



**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences

Marketing



**Marktonderzoek en
Strategisch Marketingplan
Stichting Vrijwilligers
Terminale Zorg Drenthe
(VTZD)**

share your talent. move the world.

Marketing

Marktonderzoek en Strategisch Marketingplan Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe (VTZD)

December 2017

Marketing

Marktonderzoek en Strategisch Marketingplan Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe (VTZD)

Auteurs:

Dr. Johan de Jong

Dr. Marike Schokker

Dr. Karel Jan Alsem

Voorwoord

Dit onderzoeks- en adviesrapport is geschreven in opdracht van de Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe (VTZD). De VTZD wilde weten hoe zij de vraag naar hulp bij terminale zorg in de thuissituatie kan versterken en ook hoe er meer vrijwilligers kunnen worden aangetrokken. Vanaf februari 2017 is een marktonderzoek uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de verwachtingen en behoeften die er zijn bij de diverse stakeholders (cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers en verwijzers) omtrent terminale zorg. In drie sessies in mei en juni 2017 zijn de resultaten van dit onderzoek besproken en is in interactieve vorm gekomen tot strategische keuzes. Deze vormen de basis voor operationele plannen.

De onderzoekers willen een woord van dank uitspreken aan allereerst de VTZD en met name Grietje Bruins, voor het verlenen van de opdracht. Tevens danken wij de respondenten die bereid waren hun meningen met ons te delen. Ook danken wij de studenten Commerciële Economie (Hanzehogeschool Groningen) voor het uitwerken van de interviews.

December 2017,

Johan de Jong
MARIKE Schokker
Karel Jan Alsem

Samenvatting

De Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe (VTZD) wil graag weten hoe zij de vraag naar hulp bij terminale zorg in de thuissituatie kan versterken en ook hoe er meer vrijwilligers kunnen worden aangetrokken. Het door Marklinq uitgevoerde onderzoek onder stakeholders, aangevuld met drie sessies met vertegenwoordigers van VTZD laat zien dat de VTZD over verschillende sterktes beschikt. Zo zijn de vrijwilligers bekwaam en goed opgeleid. Er is sprake van een snelle dienstverlening die bovendien kosteloos is voor de patiënt en de mantelzorger. De vrijwilligers geven alle tijd en aandacht aan de patiënt waarmee zij de mantelzorger vervangen en ontlasten. Door deze sterktes naar voren te brengen kan de VTZD profiteren van de groeiende markt. De geringe bekendheid bij patiënten, mantelzorgers en verwijzers kan als de grootste zwakte van de VTZD worden gezien. De VTZD heeft als ambitie voor over drie jaar dat zij bekend zijn bij met name de verwijzers. De verwijzers weten dan dat de VTZD met haar dienstverlening een verlengstuk is van de mantelzorger en zien de VTZD als logische aanvulling op de thuiszorg.

De dienstverlening van de VTZD bestaat uit het ondersteunen en (gedeeltelijk) vervangen van mantelzorgers die overbelast (dreigen te) raken door er te zijn voor zowel de mantelzorger en de patiënt en door bepaalde zorg uit handen te nemen. In de toekomst wil de VTZD nog beter aansluiten op de wensen en behoeftes van patiënten en mantelzorgers. Zo wil de VTZD vaker en structureler nachtzorg kunnen aanbieden, met wel als maximum twee nachten per week. Ook wil de VTZD intensiever zorg kunnen inzetten (met een maximum van zes dagdelen) bij alleenstaande patiënten zonder mantelzorgers.

Bij de VTZD en haar dienstverlening zouden de volgende kernwaarden sterk naar voren moeten komen: liefdevol, 'er zijn', zorgvuldig en toegankelijk. De waardediscipline waarop de VTZD momenteel goed op scoort is *customer intimacy*, wat wil zeggen dat de VTZD veel aandacht heeft voor de individuele klant en maatwerk levert. De VTZD wil hier in de toekomst nog verder in uitblinken. De kernwaarden zijn samen met de waardediscipline verwerkt in het positioneringsstatement. Hierin wordt beschreven hoe de VTZD met haar dienstverlening een verlengstuk vormt van de mantelzorg en hoe zij zich onderscheidt van professionele zorginstellingen met haar focus op de sociale leefomgeving van de patiënt.

De boodschap die de VTZD heeft voor de verschillende doelgroepen (patiënten/mantelzorgers, vrijwilligers, verwijzers, overige organisaties) vloeit voort uit het positioneringsstatement. Er zijn verschillende manieren om de boodschap over te brengen. De eerste stap is echter het doorvoeren van een naamswijziging. De huidige naam is te onbekend en weinig onderscheidend. Het advies is om een naam te kiezen met meer gevoel, passend bij de kernwaarden. De tweede stap is het moderniseren en inhoudelijk verbeteren van de website en als derde stap kan de nieuwe naam aan de buitenwereld worden gepresenteerd, samen met de boodschap die de VTZD tussen de oren van de verschillende doelgroepen wil krijgen. Voor de patiënten/mantelzorgers bijvoorbeeld kunnen er (mantelzorg) bijeenkomsten worden georganiseerd. Om vrijwilligers aan te trekken kan er contact worden gezocht met landelijke media en verenigingen die zich met de zin van het leven bezig houden. Bij verwijzers is persoonlijk contact zeer van belang en is het raadzaam aan te haken bij PatZ-groepen. Ook is het van belang om (persoonlijk) contact te zoeken met organisaties als Zorgbelang Drenthe en mantelzorgsteunpunten.

Inhoudsopgave

1 Aanleiding	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Doelstelling	12
1.3 Vraagstelling	13
2 Beleidskader palliatieve zorg	15
2.1 Achtergrond schets palliatieve terminale zorg	15
2.2 Nationaal beleid palliatieve terminale zorg algemeen	17
2.3 Nationaal beleid inzet vrijwilligers	22
2.4 Structuur palliatieve terminale zorg Drenthe	25
3 Methode	27
3.1 Procedure	27
3.2 Steekproef	27
3.3 Data-analyse	28
4 De VTZD	31
4.1 Oprichting en werkwijze	31
4.2 Intake en afstemming vrijwilligers	32
4.3 Indeling regio's en coördinatoren	34
4.4 Belangrijke aandachtspunten	34
4.5 Coördinatoren VTZD resultaten	35
5 Mantelzorgers – resultaten	39
5.1 Voortraject en intake	39
5.2 Waardering van de VTZD	39
5.3 Verbeterpunten en tips voor promotie	41
5.4 Contactpunt Mantelzorg Assen	42

6	Vrijwilligers – resultaten	45
6.1	Aantal vrijwilligers	45
6.2	Kenmerken vrijwilligers	45
6.3	Werving en aanmelding vrijwilligers	47
6.4	Ervaring en waardering van vrijwilligers bij de VTZD	47
7	Zorgprofessionals – resultaten	51
7.1	Huisarts	51
7.2	Transferverpleegkundigen	53
7.3	Thuiszorg	56
7.4	24 uurszorg	59
7.5	Netwerkcoach mantelzorg	61
7.6	Zorgbelang Drenthe	63
8	Aanpak 2 andere lidorganisaties van de VPTZ	67
8.1	Stichting Palliatieve Terminale Ondersteuning Vechtdal	67
8.2	Stichting Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) Oost-Groningen	71
9	Advies Strategisch Marketingplan	75
9.1	Inleiding	75
9.2	SWOT	75
9.3	Advies over de marketingstrategie	79
9.4	Tactische uitwerking: communicatieplan	83
	Literatuur	91
	Over de auteurs	93
	Markling	94
	Colofon	96



Aanleiding en vraagstelling

1

Aanleiding en vraagstelling

1.1 Inleiding

Palliatief terminale zorg wordt geboden aan mensen die in zich in de laatste fase van hun leven bevinden. Deze vorm van zorg kan gegeven worden door artsen en verpleegkundigen, maar ook door familieleden, vrienden en kennissen (mantelzorg). De rol van mantelzorg wordt steeds groter doordat in de huidige participatiesamenleving een groter beroep wordt gedaan op de mensen zelf en hun eigen netwerk. Ook het feit dat steeds meer mensen er voor kiezen om thuis te sterven of in een zo huiselijk mogelijke omgeving maakt dat de rol van mantelzorg groter wordt. Een gevolg kan echter zijn dat mantelzorgers overbelast raken. Daarnaast heeft niet iedereen de beschikking over mantelzorg. De Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe (VTZD) is een vrijwilligersorganisatie die hier op inspringt door vrijwilligers in te zetten die mensen in hun laatste fase begeleiden. Dit kan zowel in de eigen thuissituatie als in de vier hospices in Drenthe. Vanaf volgend jaar komt er een derde kanaal bij: de verzorgingshuizen. Vanaf 2017 mag de zorg door vrijwilligers ook in een instelling voor langdurige zorg geleverd worden.

Er lijken dus volop kansen te zijn voor VTZD. Desondanks loopt VTZD tegen een drietal problemen aan bij de dienstverlening in de thuissituatie. Het eerste probleem is dat VTZD merkt dat de vraag naar terminale zorg door vrijwilligers in de thuissituatie afneemt doordat mensen deze vorm van zorg steeds later lijken te vragen. De *lengte* van de zorg daalt per cliënt, en het *aantal* cliënten neemt eveneens af. Zo valt te lezen in het document 'thuisinzetten 2015' (VTZD, 2016) dat van de 49 cliënten bij

wie vrijwilligers thuis zijn ingezet in 2015, er maar liefst 22 waren bij wie de lengte van de zorg korter dan een week was. Een tweede probleem is dat VTZD de indruk heeft dat hun dienstverlening in de thuissituatie nogal onbekend is bij zowel afnemers van terminale zorg als bij verwijzers. Een derde probleem is dat VTZD een uitdaging ziet bij het werven van vrijwilligers, en dan vooral voor de nachtzorg.

Om deze redenen heeft VTZD Marklinq opdracht gegeven een onderzoeks- en adviestraject uit te voeren. Marklinq volgt de lijn van Alsem en Klein Koerkamp (2016) om tot een marketingadvies te komen, namelijk eerst het uitvoeren van gedegen onderzoek onder relevante stakeholders, vervolgens komen tot strategische marketingkeuzes over doelgroepen en positionering en daarna operationele marketingkeuzes. Deze laatste kunnen betrekking hebben op de 'vijf P's: product, prijs, plaats, promotie en personeel. Voor dit project beperken we ons tot promotie/communicatie.

Figuur 1 Aanpak onderzoeks- en adviestraject



1.2 Doelstelling

De managementvraag voor VTZD is hoe zij de vraag naar hulp bij terminale zorg in de thuissituatie kan versterken en ook hoe er meer vrijwilligers kunnen worden aangetrokken. Het doel van dit onderzoek is dan ook om meer inzicht te krijgen in de verwachtingen en behoeften die er zijn bij de stakeholders (cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers en verwijzers) omtrent terminale zorg.

1.3 Vraagstelling

Het onderzoek beperkt zich tot de thuissituatie. De hoofdvraag van dit onderzoek is:

- Hoe kijken de stakeholders in de thuissituatie aan tegen het inzetten van terminale zorg thuis en hoe zien zij de rol van VTZD daarin?

Enkele deelvragen zijn:

1. Wat is het beleid en de werkwijze rondom palliatief terminale zorg, landelijk en in Drenthe?
2. Hoe ziet de customer journey van gebruikers/mantelzorgers van terminale zorg in een thuissituatie eruit?
3. Wat weten mantelzorgers en verwijzers van VTZD en hoe waarderen zij de dienstverlening van de VTZD?
4. Wat is de werkwijze van professionele zorgorganisaties en in welke situaties besluiten zij de VTZD in te schakelen?

In het volgende hoofdstuk starten we met een beschrijving van het beleid rondom palliatieve terminale zorg en een bespreking van de literatuur. Daarna volgt in hoofdstuk 3 een beschrijving van de methodologie van het onderzoek. In hoofdstuk 4 volgt een beschrijving van de VTZD. De hoofdstukken 5, 6, 7 en 8 bevatten de resultaten per stakeholdersgroep. Hoofdstuk 9 tot slot bevat het strategisch marketingplan dat geformuleerd is naar aanleiding van de onderzoeksresultaten en de sessies die gehouden zijn met een projectgroep van de VTZD. Tevens bevat het slothoofdstuk een communicatieplan.

A photograph showing a young man with a beard, wearing a green long-sleeved shirt, sitting at the head of a hospital bed. He is looking towards an elderly patient with white hair, who is wearing a light blue hospital gown. The patient is lying in the bed, and the young man appears to be engaged in a conversation. The background shows a window with light coming through, suggesting a hospital room setting. The overall tone is calm and focused.

Beleidskader palliatieve zorg

2

Beleidskader palliatieve zorg

2.1 Achtergrondschets palliatieve terminale zorg

In de loop van de twintigste eeuw is het percentage mensen dat in een ziekenhuis of verpleeghuis sterft, gestaag toegenomen. Daarnaast was het tot ver in de vorige eeuw 'not done' expliciet te praten over de gevoelens en emoties die bij het afscheid van het leven horen, zowel bij de stervende zelf als bij zijn omgeving. Dit heeft ook te maken met de idee dat ziekte iets is om tegen te vechten wat acceptatie van naderend overlijden lastig maakt. Pas vanaf de jaren zeventig is hier verandering in gekomen. Men ging zich afvragen wat 'een goede dood' nu eigenlijk inhield. Er kwam meer aandacht voor gevoelens en emoties bij het afscheid nemen van het leven en voor de gevoelens die dit bij de stervende en diens naasten teweegbrengt. De wens van steeds meer mensen om hun laatste levensfase thuis door te brengen, sluit logisch aan op deze ontwikkeling (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002; Lijkx, 2004; ZonMw, 2015).

Thuis willen sterven houdt echter een groter beroep op mantelzorg in. Door maatschappelijke trends als toenemende individualisering, stijgend aantal echtscheidingen, daling van het aantal kinderen, toegenomen geografische mobiliteit van kinderen en toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen is de beschikbaarheid van mantelzorg lang niet altijd vanzelfsprekend. Een antwoord op deze problematiek werd gevonden door vanuit de medische sector palliatieve terminale zorg aan te bieden. Omdat het moeilijk bleek deze geïntegreerde, intensieve zorg af te stemmen op de behoeften van de ontvangers, zijn door vrijwilligers, huisartsen, verpleegkundigen en medisch

specialisten hospices opgericht waar terminale patiënten de benodigde palliatieve zorg konden verkrijgen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002; Luijkx, 2004).

Palliatieve terminale zorg is gericht op verbetering van de kwaliteit van leven voor mensen in de laatste levensfase door verschijnselen als pijn, benauwdheid en angst te behandelen. Dit gebeurt door verzorging, symptoombestrijding, waken, aandacht voor psychische en sociale problemen en voor zingeving en spiritualiteit, ondersteuning bij het afscheid nemen en hulp aan naasten bij de zorg en het rouwproces. Op de naasten immers blijft ondanks alle professionele hulp een zware en intensieve zorgtaak drukken (Luijkx, 2004; VWS, 2016).

Inmiddels is de kwaliteit van de verleende palliatieve terminale zorg sterk toegenomen. Palliatieve zorg maakt nu volwaardig deel uit van het totale zorgaanbod. Er zijn nu bijvoorbeeld multidisciplinaire teams in ziekenhuizen die ondersteund worden door in palliatieve zorg gespecialiseerde experts. Vanaf de jaren negentig zijn er netwerken palliatieve zorg opgericht waarin zorgorganisaties regionaal samenwerken om het aanbod van palliatieve zorg te verbeteren. De Stichting Fibula vormt de overkoepelende organisatie van deze netwerken met als voornaamste taken het bevorderen van multidisciplinaire, palliatieve netwerkzorg en het beïnvloeden van het overheidsbeleid betreffende palliatieve zorg (Kerngroep palliatieve zorg, 2011; Stichting Fibula, 2014; Te Nijenhuis, Van Vliet, Jansen, & Doornink, 2015).

De keuze van de terminale patiënt voor de plek waar hij zijn laatste levensfase wil doorbrengen staat tegenwoordig centraal in het overheidsbeleid. Aangezien de meeste mensen hun laatste levensfase of thuis of in zo huiselijk mogelijke omgeving willen doorbrengen wordt palliatieve terminale zorg steeds minder in ziekenhuizen en verpleeghuizen verstrekt en steeds meer bij de patiënt thuis en in hospicevoorzieningen als bijna-thuis-huizen en zelfstandige hospices (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002; Te Nijenhuis et al., 2015; VWS, 2016).

In de thuissituatie wordt de zorg in hoge mate verstrekt door mantelzorgers en vrijwilligers. Hospicevoorzieningen proberen

een huiselijke sfeer te creëren waarbij vrijwilligers een belangrijke rol spelen. De vrijwilligers zijn aangesloten bij organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg die ook de training van vrijwilligers verzorgen. De vrijwilligersorganisaties werken nauw samen met de professionele zorgverleners die betrokken zijn bij de verzorging en verpleging van de terminale patiënt (Te Nijenhuis et al., 2015).

Vrijwilligers spelen dus een belangrijke rol in de palliatieve terminale zorg. Deze rol bestaat uit:

- waken of oppassen;
- helpen bij de praktische verzorging van de terminale patiënt;
- informatieve steun aan terminale patiënten en mantelzorgers;
- emotionele steun aan terminale patiënten en mantelzorgers;
- het incidenteel overnemen van zorg en verantwoordelijkheid van mantelzorgers, waardoor dezen in staat zijn zich voor de patiënt te blijven inzetten;
- signaleren en rapporteren van veranderingen in de zorgsituatie (Luijckx, 2004).

2.2 Nationaal beleid palliatieve terminale zorg algemeen

Tegenwoordig is palliatieve terminale zorg een volwaardig onderdeel van het totale zorgaanbod waarvan patiënten zowel thuis als in reguliere zorginstellingen en verschillende typen hospices gebruik kunnen maken (VWS, 2007). Gezien de wens van driekwart van de mensen om in de bekende huiselijke omgeving te overlijden, vindt de rijksoverheid het van belang dat palliatieve zorg onderdeel uitmaakt van het gewone leven. Daarom wordt extramuraal geleverde palliatieve terminale zorg tegenwoordig gefinancierd vanuit het budget voor de thuisverpleging op basis van de Zorgverzekeringswet. Op deze manier krijgen mensen de keuze om palliatief terminale zorg thuis of in een zelfstandige hospice te krijgen (Van Rijn, 2013).

Dit neemt niet weg dat het voor mensen die weten dat ze op korte termijn gaan sterven moeilijk is om hierover te praten. Een van de doelen van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg is dan ook om deze levensfase bespreekbaar te maken re-

kening houdend met de grote diversiteit aan culturele achtergronden en persoonlijke opvattingen (ZonMw, 2015).

Het nationale beleid ten aanzien van palliatieve zorg is gebaseerd op zes uitgangspunten: kwaliteit van leven houdt ook in waardig kunnen sterven; de patiënt houdt zelf regie over zijn stervensproces; bestrijding van lichamelijke en psychische klachten; de zorg is zo dichtbij mogelijk georganiseerd; extra aandacht voor mantelzorgers via ondersteuning door vrijwilligers; en palliatieve zorg is onderdeel van de reguliere zorgverlening (Van Rijn, 2013; VWS, 2016)

In 2014 is een Nationaal Programma Palliatieve Zorg opgezet om de kwaliteit van palliatieve zorg op basis van deze uitgangspunten te verbeteren door kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering (Te Nijenhuis et al., 2015). Hiertoe zijn regionale netwerken gevormd, waarin patiëntenvertegenwoordiging, huisartsengroepen en -kringen, thuiszorgorganisaties, hospices, vrijwilligers, ziekenhuizen en de UMC-expertisecentra samenwerken. Het Nationaal programma moet ertoe leiden dat in 2020 palliatieve zorg als onderdeel van de reguliere zorg geleverd wordt door een integraal, multidisciplinair team van mantelzorgers, vrijwilligers en professionals (Van Rijn, 2013).

