

**Mentorschap in de zorg**

*Welke aanpak leidt tot het beste resultaat bij de uitvoering van mentorschap?*



**Hogeschool Leiden Opleiding HBO-SJD**

Laura van Roode Joost in ’t Groen,

1088690 Marga Janssen

SJD4 Lea Harmsen

Collegejaar 2017-2018 Reguliere kans

1 juni 2018

**Voorwoord**

Geachte lezer,

Voor u ligt mijn scriptie ‘’Welke stappen moeten ondernomen worden om mentorschap meer bekendheid te geven zodat de communicatie tussen mentoren en zorg- en hulpverleners wordt verbeterd?’’, welke uitgevoerd is in het kader van het afstuderen van de opleiding Sociaal Juridische Dienstverlenging aan de Hogeschool te Leiden.

Voordat u inhoudelijk verder leest, wil ik allereerst een aantal mensen bedanken die mij gedurende de afgelopen weken zowel geholpen als ondersteunt hebben tot het realiseren van mijn afstudeeronderzoek.

Allereerst wil ik Vinkestijn Bewindvoering bedanken, die mij de kans heeft geboden om binnen hun organisatie af te studeren. In het bijzonder wil ik Martine Vinkestijn bedanken voor de begeleiding en ondersteuning die zij mij gedurende dit proces heeft geboden. Daarnaast wil ik mijn respondenten bedanken, die een bijdrage hebben geleverd aan het uitwerken en voltooien van dit onderzoek.

Tevens wil ik mijn onderzoeksdocenten, mevrouw Janssen, mevrouw Harmsen en de heer in ’t Groen, maar ook mijn medestudenten bedanken voor de begeleiding, hulp en inzichten tijdens de learning communities. Iets waar ik gedurende dit proces veel aan heb gehad.

Tot slot wil ik Evert de Vries bedanken voor zijn ondersteuning en kritische blik.

Hierbij wens ik u veel leesplezier toe.

Laura van Roode

Juni 2018

**Inhoudsopgave**

Afkortingenlijst 5

Samenvatting 6

1. Inleiding

*1.1. Aanleiding, achtergrond en afbakening van het probleem 8 1.2. Doelstelling 10 1.3. Vraagstelling 11 1.3.1. Centrale vraag 11 1.3.2. Deelvragen 11 1.3.3. Leeswijzer 11*

2. Methoden 13

3. Juridisch kader 17

4. Maatschappelijk kader 20

5. Resultaten

*5.1. Deelvraag 1: 22*

*Wat valt onder de bekendheid van mentorschap?*

*5.2. Deelvraag 2: 25*

*Wat zijn de ervaringen van de mentor van Vinkestijn   
Bewindvoering, ZorgEven en Moneva?*

*5.3. Deelvraag 3: 32  
Wat zijn de ervaringen van de zorg- en hulpverleners?*

6. Conclusie

*6.1. Conclusie deelvragen 37*

*6.6.1. Deelvraag 1: Wat zijn de taken en bevoegdheden 37*

*van de mentor?*

*6.1.2. Deelvraag 2: Wat zijn de ervaringen van de mentor 37*

*van Vinkestijn Bewindvoering, ZorgEven en Moneva?*

*6.1.3. Deelvraag 3: Wat zijn de ervaringen van zorg- en 39*

*hulpverleners met mentorschap? 6.2 Conclusie centrale vraag 40*

7. Aanbevelingen 42

*7.1 Mentor 42*

*7.2 Organisaties 43*

*7.3 Overheid en brancheverenigingen 44*

8. Discussie 46

9. Beroepsproduct: Artikel zorg- en hulpverleners 50

Literatuurlijst 54

Bijlagen (apart document)

*Bijlage I: Plan van aanpak 1*

*Bijlage II: Topiclijst mentoren 18*

*Bijlage III: Topiclijst zorg- en hulpverleners 19*

*Bijlage IV: Interview respondent A: Mentor Vinkestijn Bewindvoering 20*

*Bijlage V: Interview respondent B: Mentor ZorgEven 35*

*Bijlage VI: Interview respondent C: Mentor Moneva 50*

*Bijlage VII: Interview respondent D: Ambulant begeleider Gemiva 62*

*Bijlage VIII: Interview respondent E: Casemanager Pro-Cura Thuiszorg 74*

*Bijlage IX: Interview respondent F: Psychiatrisch verpleegkundige 86  
GGZ Rivierduinen*

*Bijlage X: Interview respondent G: Huisartsassistente huisartsenpraktijk 103*

*Bijlage XI: Interview respondent H: Teamleider woonzorgcentrum Berkhout 107*

*Bijlage XII: Samenvatting beschermingsmaatregelen beschermingsbewind, 121*

*mentorschap en curatele*

**Afkortingenlijst**

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ

Branchevereniging professionele mentoren NBPM

Burgerlijk Wetboek BW

Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen Wet Bopz

Wet maatschappelijke ondersteuning Wmo 2015

Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijke Wzd  
gehandicapte cliënten

**Samenvatting**

Mentorschap, een van de drie beschermingsmaatregelen welke uitgesproken wordt door de kantonrechter voor mensen die zelf niet in staat zijn hun belangen te behartigen, komt steeds meer voor. Hierbij gaat het voornamelijk om dementerende personen, als ook om personen met een verstandelijke handicap of psychische beperkingen. De toename heeft onder andere te maken met de verandering in wetgeving in 2015, namelijk de invoer van de Wet maatschappelijke ondersteuning waardoor personen langer thuis wonen. Daarbij treedt in 2020 de Wet zorg en dwang psychiatrische ziekenhuizen in werking, die zorg- en hulpverleners verplichten mentorschap aan te vragen indien de cliënt niet in staat is zelfstandig te beslissen over zijn of haar zorg.

De mentor is de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, die de cliënt adviseert en ondersteunt bij het nemen van beslissingen op het gebied van verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Over het algemeen is de term mentor wel bekend, maar niet bij iedereen is duidelijk dat het een specifiek juridische betekenis heeft. Hierdoor dienen mentoren regelmatig (herhaaldelijk) uit te leggen wat mentorschap inhoudt.

