbeeld door eenvoudige verpleegkundige handelingen uit te leggen aan

mantelzorgers door middel van filmpjes. Daarbij vonden zij het belangrijk dat er ook oog is voor mensen die niet digitaal vaardig zijn.

6 Prognoses arbeidsmarkttekorten

Belangrijkste resultaten

- De huidige landelijke tekorten aan professionals in de branche thuiszorg van 3,8% lopen naar verwachting op tot 12,2% in 2034, wat neerkomt op een tekort van ruim 25.000 professionals.
- Door extra inzet van mantelzorg en betere afstemming met de formele zorg kan bij een middelgrote reductie in zorgvraag van 10% een matig effect bereikt worden op de tekorten in de thuiszorg. In dat geval zullen de verwachte tekorten nog steeds groeien, tot 11,6% wat neerkomt op een verlaging van 0,6%-punt. Dit komt neer op het verlagen van het tekort met 2.300 professionals.

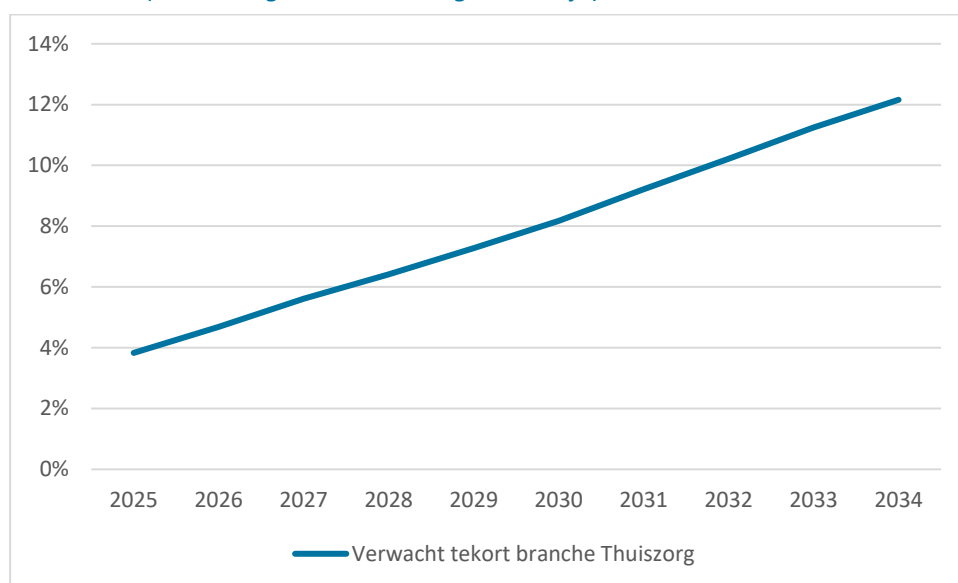
Op basis van de geschetste scenario's in het Prognosemodel Zorg en Welzijn zijn de effecten van een betere afstemming tussen formele en informele zorg doorgerekend. De doorrekeningen laten zien wat dit betekent voor de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector (branche Thuiszorg) tot 2034.

De verlaging van het zorggebruik is gebaseerd op een inzet van mantelzorgers die zorg overnemen die daardoor niet bij de professionele zorg terecht komt. Er moet worden aangetekend dat dit niet voor iedere persoon die wijkverpleging nodig heeft, mogelijk is. Deze beperkingen zijn ook tijdens de bijeenkomsten naar voren gekomen. Daarbij ontvangt niet iedereen dezelfde mate van mantelzorg. De verwachte tekorten lopen op vanwege een stijgende zorgvraag, en een vergrijzing van populatie, waardoor de groep die wijkverpleging ontvangt groter wordt.

6.1 Referentiescenario 2025

In het Referentiescenario 2025 loopt het tekort aan zorgpersoneel op van 6.300 personen in 2025 naar 25.300 personen in 2034. Voor de branche thuiszorg betekent dit een stijging van het tekort van 3,8% in 2025 naar 12,2% in 2034.

Figuur 6.1 De verwachte tekorten in de branche Thuiszorg volgens het referentiescenario
(Bron: Prognosemodel zorg en welzijn)



Naast het referentiescenario zijn nog negen andere scenario's doorgerekend met verschillende reductie in zorgvraag als gevolg van een betere afstemming tussen formele en informele zorg. Deze range is gebaseerd op een combinatie van drie informatiebronnen: inzichten uit de bijeenkomsten, expertkennis over taakverdeling, en een plausibele vertaling van deze inzichten naar kwantitatieve scenario's. Daarbij is gekomen tot drie verschillende varianten.

1. Een kleine reductie in zorggebruik van 5%.
2. Een middelgrote reductie in zorggebruik van 10%.
3. Een grote reductie in zorggebruik van 15%.

Al deze reducties zijn doorgerekend voor drie varianten:

1. De reductie heeft een direct effect.
2. De reductie heeft een geleidelijk effect dat bereikt wordt in drie jaar.
3. De reductie heeft een geleidelijk effect dat bereikt wordt in vijf jaar.

Al deze scenario's hebben een verschillend effect op de verwachte tekorten in 2034.

6.2 Scenario 1: Kleine reductie in zorggebruik (-5%)

Om dit scenario door te rekenen is gekozen om een reductie in het zorggebruik door te voeren van 5% in 2026 ten opzichte van 2025. Wanneer we kijken naar het geleidelijk effect is berekend om - in het geval van drie jaar – in 2026, 2027 en 2028 een reductie door te voeren van 1,71% ten opzichte van het voorgaande jaar om zo te komen tot een totale reductie van 5% ten opzichte van 2025. De berekening hiervoor is als volgt:

$$((100\% - \text{jaarlijkse procentuele daling}) / 100)^{(\text{aantal jaar waarin de daling bereikt wordt})} * 100$$

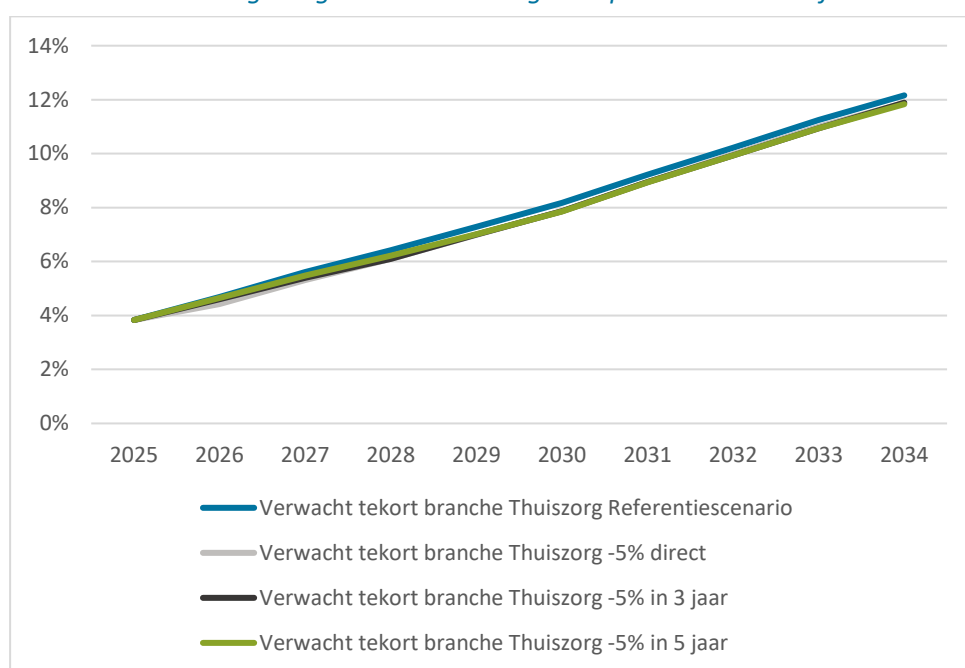
In het geval van een daling van 5% bereikt in drie jaar komt dit op de volgende formule:

$$((100\% - 1,71\%) / 100)^3 * 100 = 95\%$$

Daarbij gaat het om een jaarlijkse reductie van 1,71% om in drie jaar tot een daling van 5% te komen. In het geval van een geleidelijke reductie in vijf jaar komt dit op een jaarlijkse reductie van 1,02% ten opzichte van het voorgaande jaar in de jaren 2026 t/m 2030.

Wanneer het volume zorggebruik met 5% wordt verlaagd door betere samenwerking tussen formele en informele zorg, neemt het verwachte tekort in 2034 af van 25.300 personen naar 24.200 personen wanneer het een direct effect betreft. Dit betekent een besparing van ongeveer 1.100 arbeidskrachten in de thuiszorg. Het komt neer op een daling van de tekorten van 12,2% in 2025 naar 11,9% in 2034. In totaal verkleint dit het tekort met een relatief percentage van 2,28%. In 2034 komen de tekorten voor de verschillende scenario's met een verschillende duur van het effect op hetzelfde uit omdat de scenario's zijn berekend op een totaal effect na vijf jaar. Desondanks heeft het scenario met een direct effect een zeer licht groter effect tijdens de tussenliggende jaren, dat later weer wordt ingehaald door het jaar op jaar effect.