Om dit waar te kunnen maken richt het Nationaal Programma zich ook op bewustwording als thema. Nu weten veel mensen niet dat palliatieve zorg een alternatief is voor uitzichtloos doorbehandelen of dat deze zorg de kwaliteit van het bestaan in de laatste fase van het leven kan vergroten. Daarnaast is een belangrijk doel van het Programma de betrokkenheid van cliënten en hun naasten bij de beslissing over de aard van de benodigde zorg te vergroten. Een belangrijk aspect hierbij is de dreigende overbelasting van mantelzorgers in de fysiek en emotioneel zware laatste levensfase. Inzet van vrijwilligers die bepaalde taken overnemen of mantelzorgers gedurende enige tijd aflossen is een belangrijk middel om overbelasting bij mantelzorgers tegen te gaan. Samenwerking tussen gemeenten, het sociale domein en de palliatieve zorg moet helpen dit doel te realiseren (Van Rijn, 2013).

Staatssecretaris Van Rijn geeft in zijn Kamerbrief Palliatieve zorg, een niveau hoger (2016b) aan dat de keuzemogelijkheden voor cliënten en hun naasten voor wat betreft plaats en invulling palliatieve zorg de laatste jaren sterk verruimd zijn. Voor de invulling van palliatieve zorg is geen aparte indicatie nodig maar volstaat de inschatting van de wijkverpleegkundige. Ook kan de cliënt zorg thuis ontvangen. Bovendien zijn er vanaf 2017 twee regionale experimenten waarbij de cliënt zelf de zorgaanbieder kiest. De gekozen zorgaanbieder ontvangt voor de geleverde diensten een vergoeding volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) (Van Rijn, 2016b).

In Nederland zijn 66 netwerken palliatieve zorg waarin zorgaanbieders in een bepaalde regio samenwerken met als doel de zorg voor mensen in laatste levensfase zo goed mogelijk te organiseren. Ieder netwerk wordt begeleid door een netwerkcoördinator. Netwerken voor palliatieve zorg bestaan uit een aantal soorten organisaties: leveranciers van vrijwillige palliatieve terminale zorg in de thuissituatie, bijna-thuis-huizen, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, huisartsen, ziekenhuizen en patiëntenorganisaties. De Stichting Fibula is de belangenbehartiger van deze netwerken en treedt op als adviseur op landelijk niveau. De netwerken hebben ervoor gezorgd dat organisaties hun kennis en ervaring onderling meer delen en dat de mate van samenwerking tussen aanbieders van palliatieve terminale zorg is toegenomen (Te Nijenhuis et al., 2015; Visser, 2008).

Belangrijk is dat de netwerken zich bezighouden met de afstemming van het totale zorgaanbod op de behoeften van terminale patiënten en hun naasten (Te Nijenhuis et al., 2015; Visser, 2008). Hierbij moeten de volgende vier processen op elkaar worden afgestemd:

1. Primair proces: het daadwerkelijke zorgaanbod door professionele zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers.
2. Coördinerend proces: afstemming van werkzaamheden uit het zorg- en behandelplan met mantelzorgers, tijdige inzet van vrijwilligers en zorgverleners, registratie van uitgevoerde acties, evaluatie en bijstelling van het zorg- en behandelplan.

3. Managementproces: zorgdragen voor voorkoming van overbelasting van mantelzorgers, voldoende beschikbaarheid van vrijwilligers en zorgverleners en goede middelen om coördinatie en uitvoering te doen slagen.
4. Bestuurlijk proces: zorgdragen voor continuïteit en legitimiteit van de eerste drie processen en vooral voor de kwaliteit van het management- en coördinatieproces (Stichting Fibula, 2015).

Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn vaak de eerste beroepskrachten die contact hebben met terminale patiënten en hun mantelzorgers. Deze twee groepen werken samen in Palliatieve Thuiszorg groepen (PaTz-groepen) om patiënten te identificeren die palliatieve zorg nodig hebben en die de zorg afstemmen op de behoeften van de patiënt en zijn naasten. Op die manier wordt de juiste palliatieve zorg op de juiste plek geboden. Ook vrijwilligers zijn belangrijke aanbieders van palliatieve zorg aan zowel patiënten als mantelzorgers. Ruim 7000 vrijwilligers bieden ondersteuning thuis en in hospices via de landelijke organisatie Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg en regionale vrijwilligersorganisaties (Hasselaar, Van der Heide, & Onwuteaka-Philipsen, 2016; Visser, 2008).

Mantelzorg in de palliatief terminale levensfase is bijzonder zwaar door de confrontatie met doodgaan, medische beslissingen rond het levenseinde, afscheid nemen en de bijbehorende gevoelens van angst, onzekerheid en opluchting. Vooral de zorgtaak in deze fase is erg zwaar. Vrijwilligers kunnen een belangrijke rol vervullen bij het ontlasten van de mantelzorgers door het geven van respijtzorg. Respijtzorg is de tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven (Zorg voor Beter, 2018). Maar ondanks dat mantelzorgers zwaar belast kunnen zijn, kan deze mantelzorg achteraf voldoening geven als het goed is verlopen en de naaste waardig is gestorven.

Gemiddeld duurt de zorg in de palliatief terminale fase vijf maanden en behelst gemiddeld 33 uur per week. Dit is veel meer dan de gemiddeld 19 uur in de voorgaande fasen. Onvermogen van de stervende om te communiceren, extreme vermoeidheid,

cognitieve achteruitgang, verwarring of agressiviteit kunnen een extra belasting betekenen voor de mantelzorger.

Naast huishoudelijke hulp en psychosociale ondersteuning verlenen mantelzorgers in de palliatief terminale fase veel persoonlijke zorg zoals wassen, aankleden en hulp bij het naar het toilet gaan, en verpleegkundige taken als hulp bij medicijnname en bediening van beademingsapparatuur. Ook moeten mantelzorgers veel voor de patiënt regelen zoals medisch onderzoek, gesprekken met specialisten e.d. Verder moeten ze veel afstemmen met de vele zorgverleners die in deze fase over de vloer komen. Geen wonder dat meer dan driekwart van deze mantelzorgers zich overbelast voelt. Beroepskrachten en vrijwilligers moeten dreigende overbelasting kunnen signaleren. Dit is temeer van belang omdat slechts een kwart van de Nederlanders thuis kan sterven, terwijl driekwart deze wens heeft. Thuis sterven kan bemoeilijkt worden door de belasting van mantelzorgers die dit met zich meebrengt, maar ook door praktische redenen als te weinig ruimte in huis. De wens om thuis te sterven geldt nog sterker voor mantelzorgers van niet-Nederlandse afkomst. Zij kennen minder goed de weg in het gezondheidssysteem en de culturele druk op de familie om zorg te verlenen is groot. Daardoor is het moeilijk ondersteuning te vragen.

Effectieve ondersteuning van mantelzorgers kan ertoe leiden dat meer mensen thuis kunnen sterven. Mantelzorgers in deze fase hebben vooral behoefte aan praktische steun, bijvoorbeeld hulp bij het huishouden, het eten klaarmaken en de was doen. Daarnaast is voor hen belangrijk soms de zorg aan een ander te kunnen overdragen, de eerder genoemde respijtzorg. In de derde plaats hebben mantelzorgers behoefte aan emotionele steun. Respijtzorg bestaat hier uit vrijwillige palliatieve terminale zorg en uit professionele oppas thuis dan wel vervangende mantelzorg door de thuiszorg. Vrijwillige palliatieve terminale zorg wordt door mantelzorgers bijzonder gewaardeerd. Vrijwilligers kunnen bij de patiënt waken, lichte lichamelijke verzorging geven en emotionele steun geven. Professionele zorgverleners aarzelen echter soms om mantelzorgers naar vrijwillige ondersteuning te verwijzen omdat mantelzorgers niet nog meer vreemden in huis willen of omdat ze niet bekend

zijn met de kwaliteit van de vrijwillige zorg. Deze bezwaren blijken in de praktijk echter niet te gelden. In tegenstelling tot professionele zorgverleners hebben vrijwilligers alle tijd voor patiënt en mantelzorg, zijn betrokken en hebben oog voor de behoeften van patiënt en naasten (Van Rijn, 2016b; Visser, 2008).

2.3 Nationaal beleid inzet vrijwilligers

Zorg bestaat uit formele en informele zorg. De formele zorg wordt verstrekt door professionele zorgverleners zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen. Mantelzorg en vrijwillige palliatieve terminale zorg vormen beide onderdeel van de informele zorg, dat wil zeggen zorg verstrekt door niet-professionele zorgverleners. Mantelzorg wordt verstrekt door iemand uit de directe omgeving van de zorgontvanger met gezondheidsproblemen. Mantelzorg worden mensen meestal door dat iemand uit de directe omgeving ziek wordt en een beroep op hen doet om te helpen. De mantelzorg gaat door tot deze niet meer nodig is. Vrijwilligerswerk in de zorg betreft activiteiten voor mensen met zorgproblemen met wie de vrijwilliger – in het begin – geen persoonlijke relatie heeft. Mensen worden vrijwilliger uit vrije keuze en kunnen hier dus ook mee ophouden uit vrije keuze (De Boer & De Klerk, 2013). Vrijwilligers in de zorg werken altijd vanuit een organisatie, hetzij een vrijwilligers-, hetzij een zorgorganisatie (Scholten, 2016).

Formele en informele zorg vullen elkaar aan in het zorgverleningsproces. De landelijke overheid ontwikkelt beleid om beide vormen van zorg beter op elkaar te laten inspelen. Zo is in 2015 het programma Vrijwilligers Dichtbij gestart dat deskundigheidsbevordering en begeleiding van vrijwilligers als doel heeft. Daarnaast is de laatste jaren meer duidelijkheid verstrekt over de afgrenzing van taken voor vrijwilligers. Volgens de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) mogen vrijwilligers geen aan professionele zorgverleners voorbehouden taken uitvoeren tenzij dit in opdracht en onder toezicht gebeurt van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar en de vrijwilliger voldoende bekwaam is (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002; Scholten, 2016; Van Rijn, 2016a). De

aanbieder van zorg bepaalt welke kennis en vaardigheden vrijwilligers nodig hebben om goede maatschappelijke ondersteuning te kunnen geven. Als gemeenten daaraan eisen stellen, moet daaraan voldaan worden. Volgens het Besluit langdurige zorg moeten werkzaamheden van vrijwilligers aan de orde komen in het overleg met de patiënt (Scholten, 2016).

Naast functionele grenzen moeten vrijwilligers ook rekening houden met persoonlijke en relationele grenzen. Persoonlijke grenzen zijn afhankelijk van beschikbare tijd, belastbaarheid, vaardigheden en betrokkenheid. Grote betrokkenheid bijvoorbeeld kan ervoor zorgen dat vrijwilligers moeilijk nee kunnen zeggen tegen werkzaamheden die niet van tevoren zijn afgesproken of dat zij zich teveel bemoeien met zaken die voorbehouden zijn aan de professionele zorgverlener. Vaststelling van de persoonlijke grenzen is noodzakelijk om de ondersteuning te kunnen volhouden. Relationele grenzen betreffen het karakter van de samenwerking tussen de betrokkenen. Het samenwerkingspectrum loopt uiteen van de bereidheid samen de handen uit de mouwen te steken tot wantrouwen en onderlinge tegenwerking. Bespreking van de onderlinge samenwerking is dus nodig en moet leiden tot relationele verbintenissen om succesvolle samenwerking zonder overschrijding van belastbaarheids grenzen mogelijk te maken. Gemeenten kunnen hierbij aanbieders van maatschappelijke ondersteuning verplichten een klachtenregeling met betrekking tot het door vrijwilligers uitgevoerde werk op te stellen (Scholten, 2016).

De wens van de meeste mensen om het laatste deel van hun hun leven thuis of in ieder geval zo huiselijk mogelijk door te brengen maakt informele zorg, vooral mantelzorg, onmisbaar. Vrijwilligers verlenen vervangende mantelzorg en ontlasten daardoor ook de familie van de patiënt. Daartoe werken organisaties voor vrijwillige palliatieve terminale zorg nauw samen met huisartsen, de reguliere thuiszorg en andere betrokken zorgverleners (VWS, 2007). Mantelzorgers doen vaak echter pas vrij laat in de laatste levensfase een beroep op ondersteuning door vrijwilligers omdat zij er moeite mee hebben een deel van de zorg uit te geven. Dit geldt vooral voor partners.

Veel mantelzorgers vinden het ook onprettig om dan weer met nieuwe vreemden geconfronteerd te worden (Luijkx, 2004).

Overigens zijn veel mantelzorgers niet op de hoogte van de mogelijkheid om ondersteuning van vrijwilligers te krijgen. Dat is een van de redenen dat mantelzorgers geen beroep doen op vrijwillige ondersteuning. De meerderheid van de naasten die dat wel doen, horen van anderen, meestal huisarts of wijkverpleegkundige, dat deze mogelijkheid bestaat. Mantelzorgers zijn zeer tevreden over de inzet van vrijwilligers. Wanneer zij weer met een terminale naaste geconfronteerd zouden worden, zouden zij allemaal opnieuw een beroep op vrijwillige ondersteuning doen. Vrijwilligerswerk is hier dus dankbaar werk (Luijkx, 2004).

Vijf aspecten van de inzet van vrijwilligers spelen een belangrijke rol bij de ontlasting en ondersteuning van de mantelzorgers. In de eerste plaats kunnen mantelzorgers hierdoor even afstand nemen. Daarnaast stelt 's nachts waken door vrijwilligers mantelzorgers in staat rustig te slapen en daardoor nieuwe krachten op te doen. Ten derde kunnen vrijwilligers mantelzorgers direct door praktische werkzaamheden ondersteunen. In de vierde plaats kunnen vrijwilligers diepgaande gesprekken met patiënt en mantelzorgers voeren over de zaken die hen bezighouden. Ten slotte lijken vrijwilligers het proces van rouwverwerking om het verlies van een naaste te vergemakkelijken door het sterven bespreekbaar te maken. Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers de inzet van vrijwilligers op deze vijf aspecten hogelijk waarderen.

Vrijwilligers bezoeken de terminale patiënt een tot vijf keer per week, meestal 's middags en 's nachts. Deze bezoeken duren vaak minimaal twee uur. Meestal vinden de bezoeken plaats door verschillende vrijwilligers maar de grote meerderheid van de mantelzorgers vindt dat geen probleem. Sterker nog, vaak waardeert men dat juist positief. Eventuele aanvankelijke bezwaren tegen vrijwilligers als nieuwe vreemden blijken dan geen probleem meer te zijn (Luijkx, 2004).

Vrijwillige thuiszorg is echter niet gratis. De kosten van coördinatie, opleiding en inzet van vrijwilligers kunnen door de in-

stellingen voor vrijwillige terminale thuiszorg niet zelf worden opgebracht. In een evaluatieonderzoek van palliatieve terminale zorg (Te Nijenhuis et al., 2015) geven bijna alle instellingen aan zonder subsidie voor dit soort kosten niet hetzelfde niveau van ondersteuning door vrijwilligers te kunnen bieden. De rijksoverheid subsidieert daarom de coördinatiekosten voor vrijwilligerszorg bij de patiënt thuis, in een bijna/thuis/huis en in een zogenaamde high care hospice (Te Nijenhuis et al., 2015; VWS, 2007).

Vrijwilligerswerk in de zorg gaat met risico's gepaard. De Vereniging Nederlandse Gemeenten heeft verzekeringspakketten waarbij deze risico's zijn afgedekt (Van Rijn, 2016a)

Momenteel zijn er ruim 10.000 vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg actief. De vraag naar vrijwilligers gaat in de toekomst toenemen doordat het aantal sterfgevallen van 82.000 in 2015 tot naar verwachting 100.000 in 2020 stijgt. Er zouden dan dat jaar 15.000 vrijwilligers nodig zijn om 15.000 patiënten in de terminale fase te ondersteunen (Te Nijenhuis et al., 2015).

2.4 Structuur palliatieve terminale zorg Drenthe

In Drenthe zijn vier regionale netwerken palliatieve terminale zorg actief, namelijk Hoogeveen, Meppel-Steenwijkerland, Noord-Midden Drenthe en Zuidoost-Drenthe (Stichting Fibula, 2017). De coördinatoren van de VTZD maken eveneens deel uit van deze regionale netwerken palliatieve terminale zorg. De vier netwerken zijn aangesloten bij Consortium Ligare, een samenwerkingsverband van 18 netwerken palliatieve zorg in Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel. Hierin wordt samengewerkt aan het Nationaal programma Palliatieve Zorg 2014-2020. Daarnaast zijn in Drenthe een aantal huisartsen als kaderarts palliatieve zorg actief (Stichting Fibula, 2017). Verder maakt de algemeen manager van de VTZD deel uit van de stuurgroep palliatief netwerk Drenthe.



Methode

3

Methode

3.1 Procedure

Voor dit onderzoek zijn verschillende partijen en stakeholders gevraagd om deel te nemen aan een interview. Er is kort uitgelegd wat het doel van het onderzoek is en welke onderwerpen aan bod zullen komen. Met de personen die aangaven mee te willen werken werd een afspraak ingepland om het interview af te nemen.

De interviews hadden een semi-gestructureerd karakter. Voor elke partij en elke stakeholdersgroep is een lijst met onderwerpen en bijbehorende vragen opgesteld. Het uitgangspunt was om al deze onderwerpen en vragen aan bod te laten komen. De volgorde kon echter aangepast worden, afhankelijk van de wijze waarop het interview verliep.

De interviews zijn afgenomen door de onderzoekers en er zijn uitgebreide notulen gemaakt van elk interview. Daarnaast zijn er geluidsopnames gemaakt.

3.2 Steekproef

De onderzoeksgroep bestaat uit 32 respondenten: 3 coördinatoren van de 3 regio's van de VTZD, 3 ex-mantelzorgers en 1 partner, 6 vrijwilligers (hier is een focusgroepinterview mee gehouden), 2 wijkverpleegkundigen van thuiszorgorganisaties (Buurtzorg en Icare), 1 wijkverpleegkundige en tevens zorgcoördinator van Beter-Thuis-Wonen, 1 verpleegkundig coördinator van een organisatie die 24 uurszorg levert, 1 kaderhuisarts, 4 transferverpleegkundigen van de ziekenhuizen in Assen, Emmen en Hoogeveen, 1 netwerkcoach mantelzorg, 4 bestuurs-

leden van het Contactpunt Mantelzorg Assen (CPM), de bestuurder-directeur van Zorgbelang Drenthe, de netwerkcoördinator palliatieve zorg Drenthe en 3 coördinatoren van twee andere lidorganisaties van de VPTZ. De namen van de huisarts, de mantelzorgers, de vrijwilligers en de netwerkcoördinator palliatieve zorg Drenthe zijn verkregen via de coördinatoren van de VTZD.

De getrokken steekproef is selectief. Er is geprobeerd een goede vertegenwoordiging te krijgen van alle partijen en stakeholders met betrekking tot de dienstverlening van de VTZD, maar de aantallen per groep zijn klein. De interviews binnen elke groep, maar ook tussen de groepen laten echter wel een consistent beeld zien.

3.3 Data-analyse

Allereerst is per respondent per thema de verkregen informatie uitgewerkt. Vervolgens werden de gegevens van alle respondenten met elkaar vergeleken voor de thema's en is geanalyseerd welke antwoordpatronen zichtbaar waren. Dit is gedaan door middel van het toevoegen van codewoorden, wat toegepast is op de interviews van alle betrokkenen. De onderzoeksresultaten worden in de volgende hoofdstukken per partij dan wel stakeholdersgroep beschreven. Allereerst zal de VTZD als organisatie worden beschreven en wat de werkwijze van deze organisatie is.



De VITZID

4

De VTZD

4.1 Oprichting en werkwijze

In het begin van de jaren negentig werd er al door verschillende lokale stichtingen vrijwilligerszorg in de thuissituatie verleend. In 2002 hebben deze stichtingen zich aaneengesloten in de VTZD (interviews coördinatoren). De **Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe** is een particuliere stichting waarbinnen zo'n 350 vrijwilligers, begeleid door negen beroepskrachten, werkzaam zijn. Het werkgebied van de Stichting is de provincie Drenthe. In Drenthe is de VTZD zowel werkzaam in de thuissituatie als, sinds 2006, in de vier Drentse hospices (VTZD, 2007). De vrijwilligers uit de beginperiode hebben echter specifiek voor werk in de thuissituatie gekozen en zijn dat blijven doen. Cliënten komen uit alle lagen van de samenleving, alleen mensen uit etnische minderheden zijn ondervertegenwoordigd. Een enkele keer verblijven patiënten van Molukse afkomst in het hospice. Kennelijk lossen etnische minderheden de problemen in de terminale fase vooral in de eigen groep op (interviews coördinatoren).