Uit een evaluatierapport uit 1998 blijkt dat toen de onbekendheid van mentorschap al een probleem was. Tot op heden ervaren mentoren dat zij regelmatig niet, nauwelijks of te laat geïnformeerd worden, omdat de kennis van mentorschap bij zorg- en hulpverleners ontbreekt of niet volledig is, met als gevolg dat niet altijd de juiste beslissingen genomen worden in het belang van de cliënt

Mentoren ervaren diverse knelpunten tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden. Zo worden zij niet, nauwelijks of summier geïnformeerd over de situatie waarin de cliënt verkeert. Daarnaast worden zij niet altijd betrokken bij zorgplanbesprekingen en verloopt het verkrijgen van informatie vrij moeizaam. Dit alles heeft volgens de mentoren te maken met het ontbreken van de kennis bij de zorg- en hulpverleners, maar komt ook doordat er in de wet- en regelgeving niet duidelijk benoemd staat wat er van de mentor verwacht wordt. De taken en bevoegdheden die vanuit de wet- en regelgeving geformuleerd worden zijn breed omschreven. Hierdoor voert elke mentor mentorschap op een andere manier uit, met extra taken wat eigenlijk niet binnen hun takenpakket valt.

Daar waar mentoren knelpunten ervaren, uiten zorg- en hulpverleners zich erg positief over mentoren. Zij hebben het idee dat de samenwerking goed verloopt, echter zij zijn niet op de hoogte waar de overlegmomenten liggen, waardoor zij handelen vanuit hun gevoel. Daarnaast verwarren zij mentorschap zo nu en dan met de andere twee beschermingsmaatregelen bewindvoering en curatele. In vrijwel geen enkele opleiding komt het onderwerp mentorschap aan bod en doorgaans ondernemen organisaties of instellingen niet of nauwelijks stappen om hun medewerkers bekend te laten worden met mentorschap.

Om mentorschap te verbeteren zijn er een aantal aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek voor zowel mentoren, als voor instellingen en organisaties waar zorg- en hulpverleners werkzaam zijn en voor overheid en brancheverenigingen. Mentoren dienen hun verwachtingen te uiten bij het kennismakingsgesprek. Wanneer duidelijkheid ontstaat en afspraken gemaakt worden zullen er minder knelpunten, miscommunicaties en irritaties ontstaan. Daarnaast beveel ik aan om een folder, gericht op zorg- en hulpverleners, op te stellen waarin omschreven wordt wat mentorschap is en hoe gewerkt dient te worden indien mentorschap van toepassing is bij een cliënt. Als laatste beveel ik mentoren aan om lezingen te houden binnen instellingen en organisaties omtrent het mentorschap. Door het probleem van tevoren aan te pakken, zal dit uiteindelijk tijd besparen en leiden tot meer kwaliteit.

Organisaties zouden met een beleid of protocol moeten werken, waarin uitgeschreven staat hoe gewerkt en gehandeld dient te worden bij mentorschap. Daarnaast dient personeel voorgelicht of bijgeschoold te worden wanneer zij niet of niet voldoende bekend zijn met mentorschap. Om de bereikbaarheid te verbeteren zou gewerkt moeten worden met een doorkiesnummer in het keuzemenu voor zorg- en hulpverleners en voor een efficiëntere werkwijze is een elektronisch cliëntendossier een uitkomst. Zo kan de mentor altijd een up-to-date dossier van de cliënt inzien.

Mentorschap dient landelijk meer bekendheid te krijgen door middel van reclamespotjes, een artikel in een veelgelezen vaktijdschrift en vanuit de branchevereniging. Tevens dient er een landelijk beleid of protocol opgezet te worden om ervoor te zorgen dat elke instelling of organisatie op dezelfde manier omgaat met mentorschap. Om mentorschap nog bekender te laten worden is het van belang dat het onderwerp meegenomen wordt in opleidingen die raakvlakken hebben met de zorg of wet- en regelgeving daar omheen. Als laatste dienen vanuit de wet- en regelgeving de taken en bevoegdheden van de mentor verscherpt te worden, om discussies te voorkomen.

**1. Inleiding**

1.1. Aanleiding, achtergrond en afbakening van het probleem

Mentorschap neemt significant toe voor mensen die zelf niet in staat zijn hun belangen te behartigen. Daarbij gaat het voornamelijk om dementerende personen, als ook om personen met een verstandelijke handicap of psychische beperkingen.[[1]](#footnote-1)

Een mentor is een wettelijk vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de cliënt op niet-vermogensrechtelijk gebied, wanneer de cliënt daar zelf niet meer (naar behoren) toe is staat is. De mentor neemt samen met de cliënt, voor zover dat mogelijk is, beslissingen omtrent de verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Daarnaast neemt de mentor beslissingen over het welzijn van de cliënt, te denken valt aan de woonplek, maar ook werk- en/of dagbesteding. Dit heeft te maken met het feit dat de cliënt in een voor hem of haar veilige leefomgeving moet verblijven, waarbij een afweging gemaakt wordt tussen het woongenot en de risico’s op ongevallen.[[2]](#footnote-2)

De term mentor is over het algemeen wel bekend, maar niet bij iedereen is duidelijk dat het een specifiek juridische betekenis heeft. Hierdoor dienen mentoren regelmatig (herhaaldelijk) uit te leggen wat mentorschap is, wat de bedoeling van mentorschap is, wat de positie van de mentor is, wat de taken en bevoegdheden zijn, maar ook waar de overlegmomenten liggen. Indien zorg- en hulpverleners op de hoogte zijn wat mentorschap inhoudt, kan de samenwerking tussen de mentor en zorg- en hulpverleners beter benut worden, zonder dat er knelpunten of irritaties ontstaan.[[3]](#footnote-3)

Uit evaluatie van drs. Oomes en mr. Van Zutphen die in 1998 is uitgevoerd, bleek dat bovengenoemd probleem toen al aan de orde was, namelijk dat hulpverleners of instanties regelmatig niet op de hoogte waren dat een cliënt onder mentorschap stond of dat het hen niet duidelijk was wat mentorschap inhoudt.[[4]](#footnote-4) Na 1998 is hier verder geen onderzoek meer naar verricht. Wel heeft professor Sjef Gevers in een artikel, gepubliceerd in mei 2012, aangegeven dat er dringend meer voorlichting noodzakelijk is over de werkzaamheden van mentoren en wetgeving rondom mentorschap. Zo stelt hij dat vooral in de opleiding van artsen, verzorgers en verplegers er meer aandacht aan mentorschap besteed moet worden. Volgens hem verloopt het overleg tussen de arts, de wilsonbekwame patiënt en de mentor meestal wel goed, maar is het niet altijd even duidelijk wie wat te zeggen heeft. Om mentorschap meer bekendheid te geven adviseerde hij om in de basisopleiding van artsen en in bijscholingscursussen meer aandacht aan dit onderwerp te schenken.[[5]](#footnote-5)

