

A stylized illustration of several colorful birds (green, orange, pink, red, yellow, blue) perched on a horizontal wire against a light blue background. The birds are simple in design with large eyes and thin legs. A white text box is overlaid on the top half of the image.

De nieuwe rol van informele zorg

Samenwerken in zorg verlenen

Inaugurele rede

Dr. Marianne Potting

De nieuwe rol van informele zorg

Samenwerken in zorg verlenen

Dr. Marianne Potting

Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van lector
Informele Zorg bij Zuyd Hogeschool op vrijdag 23 september 2016

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	De nieuwe zorg	6
	- Veranderingen in de zorg(visie)	7
	- Nieuwe rollen	8
3	Informele Zorg in de VG	10
	- Vormen van informele zorg	12
	- Mantelzorg in de VG	14
	- Vrijwilligerswerk	16
4	Samenwerken in de zorg	20
5	Onderzoeksprogramma Lectoraat	22
	Dankwoord	24
	Literatuur	26

1

Inleiding

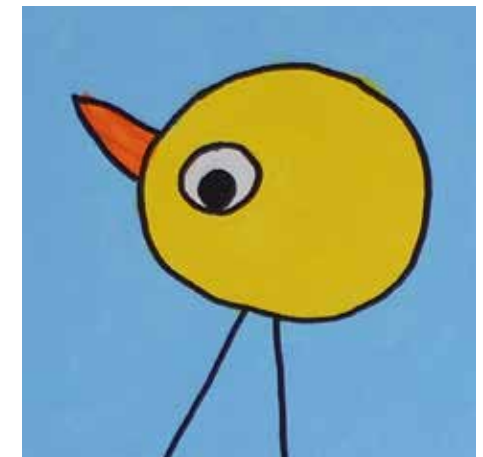
**Geacht College van Bestuur,
Geachte Vertegenwoordigers van Daelzicht en
het Platform Mantelzorg Limburg,
Beste collega's, familie en vrienden,**

Bijna exact 15 jaar geleden stond ik in een soortgelijke zaal om mijn proefschrift over mantelzorgende zonen en dochters te verdedigen (Potting 2001). Het was het eindpunt voor mij van ettelijke jaren onderzoek naar mantelzorg. Het was op dat moment ook het eindpunt van mijn werk als onderzoeker. Na jaren van wetenschappelijk werken aan de Universiteit Maastricht kon ik niet wachten om het onderzoek de rug toe te keren en de praktijk in te gaan. Ik koos de praktijk van het beleid en de politiek. Als beleidsmedewerker bij de Provincie Limburg was ik een aantal jaren verantwoordelijk voor vrijwilligersbeleid, het opstellen van sociale agenda's en diversiteitsbeleid. Maar je ware aard laat zich niet zo makkelijk verloochenen en het duurde dan ook niet lang voordat ik voorzichtig mijn eerste schreden terugzette richting onderzoek en wetenschap. In 2005 begon ik bij het Lectoraat Sociale Integratie, CESRT, van Zuyd Hogeschool met het doen van onderzoek naar de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wmo, een wet die toen nog niet bestond, maar wel al voor hevige discussies zorgde. In mijn onderzoek naar de Wmo richtte ik mij enerzijds op de rol van burgers in de discussies over de nieuwe wet (Potting 2009) en anderzijds op de rol en taak van professionals bij het vormgeven van nieuwe manieren van ondersteuning en zorg die voortkwamen uit het gedachtegoed rondom de Wmo (Potting, Sniekers et al. 2010). In de daaropvolgende 10 jaar heb ik de wereld van de Wmo nauwgezet gevolgd, net als alle veranderingen die deze Wmo teweeggebracht heeft in het handelen en denken van beleidsmakers, professionele en informele zorgverleners, burgers en onderzoekers.

En nu sta ik hier om mijn Lectoraat Informele Zorg aan jullie te presenteren en onze plannen voor de komende jaren uiteen te zetten. En ik moet toegeven, het voelt toch een beetje als een hernieuwing van mijn trouwbelofte. Mijn trouw aan wetenschap en onderzoek, aan onderzoek naar mantelzorg en informele zorgverleners en aan onderwijs en het delen van kennis met de praktijk. Ik beloof dat ik deze keer niet weg zal lopen, ik heb er namelijk veel te veel zin in.

We zitten hier in de collegezaal van de Ligne. Een sprankelnieuw gebouw dat de thuisbasis is van mijn Faculteit Sociale Studies en Educatie en van het Lectoraat Sociale Integratie waar mijn lectoraat deel van uitmaakt. Het is meer dan passend dat deze Ligne het decor vormt bij mijn rede. In dit gebouw komen verschillende functies samen. Het huisvest drie faculteiten van Zuyd Hogeschool en hier worden dus talloze toekomstige professionals opgeleid en ontvangen veel praktijk professionals een aanvulling op hun basisopleiding. Dit gebouw herbergt ook diverse sociale functies voor de gemeente Sittard en omgeving zoals een filmhuis, museum en openbare bibliotheek. Tenslotte wonen hier ook burgers, waaronder cliënten van de zorginstelling Daelzicht. De zorgdriehoek van cliënten, professionals en informele zorgverleners en burgers komt hier dus perfect samen.

En daarmee ben ik aangekomen bij het thema van mijn lectoraat en van deze rede: de nieuwe rolverdelingen in de zorg tussen cliënten en professionele en informele zorgverleners.



2

De nieuwe zorg

Toen in 2007 de Wmo werd ingevoerd, werden gemeenten verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning die mensen in en om het huis ontvangen. Maar de invoering van de Wmo betekende meer dan alleen een stelselwijziging in de zorg, zij bracht ook een cultuuromslag met zich mee. Meedoen was het motto van de Wmo, participatie het sleutelwoord. De Wmo was een culminatie en voorlopig eindpunt van een proces dat al in de jaren 80 van de vorige eeuw was ingezet toen toenmalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur Elco Brinkman zijn oproep deed voor een zorgzame samenleving (Haan de and Duyvendak 2002). Met de invoering van de Wmo zette de overheid een belangrijke stap. Een stap naar achteren. Een terugtrekkende stap. In de verwachting en hoop dat burgers weer een stap naar voren zouden zetten, trok de overheid zich terug. Zoals gezegd was 'meedoen' het motto van de Wmo en dat meedoen had vele betekenissen. De belangrijkste betekenis bestond uit meedoen aan de ondersteuning zelf. Vanuit de impliciete vooronderstelling dat mensen te veel op de overheid leunden voor hulp en ondersteuning, werd in de Wmo de expliciete doelstelling geformuleerd dat de rol van overheid en professionals kleiner moest worden ten opzichte van de bijdrage van burgers zelf (Kwekkeboom 2010). De Wmo maakte daarmee expliciet wat in feite al jaren praktijk was, namelijk dat mensen steeds meer zelf verantwoordelijk werden geacht voor de zorg van henzelf, hun naasten en andere mensen in de samenleving.

