

RESPIJTZORG

De functie van dagopvang en logeervoorzieningen bij dementie en NAH

“Mantelzorgers
laden pas echt
op als tijdig
vervangende
zorg wordt
geboden”

Respijtzorg is het overnemen van de gebruikelijke zorg, in veel gevallen de zorg die naaste familieleden dagelijks geven (Scherpenzeel, 2013). Respijtzorg kan voorkomen dat mantelzorgers overbelast raken, of is noodzakelijk als er al sprake is van overbelasting (De Klerk e.a., 2015).

Respijtzorg kan gegeven worden door familie en/of vrienden en vrijwilligers. Maar dikwijls zijn ook professionele vormen van respijtzorg noodzakelijk. Daaronder verstaan we verschillende vormen van dagbesteding, overname van zorg en tijdelijk verblijf die erop gericht zijn de zorg van familie te ontlasten, dan wel aan te vullen. Denk aan NAH hotels, ontmoetingshuizen, gespecialiseerde dagbesteding of vakantievoorzieningen. In deze Wmo-wijzer gaan we in op dagbesteding en tijdelijk verblijf voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en dementie als belangrijke vormen van respijtzorg.

Ongeveer een kwart van de 1,7 miljoen mantelzorgers met zware zorgtaken heeft behoefte aan respijtzorg (Wittenberg en Kwekkeboom, 2014). Het daadwerkelijk gebruik blijft daarbij ver achter. Dat komt onder andere doordat mantelzorgers de mogelijkheden niet kennen, opzien tegen het regelen, het moeilijk vinden de zorg uit handen te geven of geen passend zorgaanbod vinden. Ook is bekend dat mantelzorgers zichzelf niet herkennen in termen als ‘mantelzorg’ of ‘respijtzorg’. Te veel mantelzorgers blijven daardoor doorploeteren en lopen een verhoogde kans op overbelasting en schade aan hun eigen gezondheid (Scherpenzeel, 2013).

Steeds vaker blijven mensen met NAH en mensen met dementie thuis wonen. Dat is een zware last voor de centrale mantelzorger, die het huishouden deelt met degene met de aandoening. Het aanbieden van respijtzorg is een belangrijke vorm van ondersteuning. Uit onderzoek blijkt ook dat mantelzorgers pas echt opladen als tijdig vervangende zorg wordt geboden (Brandts en Kuiper, 2016). Gemeenten en zorg- en welzijnsinstellingen kunnen daarop inspringen met een gevarieerd aanbod van respijtzorg (Van Exel e.a., 2006).

Allerlei vormen van georganiseerde en professionele tijdelijke dag- en nachtopvang voor mensen met langdurige beperkingen hebben ook de functie om aan mantelzorgers 'respijt' te bieden. Deze functie wordt door gemeentes dikwijls over het hoofd gezien. Als logeervoorzieningen, tijdelijk verblijf en dagbesteding onder druk komen te staan, komt ook de respijtfunctie voor mantelzorgers in het geding.

In deze Wmo-wijzer willen we het belang van professionele respijtzorg onder de aandacht brengen en onderbouwen¹. Het is belangrijk dat gemeenten:

1. voldoende en voldoende gevarieerde vormen van dagopvang en respijtzorg mogelijk maken;
2. de vraag naar mantelzorgondersteuning bekijken in relatie tot de behoefte die mantelzorgers hebben aan respijtzorg;
3. per situatie zorgvuldig in beeld brengen welke functies logeer- en dagbestedingsvoorzieningen kunnen vervullen voor zowel de persoon met de zorgvraag als de mantelzorger.

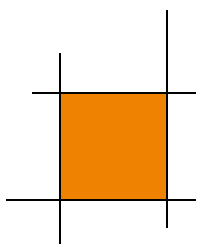
De behoefte aan respijtzorg kan per persoon met een ernstige functiebeperking (dagopvang als zorg en zinvolle dagbesteding) als voor de centrale mantelzorger (dagopvang als respijtzorg) verschillen, dus het is nodig maatwerk te bieden.