Tot op heden ervaart de mentor van Vinkestijn Bewindvoering, mijn opdrachtgever, en tevens ondervinden andere mentoren, dat zij regelmatig niet, nauwelijks of te laat geïnformeerd worden over de situatie waarin de cliënt verkeert, omdat zorg- of hulpverleners nog steeds niet (voldoende) bekend zijn met mentorschap. Daarnaast ervaren de mentoren dat de communicatie tussen hen en zorg- en hulpverleners niet altijd verloopt zoals gewenst. Beide partijen liggen niet altijd op één lijn ten behoeve van de belangen van de cliënt en de zorg- en hulpverleners zien niet altijd in dat de mentor de doorslaggevende rol heeft. Door deze knelpunten kan de mentor belemmerd worden bij de uitvoering van zijn of haar werkzaamheden. Zo ervoer een van de respondenten tijdens de uitvoering van haar werkzaamheden als mentor dat een cliënt, die opgenomen was in een zorginstelling, een week tevoren overleden was zonder dat de mentor daarvan op de hoogte was gesteld. Via verre familie van deze persoon werd de mentor geïnformeerd over het overlijden van haar cliënt. De mentor was nooit door de zorginstelling op de hoogte gesteld dat haar cliënt in welzijn achteruitging en uiteindelijk overleden is.[[6]](#footnote-6)

Bij de uitvoering van mentorschap zijn veel verschillende partijen betrokken, onder andere de mentor, de cliënt, de familie van de cliënt, de rechtbank en zorg- en hulpverleners. Dit onderzoek richt zich uitsluitend op de mentor en de zorg- en hulpverleners, omdat mijn opdrachtgever bij zorg- en hulpverleners de meeste knelpunten ervaart. Daarbij ligt de focus op de begrippen bekendheid van mentorschap en communicatie bij mentorschap.

1.2. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen in hoeverre mentorschap precies bekend is bij zorg- en hulpverleners en hoe de eventueel beperkte bekendheid bijgeschaafd kan worden, waardoor de communicatie wellicht optimaler verloopt. Samenwerking tussen de mentor en de zorg- en hulpverleners is namelijk van groot belang.

Door het uitvoeren van literatuuronderzoek en het afnemen van half gestructureerde interviews met zowel mentoren als zorg- en hulpverleners, is geïnventariseerd waar de knelpunten liggen met betrekking tot bovengenoemde punten: bekendheid en communicatie. Tevens is vastgesteld wat er moet gebeuren om de situatie te verbeteren. De uitkomsten van het literatuuronderzoek en de interviews zijn uitgewerkt in de resultaten, waar uiteindelijk aanbevelingen uit voortkomen voor zowel mentoren als voor instellingen en organisaties waar zorg- en hulpverleners werkzaam zijn. Tenslotte is ook een belangrijke taak weggelegd voor overheid en brancheverenigingen. Naast dat dit scriptieonderzoek handvatten zal bieden voor zowel mentoren als voor zorg- en hulpverleners, zal dit onderzoek tevens gebruikt worden als lesmateriaal in de post hbo-opleiding Mentorraad.

Het beroepsproduct betreft een artikel, geschreven voor zorg- en hulpverleners, om hen te informeren over mentorschap. Het artikel is uitsluitend gericht op de zorg- en hulpverleners, omdat uit dit onderzoek is gebleken dat bij hen de kennis omtrent mentorschap niet voldoende is of geheel ontbreekt. Het artikel zal zowel op de website van mijn opdrachtgever, Vinkestijn Bewindvoering, als op LinkedIn geplaatst worden met de verwachting dat dit artikel een grotere groep zorg- en hulpverleners zal informeren.

1.3. Vraagstelling

1.3.1. Centrale vraag

Het onderzoek leidt tot beantwoording van de volgende centrale vraag:

‘*’Welke stappen moeten ondernomen worden om mentorschap meer bekendheid te geven, zodat de communicatie tussen mentoren en zorg- en hulpverleners wordt verbeterd?’’*

1.3.2. Deelvragen  
Om bovengenoemde centrale vraag te kunnen beantwoorden, dienen allereerst de volgende deelvragen beantwoord te worden:

1. Wat zijn de taken en bevoegdheden van de mentor?
2. Wat zijn de ervaringen van de mentoren van Vinkestijn Bewindvoering, ZorgEven en Moneva?
3. Wat zijn de ervaringen van de zorg- en hulpverleners?

1.3.3. Leeswijzer

Zojuist heeft u de inleiding gelezen, waarin de aanleiding van het probleem beschreven is en de afbakening daarvan. Vervolgens is de doelstelling geïntroduceerd, gevolgd door de centrale vraag en de deelvragen die de centrale vraag zullen helpen beantwoorden.

In hoofdstuk twee zijn de onderzoeksmethoden uitgewerkt, waarin per deelvraag omschreven staat van welke methode gebruik gemaakt is, de reden waarvoor deze methode is gekozen en hoe deze de deelvragen zal beantwoorden. Tevens is bij de uitwerking van de methoden ingegaan waarom voor welke respondent gekozen is en hoe omgegaan is met de betrouwbaarheid en de validiteit van de verworven informatie.

Hoofdstuk drie richt zich op het juridisch kader rondom mentorschap. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet onder welk recht mentorschap valt, wanneer mentorschap ingesteld wordt en wie bevoegd is het verzoek in te dienen bij de rechtbank. Daarnaast wordt ingegaan op wanneer mentorschap ingesteld wordt en wanneer mentorschap opgeheven kan worden.

Hoofdstuk vier richt zich op het maatschappelijk kader rondom mentorschap. Hierin wordt uiteengezet voor wie mentorschap veelal bedoeld is en welke wijzigingen in wetgeving ervoor zorgen dat er in toenemende mate meer vraag naar is mentorschap.

