
Dagbesteding en tijdelijk verblijf als vormen van respijtzorg en mantelzorgondersteuning rond mensen met dementie en niet-aangeboren hersenletsel

◆ Aanbevelingen voor gemeenten

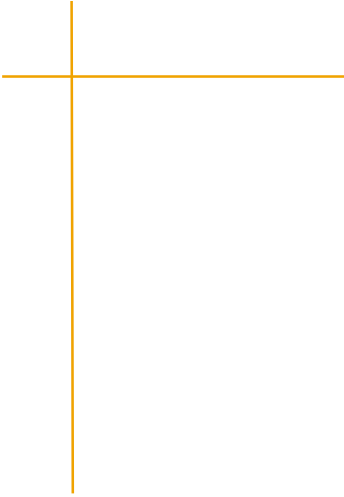
Auteur(s)

Ellen M.J. Witteveen
Jos van der Deure
Margreet Timmers
Jean Pierre Wilken

Datum

Mei 2015





Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
Postbus 85397- 3508 AJ Utrecht
Daltonlaan 300 - 3584 BK Utrecht
Tel. 088-4819831

www.socialeinnovatie.hu.nl


www.hu.nl

www.wmowerkplaatsutrecht.nl

■ Dagbesteding en tijdelijk verblijf als vormen van respijtzorg *en* mantelzorgondersteuning rond mensen met dementie en niet-aangeboren hersenletsel

Inhoudsopgave

1. SAMENVATTING	4
2. DE GEVOLGEN VAN DE TRANSITIE	5
2.1 RESPIJTZORG	6
2.2 VORMEN EN BETEKENIS VAN DAGBESTEDING	7
2.3 UITGANGSPUNTEN EN DOELEN VAN DAGBESTEDING.....	7
3. VORMEN EN BETEKENIS VAN LOGEERVOORZIENINGEN	2
3.1 HET OVERNEMEN VAN TOEZICHT.....	3
3.2 LOGEREN EN DAGBESTEDING VANUIT HET PERSPECTIEF VAN RESPIJTZORG.....	4
3.3 VERSCHILLENDE MODELLEN VAN DAGBESTEDING.....	5
4. DE BETEKENIS VAN DE LOGEERVOORZIENING EN DAGBESTEDING ALS RESPIJT VOOR DE MANTELZORGER	6
4.1 PROFIJT VAN RESPIJT	8
5. KWALITEIT VAN DE LOGEERVOORZIENING EN DAGBESTEDING ALS RESPIJTZORG	12
5.1 DE GEVOLGEN VAN DE WMO VOOR LOGEEROPVANG EN DAGBESTEDING.....	12
BIJLAGE 1: HISTORISCH OVERZICHT VAN DAGBESTEDING	15
BIJLAGE 2: POGING TOT SCHEMATISERING	17
LITERATUURLIJST	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.



'Mijn vrijheid is al zo beperkt, ik moet alles samen met hem doen. Onze relatie is tot nu toe redelijk omdat hij 3 dagen dagbesteding heeft. Als dat er niet meer zal zijn zal mijn leven op z'n kop staan. Ik heb niet voor deze situatie gekozen, het is ons overkomen.'

'Af en toe gaat ze logeren in een NAH hotel. Ze kennen haar inmiddels goed en weten wat haar gebruiksaanwijzing is. Dat is voor mij een geruststelling. Want als ze goed op haar letten, vooral 's nachts, dan kan ik met een gerust hart een weekendje op adem komen.'

'Als ik mijn man bij de dagbesteding breng, weet ik zeker dat hij een goede dag heeft, in ieder geval zetten ze hem steeds weer aan tot activiteit en sociale contacten. Hij heeft wisselende stemmingen. Als ik thuis werk kan hij overdag heel passief zijn, uren in de stoel zitten te suffen. Dat ergert me mateloos maar ik kan niks doen want mijn werk roept.'

1. Samenvatting

Respijtzorg is het tijdelijk en volledig overnemen van de taken van de vaste mantelzorgers zodat die ontlast wordt en op adem kan komen (Movisie, 2012). 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 er op gericht zijn de zorg van familie te ontlasten, dan wel aan te vullen. Denk aan NAH hotels, ontmoetingshuizen, gespecialiseerde dagbesteding of vakantievoorzieningen. In deze notitie gaan we nader in op dagbesteding en tijdelijk verblijf voor mensen met NAH en Dementie als belangrijke vormen van respijtzorg.

Ongeveer een kwart van de 1,7 miljoen mantelzorgers met zware zorgtaken heeft behoefte aan respijtzorg (Movisie, 2012). Steeds vaker blijven mensen met NAH en mensen met dementie een zware last voor de centrale mantelzorgers. Het aanbieden van respijtzorg, vervangende verzorging zodat de mantelzorgers even vrij is van zorgtaken, is een belangrijke vorm van ondersteuning. Minstens één op de vier mantelzorgers met zware zorgtaken geeft aan hier behoefte aan te hebben (SCP, 2009).

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 notitie wordt dit geproblematiseerd. Doel is om bij gemeentes en zorgverzekeraars het belang van professionele respijtzorg onder de aandacht te brengen en te onderbouwen. De vraag is hoe logeervoorzieningen en dagbesteding verantwoord kan worden vanuit het uitgangspunt dat mantelzorgers of andere informele zorgverleners door tijdelijk verblijf en dagbesteding respijt krijgen.

We bevelen bij gemeentes aan:

1. De vraag naar mantelzorgondersteuning te bekijken in relatie tot de behoefte die mantelzorgers hebben aan respijtzorg.
2. Per situatie zorgvuldig in beeld te brengen welke functies logeer- en dagbestedingsvoorzieningen kunnen vervullen voor zowel de persoon met de zorgvraag als de mantelzorgers. De behoefte aan respijtzorg kan per persoon met een ernstige functiebeperking (dagbesteding als zorg) als voor de centrale mantelzorgers (dagbesteding als respijtzorg) verschillen, dus het is nodig om maatwerk te bieden.