De gevolgen van de transitie

'Respijtzorg wordt nauwelijks door gemeenten ingekocht. De tijdelijke professionele hulp voor overspannen mantelzorgers wordt grotendeels over het hoofd gezien door inkoopambtenaren', kopte Zorgvisie.nl in maart 2015.²

In de transitie van het zorgbestel wordt flink ingezet op het aanboren van informele zorg. Het gaat om meer zorg en ondersteuning van naasten en vrijwilligers in de thuissituatie. De gedachte hierachter is zowel kwalitatief van aard (warme contacten geven de beste zorg en gaan isolement tegen) als budgettair (gemeenten hebben te maken met een budgetreductie van 25% ten opzichte van de middelen die landelijk voor 2014 beschikbaar waren). Gemeenten hebben de opgave om na te denken hoe ze een kwalitatief goede dagbesteding op een andere, minder dure, manier kunnen organiseren. In de transitie van zorg staan de professionele vormen van respijt onder druk.

- 1 Deze Wmo-wijzer is gebaseerd op de publicatie: Dagbesteding en tijdelijk verblijf als vormen van respijtzorg en mantelzorgondersteuning rond mensen met dementie en niet-aangeboren hersenletsel van dezelfde auteurs (Witteveen, Van der Deure, Timmers en Wilken, 2015).
- 2 Het artikel verwijst naar een onderzoek van Jan Telgen en Niels Uenk naar zorginkoop onder 328 gemeenten: www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/3/Gemeenten-vergeten-mas-saal-respijtzorg-in-te-kopen-1728208W/



“Gemeenten
zijn nog
volop aan het
puzzelen”

Ten opzichte van de oorspronkelijke plannen werd in het zorgakkoord een verzachting opgenomen m.b.t. de dagbesteding voor demente ouderen en gehandicapten. Dit zou echter niet gelden voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Er wordt minder bezuinigd dan aanvankelijk de bedoeling was, mede bedoeld om mantelzorgers wat lucht te geven³. Toch zijn er structureel minder middelen ter beschikking voor alle functies die de gemeente krachtens de Wmo moet uitvoeren. Gemeenten dienen dus afwegingen te maken waar zij welke middelen aan besteden.

Niet alle dagbesteding (inclusief vervoer) is overgegaan naar de gemeenten. Cliënten die een indicatie voor een hoog Zorgzwaartepakket (zpz)⁴ hebben, vallen vanaf 2015 onder de Wet langdurige zorg (Wlz). De meeste van deze cliënten wonen in een instelling, zoals een verzorgings- of verpleeghuis, ggz instelling of instelling voor gehandicapten. Een deel van deze cliënten ontvangt de zorg thuis. Het Wlz pakket is een integraal pakket en daarin zit dus ook budget voor dagbesteding. Bij cliënten met een hoog Zorgzwaartepakket (zpz) zit de dagbesteding in hun Wlz pakket, ongeacht waar zij wonen. Deze dagbesteding valt dus niet onder de gemeenten. De instelling waar cliënten met een hoog zpz wonen, blijven verantwoordelijk voor de dagbesteding en het eventuele vervoer.

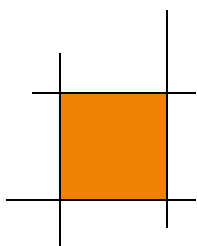
Mantelzorgondersteuning is onderdeel van de Wmo en valt dus onder de gemeente. Gemeenten zijn nog volop aan het puzzelen op welke wijze zij deze functie willen vervullen.

Per cliënt en mantelzorger kan dus sprake zijn van drie verschillende situaties.

1. De cliënt woont in een zorgvoorziening voor 24-uurs zorg (Wlz) en maakt gebruik van de dagbesteding die door de instelling wordt geboden. Er wordt als het ware een grote mate van respijt voor de mantelzorger geboden.
2. De cliënt woont thuis maar krijgt integrale zorg vanuit de Wlz. Er is hier sprake van een integraal pakket thuis. De cliënt kan gebruik maken van de dagbesteding die door de instelling geboden wordt, waardoor in overleg met de mantelzorger de respijtfunctie geregeld kan worden.