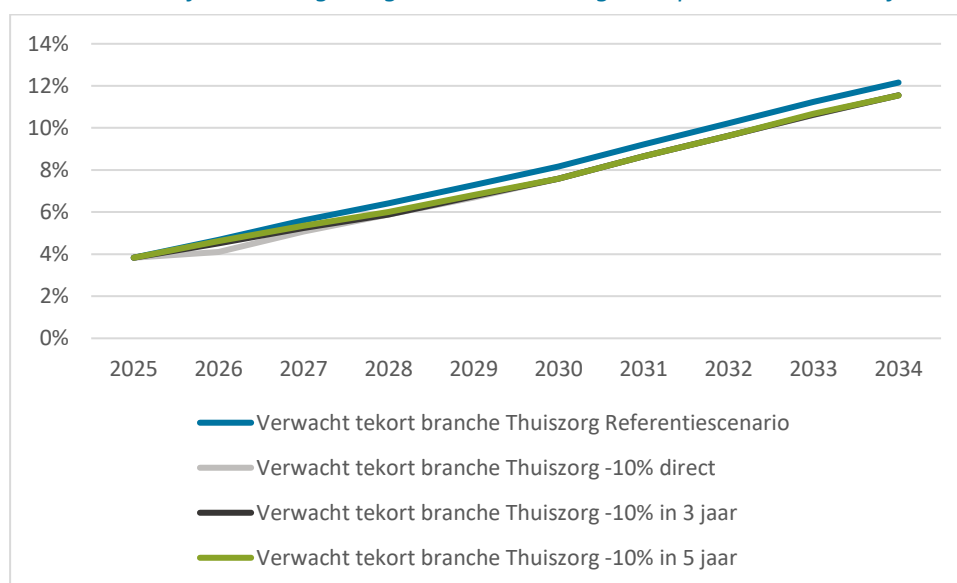
Figuur 6.2 De verwachte tekorten in de branche Thuiszorg volgens het scenario dat 5% reductie heeft in de zorgvraag voor de thuiszorg ten opzichte van het referentiescenario



6.3 Scenario 2: Middelgrote reductie in zorggebruik (-10%)

Voor het doorrekenen van het scenario met een direct effect is een jaarlijkse daling van 3,49% berekend om verspreid over drie jaar op 10% uit te komen. In het geval waarin een daling van 10% bereikt wordt over vijf jaar is een waarde van 2,09% berekend in de desbetreffende jaren. Bij een reductie van 10% in het zorggebruik daalt het tekort verder naar 23.000 personen in 2034. Dit komt neer op een relatief tekort van 11,6% ten opzichte van 12,2% in het Referentiescenario.

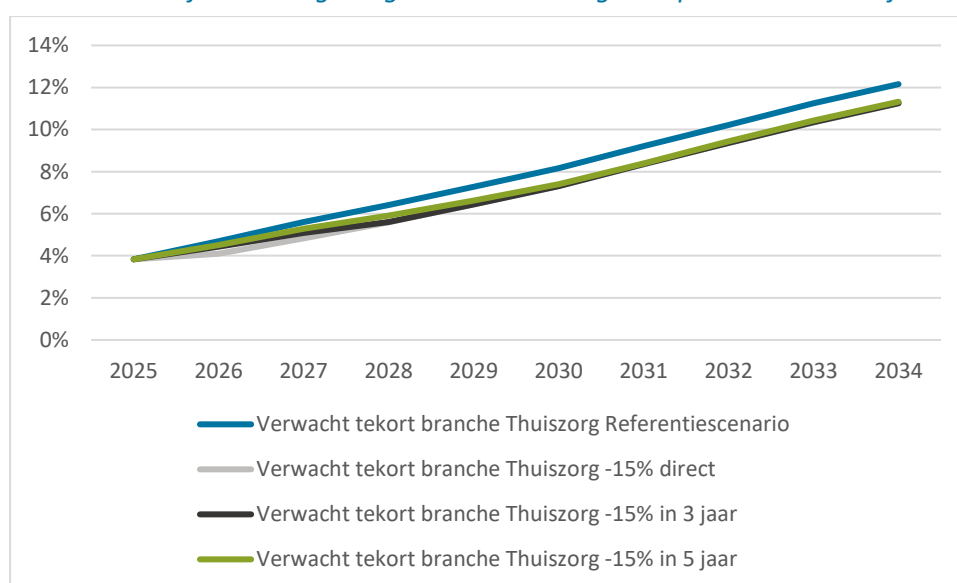
Figuur 6.3 De verwachte tekorten in de branche Thuiszorg volgens het scenario dat 10% reductie heeft in de zorgvraag voor de thuiszorg ten opzichte van het referentiescenario



6.4 Scenario 3: Grote reductie in zorggebruik (-15%)

Voor het doorrekenen van het scenario met een direct effect is gekozen voor een daling van 10% in 2026 en 5,56% in 2027 vanwege een (in de scenario-editor) gemaximeerd percentage van 10% daling per jaar. In het geval van een daling verspreid over drie jaar betrof het een jaarlijkse daling van 5,36%, en bij vijf jaar betrof het 3,1%. In het meest vergaande scenario, waarin het zorggebruik met 15% wordt verlaagd, bedraagt het tekort in 2034 nog 21.900 personen. Voor de thuiszorg betekent dit dat 7,5% van het tekort opgelost kan worden in vergelijking met het Referentiescenario.

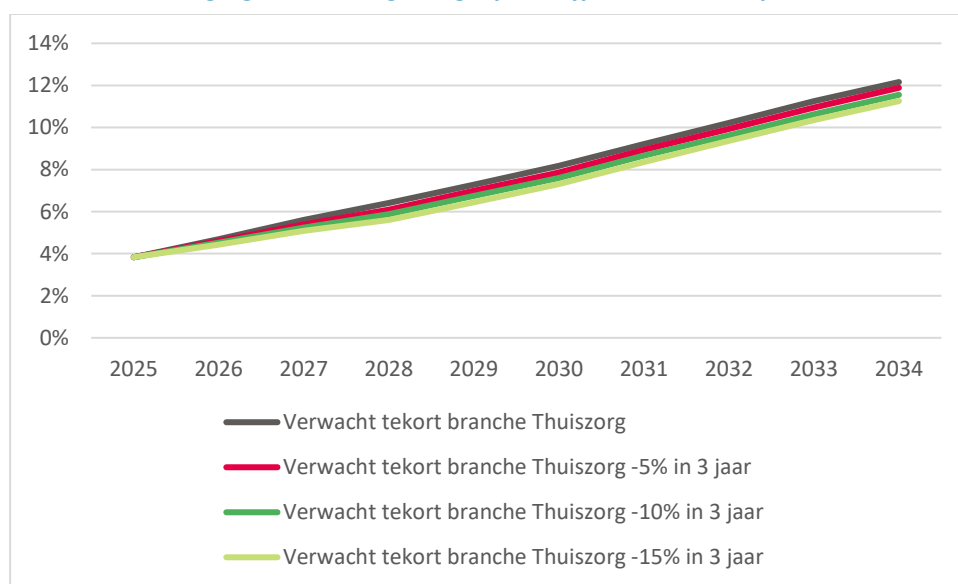
Figuur 6.4 De verwachte tekorten in de branche Thuiszorg volgens het scenario dat 15% reductie heeft in de zorgvraag voor de thuiszorg ten opzichte van het referentiescenario



Samenvatting

Wanneer de drie scenario's (met een effect in drie jaar) naast elkaar worden gezet, zijn de verschillen te zien tussen de scenario's en het referentiescenario. Daarbij eindigt het effect in 2029 omdat er vanaf dat tijdstip geen vergroting meer is van de reductie van de zorgvraag, maar het effect is bereikt. Er is meer nodig om de tekorten in de wijkverpleging op te lossen en te zorgen dat cliënten de juiste zorg ontvangen. Een verlaging van de zorgvraag is in het model gekoppeld aan een verwachte verlaging van de arbeidsvraag. Een verlaging van de zorgvraag met 15% leidt in het prognosemodel tot een verwachte verlaging van de arbeidsvraag met 6,4%. Het effect in het prognosemodel blijft daardoor beperkt omdat als gevolg van de verlaging van de zorgvraag, ook de vervulde vraag daalt, waardoor het tekort minder snel afneemt dan gehoopt. Het relatieve tekort wordt berekend ten opzichte van de arbeidsvraag. Zowel de noemer als de teller worden hierdoor aangepast. Omdat beiden dalen, blijft het effect op de tekorten beperkt.