2. 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 van dit jaar. Het verwijst naar een onderzoek van Jan Telgen en Niels Uenk naar zorginkoop onder 328 gemeenten.

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). Voor gemeenten ligt er 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. De gedachte van de transitie is dat kwetsbare mensen uitgedaagd kunnen worden door ze een arbeidsmatige plek te geven waardoor ze meer in de samenleving actief zijn. Het is de gedachte van de inclusieve samenleving waarin mensen met een functiebeperking gelijke rechten en plichten hebben.

Ten opzichte van de oorspronkelijke plannen werd in het zorgakkoord een verzachting opgenomen met betrekking tot de dagbesteding voor bijvoorbeeld 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 geven¹.

Toch zijn er structureel minder middelen ter beschikking voor alle functies die de gemeente krachtens de Wmo moet uitvoeren. Gemeentes dienen dus afwegingen te maken welke middelen waar aan besteed gaan worden.

Niet alle dagbesteding (inclusief vervoer) gaat naar de gemeenten. Cliënten die een indicatie voor een hoog zzp hebben vallen per 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 (zzp) 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 zzp wonen en daar dagbesteding van ontvangen, blijven verantwoordelijk voor de dagbesteding en het eventuele vervoer.

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

■ Dagbesteding en tijdelijk verblijf als vormen van respijtzorg en mantelzorgondersteuning rond mensen met dementie en niet-aangeboren hersenletsel

Per cliënt en mantelzorger kan er 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 geboden wordt. 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. 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 mantelzorger kan gebruik maken van de mantelzorgondersteuning die de gemeente biedt. Hier liggen kansen om dagbesteding als vorm van ondersteuning voor de mantelzorger te zien, en dus de behoeftes van de burger met de beperking en de mantelzorger op adequate wijze met elkaar te verbinden.

2.1 Respijtzorg

Respijtzorg is de overname van de gebruikelijke zorg in situaties waarin de mantelzorger overbelast is (Mezzo, 2008). Er wordt een 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 zorgverzekeraars.

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

Naast het onderscheid tussen formeel en informeel kan er 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 worden. 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.

2.2 Vormen en betekenis van 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 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 er rekening gehouden moet worden met de specifieke eisen die voor de groep mensen met een beperking geldt, en, dat gezien de aard van de ziekte en de beperkingen, deskundige professionals nodig zijn. Dagbesteding kan recreatief of arbeidsmatig van aard zijn. Zij kan ook gericht zijn op dagstructurering, ontspanning, beweging en ontmoeting. Zij heeft dus ook een belangrijke sociale functie en heeft een gezondheidsbevorderende werking. Daarnaast vervult een dagbestedingsvoorziening voor mensen die intensieve zorg nodig hebben een toezichtsfunctie.

Hier zullen we vooral inzoomen op de dagbesteding voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel en voor mensen met dementie. De dagbesteding 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 de ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun naasten. De ontmoetingscentra verschillen van andere vormen van dagbesteding en dagbehandeling doordat zij de mantelzorger er bij betrekken.

Uit onderzoek van het VU medisch centrum bleek, dat 'de 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.' (Dröes et al, 2006²).

2.3 Uitgangspunten en doelen van dagbesteding

Mensen met een zware en vaak levenslange zorgvraag kunnen gebruik maken van dagbesteding. De dagbesteding kan zich richten op mensen met lichte, matige of zware beperkingen. Om in

■ Dagbesteding en tijdelijk verblijf als vormen van respijtzorg en mantelzorgondersteuning rond mensen met dementie en niet-aangeboren hersenletsel

aanmerking te komen voor gefinancierde begeleiding heeft de persoon met matige tot zware beperkingen op één of meer van de volgende vijf terreinen³:

1. sociale redzaamheid,
2. bewegen en verplaatsen,
3. probleemgedrag,
4. psychisch functioneren of
5. geheugen- en oriëntatiestoornissen.

Concreet heeft de dagbesteding verantwoordelijkheid in de ondersteuning bij

- het aanbrengen van structuur c.q. het voeren van de eigen regie
- het ondersteunen bij praktische vaardigheden/handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid
- het bieden van toezicht

Dat wil zeggen dat de activiteiten gericht zijn op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde. Eveneens zijn de activiteiten gericht op:

- a. het ondersteunen bij of oefenen met vaardigheden of handelingen,
- b. het ondersteunen bij of oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- c. het overnemen van toezicht⁴

3. Vormen en betekenis van logeervoorzieningen

In de AWBZ werd gesproken over kortdurend verblijf. Dat was het logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week gepaard gaande met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding⁵. Voor Kortdurend Verblijf was een indicatie nodig. Dat is in situaties wanneer permanent toezicht nodig is en wanneer de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg levert (over) belast is.

De term Kortdurend Verblijf is inmiddels vervangen door Logeervoorzieningen en valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Een logeervoorziening biedt mensen met een beperking de gelegenheid om, met behoud van de nodige zorg, er even tussen uit te gaan. Het is de tijdelijke vervanging/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.

Een zorgpauze houdt in dat mantelzorgers de mantelzorgtaak tijdelijk wordt overgenomen of gedeeld met anderen. Veel mantelzorgers geven aan belangstelling te hebben voor logeeroplossingen in de nacht. In de praktijk wordt daar echter nog weinig gebruik van gemaakt om praktische en emotionele redenen.⁶

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 .