Hoewel de argumenten van beleidsmakers en politici soms anders deden vermoeden, was dit dus lang niet zo'n nieuwe gedachte als gesuggereerd werd. Vrijwilligerswerk en mantelzorg waren altijd al het fundament waar onze verzorgingsstaat op rustte. Wat wel nieuw was, was dat hier nu een wettelijk, een juridisch kader voor werd geschapen. In de wet werd in zekere zin 'een plicht' tot het geven van informele zorg vastgelegd. Tegelijkertijd werd 'het recht' op zorg van en door de overheid vervangen door een plicht van gemeenten om te zorgen dat iemand de nodige ondersteuning ontving om mee te kunnen doen aan

de samenleving. Waarmee dus niet gezegd was dat die gemeente dus de plicht had die ondersteuning zelf te geven.

Deze fundamentele verandering in de manier van denken over de relatie tussen overheid en burgers werd nog eens bevestigd en versterkt toen in 2015 de nieuwe Wmo werd ingevoerd en de bulk van de zorg en ondersteuning uit de voormalige AWBZ werd overgeheveld naar de Wmo. Ook in de gelijktijdig ingevoerde Nieuwe Wet op de Jeugdzorg en de Participatiewet komt ditzelfde gedachtegoed terug. In het gehele sociale domein - het domein van welzijn en zorg - werden termen als participatie, zelfredzaamheid, eigen kracht, burgerinitiatieven en informele netwerken leidend. Onder de noemer transformatie wordt ingezet op een fundamentele verandering in de ondersteuning van kwetsbare burgers. Een verandering die vooral ook een verschuiving van rollen en verantwoordelijkheden met zich meebrengt voor alle mensen die bij die uitvoering van zorg en welzijn betrokken zijn. Zo wordt van vrijwilligers steeds meer verwacht dat zij niet alleen professionals ondersteunen, maar ook dat zij volgens professionele standaarden hun werk doen, professionals op hun beurt krijgen andere opdrachten en nieuwe samenwerkingspartners (zie voor deze en andere voorbeelden van rolverschuivingen in het sociale domein (Linders, Feringa et al. 2016)).

Veranderingen in de zorg(visie)

Zoals gezegd is deze nieuwe visie op zorg leidend geworden in het gehele sociale domein, dus ook in die sectoren die traditioneel gezien rusten op een sterke rol voor professionele zorgverleners. Bovendien blijkt dit Wmo-denken zich niet te beperken tot de Wmo zelf, ook in de aanpalende Wet Langdurige Zorg waarin de intensieve zorg binnen instellingen wordt geregeld, komt dit denken steeds meer terug.

Zo ook in de zorg voor mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking. Deze zorg, hier verder VG-Zorg genoemd, vormt het kerndomein van ons Lectoraat Informele Zorg. De zorg voor mensen die geboren zijn met een verstandelijke of meervoudige beperking strekt zich uit over het hele zorglandschap. Het betreft de ondersteuning van mensen die met lichte begeleiding geheel zelfstandig kunnen wonen en werken tot intensieve, levenslange en hoog-specialistische 24-uurszorg voor mensen in een VG-instelling. En alles daartussenin.

Ook in deze sector is het denken over zorg in beweging. Nieuwe zorgvisies zijn geschreven en nieuwe rollen voor zowel professionele als informele zorgverleners worden in de praktijk ingevuld. In het kort komen al die nieuwe zorgvisies op het volgende neer: te komen tot een verschuiving van Zorgen Voor, naar Zorgen Dat

en dan naar Zorgen Met. Met andere woorden ook hier de basisgedachte dat de zorginstelling niet langer alleen verantwoordelijk is voor het geven van zorg aan cliënten, maar dat zij vooral verantwoordelijk is voor het zorgen dat er gezorgd wordt. Waarbij die zorg dan in de samenwerking tussen professionals en informele zorgverleners en waar mogelijk met cliënten tot stand dient te komen. En daarmee worden ook in deze sector woorden als mantelzorgers, vrijwilligers, sociale netwerken en burenhulp gemeengoed. Ik kom hier later nog uitgebreid op terug.

Nieuwe rollen

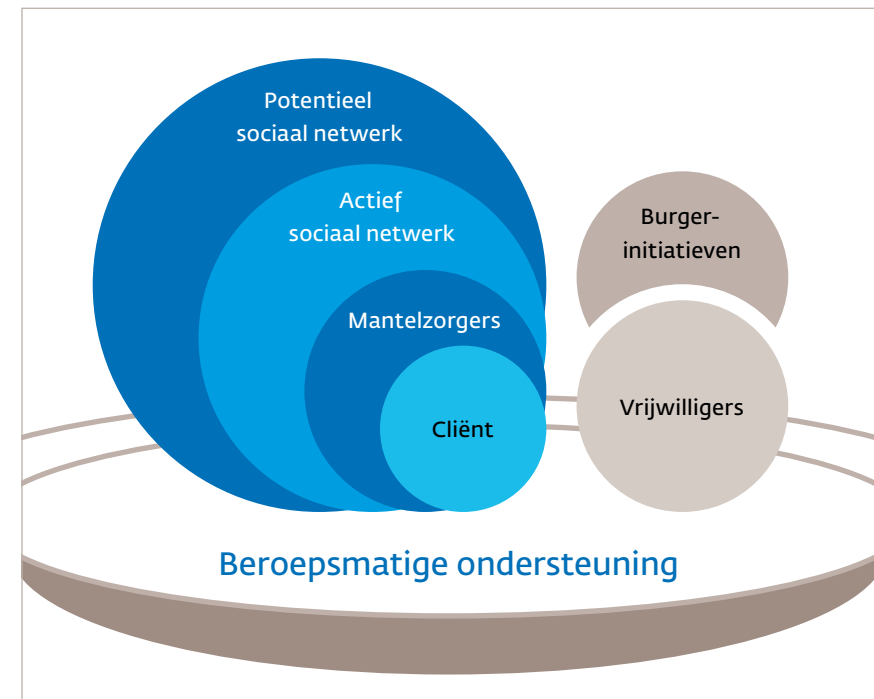
De verschuiving van Zorgen Voor naar Zorgen Dat is meer dan alleen een verandering van de rol en opdracht van gemeenten en zorginstellingen, het is een fundamentele verandering in de samenwerking tussen professionals en informele zorgverleners.

Net als in de Wmo, komt in de nieuwe zorgvisies het primaat van zorgverleners bij de informele zorgverleners te liggen. Net als bij de vooronderstellingen rondom de Wmo, lijkt er ook hier een aanname aan ten grondslag te liggen dat er te veel professionele ondersteuning is die het eigen informele netwerk te veel heeft verdrongen of uit handen heeft genomen. Het uitgangspunt dient nu te zijn dat eerst en vooral de zorg binnen het eigen netwerk van cliënten tot stand komt (of - vaker - blijft) en dat de professionele zorg er alleen daar is waar het eigen netwerk tekortschiet in mogelijkheden, kennis en vaardigheden.

In steeds wijder wordende cirkels om een cliënt dient de zorg tot stand te komen (of zoals gezegd te blijven) binnen bestaande relaties van familie, vrienden en burens, oftewel mantelzorgers en informele netwerken en binnen nieuwe relaties met vrijwilligers, buurtgenoten, burgers en organisaties in het bredere sociale netwerk. De professionals zijn er dan vooral als vangnet voor die situaties waarin die informele netwerken tekortschieten en als ondersteuning van die netwerken.