De VTZD ontvangt subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het gemiddelde aantal cliënten van de afgelopen 3 jaar. De subsidie wordt dus achteraf toegekend en deze vertraging kan ervoor zorgen dat de VTZD voor een komend jaar niet het bedrag krijgt dat zij op dat moment nodig heeft.

De Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe (VTZD) heeft als missie om daar waar nodig aan ieder mens in de laatste levensfase en aan zijn of haar partner of mantelzorger tijd, aandacht en ondersteuning bieden door de inzet van vrijwilligers. Hiermee wil de VTZD bevorderen dat de kwaliteit van leven voor de betrokkenen in deze palliatief terminale fase

optimaal is. Dit komt tot uitdrukking in de visie van de visie van de VTZD, "Er Zijn in Betrokkenheid en Bescheidenheid" (VTZD, z.d.). Betrokkenheid en bescheidenheid houden in dat de ondersteuning aansluit bij de leefsituatie en wensen van de betrokken mantelzorgers en patiënten (VTZD, 2007).

Dit doet de VTZD door de mantelzorgers van de terminale patiënt te ondersteunen, aan te vullen of zelfs te vervangen. Er kan zowel overdag als 's nachts hulp gegeven worden. Er is dan ook een 24/7 bereikbaarheidsdienst (VTZD, 2007). Er zijn echter te weinig vrijwilligers om te kunnen voldoen aan alle nachtaanvragen. Hierbij is de spanning tussen vrijwillige en betaalde nachtzorg een knelpunt. Deze vormen van zorg zijn vrijwel gelijk aan elkaar en door hun ervaringen hebben vrijwilligers soms het gevoel louter als opvulling voor het rooster van thuiszorgorganisaties te dienen. Dit werkt niet motiverend (interviews coördinatoren). Vrijwilligers kunnen de patiënt sociaal-emotionele ondersteuning in de vorm van er zijn, ontspannende activiteiten, begeleiding bij bezoek aan zorgverleners, rust bieden en 's nachts waken. Ook kunnen vrijwilligers helpen bij eten en drinken en in beperkte mate bij lichamelijke verzorging. De dienstverlening is aanvullend op die van de zorgprofessionals: vrijwilligers nemen geen taken van hen over. Vrijwilligers ondersteunen de mantelzorgers door hen te vervangen bij waak- en oppasdiensten en door praktische ondersteuning in de vorm van kleine hand- en spandiensten. Ten slotte rapporteren vrijwilligers aan de betrokkenen bij de zorg voor de patiënt over eventuele veranderingen in de situatie van patiënt en mantelzorg. Wanneer terminale patiënten 24-uurszorg krijgen, is ondersteuning van de mantelzorgers door de VTZD niet nodig (VTZD, 2007).

4.2 Intake en afstemming vrijwilligers

Het proces van dienstverlening vindt gestructureerd plaats. Na aanmelding en goedkeuring van de hulpvraag houdt de coördinator een intakegesprek aan de hand van een formulier met standaardvragen bij de hulpvrager thuis om een goede indruk te krijgen van de aard van de hulpvraag, het ziektebeeld

van de patiënt en van de thuissituatie. Dit is belangrijk omdat door de grote diversiteit hierin niet zomaar elke vrijwilliger in elke thuissituatie kan worden geplaatst. Ook wordt bekeken welke taken door de vrijwilliger uitgevoerd moeten worden en hoeveel vrijwilligers nodig zijn. Op basis daarvan selecteert de coördinator de in te zetten vrijwilliger(s) met als matchingscriteria o.a. de zwaarte van de zorg, de eventuele noodzakelijkheid van technische handelingen en de ingewikkeldheid van de situatie. Verder houdt zij rekening met de beschikbaarheid van vrijwilligers. Bij aanmelding geven vrijwilligers namelijk aan wanneer ze níet inzetbaar zijn. De hoofdtaak van de vrijwilliger is om de mantelzorger ondersteuning te verlenen.

De coördinator informeert de hulpvrager welke vrijwilligers welke dagdelen langs zullen komen. Het streven hierbij is per dagdeel steeds dezelfde vrijwilliger te laten komen. De coördinatoren geven hierbij aan dat hulpvragers positief verrast zijn over de snelheid en de flexibiliteit waarmee de VTZD op de hulpvraag reageert. Ook wordt de duidelijkheid van het hulpaanbod (wat kan wel en wat kan niet) gewaardeerd. De coördinator is ook het vaste aanspreekpunt met betrekking tot de inzet van vrijwilligers voor alle instanties die bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn (VTZD, 2007); interviews coördinatoren).

Tijdens de hulpinzet vraagt de coördinator regelmatig aan de hulpvrager of de hulp adequaat is en naar wens verloopt. De coördinator bespreekt het verloop van de hulp ook regelmatig met de vrijwilligers. Hierbij gaat het o.a. om de klik met de hulpvrager en de benodigde ondersteuning. Bij onvoldoende klik met de vrijwilliger wordt een andere vrijwilliger gezocht. Ook organiseert de coördinator bijeenkomsten voor zowel de hele regionale groep vrijwilligers als voor de bij een bepaalde hulpvraag betrokken vrijwilligers om de hulpinzetten onderling te bespreken. Normaliter eindigt de hulp bij overlijden van de patiënt (VTZD, 2007).

De VTZD biedt geen nazorg aan. Wel wordt het contact formeel afgesloten en krijgen mantelzorgers daarbij de gelegenheid hun positieve en negatieve ervaringen met de hulp te uiten.

Volgens de coördinatoren hebben de mantelzorgers voor de vrijwilligers omdat zij goed voorbereid zijn, tijd en aandacht hebben en er daardoor duidelijk zijn voor patiënt én mantelzorgers (interviews coördinatoren; VTZD, 2007).

4.3 Indeling regio's en coördinatoren

De VTZD is verdeeld in drie regio's met elk twee à drie coördinatoren. In 1 regio zijn 2 hospices. De coördinatoren nemen de organisatie van de dienstverlening voor hun rekening. Alle coördinatoren zijn verantwoordelijk voor het goede verloop van de vrijwilligerszorg in zowel de hospices als de thuissituatie. Eén van de coördinatoren gaf aan dat ze – mogelijk door de dagelijkse hectiek van het werk – weinig gelegenheid tot reflectie op hun werk hebben en onderling weinig overleg hebben over de inzet in de thuissituatie. Dit laatste leidt ertoe dat mogelijkheden om van elkaars vrijwilligers te profiteren onbenut blijven. Dezelfde coördinator vermeldde ook dat de organisatie van de zorg in de hospices zoveel tijd opslokt dat de aandacht voor de zorg in de thuissituatie – als er geen hulpvragen zijn – er soms bij inschiet. Zij opperde als oplossing een bepaalde hoeveelheid tijd per week, bijvoorbeeld een dag, expliciet voor de thuisinzet te reserveren (interviews coördinatoren). Maar je zou ook een persoon daarvoor exclusief kunnen inzetten (interview Schoonheim).

4.4 Belangrijke aandachtspunten

In haar beleidsplan 2016-2019 heeft de VTZD een analyse van haar werkveld gemaakt. De vrijwilligers vormen de belangrijkste sterkte van de VTZD vanwege hun motivatie, deskundigheid en betrokkenheid. Daarnaast zijn vrijwilligers breed inzetbaar en direct beschikbaar. De vrijwilligers worden effectief ondersteund door de regionale coördinatoren door middel van (bij)scholing, coaching en ondersteuning. Het grote manco van de VTZD is echter haar onzichtbaarheid en daarmee onbekendheid bij de doelgroep, de mantelzorgers van patiënten in de terminale fase. De VTZD is onbekend bij in ieder geval een mantelzorgsteunpunt als Contactpunt Mantelzorg Assen

(CPM). Mantelzorgers komen daardoor vrijwel nooit vanuit hun eigen initiatief bij de VTZD maar vrijwel uitsluitend na doorverwijzing door professionele zorg. Bij die professionele zorg echter bestaat onduidelijkheid over de inzet van vrijwilligers waardoor het aantal doorverwijzingen vanuit de professionele zorg gering is. Resultaat is dat er veel minder vraag is dan verwacht naar de diensten van de VTZD op basis van de vergrijzing en het stimuleren van de inzet van vrijwilligers door de nationale overheid. De relatief geringe vraag zou overigens deels verklaard kunnen worden door de concurrentie van de leveranciers van 24-uurszorg (VTZD, z.d.).

De problemen van onbekendheid en concurrentie komen ook in de gehouden interviews terug.

4.5 Coördinatoren VTZD – resultaten

Wat betreft concurrentie geven de coördinatoren aan dat de VTZD concurrentie ondervindt van thuiszorgorganisaties als Allercare die 24-uurszorg voor terminale patiënten aanbiedt. Deze organisaties huren ZZP'ers in voor betaalde nachtdiensten. Overigens moeten thuiszorgorganisaties eerst informeren of er 's nachts vrijwilligers beschikbaar zijn (voor ondersteuning van de mantelzorg?) alvorens zelf mensen te mogen inzetten. Dit is conform landelijk beleid voor palliatieve terminale zorg waarin steeds meer aandacht komt voor vrijwilligersinzet. Er zijn echter weinig nachtvrijwilligers. Als een thuiszorgorganisatie een paar keer nul op het rekest heeft gekregen bij het aanvragen van nachtvrijwilligers, komt deze vaak niet terug.

Coördinator 1 signaleert overigens dat de vraag naar hospicezorg toeneemt omdat het aanbod van thuiszorgorganisaties krappert als gevolg van de bezuinigingen in de thuiszorg. Die toename treedt vreemd genoeg niet op in de thuissituatie. Dit zou kunnen liggen aan het verschil in bekendheid. Hospices raken steeds meer ingeburgerd en het gebouw zorgt voor zichtbare aanwezigheid. Het is haar echter niet duidelijk waarom de bekendheid van de vrijwillige terminale thuiszorg zo klein is (interviews coördinatoren).

Doorverwijzing naar de VTZD gebeurt vooral door thuiszorgorganisaties die signaleren wanneer vrijwilligersinzet nodig kan zijn. Dit gebeurt echter vaak pas laat in de terminale fase. Er zijn grote verschillen tussen de afzonderlijke thuiszorgorganisaties voor wat betreft de mate van doorverwijzen. Icare en Buurtzorg zijn hierin veel actiever dan de andere organisaties. De VTZD gaat vaak naar de thuiszorgorganisaties toe om de bekendheid te vergroten. Huisartsen verwijzen zelden door mogelijk omdat ze de VTZD niet kennen of omdat ze denken dat vrijwilligers niet professioneel genoeg zijn. Huisartsen die het werk van de VTZD kennen, zijn daarover overigens heel lovend. De VTZD probeert de bekendheid bij huisartsen te vergroten door folders in de praktijken neer te leggen en door lezingen te geven. Verder verwijzen transferverpleegkundigen van ziekenhuizen wel door naar hospices maar nauwelijks naar vrijwilligerswerk in de thuissituatie (interviews coördinatoren).

De netwerkcoördinator palliatieve zorg Drenthe deed een aantal aanbevelingen om de bekendheid van de VTZD te vergroten. Allereerst is van belang structureel contact te hebben met professionele zorgverleners over het aanbod van de VTZD. Dit zou o.a. vorm kunnen krijgen door deelname aan lokale Palliatieve Thuiszorg (PaTZ-)groepen waarbij huisartsen en thuiszorgorganisaties zijn aangesloten. Hiervan zijn er in Drenthe vier. Deze groepen hebben eens per twee maanden overleg. Hier zou VTZD haar aanbod kunnen toelichten. Daarnaast zou de VTZD contact kunnen opnemen met Zorgbelang Drenthe. Deze organisatie heeft klantenpanels bestaande uit Drentse burgers en patiënten. Ten slotte beveelt zij aan de aanwezigheid online te versterken door de website te moderniseren, hier specifiek ingaan op de positie van mantelzorgers en aangeven wat de VTZD hierin kan betekenen, en gebruik te gaan maken van sociale media. De coördinatoren merken over dit onderwerp op dat sommige aanvragers zich inderdaad op internet oriënteren. Aanwezigheid op sociale media vinden zij lastig in verband met de beladenheid van het onderwerp. Wel wist een van de coördinatoren dat sommige hospices in andere delen van het land gebruik maken van Facebook.



Mantelzorgers - resultaten

5

Mantelzorgers – resultaten

5.1 Voortraject en intake

Mantelzorgers ervaren dat professionele zorgorganisaties en gemeenten onvoldoende denken aan de VTZD als middel om de last voor mantelzorgers te verlichten. De gemeente kan zelf ook ondersteuning via vrijwilligers geven, maar de ervaring van mantelzorger 2 is dat de gemeente niet bepaald adequaat op dergelijke hulpvragen reageert. Dat is ook de reden waarom zij uiteindelijk bij de VTZD is uitgekomen.

Alle mantelzorgers waren zeer tevreden over de snelheid waarmee de VTZD op hun hulpvraag reageerde. Eén mantelzorger gaf aan dat bij het eerste contact nog geen vrijwilliger beschikbaar was. Toen ze in een later stadium zelf terugbelde, kon ze voor drie dagdelen per week ondersteuning krijgen. Ook het intakegesprek werd door iedereen erg positief gewaardeerd. Men had het idee meer dan voldoende informatie te krijgen. Het overleg over de invulling van de hulp was goed. Het intakegesprek gaf de mantelzorgers vertrouwen in de organisatie. De mantelzorgers weten niet hoe de match tussen hen en de vrijwilligers plaatsvindt. Er is ook niet voorafgaand een kennismakingsgesprek met vrijwilligers.

5.2 Waardering van de VTZD

Mantelzorger 2 kreeg eerst een dagdeel en later twee dagdelen ondersteuning van de VTZD. Dit betrof vaste personen gedurende een periode van zeven maanden. Ze vond zelf dat ze wel erg lang gebruik moest maken van de dienstverlening maar ze

heeft nooit de indruk gekregen dat de VTZD of de betrokken vrijwilligers dit een bezwaar vonden.

Geen van de mantelzorgers vond het bezwaarlijk dat er meerdere vrijwilligers bij de inzet betrokken waren. Alle vrijwilligers waren namelijk goed en ervaren. Mantelzorgers vroegen zich in het begin vaak af of je de vrijwilliger zomaar alleen kon laten met de patiënt maar die bezorgdheid verdween altijd snel. Ze vonden de VTZD flexibel en adequaat reageren als er vrijwilligers uitvielen door bijvoorbeeld ziekte of vakantie. Dan werd er meteen een andere vrijwilliger ingezet. Van tevoren werd via e-mail gemeld wie er zou komen. Ook heel prettig was dat de coördinator regelmatig contact opnam om te vragen hoe de inzet van de vrijwilligers verliep.

Alle mantelzorgers waren buitengewoon tevreden over het werk van de vrijwilligers. Mantelzorger 3 gaf aan het überhaupt al bijzonder te vinden dat mensen dit werk vrijwillig doen. De vrijwilligers waren ook flexibel, ze stonden niet op tijd. Dus het was niet meteen een probleem las je wat later dan afgesproken terugkwam. De vrijwilligers waren heel lief en goed in de omgang met mensen. Ze waren ook heel zorgvuldig met technische handelingen als het aangeven van medicijnen. Ze bleken heel goed ingewerkt. Mantelzorger 1 gaf aan dat de patiënt, haar moeder, ook gemakkelijker tegenover vrijwilligers dan de eigen kinderen kon uiten wat haar werkelijk bezighield.

Alle mantelzorgers vonden bij nader inzien dat ze de hulp van de vrijwilligers liever al op een eerder moment hadden gehad. Mantelzorg in de terminale fase leidt namelijk tot vergaande fysieke en emotionele uitputting. Allen zeiden dat het een verademing was weer wat dingen voor jezelf te kunnen doen. Dit maakte dat jijzelf in staat was de mantelzorg voort te kunnen zetten. De vrijwilligers gaven echt het vertrouwen dat de patiënt bij hen in goede handen was waardoor je als mantelzorger geen zorgen hebt als jij een dagdeel weg bent. De mantelzorgers gaven ook aan dat meer hulp dan ze feitelijk kregen niet nodig was. Er komen sowieso al zoveel mensen over de vloer dat een beetje rust en privacy ook welkom is (mantelzorger 3).

Mantelzorger 3 heeft op het laatst ook nachtzorg gehad op momenten dat de thuiszorgorganisatie Icare deze niet kon leveren. De mogelijkheid van nachtzorg had ze van een van de vrijwilligers gehoord, niet van Icare.

Alle mantelzorgers gaven aan dat er nazorg geweest was van de VTZD. Bij alle drie had de coördinator na overlijden van de patiënt contact opgenomen. In een geval waren de vrijwilligers bij de uitvaart aanwezig geweest en in een ander geval hadden vrijwilligers bij haar thuis afscheid genomen van de overleden partner.

5.3 Verbeterpunten en tips voor promotie

Geen van de mantelzorgers konden verbeterpunten aangeven voor het werk van de VTZD. Mantelzorger 3 gaf aan dat de informatie op de website niet helemaal correct was omdat gesuggereerd wordt dat hulpverlening altijd mogelijk is terwijl dat in werkelijkheid niet helemaal zo is. De eerste keer dat zij contact opnam met de VTZD waren namelijk geen vrijwilligers beschikbaar. Ook vindt zij dat de website niet goed duidelijk maakt wat de inhoud van het hulpaanbod precies is. Wel adviseerden ze allemaal harder te werken aan bekendheid bij professionele zorgorganisaties.

Op de vraag wat zij vinden een eventueel aanbod om een hele dag een vrijwilliger de taken van de mantelzorger over te laten nemen is het antwoord gemengd. Mantelzorger 1 zou hier zeker gebruik van hebben gemaakt als er steeds dezelfde vrijwilliger zou komen. De andere twee mantelzorgers zouden slechts incidenteel en zeker niet wekelijks van een dergelijk aanbod gebruik hebben gemaakt.

Er is ook aan de mantelzorgers gevraagd waarom zij denken dat de VTZD zo weinig bekend is. Volgens mantelzorger 2 komt dat doordat professionele zorgverleners weinig oog hebben voor de sociale context van de patiënt en doordat mantelzorgers zelf de kwaliteit van vrijwilligers onderschatten. Zij raadt aan met gemeentes te overleggen over opname van de VTZD in

bijvoorbeeld brochures over ondersteuning van mantelzorgers. Mantelzorger 3 gaf aan dat de gerichtheid van thuiszorgmedewerkers op de patiënt in plaats van op de leefomgeving eraan bijdraagt dat ze niet op de gedachte van doorverwijzing komen. Zij gaven aan dat het ontslagmoment in het ziekenhuis en het intakegesprek met de thuiszorg bij uitstek gelegenheden zijn om ook de wijze van ondersteuning van de mantelzorg te bespreken. Organisaties zouden dit moeten opnemen in het gespreksprotocol (interview mantelzorger 3). Mantelzorger 1 raadt daarnaast aan om huisartsen te vertellen over het bestaan van de VTZD en folders bij hen, maar ook bij ziekenhuizen neer te leggen. Mantelzorger 3 gaf aan dat het handig was als er doorverwijslinks naar de VTZD op de websites van professionele zorgorganisaties stonden.

5.4 Contactpunt Mantelzorg Assen

Het Contactpunt Mantelzorg (CPM) in Assen behartigt de belangen van de mantelzorger. Er is voor dit onderzoek gesproken met de vier bestuursleden. Het CPM is een zelfstandige organisatie die financieel door de gemeente wordt ondersteund. Eén keer in de twee maanden organiseert het CPM een bijeenkomst voor mantelzorgers. De ene keer is het een thematische bijeenkomst, de andere keer is het meer gericht op ontspanning. In de zomermaanden zijn er geen bijeenkomsten. Aan het eind van het jaar is er een kerstbijeenkomst, deze wordt druk bezocht, er komen dan ruim over de 100 mantelzorgers.