Maken mensen gebruik van de logeervoorziening? Uit diverse onderzoeken⁷ blijkt dat mantelzorgers kies zijn op de kwaliteit van het aanbod. In het zoeken naar een geschikte logeeropvang staat de zorgvrager voorop met de wensen en behoefte. Een obstakel is dat de inzichtproblemen ervoor zorgen dat de zorgvrager onvoldoende begrip kan opbrengen voor de behoefte van de mantelzorger. Het heeft een enorme impact op de zorgvrager als de gangbare structuur wegvalt. Het is daardoor een enorme drempel om de eerste stap naar een logeervoorziening te maken. Wanneer die stap is genomen en de zorgvrager het als plezierig heeft ervaren, dan pas kan herhaald gebruik worden gemaakt van de logeervoorziening. Veiligheid en structuur worden genoemd als belangrijke voorwaarden voor logeeropvang. Veel mantelzorgers willen weten of er gedegen professionals zijn die zorg op maat kunnen geven. Pas wanneer zij weten dat daaraan is voldaan, kunnen zij de zorg gerust overgeven.

Steeds vaker zien we dat er alternatieven voor logeervoorzieningen worden gevonden. De vrijwilligersorganisatie Handje Helpen maakt het mogelijk om een maatje voor de nacht te koppelen zodat mantelzorgers een nacht goed door kunnen slapen⁸.

3.1 Het overnemen van toezicht

Onder toezicht verstaan we in deze tekst de actieve observatie (oplettendheid) van de cliënt door de vaste mantelzorger of de professional waar het gaat om dreigende ontsporing in gedrag of in de gezondheidstoestand. Deze vroegtijdige signalering en ingrijpen kan escalatie voorkomen.

Bij de groepen mensen met NAH en dementie zien we dat er probleemsituaties kunnen ontstaan. Bij mensen met dementie zien we geheugenstoornissen in wisselende combinatie met afasie, apraxie, agnosie en executieve functies⁹. 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 grip hebben op de eigen emotionaliteit; in de fysieke verzorging, etc.¹⁰ In de thuissituatie vraagt dit een zeer intensief toezicht van de mantelzorger. Mensen met NAH of dementie kunnen maar beperkt alleen gelaten worden omdat er anders gevaarlijke situaties kunnen ontstaan. Er is niet altijd een expliciete zorgvraag. Het verschilt per persoon hoe ernstig de gevolgen van de aandoening zijn en hoeveel toezicht nodig is. Ook is het wisselend per moment (uur, dag) hoe mensen presteren of wat zij aankunnen. Permanent toezicht is toezicht waarop de persoon op basis van aandoeningen, stoornissen en beperkingen noodzakelijkerwijs is aangewezen op regelmatige en onregelmatige momenten en die geboden wordt op basis van actieve observatie. Gezien de zorgbehoefte van de persoon met NAH of met dementie, is men aangewezen op een omgeving die toezicht biedt¹¹. Daar horen ADL handelingen bij zoals hulp bij de wc gang; gebruik tillift; hulp bij eten en drinken; zich wassen en algehele hygiëne.

Naast deze taken in de zorg en ondersteuning, zijn er ook voorbehouden handelingen voor verpleegkundige zorg. Denk aan katheteriseren en tracheostoma schoonhouden. Regelmatig is er sprake van co-morbiditeit en is kennis nodig van hoe de verschillende aandoeningen op elkaar inwerken.

De overheid stelt dat permanent toezicht verschillende doelen kan 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 ongeregelde 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).

3.2 Logeren en dagbesteding vanuit het perspectief van respijtzorg

Steeds meer mensen met een intensieve hulpvraag worden thuis verzorgd. Ook door de maatschappelijke ontwikkelingen wordt de druk op de mantelzorgers groter. Movisie (2012) constateert een toename van ontspoorde mantelzorgers. Ontspoorde mantelzorg is als mantelzorgers de zorg voor hun naaste niet meer aan kunnen en het risico lopen om te ontsporen in gedrag dat ze zelf ook niet zouden willen vertonen¹².

Mantelzorgers hebben baat bij goede respijtzorg. Het voorkomt overbelasting. Als mantelzorgers weten dat hun naaste een kwalitatief goede zorg heeft, kunnen zij tijd voor zichzelf nemen en (blijven) deelnemen aan het arbeidsproces.

De overheid doet steeds meer beroep op vrijwillige zorg, waaronder mantelzorg. Er wordt een onderscheid gemaakt in gebruikelijke zorg en centrale mantelzorgers. Gebruikelijke zorg is de zorg voor elkaar en voor het huishouden die binnen een huishouden als gangbaar wordt beschouwd¹³. Mantelzorg wordt omschreven als onbetaalde zorg voor zieke of gehandicapte familieleden of vrienden. Het gaat bij mantelzorg om intensieve zorg voor langere tijd. Het gaat om zorg die meer is dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is. Centrale mantelzorgers verlenen langdurige en intensieve zorg. De complexe gevolgen van de aandoening hebben direct invloed op het leven van de centrale mantelzorger (Expertisecentrum Mantelzorg, 2012).

De mantelzorger heeft een 3-dubbele rol:

1. als iemand die zorgt voor degene met de beperking
2. als spil in het sociale netwerk
3. als iemand die moet omgaan met ingrijpende veranderingen in het eigen leven.

Deze drie rollen zijn niet altijd van elkaar te onderscheiden. De betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de sociale omgeving is ook voor de mantelzorger belangrijk. Uit onderzoek van het Expertisecentrum Mantelzorg (2012) blijkt dat mantelzorgers van complexe doelgroepen op termijn overbelast raken. Centrale mantelzorgers hebben een groot uithoudingsvermogen nodig. Regelmatig raakt men uit beeld van hulpverleningsorganisaties en is outreachende hulpverlening noodzakelijk. Professionele mantelzorgondersteuning, gericht op vraagverheldering en het grip krijgen op persoonlijke wensen, kan de mantelzorger mogelijk een uitweg 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.