In hoofdstuk vijf wordt ingegaan op de resultaten. Hierin worden per deelvraag antwoorden gegeven. Allereerst zullen de taken en bevoegdheden van de mentor beschreven worden, gevolgd door de ervaringen van de mentoren tijdens de uitvoering van hun werkzaamheden en de ervaringen van de zorg- en hulpverleners met mentorschap.

In hoofdstuk zes treft u allereerst een korte samenvatting per deelvraag aan, gevolgd door de conclusie. Aan de hand van de uitgewerkte deelvragen en conclusie zal de centrale vraag beantwoord worden.

In hoofdstuk zeven worden de aanbevelingen beschreven. Aangezien dit onderzoek zich zowel op mentoren als op zorg- en hulpverleners werkzaam in instellingen en organisaties en deels op overheid en brancheverenigingen richt, zullen voor al deze drie belanghebbenden aanbevelingen gedaan worden.

Hoofdstuk acht richt zich op de discussie, waarin gereflecteerd wordt op de uitvoering van dit onderzoek.

Na de inhoudelijke informatie omtrent dit onderzoek treft u de literatuurlijst aan, waarin de bronnen vermeld staan welke gebruikt zijn voor de uitvoering van dit onderzoek.

Als laatste vindt u de bijlagen, waarin het plan van aanpak, de topiclijst van de afgenomen interviews van zowel de mentoren als de zorg- en hulpverleners, de getranscribeerde interviews, een overzicht waarin de verschillen van de drie beschermingsmaatregelen, bewindvoering, curatele en mentorschap, benoemd worden en het beroepsproduct te vinden zijn.

**2. Methoden**

In dit hoofdstuk wordt omschreven van welke onderzoeksmethoden gebruik gemaakt is bij de uitwerking van de deelvragen, waarom deze methoden zijn toegepast en hoe deze zijn ingezet.

*Methoden van onderzoek*

Om antwoord te krijgen op de drie deelvragen is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Dit is toegepast door literatuuronderzoek en het afnemen van half gestructureerde interviews.

Door literatuuronderzoek en het afnemen van interviews is voor deelvraag één: wat zijn de taken en bevoegdheden van de mentor? achterhaald wat er verstaan wordt onder de taken en bevoegdheden van de mentor en hoe de mentor vanuit de praktijk de taken en bevoegdheden uitvoert. Doordat mentorschap niet breed omschreven staat in de wet- en regelgeving wordt mentorschap door elke mentor op een andere manier uitgevoerd.

Voor de beantwoording van deelvraag twee: wat zijn de ervaringen van de mentor van Vinkestijn Bewindvoering, ZorgEven en Moneva? is wederom literatuuronderzoek toegepast. De resultaten van het literatuuronderzoek zijn samengevoegd met de bevindingen welke opgedaan zijn tijdens de half gestructureerde interviews met betrekking tot de praktijkervaring van de drie mentoren. Voor de specifieke vragen die tijdens het interview met de mentoren ter sprake zijn gekomen om deelvraag één en twee te beantwoorden verwijs ik u naar bijlage II.[[7]](#footnote-7)

Voor de beantwoording van deelvraag drie: wat zijn de ervaringen van de zorg- en hulpverleners? is gebruik gemaakt van half gestructureerde interviews met vijf verschillende zorg- en hulpverleners, werkzaam binnen diverse instellingen of organisaties met ieder een andere functie. Door het afnemen van de interviews is achterhaald wat de ervaringen, knelpunten, verbeteringen en gewenste situaties van de zorg- en hulpverleners zijn. Voor de specifieke vragen die tijdens het interview aan bod zijn gekomen verwijs ik u naar bijlage III.[[8]](#footnote-8)

De keuze voor half gestructureerde interviews is erop gericht dat de structuur tijdens het interview bepaald is en dat er tegelijkertijd ook ruimte is voor eigen inbreng van de respondenten.

*Keuze respondenten*

Voor het afnemen van de interviews zijn verschillende respondenten benaderd waaronder drie mentoren van verschillende organisaties en vijf zorg- en hulpverleners met ieder een andere functie binnen een andere organisatie. De keuze voor drie mentoren en vijf zorg- en hulpverleners als respondenten is gemaakt om te waarborgen dat het onderzoek niet te omvangrijk wordt. Daarnaast is voor dit aantal respondenten gekozen, omdat met dit aantal respondenten voldoende informatie verkregen is, vanuit verschillende functies, om het probleem, de ervaringen en de gewenste situatie in kaart te brengen waarbij de deelvragen voldoende beantwoord zijn.

Respondent A is de eigenaresse en tevens enige mentor van Vinkestijn Bewindvoering. Vinkestijn Bewindvoering biedt naast mentorschap ook curatele en bewindvoering. Aangezien Vinkestijn Bewindvoering mijn opdrachtgever is en de mentor inmiddels twee jaar mentorschap uitvoert, is zij als respondent benaderd.

Respondent B is de eigenaresse van ZorgEven. Voorheen was zij werkzaam als bewindvoerder en als mentor. Vanaf de zomer van 2017 heeft zij haar taken als bewindvoerder overgedragen en heeft zij zich volledig op mentorschap gericht. Aangezien zij zich alleen bezighoudt met de uitvoering van mentorschap en veel te maken heeft met zorg- en hulpverleners is zij als respondent benaderd.

Respondent C is de eigenaresse van Moneva. Naast bewindvoering en curatele biedt zij mentorschap. Sinds 2009 voert zij haar werkzaamheden als bewindvoerder uit. Deze werkzaamheden breidden zich al snel uit met curatele en mentoraat, omdat zij naast bewindvoering meer de zorginhoudelijke kant op wilde gaan.

Door het afnemen van de interviews heb ik kunnen achterhalen of de mentoren dezelfde ervaringen hebben en op dezelfde knelpunten stuiten, wat die knelpunten zijn en wat voor hen de gewenste situaties zijn. Voor de specifieke vragen die tijdens het interview ter sprake zijn gekomen verwijs ik u naar bijlage II.[[9]](#footnote-9)

Respondent D is een ambulant begeleider werkzaam bij Gemiva. Zij is tweeëntwintig jaar werkzaam als ambulant begeleider, waarbij zij mensen met een beperking bezoekt, begeleidt en ondersteunt. Gezien haar jarenlange ervaring als ambulant begeleider en de doelgroep waarmee zij werkt, is zij een van mijn respondenten.