³ 16 april 2014: <http://fd.nl/economie-politiek/30854/zorgakkoord-nog-niet-af-gerond-door-aanvullende-eis>

⁴ Een Zorgzwaartepakket (zpz) is een pakket van zorg dat aansluit bij de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat nodig is. Zij geeft een omschrijving hoeveel zorg en van welke soort zorg en/of begeleiding iemand recht heeft. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft de indicatiebesluiten af en bepaalt op welke zorg iemand recht heeft. Aan een zpz is een budget gekoppeld.



3. De cliënt woont thuis en krijgt zorg vanuit de Wmo en Zvw. Hij maakt gebruik van dagbestedingsvoorzieningen die door de gemeente vanuit de Wmo gefinancierd worden. De mantelzorg kan gebruik maken van de mantelzorgondersteuning die de gemeente biedt. Hier liggen kansen om dagbesteding als vorm van ondersteuning voor de mantelzorg te zien, en dus de behoeftes van de burger met de beperking en de mantelzorg op adequate wijze met elkaar te verbinden.

Respijtzorg

Door de maatschappelijke ontwikkelingen wordt de druk op mantelzorgers groter. Uit een onderzoek van Movisie blijkt dat er een toename is van zogenaamde 'ontspoorde mantelzorgers'⁵. Er is sprake van ontsporing als mantelzorgers de zorg voor hun naaste niet meer aan kunnen en het risico lopen om zelf onderuit te gaan.

Als mantelzorgers weten dat hun naaste een kwalitatief goede zorg heeft, kunnen zij tijd voor zichzelf nemen en (blijven) deelnemen aan het arbeidsproces. Van der Vlist en Witteveen (2010) merken op: *“Een respijtzorgvoorziening biedt pas echt respijtzorg als de mantelzorg verlichting ervaart.”* Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

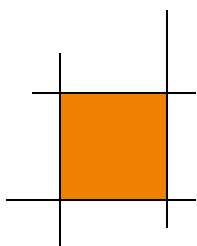
1. formele respijtzorg, geleverd door professionals, bekostigd door de Wmo of de Wlz en waarvoor een indicatie nodig is.
2. informele respijtzorg, voornamelijk geleverd door vrijwilligers, waarvoor geen indicatie nodig is. De ondersteuning van deze inzet kan bekostigd worden uit private middelen, de Wmo of de Zorgverzekeringswet.

In de praktijk bestaan mengvormen waarbij zowel vrijwilligers als professionals ingezet worden of waarbij ook professionals zich vrijwillig inzetten. Bij financiering van vrijwillige respijtzorg moet men naar de kwaliteit en effectiviteit kijken en is de mate van professionaliteit een aandachtspunt.

Naast het onderscheid tussen formeel en informeel kan het onderscheid gemaakt worden tussen directe en indirecte respijtzorg. Directe respijtzorg is alle zorg die professioneel of vrijwillig wordt geboden, waarbij respijtzorg het doel van het aanbod is. Indirecte respijtzorg komt tot stand als neveneffect van een scala aan zorg- en welzijnsdiensten die geboden worden⁶.

⁵ www.movisie.nl/publicaties/factsheet-ontspoorde-mantelzorg

⁶ Voor een overzicht, zie: [infographic respijtzorg](#)



“Vrijwilligers
haken af
omdat de zorg
ze te zwaar
valt”

Het neveneffect respijtzorg ontstaat in die situaties waarin de zorgvrager om welke reden dan ook elders verblijft of ondersteuning in de thuissituatie krijgt én de mantelzorger even niet de (volledige) zorg heeft. We gaan nu achtereenvolgens in op informele vormen van respijtzorg, logeervoorzieningen en dagbesteding of dagopvang.

Informele respijtzorg

Daar waar vervangende zorg nodig is kan de mantelzorger allereerst in het eigen netwerk naar mogelijkheden zoeken. Dat is een natuurlijk netwerk waar degene met de beperking vaak minder snel negatief tegenover staat dan tegenover professionele hulpverlening. De mantelzorger heeft een taak in het organiseren van een steunend netwerk, het geven van voorlichting en ervoor zorgen dat mensen niet afhaken. Om het netwerk draaiende te houden heeft de mantelzorger een groot organisatietalent nodig⁷. Hulp uit het sociale netwerk blijkt nog lang niet altijd vanzelfsprekend. Mensen met ernstige beperkingen ervaren knelpunten in relatie tot hun sociale netwerk. Een rapport van het Nivel⁸ geeft aan dat 1 op de 5 mensen met een beperking zich bezwaard voelt om hulp te vragen. En 15% van deze groep geeft aan dat het eigen netwerk zelf al te zwaar belast is om ondersteuning te bieden.