Het CPM onderhoudt contacten met o.a. de gemeente en welzijnsorganisaties. Zo zit één van hen in de raad voor cliëntenparticipatie. Zaken die zij horen vanuit de mantelzorgers brengen zij onder de aandacht bij de gemeente. Mantelzorgers geven aan dat de gemeente niet goed naar hen luistert, dat ze geen vast aanspreekpunt hebben en van het kastje naar de muur worden gestuurd. Zo is het bijvoorbeeld lastig voor mantelzorgers om aan WMO ondersteuning te komen. Overige vragen waar mantelzorgers mee rondlopen hebben betrekking op de mantelzorgwaardering, het regelen van huishoudelijke hulp, ook hebben ze vragen rondom de herindicaties. Het is

voor mantelzorgers onduidelijk welke zorg vanuit welke wet wordt geregeld, zeker nadat hier wisselingen in zijn geweest.

Hoewel er momenteel meer dan 900 mantelzorgers geregistreerd zijn bij het CPM, waarvan 200 jongeren, is dit slechts een deel van de totale populatie mantelzorgers in de gemeente Assen. Het CPM weet niet hoeveel van die 900 mensen mantelzorg geven aan een patiënt in de terminale fase. Deze informatie is te privacygevoelig, ze hebben alleen de NAW-gegevens van de mantelzorgers die bij hen geregistreerd zijn. Bij terminale mantelzorg kan er sprake zijn van overbelasting en het CPM denkt dat juist de overbelaste mantelzorgers zich niet hebben aangemeld en/of zich de tijd niet gunnen om naar bijeenkomsten te gaan. Ook mantelzorgers die daarnaast werken zijn vaak overbelast. Een reactie die het CPM wel eens krijgt: 'fijn dat je ons uitnodigt, maar ik kan toch nooit'. Het CPM krijgt veelal de mondige mantelzorgers. De mensen die het echt niet meer zien zitten zien zij niet. Dit zien zij zelf als één van hun aandachtspunten, de vraag hoe zij de overbelaste mantelzorgers boven tafel krijgen, dus hoe zij deze groep kunnen bereiken en hoe ze hen kunnen ondersteunen. De bestuursleden gaven verder aan dat het belangrijk is om mantelzorgers bij elkaar te laten komen die te maken hebben met hetzelfde ziektebeeld van de patiënt voor wie zij zorgen.

Het CPM merkt dat er tegenwoordig meer aandacht wordt aan mantelzorg en respijtzorg. De mogelijkheden met betrekking tot respijtzorg zijn in opkomst. Volgens het CPM zijn er gemeentes die hier veel verder in zijn, zoals Meppel en Hoogeveen, hier zitten welzijnsorganisaties die een beter contact met de gemeente hebben dan dat zij in Assen hebben.

Het CPM was opmerkelijk genoeg niet bekend met de VTZD. Wel waren ze geïnteresseerd in het werk van de VTZD en gaven de bestuursleden aan dat ze een linkje naar de VTZD op hun site wilden zetten, of dat ze in ieder geval de VTZD noemen op hun site.



Vrijwilligers - resultaten

6

Vrijwilligers – resultaten

6.1 Aantal vrijwilligers

Om de dienstverlening aan hulpvragers te kunnen blijven verzorgen, zijn er voldoende vrijwilligers nodig. Op dit moment zijn er overdag voldoende vrijwilligers en is de instroom van nieuwe vrijwilligers ook voldoende. Er is echter een tekort aan nachtvrijwilligers. Patiënten en mantelzorgers hebben vaak juist 's nachts behoefte om even te praten met een vrijwilliger. Maar er zijn zo weinig nachtvrijwilligers dat aan zo'n verzoek hooguit een of twee keer per week voldaan kan worden. De regio Noord- en Midden Drenthe werft – tot nu toe weinig succesvol – actief nachtvrijwilligers door vacatures aan te brengen bij de vrijwilligersvacaturebank, advertenties in kranten te plaatsen en de kennissenkring van de huidige vrijwilligers aan te boren. De nachtvrijwilligers kiezen wel heel bewust voor de nacht. Vaak gaat het om mensen die uit de zorg komen. Een tweede knelpunt is het geringe aantal mannelijke vrijwilligers in de thuissituatie. Maar voor mannelijke patiënten is het vaak wel prettig juist met een man te kunnen praten (interviews coördinatoren).

6.2 Kenmerken vrijwilligers

De coördinatoren geven aan dat vrijwilligers vaak zelf de ervaring hebben dat steun van anderen heel belangrijk voor mensen kan zijn. De vrijwilligers zijn heel divers van aard maar gemeenschappelijk kenmerk is dat ze bereid zijn iedereen zonder aanzien des persoons te helpen. Ze komen uit alle lagen van de bevolking qua religie, opleiding en sociaaleconomische status. Alleen bestaat de groep uitsluitend uit autochtone Nederlanders. Een van de coördinatoren dacht dat dit zou kunnen komen juist doordat etnische minderheden de problemen rond

de terminale fase vooral in eigen kring oplossen waardoor ook niet zo snel de gedachte opkomt om dit soort vrijwilligerswerk uit te oefenen.

Verder is verreweg het grootste deel van de vrijwilligers vrouw. Van de focusgroep van zes mensen maakt maar één man deel uit. Ook zijn het meest oudere mensen (ouder dan 50 jaar). Overigens zijn de nachtvrijwilligers gemiddeld jonger dan de dagvrijwilligers. Steeds meer vrijwilligers kiezen bewust voor dit vrijwilligerswerk omdat dit meer zingeving aan hun bestaan. Dit geldt ook voor veel leden van de focusgroep. Daarnaast zijn er steeds meer mensen die dit vrijwilligerswerk combineren met betaald werk. Aan de andere kant zijn er veel gepensioneerden die vooral uit de zorg afkomstig zijn. Überhaupt zijn er veel vrijwilligers met een zorgachtergrond. Er komen ook steeds meer mensen bij die werk zoeken. Het lastige van deze groep is dat zij vaak met het vrijwilligerswerk stoppen als ze betaald werk vinden. Een nieuw verschijnsel is dat steeds meer mensen switchen tussen verschillende soorten vrijwilligerswerk ('flitsvrijwilligers'). Daarnaast is de mondigheid van vrijwilligers toegenomen (interviews coördinatoren; interview focusgroep vrijwilligers).

Werving van nieuwe vrijwilligers vindt niet specifiek voor hospice of thuissituatie plaats. Wanneer een in een regio gesignaleerd wordt dat er een tekort dreigt, wordt er een wervingscampagne gestart, bijvoorbeeld in streekkranten. De vacatures worden ook gemeld bij de gemeentelijke vacaturebanken, maar er blijken maar weinig vrijwilligers via die weg bij de VTZD terecht te komen. In de regio Emmen melden zich zoveel mensen spontaan aan dat er geen wervingscampagne nodig is. Spontane aanmeldingen zijn meestal gevolg van mond-tot-mond reclame. Nieuwe vrijwilligers hebben eerst een intakegesprek en volgen daarna een introductiecursus. Ten slotte stellen coördinator en potentiële vrijwilliger in een eindgesprek samen vast of de potentiële vrijwilliger geschikt en bereid is om bij de VTZD te werken en of dat in het hospice en/of de thuissituatie zal zijn. Vrijwilligers die zelfstandig werken moeilijk vinden, kiezen voor het hospice. De thuissituatie biedt namelijk veel

minder structuur en collegiale ondersteuning dan het hospice (interview focusgroep vrijwilligers; interviews coördinatoren; (VTZD, 2007).

6.3 Werving en aanmelding vrijwilligers

Als mensen zich spontaan aanmelden als vrijwilligers en er op dat moment geen behoefte is aan nieuwe vrijwilligers, worden zij op een wachtlijst geplaatst. Momenteel is er een wachtlijst voor vrijwilligers in het hospice waardoor vervanging heel snel geregeld kan worden. Dit is ook handig voor de inzet in de thuissituatie. De drukte in de thuissituatie is veel onregelmatiger gespreid in de tijd dan in het hospice. Daarom wordt nieuwe vrijwilligers gevraagd om zowel in het hospice als in de thuissituatie te werken. Als er dan een tekort is in de thuissituatie worden er bepaalde hospicevrijwilligers gevraagd om in te springen. Vaak blijkt dat deze hospicevrijwilligers het werk in de thuissituatie zo leuk te vinden vanwege het directere contact dat ze dit werk willen blijven doen. Wanneer een vrijwilliger minimaal één jaar praktijkervaring heeft, kan hij eenmaal per jaar een landelijke cursus van het Landelijk Bureau VPTZ volgen (VTZD, 2007).

6.4 Ervaring en waardering van vrijwilligers bij de VTZD

Vrijwilligers vinden een nieuwe inzet altijd weer spannend omdat zij van tevoren niet weten bij wat voor mensen zij komt en hoe hun thuissituatie is ondanks het feit dat zij van tevoren van de coördinatoren vrij uitvoerige informatie over de casus krijgen. Voor mantelzorgers is het sterke punt van vrijwilligers dat zij geen geschiedenis hebben met de patiënt en zijn omgeving en dus niet vooringenomen zijn (interview focusgroep vrijwilligers).

De vrijwilligers in de focusgroep zijn allen werkzaam in de thuissituatie maar de meesten hebben ook ervaring met het werken in de hospices. Zij vinden het werken in de thuissituatie bevredigender dan het werk in de hospice. In de thuissituatie sta je 1 op 1 in contact met patiënt en mantelzorgers, waardoor

het contact met de mensen diepgaander is. Je ontdekt dat je belangrijk bent voor een ander. Je krijgt heel veel vertrouwen en mensen zijn blij met je. Je bent voor hen een veilige, vertrouwde vreemde. Je bent ook autonoom en er wordt een groter beroep gedaan op je creativiteit en improvisatievermogen. De andere kant van het verhaal is dat dit soort vrijwilligerswerk van nature heftig en moeilijk is. De thuisvrijwilliger moet zich dus zeker voelen om zonder collegiale ondersteuning te kunnen functioneren (interview focusgroep vrijwilligers).

De focusgroep vindt de volgende aspecten de kern van het werk: het 'er zijn' - dit is volgens de vrijwilligers echt de essentie van hun werk -, rust brengen, mantelzorgers vinden het prettig zaken met je te delen en er is geen tijds- of andere druk bij de vrijwilliger. Er vinden geregeld vrijwilligersbijeenkomsten plaats waar vrijwilligers ervaringen met hun inzet kunnen delen zoals de wijze waarop mensen omgaan met de naderende dood. Daarnaast zijn er van tijd tot tijd themabijeenkomsten. Bij deze bijeenkomsten zijn zowel thuis- als hospicevrijwilligers aanwezig met als gunstig gevolg dat beide groepen zich verbonden met elkaar voelen. Vrijwilligers vinden deze bijeenkomsten prettig en belangrijk, al was het alleen maar omdat zij anders geen contact hebben met hun collega's. Voor werkenden is het bijwonen van deze bijeenkomsten echter lastig omdat deze overdag plaatsvinden. Daarnaast mogen vrijwilligers een keer per jaar een cursus volgen waarbij alles voor hen georganiseerd wordt. Ook word je als vrijwilliger niet in het diepe gegooid: als een vrijwilliger begint, dan krijgt de vrijwilliger een startcursus voor hij of zij daadwerkelijk ingezet wordt en coördinatoren proberen bij de inzet rekening te houden met beginners. Überhaupt waarderen de vrijwilligers de relatie met de VTZD erg positief ook omdat de organisatie initiatieven van vrijwilligers serieus nemen en oppakken. De focusgroep zou niet weten hoe de VTZD de omgang met vrijwilligers nog verder kan verbeteren (interview focusgroep vrijwilligers; interviews coördinatoren).

De focusgroep vindt dat de VTZD goed voor de vrijwilligers zorgt door hen veel en goed aandacht geven, zowel materieel

als immaterieel. Zo belt de coördinator je standaard om te vragen naar je ervaringen met de inzet (interview focusgroep vrijwilligers). Vrijwilligers zijn verzekerd tegen ongevallen en (letsel)schade tijdens hun vrijwilligerswerkzaamheden. Reiskosten voor het vrijwilligerswerk worden vergoed. Bij bijzondere gelegenheden zoals verjaardagen en jubilea ontvangen vrijwilligers een attentie (VTZD, 2007).

A close-up photograph of two hands clasped together. The hand on the left is significantly older, with deeply wrinkled, thin, and reddish skin. The hand on the right is younger, with smoother, more elastic skin. The background is a soft, out-of-focus white. The text 'Zorgprofessionals - resultaten' is overlaid in white with a thin black outline.

Zorgprofessionals - resultaten

7

Zorgprofessionals – resultaten

7.1 Huisarts

7.1.1 Terminale zorg die zij leveren en de wensen van patiënten/mantelzorgers

Er is met één vrouwelijke huisarts gesproken.

Als een huisarts een patiënt als terminaal diagnoseert, dan gaat het om de laatste dagen, hooguit weken. Daar aan voorafgaand is al wel een achteruitgang waarneembaar. Als iemand bedlegerig wordt, is dit wel een punt dat gemarkeerd wordt. De huisarts noemde dat elk proces en traject uniek is omdat je bij ieder persoon te maken hebt met een bepaald ziektebeeld, netwerk, cognitie, persoonskenmerken, etc.

De meeste mensen die terminaal zijn blijven het liefst thuis. Bij alleenstaande mensen is dit vaak niet mogelijk. Als huisarts heeft zij ongeveer 4,5 keer per jaar te maken met een palliatief terminale patiënt. Haar inschatting is dat hiervan twee patiënten in het hospice belanden en één of twee thuis, eventueel met nachtzorg van de VTZD. Niet iedereen die naar huis gaat wil thuiszorg. Wat voorkomt is dat de familie graag zelf de zorg wil leveren. Soms vindt de patiënt het moeilijk om zich te laten verzorgen. Ze probeert op de hoogte te zijn van de wensen van de patiënt en probeert proactief te zijn.

Zij vindt het belangrijk om haar patiënten goed te volgen, ook als ze in het ziekenhuis worden opgenomen. Ze kijkt dan vanaf de zijlijn mee. Als op een gegeven moment de specialist in het ziekenhuis aangeeft dat er niets meer voor de patiënt kan worden gedaan, dan gaat de patiënt terug naar de huisarts.

Op de vraag in hoeverre er sprake is van overbelasting bij mantelzorgers gaf ze aan dat dit voorkomt, maar dat mensen moeilijk over de streep te trekken zijn om hulp aan te nemen. De patiënt heeft vaak betrokken mensen om zich heen die alles zelf willen doen en de zorg die ze verlenen graag voor de patiënt willen doen.

7.1.2 Bekendheid met/doorverwijzen naar VTZD

Ze heeft niet heel veel ervaring met de VTZD, omdat ze maar een paar keer per jaar te maken heeft met een terminale patiënt. Zij vindt het dan wel belangrijk om de VTZD aan te kaarten, dus dat mensen in ieder geval weten dat het bestaat en dat het mogelijk is om deze hulp te krijgen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat iemand geen hulp wil omdat ze de partner willen ontzien, of omdat ze alles zelf willen doen. Ze vindt het belangrijk om de beweegredenen van mensen te achterhalen en bespreekbaar te maken tussen patiënt en mantelzorgers. Wanneer de patiënt echt geen hulp wil of wanneer er voldoende mantelzorg aanwezig is, dan verwijst ze de patiënt niet door naar de VTZD. Het uiteindelijke inschakelen van de VTZD gebeurt door de thuiszorg met wie zij als huisarts overleg heeft. De huisarts dacht dat alle thuiszorgorganisaties wel op de hoogte zijn van het bestaan van de VTZD.

7.1.3 Waardering van VTZD

De huisarts heeft positieve ervaringen met de VTZD, het zijn volgens haar mensen die expertise hebben. Ze wist zo niet of de vrijwilligers een cursus doen o.i.d., maar ze heeft veel vertrouwen in hen. De vrijwilligers zijn betrokken en willen graag helpen. Ze voorzien in een behoefte. Wat zij waardeert in de dienstverlening is dat de VTZD altijd probeert op korte termijn een inzet te regelen. Ze hoort van mensen dat ze de vrijwilligershulp als prettig en fijn ervaren. Heel soms is er ook wel eens commentaar, dan hoort ze bijvoorbeeld: 'die praat teveel'. Ook hebben sommige patiënten/mantelzorgers het gevoel dat ze de vrijwilliger moeten onderhouden. Ze heeft ook wel eens een patiënt gehad die een vrijwilliger had die deze patiënt niet lekker in de kussens kon leggen. Dit hebben ze toen ook teruggekoppeld naar de VTZD. Ze noemde dat het hier om uitzonde-

ringen ging, maar dat het wel van belang is om als hulpverlener zoveel mogelijk bij de patiënt aan te sluiten. Volgens haar is het belangrijk dat de VTZD bewust is van het feit dat patiënten het moeilijk kunnen vinden om iets aan te geven.

7.1.4 Tips voor promotie

De huisarts heeft het idee dat de VTZD meer aan PR zou kunnen doen, zo zouden ze via huisartsorganisaties huisartsengroepen kunnen benaderen en folders kunnen uitdelen. Wat het wel lastig maakt is dat huisartsen al overvoerd worden met informatie en folders, dus dat het van belang is dat je goed kijkt waar je jezelf introduceert. Het beste is om het te koppelen aan bestaande bijeenkomsten.

7.2 Transferverpleegkundigen

7.2.1 Terminale zorg die zij leveren en de wensen van patiënten/mantelzorgers

De transferverpleegkundigen richten zich op alle patiënten die opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis en na hun ontslag nazorg nodig hebben. Deze nazorg is heel divers en kan bestaan uit het regelen van hulpmiddelen zoals een bed in iemands huis, het aanvragen van huishoudelijke hulp, het regelen van palliatieve zorg thuis of elders, etc. Bij het voorleggen van de opties en het geven van advies mogen de transferverpleegkundigen geen voorkeur uitspreken voor bepaalde organisaties.

De transferverpleegkundigen zien veel terminale patiënten. De uitspraak dat een patiënt terminaal is wordt gedaan door een arts. Artsen zijn naar hun idee vaak te voorzichtig met het afgeven van deze diagnose. De transferverpleegkundigen vinden dat de artsen daarmee de patiënt te kort doen.

Tijdens het gesprek dat transferverpleegkundigen voeren met de terminale patiënt (waar de familie vaak ook bij aanwezig is, gaan ze na wat de wensen zijn van de patiënt. De meeste terminale patiënten willen naar huis, en veel patiënten kiezen dan voor 24 uurszorg. Er zijn ook patiënten die deze 24 uurszorg niet willen, omdat ze hun privacy niet willen inleveren, omdat

hun huis er niet geschikt voor is, of omdat ze zoveel zorg niet nodig hebben. Een transferverpleegkundige merkte op dat het bij terminale patiënten vaak het één of het ander is: ze hebben meteen heel veel zorg nodig, of juist nog helemaal niet. Het komt wel eens voor dat het gesprek dat zij voeren met de patiënt vlak volgt op het slecht nieuws gesprek met de arts, het gesprek met de transferverpleegkundigen komt dan te snel.

Het komt wel eens voor dat de wensen van de patiënt conflicteren met die van de familie. De patiënt wil bijvoorbeeld naar huis terwijl de familie dit niet zitten. De transferverpleegkundigen in Hoogeveen gaven aan dat ze het gesprek dan eerst terugleggen bij de patiënt en de familie. De transferverpleegkundige in Emmen gaf aan dat de wens van de patiënt bij haar voorop staat. Wat betreft de mantelzorgers merkte zij op dat het voor hen belangrijk is om de zorg te kunnen geven in de laatste periode, ook omdat ze daarmee de kans hebben om zelf nog mooie momenten met de patiënt te hebben en afscheid te kunnen nemen. Veel mantelzorgers weten niet dat ze recht hebben op 14 dagen zorgverlof.