Ik haalde al eerder aan dat deze manier van denken over zorg lang niet zo nieuw is als dat vaak gesuggereerd wordt. Al in 1985 werd uitgerekend dat er ruim 400 miljoen uur effectief mantelzorg werd verleend dat toen een economische waarde van 10 miljard gulden op jaarbasis vertegenwoordigde (Kwekkeboom 1990). Op dit moment verleent 1 op de 3 Nederlanders mantelzorg, waarvan er ruim 600.000 dat langdurig en intensief doen (Mezzo 2012, Kruijswijk, Peters et al. 2013). Afhankelijk van wat er onder mantelzorg wordt verstaan en welke uurtarieven je zou kunnen hanteren, lopen schattingen over de economische waarde van mantelzorg in Nederland uiteen van 6 miljard euro tot 25 miljard euro (Boer de, Woittiez et al. 2013).

Maar deze cijfers zijn voor het gehele zorgdomein. Wanneer je inzoomt op de VG-sector springen enkele afwijkende zaken in het oog.



3

Informele Zorg in de VG

Zoals gezegd spiegelen de nieuwe visies op zorg binnen de VG-sector de ontwikkelingen in het bredere veld van welzijn en zorg. Tegelijkertijd zijn deze vernieuwingen juist in deze sector minder vanzelfsprekend en roepen ze meer controverse op. De gedachte dat ook in de VG professionals zich terugtrekken ten faveure van familie, vrijwilligers en burens roept weerstand, maar vooral ook angst op. Hiervoor zijn twee redenen aan te wijzen.

De eerste reden ligt in de aard van de cliënten. Juist in de VG-sector gaat het om kwetsbare personen die niet of onvoldoende in staat zijn om hun eigen belangen te behartigen. Voor een deel van de cliënten is elke gedachte aan zelfzorg uitgesloten. Hun zorg is per definitie levenslang en zonder enige hoop op verbetering. Deze zorg is dan ook vaak uitermate intensief en specialistisch. Zonder goede zorg kunnen deze cliënten niet overleven, letterlijk. De gedachte dat ook in deze zorg er terugtrekkende bewegingen worden gemaakt, is dan ook begrijpelijkerwijze een angstige gedachte. Maar ook voor de cliënten aan het andere einde van het spectrum leidt de terugtrekkende professional tot zorgen en angst. Steeds meer mensen met een verstandelijke beperking wonen niet langer in zorginstellingen maar gewoon thuis in de wijk. Al dan niet met professionele begeleiding worden zij geacht netwerken te hebben en te bouwen, zich nuttig te maken voor de samenleving en een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden. Op zich is iedereen het er over eens dat dit ook goede, en nastrevenswaardige doelen zijn. Daar is iedereen het over eens. En toch. Ook dit zijn kwetsbare mensen voor wie de samenleving ingewikkeld, complex en potentieel gevaarlijk is. Wie niet alle consequenties van zijn eigen keuzes kan overzien, wie slechts beperkt in staat is regie te voeren over het eigen leven en wie de wereld vooral vol vertrouwen en zonder gezonde argwaan tegemoet treedt, loopt gevaar. Gevaar op verwaarlozing, eenzaamheid, misbruik en zelfs geweld (Bredewold 2014). De onrust en zorgen van diegenen die nauw betrokken zijn bij deze kwetsbare mensen, of het

nu om professionals of informele zorgverleners gaat, zijn dan ook meer dan begrijpelijk.

Een tweede reden waarom juist in de VG-sector de nieuwe zorgvisies zoveel controverse oproepen, ligt in het feit dat ze hier ook daadwerkelijk zo nieuw zijn. Ik stelde al eerder dat de basisgedachten onder de Wmo voortkwamen uit een lange geschiedenis. Maar dit geldt in veel mindere mate voor de VG-sector. De VG-sector is lange tijd vooral een intramurale setting geweest, die als het ware een eigen wereld vormde. Achter de muren van de vaak prachtige, maar wel afgelegen instellingen, werd voor alle aspecten van het leven van de cliënten gezorgd. Veel oudere familieleden van cliënten herinneren zich nog de tijd dat zij hun zoon of dochter, broer of zus 'afleverden' aan de poort waarna het familielid nu 'van hun' was. Sterker nog, vanuit in die tijd vigerende visies op hechting, werd in de eerste maanden na de verhuizing contact met familie verboden. Natuurlijk is er sindsdien veel veranderd en zijn de instellingen vaak omgebouwd tot kleinschalige woonvormen en heeft de extramuralisatie ook in deze sector plaatsgevonden (Mans 1998). De rol van de familie is daarbij ook langzaam veranderd. Van oudsher kwam de familie vooral op bezoek. Van enige bemoeienis van de familie met het primaire zorgproces was geen sprake. Er was een emancipatieproces van ouders voor nodig om in ieder geval formeel en juridisch zeggenschap en inspraak over de zorg van het familielid te houden (Beltman 2001). De alom aanwezige ouderberaden en cliëntenraden zijn hier het resultaat van. Maar tot een visie op gezamenlijke zorg leidde dit, tot voor kort nog niet. Voor ouders en andere familieleden, vooral voor diegenen onder hen die zelf al op leeftijd zijn, leidt het idee dat de zorginstelling de zorg 'weer teruggeeft' dan ook vooral tot een gevoel van verlies. Verlies van verworven rechten, verlies van veiliggestelde zorg voor een kwetsbare dierbare en verlies van herwonnen persoonlijke vrijheid van zorgbelasting (Beltman 2001). Maar ook voor de professionals in de zorg zelf, brengen de nieuwe zorgvisies potentieel ongewenste veranderingen met zich mee. Levenslange zorg binnen een instelling betekende ook vaak levenslange relaties tussen professionals en cliënten. Onderlinge betrokkenheid en zorgrelaties die het professionele ontstegen waren er het gevolg van. Een stap terug te zetten uit dergelijke langlopende relaties is dan een ware opgave. En de nieuwe invulling van de rol van professionals leidt ook tot angst voor een verschraving van het beroep. Juist die aspecten van het zorgen die uitdrukking geven aan de persoonlijke band en zorg voor de cliënt en die de leuke kanten van het zorgen vormen, worden uit de professionele sfeer gehaald en neergelegd bij familie en vrijwilligers (Egberts 2007). Ook hier is de scepsis en de argwaan dus begrijpelijk.