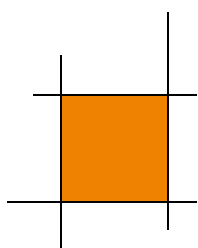
De afgelopen jaren hebben veel welzijnsorganisaties geïnvesteerd in informele respijtzorg. Door de complexiteit van de gevolgen van de aandoening is respijtzorg door vrijwilligers echter vaak moeilijk te realiseren. De vrijwilligers haken af omdat de zorg ze te zwaar valt. De organisaties voor vrijwillige zorg kunnen nauwelijks of geen geschikte mensen vinden voor deze doelgroep. Bovendien zien we dat door de inzichtproblemen vaak niemand anders dan de vaste mantelzorger wordt getolereerd.

Logeervoorzieningen

Logeervoorzieningen vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Een logeervoorziening biedt mensen met een beperking de gelegenheid om, met behoud van de nodige zorg, er even tussenuit te gaan. Het is de tijdelijke vervanging of ontlasting van de mantelzorgers. Voor de mantelzorgers biedt dit een kans om op adem te komen van de zorglast. Dit wordt ook wel zorgpauze genoemd.

⁷ www.hersenletselenmantelzorg.nl

⁸ www.nivel.nl/nieuws/meer-mantelzorg-voor-mensen-met-een-chronische-ziekte-of-beperking



RESPIJTZORG

Er zijn diverse mogelijkheden voor logeeropvang voor mensen met NAH en dementie. Denk aan gespecialiseerde NAH hotels, vakantievoorzieningen voor mensen met dementie én hun partner of kamers in een gespecialiseerde woonvoorziening.

Wat speelt er mee bij de keuze voor een logeervoorziening? Uit diverse uitzoeken blijkt dat mantelzorgers goed kijken naar de kwaliteit van het aanbod (Van der Klein en Verleun, 2014). In het zoeken naar een geschikte logeeropvang staan de wensen en behoeften van de zorgvrager voorop. Het heeft een enorme impact op de zorgvrager als de in de thuissituatie gangbare structuur wegvalt, dus veiligheid en structuur zijn belangrijke voorwaarden voor de logeeropvang. Veel mantelzorgers willen weten of er goed gekwalificeerde professionals zijn die zorg op maat kunnen geven. Pas wanneer zij weten dat aan deze voorwaarden is voldaan, kunnen zij de zorg met een gerust hart overdragen. Er bestaan ook alternatieven voor logeervoorzieningen. Zo maakt vrijwilligersorganisatie Handje Helpen in Utrecht het mogelijk om een 'maatje voor de nacht' te regelen, zodat mantelzorgers een nacht goed door kunnen slapen⁹.

Het overnemen van toezicht

Bij mensen met NAH en dementie kunnen probleemsituaties ontstaan. Bij mensen met dementie zien we geheugenstoornissen in wisselende combinatie met afasie, apraxie, agnosie en executieve functies¹⁰. Bij mensen met NAH zien we problemen op het gebied van zelfinzicht, in de communicatie, bij geheugen- en oriëntatie, in executieve functies, bij het uitvoeren van doelbewuste handelingen, bij het greep hebben op de eigen emotionaliteit; in de fysieke verzorging etc.¹¹ In de thuissituatie vraagt dit een zeer intensief toezicht van de mantelzorgers. Mensen met NAH of dementie kunnen maar beperkt alleen gelaten worden omdat er anders gevaarlijke situaties kunnen ontstaan. Het verschilt per persoon hoe ernstig de gevolgen van de aandoening zijn en hoeveel toezicht nodig is. Ook kan het per moment of per dag wisselen wat mensen aankunnen. Permanent toezicht houdt in dat er sprake is van actieve en voortdurende observatie.

Permanent toezicht kan verschillende doelen hebben en kan verschillen in intensiteit. De toezichtfunctie kan gericht zijn op:

1. het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig in kan worden gegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte;
2. het verlenen van zorg op onregelde en/of frequente tijden, omdat de verzekerde zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen;
3. het preventief ingrijpen bij gedragsproblemen (voorkomen van escalatie en gevaar).