Respondent E is een casemanager werkzaam bij Pro-Cura Thuiszorg. Tot twee jaar geleden was zij werkzaam als casemanager in het Alrijne Ziekenhuis in Leiderdorp. Doordat haar functie in het ziekenhuis kwam te vervallen, heeft zij haar werkzaamheden als casemanager voortgezet bij Pro-Cura Thuiszorg. Gezien haar jarenlange ervaring is zij een van mijn respondenten. Als casemanager heeft zij te maken met dementerende personen, waarbij zo nu en dan mentorschap voorkomt. Aangezien een casemanager veel regelt voor de cliënt is de samenwerking tussen de casemanager en de mentor van groot belang.

Respondent F is een psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam bij GGZ Rivierduinen. Vrijwel elke bewoner die opgenomen is op de psychiatrische afdeling heeft een mentor door zijn of haar psychische beperking. Aangezien de respondent persoonlijk begeleider is, wat inhoudt dat zij de contactpersoon van die bewoner is, heeft zij veel te maken met mentoren.

Respondent G is een huisartsassistente van een huisartsenpraktijk. De huisarts is de eerste zorgverlener waarmee een persoon te maken heeft. Voordat er een doorverwijzing plaatsvindt naar een andere zorg- of hulpverlener moet eerst contact geweest zijn met de huisarts. Communicatie tussen deze zorgverlener en de mentor is dan ook van groot belang. Aangezien de huisartsassistente de eerste contactpersoon is binnen een huisartsenpraktijk is de zevende respondent een huisartsassistente.

Respondent H is de teamleider binnen woonzorgcentrum Berkhout, dat valt onder de grote organisatie Marente. Dertig jaar geleden is zij begonnen als zorgverlener en vanuit die functie doorgegroeid naar de functie van teamleider in 2002. Gezien haar jarenlange ervaring en belangrijke positie binnen de organisatie is zij als respondent benaderd.

*Validiteit en betrouwbaarheid*

Om de validiteit van literatuuronderzoek te waarborgen is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Voor de beantwoording van deelvraag één is gebruik gemaakt van de website goedvertegenwoordigd.nl, waarin de taken en bevoegdheden van de mentor omschreven zijn.[[10]](#footnote-10) Bij de uitwerking van deelvraag twee is gebruik gemaakt van het rapport Mentorschap op maat in de GGZ, waarin ingegaan wordt op de essentie van succesvol mentorschap en hoe dit bereikt kan worden.[[11]](#footnote-11) Tevens is gebruik gemaakt van het rapport Mentorschap in perspectief, waaruit blijkt dat elke zorg- en hulpverlener de mentor op een andere manier betrekt bij de communicatie over de cliënt.[[12]](#footnote-12)

Voor de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek is achterhaald wanneer de websites voor het laatst zijn bijgewerkt.

Om de validiteit tijdens de interviews te bewaken is gebruik gemaakt van verschillende respondenten, ieder werkzaam in een andere functie binnen een andere organisatie. Voor de betrouwbaarheid van de interviews is gebruik gemaakt van geluidsopnames. Aan de hand van de geluidsopnames zijn de interviews getranscribeerd, gelabeld en geanalyseerd met als doel het vaststellen of de mentoren dezelfde ervaringen, knelpunten en belemmeringen ervaren met betrekking tot de uitvoering van het mentorschap en het inventariseren wat de ervaringen en eventuele knelpunten zijn van de zorg- en hulpverleners. Tevens is geanalyseerd hoe de samenwerking tussen partijen bevorderd kan worden.

**3. Juridisch kader**

*Beschermingsmaatregel*

Indien een persoon niet in staat is om zijn of haar eigen belangen naar behoren te behartigen, biedt de wet de mogelijkheid om deze persoon te beschermen. Dit kan zowel op vermogensrechtelijk (financieel) gebied, als op niet-vermogensrechtelijk gebied. De wet hanteert drie verschillende beschermingsmaatregelen, namelijk beschermingsbewind, mentorschap en curatele. De drie beschermingsmaatregelen zijn terug te vinden vanaf artikel 378 in boek 1 van het Burgerlijk Wetboek.[[13]](#footnote-13)

Beschermingsbewind richt zich op meerderjarige personen die door hun lichamelijke of geestelijke toestand tijdelijk of blijvend niet in staat worden geacht om hun financiële belangen te behartigen. Beschermingsbewind kan tevens van toepassing zijn wanneer iemand met schulden kampt. Indien de goederen van de persoon geheel onder bewind zijn gesteld, mag de persoon niet meer zelfstandig beslissingen nemen over deze goederen. De bewindvoerder, welke aangesteld wordt door de rechtbank, beslist en beheert de goederen van de onder bewind gestelde persoon. De onder bewind gestelde blijft handelingsbekwaam.

Mentorschap richt zich op meerderjarige personen die als gevolg van hun geestelijke of lichamelijke toestand niet in staat worden geacht over hun niet-vermogensrechtelijke belangen, zoals persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling te beslissen. De mentor neemt, voor zover dat mogelijk is, samen met de betrokken persoon beslissingen. Bij mentoraat blijft de betrokkene handelingsbekwaam.

Curatele is bedoeld voor personen die niet over hun vermogensrechtelijke en ook niet over hun niet-vermogensrechtelijke belangen kunnen beslissen. Curatele wordt gezien als een combinatie van beschermingsbewind en mentorschap, echter bij curatele verliest de betrokkene zijn volledige handelingsbekwaamheid, waardoor de betrokkene zelfstandig geen rechtshandelingen kan verrichten zonder toestemming van de curator. Bij beschermingsbewind en mentorschap blijft de betrokkene handelingsbekwaam.[[14]](#footnote-14)

In bijlage XII treft u een overzicht aan waarin de verschillen tussen de drie beschermingsmaatregelen uitgewerkt zijn.

*Wetgeving rondom mentorschap*

De Wet mentorschap is op 1 januari 1995 in werking getreden en valt onder het personen- en familierecht, beschreven vanaf artikel 450 van boek 1 van het Burgerlijk Wetboek. Deze wet biedt bescherming aan meerderjarige personen die niet zelfstandig in staat zijn hun belangen van niet-vermogensrechtelijke aard te behartigen. Hierbij gaat het uitsluitend om aangelegenheden omtrent de verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding.