Figuur 6.5 Vergelijking tussen de verwachte effecten op de tekorten in de thuiszorg van verschillende verlaging van de zorgvraag bij een effect dat in drie jaar wordt bereikt



De resultaten laten zien dat een verbetering in de samenwerking tussen formele en informele zorg een beperkt effect heeft op de toekomstige arbeidsmarkttekorten. Naarmate de reductie in zorggebruik groter is, neemt ook het verschil met het Referentiescenario duidelijk toe. Daarbij moet worden aangetekend dat deze kleine daling op individueel niveau een groot verschil kan hebben. Er kunnen namelijk veel meer cliënten geholpen worden. In het meest gunstige scenario daalt de arbeidsvraag met 13.300 personen. Omdat de zorgvraag per cliënt daalt, kan de zorgprofessional deze vrijgekomen tijd elders besteden om daardoor meer cliënten te helpen.

7 Beschouwing

Informele zorg, verleend door familie, vrienden, buren en vrijwilligers, speelt een steeds prominentere rol in onze samenleving vanwege de vergrijzing, toename van chronische aandoeningen en druk op het formele zorgsysteem. Een goede afstemming tussen informele en formele zorg is daarbij belangrijk. In dit onderzoek is daarom kwalitatief aan de hand van drie bijeenkomsten in kaart gebracht waar de behoeften liggen van zowel de formele als informele zorgverleners met betrekking tot samenwerking en taakverdeling in de zorgverlening. Daarnaast is een prognose gemaakt van wat een betere afstemming tussen formele en informele zorg doet met betrekking tot de arbeidsmarktuitskomsten. In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste resultaten.

7.1 Belangrijkste bevindingen

Informele zorg wordt als heel breed gezien

Deelnemende mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen noemden verschillende taken die door informele zorgverleners uitgevoerd kunnen worden, zoals huishoudelijke taken, administratieve en financiële taken, persoonlijke verzorging en begeleiding bij het bezoeken van zorgverleners. Informele zorg werd daarmee gezien als heel breed: het gaat volgens de deelnemers om het bieden van ondersteuning in de breedste zin van het woord. Deelnemers maakten daarbij onderscheid tussen het bieden van ondersteuning door vrijwilligers, bijvoorbeeld in maatjesprojecten, en het bieden van mantelzorg door de naasten van iemand die ondersteuning nodig heeft. Mantelzorgers gaven aan dat ze niet voor alle naasten dezelfde taken willen uitvoeren. Voor buren zouden ze bijvoorbeeld wel boodschappen willen doen, maar geen taken omtrent persoonlijke verzorging.

Mantelzorgers hebben behoefte aan meer ondersteuning

De meeste deelnemers die mantelzorg verleenden, gaven aan hun mantelzorgtaken als zwaar te ervaren. Zij vonden het lastig om deze taken te combineren met hun andere bezigheden, zoals betaald werk, een gezin, vrienden en hobby's. Ook ervoeren mantelzorgers het als zwaar dat zij geen pauze konden nemen van de mantelzorg, omdat het overnemen van taken lastig is. Mantelzorgers gaven ook aan dat de omvang en zwaarte van mantelzorgtaken vaak toenemen naarmate langer mantelzorg wordt verleend. Daarnaast vond een deel hun veranderende rol ten opzichte van hun naaste lastig: zij voelden zich soms meer zorgverlener dan bijvoorbeeld partner of kind. Mantelzorgers gaven aan betere ondersteuning nodig te hebben, onder andere van hun werkgever. Zij noemden bijvoorbeeld dat het zorgverlof uitgebreid zou moeten worden en er meer flexibiliteit nodig is op het gebied van werktijden. Ook is er behoefte aan meer maatschappelijk bewustzijn over de impact van het verlenen van mantelzorg. Daarnaast hadden mantelzorgers behoefte aan een centraal punt waar zij terecht kunnen met vragen. Volgens de mantelzorgers verschillende regels per gemeente, waardoor hier weinig transparantie en duidelijkheid over is. Ook waren bepaalde regeltaken, zoals het aanvragen van hulpmiddelen of ondersteuning, te ingewikkeld volgens mantelzorgers. Wanneer dit eenvoudiger wordt ingericht, zou dit hen ondersteunen bij hun mantelzorgtaken. Ten slotte kunnen vrijwilligers, bijvoorbeeld in maatjesprojecten, mogelijk een deel van de taken van mantelzorgers overnemen. Verpleegkundigen gaven aan scholing nodig te hebben op het gebied van de samenwerking met mantelzorgers. Volgens hen is hier nog te weinig aandacht voor in de opleidingen voor verpleegkundigen.

Mantelzorgers zouden niet alle verpleegkundige handelingen willen overnemen

Deelnemende verpleegkundigen gaven aan dat de inhoud van hun werk is veranderd in de afgelopen jaren. Er is meer focus komen te liggen op de zelfredzaamheid van cliënten. Wanneer iemand zorg nodig heeft, wordt eerst gekeken wat diegene zelf zou kunnen doen, eventueel met hulpmiddelen. Vervolgens wordt het sociale netwerk ingeschakeld. Pas wanneer dit ontoereikend is, wordt de wijkverpleging ingezet om verzorgende of verpleegkundige handelingen uit te voeren. Daarmee hebben (wijk)verpleegkundigen een meer coachende en coördinerende rol gekregen, waarin zij cliënten en mantelzorgers stimuleren om zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn. Een mogelijke manier om de zelfredzaamheid te bevorderen, is door verpleegkundige handelingen te laten uitvoeren door mantelzorgers. Mantelzorgers stonden hiervoor open, mits de handeling niet te complex of risicovol is. Daarnaast vonden zij het belangrijk om duidelijke uitleg en begeleiding te krijgen van een (wijk)verpleegkundige bij het aanleren van de handeling, waarbij de handeling de eerste paar keren samen wordt geoefend. Na het overnemen van de handeling willen mantelzorgers dat er een (wijk)verpleegkundige bereikbaar is als achterwacht, waarbij zij terecht kunnen bij vragen of complicaties. Daarnaast gaven mantelzorgers aan dat wanneer zij instemden met het overnemen van een handeling, dit niet betekent dat zij dit voor altijd willen blijven doen. Regelmatige evaluatie werd daarbij belangrijk gevonden. Ook zou er iemand beschikbaar moeten zijn die de handeling kan overnemen als de mantelzorger bijvoorbeeld op vakantie gaat.

Gelijkwaardige relatie en regelmatig evalueren is volgens deelnemers belangrijk in de samenwerking

In de onderlinge samenwerking liepen deelnemende (wijk)verpleegkundigen en mantelzorgers tegen een aantal dingen aan. Mantelzorgers noemden dat zij geen vast aanspreekpunt hadden in de wijkverpleging, maar contact hebben met verschillende verpleegkundigen. Dit bemoeilijkt volgens hen de samenwerking. Ook vonden mantelzorgers dat (wijk)verpleegkundigen teveel van hen verwachten. Volgens mantelzorgers gaan verpleegkundigen er vanuit dat zij mantelzorgtaken op zich zullen nemen, zonder te vragen of zij dat ook willen of kunnen. Verpleegkundigen gaven daarentegen aan het normaal te vinden dat naasten dingen doen voor mensen in hun omgeving die hulp nodig hebben. In de samenwerking is goede communicatie belangrijk volgens de deelnemers. Zij vonden het van belang dat verpleegkundigen en mantelzorgers met elkaar in gesprek te gaan, elkaar leren kennen en naar elkaar luisteren. Het communicatiemiddel zou daarbij afhankelijk moeten zijn van zowel de voorkeuren van (wijk)verpleegkundigen als van die van mantelzorgers en cliënten. Ook werd een gelijkwaardige relatie belangrijk gevonden, bijvoorbeeld door gezamenlijk een zorgplan op te stellen. Daarnaast vonden mantelzorgers het belangrijk dat er vanuit (wijk)verpleegkundigen aandacht is voor hun welzijn en belastbaarheid. Regelmatig samen evalueren hoe het gaat kan daarbij helpen volgens de deelnemers.