9 www.handjehelpen.nl/hulp-bieden/speciale-maatjes/nachtvrijwilligers/_582NL

10 www.pharos.nl/documents/doc/factsheet%20dementie.pdf

11 www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel

Dagbesteding

Dagbesteding is er in vele vormen. In de loop der jaren is er voor verschillende groepen mensen met een beperking een vorm van dagbesteding of dagopvang georganiseerd. Soms werd dat gedaan in het verlengde van een verpleeghuis of een woonvoorziening maar steeds vaker, daar waar mensen thuis bleven wonen, werd de dagbesteding ook een eigenstandige voorziening. De gedachte hierachter is dat men rekening moet houden met de specifieke eisen die voor de groep mensen met een beperking geldt, en dat deskundige professionals nodig zijn gezien de aard van de ziekte en de beperkingen. Dagbesteding kan recreatief of arbeidsmatig van aard zijn. Zij kan ook gericht zijn op dagstructurering, ontspanning, beweging en ontmoeting. Dagbesteding heeft dus ook een belangrijke sociale functie en heeft een bevorderende werking voor de gezondheid. Daarnaast vervult een dagbestedingsvoorziening voor mensen die intensieve zorg nodig hebben een toezichtfunctie.

Verschillende modellen van dagbesteding

We zien in de praktijk verschillende modellen van dagbesteding die variëren in de mate waarin ze aansluiten op de wensen en behoeften van de mantelzorg:

- In het Delftse model van de ontmoetingscentra komen cliënt en mantelzorg samen naar de dagbesteding. Er is een integraal programma dat aansluit bij gezamenlijke wensen.
- In het Amsterdamse model van de ontmoetingscentra komen de cliënt en de mantelzorg wel samen naar de dagbesteding maar is er een apart programma.
- Er zijn specialiseerde dagbestedingen waar geen programma voor de mantelzorg is en waar de mantelzorg elders eigen activiteiten kan doen.
- Bij tijdelijke crises en/of overbelasting van de mantelzorg is er tijdelijke opvang of zelfs logeeropvang. Ook gebruik maken van dagbesteding hoort tot de mogelijkheden. Het is belangrijk dat de mantelzorg bekend is met deze mogelijkheden en er op afroep gebruik van kan maken.

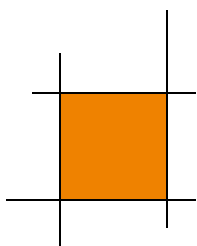
RESPIJTZORG

Nut en noodzaak dagopvang

Alzheimer Nederland heeft in 2013 een peiling gedaan onder mantelzorgers naar het nut en noodzaak van dagopvang (Alzheimer Nederland, 2014). Hieruit blijkt dat dagbesteding een van de belangrijkste vormen van ondersteuning is. Driekwart van de mantelzorgers zegt dat het hen ontlast op de uren dat hun naaste naar de dagopvang gaat. Voor een kwart van de mantelzorgers is dagbesteding nodig om te kunnen blijven werken. Op de vraag waarom dagbesteding van belang is voor iemand met dementie, geeft 45% aan dat het voor hun naaste met dementie niet verantwoord is alleen thuis te blijven. Ook is dagopvang de manier om zinvol bezig te blijven, geestelijk en sociaal actief te blijven en voor de structuur in het dagelijkse leven. Regelmatig respijt geeft respijteffect: mantelzorgers laten de verantwoordelijkheid los, kunnen hun gewone leven voortzetten naast de zorg of doen nieuwe energie op. Zo kunnen ze blijven werken, voor (andere) kinderen zorgen, hobby's beoefenen of sociale contacten onderhouden.

De dagbesteding voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel en voor mensen met dementie is gericht op het doen van creatieve activiteiten, op het aangaan en onderhouden van sociale contacten, op educatie, op fysieke activiteit, op het behouden van specifieke cognitieve vaardigheden en waar mogelijk op arbeidsmatige activiteiten. Het gaat om het creëren van een zinvolle daginvulling. Met 'zinvol' wordt bedoeld dat mensen de daginvulling als nuttig ervaren. De doelen van de dagbesteding zijn gericht op het verkrijgen van een dagstructuur, het leren omgaan met de eigen beperkingen om (weer meer) eigenwaarde te krijgen en zich weer meer in de samenleving te voelen.