Daar waar vervangende zorg nodig is kan de mantelzorg 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 mantelzorg heeft een taak in het organiseren van een steunend netwerk, het geven van voorlichting en er zorg voor dragen dat mensen niet afhaken. Om het netwerk draaiende te houden heeft de mantelzorg een groot organisatietalent, flexibiliteit en invoelvermogen nodig¹⁴. Daarom is er ook aandacht nodig voor de mantelzorg zelf. Om de zorg op de lange termijn vol te houden is het hebben van een eigen leven met eigen waardevolle contacten belangrijk. Deze sociale contacten kunnen dienen als uitlaatklep. De zorgen delen met een vriend(in) is van een andere aard dan de zorg delen met een professional. De professional is er tijdelijk maar familie en vrienden zijn hopelijk blijvend. Het contact met hen kan voor de mantelzorg als spiegel dienen of gebruikt worden om zich op te laden. 'Samen leuke dingen doen' is, net als bij degene met de beperking, ook voor de mantelzorg van belang.

Er zijn situaties waarin de mantelzorg geïsoleerd is geraakt. Tonkens noemt in haar rapport 'Op zoek naar weerkaatst plezier' (2008) de categorie spilzorgers. Spilzorgers zijn de enige zorgers voor degene met de beperking, mede omdat zij kritiek hebben op formele zorg die te bureaucratisch zou zijn, en op informele zorgers die niet goed zorgen/ondersteunen.

Naast een adviserende en faciliterende rol heeft de professional ook een signalerende functie in de mogelijke overbelasting van de mantelzorg. Hiervoor kan de professional signaleringslijsten gebruiken die speciaal voor mantelzorgers ontwikkeld zijn¹⁵. Deze lijsten maken inzichtelijk op welk gebied de zorgbelasting is maar ook welke behoefte de mantelzorg heeft voor ondersteuning. Een belangrijk onderdeel van deze lijst is het inventariseren van het netwerk en de steun die zij geven.

3.3 Verschillende modellen van dagbesteding

We zien in de praktijk verschillende modellen van dagbesteding die variëren in de mate waarin aangesloten wordt 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 waarin wordt aangesloten 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.
- Dan zijn er 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. Gebruik maken van dagbesteding hoort ook tot de mogelijkheden. Het is belangrijk dat de mantelzorg bekend is met deze mogelijkheden en er op afroep gebruik van kan maken.

4. De betekenis van de logeervoorziening en dagbesteding als respijt voor de mantelzorger

Hulp uit het sociale netwerk blijkt nog lang niet altijd vanzelfsprekend. Mensen met ernstige beperkingen ervaren knelpunten in relatie tot hun sociale netwerk. Nivel¹⁶ 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.

Mantelzorgers kunnen om verschillende redenen vervangende zorg zoeken voor hun naaste. Niet altijd kiezen ze voor een logeervoorziening of voor dagbesteding als ondersteuning of ontlasting voor zichzelf. Het kan ook gaan om een zinvolle tijdsinvulling voor de naaste. Professionele hulp wordt vaak gezocht om goede zorg te krijgen voor degene met de beperking, voor informatie over de aandoening, over regelingen of praktische hulp. Het besef dat mantelzorgers ook zelf voor een vorm van georganiseerde dagbesteding kunnen kiezen en daarmee even op adem kunnen komen, is nog niet zo gangbaar. Professionals kunnen mantelzorgers wijzen op de betekenis van professionele vervangende zorg voor henzelf.

We zien in de literatuur dat de ondersteuning van dagbestedingsvoorzieningen voor mantelzorgers verschillende perspectieven kent. Het kan gaan om de mantelzorgers een moment van ontspanning te bieden, zoals het bijwonen van themabijeenkomsten, een mooi concert, bloemschikken of massage. Themabijeenkomsten kunnen ook gericht zijn op het geven van informatie over de aandoening of over de gevolgen voor de mantelzorgers.

Dan is er ondersteuning die meer integraal is en waar de mantelzorgers als vanzelfsprekend bij de dagbesteding worden uitgenodigd. Dit zien we terug bij de ontmoetingscentra. Soms ook wordt de mantelzorger gevraagd om vrijwilligerswerk te doen. Er zijn veel documenten te vinden waar deze vormen van mantelzorgondersteuning nader worden uitgelegd.

Onderzoek van het VU medisch centrum Amsterdam (2003) benadrukt de versnippering van de mantelzorgondersteuning. *'De afgelopen vijftien jaar zijn er daarom verschillende vormen van ondersteuning voor mantelzorgers ontwikkeld zoals respijtzorg, gespreksgroepen en informatiebijeenkomsten, bezoek- en oppasservices, en allerlei educatief materiaal zoals boeken, informatiefolders en onlangs zelfs een Teleac-cursus op de televisie naar aanleiding van de populaire Alzheimer cafés. Hoewel deze initiatieven uiteraard zijn toe te juichen is het tegelijkertijd een manco in het huidige aanbod dat de ondersteuningsactiviteiten erg versnipperd zijn. Niet alleen de mantelzorgers, maar ook de hulpverleners zelf, zien soms door de bomen het bos niet meer.'*

Het is niet eenvoudig om artikelen te vinden waar de dagbesteding als respijtzorg wordt uitgelegd. In 2010 schrijven van der Vlist en Witteveen¹⁷: 'een respijtzorgvoorziening biedt pas echt respijtzorg als de mantelzorger verlichting ervaart.

Respijtzorg is ‘immers de tijdelijke en volledige overname van de zorg van een mantelzorg met het doel om die mantelzorg even vrijaf te geven’. Een respijtzorgvoorziening richt zich derhalve op de behoeften van zowel de cliënt met hersenletsel als de mantelzorg. Als de mantelzorg niet het gevoel krijgt dat zijn naaste in goede handen is, lukt het niet om de zorg echt los te laten. Maar ook tijdstip, tijdsduur en frequentie van de respijtzorg moeten kloppen. De een ‘tankt bij’ door wekelijks een avond uit te gaan of deel te nemen aan een verenigingsactiviteit, de ander krijgt volop energie door tweemaal per jaar een meerdaagse wandeltocht te maken. Respijtzorg moet rekening houden met dit soort verschillen tussen mensen.