Formele zorg laten overnemen door mantelzorg lijkt een beperkt effect te hebben op de tekorten in de thuiszorg

Uit de verschillende doorrekeningen in de scenario's blijkt dat er beperkte verschillen zijn met het huidige scenario. Het verminderen van de zorgvraag door de inzet van mantelzorg alleen is niet genoeg om de tekorten in de wijkverpleging op te lossen en om ervoor te zorgen dat alle patiënten de juiste zorg krijgen. De resultaten laten zien dat een betere samenwerking tussen professionele zorg en mantelzorg slechts een beperkt effect heeft op de tekorten. Wel geldt: hoe groter de afname in zorggebruik, hoe sterker het verschil met het huidige scenario zichtbaar wordt. Ook een kleine afname kan in de praktijk veel betekenen: professionals kunnen hierdoor meer cliënten helpen. In het gunstigste scenario daalt de vraag naar personeel met 13.300 mensen (op een arbeidsvraag van bijna 210.000 personen). Omdat de zorgvraag per cliënt lager is, kunnen zorgmedewerkers de vrijgekomen tijd gebruiken om meer cliënten te ondersteunen. Om de bestaande en verwachte druk

op de zorg te verlagen is het belangrijk om te zien dat mantelzorg een beperkte rol lijkt te spelen hierin. Dit dient dus niet gezien te worden als de enige oplossing voor de toekomst. Mantelzorgers spelen een waardevolle rol, maar zij zijn nu al (zwaar) belast. De oplossing om de tekorten terug te dringen ligt daarom ook in andere maatregelen om de zorgvraag en de arbeidsvraag structureel beter met elkaar in balans te brengen.

7.2 Beschouwing

Wanneer we kijken naar de behoeften van zowel formele als informele zorgverleners met betrekking tot de samenwerking en taakverdeling in de zorgverlening, zien we zowel overeenkomsten als verschillen. Een overeenkomst is dat beide groepen aangaven dat communicatie een belangrijk aspect is van de onderlinge samenwerking. Ook vertrouwen, gelijkwaardigheid en regelmatig samen evalueren werd door beide partijen belangrijk gevonden. We zagen ook verschillen tussen de behoeften van de deelnemende mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen. Zij dachten bijvoorbeeld verschillend over bij wie de verantwoordelijkheid voor zorg zou moeten liggen. Volgens mantelzorgers zijn professionele zorgverleners in eerste instantie verantwoordelijk voor de zorg. Verpleegkundigen vonden dat deze verantwoordelijkheid in de eerste plaats bij de cliënt zelf en diens sociale netwerk ligt. Dit verschil uit zich ook in een verschil in ervaren verwachtingen. Mantelzorgers vonden dat verpleegkundigen teveel van hen verwachten en dat er met een te grote vanzelfsprekend vanuit wordt gegaan dat naasten taken oppakken, zonder na te gaan of zij dit ook willen. Verpleegkundigen vonden het daarentegen normaal dat naasten dingen doen voor mensen in hun omgeving die hulp nodig hebben. Volgens hen zou de beweging richting meer mantelzorg niet alleen moeten worden ingegeven vanuit personeelstekorten in de wijkverpleging, maar ook vanuit het idee dat mantelzorg kan leiden tot betere zorg voor de cliënt, omdat deze bijvoorbeeld niet meer hoeft te wachten tot de wijkverpleging langskomt. Verpleegkundigen gaven aan dat er op dit gebied een mentaliteitsverandering nodig is. Wel erkenden ze dat mantelzorg een zware belasting kan vormen. Dit verschil in opvattingen tussen mantelzorgers en verpleegkundigen ten aanzien van de taakverdeling in de zorgverlening kan de onderlinge samenwerking bemoeilijken.

Met betrekking tot deze samenwerking, gaven verpleegkundigen aan behoefte te hebben aan meer scholing op het gebied van de samenwerking met mantelzorgers. Doordat deze samenwerking steeds intensiever wordt, verandert de rol van verpleegkundigen. Coördinerende taken, zoals overbelasting bij mantelzorgers signaleren en risico's bespreken, worden belangrijker. Het is van belang om te onderzoeken wat verpleegkundigen nodig hebben om deze taken te kunnen uitvoeren en hen hierin te ondersteunen (V&VN, 2024).

Zowel deelnemende mantelzorgers als (wijk)verpleegkundigen noemden dat zij te maken te hebben met een gebrek aan tijd. Verpleegkundigen zagen in de toekomst een grotere rol weggelegd voor mantelzorgers door de verwachte stijging van de zorgvraag. Mantelzorgers gaven echter op dit moment al aan dat zij het lastig vinden om hun mantelzorgtaken te combineren met betaald werk en andere bezigheden. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken naar mantelzorg, waaruit blijkt dat een deel van de mantelzorgers de mantelzorgtaken als belastend ervaart. Daarbij voelen sommige groepen mantelzorgers, zoals mantelzorgers voor mensen met dementie en mantelzorgers die langer en intensiever mantelzorg verlenen, zich zwaarder belast dan andere groepen (Van der Heide et al., 2024; De Boer et al., 2020). Ongeveer één op de tien mantelzorgers is zwaar overbelast (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). Dit roept de vraag op in hoeverre het mogelijk is voor mantelzorgers om in de toekomst meer taken op te pakken. Betere ondersteuning van mantelzorgers kan daarbij helpen. Vrijwilligers, bijvoorbeeld in maatjesprojecten, kunnen mogelijk een deel van de

taken van mantelzorgers overnemen. Dit geldt waarschijnlijk vooral voor taken op het gebied van welzijn en niet voor taken rondom persoonlijke verzorging. Ook hadden deelnemende mantelzorgers behoefte aan ondersteuning op het gebied van regeltaken. Zij ervoeren het systeem als ingewikkeld en wisten niet goed waar zij terecht kunnen met vragen, bijvoorbeeld over hoe ze hulpmiddelen of indicaties moeten aanvragen. Wat hierbij volgens de deelnemers een complicerende factor is, is dat dit in iedere gemeente anders is geregeld. Dit is vooral lastig wanneer de mantelzorger in een andere gemeente woont dan hun naaste. Door de Rijksoverheid is de website www.regelhulp.nl opgezet. Op deze website is te zien welke vormen van zorg en ondersteuning er zijn en hoe deze geregeld kunnen worden. Er wordt bijvoorbeeld genoemd dat er een cliëntondersteuner kan worden ingeschakeld om te helpen bij het regelen van zorg en ondersteuning (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025a). Dit komt overeen met waar de deelnemende mantelzorgers behoefte aan hadden. Zij leken echter niet op de hoogte te zijn van deze website. Ook uit onderzoek van het SCP blijkt dat een deel van de mantelzorgers die behoefte heeft aan ondersteuning de weg naar ondersteuning niet kent (De Boer et al., 2019). Het is daarom van belang om dergelijke initiatieven beter onder de aandacht te brengen bij mantelzorgers.

Mantelzorgers stonden ervoor open om sommige eenvoudige handelingen, zoals oog druppelen, over te nemen van de wijkverpleging. Hieraan waren volgens hen wel een aantal voorwaarden verbonden. Zo vonden zij het belangrijk om duidelijke uitleg en begeleiding te krijgen van een (wijk)verpleegkundige bij het aanleren van de verpleegkundige handeling en de handeling een aantal keer samen te oefenen. Na het overnemen van de handeling willen mantelzorgers dat er iemand is bij wie zij terecht kunnen met vragen of bij complicaties. Daarnaast gaven mantelzorgers aan dat wanneer zij instemden met het overnemen van een handeling, dit niet betekent dat zij dit voor altijd willen blijven doen. Van verpleegkundigen vraagt het overnemen van verpleegkundige handelingen door mantelzorgers dat zij een meer coachende rol moeten aannemen en moeten inschatten wanneer een mantelzorger bekwaam genoeg is om zorg te geven (V&VN, 2024). Bij het overnemen van handelingen door mantelzorgers is er volgens mantelzorgers en verpleegkundigen duidelijkheid nodig over juridische verantwoordelijkheden. Op dit moment ligt de verantwoordelijkheid bij degene die de handeling uitvoert. Daarbij zijn zorgverleners verantwoordelijk voor een goede voorbereiding van de mantelzorger (MantelzorgNL, 2024). De deelnemende mantelzorgers leken hier niet van op de hoogte te zijn. Zij gaven aan niet de verantwoordelijk te willen dragen als er iets fout gaat, omdat zij niet zijn opgeleid voor het uitvoeren van de handelingen. Dit komt niet overeen met hoe de verantwoordelijkheid in de praktijk is geregeld. Ook zorgprofessionals zijn hier niet altijd van op de hoogte (Heilbron & Veen, 2024). Het is daarom van belang om dit aspect te bespreken wanneer verpleegkundige handelingen worden overgenomen door mantelzorgers, zodat mantelzorgers weten waar ze mee instemmen. Tijdens de gezamenlijke bijeenkomst werd benoemd dat er voor vrijwilligers een aansprakelijkheidsverzekering bestaat. Mogelijk is zo iets ook een optie voor mantelzorgers.