7.2.2 Bekendheid met/doorverwijzen naar VTZD

De transferverpleegkundigen in Hoogeveen hadden zelf geen ervaring met de VTZD, ze wisten ook niet zeker of ze nog folders hadden van de VTZD. Ze konden zich wel voorstellen dat de VTZD een optie is wanneer de terminale patiënt nog niet zoveel zorg nodig heeft, maar dat de partner even tijd wil om bijvoorbeeld boodschappen te kunnen doen. Ze gaven wel aan dat ze dachten dat het vaak een stap te vroeg is om tijdens het gesprek dat zij voeren met de patiënt de VTZD al aan te kaarten. Thuiszorgorganisaties hebben volgens hen beter in beeld hoe het er thuis bij een patiënt aan toe gaat. Wel zeiden ze dat zijzelf op de VTZD zouden kunnen wijzen als een patiënt aan geeft alles zelf te willen doen.

Ook de transferverpleegkundige in Assen had niet zoveel ervaring met de VTZD en wist niet zo uit haar hoofd wie het contactpunt is. Zij zou de VTZD inschakelen in situaties waarin de 24 uurszorg uitgeput is of niet geleverd kan worden en een

thuiszorgorganisatie als Icare ook geen nachtzorg kan leveren. De transferverpleegkundige in Emmen heeft meer ervaring met (het inzetten van) de VTZD en wist ook wie de coördinatoren van de VTZD zijn. Zij schakelt de VTZD in wanneer de mantelzorger overbelast is en ontlast moet worden, of wanneer de patiënt een gesprekspartner kan gebruiken. Als mensen heel onzeker zijn, of als er heel veel mantelzorgers aanwezig zijn, dan biedt ze de VTZD niet aan. Ze noemde dat ze het soms wel eens vergeet om de VTZD aan te bieden. Het inzetten van de VTZD gaat eenvoudig; ze belt één van de coördinatoren en dan wordt het geregeld. Het is wel eens voorgekomen dat er geen vrijwilliger kon worden ingezet; zij wilde toen graag meer inzetten dan de 2 à 3 keer in de week dat de VTZD (toen) kon inzetten. Maar ze merkt wel dat ze bij de VTZD heel erg hun best doen.

7.2.3 Waardering van VTZD

De transferverpleegkundige in Emmen (die ook meer ervaring had met de VTZD dan de transferverpleegkundigen in Assen en Hoogeveen) vindt het fijn dat de VTZD gemakkelijk bereikbaar en benaderbaar is. Ook waardeert ze de flexibele inzetbaarheid en het feit dat de vrijwilligers niet op tijd staat in tegenstelling tot zorgprofessionals. De vrijwilligers hebben veel ervaring. Ze vervullen geen verpleegkundige of artsrol, maar zijn meer bij de huiselijke situatie betrokken. Op de vraag of zij een terugkoppeling krijgt van organisaties zoals de thuiszorg en de VTZD, antwoordde ze dat dit niet of nauwelijks gebeurde, maar dat ze dit wel fijn zou vinden.

Hoewel de transferverpleegkundigen van de ziekenhuizen in Assen en Hoogeveen weinig tot geen ervaring met de VTZD hebben, konden ze wel mogelijke positieve punten van terminale zorg door vrijwilligers opnoemen. De transferverpleegkundige in Assen noemde de financiële meerwaarde van deze hulp. Ook noemde ze dat vrijwilligers meer rust zullen brengen dan een zorgprofessional. De transferverpleegkundigen in Hoogeveen noemden dat de vrijwilligershulp extra ondersteuning kan bieden. Ze zagen het als een aanvulling op de reguliere zorg en het beeld dat ze er van hebben is dat de mantelzorger dan tijd heeft om bijvoorbeeld de boodschappen te doen.

7.2.4 Tips voor promotie

De transferverpleegkundige in Emmen gaf aan dat zij en de VTZD vooral telefonisch contact met elkaar hebben. Ze vond het prima als de VTZD de transferverpleegkundigen eens een bezoekje brengt om een uitleg te geven. Zijzelf zet de VTZD dan wel in, maar ze weet niet in hoeverre de andere transferverpleegkundigen dit ook doen. Ook de transferverpleegkundigen van de ziekenhuizen in Assen en Hoogeveen adviseerden de VTZD om langs te komen om toe te lichten wie ze zijn, wat hun werkwijze is en op welke termijn ze hulp kunnen inzetten op het moment van een zorgvraag. Bij de ziekenhuizen verloopt de zorgvraag heel ad hoc. Zij denkt dat de VTZD voor ziekenhuizen relevant is, vooral omdat thuiszorgorganisaties steeds kritischer worden bij hulpinzetten.

Ze denkt dat de VTZD zeker wat voor hen kan betekenen, helemaal nu ze merken dat een organisatie als Icare tegenwoordig meer moeite heeft om nachtzorg te leveren door de nieuwe eisen van zorgverzekeraars.

Verder gaven (enkele van) de transferverpleegkundigen aan dat bij het doorverwijzen naar de VTZD de huisarts een belangrijkere rol zou kunnen spelen en dat oncologie- en hartfalenverpleegkundigen een goede ingang zouden kunnen vormen aangezien zij begeleidingsgesprekken voeren met patiënten. De transferverpleegkundigen zien namelijk alleen de patiënten die opgenomen zijn.

7.3 Thuiszorg

7.3.1 Terminale zorg die zij leveren en de wensen van patiënten/mantelzorgers

Er zijn wijkverpleegkundigen van drie verschillende thuiszorgorganisaties geïnterviewd; van Icare, Buurtzorg en Beter-Thuis-Wonen. Een aantal van hen gaf aan dat ook zij soms laat worden ingeschakeld in het traject. Dit kan meerdere oorzaken hebben. Zo wil de familie vaak heel lang zelf de verzorging op zich nemen. De familie geeft niet snel de zorg uit

handen. Ook sommige huisartsen willen soms zelf graag de zorg blijven doen. Verder kan de nieuwe zorgverzekeringswet en de huidige trend van ontzorging een mogelijke oorzaak zijn van de late inschakeling van de thuiszorg. Huisartsen worden geïnstrueerd om de thuiszorg zo lang mogelijk uit te stellen.

De verpleegkundigen gaven aan dat ze bij het leveren van de terminale zorg kijken naar de zorgbehoefte en de familiesituatie (dit lijkt niet helemaal overeen te komen met wat sommige mantelzorgers aangaven). De meeste mensen willen thuis blijven en dan de zorg onderling met familie regelen.

7.3.2 Bekendheid met/doorverwijzen naar VTZD

Met name de verpleegkundige van Icare was bekend met en had contact met de VTZD. Zij gaf ook aan dat de coördinator van de VTZD aanwezig is bij overleggen en (scholings)bijeenkomsten van Icare. In andere gesprekken met een mantelzorgcoach (en de verpleegkundig coördinator van een 24 uurszorgorganisatie) leek naar voren te komen dat de band tussen de VTZD en Icare sterker is dan de band tussen de VTZD en andere thuiszorgorganisaties. Maar ook de verpleegkundige van Icare gaf aan dat ze dacht dat haar collega's minder bekend waren met de VTZD en hier minder vaak naar verwezen dan zijzelf (zij zat zelf ook in het hospice en heeft daarom regelmatig contact met de coördinator).

De verpleegkundige van Icare gaf aan dat ze doorverwijst naar de VTZD als dit betekent dat de partner daardoor even tijd voor zichzelf heeft om bijvoorbeeld boodschappen te doen. Ook voor alleenstaande mensen kan het een uitkomst zijn. Ze verwijst mensen niet naar de VTZD wanneer er voldoende mantelzorg aanwezig is. Wat het volgens haar lastig maakt is dat mensen soms niet willen toegeven dat ze hulp nodig hebben. Thuiszorg wordt dan nog geaccepteerd omdat dit medisch is, vrijwilligershulp is al weer een wat grotere drempel. Er werd ook genoemd dat de kinderen vaak overdag bij de terminale ouder aanwezig willen zijn en dat er dan juist meer behoefte is aan zorg door een vrijwilliger voor de nachten.

De verpleegkundigen van de andere twee organisaties (Buurtzorg en Beter Thuis Wonen) gaven aan dat ze (in het verleden) een paar keer de VTZD hebben ingeschakeld. Zij noemden dat er soms positief en opgelucht wordt gereageerd als deze mogelijkheid wordt aangeboden, maar er zijn ook mensen die het niet fijn vinden dat er dan nog meer vreemden in huis komen.

7.3.3 Waardering van VTZD

De thuiszorg noemde dat het fijn kan zijn wanneer iemand zijn hart kan luchten bij een onbekende. Eén van de wijkverpleegkundigen noemde dat ze het fijn vindt dat ze iets kan aanbieden dat gratis is. Verder stelt de thuiszorg het op prijs dat de vrijwilliger langer dan een paar uur bij iemand kan blijven (in tegenstelling tot de zorgprofessional). Wat ook gewaardeerd wordt is dat een patiënt niet alleen is. Tot slot vonden de ondervraagden het fijn als er aan het begin van een inzet wordt afgestemd welke zorg de vrijwilliger wel en niet overneemt. Het krijgen van nachtzorg is niet altijd mogelijk. Eén van de wijkverpleegkundigen had het gevoel van in een spagaat te zitten: de overheid eist dat thuiszorgorganisaties vrijwilligers inzetten, maar soms lukt het dus niet om vrijwilligers te krijgen (voor 's nachts). De verpleegkundige van Icare gaf aan dat de afstemming met de VTZD prima was, dat zij altijd vrijwilligers konden krijgen en dat zij nog nooit had meegemaakt dat iets niet mogelijk was bij de VTZD.

7.3.4 Tips voor promotie

Een verpleegkundige vertelde dat zij het belangrijk vindt om de vraag te stellen of iemand er over een half jaar nog is (de officiële diagnose dat iemand terminaal is wordt soms pas laat afgegeven). Als de verwachting is dat diegene er over een half jaar niet meer is, dan kun je daar op tijd op inspelen (advance care planning) en kun je eerder al zorg uit handen nemen. Mensen hebben ook tijd nodig om te wennen aan een idee (zoals het idee dat vrijwilligershulp een optie is). De verpleegkundigen noemden dat de huisarts een belangrijke rol heeft of zou moeten hebben. De huisarts is eerder zichtbaar in de thuissituatie

dan de thuiszorg. De huisarts zou volgens haar daarom moeten aanzetten tot verwijzen naar VTZD. Er zijn ook situaties waarbij thuiszorg niet nodig is, maar waar vrijwilligershulp wel gewaardeerd zou worden. Dan is het de taak van de huisartsen om hier op te wijzen. Een verpleegkundige noemde nog wel dat niet alle huisartsen heel toegankelijk zijn of open staan voor nieuwe ideeën en inzichten.

De verpleegkundigen gaven verder als tips dat de VTZD (meer) informatie zou kunnen geven over (de werkwijze van) hun organisatie en dat zij kunnen proberen om meer bewustwording te creëren bij zorgprofessionals. Dit zou één van de manieren kunnen zijn om de naamsbekendheid te vergroten. Ook werd als praktische tip gegeven dat er een automatische melding 'denk je aan de VTZD?' zou kunnen verschijnen op het moment dat je iets aanklikt in het computersysteem. Verder werden oncologieverpleegkundigen genoemd als mogelijke verwijzers. Zij kunnen bijvoorbeeld een folder mee geven aan patiënten.

7.4 24 uurszorg

Naast de reguliere thuiszorgorganisaties zijn er een paar kleinere organisaties die 24 uurszorg kunnen leveren. Zij zijn in staat om deze zorg te leveren doordat zij werken met ZZP'ers.

Allerzorg is een organisatie die voor 95% 24 uurszorg levert, daarnaast leveren zij soms 8 en 12 uurszorg. De 24 uurszorg is vergelijkbaar met wat een patiënt aan zorg krijgt in het hospice, met dit verschil dat de 24 uurszorg in de thuissituatie plaatsvindt. Zodra een patiënt de diagnose krijgt dat hij of zij terminaal is, kan de patiënt in aanmerking komen voor deze vorm van zorg. Patiënten worden naar hun doorverwezen via transferverpleegkundigen, of via de reguliere thuiszorgorganisaties wanneer een patiënt bij hen achteruitgaat. Soms neemt de familie zelf contact met haar op.

De ondervraagde verpleegkundig coördinator vertelde dat zij inventariseert waar de patiënt behoefte aan heeft. Heeft de patiënt behoefte aan 8 uurszorg, 12 uurszorg of 24 uurszorg, of

zijn zorgmomenten al voldoende (d.w.z. dat er paar keer per dag iemand langs komt)? In dat laatste geval wordt de zorg gegeven door reguliere thuiszorgorganisaties. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld familie om zich heen heeft, is 24 uurszorg vaak niet nodig, terwijl dit voor een patiënt die alleen is wel een uitkomst kan zijn. De meeste patiënten die 24 uurszorg krijgen betreffen de 'zwaardere' gevallen die in de allerlaatste fase zitten. Zij levert meestal niet langer dan één, hooguit twee weken zorg aan een patiënt.

Tijdens de intake met de patiënt noemt zij altijd de VTZD. De meeste patiënten willen echter geen vrijwilliger erbij omdat dit betekent dat er nog meer vreemden over de vloer komen, ze zien dit als een inbreuk op hun privacy. In het geval van 24 uurszorg is een vrijwilliger erbij volgens haar ook overbodig, omdat er dan al continu een zorgprofessional aanwezig is. Ook noemde ze dat de vrijwilligers weinig tot geen medisch-inhoudelijke handelingen mogen verrichten in tegenstelling tot een zorgprofessional zoals zijzelf.

Als er al behoefte is aan een vrijwilliger, dan is dit vooral voor 's nachts (bijvoorbeeld in het geval van 8 of 12 uurszorg). De verpleegkundig coördinator heeft wel eens gebeld met de VTZD met de vraag of er structureel nachtzorg (elke nacht van 11 uur tot 7 uur) kan worden geleverd. De VTZD gaf aan dat dit niet mogelijk was. Er kon hooguit voor één of twee nachten een vrijwilliger worden ingezet, maar dit is niet wat zij wil. Volgens haar geeft dit alleen maar meer onrust en is er continuïteit nodig.

Afstemming

Zij merkt dat veel van de zorg naar Icare gaat, omdat dit de organisatie is waar huisartsen het meest bekend mee zijn. Verder merkt ze dat o.a. transferverpleegkundigen snel geneigd zijn terminale patiënten naar het hospice te sturen, dit terwijl uit onderzoek blijkt dat de meeste mensen thuis willen sterven.

7.5 Netwerkcoach mantelzorg

7.5.1 Terminale zorg die zij levert en de wensen van patiënten/mantelzorgers

De netwerkcoach mantelzorg werkt als zelfstandige en heeft een zorgachtergrond als pedagogisch verpleegkundige. Ze is een praktijkervaringsdeskundige en ze werkt veel met mantelzorgers en met stervenden, dus ze heeft beide groepen in beeld. Ze is al heel lang in Assen werkzaam.

In het verleden heeft ze 6 jaar het lotgenotencontact voor het CPM gedaan. Ze vertelde dat ze binnenkort een mantelzorggroep gaat leiden. In zo'n mantelzorggroep zitten gemiddeld tussen de 20 en 30 mensen. Ze bespreken dan casussen van mantelzorgers. Eerst kijken ze wat er zoal mogelijk is en wat er vanuit de zorg kan worden geboden. Pas als laatste wordt de vraag gesteld wat je zelf kunt en wilt. Het CPM gaat volgende maand bij deze groep aansluiten. Zij verbaasde zich erover dat het CPM niet van het bestaan van de VTZD afwist. Ze wist te vertellen dat de mensen van het CPM zelf geen zorgachtergrond hebben. Dit kan het lastiger maken; als je de contacten en de lijntjes niet hebt en niet weet hoe ze lopen, dan hoor je ook niet wat er zoal is en speelt. Ook noemde ze dat er huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn die onvoldoende weten hoe de lijnen lopen.

Als netwerkcoach mantelzorg is zij betrokken bij het sterfproces van mensen. Vaak gaat het om palliatieve zorg en sporadisch om terminale zorg. Zij wordt zoal ingeschakeld via huisartsen, collega's in het werkveld, zorgorganisaties en haar eigen netwerk; ze heeft vanuit de mantelzorg veel connecties, mensen kennen haar. Ze heeft ook lang bij Icare gewerkt in de terminale thuiszorg. Als zij in haar werk als netwerkcoach mantelzorg terminale zorg moet leveren, dan betreft zij het netwerk van de patiënt er in mee inventariseert wie wat kan leveren. Er zijn veel situaties waarin alles al wordt opgelost door familie en burens.

De zorg die zij levert is op het psychische gebied, het gebied van familie, de uiteindelijke zorg zelf, maar ook bijvoorbeeld eten koken. Dit is ook een voordeel van haar inzet, koken is bijvoorbeeld iets wat de reguliere zorg niet doet. Zij gaat liefdevol en

empathisch te werk en kijkt naar wat iemand nodig heeft. Ze vindt het belangrijk om iemand energie te kunnen geven.

Mensen kunnen o.b.v. een PGB haar inzetten. Iemand die terminaal is krijgt een WLZ indicatie die omgezet kan worden in een PGB. Haar kracht is dat ze korte lijntjes heeft, dat ze meteen e.e.a. regelt, ze hoeft zich niet aan protocollen te houden.

7.5.2 Bekendheid met/doorverwijzen naar VTZD

De netwerkcoach mantelzorg is bekend met de VTZD en noemt de VTZD al direct tijdens het intakegesprek. Ze wijst mensen op de VTZD als ze liever geen reguliere zorg willen of als ze de zorg niet rond krijgen.

7.5.3 Waardering van VTZD/tips voor promotie

Haar idee is dat de VTZD meer aan acquisitie zou kunnen doen, bij huisartsen, zorgverzekeraars en in die situaties waar geen 24 uurszorg ingezet kan worden. Ook zouden ze dan een uitleg kunnen geven over de werkwijze van de VTZD en waar mensen zich kunnen aanmelden. Ze noemde dat ze nooit folders tegenkomt van de VTZD en ook een tijdje geen advertentie van hen is tegen gekomen.

Ze denkt dat de VTZD lijdt onder de Participatiewet en bezuinigingen. Mensen denken dat alle zorg geld kost. De VTZD zou moeten benadrukken dat hun dienstverlening geen geld kost en dat het náást de reguliere zorg plaatsvindt. Ze heeft de indruk dat de VTZD de afgelopen twee jaar hier onvoldoende op heeft ingehaakt. Daarnaast denkt zij dat andere organisaties dan Icare (zij had het erover dat de VTZD vanuit Icare is voortgekomen) de VTZD als concurrentie zien en bang zijn dat de VTZD de reguliere zorg inpikt.

Ze denkt dat zowel het leveren van de zorg als het vragen van de zorg een belemmering kan zijn voor de VTZD. Zo kunnen vrijwilligers worden weerhouden om zorg te leveren omdat ze zich verantwoordelijk voelen en bang zijn dat het fout gaat. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt een zuurstoffles heeft. De reactie die

ze dan wel hoort: 'maar ik ben hier maar als vrijwilliger'. Verder speelt ook dat mensen niet weten wat een vrijwilliger kan. Zij merkt huiverigheid bij cliënten: 'straks weet diegene niet wat hij/zij moet doen'. En ook: 'kan ik dat wel vragen, dat iemand dat vrijwillig voor mij doet?' Mantelzorgers hebben veel vragen: wat mag de VTD wel en wat niet? De mantelzorger mag alles doen, als hij/zij door de huisarts of het ziekenhuis als mantelzorger is aangemerkt.

Juist omdat de vrijwilliger niet alles mag doen weerhoudt dit de huisarts wellicht ook om de vrijwilligers van de VTZD in te zetten.

De VTZD zou volgens haar best iets kunnen doen aan EHBO o.i.d. Of dat ze de veiligheid op een andere manier kunnen bereiken of duidelijk maken waar men dan wel terecht kan. Verder noemde ze het belang om in de acquisitie de continuïteit te bewaken.

De kracht van de VTZD is volgens haar dat ze kunnen borgen dat iemand vaste mensen krijgt.