De nieuwe zorgvisies zijn in de VG-sector dus allerm minst onvoorwaardelijk omarmd. Tegelijkertijd is daarmee niet gezegd dat ze ook ongewenst zijn. De basisgedachten dat ook mensen met een verstandelijke beperking recht hebben op een persoonlijk netwerk, dat familie en vrienden betrokken willen zijn in de zorg en dat zorgen een gezamenlijke verantwoordelijkheid dient te zijn van professionals, familieleden en de samenleving in zijn geheel worden breed onderschreven. Het oude systeem werd al langere tijd bekritiseerd vanwege zijn bevoogdende en beperkende karakter en het verlangen naar emancipatie van mensen met een verstandelijke beperking en naar een grotere vanzelfsprekende inclusie in de samenleving werd en wordt algemeen gedeeld (Mans 1998, Gennep van 2000, Moonen 2015). Ook het gegeven dat er nu eenmaal minder geld beschikbaar is en dat er dus andere manieren nodig zijn om samen te garanderen dat er goede zorg blijft bestaan, bestrijdt niemand meer. Alhoewel er over dat laatste wel nog verschil van mening is over de vraag of bij gelijke kwaliteit de nieuwe visies op zorg ook daadwerkelijk een besparing zullen opleveren. Maar gegeven de gerechtvaardigde angsten en weerstanden, hoe doen we dat dan in de praktijk? Welke rol is of dient er dan weggelegd te zijn voor informele zorg in de VG?

Vormen van informele zorg

Informele zorg, de term is nu al een aantal keren gevallen. Tijd om nader in te gaan op wat informele zorg dan eigenlijk is. Grofweg wordt er bij informele zorg onderscheid gemaakt tussen twee verschijningsvormen namelijk zorg binnen bestaande relaties en zorg binnen nieuwe relaties.

Voor informele zorg binnen bestaande relaties worden veelal termen gebruikt als mantelzorg, netwerkzorg of familie zorg. Er worden veel verschillende definities van deze vormen van informele zorg gegeven, maar alle kenmerken ze de elementen die al in de definitie van mantelzorg zitten zoals die door Kwekkeboom in 1990 werd geformuleerd:

“Mantelzorg is zorg, die niet in het kader van een hulpverlenend beroep gegeven wordt aan een hulpbehoevende door een of meer leden van diens directe omgeving en die geen organisatievorm van buiten die omgeving kent. Het gaat om situaties waar al een bepaalde relatie is tot de hulpvrager, als huishouden of familielid, kennis of buur; de zorgverlening is een nieuw aspect in deze relatie.”

Belangrijk is dus dat het gaat om reeds bestaande relaties waar zorg deel van uit gaat maken. Meestal wordt daar tegenwoordig dan nog aan toegevoegd dat deze zorg dan wel, om in aanmerking te komen om mantelzorg genoemd te worden,

de 'normale' zorg te boven dient te gaan. Voor een kopje kippensoep zorgen bij een griepje van je partner is dan geen mantelzorg, het langdurig overnemen van huishoudelijke taken of het verlenen van lichamelijke zorg in geval van bijvoorbeeld kanker is dat dan wel.

Mantelzorg is inmiddels een ingeburgerd begrip geworden, dat nauwelijks nog uitleg behoeft. De erkenning dat bijna iedereen op zeker moment in zijn leven mantelzorg is of wordt, komt overal tot uitdrukking. Bedrijven formuleren mantelzorgbeleid waarbij het recht op zorgverlof in CAO's wordt vastgelegd, er zijn belastingvoordelen voor mantelzorgers (bijvoorbeeld in het erfrecht), gemeenten organiseren mantelzorgondersteuning, mantelzorgers kunnen complimenten ontvangen (voor wie er niet mee vertrouwd is, dat is meestal een financiële vergoeding) en zorgverzekeringen adverteren met hun aanbod aan mantelzorgondersteuning in hun campagnes.

Naast informele zorg in bestaande relaties staat informele zorg in nieuwe relaties en ook deze kent vele namen. De belangrijkste is die van vrijwilligerswerk, maar ook burenhulp, burgerinitiatieven en activiteiten in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen worden hieronder geschaard. Opnieuw gaat het om relaties waarin onderlinge hulp, ondersteuning en zorg wordt gegeven anders dan in een beroepsmatige setting. Maar in tegenstelling tot mantelzorg is er hier geen sprake van een bestaande relatie voorafgaande aan de informele zorg. In de regel kent een vrijwilliger zijn 'cliënt' nog niet of nauwelijks voordat hij ermee in contact gebracht wordt. De onderlinge relatie ontstaat als gevolg van de hulpverleningsrelatie en niet andersom. Een tweede verschil met mantelzorg is dat hier wel sprake is van een externe organisatie van de informele zorg. Vrijwilligers worden geworven en bemiddeld door organisaties die daartoe in het leven zijn geroepen of die daartoe een opdracht hebben gekregen, burenhulp en bereidwillige burgers verenigen zich met het doel om onderlinge hulp te gaan bieden en bedrijven besluiten in het kader van teambuilding liever muurschilderingen in dagverblijven te gaan maken in plaats van vloten te bouwen.

Informele zorg is een verzamelbegrip voor vele vormen van hulp, ondersteuning en zorg met een gemeenschappelijk kenmerk, het is onderlinge zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt verstrekt. Ook de VG kent een rijke traditie van informele zorg, maar ook hier opnieuw een aantal bijzondere kenmerken. Laat ik daar nog wat verder op inzoomen.

Mantelzorg in de VG

Wanneer je als onderzoeker naar mantelzorg in de VG-sector kijkt, valt een aantal zaken op. Mantelzorg in de VG blijkt op een aantal punten fundamenteel te verschillen van mantelzorg in andere settings. Ik vat een en ander kort voor u samen.

Zoals gezegd is de kern van de gangbare definitie van mantelzorg dat het buitengewone zorg in een bestaande relatie betreft. Mantelzorg is in deze opvatting een nieuw element in een relatie en verandert die relatie daarmee fundamenteel. Zo toch niet in de VG. Mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking worden zo geboren. De speciale aandacht en zorg die zij nodig hebben, is onlosmakelijk met hen verbonden. Het mag in alle gevallen bijzondere en exceptionele zorg zijn, zij is zeker niet op enig moment 'nieuw'. Dit gegeven vertaalt zich in de identificatie die mantelzorgers in deze sector in dit verband hebben met de term mantelzorger: die is er veelal niet. Dit laatste geldt overigens voor meer mantelzorgers (Linders, Wouters et al. 2013), maar lijkt nog sterker te gelden in de VG-sector. Iemand is ouder van een bijzonder kind, of broer of zus van iemand met een beperking. Mantelzorger genoemd worden, wordt dan eerder als een belediging ervaren dan een erkenning die het elders soms is.

Een ander verschil tussen mantelzorg in de brede betekenis en specifiek binnen de VG ligt in de setting waarin de mantelzorg tot uitdrukking komt. In het algemeen kan gesteld worden dat mantelzorg doorgaans deel uitmaakt van de privé-sfeer. Mantelzorg is thuiszorg. Daarmee niet zeggend dat er geen mantelzorg binnen verzorgingshuizen, verpleegklinieken of ziekenhuizen plaatsvindt, maar de kern ligt toch in de huiselijke omgeving. Mantelzorg is dan vaak ook het startpunt van zorg en pas wanneer de mogelijkheden hiervan uitgeput dreigen te raken, komt professionele zorg in zicht. Precies zoals de Wmo dat wil, en precies zoals het altijd al geweest is. Maar zo niet in de VG-sector. Instellingszorg neemt een veel groter deel van de zorg voor mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking in beslag. Van 24-uurszorg en crisisopvang tot dagbesteding en begeleiding, zorg in de VG is meestal vanaf het begin al gedeelde zorg tussen familie en professionals, waarbij de intensiteit van de zorgbehoefte bepaalt hoe de onderlinge rol- en taakverdeling is. Dit brengt met zich mee dat professionele opvattingen over goede zorg ook veel meer invloed hebben op de manier waarop de informele zorg tot uitdrukking kan komen.