Volgens (wijk)verpleegkundigen is het belangrijk dat zij in een vroeg stadium worden betrokken bij de zorg voor een cliënt. De wijkverpleging is vrij toegankelijk zonder doorverwijzing van een huisarts. Door de toegankelijkheid kan de wijkverpleging op tijd helpen bij het inschakelen van de juiste zorg en ondersteuning, waaronder ook voorliggende voorzieningen of mantelzorg, en kan mogelijk worden voorkomen dat op een later moment zwaardere en/of meer zorg nodig is. De deelnemende mantelzorgers waren er niet van op de hoogte dat zij zelf de wijkverpleging kunnen inschakelen. Ook ander onderzoek laat zien dat een groot deel van de zorggebruikers niet weet zonder verwijzing van de huisarts naar een wijkverpleegkundige te kunnen gaan (Jansen et al., 2025). Het vergroten van de kennis hierover kan mantelzorgers helpen bij het vinden van de juiste zorg en ondersteuning.

Uit de doorrekening van verschillende scenario's blijkt dat het overnemen van formele zorgtaken door mantelzorgers een beperkt effect lijkt te hebben op de personeelstekorten in de wijkverpleging. Wanneer de zorgvraag met 15% gereduceerd kan worden in drie jaar, levert dit een verwachte verlaging aan van het tekort in 2034 van 12,2% naar 11,3%. Dit sluit aan bij ander onderzoek waar ook een daling van de tekorten van 11% naar 10% berekend is voor de branche Thuiszorg als gevolg van een verhoogd aanbod, betere samenwerking en minder druk op zorgmedewerkers die ook mantelzorger verlenen (AZW Info, 2024). Eerder onderzoek liet zien dat ook zorgpersoneel in het verpleeghuis geen vermindering van de werkdruk ervaart door de inzet van mantelzorg (Heilbron & Veen, 2024). Desondanks blijkt uit ons onderzoek dat mantelzorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan de continuïteit en ervaren kwaliteit van zorg. Mantelzorgers staan vaak dichtbij, kennen de situatie van de cliënt goed en kunnen daardoor zorg op maat bieden. Hun inzet draagt bij aan continuïteit, persoonlijke aandacht en emotionele steun – zaken die de kwaliteit van leven van cliënten sterk beïnvloeden. Tegelijkertijd is die bijdrage beperkt als het gaat om het oplossen van personeelstekorten, omdat mantelzorgers nu al zwaar belast zijn en hun rol niet onbeperkt kan worden uitgebreid. Dit onderstreept hoe belangrijk het is dat formele en informele zorg elkaar versterken. Mantelzorg kan de zorgprofessionals niet vervangen, maar wel aanvullen en verlichten, mits er voldoende afstemming, erkenning en ondersteuning is. Op die manier profiteren cliënten van een samenhangend zorgaanbod, zonder dat de druk volledig bij mantelzorgers komt te liggen.

7.3 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat zowel het perspectief van mantelzorgers als dat van (wijk)verpleegkundigen is meegenomen. In eerdere onderzoeken naar mantelzorg werd vooral op één van deze perspectieven gefocust. Doordat er voor dit onderzoek ook een bijeenkomst is georganiseerd waar mantelzorgers en verpleegkundigen met elkaar in gesprek gingen, naast twee afzonderlijke bijeenkomsten voor deze groepen, konden de groepen ervaringen uitwisselen en op elkaar reageren. Tegenstellingen in verwachtingen en ervaringen tussen de twee groepen kwamen hierdoor naar voren. Ook kregen mantelzorgers en verpleegkundigen meer begrip voor elkaar en konden zij van elkaar leren. Mantelzorgers leerden bijvoorbeeld dat zij zelf de wijkverpleging kunnen inschakelen en dat hiervoor geen verwijzing nodig is. De deelnemers gaven het zelf ook aan het te waarderen om met de andere groep in gesprek te gaan.

Een ander sterk punt van het onderzoek is dat op basis van verschillende scenario's in kaart is gebracht wat de mogelijke effecten kunnen zijn van een betere afstemming tussen formele en informele zorg, hoewel het niet mogelijk is om het precieze effect van betere afstemming vast te stellen. Door middel van deze doorrekeningen wordt inzicht verkregen in de mogelijke effecten van een betere afstemming tussen mantelzorgers en formele zorg op de verwachte tekorten in de thuiszorg. Dit kan aanknopingspunten bieden voor beleid.

Een beperking van het onderzoek is dat bepaalde groepen, zoals jonge mantelzorgers, zijn ondervertegenwoordigd. Mogelijk hebben zij ervaringen met mantelzorg en de samenwerking met formele zorgverleners die verschillen van de ervaringen van de mantelzorgers die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Daarnaast hebben er geen verzorgenden deelgenomen aan het onderzoek, alleen verpleegkundigen. Ook is het uitgevoerde kwalitatief van aard. Doordat het kwalitatief onderzoek betreft, is het mogelijk om diepgaande inzichten te krijgen in de ervaringen en behoeften van de deelnemers. Een nadeel van kwalitatief onderzoek is dat de resultaten door het relatief kleine aantal deelnemers niet kunnen worden gegeneraliseerd naar de bredere populatie. Ook weten we niet of de deelnemende (wijk)verpleegkundigen enkel over hun eigen werkwijzen en

ervaringen spraken, of dat hun manier van werken standaard is binnen de organisatie waar zij werken. Vervolgonderzoek, bijvoorbeeld vragenlijstonderzoek, kan worden ingezet om te onderzoeken of de bevindingen door een grotere groep verpleegkundigen en mantelzorgers worden gedragen.

De resultaten van dit richtinggevend onderzoek helpen Utrechtzorg om met hun partners aan de slag te gaan om te bepalen hoe ze zorgorganisaties beter kunnen ondersteunen. Daarnaast kan deze informatie gebruikt worden om de samenwerking tussen formele en informele zorg te verbeteren op het gebied van beleid en praktijk. Ook dienden de voorlopige resultaten van dit onderzoek als input voor een visual over het verdelen van zorghandelingen tussen formele en informele zorgverleners die is ontwikkeld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025b).

Literatuur

- ABF Research. (2024). Prognosemodel Zorg en Welzijn: Arbeidsmarktprognose zorg en welzijn editie 2024. <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/verantwoordingsdocumentatie/>.
- AZW Info (2024). Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn 2033. Eindrapportage Toekomstscenario's. <https://www.azwinfo.nl/app/uploads/2024/05/AZW-scenarioanalyse-Arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-2033.pdf>.
- De Boer, A., De Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D., & Plaisier, I. (2020). Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Boer, A., Plaisier, I., & De Klerk, M. (2019). Mantelzorgers in het vizier. Beleidssignalement mantelzorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dechering, A. (2025). Een verborgen last: depressie onder mantelzorgers. [Een verborgen last: depressie onder mantelzorgers |](#).
- Heilbron, B., & Veen, M. (2024). Zorgpersoneel verpleeghuis ervaart geen vermindering werkdruk door hulp mantelzorg. [Zorgpersoneel verpleeghuis ervaart geen vermindering werkdruk door hulp mantelzorg | Investico Onderzoeksjournalisten.](#)
- Ieder(in). (2023). Onderzoek wijst uit: mantelzorger is onmisbaar in langdurige zorg. [Onderzoek wijst uit: mantelzorger is onmisbaar in langdurige zorg - Ieder\(in\).](#)
- Jansen, L., Meijer, M., Simanowski, J., Arslan, I., & Van Tuyl, L. (2025). Merendeel zorggebruikers weet niet dat ze zonder huisartsverwijzing naar zorg- en hulpverleners uit de eerste lijn kunnen. Utrecht: Nivel.
- MantelzorgNL (2024). Wat je als mantelzorger moet weten bij het overnemen van zorghandelingen. <https://www.mantelzorg.nl/nieuws/wat-je-als-mantelzorger-moet-weten-bij-het-overnemen-van-zorghandelingen/>
- MantelzorgNL (2025a). Definitie van mantelzorg. [Definitie van mantelzorg - MantelzorgNL.](#)
- MantelzorgNL (2025b). Werk. <https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/werk/>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2025a). Wat is onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO)? <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/clientondersteuning/wat-is-oco>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2025b). Verdelen van zorghandelingen. <https://open.overheid.nl/documenten/327bb2d2-4cc4-41b9-9824-8687c3c2998c/file>.
- Peters, A., & Alderliesten, J. (2019). Intensieve mantelzorg. Op weg naar betere ondersteuning. Utrecht: Movisie.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Radboud Universiteit (2024). Mantelzorg moeilijk te combineren met werk. [Mantelzorg moeilijk te combineren met werk | Radboud Universiteit.](#)
- Rijksoverheid (2025a). Hulp aan ouderen om langer thuis te blijven wonen. [Hulp aan ouderen om langer thuis te blijven wonen | Zorg en ondersteuning thuis | Rijksoverheid.nl.](#)
- Rijksoverheid (2025b). Hoe kan ik als mantelzorger hulp bij de zorg krijgen? <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/vraag-en-antwoord/hoe-kan-ik-als-mantelzorger-hulp-bij-de-zorg-krijgen>.
- Van der Heide, I., De Graaff, M., Van den Buuse, S., Rijkers-Pluijlaar, I., & Bos, N. (2024). Dementiemonitor 2024. Mantelzorgers over ondersteuning vanuit hun sociale netwerk, professionele zorg en de impact van mantelzorg op hun leven: landelijke rapportage. Utrecht: Nivel.