7.6 Zorgbelang Drenthe

7.6.1 Doel en werkwijze

De bestuurder-directeur gaf aan dat Zorgbelang Drenthe een maatschappelijke organisatie is die onafhankelijk de belangen behartigt van iedereen in Drenthe met een zorgvraag. Zorgbelang Drenthe heeft drie kerntaken:

1. Zelf uitvoeren van (veelal kwalitatief) onderzoek. Zorgbelang Drenthe voert veel cliënttevredenheidsonderzoeken uit voor zorgaanbieders en ook voor de gemeente. Ze maken hierbij gebruik van burgerpanels, maar ook komt het geregeld voor dat zij voor een bepaald onderzoeksthema mensen moeten werven. Dit doen zij dan via hun netwerk, soms via het plaatsen van een advertentie en ook via een oproep op de sociale media.
2. Individuele dienstverlening.
3. Collectieve belangenbehartiging, dat wil zeggen dat de organisatie zich hard maakt voor goede zorg, beredeneerd

vanuit het perspectief van de burger zelf. Eén van de vragen waar Zorgbelang Drenthe zich op richt: 'hoe zorgen we ervoor dat we in 2030 nog steeds een zorgsysteem hebben dat aansluit op de behoeftes van de burger'.

Wat betreft de eerste kerntaak merkte de bestuurder-directeur op dat er wat betreft de cliëntparticipatie rondom palliatieve (terminale) zorg nog wel wat in te ontwikkelen valt. Mantelzorgers en palliatieve (terminale) patiënten zijn met andere zaken bezig dan deel uitmaken van een panel. Hun idee is om wellicht een paar keer met mantelzorgers in gesprek te gaan nádat de patiënt is overleden.

Zorgbelang Drenthe heeft een groot netwerk. Zorgbelang Drenthe kent veel organisaties en veel organisaties kennen Zorgbelang Drenthe. De bestuurder-directeur maakt zelf deel uit van de stuurgroep palliatieve zorg waarin wordt nagedacht over wat goede palliatieve zorg is. Zorgbelang Drenthe heeft in haar maatschappelijk ondernemingsplan de volgende 3 speerpunten geformuleerd: mantelzorg, dementie en palliatieve zorg. Dit geeft aan dat een organisatie als de VTZD relevant voor hen is.

7.6.2 Tips voor promotie

De bestuurder-directeur gaf aan dat hij wist van andere plekken waar vrijwillige terminale zorg wordt gegeven dat de terminale zorg een golfbeweging kent. Hij vroeg zich dan ook af of het afnemende aantal aanvragen bij de VTZD een structureel probleem betreft, of dat er toevallig sprake is van een neergaande lijn momenteel.

Hij noemde dat Drenthe de snelst vergrijzende provincie is en dat men zou mogen verwachten dat er veel behoefte is aan de dienstverlening van de VTZD. Hij is daarom geneigd te denken dat de onbekendheid dan wellicht toch het grootste probleem is.

De bestuurder-directeur gaf als tip om na te gaan of het gebruik van eigentijdse middelen als Facebook en Twitter nuttig kan zijn voor de VTZD. In eerste instantie hadden zij zelf enige

schroom om gebruik te maken van deze middelen, maar inmiddels doen ze dit wel. Zij merken dat zij op deze manier veel mensen weten te bereiken, onder andere voor het burgerpanel.

De bestuurder-directeur gaf verder aan dat hoewel hij bekend is met de VTZD, de VTZD niet in het netwerk zit van Zorgbelang Drenthe. Hij schrok ook van het feit dat een organisatie als CPM niet bekend is met de VTZD. De bestuurder-directeur meldde dat de VTZD van harte welkom is om langs te komen bij Zorgbelang Drenthe. Hij denkt dat Zorgbelang Drenthe veel voor de VTZD kan betekenen. Zorgbelang Drenthe kan als een verbinding fungeren tussen de VTZD enerzijds en relevante organisaties en (potentiële) afnemers van de dienstverlening van de VTZD anderzijds. Zo kan Zorgbelang Drenthe verzoeken en dergelijke naar andere verenigingen en clubs uitzetten voor de VTZD.

De bestuurder-directeur had meer tips en suggesties (waarvan hij niet wist of de VTZD deze al wel of nog niet uitvoert). Zo noemde hij als tip aan de VTZD om zich bekend te maken bij (regionale) patiëntenverenigingen voor categorale ziektes, en dan met name die ziektes die doorgaans leiden tot een terminale fase. Een andere tip was om goed bekend te zijn bij de verschillende welzijnsorganisaties en om in gemeentegidsen vermeld te staan; veel oudere mensen zoeken hier in. Verder noemde hij dat ook voor organisaties met ideële doelstellingen (zoals de VTZD, maar ook Zorgbelang Drenthe zelf) het belangrijk is om aan PR te doen. Hij noemde dat wanneer Zorgbelang Drenthe bijvoorbeeld mensen zoekt voor in de Raad van Toezicht, dat zij dan profielschetsen opstellen, ook al gaat het om onbezoldigde posities. Ze willen dan bijvoorbeeld iemand met een juridische achtergrond en iemand die veel afweet van PR en communicatie. Zo zou de VTZD ook kunnen kijken welke mensen met welke kennis zij in een bestuur willen hebben.

A photograph of a woman with long dark hair, wearing a grey textured sweater, leaning over a patient in a hospital bed. The patient is an older woman with short, wavy, light-colored hair, lying in a white hospital gown. The scene is dimly lit, with a blueish tint. In the background, a white IV stand with a clear drip chamber and tubing is visible. The overall mood is somber and caring.

Aanpak 2 andere
lidorganisaties
van de VP TZ

8

Aanpak 2 andere lidorganisaties van de VPTZ

8.1 Stichting Palliatieve Terminale Ondersteuning Vechtdal (SPTO Vechtdal)

De Stichting Palliatieve Terminale Ondersteuning Vechtdal (SPTO Vechtdal) is opgericht in 1989 en zet vrijwilligers in de thuissituatie in. Het werkgebied beslaat de gemeentes Hardenberg, Ommen en Dalfsen. De SPTO Vechtdal heeft haar oorsprong in Ommen, maar er kwamen juist helemaal geen aanvragen vanuit Ommen. De organisatie heeft inmiddels een groei doorgemaakt (in het eerste kwartaal van 2017 hadden ze al 15 inzetten), maar anderhalf jaar geleden ging het bij hen ook niet goed. De coördinator is destijds gevraagd voor een adviseerende rol. De toenmalige coördinatoren hadden geen zorgachtergrond. Toen zijzelf op een gegeven moment als coördinator werd aangesteld is zij naar de thuiszorgorganisaties geweest om uitleg te geven over de SPTO. Zo heeft ze Buurtzorg in Dalfsen bezocht. Buurtzorg is een organisatie waar de teams onderling meer contact hebben dan andere thuiszorgorganisaties, is haar idee. De aanvragen komen daardoor vanzelf. Verder heeft ze een aantal thuiszorgorganisaties in Ommen bezocht. Deze thuiszorgorganisaties heeft ze tussen 12.00 en 13.00 uur bezocht om uitleg te geven en folders langs te brengen. Hoewel de coördinator dit niet met zekerheid kan zeggen, denkt zij dat de bezoeken die zij heeft afgelegd bij de thuiszorgorganisaties een reden is voor de toename in het aantal aanvragen. Ze gaf ook aan dat de terminale zorg grillig is; het gaat heel erg op en af, in sommige periodes zijn er meer terminale patiënten dan

in andere. Toen de aanvragen eenmaal binnenkwamen, ging het ook veel via mond tot mond reclame. Vervolgens was het probleem dat er te weinig vrijwilligers waren om tegemoet te komen aan het aantal aanvragen. Bij de SPTO ervaren zij net als de VTZD problemen met het aantal (nacht)vrijwilligers. Ze hebben momenteel 15 vrijwilligers voor de nachten en 5 voor overdag. Overigens zetten zij weinig overdag in. Over het algemeen is het zo dat burens en familieleden (overdag) de zorg kunnen geven.

De coördinator legde uit hoe de aanvragen binnenkomen en wat de werkwijze is van SPTO Vechtdal. De SPTO krijgt de meeste aanvragen via de thuiszorg. Zij denkt dat de thuiszorg ook het beste kanaal vormt voor doorverwijzing. Wijkverpleegkundigen fungeren als casemanager en zijn een spil naar de huisarts toe. Ook via transferverpleegkundigen krijgen ze aanvragen. Via huisartsen krijgen ze zelden aanvragen. Huisartsen zijn eerder geneigd naar het hospice te bellen omdat dit meer zorg gerelateerd is en daarom beter op hun netvlies staat. Ze stuurt wel altijd een brief naar de huisarts met daarin de mededeling dat ze nachtzoorg geven aan een patiënt van die huisarts waarbij ze ook aangeeft voor hoeveel uren/nachten deze zorg wordt gegeven. Bij deze brief doet ze dan ook een folder en een visitekaartje.

Wanneer zij een aanvraag krijgen gaat de coördinator altijd op huisbezoek voor de intake. Ze overlegt dan een scala aan praktische zaken, zodat de vrijwilliger van tevoren ook weet wat hij of zij kan verwachten en hoe de situatie is. Ze vindt het belangrijk dat alle onzekerheden zoveel mogelijk worden weggenomen. Verder legt ze tijdens zo'n huisbezoek uit hoe zij te werk gaan.

Als ze te maken heeft met een mannelijke patiënt dan doet ze wel haar best om een mannelijke vrijwilliger in te zetten, maar verder is zij niet heel erg met matching bezig. Ze heeft ook nog nooit meegemaakt dat het niet klikte. Ze noemde wel dat mensen het ook niet snel zullen zeggen als ze iemand niet leuk vinden, dit heeft volgens haar te maken met het feit dat de patiënt heel zorgafhankelijk is. De coördinator geeft wel altijd aan dat

ze kunnen aangeven als het niet bevalt. Na de eerste nacht belt ze altijd om te vragen hoe het is bevallen. Wat haar opvalt is dat mantelzorgers gewoon gaan slapen en er het volste vertrouwen in hebben dat het goed komt.

Als zij voor 12.00 uur 's middags een aanvraag krijgt, dan kan zij diezelfde nacht nog een vrijwilliger inzetten. De coördinator is van mening dat als je wat aanbiedt, dat je dan ook moet kunnen inzetten. Dus als het op een bepaald moment niet mogelijk is om vrijwilligers in te zetten, dan zegt zij dit duidelijk, en dan gaat ze niet zeggen dat het over drie dagen wél mogelijk is. Verder probeert zij dat ze voor minimaal drie nachten vrijwilligers kan inzetten, zodat thuiszorgorganisaties er van op aan kunnen. Ze werkt dan met een paar vaste vrijwilligers die deze nachten kunnen invullen. Thuiszorgorganisaties werken met een budget dat niet toereikend is; de indicaties worden minder hoog. De thuiszorgorganisaties zijn heel blij dat de SPTO kan inzetten, op die manier past het binnen de indicatie. Als zij vrijwilligers inzetten dan stuurt zij ook het rooster naar de thuiszorgorganisatie, voor in de map. De drie vrijwilligers blijven vervolgens ook bij die inzet, zodat er continuïteit is. Ze zetten eigenlijk nooit langer in dan vier weken. Wel worden ze vaak te laat ingezet, ook zij krijgen vaak de reactie: 'als ik dit geweten had, dan had ik dit eerder gedaan'.

Op de vraag of zij concurrentie ervaren van de 24 uurszorg noemde ze dat ze wel een paar keer heeft meegemaakt dat mensen daar voor kozen. Vervolgens gaf ze aan dat mensen soms niet weten waar ze voor kiezen en wat de gevolgen van hun keuzes zijn. Als je bijvoorbeeld 24 uurszorg inzet, dan komt de huishoudelijke hulp en de thuiszorg niet meer langs. Dit beïnvloeden mensen niet altijd.

Wat zij zou doen is met de transferverpleegkundigen overleggen en aangeven dat zij als vrijwilligersorganisatie ook 24 uurszorg of in ieder geval heel wat te bieden hebben.

Op de vraag hoe de dienstverlening door de SPTO volgens haar wordt ervaren gaf ze aan dat deze als heel positief wordt ge-

zien. Zij gaan ook altijd naar de rouwdienst. Ze krijgen ook veel giften binnen. Soms krijgen ze alleen een kaartje met een bedankje, en dat is ook goed.

De thuiszorg is ook positief over hen, ze krijgen dan bijvoorbeeld een reactie als: 'bedankt voor de inzet en de hulp', dit gaat vaak via de mail. Ze stuurt dan ook altijd even een reactie terug waarin ze hen ook bedankt en aangeeft dat ze een volgende keer gerust weer kunnen bellen.

Huisartsen vinden het lastig om de diagnose 'terminaal' af te geven, terwijl een patiënt soms een paar weken later dan toch is overleden.

Ook als iemand officieel (nog) niet terminaal is, zetten ze er soms toch een nachtje een vrijwilliger in. Zolang iemand niet officieel terminaal is, kunnen ze dit niet meetellen als inzet. Ze doen momenteel hun best om te kijken of ze het via de WMO betaald kunnen krijgen.

Per inzet krijgen zij circa 1000 euro van het Ministerie van VWS, waarbij het niet uitmaakt of iemand nu één nacht of 10 nachten afneemt. Het kan voorkomen dat ze drie weken een inzet hebben gedaan, waarbij de patiënt pas in de laatste week als terminaal wordt aangemerkt. De coördinator pleit ervoor om het grijze gebied op te rekken.

Vrijwilligers komen bij hen via mond tot mond reclame, maar ook krijgen ze aanmeldingen nadat er in het plaatselijke sufferdje een groot stuk over hen staat. Vrijwilligers zijn soms wat bescheiden en zouden volgens de coördinator gewoon kunnen vragen aan mensen die zij geschikt achten of het werk ook iets voor hen is. Als je meerdere vrijwilligers hebt, kun je meer rouleren.

Ze schat dat 50% van de vrijwilligers een zorgachtergrond heeft en dat 50% zelf veel heeft meegemaakt. De meeste vrijwilligers zijn tussen de 55 en 65 jaar. Het zijn meestal bedachtzame mensen die dit werk doen.

De SPTO heeft een Comité van Aanbeveling, hier zit iemand in die voor een vriendenprijs de website heeft gemaakt.

De coördinator heeft geprobeerd om presentaties te geven voor vrouwengroepen. Ze heeft dergelijke groepen/organisaties aangeschreven en dan ook uitgelegd dat ze dan ook een vrijwilliger meeneemt, maar dit komt niet van de grond. Hier krijgt ze vaak geen reactie op. Veel mensen vinden het ook niet leuk om het over de dood te hebben.

De SPTO heeft een PR-groep die zich o.a. bezighoudt met Facebook, Twitter. Ze gaan ook een vrijwilligersmarkt organiseren. Zoiets is voor de eigen vrijwilligers interessant, maar ook kunnen ze op die manier nieuwe vrijwilligers proberen te werven en de naamsbekendheid te vergroten.

De coördinator noemde dat bij de VTZD in Drenthe alles samen is (hospice en thuissituatie), en dat dit in Overijssel niet het geval is (alleen bij De Cirkel in Raalte). Dit is volgens haar een essentieel verschil, ook al wist ze niet precies hoe dit precies effect heeft. Verder vond ze het wel opmerkelijk dat het aantal aanvragen bij de VTZD afnam aangezien de thuiszorg alleen ingezet wordt als er verpleegkundige handelingen verricht moeten worden, terwijl dat bij terminale zorg meestal nauwelijks aan de orde is.

8.2 Stichting Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) Oost-Groningen

De VPTZ Oost-Groningen is opgericht in 2006 en zoals de naam doet vermoeden beslaat het werkgebied Oost-Groningen. De coördinator en een subcoördinator zijn geïnterviewd. In tegenstelling tot de VPTZ richten zij zich op palliatieve zorg (het laatste jaar van het leven van een patiënt) en daarmee richten zij zich dus niet alleen op palliatieve terminale zorg, waarbij het om de laatste 3 maanden gaat. Zij krijgen veel aanvragen binnen en de coördinator denkt dat er meerdere redenen zijn waarom zij zo succesvol zijn. Hun werkgebied is kleiner dan dat van de VTZD, hun fysieke werkplek is in 1 gebouw waar ook

allerlei andere organisaties zitten, zoals een mantelzorgsteunpunt. In dit gebouw is de VPTZ Oost-Groningen goed zichtbaar met posters en dergelijke. Verder ziet zij als coördinator de PR en netwerken als haar grootste taak, een taak waar zij zich ook volledig aan kan wijden, mede doordat zij een overzichtelijk, relatief klein werkgebied hebben. De coördinator zorgt ervoor dat ze bijeenkomsten bijwoont van relevante vrijwilligersorganisaties (Humanitas, Zonnebloem, Rode Kruis). Ook bijeenkomsten van huisartsen en thuiszorgorganisaties woont zij zoveel mogelijk bij. De bijeenkomsten van het palliatief netwerk woont zij ook altijd bij. Daarnaast organiseert de VPTZ Oost-Groningen bijeenkomsten voor mensen die formele en informele zorg geven. Ook de vrijwilligers worden gevraagd om hun werk zoveel mogelijk te promoten in hun eigen dorp. De coördinator benadrukte het belang van bekend zijn, maar ook van bekend blijven. Als zij een bijeenkomst heeft bijgewoond, dan is het nodig om een half jaar later hier weer naar toe te gaan, onder andere omdat er weer andere mensen bij betrokken kunnen zijn.

De coördinator vertelde over hun vrijwilligers en hun werkwijze. VPTZ Oost-Groningen heeft in totaal 47 vrijwilligers (waarvan 5 mannen) die ingezet kunnen worden. De achtergrond van de vrijwilligers is divers, er zitten mensen bij met een verpleegkundige achtergrond, maar bijvoorbeeld ook ict-ers. De meeste vrijwilligers zijn tussen de 60 en 70 jaar, maar ze hebben er ook jongere mensen bij zitten, één is zelfs 27 jaar. De coördinatoren zijn heel streng bij het aannemen van nieuwe vrijwilligers.

In tegenstelling tot de VTZD en SPTO Vechtdal zet VPTZ Oost-Groningen bewust geen nachtvrijwilligers in. De coördinator is van mening dat een hele nacht bij iemand zitten heel veel gevraagd is voor een vrijwilliger, zij vindt dat de vrijwilliger daarmee een vervanging wordt voor betaald werk. Ook kan niet elke thuiszorgorganisatie garanderen dat er een medewerker van hen bereikbaar is bij calamiteiten 's nachts.

Hoewel zij 's nachts geen vrijwilligers inzetten, kan er overdag wel intensief worden ingezet. Soms komt er wel 3 keer op een

dag een vrijwilliger (dit is met name bij alleenstaande mensen). Ze moeten dan al snel zo'n 10, 11 vrijwilligers in kunnen zetten.

De coördinator denkt dat alle thuiszorgorganisaties op de hoogte zijn van het bestaan van hun organisatie. Thuiszorgorganisaties zijn blij met de dienstverlening van VPTZ Oost-Groningen. Vrijwilligers kunnen heel snel, soms zelfs dezelfde dag al worden ingezet. Zij hebben nog nooit 'nee' hoeven verkopen aan thuiszorgorganisaties. De thuiszorgorganisaties weten inmiddels goed dat er geen nachtvrijwilligers ingezet worden en het komt zelden voor dat een thuiszorgorganisatie om die reden geen gebruik wil maken van hun dienstverlening.

De intake vindt plaats bij mensen thuis en de coördinator heeft dan het verzoek of de familie en de thuiszorgorganisatie hier bij aanwezig kunnen zijn. Ze neemt een eigen zorgmap mee. Tijdens de intake kijkt zij welke vrijwilligers goed zouden passen. Bij een mannelijke patiënt probeert zij een mannelijke vrijwilliger te vinden, en ook op andere (persoons)kenmerken probeert zij te matchen. De verschillende vrijwilligers die worden ingezet houden elkaar op de hoogte.

Tijdens de zorg wordt er al geëvalueerd en belt de coördinator of legt zij een huisbezoek af. Na het overlijden van de patiënt ontvangt de familie een condoleancekaart. Na 6 weken sturen zij een evaluatieformulier via een vertrouwenspersoon, die vervolgens de uitslag met de coördinator bespreekt.