Een derde verschil tussen traditionele opvattingen over mantelzorg en mantelzorg binnen de VG ligt in de taal. Zoals al gezegd wordt mantelzorg vaak ook familiezorg genoemd. Het zijn voornamelijk familieleden die mantelzorg geven, en als mantelzorgers geen familie zijn dan 'voelen ze binnen de kortste keren wel

zo aan'. Rondom mantelzorg bestaat een discours van familierelaties, een familievertoog (Potting 2001). Familierelaties geven vorm en betekenis aan de zorgrelatie en de zorgrelatie op haar beurt verandert de familierelaties. In de discussies en het onderzoek naar mantelzorg en in de praktijk van de mantelzorgondersteuning gaat dan ook veel aandacht uit naar de kwaliteit van deze familierelaties en hoe ervoor te zorgen dat deze niet te veel lijden onder de mantelzorg, zij vormen immers de belangrijkste motivatie voor die zorg (Roelofs and Verhoeven-Denissen 2009, Hogerbrugge 2016). Een dergelijk familievertoog ontbreekt grotendeels in de VG sector. Ook hier wordt veelvuldig gesproken over de familierelatie tussen cliënten en hun ouders of andere verwanten, maar dan gaat het meestal niet over hun onderlinge band en zorgrelatie, dan gaat het om vertegenwoordiging en belangenbehartiging. In de VG is er niet zozeer sprake van een discours van familie zorg maar een discours van cliënten-vertegenwoordiging en van familieleden als woordvoerders en toezichhouders.

Een laatste verschil tussen traditionele mantelzorg en mantelzorg binnen de VG is vooral voor mij als onderzoeker relevant. Er is namelijk veel minder kennis over mantelzorg in de VG dan over mantelzorg elders. Er wordt al lange tijd ontzettend veel onderzoek gedaan naar mantelzorg. Mijn proefschrift uit 2001 maakte toen al deel uit van een aanzienlijke traditie van onderzoek naar mantelzorg, en sindsdien zijn er bibliotheken vol geschreven over alle mogelijke aspecten van mantelzorg. Toch blijkt er ontstellend weinig bekend over mantelzorgers van mensen met een verstandelijke of meervoudige beperking. In Nederland ben ik niet verder gekomen dan twee toonaangevende onderzoeken, waarbij de aandacht in die onderzoeken dan ook nog verdeeld werd tussen mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking en mantelzorgers van mensen met een psychische beperking (Roelofs and Verhoeven-Denissen 2009, Wittenberg, Kwekkeboom et al. 2012). Gezien de eerder genoemde fundamentele verschillen tussen mantelzorg binnen de VG en mantelzorg in andere sectoren is een dergelijk gebrek aan specifieke kennis des te opmerkelijker, en op zich dus al voldoende aanleiding voor dit Lectoraat Informele zorg. Maar er zijn meer redenen. Ik ga verder.

Vrijwilligerswerk

Verder naar die tweede vorm van informele zorg, informele zorg in nieuwe relaties. Zoals ik al zei zijn er verschillende vormen van dergelijke informele zorg, maar laat ik voor het gemak die nu allemaal even onder de noemer vrijwilligerswerk scharen.

Vrijwilligerswerk in de VG kent een lange traditie. Zoals het grootste deel van onze welzijns- en zorginstellingen ligt ook de oorsprong van het werk in de VG in de religieuze sector. Het waren de zusters en de broeders die zich in eerste instantie geroepen voelden om voor de kwetsbaarsten onder ons te zorgen (Mans 1998). De verbinding tussen kerk en vrijwilligerswerk is van oudsher een sterke relatie, ook tegenwoordig nog bevinden de hoogste percentages vrijwilligers zich onder de groepen die zich nog kerkelijk noemen (Arends and Flothe 2015). Dat er dus altijd al veel vrijwilligers binnen de VG rondliepen, is dan ook in dit licht bezien niet verwonderlijk. Daarbij komt dat de doelgroep in de VG een hoog 'knuffelgehalte' heeft, waar ik mee wil zeggen dat het een letterlijk en figuurlijk zeer dankbare groep is om mee te werken. Als voorbeeld het eerder genoemde schilderen van muren in een dagverblijf: de kans dat een bedrijf dan kiest voor een dagverblijf voor mensen met een verstandelijke beperking is vele malen groter dan dat zij het honk van probleemjongeren gaan opknappen. Instellingen in de VG rapporteren dan ook indrukwekkende aantallen vrijwilligers. Bij Daelzicht bijvoorbeeld zijn er circa 800 vrijwilligers actief, waarvan vele al vele jaren, heel veel jaren, soms bijna een leven lang.

Die vrijwilligers worden op dit moment grofweg ingezet voor twee soorten vrijwilligerswerk, namelijk als contact-vrijwilligers en als activiteiten-vrijwilligers. De contact-vrijwilligers worden verbonden aan een cliënt en ondersteunen deze direct in het dagelijks leven. Vrijwilligers gaan bij hun cliënt op bezoek en bieden gezelschap, fietsen samen op de tandem, helpen bij het doen van boodschappen of komen om samen te koken. Activiteiten-vrijwilligers zijn verbonden aan bepaalde activiteiten waar verschillende groepen cliënten gebruik van kunnen maken. Deze vrijwilligers zorgen voor de paarden en rijden met de huifkar, organiseren de jaarlijkse kermis op het terrein, of het Sinterklaasfeest, gaan gezamenlijk met groepen cliënten vissen of maken een sport instuif in de wijk mogelijk.

Er zijn dus reeds veel vrijwilligers op allerlei manieren actief in de VG-sector. Toch bestaat de hoop dat de rol en het aandeel van vrijwilligers verder kan toenemen, dat zij meer nog dan voorheen een aanvulling op de professionele zorg kunnen zijn of deze op punten kunnen vervangen, en dat zij familieleden kunnen ondersteunen zodat ook deze hun rol kunnen uitbreiden en kunnen blijven uitvoeren. Hoe terecht is een dergelijke hoop op een toename van het aantal vrijwilligers in de VG?