V&VN (2024). 'Ondersteuning verpleegkundigen en verzorgenden belangrijk bij meer inzet mantelzorg'. 'Ondersteuning verpleegkundigen en verzorgenden belangrijk bij meer inzet mantelzorg' | V&VN.

Waardigheid en trots voor de toekomst. (2025). 11 tips voor samen zorgen.
<https://www.waardigheidentrots.nl/tools-tips/tips/samen-zorgen>.

Zorg voor Beter (2022). Informele zorg. Wat is informele zorg?.

Bijlage A Topic lists

A.1 Topic list bijeenkomst (wijk)verpleegkundigen

1. Introductie en toelichting (15 minuten)

Welkom allemaal. Fijn dat iedereen vanmiddag tijd heeft willen vrijmaken om ons van input te voorzien. Veel dank daarvoor.

Allereerst een paar huishoudelijke mededelingen;

- Zit je in een ruimte met veel geluid? Zet dan je microfoon uit als je niet aan het woord bent.
- We stimuleren een onderlinge discussie tijdens de bijeenkomst. Maar heb je het gevoel dat je er niet tussen komt? Steek even een handje op.
- Het is ook altijd mogelijk om antwoorden in de chat te delen.

Voorstelrondje

We wilden beginnen met een kort voorstelrondje, waarin we jullie willen vragen – omwille van de tijd – alleen je naam, je beroep en de plaats waar je werkzaam bent te delen.

Praktische zaken

We zullen jullie zo eerst nog even kort meenemen in waarom deze bijeenkomst is georganiseerd, en wat de reden en het doel van deze bijeenkomst is. Daarna hebben we tijd voor discussie. In totaal zal de bijeenkomst twee uur duren. Wanneer u hier geen bezwaar tegen heeft, zal de bijeenkomst worden opgenomen. De opname wordt gebruikt om een verslag te schrijven van deze bijeenkomst. U zal na afloop dit verslag ontvangen. We willen benadrukken dat de resultaten van deze bijeenkomst anoniem verwerkt worden. In het rapport zal niet herleidbaar zijn door wie de uitspraak is gedaan. Er zal dus ook niets bij uw werkgever terecht komen.

Het onderzoek voeren wij van het Nivel uit in samenwerking met Utrechtzorg. Vanuit hen is Aart Lodder aanwezig. Hij zal toehoorder zijn.

Voordat we gaan beginnen, willen we eerst nog even:

- a. expliciet vragen of jullie toestemming geven:
 1. voor deelname aan deze bijeenkomst;
 2. voor het verzamelen en gebruiken van beeld/geluidsopnames. Deze opnames zullen na te zijn uitgeschreven/einde studie vernietigd worden. We gebruiken de opname voor het verslag en om eventueel quotes uit te halen voor de rapportage. Alles wat wordt gezegd wordt anoniem verwerkt;
- b. bevestigen dat er geen belangenverstrengeling is.

We zullen nu de opname starten, en dan stellen we de vraag nogmaals, zodat we jullie toestemming ook op de opname hebben staan.

<opname starten>

Is er iemand die geen toestemming geeft voor deelname aan deze bijeenkomst, het verzamelen en gebruiken van beeld/geluidsopnames?

[Ik zie dat niemand bezwaar heeft]

Is er iemand die wel belangenverstrengeling heeft?

[Ik zie niemand die aangeeft belangenverstrengelingen te hebben]

2. Korte introductie (doel & uitleg van het onderzoek) (5 minuten)

Door de vergrijzing en toename van chronische aandoeningen wordt informele zorg, verleend door familie, vrienden, burens en vrijwilligers, steeds belangrijker in onze samenleving. Het doel van ons onderzoek is om de behoeften van zowel formele als (potentiële) informele zorgverleners vast te stellen en daarmee mogelijk de samenwerking in de zorg tussen deze twee partijen efficiënter te organiseren. De wijkverpleging is een van de sectoren waar een flink tekort aan personeel wordt verwacht. In deze sector zijn er mogelijk ook handelingen die (voor een deel) door informele zorgverleners uitgevoerd kunnen worden. Het doel van deze bijeenkomst is niet om consensus te bereiken, maar om een diversiteit aan meningen en ideeën over de samenwerking tussen formele en informele zorg in kaart te brengen.

De (anonieme) resultaten van deze discussiegroep zullen in een bijeenkomst, georganiseerd door Utrechtzorg, besproken worden met werkgevers. Verder zullen we de resultaten verwerken in een deelrapport. Ook zullen we nog een platform organiseren waarvoor we zowel (wijk)verpleegkundigen als verzorgenden als (potentiële) informele zorgverleners uitnodigen. Tijdens dit platform gaan deze groepen in discussie wat de impact is van een mogelijke samenwerking en hoe deze het beste vormgegeven kan worden. Na deze fase zullen we een eindrapportage publiceren op de Nivel website.

Zijn er nog vragen over het onderzoek?

3. Start discussie

- Algemeen (10 minuten)
 1. Wat verstaat u onder informele zorg? Dit mag u in de chat typen.
 2. Waar denkt u aan bij taken voor informele zorgverleners? Dit mag u in de chat typen.
- Samenwerken en afstemmen (30 minuten)
 1. Hoe gaat de samenwerking met informele zorgverleners?
 - a. Wat gaat er goed? Dit mag u in de chat typen. We gaan later in op wat er beter kan.
 2. Zijn er bepaalde regels/protocollen voor de samenwerking met informele zorgverleners?
 - a. Zijn er ook afspraken gemaakt over de verdeling van verantwoordelijkheden?
 - b. Hoe wordt deze taakverdeling vastgelegd? (Mail, platform (online omgeving?), app?)
 3. Stemt u de zorg af met informele zorgverleners?
 - a. Op welke manier wordt dit afgestemd met informele zorgverleners?
 4. Zijn informele zorgverleners voldoende op de hoogte van de zorg die u biedt?
 5. Hoe wordt de taakverdeling tussen u en informele zorgverleners bepaald?
 6. Hoe wordt er rekening gehouden met de wensen en behoeften met betrekking tot de taakverdeling van informele zorgverleners en patiënten?
 7. Let u ook op de belastbaarheid van informele zorgverleners? Zo, ja op welke manier en hoe gaat u hiermee om?
 8. Ziet u mogelijkheden in taken die kunnen worden overgenomen? (naast bovengenoemde)
 - a. Om hoeveel uur in de werkweek gaat dit? Dit mag u in de chat typen.
 - b. Kost de samenwerking tijd, of levert deze samenwerking juist tijdswinst op?

- Uitdagingen (20 minuten)
 1. Waar loopt u tegenaan in de samenwerking met informele zorgverleners?
 2. Zijn er situaties waarin er onduidelijkheid is over de taken van informele zorgverleners en van de (wijk)verpleegkundigen? Hoe gaat u daarmee om?
 3. Wat zijn barrières voor u in het laten overnemen van taken door informele zorgverleners?
 - a. Hoe kan er met deze barrières worden omgegaan?
- Verbeterpunten en behoeften (15 minuten)
 1. Hoe kan de samenwerking verbeterd worden?
 - a. Wat is hiervoor nodig?
 - b. Welke hulpmiddelen of trainingen zouden hierbij helpen?
 - Heeft u dan zelf behoefte aan trainingen of zijn dit meer trainingen voor mantelzorgers?
 - c. Zijn er specifieke situaties waarin de samenwerking verbeterd kan worden?
- Afsluitende vraag (10 minuten)
 1. Wat is het belangrijkste in een goede samenwerking met informele zorgverleners?

Wil iemand nog iets toevoegen aan deze discussie? (5 minuten)

4. Afsluiting

We denken dat we zo een goed beeld hebben gekregen van de samenwerking tussen informele zorgverleners en de wijkverpleging. Zijn er volgens u nog dingen die we niet hebben besproken over dit onderwerp, die in uw ogen wel belangrijk zijn? Heeft u nog vragen voor ons?

Hartelijk dank voor deelname aan het interview. We gaan de opname stoppen.