Mentorschap wordt ingesteld door de kantonrechter indien een meerderjarige persoon als gevolg van zijn geestelijke of lichamelijke toestand bemoeilijkt wordt of niet in staat is over zijn of haar belangen te beslissen op het gebied van verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding.[[15]](#footnote-15) Op grond van artikel 451 van boek 1 van het Burgerlijk Wetboek kan de betrokkene zelf een verzoek om mentorschap bij de kantonrechter neerleggen, maar ook de echtgenoot van betrokkene, de geregistreerd partner, andere levensgezel of bloedverwanten in de rechte of zijlijn tot en met de vierde graad. Tevens kan mentorschap worden verzocht door het Openbaar Ministerie of door de instelling waar de betrokkene verblijft.[[16]](#footnote-16) Jaarlijks moet de mentor verslag uitbrengen aan de kantonrechter omtrent het verloop van het mentorschap.[[17]](#footnote-17)

Wanneer mentorschap ingesteld wordt, is betrokkene onbevoegd om rechtshandelingen te verrichten met betrekking tot zijn verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. De mentor vertegenwoordigt de betrokkene bij bovengenoemde rechtshandelingen en treedt in plaats van betrokkene op. De mentor dient de betrokkene bij de vervulling van zijn of haar taak te betrekken en voor zover dat mogelijk is de betrokkene te bevorderen om rechts- en feitelijke handelingen met toestemming van de mentor zoveel mogelijk zelfstandig uit te voeren. Indien betrokkene zich verzet tegen een handeling van ingrijpende aard kan de handeling alleen uitgevoerd worden met toestemming van de mentor indien het nalaten van de handeling ernstig nadeel voor de betrokkene kan veroorzaken.[[18]](#footnote-18)[[19]](#footnote-19)

Mentorschap kan opgeheven worden door de kantonrechter indien de noodzaak voor het mentorschap niet meer bestaat of het voortzetten van het mentorschap niet meer zinvol is. Tevens eindigt het mentorschap door het verstrijken van de tijdsduur waarvoor het mentorschap is ingesteld, door het overlijden van de cliënt of door het overzetten van mentorschap naar curatele.[[20]](#footnote-20)

**4. Maatschappelijk kader**

Er is steeds meer behoefte aan mentorschap voor mensen die door de gevolgen van dementie, een verstandelijke handicap of psychische beperking niet in staat zijn zelfstandig hun belangen te behartigen. Naar schatting zijn er op dit moment tussen de 200.000 en 250.000 personen in Nederland die een mentor hebben.

*Verandering in wetgeving*

De stijging van het mentorschap heeft onder andere te maken met een verandering in de zorg door de vernieuwde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) welke in werking getreden is vanaf 1 januari 2015. De inwerkingtreding van deze nieuwe wet zou de overheid miljarden euro’s besparen. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de voorganger van de Wmo 2015, was in 1968 in werking getreden als kleine wet voor geesteszieken. Door de uitbreiding van deze wet liepen de zorgkosten op tot 26 miljard euro per jaar, dat vanuit de overheid bekostigd werd. Door de inwerkingtreding van de Wmo 2015 zouden de kosten teruglopen naar 12 miljard per jaar.[[21]](#footnote-21)

Echter door de inwerkingtreding van deze wet is de toegang tot zorg in een verpleeghuis of instelling beperkt. De verantwoordelijkheid voor de ondersteuning en begeleiding van de inwoners is bij de gemeente neergelegd, die eerst bekijkt wat familie, vrienden of kennissen voor de zorgvrager kunnen betekenen, voordat zij bijspringt. Het gevolg hiervan is dat ouderen en zorgbehoevende personen langer thuis blijven wonen, terwijl in een aantal gevallen het onverantwoord kan zijn als deze persoon thuis woont. De zorg in een verzorgingshuis is intensiever dan wanneer familie of de thuiszorg de verzorging uitvoert. Het langer thuis wonen voor ouderen of zorgbehoevende personen kan risico’s met zich meebrengen indien de gezondheid van betrokkene verslechtert en deze persoon geen familie of netwerk heeft die voor hem of haar opkomen. Voor deze personen is mentorschap een uitkomst.

Naast dementerende personen komt mentorschap veelvuldig voor bij personen met een verstandelijke handicap of psychische beperkingen.[[22]](#footnote-22) Door een toekomstige verandering in de wetgeving, namelijk van de Wet Bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) naar de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten (Wzd), welke 23 januari 2018 door de Eerste Kamer is aanvaard en vanaf 1 januari 2020 in werking zal treden, moeten zorgverleners er voor zorg dragen dat mentorschap aangevraagd wordt indien een patiënt die psychisch of verstandelijk beperkt is niet kan instemmen met de zorg, of beslissingen kan nemen over zijn of haar zorg.

De reden van de wijziging van de Wet Bopz naar de Wzd is onder andere erop gericht dat de zorg beter aansluit op de zorgbehoefte. Op dit moment vallen gedwongen opnames en gedwongen zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking onder de Wet Bopz, terwijl deze wet bedoeld is voor psychiatrische behandelingen in psychiatrische ziekenhuizen. Door de verandering naar de Wdz worden mensen met dementie of een verstandelijke beperking meer beschermd en zal de zorg beter aansluiten.[[23]](#footnote-23)

*Uitspraak door kantonrechter*

Naast de verandering in wetgeving leidt ook de terughoudendheid van kantonrechters bij het uitspreken van curatele door de jaren heen tot toename van mentorschap. Dit heeft te maken met het feit dat de maatregel van zeer ingrijpende aard is, omdat een persoon die onder curatele gesteld wordt volledig handelingsonbekwaam is. Hierdoor ligt de voorkeur van kantonrechters bij de combinatie van bewindvoering en mentorschap, omdat bij bewindvoering en mentorschap de betrokkene handelingsbekwaam blijft.[[24]](#footnote-24)

**5. Resultaten**

In dit hoofdstuk worden per deelvraag de resultaten van het uitgevoerde literatuuronderzoek en de resultaten van het kwalitatieve onderzoek beschreven.