In Zorgvisie (10 juli 2014) noemt Wouter van der Elsen enkele hardnekkige misverstanden over de Wmo¹⁸. Eén daarvan gaat over de gespecialiseerde dagbesteding.

"Mijn gespecialiseerde dagbesteding wordt wegbezuinigd en de gemeente zal mij afschepen met een algemene voorziening, zoals een activiteit in het buurthuis."

Citaat uit het antwoord van Elsen ‘Gemeenten moeten passende ondersteuning bieden aan mensen als ze niet zelf of met hulp van hun netwerk kunnen meedoen of zelfredzaam kunnen zijn. Voor sommige mensen is een activiteit in het buurthuis passend. Bijvoorbeeld een koffieochtend bezoeken om eenzaamheid te voorkomen. Voor andere mensen is gespecialiseerde dagbesteding nodig. Bijvoorbeeld om te leren hoe ze structuur aanbrengen in hun dag. In dat geval moeten gemeenten gespecialiseerde dagbesteding aanbieden. Uit het onderzoek dat de gemeente doet blijkt welke ondersteuning passend is voor een cliënt.’

In deze verklaring geen woord over de functie van de dagbesteding als respijtzorg.

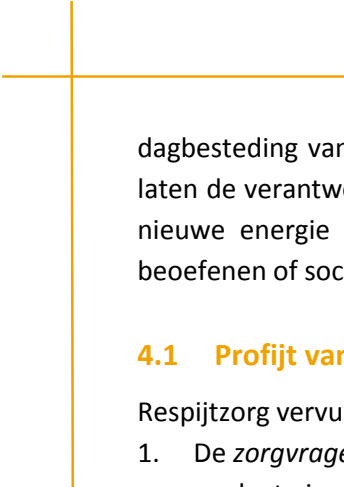
Vitras heeft door de VU Amsterdam onderzoek laten doen naar de functie van de dagbesteding voor mantelzorgers. De vraag was waaraan de dagbesteding moet voldoen volgens de mantelzorgers.

‘Mantelzorgers hebben drie voorwaarden benoemd:

- 1) een vast team van deskundige medewerkers,*
- 2) aandacht voor individuele wensen en behoeften,*
- 3) een uitgebreid en gevarieerd aanbod aan activiteiten.*

Hieruit blijkt dat een goede dagopvang wel aan bepaalde (professionele) criteria moet voldoen om aan de behoeftes te voldoen. Wanneer dit niet gebeurt en de dagopvang niet aansluit bij degene met dementie, is er grote kans dat mensen met dementie niet (meer) komen en dat mantelzorgers het thuis niet langer volhouden’.

Alzheimer-Nederland heeft ook onderzoek gedaan naar het nut en noodzaak van dagbesteding¹⁹. Uit dat onderzoek blijkt dat driekwart van de mantelzorgers zegt dat



dagbesteding van hun naaste hen ontlast. 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.

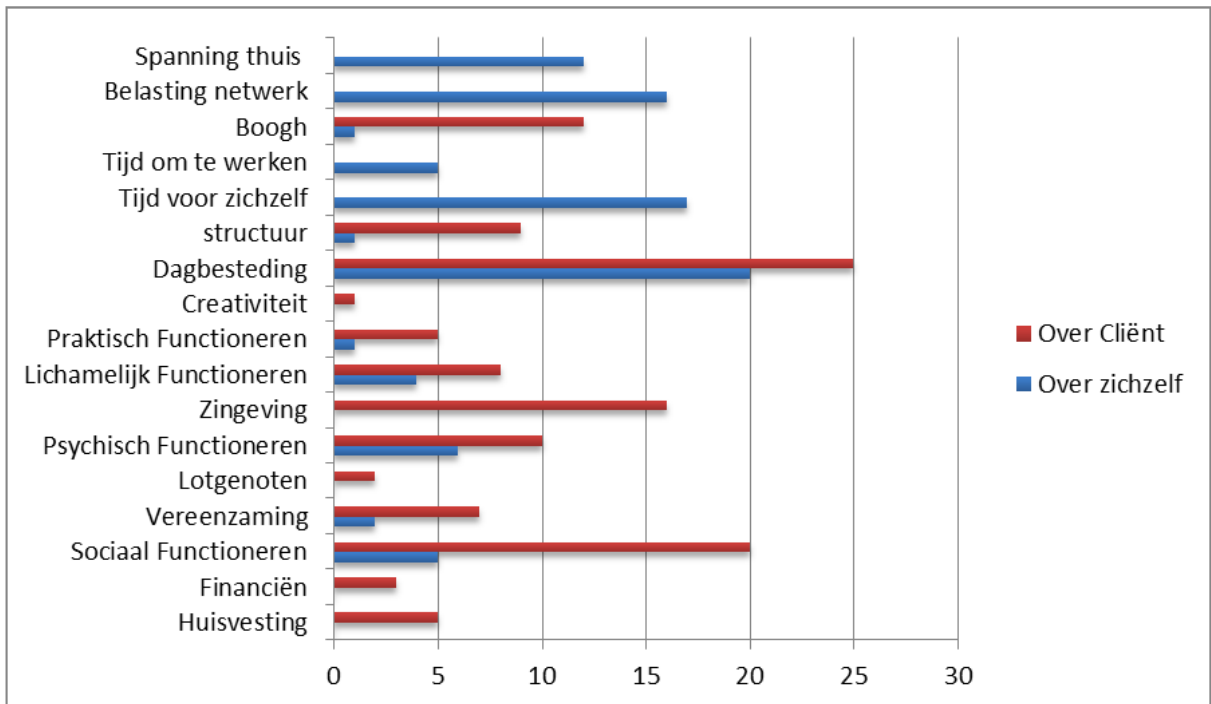
4.1 Profijt van respijt

Respijtzorg vervult dus meerdere belangrijke functies:

1. De *zorgvrager* wordt door een ander verzorgd of begeleid en doet daarbij nieuwe indrukken op, legt nieuwe contacten en heeft een zinvolle invulling van de dag.
2. De *mantelzorger* kan de zorg even loslaten, aan het maatschappelijk leven deel nemen en nieuwe energie opdoen.
3. Door de time-out verbetert vaak ook de onderlinge relatie.