<Opname stoppen>

De opname is gestopt. We willen u nogmaals hartelijk bedanken voor uw tijd en uw moeite om deel te nemen. Na afloop van deze bijeenkomst zullen we een verslag schrijven. Dit zullen we u sturen en graag horen wij of dit verslag aansluit bij u punten of dat er nog zaken ontbreken. De resultaten van de bijeenkomst zullen we ook verwerken in een rapportage die zal worden gepubliceerd op de Nivel website. Als dank voor deelname aan deze bijeenkomst, ontvangt u een cadeaubon. Deze zult u via de mail ontvangen.

A.2 Topic list bijeenkomst mantelzorgers

1. Introductie en toelichting (10:00-10:20 uur)

Welkom allemaal. Fijn dat iedereen deze ochtend tijd heeft willen vrijmaken om bij deze bijeenkomst aanwezig te zijn. Veel dank daarvoor.

Introductie onderzoekers

Praktische zaken

- We zullen jullie zo meteen eerst kort meenemen in waarom deze bijeenkomst is georganiseerd, en wat het doel van deze bijeenkomst is. Daarna hebben we tijd om met elkaar in gesprek te gaan.
- De bijeenkomst duurt maximaal twee uur.

- De bijeenkomst wordt opgenomen. De opname wordt gebruikt om een verslag te schrijven en om quotes uit te halen voor de rapportage.
- U ontvangt na afloop een kort verslag van de bijeenkomst. Hier kunt u nog op reageren, mocht u dit willen.
- We willen benadrukken dat de resultaten van deze bijeenkomst anoniem verwerkt worden. In de rapportage zal niet herleidbaar zijn door wie een uitspraak is gedaan.
- We zullen proberen iedereen zo veel mogelijk aan het woord te laten tijdens de bijeenkomst. Mocht u iets willen zeggen kunt u uw hand opsteken.
- We willen vragen om iedereen uit te laten spreken, om zo te voorkomen dat we door elkaar heen praten. Verder willen we afspreken dat alles wat hier verteld wordt binnen deze ruimte blijft.

Doel & uitleg van het onderzoek

- Waarom doen we dit onderzoek? Door de vergrijzing en toename van chronische aandoeningen wordt mantelzorg, verleend door familie, vrienden, burens en vrijwilligers, steeds belangrijker in onze samenleving.
- Het doel van ons onderzoek is om de behoeften van zowel formele zorgverleners (zoals huisartsen, medisch specialisten en wijkverpleegkundigen) als (potentiële) mantelzorgers van thuiswonende mensen in kaart te brengen en daarmee mogelijk de samenwerking in de zorg tussen deze twee partijen efficiënter te organiseren.
- Hierbij kijken we bijvoorbeeld naar de wijkverpleging. Dit is een van de sectoren waar een flink tekort aan personeel wordt verwacht. In deze sector zijn er taken die deels of helemaal door mantelzorgers uitgevoerd kunnen worden. Voorbeelden zijn het aantrekken van steunkousen en het geven van medicatie. Maar ook in andere sectoren zal er een tekort komen aan zorgpersoneel.
- In deze bijeenkomst gaan we met elkaar in gesprek over hoe zorgverleners en mantelzorgers beter kunnen samenwerken. Het gaat hier om de zorg voor thuiswonende mensen.
- Het doel van deze bijeenkomst is niet om consensus te bereiken, maar om een diversiteit aan meningen en ideeën over de samenwerking tussen zorgverleners en mantelzorgers op te halen.
- Naast deze bijeenkomst, hebben we pas ook een bijeenkomst gehad met wijkverpleegkundigen. Ook aan hen hebben we gevraagd hoe zorgverleners en mantelzorgers beter kunnen samenwerken. De resultaten van beide bijeenkomsten komen in één rapportage.
- Het Nivel voert het onderzoek uit in samenwerking met Utrechtzorg. Utrechtzorg is een stichting zonder winstoogmerk die zorgorganisaties ondersteunt.
- Heeft iemand nog vragen over het onderzoek?

Voorstelrondje

- We starten met een kort voorstelrondje. Zou u uw naam willen noemen en kort willen aangeven of u ervaring hebt met het verlenen van mantelzorg en om hoeveel uur per week dit dan ongeveer gaat? Of indien u geen ervaring heeft, u open staat om mantelzorg te verlenen. We komen later terug op eventuele ervaringen met het geven van mantelzorg.

2. Start discussie

Wat is mantelzorg? (10:20-10:35 uur)

1. Wat verstaat u onder mantelzorg?
Wat voor taken kunnen volgens u mantelzorgers uitvoeren? [*Mensen vullen mindmap in*]
[*Korte toelichting vragen aan paar mensen*]

- Medicatie geven
- Wondzorg (scholing nodig)
- Steunkousen aantrekken
- Helpen met aan- en uitkleden
- Wassen met een washandje
- Uit bed halen
- Technische handelingen (katheter)
- Sondevoeding
- Trombosepuit zetten, injecties, insuline spuiten

Mantelzorg verlenen en de ervaringen hiermee (10:35-11:10)

1. Geeft u of heeft u zelf mantelzorg gegeven?
 - a. Waarom wel/waarom niet?
2. Bent u bereid om in de toekomst mantelzorg te verlenen?
 - a. Waarom wel/waarom niet?
3. Wat voor taken verleent u als mantelzorger? / Wat voor taken zou u willen verlenen als mantelzorg?
 - a. En waarom deze taken?
4. Aan wie verleent u mantelzorg / Aan wie zou u juist wel of geen mantelzorg willen verlenen?
 - a. En waarom zou u aan deze personen juist wel/geen mantelzorg willen verlenen?
5. Heeft u voldoende zicht op wat voor taken er over genomen zouden kunnen worden door mantelzorgers?
 - a. Indien niet, wat zou er voor nodig zijn om hier inzicht in te krijgen?
 - b. Heeft u ooit hier een gesprek over gevoerd met de zorgverlener?

• Voor de groep die er ervaring mee heeft:

1. Wat zijn uw ervaringen met het geven van mantelzorg?
2. Zijn er dingen waar u tegen aanloopt in het geven van mantelzorg?
3. Hoe ervaart u de combinatie van het geven van mantelzorg en het hebben van andere verplichtingen, zoals werk en sociaal leven?
 - a. Werkt u minder omdat u mantelzorg verleent? (Welk werk doet u?)

• Voor de groep die er nog geen ervaring mee heeft:

1. Waar verwacht u tegen aan te lopen bij het geven van mantelzorg?
2. Wat zouden voor u barrières zijn, of juist stimulerende factoren om mantelzorg te gaan verlenen? (denk bijv. aan werk, eigen gezin etc.)
 - a. Is het mogelijk om vanuit werk hier verlof voor op te nemen?

Ondersteuning om mantelzorg te kunnen verlenen (11:10-11:20)

1. Heeft u behoefte aan ondersteuning om mantelzorg te verlenen? / Of verwacht u dit nodig te hebben?
 - a. Zo ja, welke ondersteuning heeft u nodig of verwacht u nodig te hebben om mantelzorg te kunnen verlenen? [bijv. steun van werkgever in flexibele werktijden, financiële steun, informatie/instructie vanuit de formele zorg]
 - b. Zo ja, bij welke specifieke taken heeft u ondersteuning nodig / verwacht u ondersteuning nodig te hebben?
2. Wat verwacht u van zorgverleners aan ondersteuning om mantelzorg te kunnen verlenen?
3. Van wie zou u ondersteuning willen hebben?
4. Wordt het geven van mantelzorg door u als een keuze ervaren?

Samenwerken en afstemmen (11:20-11:40)

1. Heeft u ervaring met samenwerking met een zorgverlener bij het verlenen van mantelzorg?
 - a. Met wie werkt of werkte u samen?
 - b. Wat gaat er goed in deze samenwerking?
 - c. Wat kan er beter in deze samenwerking?
2. Wat zou u belangrijk vinden in een samenwerking met een zorgverlener?
3. Hoe ziet u de communicatie met de zorgverlener voor zich in deze samenwerking?
4. Op welke manier zou u het liefst communiceren met de zorgverlener? (bijvoorbeeld via bellen of een online omgeving)
5. Hoe zou u graag zien dat er rekening wordt gehouden met de wensen en behoefte van u en uw naaste met betrekking tot de zorg?
 - a. Op welke manier wordt dit al gedaan?