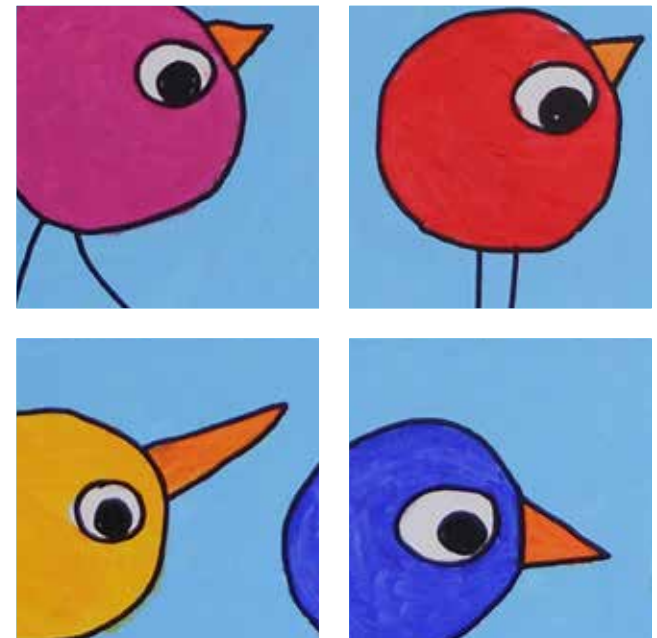
Deze laatste vraag is een prima onderzoeksvraag die ook zeker in het Lectoraat Informele Zorg aan bod zal komen, maar laat ik alvast een paar voorlopige aannames doen.

Ten eerste, ondanks veelvuldig gehanteerde aannames, lijkt de algehele bereidheid van mensen om vrijwilligerswerk te doen, niet af te nemen. Onderzoek laat geen dramatische afname zien van onze bereidheid om onderlinge hulp te bieden en ons structureel voor elkaar in te zetten. Sterker nog, Linders spreekt van een aanbodverlegenheid (Linders 2010) en Tonkens van een altruïstisch overschot (Tonkens 2014). Beiden bedoelen hiermee dat veel mensen wel iets willen doen, maar niet weten wat, waar, voor wie, of hoe dat aan te pakken. Dat biedt dus hoop.

Tegelijkertijd zijn er wel verschuivingen waarneembaar. Het is de tijd van de zogenoemde 'nieuwe vrijwilliger' die afgezet wordt tegen de traditionele vrijwilliger die langzaam aan het uitsterven zou zijn (Boss, Blauw et al. 2011). Nieuwe vrijwilligers, in tegenstelling tot de traditionele, verbinden zich niet langer voor het leven aan een vereniging, organisatie of doelgroep. Nieuwe vrijwilligers doen weliswaar nog altijd een leven lang vrijwilligerswerk maar dat vrijwilligerswerk verschilt naar gelang hun levensfase. Vrijwilligers maken als het ware een eigen vrijwilligerswerk-levensloop door. Van het organiseren van popfestivals en het actief zijn bij de scouting in hun jeugd, naar studentenvakbond en Amnesty in hun jonge volwassenheid. Van vrijwilligerswerk op de school en sportvereniging van de eigen kinderen, naar maatschappelijke betrokkenheid in buurt en politiek later, en tot slot naar inzet in zorg en welzijn op latere leeftijd. Daarbij past het vrijwilligerswerk dus bij de persoonlijke levensfase maar ook bij de persoonlijke interesses, belangen en ontwikkelbehoeften.

Wat betekent dit voor de vrijwilligers in de VG? In zijn geheel genomen blijken er vooral heel veel traditionele vrijwilligers binnen de instellingen actief te zijn. Vrijwilligers die soms al tientallen jaren betrokken zijn bij de organisatie en in die periode altijd ongeveer dezelfde dingen hebben gedaan. Deze groep vrijwilligers lijkt dus uit te sterven, en hoe aantrekkelijk is het werk in de VG voor de nieuwe vrijwilliger?

Deze laatste vraag is des te belangrijker in het licht van de ontwikkelingen in de rest van de wereld van zorg en welzijn. Op dit moment wordt er bijna geen beleidsplan meer geschreven, geen project bedacht en ontwikkeld en geen interventie opgezet zonder dat daarbij al vanaf de start op de inzet van burgers en vrijwilligers wordt gerekend. De veelgeprezen burgerinitiatieven lijken inmiddels al een doel op zichzelf te worden en burgers worden dan ook steeds meer gestimuleerd, aangezet en soms gedwongen (bijvoorbeeld in het kader van de Participatiewet) om 'vrijwillig' 'zelf' 'initiatief' te nemen om zich in te zetten voor een ander. Dit alles leidt tot een groeiend tekort aan vrijwilligers in het sociale domein. Een tekort dat dus niet zozeer te wijten is aan een verondersteld gebrek aan bereidheid bij burgers om zich in te zetten, als wel aan een uit de hand gelopen toename van de vraag naar vrijwilligers. Een trend die voorlopig nog niet gebroken lijkt. Is het hoge knuffelgehalte van de doelgroep in de VG dan ook in de toekomst nog genoeg om de concurrentie met andere sectoren aan te gaan? Hoe kan de strijd om de schaarse vrijwilliger gewonnen worden? Ook rond deze vragen blijkt er een duidelijke kennisbehoefte te bestaan. Waarmee de tweede opdracht voor ons Lectoraat Informele Zorg is geformuleerd.



4

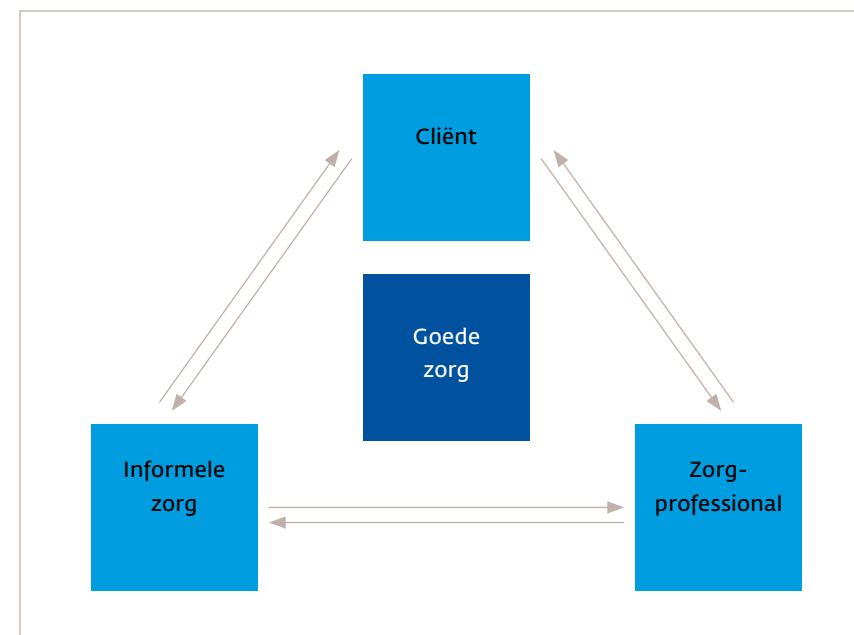
Samenwerken in de zorg

Een grotere rol voor mantelzorgers in een sector waar dat van oudsher niet de gewoonte is en meer vrijwilligerswerk in een tijd waarin er een concurrentieslag om beschikbare vrijwilligers gaande is. Hoe moet dat dan in de praktijk? Zoals ik in het begin al stelde, zijn de nieuwe rolverdelingen in de zorg tussen cliënten, professionele en informele zorgverleners het centrale thema van dit lectoraat. Want een grotere rol voor mantelzorgers en vrijwilligers betekent automatisch een andere, meestal kleinere rol voor professionals. En waar rollen gaan verschuiven, verantwoordelijkheden anders verdeeld worden en onderlinge relaties veranderen, ontstaan ook wrijvingen, onduidelijkheden en een grotere potentie aan conflicten. Veel gaat vanzelf goed, maar niet alles.