5.1. Deelvraag 1: Wat zijn de taken en bevoegdheden van de mentor?

Tijdens de beantwoording van de eerste deelvraag wordt ingegaan op wat de taken en bevoegdheden van de mentor zijn. Door het toepassen van literatuuronderzoek is duidelijk geworden wat van mentoren verwacht wordt tijdens de uitvoering van hun werkzaamheden vanuit de wet- en regelgeving. Door het afnemen van half gestructureerde interviews met drie verschillende mentoren is duidelijk geworden hoe de mentoren met deze taken en bevoegdheden in de praktijk omgaan. Om op een overzichtelijke manier de eerste deelvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende sub-deelvragen.

*Taken*

Het takenpakket van een mentor bestaat uit vier hoofdtaken. Een van de taken is dat de mentor als belangenbehartiger optreedt voor zijn cliënt, waarbij de mentor opkomt voor de persoonlijke belangen van de cliënt. De mentor adviseert en ondersteunt de cliënt bij het nemen van beslissingen. Tevens treedt de mentor op als vertegenwoordiger van de cliënt, waarbij de mentor regelmatig overleg heeft met zorg- en hulpverleners om op de hoogte te blijven over de verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van cliënt. Hierdoor heeft de mentor de mogelijkheid om kritisch mee te kijken naar de zorg die cliënt ontvangt en de mogelijkheid om vast te stellen of dat ook de juiste is. Om bovengenoemde taken zo goed mogelijk uit te voeren is het van belang dat de mentor de cliënt regelmatig bezoekt, zodat de mentor een vertrouwenspersoon voor de cliënt is.[[25]](#footnote-25)

*Bevoegdheden*

Naast de taken die de mentor uitvoert is de mentor voor een aantal handelingen bevoegd. Zo moet de mentor na een zorgplanbespreking de zorgovereenkomst, het   
zorg-, behandel- en begeleidingsplan namens de cliënt ondertekenen. Tevens overlegt de mentor met zorg-, hulp- en dienstverleners over de cliënt. Daarnaast is de mentor bevoegd om het dossier van de cliënt in te zien, zodat hij of zij toezicht houdt op de uitvoering van de zorgverlening. Indien de uitvoering van de zorgverlening niet naar wens verloopt kan de mentor mogelijke verbeteringen inbrengen.[[26]](#footnote-26) Indien nodig neemt de mentor beslissingen over de keuze van de woonplek, werkplek en/of dagbesteding.

*Uitvoering taken en bevoegdheden vanuit de praktijk*

Uit de afgenomen interviews met de mentoren blijkt dat de taken en bevoegdheden van een mentor nogal breed en onduidelijk geformuleerd zijn vanuit de wet- en regelgeving, waardoor er discussies ontstonden wat een mentor nu wel en niet doet. Gezien deze reden heeft de Nederlandse Branchevereniging Professionele Mentoren (NBPM) sinds een halfjaar een lijst opgemaakt waarin aangegeven wordt wat een professioneel mentor niet doet, namelijk een professioneel mentor biedt geen directe hulp of begeleiding. Daaronder wordt verstaan:

* De mentor gaat niet mee naar het ziekenhuis, de huisarts of de oogarts;
* De mentor koopt geen kleding, verzorgingsproducten, huisraad et cetera;
* De mentor verzorgt niet de aanvraag of verlenging van een identiteitskaart of paspoort;
* De mentor brengt of haalt de cliënt niet van het vakantieadres of vrijetijdsactiviteiten;
* De mentor regelt niet de begrafenis of crematie van de cliënt.[[27]](#footnote-27)

Echter, respondent B voert vrijwel alle bovengenoemde taken als extra taken uit, daar waar respondenten A en C er delen van uitvoeren. Respondenten A en B vinden het fijn om meer de regie te houden en zich te bemoeien met de extra zorgen om iemand heen.

*‘Zolang mentorschap vaag beschreven is vult iedereen mentorschap op zijn eigen manier in’*.[[28]](#footnote-28)

Afhankelijk van de situatie van cliënt voert de mentor extra taken uit. Mentoren vinden het van belang om feeling te houden met de zorg- en hulpverleners om de cliënt heen. Om hiervoor zorg te dragen gaan zij eens in het halfjaar met de cliënt mee naar afspraken. Wanneer een cliënt in het ziekenhuis ligt vinden de mentoren het tevens van wezenlijk belang om een bezoekje te brengen aan de cliënt om te kijken hoe het met hem of haar gesteld is, vooral als er geen familie bij de cliënt betrokken is om wat voor reden dan ook. Wanneer er geen familie bij de cliënt betrokken is maakt de mentor de afweging of zij mee gaat naar de ziekenhuisafspraken, afhankelijk van de situatie waarin de cliënt verkeert. Zo gaf respondent B aan dat zij altijd meegaat naar ziekenhuisafspraken van een cliënt met Korsakov, omdat de familie hem verstoten heeft en de cliënt de informatie door zijn ziekte niet onthoudt.

‘*Ik denk dat het bij tachtig tot negentig procent van mijn cliënten niet verantwoord is om ze alleen naar een arts te laten gaan’.[[29]](#footnote-29)*

5.2. Deelvraag 2: Wat zijn de ervaringen van de mentor van Vinkestijn Bewindvoering, ZorgEven en Moneva?

Tijdens de beantwoording van deelvraag twee wordt ingegaan op de ervaringen van mentoren tijdens de uitvoering van hun werkzaamheden. Om antwoord te krijgen op de deelvraag wat de ervaringen van mentoren zijn, is literatuuronderzoek toegepast, dat bekrachtigd wordt door de bevindingen vanuit de afgenomen interviews. Zoals bij de methode beschreven is zijn verschillende mentoren geïnterviewd, waarvan één alleen mentorschap uitvoert en de andere twee mentoren naast het mentorschap tevens bewindvoering en curatele uitvoeren. Om op een overzichtelijke manier deelvraag twee te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende sub-deelvragen.

*Ontstaan probleem*

Uit literatuuronderzoek blijkt dat de essentie van succesvol mentorschap is dat de mentor de cliënten ondersteunt bij de uitoefening van de regie over zijn of haar eigen leven. Het is hierbij van belang dat de mentor goed kan samenwerken en communiceren met verschillende partijen, te denken valt aan de cliënt, diens familie en de zorg- en hulpverleners. Een persoon, in dit geval de mentor, die meekijkt vanuit een andere hoek kan verrijkender werken. Door goed te communiceren en samen te werken is de kans groter dat de juiste beslissingen voor de cliënt genomen worden.[[30]](#footnote-30)

Echter, uit de afgenomen interviews blijkt dat mentoren ervaren dat de communicatie niet altijd soepel verloopt. Dit heeft voornamelijk te maken met de kennis die bij de zorg- en hulpverleners ontbreekt: het niet op de hoogte zijn van wat mentorschap inhoudt, wat de taken en bevoegdheden van de mentor zijn, waar de mentor over geïnformeerd mag worden of waar de overlegmomenten liggen.