Afsluitende vraag (11:40-11:50)

1. Wat is volgens u het belangrijkste om zorgverlener en mantelzorger goed te kunnen laten samenwerken?

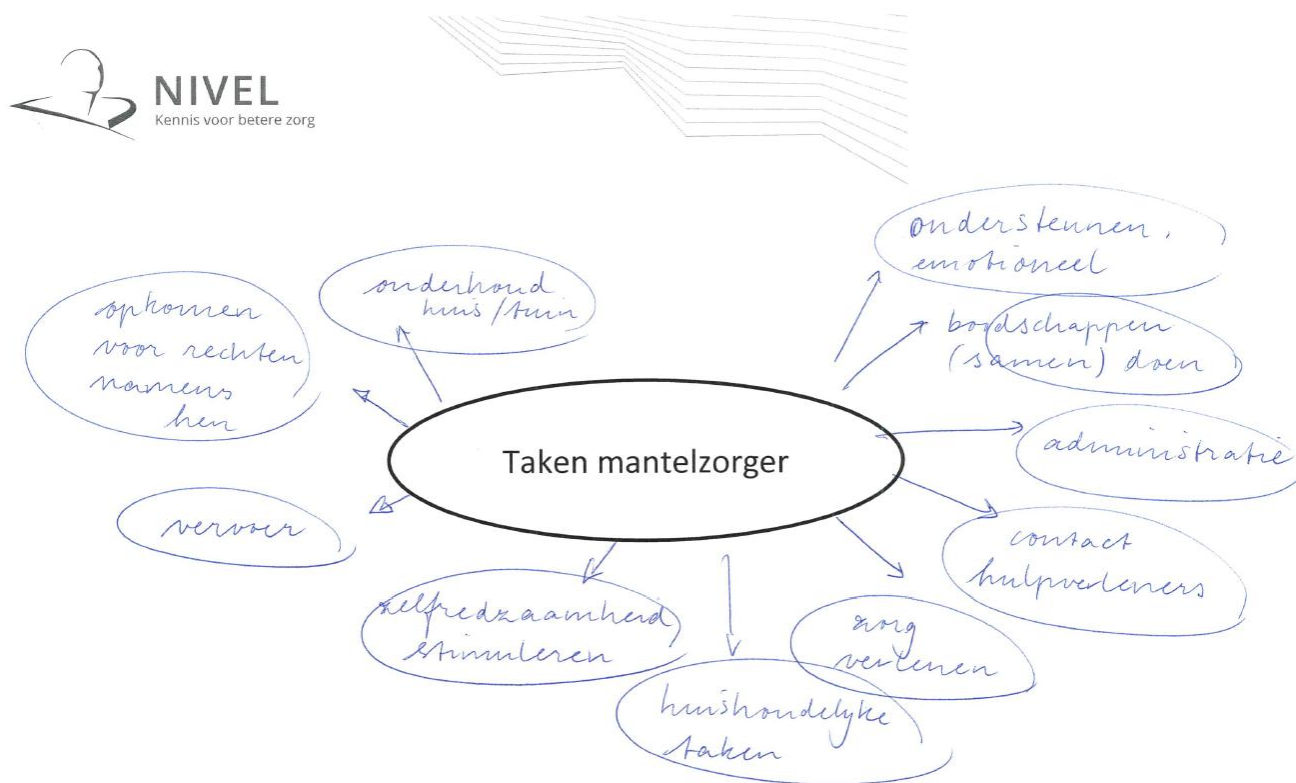
3. Afsluiting (11:50-12:00)

- We denken dat we zo een goed beeld hebben gekregen van de samenwerking tussen mantelzorgers en zorgverleners.
- Zijn er volgens u nog dingen die we niet hebben besproken over dit onderwerp, die in uw ogen wel belangrijk zijn? Heeft u nog vragen voor ons?
- We gaan de opname stoppen. <Opname stoppen>
- De opname is gestopt. We willen u nogmaals hartelijk bedanken voor uw tijd en uw moeite om deel te nemen.
- Binnenkort ontvangt u het korte verslag.
- Als dank voor deelname aan deze bijeenkomst, ontvangt u een cadeaubon. Deze zult u via de mail ontvangen na het weekend.

Bijlage B Programma van de gezamenlijke bijeenkomst

Tijdstip	Onderdeel
12:15-13:00	Inloop met lunch <i>Uitdelen en tekenen toestemmingsverklaring</i>
13:00-13:30	Opening en kennismaking <i>Korte toelichting op de middag m.b.t. praktische zaken en programma, elkaar leren kennen door middel van voorstelrondje, toelichting doel van het onderzoek</i>
13:30-13:45	Ervaringen met mantelzorg <i>De deelnemers gaan uit elkaar om in tweetallen kort hun ervaringen met mantelzorg uit te wisselen</i>
13:45-14:30	Thema 1: Taken en verantwoordelijkheden <i>Aan de hand van casussen wordt in groepjes gesproken over de taken van formele en informele zorgverleners</i>
14:30-14:50	Pauze
14:50-15:05	Presentatie over mantelzorgprogramma (door Amsterdam UMC)
15:05-15:50	Thema 2: Scholing en randvoorwaarden <i>Aan de hand van vragen gaan de deelnemers in groepjes met elkaar in gesprek over wat nodig is voor mantelzorgers om taken te kunnen overnemen van (wijk)verpleegkundigen</i>
15:50-16:05	Pauze
16:05-16:20	Presentatie over aanleiding en doel van het onderzoek
16:20-17:00	Thema 3: Communicatie <i>In gesprek over de communicatie tussen mantelzorgers en (wijk)verpleegkundigen aan de hand van stellingen</i>
17:00-17:30	Afsluiting – Wrap-up: samenvatting van de dag – Deelnemers bedanken, informeren over het vervolg en reiskostenformulieren uitdelen.

Bijlage C Voorbeeld van een mindmap



Bijlage D Succesfactoren en knelpunten

Door de deelnemers werden verschillende aanvullende succesfactoren en knelpunten opgeschreven. Deze zijn te vinden in onderstaande tabellen.

Succesfactoren
Er is vaak meer mogelijk dan je denkt
Netwerkaart voor start zorg en evaluatie in laten vullen door cliënt + mantelzorger → handleiding voor gesprek
Juiste zorg op de juiste plek
Minder lange ziekenhuisopnames
Bevorderen zelfmanagement
Niet afhankelijk van thuiszorg
Er is vaak meer mogelijk dan je denkt

Knelpunten
Beoordeling door de diverse organisaties over zorgtoewijzingen. Indicaties naar beneden door verzekeraar
Weerstand bij naaste om zorg over te nemen
Onvoldoende scholing voor de mantelzorger
Gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel bij cliënt zelf
Gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel bij formele zorgverleners
Gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel bij mantelzorger
Meer kenbaar maken over hulpmiddelen en de kosten
Waar kan je terecht, in de wirwar van de zorg, per gemeente anders
Inzage elektronisch dossier
Meerdere contactpersonen per cliënt
Overbelaste mantelzorg + zorgverlener
Werkende mantelzorger krijgt niet genoeg ondersteuning van werkgever
Teveel verantwoording bij de mantelzorger
Geen goede wegwijs
Acceptatie formele zorg
Juridisch kader niet helder, niet duidelijk
Meer samenwerking
Wet privacy i.c.m. machtigingen zou gemakkelijker kunnen, s.v.p in één keer alles regelen i.p.v. bij elke zorgaanbod
Opheffen van gemeentegrenzen bij erkenning van mantelzorgers
Communicatie tussen gemeente en overheid bij verhuizing
Financiële ondersteuning mantelzorgers

Bijlage E Vragen voor groepsdiscussies bij gezamenlijke bijeenkomst

Tijdens het onderdeel over **taken en verantwoordelijkheden** is aan de deelnemers gevraagd om onderstaande vragen in groepjes te beantwoorden:

1. Welke taken in de casus zouden volgens jullie door wie moeten worden uitgevoerd en waarom?
2. Wat hebben mantelzorgers nodig om de taken uit de casus uit te kunnen voeren?
3. Wat hebben verpleegkundigen nodig om de taken uit de casus door mantelzorgers te kunnen laten uitvoeren?
4. Wie is volgens jullie verantwoordelijk als de taken uit de casus verschuiven van verpleegkundige naar mantelzorger?

Tijdens het onderdeel over scholing en randvoorwaarden is aan de deelnemers gevraagd om onderstaande vragen in groepjes te beantwoorden. De volgende vragen werden gesteld over het onderwerp **scholing**:

1. Hoe denken jullie over een mantelzorgacademie/cursussen voor mantelzorgers? Aan welke voorwaarden moet dit voldoen?
2. Helpen cursussen mantelzorgers om zich bekwaam te voelen om zorgtaken uit te voeren?
3. Waar hebben verpleegkundigen behoefte aan op het gebied van scholing bij de ondersteuning van mantelzorgers?

Daarnaast is aan de deelnemers gevraagd onderstaande vragen over het onderwerp **randvoorwaarden** te bespreken:

1. Wat hebben mantelzorgers en verpleegkundigen van elkaar nodig bij de uitvoering van zorgtaken? Hoe kunnen ze elkaar helpen?
2. Wat is er nodig van anderen (combinatie met werk/werkgevers, hobby, sport, sociaal leven)?
3. Wat is er nodig qua verantwoordelijkheidsverdeling (juridische zaken)?