Bij een intake krijgt de huisarts hier bericht van en ook na het overlijden sturen zij een bericht naar de huisarts. Op die manier zorgen zij er eveneens voor dat zij in beeld blijven.



Advies
Strategisch
marketingplan
en communicatie

9

Advies Strategisch marketingplan en communicatie

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het beoogde strategisch marketingplan beschreven met het advies van Marklinq over de belangrijkste conclusies en keuzes voor de VTZD.

De structuur is gebaseerd op de methodiek uit *Zorg met liefde en lef* (Alsem, Klein Koerkamp, 2016) en is als volgt:

- Resultaten interne en externe analyse in de vorm van een overzicht van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen, gevolgd door conclusies
- Keuzes ten aanzien van doelgroepen en positionering ('marketingstrategie', of wel 'hoe wil de VTZD zich onderscheiden en in de markt zetten?')
- Tactische uitwerking: communicatieplan

9.2 SWOT ('Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats') analyse

9.2.1 Overzicht

Op grond van analyse van bestaande bronnen, maar vooral het uitgebreide marktonderzoek en de bespreking daarvan met de projectgroep van de VTZD is er een SWOT samenvatting tot stand gekomen (zie tabel 1 en 2).

Tabel 1 SWOT samenvatting

Sterktes	
S1.	Tijd, aandacht, ondersteuning
S2.	Kwaliteit vrijwilligers
S3.	Snelheid dienstverlening
S4.	Financiële plaatje (voor patiënt en mantelzorgers)
S5.	Focus op mantelzorgers
Zwaktes	
Z1.	Bekendheid en reputatie
Z2.	Afhankelijkheid verwijzers
Z3.	Capaciteit
Z4.	Website en overige communicatie
Kansen	
K1.	Groeiende markt
K2.	Inbedding in netwerken/organisaties
K3.	Overheidsbeleid palliatieve terminale zorg
Bedreigingen	
B1.	Gezien worden als verlengstuk thuiszorg
B2.	Concurrentie 24-uurs thuiszorg
B3.	Groeiende markt
B4.	Zorgprofessionals die te weinig oog hebben voor de sociale context en overbelasting bij mantelzorgers
B5.	Mantelzorgers die overbelasting bij zichzelf niet (h)erkennen

Tabel 2 Toelichting SWOT

S1	De grote kracht van de dienstverlening van de VTZD is het 'er zijn'. Er is geen sprake van (tijds)druk, i.t.t. bij de professionele zorg. De aandacht en ondersteuning die gegeven wordt, niet alleen door vrijwilligers, maar door de hele organisatie. Niet alleen patiënten en mantelzorgers voelen zich goed ondersteund, maar ook de vrijwilligers voelen zich goed ondersteund door de organisatie.
S2	Vrijwilligers worden gezien als goed ingewerkt, bekwaam. Zij volgen een startcursus en een jaarlijkse cursus.
S3	Er is een snelle inzet mogelijk. Ook wanneer een vrijwilliger plotseling uitvalt wordt er flexibel en snel een andere vrijwilliger ingezet.
S4	De vrijwilligershulp kost de patiënt en de mantelzorgers niets. Ook voor de thuiszorg kan het fijn zijn om de patiënt iets aan te kunnen bieden dat gratis is.
S5	Door de focus op de mantelzorgers, die zorg verleent aan de patiënt, richt de VTZD zich automatisch ook op de patiënt. Met de focus op de mantelzorgers onderscheidt de VTZD zich echter t.o.v. professionele zorgorganisaties.
Z1	Patiënten en mantelzorgers zijn vaak niet of nauwelijks bekend met de VTZD. Niet alle verwijzers zijn op de hoogte van het bestaan van de VTZD dan wel zijn zich sterk bewust van het bestaan. Ook huisartsen en transfersverpleegkundigen die wel bekend zijn met de vrijwilligerszorg in de thuissituatie hebben het hospice sterker op hun netvlies staan en zullen eerder hier naar toe verwijzen. Degenen (zowel verwijzers als patiënten/mantelzorgers) die ervaring hebben met de VTZD zijn zeer positief over de dienstverlening, maar degenen die er geen ervaring mee hebben, hebben geen duidelijk beeld van de VTZD en haar dienstverlening.

Tabel 2 Toelichting SWOT (vervolg)

Z2	Doordat de finale consument zelf onbekend is met de VTZD en vaak ook onbekend is met de wegen die bewandeld kunnen worden binnen de zorg, is de VTZD voor doorverwijzingen heel erg afhankelijk van verwijzers. De afhankelijkheid van verwijzers wordt nog eens versterkt door het feit dat de diagnose dat een patiënt terminaal is, vaak pas vrij laat wordt afgegeven door (huis)artsen.
Z3	Er is een tekort aan nachtvrijwilligers. Patiënten en mantelzorgers hebben (ook) behoefte aan ondersteuning in de nachten, maar de VTZD kan deze zorg lang niet altijd leveren. Thuiszorgorganisaties en organisaties die 24 uurszorg leveren geven eveneens aan dat zij behoefte hebben om meer structurele nachtzorg door de VTZD te kunnen inzetten.
Z4	De inhoud en lay-out van de website is niet optimaal. Ook is de website niet goed vindbaar. Daarnaast kan de overige communicatie richting andere zorgorganisaties versterkt worden.
K1	Er is sprake van een groeiende markt door o.a. vergrijzing en de wens van een toenemend aantal mensen om thuis te sterven. De groeiende markt wordt verder in de hand gewerkt door de overheid die rol van mantelzorgers en vrijwilligers stimuleert.
K2	Er zijn mogelijkheden om (meer) gebruik te maken van (de netwerken van) andere organisaties/groepen (zoals Zorgbelang Drenthe, mantelzorgsteunpunten, PaZz-groepen)
K3	De overheid wil dat mensen langer thuis blijven wonen. Daarnaast wil zij rekening houden met de wens van mensen zelf om langer thuis te blijven wonen. Om dit te realiseren stimuleert de overheid de rol van mantelzorgers en vrijwilligers d.m.v. subsidies. Dit zorgt er weer voor dat de markt groeit (K1).
B1	De VTZD is het verlengstuk of de vervanging van de mantelzorger. Door onder meer de thuiszorg zelf wordt de VTZD echter gezien als het verlengstuk van de thuiszorg. Het lijkt er soms op dat de thuiszorg de gaten in het eigen rooster op wil vullen met vrijwilligers van de VTZD.
B2	Als 24 uurszorg ingezet wordt, dan is een vrijwilliger overbodig. De 24 uursorganisaties zetten soms ook blokken in van 8 of 12 uur. Dan zou het nog wel mogelijk kunnen zijn om daarnaast een vrijwilliger in te zetten.
B3	De groeiende markt kan zowel een kans (K1) als een bedreiging zijn. Als de vraag naar vrijwilligershulp toeneemt, betekent dit dat er mogelijk een tekort aan vrijwilligers ontstaat, ook voor overdag.
B4	Mantelzorgers geven aan dat zorgprofessionals sterk op de patiënt gericht zijn, en niet of nauwelijks oog hebben voor de sociale leefomgeving van de patiënt. Overbelasting bij mantelzorgers lijkt daardoor ook niet of te laat worden opgemerkt.
B5	Mantelzorgers willen graag zelf de patiënt verzorgen. Ze vinden het moeilijk om de zorg uit handen te geven en (her)kennen niet of pas laat dat er sprake is van overbelasting bij zichzelf.

9.2.2 Interne omgeving (zwakten en sterkten) tegenover externe omgeving (kansen en bedreigingen)

Groeiën/uitbuiten (sterkte benutten om in te spelen op een kans)

De kans om deel uit te maken van relevante netwerken in de palliatieve terminale zorg (K2) kan benut worden doordat de hoge kwaliteit van de vrijwilligers (S2) acceptatie door de

overige netwerkdeelnemers vergemakkelijkt. Effectieve benutting van deze kans (K2) maakt het mogelijk te kunnen profiteren van de groeiende markt (K1). Ook het overheidsbeleid dat meer inzet op thuisverblijf van terminale patiënten en daarbij een grote rol inruimt voor ondersteuning van mantelzorgers door vrijwilligers (K3) kan ervoor zorgen dat de groeiende markt (K1) beter benut kan worden.

Verder kan de groeiende markt (K1) benut worden door het benadrukken van de sterke punten (S1 tot en met S5).

Verdedigen (sterkte benutten om bedreiging tegen te houden)

Het benadrukken van de sterke punten (S1 tot en met S5) in de (marketing)communicatie kan helpen bij het afzwakken van de concurrentie van 24-uurs thuiszorg (B2).

Verder kan men door het benadrukken van de focus van de VTZD op de mantelzorger (S5) voorkomen en tegengaan dat de dienstverlening van de VTZD als een verlengstuk van de thuiszorg wordt gezien (B1).

Versterken/verbeteren (zwakte verbeteren om in te kunnen spelen op een kans)

Het vergroten van de bekendheid en de goede reputatie van de VTZD (Z1) bij zowel zorgprofessionals als het publiek kan er voor zorgen dat de groeiende markt (K1) beter benut wordt. Ook zou het helpen als zowel zorgprofessionals als mantelzorgers overbelasting eerder zouden (h)erkennen (B4 en B5) en de capaciteit (Z3) vergroot wordt (van zowel dag- als nachtvrijwilligers).

Terugtrekken (zwakte verbeteren om bedreiging af te weren)

Het vergroten van de capaciteit (Z3) zorgt ervoor dat de groeiende markt geen bedreiging vormt (B3) maar een kans (K1).

Het vergroten van de bekendheid en de goede reputatie van de VTZD (Z1) kan helpen bij het afzwakken van de concurrentie van 24-uurs thuiszorg (B2).

9.2.3 Ambitie voor over drie jaar

Over drie jaar is de VTZD bekend bij het publiek en met name bij de verwijzers. De verwijzers weten dan dat de VTZD met haar dienstverlening een verlengstuk is van de mantelzorg en zien de VTZD als logische aanvulling op de thuiszorg.

9.3 Advies over de marketingstrategie

De marketingstrategie behelst een nadere precisering van de doelgroepkeus maar ook en vooral een heldere, onderscheidende keus van de merkpositionering.

We schenken eerst aandacht aan de doelgroepkeus en het dienstenportfolio.

9.3.1 Doelgroep finale consument

Op grond van de discussies in de sessies werd duidelijk dat er twee doelgroepen zijn die gebruik kunnen maken van de dienstverlening van de VTZD. Allereerst zijn dat de palliatief terminale patiënten die mantelzorgers om zich heen hebben. De tweede groep wordt gevormd door palliatief terminale patiënten die alleenstaand zijn en geen of weinig mantelzorgers om zich heen hebben. Hierbij moet worden opgemerkt dat een mantelzorger het eerste aanspreekpunt voor zorgprofessionals kan zijn, maar dat bij de tweede groep van patiënten zonder mantelzorgers deze rol niet vervuld kan worden door vrijwilligers.

9.3.2 Dienstenportfolio

De vrijwilligers ondersteunen en vervangen (gedeeltelijk) mantelzorgers die overbelast (dreigen te) raken door er te zijn voor zowel de mantelzorger en de patiënt en door bepaalde zorg uit handen te nemen. Ook kunnen de vrijwilligers een gedeeltelijke vervanging zijn van mantelzorgers wanneer een patiënt deze niet of nauwelijks heeft. Patiënten en hun mantelzorgers kunnen voor een periode variërend van een week tot meerdere maanden gebruik maken van ondersteuning door vrijwilligers.

Er kan dan voor een paar dagdelen per week vrijwilligershulp worden ingezet. Ook nachtzorg is mogelijk. De VTZD wil in de toekomst vaker en structureler nachtzorg kunnen aanbieden, met daarbij wel als duidelijke grens twee nachten per week. Daarnaast adviseren wij de VTZD aan om specifiek de groep van alleenstaande patiënten zonder mantelzorgers expliciet de keuze voor te leggen om de laatste levensfase thuis door te brengen of om naar het hospice te gaan. Als een alleenstaande patiënt er voor kiest om thuis te blijven wonen en dus ook om thuis ondersteund te worden door vrijwilligers, dan adviseren wij de VTZD op grond van de discussies in de sessies om deze patiënten meer continuïteit te bieden. Meer continuïteit houdt in dat er een intensievere inzet plaatsvindt, waarbij het advies is om maximaal zes dagdelen per week vrijwilligers in te zetten. Indien een patiënt meer dan zes dagdelen vrijwilligershulp nodig heeft, kan de patiënt verwezen worden naar het hospice. Een uitbreiding van de nazorg raden wij niet aan, aangezien er bepaalde regels en beperkingen zijn verbonden aan de nazorg. Dit maakt het lastig om een eventuele uitbreiding van de nazorg op papier vast te leggen.

9.3.3 Positionering

Om tot een keuze van de positionering te komen nemen we drie stappen. De eerste stap is een advies over de te kiezen kernwaarden. De tweede stap is een analyse en advies over de zogeheten waardedisciplines. Als derde stap vatten we ons positioneringsadvies samen in een positioneringsstatement.

Kernwaarden

Een eerste stap van de positionering betreft de vaststelling van de kernwaarden. Kernwaarden dienen vanzelfsprekend te passen bij het DNA van de VTZD, moeten onderscheidend zijn en dienen klanten en vooral ook de doelgroepen en (potentiële) vrijwilligers aan te spreken. Naar aanleiding van het onderzoek en de sessies kwamen vier clusters met de volgende kernwaarden naar voren:

1. Liefdevol, aandacht, warmte, luisterend oor
2. Rust, de tijd hebben, 'er zijn',

3. Zorgvuldig, betrouwbaar, goede kwaliteit
4. Toegankelijk, bereikbaar, snel kunnen helpen, flexibel, gratis

Waardedisciplines

Treacy & Wiersema (1995) onderscheiden drie waardedisciplines:

1. Product leadership. In de zorg betekent dit dat de organisatie zich richt op 'topzorg' en de beste wil zijn in haar sector.
2. Operational excellence. Dit betekent dat de organisatie uitblinkt in het goed en efficiënt uitvoeren van alle bedrijfsprocessen, wat ertoe leidt dat de klant zo weinig mogelijk kosten hoeft te maken. Hierbij kan het gaan om zowel financiële als niet-financiële (korte wachlijsten en wachttijden) kosten.
3. Customer intimacy. Dit houdt in dat de organisatie uitblinkt in klantgerichtheid.

Hoewel elke organisatie en dus ook de VTZD er voor dient te zorgen dat alle drie waardedisciplines op een voldoende niveau liggen, zal er een keuze moeten worden gemaakt op welke van de drie zij echt wil uitblinken. Tijdens de tweede sessie met de projectgroep van de VTZD is met hen besproken hoe zij de drie waardedisciplines momenteel beoordelen en hoe zij dit over drie jaar graag zouden willen zien. Het resultaat (de gemiddeldes van alle individuele cijfers) is te zien in onderstaande tabel:

Tabel 3 Scores waardedisciplines

	Product leadership	Operational excellence	Customer intimacy
Huidige score	6.1	6.9	7.7
Gewenste score over 3 jaar	8	7.9	8.9

De relatief lage score op product leadership lijkt vooral veroorzaakt te worden door de geringe bekendheid van het product. Het product zelf wordt echter als zeer goed beoordeeld. De inhaalslag die gemaakt moet worden betreft dan ook het bekend maken van het product.

Op operational excellence scoort de VTZD momenteel een ruime voldoende doordat de dienstverlening snel en flexibel is en doordat de zorg gratis is voor zowel patiënten als mantelzorgers. Wel is er het probleem van de interne kosten; momenteel is de begroting niet dekkend, hier zal dus een omslag moeten plaatsvinden. Verder wil de VTZD beter scoren op operational excellence door de vindbaarheid van de organisatie op internet te verhogen.

Op dit moment blinkt de VTZD uit in customer intimacy en dit is ook de waardediscipline waar zij in de toekomst nog sterker in wil uitblinken. De VTZD wil 'er zijn' voor de patiënt en de mantelzorger en richt zich daarmee sterk op de relatie met de klant. Uit evaluaties komt naar voren dat de dienstverlening altijd boven verwachting is geweest. Doordat klanten lage verwachtingen hebben, of helemaal geen verwachtingen, is het ook relatief makkelijk om boven verwachting te scoren. Over drie jaar wil de VTZD nog hoger scoren op customer intimacy door nog beter aan te sluiten op de wensen van de klanten. Bijvoorbeeld door vaker nachtzorg te kunnen leveren en eventueel door continuïteit te kunnen bieden aan alleenstaanden bij wie vaak meer inzet nodig is dan bij patiënten die meer mantelzorgers om zich heen hebben. Daarnaast wil de VTZD de customer intimacy richting de eigen vrijwilligers verhogen. Momenteel is het zo dat niet alle vrijwilligers regelmatig ingezet kunnen worden vanwege het lage aantal aanvragen. Als een coördinator enthousiast een nieuwe vrijwilliger heeft binnengehaald, is het niet fijn voor de vrijwilliger wanneer hij/zij vervolgens de eerste maanden niet kan worden ingezet. De VTZD wil dan ook kunnen waarmaken dat (nieuwe) vrijwilligers eerder en regelmatig kunnen worden ingezet.

Positioneringsstatement

De Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe (VTZD) biedt liefdevolle ondersteuning aan palliatief terminale patiënten en hun mantelzorgers, ongeacht hun afkomst, achtergrond en overtuigingen. De VTZD levert hierbij maatwerk en flexibiliteit en kan deze ondersteuning kosteloos aanbieden aan patiënten en hun mantelzorgers. De goed opgeleide vrijwilligers ondersteunen en vervangen deels mantelzorgers die overbelast (drei-

gen te) raken door 'er te zijn' voor zowel de mantelzorger als de patiënt. Ook kunnen de vrijwilligers een gedeeltelijke vervanging zijn van mantelzorgers wanneer een patiënt deze niet of nauwelijks heeft. De VTZD maakt het op deze manier mogelijk dat palliatief terminale patiënten thuis in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen sterven. Doordat de VTZD zich richt op de sociale leefomgeving onderscheidt de organisatie zich van professionele zorginstellingen zoals de thuiszorg, die zich vooral op de patiënt zelf richten en daarmee minder oog hebben voor de sociale leefomgeving van de patiënt. Met haar dienstverlening concurreert de VTZD dus niet met de thuiszorg, maar vormen zij een aanvulling op de dienstverlening van de thuiszorg.

9.4 Tactische uitwerking: Communicatieplan

Vanuit de gekozen positionering kan er concreet worden uitgewerkt welke boodschap de VTZD wil communiceren naar welke doelgroepen en op welke manier.

9.4.1 Marketingcommunicatiedoelgroepen

De volgende doelgroepen kunnen worden onderscheiden:

1. Patiënten/mantelzorgers
2. Verwijzers
 - a. Huisartsen
 - b. Praktijkondersteuners huisartsen
 - c. Thuiszorg
 - d. Transferverpleegkundigen
 - e. Overige verpleegkundigen
3. Vrijwilligers
4. Andere organisaties (Zorgbelang Drenthe, mantelzorgsteunpunten)

Toelichting

1. Patiënten/mantelzorgers
Idealiter zouden de aanvragen vanuit de klant (patiënt/mantelzorger) binnen komen, maar dit is wellicht niet haalbaar. Van de 82 aanvragen vorig jaar voor thuisinzet-

ten kwamen er 73 vanuit de thuiszorg en slechts 5 vanuit mantelzorgers/familie. De VTZD heeft tot nu toe wel geprobeerd om het publiek en dus ook mantelzorgers te bereiken, bijvoorbeeld door middel van het geven van lezingen, maar niet iedereen heeft de behoefte om meer over dit onderwerp te weten zo lang het nog niet relevant is. Waar nog wel naar gekeken kan worden is hoe en waar mensen zoeken op het moment dat het onderwerp voor hen wél relevant wordt. De VTZD zelf is bijvoorbeeld heel voorzichtig met een woord als 'stervensbegeleiding', maar het zou kunnen dat dit wel een woord is waar mantelzorgers en patiënten zelf op zoeken.