Naast deze reguliere vormen van dagbesteding zijn er ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun naasten. De ontmoetingscentra verschillen van andere vormen van dagbesteding en dagbehandeling doordat zij expliciet ook een functie vervullen voor de mantelzorger. In Nederland zijn al ongeveer 120 ontmoetingscentra. In een ontmoetingscentrum wordt ondersteuning geboden aan mensen met ernstige geheugenproblemen die nog thuis wonen en aan de mantelzorgers. De centra stellen de deelnemers in de gelegenheid buurtgenoten te ontmoeten en sociale contacten op te doen. Het aanbod varieert en bestaat uit een dagsociëteit, informatieve bijeenkomsten, gespreksgroepen, spreekuur, centrumoverleg en diverse sociale activiteiten en uitstapjes (Verduin, 2009).



RESPIJTZORG

Ontmoetingscentra positiever

Uit onderzoek van Dröes e.a. (2006) blijkt dat ontmoetingscentra, vergeleken met reguliere vormen van dagbehandeling, een positiever effect hebben op de draagkracht van mantelzorgers (minder ervaren belasting, langer en beter volhouden van de zorg, uitbreiding sociaal netwerk) en op het functioneren van mensen met dementie (minder gedragsproblemen, uitstel van verpleeghuisopname). Overeenkomstige effecten vindt men ook in andere studies naar samengestelde ondersteuningsprogramma's. In het algemeen blijkt een flexibele toepassing van een combinatie van vormen van steun, afgestemd op individuele behoeften, effectiever dan het bieden van, bijvoorbeeld, alleen praktische of emotionele steun.

Profijt van respijt

Uit een quickscan van de Wmo-werkplaats Utrecht onder mantelzorgers van cliënten die gebruik maken van voorzieningen van Boogh, een grote organisatie voor zorg aan mensen met niet aangeboren hersenletsel in Midden-Nederland, wordt bevestigd dat dagactiviteiten een aantal belangrijke functies vervullen (Schroer, Van Genderen en De Deugd, 2015):

1. De *zorgvrager* heeft een zinvolle invulling van de dag, en krijgt daarbij tevens de zorg en begeleiding die hij nodig heeft. Hij legt nieuwe contacten en breidt daarmee zijn eigen sociaal netwerk uit.
2. De *mantelzorger* kan de zorg even loslaten, aan het maatschappelijk leven deel nemen en nieuwe energie opdoen.
3. Hierdoor is het onderling vol te houden en verbetert vaak ook de *onderlinge relatie*.

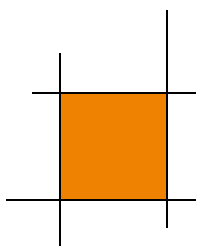
Dit blijkt o.a. uit de volgende citaten:

'Ik zou nooit 24/7 aan huis gebonden kunnen zijn. We hebben al heel veel ingeleverd wat het netwerk en sociale contacten betreft. Voor onze relatie is het belangrijk dat de dagbesteding blijft bestaan. We kunnen nu allebei inspiratie opdoen en bijtanken in de verdrietige situatie waarin we verkeren.'

'Zonder dagbesteding zou ik niet meer kunnen werken, het leven wordt dan nog ingewikkelder.'

'Als mijn vrouw alle dagen thuis zou zijn, zijn wij (partner en volwassen kinderen) zeer beperkt in de mogelijkheden om te werken of andere dingen te doen.'

'Mijn vrije tijd zou zo goed als wegvallen als Jan geen dagbesteding meer heeft. Alles zou op mijn schouders terecht komen, dat is veel te zwaar.'



Mantelzorgers maken zich zorgen dat gemeenten gaan bezuinigen op voorzieningen die voor hen absoluut noodzakelijk zijn:

‘De overbelasting is er nu al, laat staan als hij geen dagbesteding heeft.’