De prachtig geformuleerde zorgvisies ten spijt, wordt in de praktijk bepaald waar de grenzen komen te liggen tussen professionele en informele inzet, wie de macht heeft om te bepalen wat goede zorg is en hoe de rollen en taken op de werkvloer echt verdeeld worden.

In die driehoek tussen cliënten (of hun vertegenwoordigers), professionals en informele zorgverleners dient de zorg tot stand te komen, waarbij alle partijen zonder meer de doelstellingen delen dat dat goede zorg dient te zijn. Maar wat is dat, goede zorg? Wie bepaalt dat? Wat als een cliënt zelf vindt dat hij in staat is om een bepaalde verantwoordelijkheid te dragen, de professional daarbij gematigd optimistisch is en bereid is een stap terug te doen terwijl de mantelzorg geen concessies wil doen aan veiligheid. Wie heeft het dan voor het zeggen? Wat als mantelzorg en professional over en weer hun bedenkingen hebben over de deskundigheid van de ander en over de kennis en het inzicht over wat de cliënt zelf wil. Wie stuurt dan wie aan? En wat als de wens voor een grotere inzet van informele zorg stuit op een gebrek aan omvang en kwaliteit van een informeel netwerk (Brettschneider and Wilken 2007, Asselt-Govers van 2016). Waar haal je dan die informele zorg vandaan?

Met dergelijke vragen wil ik geenszins suggereren dat de veranderingen in de zorg en de onderlinge relaties in de driehoek, cliënt, professional en informele zorgverlener ongewenst of per definitie problematisch zijn. Nogmaals veel gaat vanzelf goed. Maar de nieuwe visies op zorg brengen fundamentele veranderingen met zich mee, en dergelijke veranderingen gaan doorgaans niet vanzelf, maar gaan gepaard met potentiële wrijvingen en grensconflicten. En juist door het licht te werpen op die grensconflicten worden verborgen vanzelfsprekendheden zichtbaar en dienen impliciete vooronderstellingen en verwachtingen expliciet gemaakt te worden. Dergelijke veranderingsprocessen zijn complex en zijn gebaat bij begeleiding en zij dienen kritisch gevolgd en bevraagd te worden op hun positieve en negatieve opbrengsten. Zie hier de derde opdracht voor het Lectoraat Informele Zorg.



5

Onderzoeksprogramma Lectoraat

En dat brengt mij nu definitief tot de onderzoeksopdracht die wij ons de komende jaren in het lectoraat stellen.

Ten eerste dus het onderbouwend en ook kritisch begeleiden en volgen van de veranderingsprocessen in de zorg in de VG-sector. Concreet gaan we dat in twee verschillende praktijken doen.

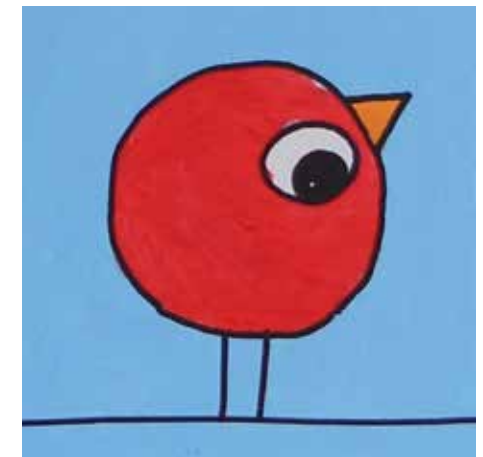
De eerste praktijk is die van de langdurige en intensieve zorg voor mensen met een verstandelijke en vaak meervoudige beperking. Ook in deze zorg die veelal exclusief onder de Wet Langdurige Zorg valt, is het Wmo-denken ingevoerd. Ook hier wordt gewerkt aan nieuwe samenwerking tussen de broodnodige professionele zorgverleners en de informele zorgverleners als mantelzorgers en vrijwilligers. Daelzicht heeft hier onder meer de functie van netwerkcoach voor ontworpen. Middels een meerjarig actie-onderzoek zullen wij deze nieuwe praktijk gaan volgen en evalueren. Met als doel alle betrokken partijen tegelijkertijd te ondersteunen als ook hun een kritische spiegel voor te houden, de leereffecten te bevorderen en systematisch de opbrengsten - positief dan wel negatief - in kaart te brengen.

De tweede praktijk staat aan het andere uiteinde van het spectrum: de zorg en begeleiding van mensen met een licht verstandelijke beperking die geheel of gedeeltelijk zelfstandig wonen en werken in een wijk. Ook hier spelen de nieuwe verhoudingen een rol. Steeds meer is het uitgangspunt om niet meer bijzondere doelgroep specifieke voorzieningen in te richten maar cliënten te laten aansluiten bij bestaande voorzieningen. Dus geen aparte dagopvang maar geïntegreerde dagopvang met andere doelgroepen, geen bijzondere werkvoorziening maar inzet in regulier betaald werk of vrijwilligerswerk, en geen speciale doelgroep clubjes maar participeren in het lokale verenigingsleven. Ook dit vraagt om een nieuwe invulling van de taak van een professional, en het betekent aansluiten bij

bestaande informele netwerken en deze waar mogelijk te verbreden en te versterken. Ook hier gaan we de samenwerking tussen professionals, mantelzorgers, vrijwilligers en vooral ook cliënten zelf kritisch volgen, het gezamenlijk leerproces stimuleren en de opbrengsten systematisch in kaart brengen.

De tweede en derde onderzoeksopdracht voor het Lectoraat Informele Zorg heb ik al eerder uiteengezet. Het betreft het aanvullen van de kennis over vrijwilligers en mantelzorgers in de VG. Wat drijft hen? Waar zien zij kansen, waar zien zij gevaar? Welke rol zien zij voor zichzelf weggelegd en welke rol van organisatie en professional vinden zij daarbij horen? En wat hebben zij nodig om hun rol in het zorgproces naar beste kunnen en willen in te vullen?

Naast deze onderzoeksopdracht heeft het Lectoraat Informele Zorg uiteraard ook een onderwijsopdracht, we zijn hier tenslotte niet voor niets op een hogeschool. Studenten en docenten worden waar maar mogelijk ingezet en betrokken bij de bovengeschetste onderzoeken, teneinde de resultaten van die onderzoeken te vertalen naar onderwijs voor het goed toerusten van de toekomstige professional. Daarmee bedoel ik zowel het onderwijs hier aan Zuyd Hogeschool aan de toekomstige professionals alsook het onderwijs zoals de Daelzicht Academie dat aan haar eigen professionals geeft. De korte verbindingen tussen onderzoek, onderwijs en praktijk zoals die in het lectoraat vertegenwoordigd zijn, biedt immers een uitgelezen kans tot wederzijdse kruisbestuivingen.