2. Verwijzers

De verwijzers vormen een groep waar de VTZD zich het sterkst op zou kunnen richten. Binnen de groep van verwijzers zijn het met name de wijkverpleegkundigen van de thuiszorg, transferverpleegkundigen en overige verpleegkundigen zoals oncologieverpleegkundigen en hartfalenverpleegkundigen waar de VTZD zich op zou moeten richten. Huisartsen zijn dan vaak wel de zorgprofessionals die als eerste contact hebben met de palliatief terminale patiënten, maar de verwachting is dat er bij deze groep te weinig winst valt te behalen. Contact met en bekendheid bij de (specialistische) praktijkondersteuners van de huisartsen zou dan wellicht meer opleveren. Aansluiten bij PaTz-groepen (via netwerkcoördinator Hennita Schoonheim) kan ook leiden tot meer bekendheid en meer aanvragen. PaTz-groepen zijn multidisciplinaire teams bestaande uit onder meer een huisarts en een thuiszorgmedewerker waarin palliatief terminale patiënten besproken worden.

3. Vrijwilligers

De vrijwilligers vormen de interne communicatiedoelgroep en dienen als ambassadeurs te worden ingezet. De vrijwilligers moeten een belangrijk middel vormen om bekendheid te creëren bij patiënten en mantelzorgers. Ook kunnen zij andere mensen enthousiast maken voor dit vrijwilligerswerk.

4. Andere organisaties

Het is van belang dat de VTZD de samenwerking zoekt met andere organisaties omdat de VTZD zo haar kansen vergroot om deel uit te maken van relevante netwerken in de palliatieve terminale zorg. Zo hebben organisaties als Zorgbelang Drenthe en het Contactpunt Mantelzorg Assen aangegeven open voor te staan voor contact en samenwerking met de VTZD. Daarnaast zou de VTZD contact moeten zoeken met organisaties die voor de VTZD een potentiële bron van nieuwe vrijwilligers kunnen vormen.

9.4.2 Communicatieboodschap

Nu helder is waar de VTZD voor staat, is de volgende stap om dit beeld ook duidelijk te communiceren naar de doelgroepen. De boodschap die de VTZD wil overbrengen op de verschillende doelgroepen vloeit voort uit het positioneringsstatement. Omdat elke doelgroep haar eigen belangen kent, wordt de boodschap hier op afgestemd en zal de boodschap per doelgroep verschillen. Hieronder volgt een overzicht van de boodschap dan wel belofte van de VTZD aan de desbetreffende doelgroep:

De belofte/boodschap van de VTZD aan **patiënten en mantelzorgers**:

Wij zijn er voor de cliënt en voor de mantelzorger. We bieden tijd en liefdevolle aandacht op momenten dat u dat nodig heeft. Door middel van het geven van praktische hulp, het bieden van een luisterend oor, en door simpelweg het 'er zijn' ondersteunen wij de patiënt en daarmee ook de mantelzorger. Wij kunnen (overbelaste) mantelzorgers zorg uit handen nemen, maar ook kunnen wij deels een vervanging zijn voor mantelzorgers wanneer een cliënt deze niet heeft. Wij zijn dan ook geen vervanging van de thuiszorg; u kunt ons beschouwen als een verlengstuk van de mantelzorger.

NB: Momenteel is het zo dat de communicatie sterker op de mantelzorger is gericht dan op de patiënt. De VTZD komt vaak pas in beeld op het moment dat de mantelzorger zwaar overbelast is.

De VTZD zou graag al in beeld willen komen (bij de patiënt zelf) op het moment dat de patiënt als terminaal wordt

gediagnosticeerd. Idealiter neemt de patiënt dan zelf de regie, dat wil zeggen dat de patiënt dan zelf bewust voor de VTZD kiest om de mantelzorg te ontlasten. Er zou dan meer aangestuurd moeten worden op de zelfregie van de patiënt. De vraag is wel in hoeveel van de gevallen het realistisch is om dit te verwachten van de patiënt. De patiënt moet dan namelijk wel nog in staat zijn om de regie op zichzelf te nemen.

Tot slot is het bij het overbrengen van de boodschap van belang om de doelgroep uit te splitsen in twee subdoelgroepen: patiënten met mantelzorgers en alleenstaande patiënten zonder mantelzorgers. Met name bij die laatste groep dient te worden benadrukt dat het ook mogelijk is om de laatste levensfase in het hospice door te brengen en daar ondersteund te worden door vrijwilligers.

De belofte/boodschap van de VTZD aan **vrijwilligers**:

Als vrijwilliger in de thuissituatie beteken je veel voor mensen die in hun laatste levensfase zitten en hun naasten door het geven van tijd, aandacht en liefde. Je maakt het mede mogelijk dat mensen thuis kunnen sterven door de mantelzorg te vervangen en te ontlasten. Dit kan door het geven van praktische hulp, maar ook door het bieden van een luisterend oor en door er te zijn voor de cliënt. Als vrijwilliger moet je stevig in je schoenen staan. Het is werk dat emotioneel zwaar en confronterend kan zijn, maar bovenal is het dankbaar en zinvol werk. Omdat het de laatste levensfase van mensen betreft beslaat een thuisinzet meestal een relatief korte periode. Je komt daardoor regelmatig in andere thuissituaties terecht en krijgt met steeds weer verschillende mensen te maken, wat het werk afwisselend maakt.

De belofte/boodschap van de VTZD aan **verwijzers**:

Mensen in de palliatieve terminale fase hebben vaak de voorkeur om thuis in hun eigen vertrouwde omgeving te mogen sterven. Om dit mogelijk te maken wordt er een groot beroep gedaan op professionele zorgverleners, maar ook op mantelzorgers. Mantelzorgers kunnen overbelast raken, maar herkennen deze overbelasting niet of pas laat bij zichzelf. Ook komt het

voor dat er geen mantelzorgers aanwezig zijn. In dit soort situaties zijn de vrijwilligers van de VTZD er voor zowel de cliënt als de mantelzorger. De hulp die de goed opgeleide en bekwame vrijwilligers bieden vormt een aanvulling en een gedeeltelijke vervanging van de hulp die mantelzorgers geven. De vrijwilligers vormen daarmee een verlengstuk van de mantelzorger. Naast het bieden van praktische hulp geven de vrijwilligers tijd, aandacht en liefde aan de patiënt. Door middel van het bieden van deze hulp ondersteunen de vrijwilligers niet alleen de patiënt zelf, maar ook de mantelzorger.

Als verwijzer kunt u een belangrijke rol spelen bij een stuk bewustwording bij de patiënt en de mantelzorger. Veel mantelzorgers willen - begrijpelijkerwijs - graag zoveel mogelijk zelf alle hulp geven en vinden het lastig om hulp uit handen te geven. Door in een vroeg stadium op extra vormen van ondersteuning te wijzen, zoals de dienstverlening van de VTZD, kunnen mensen nog voordat er sprake is van overbelasting al wennen aan het idee dat er niets mis mee is om extra hulp in te schakelen, en deze hulp overwegen.

Tot slot bent u als verwijzer degene die de patiënt en de mantelzorger kan attenderen op de verschillende mogelijkheden binnen de palliatieve terminale (vrijwilligers)zorg. Veel palliatief terminale patiënten willen thuis sterven. Een deel van deze patiënten kiest voor 24 uurszorg die door enkele thuiszorgorganisaties geleverd wordt. Ondersteuning door vrijwilligers van de VTZD is dan niet nodig. Er zijn echter veel patiënten die deze 24 uurszorg niet willen of niet nodig hebben, bijvoorbeeld omdat ze hun privacy niet willen inleveren, omdat hun huis er niet geschikt voor is, of omdat ze zoveel zorg (nog) niet nodig hebben. Voor deze patiënten kan ondersteuning door vrijwilligers in de thuissituatie een uitkomst zijn.

Verder kan gewezen worden op de optie om de laatste levensfase in het hospice door te brengen met daarbij ondersteuning van vrijwilligers van de VTZD.

9.4.3 Communicatiemiddelen

De VTZD zal middelen en mensen moeten inzetten om de boodschap over te brengen op elke doelgroep. Hieronder volgt een overzicht van de middelen die ingezet kunnen worden voor elke doelgroep.

Tabel 4 Communicatiemiddelen

Doelgroep	Communicatiemiddelen	Door wie
Patiënten / mantelzorgers	Website. Hier kan de boodschap worden vermeld. Daarnaast is het wenselijk dat de website gemoderniseerd en inhoudelijk verbeterd wordt vanuit de kernwaarden. Door middel van SEO (search engine optimalization) kan de website verder geoptimaliseerd worden.	Coördinatoren voor de inhoud. Externe organisatie voor het moderniseren en de SEO.
	Vermelding in (digitale) gemeentegidsen	Coördinatoren
	Folder	Coördinatoren
	Facebook	Coördinatoren/vrijwilligers
	Vermelding in lokale kranten en huis aan huis bladen	Coördinatoren
	Patiëntenverenigingen	Coördinatoren
	Organiseren van mantelzorgbijeenkomsten	Coördinatoren. Aanwezigheid van vrijwilligers tijdens de bijeenkomsten.
	RTVDrenthe	Coördinatoren
Vrijwilligers	Website	Coördinatoren/externe organisatie
	Vrijwilligersvacaturebank	Coördinatoren
	RTVDrenthe	
	Landelijke media/tijdschriften (zoals Flow, Happinez, Psychologiemagazine)	Coördinatoren i.s.m. landelijke vereniging VPTZ
	Contact met verenigingen die zich met de zin van het leven bezig houden (kerken, humanistische verenigingen, etc.)	Coördinatoren/vrijwilligers

Tabel 4 Communicatiemiddelen (vervolg)

Verwijzers	Persoonlijk contact (bellen, bezoekje brengen)	Coördinatoren
	PatZ-groepen	Coördinatoren
	Folders (ook in wachtkamers, bibliotheken van bv. oncologie-afdelingen)	Coördinatoren/vrijwilligers
	Vermelding/link op website (thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, gezondheidscentra)	Coördinatoren
Overige organisaties	Vermelding/link op website desbetreffende organisatie. Hierbij helder maken wat de VTZD doet.	Coördinatoren
	Persoonlijk contact (bezoekjes afleggen, sommige organisaties jaarlijks, andere vaker.	Coördinatoren

9.4.4 Merknaam

Wij adviseren de VTZD een naamswijziging door te voeren. Tijdens de sessies bleek dat de leden van de projectgroep unaniem achter het idee van een naamswijziging staan. Hoewel genoemd werd dat de huidige naam bekend is bij de thuiszorgorganisaties die samenwerken met de VTZD en de naam (voluit) de lading dekt, is de naam bij veel mensen en organisaties onbekend. Verder is het een naam waar geen gevoel bij zit – het klinkt onpersoonlijk en afstandelijk –, en de naam is niet makkelijk uit te spreken. En als de VTZD zichzelf toch opnieuw wil positioneren, dan kan een nieuwe naam waar meer gevoel bij zit ervoor zorgen dat de organisatie zichzelf een herkenbare identiteit kan aanmeten en beter in de markt kan worden gezet. Het merknaamproces kan volgens de volgende stappen verlopen (zie ook Alsem & Klein Koerkamp, 2016):

1. Degenen die betrokken zijn bij het merknaamproces krijgen een briefing met daarin de beschrijving van de dienst, de doelgroep en de merkpositionering.
2. Er worden een groot aantal (circa 50) namen bedacht. Deze worden aan de VTZD voorgelegd. Op grond hiervan wordt duidelijk wat de VTZD wel en niet aanspreekt.

3. Een kleinere hoeveelheid wordt, met oude en nieuwe namen erbij, voorgelegd aan de VTZD. Volgens hetzelfde proces probeert men te komen tot een lijst van drie namen.
4. Eventueel kunnen de drie namen worden uitgetest bij de doelgroep.
5. De drie namen worden onderworpen aan een connotatie- en juridisch onderzoek. Er wordt dan respectievelijk nagegaan of de namen geen ongewenste associaties opwekken en of de namen niet al elders gebruikt worden.
6. De VTZD selecteert een naam.

Het selecteren van een nieuwe naam dient plaats te vinden voordat het communicatieplan uitgevoerd gaat worden. De eerste stap is de naamswijziging, de tweede stap is een herijking van de huisstijl en de website en als derde en laatste stap kunnen alle overige communicatiemiddelen worden ingezet zoals beschreven in 4.1 t/m 4.3.

9.4.5 Overige aanbevelingen

- Na elke inzet een terugkoppeling geven en een bedankje richting de verwijzers. Enkele transferverpleegkundigen gaven zelf aan dat ze dit op prijs zouden stellen. Op deze manier worden de contacten warm gehouden.
- Contact leggen met andere mogelijke verwijzers, zoals oncologieverpleegkundigen, hartfalenverpleegkundigen, praktijkondersteuners.
- Als manager/coördinator een vaste dag in de week kiezen om je op de thuisinzetten te richten en/of iemand aanwijzen of aanstellen die zich hier specifiek mee gaat bezighouden.

Literatuur

- Alsem, K. J., & Klein Koerkamp, R. (2016). *Zorg met liefde en lef, stappenplan voor effectieve zorgmarketing* (2nd ed.). Bedum: Profiel Uitgeverij.
- De Boer, A., & De Klerk, M. (2013). *Informeel zorg in Nederland. een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. (). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Hasselaar, J., Van der Heide, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. (2016). *Kennissynthese palliatie*. (). Den Haag: ZonMw.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2002). *Kwaliteit palliatieve zorg aan terminale patiënten in zelfstandige hospices. een verkennend onderzoek*. (). Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Kerngroep palliatieve zorg. (2011). *Witboek palliatieve zorg 2011-2020*. (). Utrecht: Stichting Fibula.
- Luijckx, K. (2004). Vrijwilligers terminale zorg: Een bijzondere vorm van vrijwilligerswerk. *Vrijwillige Inzet Onderzocht*, 1(2), 48-55.
- Scholten, C. (2016). *Grenzen verkennen. wettelijke en juridische aspecten in het samenspel tussen informele en formele zorg*. (). Utrecht: Vilans.
- Stichting Fibula. (2014). *Fibula 2.0. samenhang in palliatieve netwerkzorg*. (). Utrecht: Stichting Fibula.
- Stichting Fibula. (2015). *Beleidsplan fibula 2016-2017*. (). Utrecht: Stichting Fibula.
- Stichting Fibula. (2017). Landelijke organisatie netwerken palliatieve zorg. Opgehaald via <http://stichtingfibula.nl/>
- Te Nijenhuis, M., Van Vliet, N., Jansen, P., & Doornink, H. (2015). *Evaluatie regeling palliatieve terminale zorg (PTZ)*. (No. NV/15/1455/erptz). Enschede: Bureau HHM.
- Treacy, M. & Wiersema, F. (1995). *The discipline of market leaders: choose your customers, narrow your focus, dominate your market*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Van Rijn, M. J. (2013). *Kamerbrief investeren in palliatieve zorg*. Den Haag: VWS.

- Van Rijn, M. J. (2016a). *Kamerbrief over stand van zaken maatwerk aanpak vrijwillige burgerinzet*. Den Haag: VWS.
- Van Rijn, M. J. (2016b). *Kamerbrief palliatieve zorg, een niveau hoger*. Den Haag: VWS.
- Visser, G. (2008). *Mantelzorg in de palliatief terminale fase*. (). Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg/Vilans Kenniscentrum Ouderen.
- VTZD. (2007). *Kwaliteitshandboek*. (). Peize: VTZD.
- VTZD. (2016). *Thuisinzetten 2015*. Opgehaald via <http://www.vtzd.nl/algemeen/informatie/>
- VTZD. (z.d.). *Beleidsplan 2016-2019*. (). Grolloo: VTZD.
- Regeling palliatieve terminale zorg, Toelichting (2007).
- VWS. (2016). *Informatiekaart palliatieve terminale zorg*. (). Den Haag: VWS.
- ZonMw. (2015). *Palliatie. meer dan zorg. programma palliatieve zorg 2014-2020*. (). Den Haag: ZonMw.
- Zorg voor Beter. (2018). *Respijtzorg*. Opgehaald via <https://www.zorgvoorbeter.nl/mantelzorg/respijtzorg>

Over de auteurs

Dr. Karel Jan Alsem is lector Marketing & Ondernemen bij de Hanzehogeschool Groningen, en directeur van het Hanze onderzoeksinstituut Marklinq. Daarnaast is hij universitair docent bij de Rijksuniversiteit Groningen.

Dr. Johan de Jong is hogeschooldocent aan de Hanzehogeschool Groningen en is onderzoeker bij Marklinq, het lectoraat Marketing van het Instituut voor Marketing Management.

Dr. Marike Schokker is docent onderzoeksmethodologie bij het Instituut voor Marketing Management. Daarnaast is zij (zorg) onderzoeker bij Marklinq.

Marklinq

Marklinq is een instituut voor toegepast marketingonderzoek van de Hanzehogeschool Groningen. Binnen Marklinq wordt marketingkennis ontwikkeld dat direct toepasbaar is voor de praktijk. Zowel op eigen initiatief als op basis van vragen vanuit de praktijk worden onderzoeken uitgevoerd door docent-onderzoekers en waar mogelijk door studenten.

In de serie Marklinqpublicaties zijn verschenen:

Marklinqpublicatie nr. 1: De marketingoriëntatie van het noordelijk bedrijfsleven, (door K.J. Alsem en F. van Leer), 2013

Marklinqpublicatie nr. 2: De onderscheidendheid van merkwaarden in de zorg, (door K.J. Alsem en E.J. Kostelijk), 2013

Marklinqpublicatie nr. 3: Effecten van crisissituaties op regio-imagos, (door K.J. Alsem en T. Fischer), 2013

Marklinqpublicatie nr. 4: Toeristisch ondernemen in Noord-Nederland: Evaluatie van het toerisme-project VOTR2, (door E.J. Kostelijk en K.J. Alsem), 2013

Marklinqpublicatie nr. 5: Politieke partijen als merk: wat is de mate van onderscheid?, (door K.J. Alsem en T.R. Fischer), 2014

Marklinqpublicatie nr. 6: De kern van Haren, (door K.J. Alsem, S. Brakman en F.A. van Leer), 2014

Marklinqpublicatie nr. 7: Keuzeprocessen in de ouderenzorg: een verkennend onderzoek, (door L. Visser en J. de Jong), 2014

Marklinqpublicatie nr. 8: Bezoekersprognose Wad & Zoo, (door K.J. Alsem en J. Wever), 2015

Marklinqpublicatie nr. 9: Doing business in China, a marketing perspective, (door E.J. Kostelijk en K.J. Alsem), 2015

Marklinqpublicatie nr. 10: Evaluation of the marketing of Emmen, ('Evaluatierapport Marketing Emmen'), by E. van Leer, K.J. Alsem, C. Noordmans, L. Visser, 2016

Marklinqpublicatie nr. 11: The internationalization of companies in the Northern Netherlands: an explorative literature study ('De internationalisering van het noordelijk MKB: een verkennend literatuuronderzoek'), by J. de Jong, 2017.

Marklinqpublicatie nr. 12: The influence of cross-cultural differences on consumer values: a case study, by: E.J. Kostelijk, K.J. Alsem, S. Anli, 2017

Marklinqpublicatie nr. 13: Marketingplan VTZD, Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg Drenthe, (door J. de Jong, M. Schokker, K.J. Alsem), december 2017

www.marklinq.nl

Colofon

Uitgave

Marklinqpublicatie nr. 13

© Marklinq, Hanzehogeschool Groningen,
Lectoraat Marketing & Ondernemen

December 2017

Serie Marklinqpublicaties 2214-9597

Onderzoek en tekst

Johan de Jong, Marike Schokker en Karel Jan Alsem

Beeldmateriaal

Depositphotos

Marklinq

Marklinq is een instituut voor toegepast marketingonderzoek van de Hanzehogeschool Groningen. Binnen Marklinq wordt marketingkennis ontwikkeld dat direct toepasbaar is voor de praktijk. Zowel op eigen initiatief als op basis van vragen vanuit de praktijk worden onderzoeken uitgevoerd door docent-onderzoekers en waar mogelijk door studenten.

marklinq@org.hanze.nl

www.marklinq.nl