Een quickscan van Boogh, dagbesteding voor mensen met Niet-aangeboren hersenletsel bevestigt deze onderzoeksgegevens²⁰.

In dit onderzoek is op de vraag ‘Welke gevolgen heeft het wegvallen van de dagbesteding op de mantelzorgers volgens de mantelzorgers zelf’ het volgende beeld te zien:



We zien hier dat cliënten en hun mantelzorgers op de gebieden *sociaal functioneren*, *dagbesteding* en *zingeving* de meeste gevolgen verwachten wanneer de dagbesteding zou wegvallen. Alle ondersteuning die nu nog door de dagbesteding geleverd wordt, komt dan op de schouders van de mantelzorgers terecht. De mantelzorgers verwachten ook een hogere mate van eenzaamheid bij zichzelf.

De quickscan geeft opvallende uitspraken van mantelzorgers:

Met dagbesteding hebben we allebei onze eigen bezigheden. Zo kom je even ‘los’ van de problemen.

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.

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.

Voor een kwart van de mantelzorgers is de dagbesteding noodzakelijk om te kunnen

blijven werken. De mantelzorgers van mensen met Niet-aangeboren hersenletsel die gebruik maken van Boogh-activiteiten zeggen hierover:

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.

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.

"Dagbehandeling is essentieel om mij in staat te stellen om zo lang mogelijk zorg te bieden."

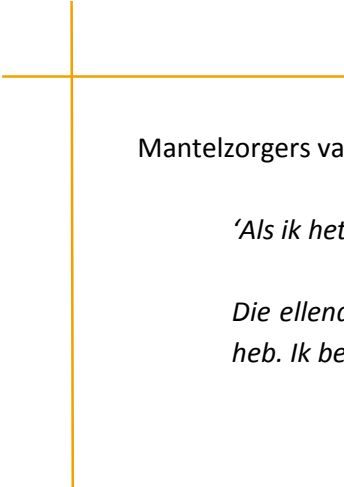
De dagbesteding voor mensen die geen gebruik maken van de Wet langdurige zorg is een verantwoordelijkheid van de gemeente. Het is aan de gemeente om wel of niet in te zetten op dagbesteding. Welke consequenties heeft dat voor de mantelzorgers? Menig mantelzorger geeft aan dat de thuissituatie er heel anders uit zou zien als dagbesteding voor hun naaste zou wegvallen, dat de spanning groter zal worden en dat zij meer stress zullen krijgen. Ook spreken zij zich uit over de mogelijke eenzaamheid.

Mantelzorgers van iemand met Niet-aangeboren hersenletsel:

'Meer thuis zijn betekent dat ik veel meer moet doen. We zijn dan op elkaar aangewezen. Ik denk dat we vereenzamen omdat de sfeer niet prettig is en mensen niet meer komen. We moeten ons verenigen'.

'Mijn man is nog jong, hij is pas 43 jaar. De gezondheidssituatie van mijn man zal zienderogen achteruit gaan als hij geen dagstructuur van de dagbesteding heeft. . Dit heeft dan negatieve gevolgen voor ons hele gezin. Meer spanningen en de relatie komt onder druk te staan. Dit is niet bevorderlijk voor een gezinsleven'.

'Hij heeft epilepsie en altijd toezicht nodig. Als ik boodschappen ga doen moet hij mee. Dat bevordert onze verstandhouding zeker niet en het vertraagt ook het boodschappen doen. Ik moet dan iedere keer andere mensen inschakelen om bij hem te zijn als ik even iets voor mezelf wil doen. De overbelasting is er nu al, laat staan als hij geen dagbesteding heeft.'



Mantelzorgers van iemand met dementie:

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

Die ellendige eenzaamheid. Dat ik zelf niets meer beteken. Dat ik geen zelfrespect meer heb. Ik ben bang dat ik instort als dit nog lang duurt.'

5. Kwaliteit van de logeervoorziening en dagbesteding als respijtzorg

Movisie (2013) heeft een aantal onderzoeken en cijfers over mantelzorgers en respijtzorg op een rijtje gezet²¹.

‘Van de 1,7 miljoen mantelzorgers in Nederland die zorgen voor iemand met ernstige beperkingen heeft één op de vier behoefte aan respijtzorg (De Boer e.a., 2009). 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. In 2008 voelden ruim 450.000 mantelzorgers van 18 jaar of ouder zich ernstig belast; een stijging van 50 procent ten opzichte van 2001 (Oudijk e.a., 2010). Zij vinden dat de zorg te veel op hun schouders rust, dat de mantelzorg ten koste gaat van hun zelfstandigheid en hun gezondheid, en conflicten oplevert op het werk of thuis.

Uit onderzoek (Exel e.a., 2006) blijkt ook dat mantelzorgers pas echt opladen als vervangende zorg tijdig geboden wordt. Gemeenten kunnen daarop insprijgen met een groter en gevarieerder aanbod van lichtere vormen van respijtzorg, in een eerder stadium, zodat mantelzorgers wennen aan het loslaten van zorg, bijvoorbeeld voor kortere tijd, of aan huis’.

De indicatie is voor dagbesteding is gesteld op naam van degene met een beperking en niet voor de mantelzorger die een respijtbehoefte heeft. Mantelzorgers hebben echter wel kwaliteitscriteria voordat zij de voorziening werkelijk als respijt ervaren. Het merendeel van de mantelzorgers is bijvoorbeeld geen voorstander van het combineren van dagopvang met andere groepen, zoals lichamelijk of verstandelijk gehandicapten. Mensen met dementie en NAH hebben andere, specifieke aandacht nodig, geven de mantelzorgers aan.