Dankwoord

En daarmee ben ik aan het eind gekomen van deze rede. Maar ik kan u nog niet laten gaan voordat ik enkele mensen met naam en toenaam heb genoemd en bedankt. Als allereerste wil ik het College van Bestuur van Zuyd Hogeschool bedanken dat zij welwillend mogelijk hebben gemaakt dat dit lectoraat tot stand kwam.

Aan dit Lectoraat Informele Zorg hebben diverse Founding Fathers en Mothers een bijdrage geleverd. Het eerste initiatief tot dit lectoraat ligt bij het Platform Mantelzorg Limburg. Het platform is een onvermoeibare belangenbehartiger voor mantelzorgers en andere informele zorgverleners. Hun initiële wens, visie en actie heeft uiteindelijk geresulteerd in dit lectoraat. Met name wil ik hierbij mevrouw Nel van Lin, de heer Nic Hamers en de heer Piet Meertens bedanken. Zonder Daelzicht's bereidheid om financieel te investeren in dit lectoraat en de moed om de eigen organisatie open te stellen voor de kritische blik van een eigenwijze lector en haar consorten was dit lectoraat niet mogelijk geweest. Mijn persoonlijke dank en waardering gaat dan ook uit naar voormalig bestuursleden Jan Valkenborgh en Jenny Buijks. Maar ook het warme welkom dat ik heb ontvangen van managers, professionals en cliëntenraad binnen Daelzicht wil ik niet onvernoemd laten, ik kijk uit naar onze verdere samenwerking. Ten slotte wil ik hier ook een bijzonder woord van dank uitspreken naar de Provincie Limburg voor haar financiële bijdrage en aan het Huis voor de Zorg voor hun structurele ondersteuning.

Dat ik hier vandaag met zoveel plezier mijn werk als lector en onderzoeker aan jullie kan presenteren, is mede te danken aan de geweldige werkplek die ik in het Lectoraat Sociale Integratie heb gevonden. Ik heb hier een geweldige groep collega's getroffen waarmee het ongelooflijk prettig samenwerken is, die altijd in zijn voor een stevig potje kritisch analyseren en die zich met hart en ziel inzetten in het onderzoek en in het onderwijs. Ik spreek de wens uit dat we nog veel onderzoeksprojecten samen mogen tackelen.

En dan tot slot een speciaal woord van dank voor de man zonder wie ik hier niet zou staan. Dr. Nol Reverda plukte mij zo'n tien jaar geleden weg bij de Provincie en gaf mij elke mogelijke kans om mij als onderzoeker verder te bekwamen. Onder zijn bezielende leiding, maar vooral door zijn vertrouwenwekkende aanmoediging heb ik mijn plek als onderzoeker, programmaleider en lector gevonden. Nol, ik heb er eigenlijk geen woorden voor, maar bedankt voor de rol die jij in mijn leven speelt.

Literatuur

- Arends, J. and L. Flöthe (2015). *Wie doet vrijwilligerswerk?* Den Haag/Heerlen, CBS.
- Asselt-Goverts van, I. (2016). *Social networks of people with mild intellectual disabilities: characteristics and interventions*. Tilburg, Tilburg University.
- Beltman, H. (2001). *Een schets van de Nederlandse verstandelijk gehandicaptenzorg 1945-2000*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Boer de, A. H., et al. (2013). "Mantelzorg op waarde geschat." *Tijdschrift voor Sociale Gezondheid* 91(3): 151-154.
- Boss, E. M., et al. (2011). *Tendrapport Vrijwillige inzet 2.0*. Utrecht, Movisie.
- Bredewold, F. (2014). *Lof der oppervlakkigheid. Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners*. Amsterdam, Van Gennep.
- Brettschneider, E. and J. P. Wilken (2007). *Hoezo, een netwerk? Onderzoek naar de aandacht voor sociale netwerken in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Amsterdam, SWP.
- Egberts, C. (2007). *Ouders op hún plek. Samenwerken in de driehoek client, ouders en begeleider*. Utrecht, Uitgeverij Agiel.
- Gennep van, A. (2000). *Emancipatie van de zwaksten in de samenleving. Over paradigma's van verstandelijke handicap*. Amsterdam, Boom.
- Haan de, I. and J. W. Duyvendak (2002). *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002*. Zutphen, Walburg Pers.
- Hogerbrugge, M. (2016). "Continuïteit in familiebanden." *Demos* 32(1): 1-3.
- Kruijswijk, W., et al. (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Kwekkeboom, M. H. (1990). *Het licht onder de korenmaat. Informele zorgverlening in Nederland*. 's-Gravenhage, VUGA Uitgeverij BV.
- Kwekkeboom, M. H. (2010). *De verantwoordelijkheid van de mensen zelf*. Amsterdam, HVA Publicaties.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag, SdU.
- Linders, L., et al. (2016). *Tussen regels en vertrouwen. Veranderende sociale rollen in de verzorgingsstaat*. Amsterdam, Van Gennep.
- Linders, L., et al. (2013). 'Van mantelzorg heb je nooit respijt'. *De respijtbehoeftes en overige ondersteuningsbehoeften van mantelzorgers in Eindhoven*. Eindhoven, Fontys.
- Mans, I. (1998). *Zin der zotheid. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*. Amsterdam, Bert Bakker.
- Mezzo (2012). *De Informele zorg in cijfers*. Bunnik, MEZZO.
- Moonen, X. (2015). *Is inclusie van mensen met een verstandelijke beperking vanzelfsprekend?* Heerlen, Zuyd Hogeschool.
- Potting, M. (2001). *Van je familie... Zorg, familie en sekse in de mantelzorg*. Amsterdam, Aksant.
- Potting, M. (2009). "Changing Social Responsibilities: the Role of Advocacy Organisations in the Construction of the Social Support Act in the Netherlands." *European Journal of Social Work* 12(2): 169-183.
- Potting, M., et al. (2010). "Legitimizing social work: The practice of reflective professionals." *Journal of Social Intervention* 19(3): 6-20.
- Roelofs, E. and M. Verhoeven-Denissen (2009). *Duurzaam zorgen. Een onderzoek naar ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke of psychische beperking in Zuidwest-Nederland*. Breda, Avans Hogeschool.
- Tonkens, E. (2014). "Herover de participatiesamenleving." *S&D* 71(1): 85-95.
- Wittenberg, Y., et al. (2012). *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zuyd Onderzoek

Postbus 550
6400 AN Heerlen
www.zuyd.nl
info@zuyd.nl

Colofon

Tekst Dr. Marianne Potting
Uitgave Lectoraat Informele Zorg
Eindredactie Monique Mathissen
Omslagillustratie Kunstwerk van Karin Voorselen
Vormgeving Lücker Design, Sittard
Druk Schrijen-Lippertz, Voerendaal

2016 © Het kopiëren, distribueren, vertonen en uitvoeren van het werk en afgeleide werken is toegestaan op voorwaarde van het vermelden van de oorspronkelijke auteur.

Lectoraat
Sociale
Integratie,
CESRT

ZU
YD



Platform
Mantelzorg
Limburg

jij telt

daelzicht

provincie limburg
gesubsidieerd door de Provincie Limburg