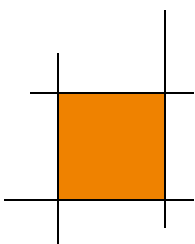
‘Als ik het niet volhoud zal ze naar een zorginstelling moeten, wat zou goedkoper zijn?’

Tot slot

Nu veel gemeenten wijkteams of integrale servicepunten ingericht hebben om zorg en ondersteuning te kunnen realiseren in de directe leefomgeving van burgers, biedt dit kansen voor professionals om integraal te kijken naar de behoeftes van zowel iemand met een ernstige functiebeperking als de behoeftes van het zorgsysteem in de thuissituatie. Vanuit wijkteams kunnen casemanagers dementie/NAH vanuit hun kennis van de problematiek samen met zorgvragers en mantelzorgers een plan opstellen dat aan beider behoeftes tegemoet komt. Zo kan een optimale balans gevonden worden tussen welke zorg door mantelzorgers, mensen uit het sociale netwerk, vrijwilligers en professionals geboden wordt, en welke vormen van dagbesteding en respijtzorg nodig zijn.

Bronnen

- Alzheimer Nederland (2014). Handreiking (dag)activiteiten bij dementie. Amersfoort: Alzheimer Nederland.
- Brandts, M. en D. Kuiper (2016). Samenspel tussen Formele en Informele Zorg. Eindrapportage Onderzoek. Utrecht: Wmo werkplaats Utrecht / Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- De Klerk, M., De Boer, A., Plaisier, I., Schyns, P. & Kooiker, S. (2015). Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. Den Haag: SCP.
- Dröes, R.M., Meiland, F., Schmitz, M., Lange, J. de, Vernooij-Dassen, M., Derksen, E., Boerema, I., Grol, R., Tilburg, W. van (2006). Implementatie Model Ontmoetingscentra; een onderzoek naar de voorwaarden voor succesvolle landelijke implementatie van Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers. Eindrapport. Amsterdam: Afdeling Psychiatrie, VU medisch centrum.



RESPIJTZORG

Over deze serie

Wmo-wijzers geven in kort bestek de belangrijkste informatie weer over een thema dat belangrijk is rond de veranderingen in het sociale domein. Zij zijn gebaseerd op kennis die verzameld is in de Wmo-werkplaats Utrecht.

Auteurs: Ellen M.J. Witteveen, Jos van der Deure, Margreet Timmers en Jean Pierre Wilken
Eindredactie: Jean Pierre Wilken en Martine Kolk

© 2016. Dit is een uitgave van het Kenniscentrum Sociale Innovatie en de Wmo-werkplaats Utrecht. Uit deze uitgave mag geciteerd worden mits de bron wordt vermeld.



- Schroer, J., M. van Genderen, S. de Deugd (2015). *Boogh, Bron van respijtzorg*. Utrecht: Wmo-werkplaats Utrecht / Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Scherpenzeel, R. (2013). *Duurzame respijtzorg. Transitie geven impuls*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg.
- Van der Klein, M. en Verleun, A. (2014). *Logeer- en oppasmogelijkheden voor mantelzorgsystemen in de regio Flevoland: vraag en aanbod in het kader van de nieuwe Wmo*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Van Exel, N.J.A., Koopmanschap, M.A. en Brouwer, W.B.F. (2006). *Respijtzorg. Een verkenning van behoefte en gebruik onder 273 mantelzorgers*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Verduin, M. (2009). *Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers*. Methodebeschrijving Databank Effectieve Sociale Interventies. Utrecht: Movisie. Meer informatie en adressen: www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie
- Vlist, van der A. en EMJ Witteveen (2010). *Mantelzorgondersteuning*. In: Witteveen e.a. (2010). *Communicatie bij hersenletsel, begrijpen we elkaar?* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wittenberg, Y. en Kwekkeboom, R. (2014). *Respijtzorg in complexe mantelzorgsituaties*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Witteveen, E.M.J., Van der Deure, J., Timmers M., en J.P. Wilken (2015). *Dagbesteding en tijdelijk verblijf als vormen van respijtzorg en mantelzorgondersteuning rond mensen met dementie en niet-aangeboren hersenletsel*. Utrecht/Amersfoort: Kenniscentrum Sociale Innovatie / Wmo-werkplaats Utrecht.