5.1 De gevolgen van de Wmo voor logeeropvang en dagbesteding

De gemeentes zijn verantwoordelijk voor het ondersteunen van de mantelzorgers, dat voorheen was vastgelegd in prestatieveld 4. In de Wmo 2015 is de ondersteuning thuis als volgt vastgelegd: ‘Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het gaat bijvoorbeeld om:

- begeleiding en dagbesteding
- ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten
- een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis
- opvang in geval van huiselijk geweld’

Zoals eerder aangegeven, zien we dat als mantelzorgers de zorg even kunnen overlaten aan deskundigen bij de dagbesteding, zij daarmee tijd voor zichzelf kunnen nemen. Mantelzorgers willen wel zeker weten dat de dagbesteding kwalitatief goed is, dat hun geliefde goede verzorging en ondersteuning krijgt en dat er geen nadelige consequenties zijn voor de thuissituatie. Wat maakt nu dat mantelzorgers met een gerust hart de zorg even los kunnen laten?


Mantelzorgers noemen een aantal aspecten die daartoe bijdragen:

- goed aansluiten bij de zorgvraag
- goed aansluiten bij de levensfase
- goed aansluiten bij het probleembeeld
- een sfeer die eenduidig is.

Uit een peiling uitgevoerd door Boogh, zien we dat het combineren van groepen met verschillende probleembeelden, flinke consequenties heeft voor zowel professionals als voor de deelnemers. Door de decentralisatie van regionale voorzieningen naar gemeentelijke voorzieningen zien we dat er minder uniformiteit is bij de dagbesteding. Dat is in de situatie waarin bijvoorbeeld dementerenden en mensen met NAH dezelfde dagbesteding bezoeken. Mensen met dementie kunnen wegloopgedrag vertonen waardoor professionals steeds achter hen aan moeten. Dat creëert onrust voor mensen met NAH die weg kunnen zakken daar waar zij met toegewijde aandacht juist beter geconcentreerd en geïnspireerd kunnen werken. Het onderzoek wijst uit dat deelnemers de dagbesteding niet meer willen bezoeken of dat de mantelzorger besluit tot het afronden ervan. En dat impliceert weer dat er grotere druk komt op de mantelzorger. Hiermee komt opname in een instelling voor langdurig verblijf eerder in beeld. Echter, voor een logeer- of verblijfsplek zijn geen lange wachtlijsten²². De vraag is hoe zich de behoefte van mantelzorgers om even vrijaf te zijn, zich verhoudt tot het niet gebruiken van deze respijtvorzieningen. In een uitzending van Dilemma (EO, 30 mei 2015) gaven ouders van kinderen met autisme aan dat zij:

- a) geen energie hebben om respijtzorg uit te zoeken en
- b) dat ze twifelen aan de kwaliteit van de voorziening voor hun kind.²³

De vraag dus is of de transitie zich voor deze groepen mensen in de eigen staart bijt? Met het mogelijk wegvallen van gespecialiseerde logeer- en dagbesteding vervalt immers ook een vorm van mantelzorgondersteuning/ respijtzorg. Movisie (2014) noemt vier aandachtspunten voor mantelzorgondersteuning, te weten Vinden, Versterken, Verlichten en Verbinden²⁴. Een taak voor de gemeente is het organiseren van ondersteuning om ervoor te zorgen dat mantelzorgers de mantelzorgtaken kunnen (blijven) uitvoeren. Verlichten is juist bij deze groepen hard nodig!



Deze notitie is besproken met en van commentaar voorzien van de volgende werkveld-vertegenwoordigers:

Heleen Roep	Mens de Bilt
Josina Trompetter	Leger des Heils
Lia Hagen	Vivium
Hanneke van Beusichem	Zorggroep Charim
Hetty van Oldeniel	de Boogh, Harmelen
Margreet Timmers	de Boogh
Janneke Nieuwenhuisen	Mee-UGV

Bijlage 1: historisch overzicht van dagbesteding

De dagbesteding heeft een lange traditie en gaat terug naar de tijd van intramurale begeleiding. De mensen die opgenomen waren vanwege hun psychische of verstandelijke beperking, werden geleid door arbeiders, werkbegeleiders en later door activiteitenbegeleiders. Met de ontwikkeling van dagbesteding werden activiteitenbegeleiders medewerkers dagbesteding genoemd. Hier kreeg de invulling van het beroep activiteitenbegeleiding meer inhoud. We zien hier een ontwikkeling waarin meer aandacht is voor 'zo normaal mogelijk' en daarmee uitgangspunten waarin de cliënt centraal staat. Het gaat om vraaggericht werken en werken met ondersteuningsplannen (Born, 2001).

Wat zijn kenmerkende ontwikkeling met betrekking tot de (min of meer zinvolle) dagbesteding? We onderscheiden arbeidstherapie, bezigheidstherapie en activiteitenbegeleiding.

Arbeidstherapie

In de medische sector stond tot de jaren 1970 het actief verzorgen en behandelen van patiënten centraal. Deze patiënten woonden buiten de samenleving in grote instituten in de bossen. Het werken (op het land) was een belangrijke daginvulling. De gedachte was dat (buiten) werken heilzaam was en dat het zou werken tegen de 'ledigheid'. Mensen werden ingezet voor instrumenteel werk bij boeren, fabrieken of in de huishouding. Dat kon leiden tot uitbuiting en gezondheidsproblemen.

Bezigheidstherapie

Geleidelijk kreeg zelfbeschikking een belangrijke plek in het denken over welzijn van mensen met een beperking. Zij werden van patiënt een cliënt. Ze hadden beperkingen maar ook mogelijkheden. Er ontstonden speciale voorzieningen zodat zij passende zorg en ondersteuning kregen. In deze tijd wordt er meer en meer ontwikkelingsgericht gedacht. Creativiteit en zelfbeschikking werden steeds belangrijker. De emancipatiebeweging kreeg vorm in dans, drama, beeldende en muziekactiviteiten. De kunsten was niet meer iets wat je moest kunnen, maar een manier uiting van gevoelens te geven.


Activiteitenbegeleiding

Vanaf de jaren 1990 kreeg de herstelondersteunende zorg de overhand. Cliënten werden burgers. Het betekende dat de kwetsbare burger ook een stem in de ondersteuning kreeg. In overleg werden de ervaringen geïnventariseerd, afspraken gemaakt en de doelen vastgesteld. Ook werken in de maatschappij kreeg weer een herwaardering. Arbeidmatige dagbesteding zou moeten verandering in het actief zijn in de samenleving. Bedrijven zouden actief mensen in kwetsbare posities moeten aannemen. Voor de meest kwetsbare mensen moet dagbesteding blijven bestaan. Om stigmatiseren tegen te gaan, zouden dat niet meer voorzieningen moeten zijn die zich richten op een doelgroep, maar collectieve voorzieningen.

Hieronder vindt u een overzicht van de paradigma's die bepalend zijn geweest voor de zorg en ondersteuning van mensen met een beperking. Het burgerschapsparadigma zet, meer dan de andere paradigma's, de zorgnetwerken centraal. Meedoen, inclusie en het organiseren van ondersteuning zijn centrale begrippen. Mensen arrangeren meer en meer zelf de zorg die zij nodig hebben. Dat vraagt om afstemming, ook met de professionals, en om co-creatie, over de grenzen van de organisaties heen.

Medisch paradigma (tot 1970)	Ontwikkelingsparadigma (1970-1990)	Burgerschapsparadigma (vanaf 1990)
Mens met beperkingen	Mens met mogelijkheden	Mens met rechten/plichten
Persoon is een: Patiënt	Persoon is een: Cliënt	Persoon is een: Burger
Behandeling: Verzorgen/behandelen	Behandeling: Ontwikkelen/trainen	Behandeling: Ondersteunen
Professional: Werkbegeleider	Professionals: Activiteitenbegeleider	Professional: Medewerker dagbesteding/ begeleiders
Instituut buiten de samenleving	Speciale voorzieningen	Algemene voorzieningen
Segregatie (afzondering)	Normalisatie	Inclusie (participeren)

Bijlage 2: Poging tot schematisering

Vraag en aanbod	Persoonlijke Ondersteuning	Logeervoorziening- Dagbesteding	Respijtzorg
Van de persoon met een ernstige cognitieve beperking	verzorging, verpleging, begeleiding	dagstructurering om regelmaat en ritme in stand te houden, zinvolle activiteiten, sociale ontmoeting, ondersteunen bij handhaving of ontwikkeling van praktische vaardigheden ten behoeve van zelfredzaamheid, toezicht	
Van de centrale mantelzorg		Een adempauze. Alleen of samen met naaste, gericht op zinvolle activiteiten, ontmoeting met professionals en andere mantelzorgers, ontspanning en informatie	Respijtzorg

Logeervoorziening en Dagbesteding : een optelsom van functies die op maat zijn van zowel de behoeftes van de persoon met de beperking als van de mantelzorg.

Referenties

- ¹ 16 april 2014: <http://fd.nl/economie-politiek/30854/zorgakkoord-nog-niet-afgerond-door-aanvullende-eis>
- ² Dröes, R.M., Meiland, F., Schmitz, M., Lange, J. de, Vernooij-Dassen, M., Derksen, E., Boerema, I., Grol, R., Tilburg, W. van (2003). *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.
- ³ http://wetten.overheid.nl/BWBR0034547/Bijlage6/geldigheidsdatum_01-09-2014
- ⁴ Artikel 10 Besluit zorgaanspraken
- ⁵ www.ciz.nl
- ⁶ <http://www.odensehuis.nl/index/nieuws/206/Eveneenzorgpauze>
- ⁷ Onderzoek logeervoorzieningen in Flevoland, 2006; Verwey-Jonker Instituut. Leer- en oppasmogelijkheden voor Mantelzorgsystemen in het kader van de nieuwe Wmo, 2014
- ⁸ http://www.handjehelpen.nl/hulp-bieden/speciale-maatjes/nachtvrijwilligers/_582NL
- ⁹ <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet%20dementie.pdf>
- ¹⁰ <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel>
- ¹¹ http://wetten.overheid.nl/BWBR0034547/Bijlage9/geldigheidsdatum_01-09-2014
- ¹² <https://www.movisie.nl/publicaties/factsheet-ontspoorde-mantelzorg>
- ¹³ http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/begrippenlijst/tr3238.htm
- ¹⁴ www.hersenletselenmantelzorg.nl
- ¹⁵ www.hersenletselenmantelzorg.nl
- ¹⁶ www.nivel.nl/meer-mantelzorg-voor-mensen-met-een-chronische-ziekte-of-beperking
- ¹⁷ Vlist, van der A. en EMJ Witteveen (2010). Mantelzorgondersteuning. In: Witteveen e.a. (2010). *Communicatie bij hersenletsel, begrijpen we elkaar?* Houten: BSL.
- ¹⁸ <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2014/7/VWS-benoemt-hardnekkigste-misverstanden-Wmo-2015-1557607W/>
- ¹⁹ <http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/nieuws/2013/mei/goede-dagbesteding-is-mensen-met-dementie-en-hun-mantelzorgers-heel-veel-waard.aspx>
- ²⁰ Schroer, J., M. van Genderen, S. de Deugd (2015). *Boogh, Bron van respijtzorg*. Onderzoeksrapportage in opdracht van de Wmo werkplaats Utrecht. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- ²¹ <https://www.movisie.nl/publicaties/duurzame-respijtzorg>

-
- ²² <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-publicaties/rapporten/2014/12/22/rapportage-actualisatie-wachlijst-wenswachtenden.html>
- ²³ <http://www.npo.nl/artikelen/tijs-van-den-brink-presenteert-dilemma>
- ²⁴ https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Mantelzorgondersteuning-is-de-basis.pdf