De meeste problemen worden ervaren bij (huis)artsen, huisartsassistentes, verzorgenden, psychiaters maar vooral bij instellingen waar de cliënt verblijft. Er is geen beleid binnen een organisatie of instelling hoe gewerkt moet worden indien mentorschap van toepassing is. Mede hierdoor communiceren instellingen niet tot nauwelijks of veel te laat, ondanks dat de mentoren herhaaldelijk uitleggen wat hun positie is en waarover zij geïnformeerd willen worden. Respondent C verklaart daarbij dat het afhankelijk is met welke zorginstelling zij te maken heeft.

*‘Bij de ene zorginstelling loopt het allemaal op rolletjes, zijn ze op de hoogte van wat mentorschap inhoudt en verloopt de communicatie goed, daar waarbij de andere zorginstelling niet tot nauwelijks bekend is met mentorschap en de communicatie mondjesmaat verloopt of geheel ontbreekt’.[[31]](#footnote-31)*

Zolang het gaat om lokale contacten, zoals een sociaal werker, maatschappelijk werker, mantelzorger of een thuiszorgorganisatie, ervaren de mentoren nauwelijks problemen met betrekking tot de kennis van mentorschap en de manier van communiceren. Volgens respondent B heeft dit te maken met het feit dat maatschappelijk en sociaal werkers vaker in aanraking komen met mensen die de regie verliezen of niet in staat zijn om zelf beslissingen te nemen. Echter, respondent A vult daarop aan dat het afhankelijk is van het gegeven dat de maatschappelijk of sociaal werker recent is afgestudeerd. Zij ervaart namelijk dat de ‘oudere garde’ nog weleens denkt dat zij het beter weten en daardoor de mentor buiten spel zetten. Tevens vult respondent B aan dat het afhankelijk is van met welke wijk, stad of regio je te maken hebt.

*‘De probleemwijken komen vaker in aanraking met mentoren dan wanneer je in hoog Wassenaar komt, daar moet je alles uitleggen’.[[32]](#footnote-32)*

Mantelzorgers en thuiszorgorganisaties worden gezien als de oren en ogen van de cliënt. Zij rapporteren regelmatig gebeurtenissen terug naar de mentor. Omdat, met name dementerende ouderen die thuis wonen een fijn zorgteam om zich heen hebben, weten zij de mentor goed te vinden. Naar de mening van respondent C voelen zorginstellingen meer druk, waardoor ze minder snel een band opbouwen met de cliënt of een melding maken bij de mentor.

Als laatste geven de mentoren aan dat het ontbreken van kennis en de gebrekkige kwaliteit van de communicatie voornamelijk met scholing te maken heeft. Het onderwerp mentorschap komt doorgaans niet in opleidingen naar voren. Daarnaast geven zowel respondent B als C aan dat niet alle zorg- en hulpverleners over voldoende communicatieve vaardigheden beschikken. Er wordt onvoldoende aandacht besteed aan de Nederlandse taal binnen opleidingen of instellingen en organisaties. Dit merken de mentoren wanneer zij een overdracht ontvangen van een zorg- of hulpverlener die relevante informatie niet adequaat onder woorden kan brengen. Doordat er niet duidelijk Nederlands gecommuniceerd wordt moeten zij hemel en aarde bewegen om erachter te komen wat wordt bedoeld.

*Zorgplanbesprekingen*

Zorg- en hulpverleners werken met een zorgplan. Een zorgplan biedt een goed aanknopingspunt voor de mentor om over de verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de cliënt mee te praten. Echter elke zorg- of hulpverlener gaat verschillend om met de manier waarop zij mentoren betrekken bij het zorgplan. Zo blijkt uit het rapport Mentorschap in perspectief dat de ene mentor enkele keren per jaar uitgenodigd wordt om deel te nemen aan een multidisciplinaire team- en zorgplanbespreking waarin de zorgbehoeften van de cliënt besproken wordt. Daar waar een andere mentor enkel en alleen een afschrift van het zorgplan ontvangt of zelfs niet op de hoogte gesteld wordt over de inhoud en veranderingen in het zorgplan. [[33]](#footnote-33)

Uit de afgenomen interviews blijkt dat over het algemeen de mentoren bij zorgplanbesprekingen worden betrokken, in ieder geval één keer per jaar. Echter, zoals bovengenoemd rapport in 2007 al omschreef, komt het weleens voor dat mentoren niet betrokken worden bij zorgplanbesprekingen. Zo geeft respondent C aan dat het afhankelijk is van het beleid binnen de zorginstelling of dat zij uitgenodigd wordt voor een zorgplanbespreking. Zij ervaart soms dat de instelling zelf beslissingen neemt zonder de mentor erbij te betrekken en dat zij eens in het halfjaar of eens in de maand het dossier mag inzien. Respondent B geeft aan het niet te accepteren als zij niet voor zorgplanbesprekingen uitgenodigd wordt. Indien zij niet bij een bespreking betrokken wordt, ondertekent zij ook geen zorgplan voor akkoord. Echter, zo ver laat zij het niet komen. Indien zij voor het eerst bij een instelling of organisatie binnenkomt stelt ze zichzelf voor en vraagt direct wanneer de eerste zorgplanbespreking is, omdat zij daarbij aanwezig wil zijn.

*Overige knelpunten*

Naast de grootste knelpunten, het ontbreken van kennis bij zorg- en hulpverleners en het niet altijd betrokken worden bij zorgplanbesprekingen, ervaren de mentoren tevens andere knelpunten. Respondent C ervaart als knelpunt dat zij niet of heel summier geïnformeerd wordt. Zorg- en hulpverleners handelen naar eigen inzicht, waar de mentor het niet altijd mee eens is. Dit overlapt met respondent A die als knelpunt ervaart dat zij niet altijd op de hoogte gehouden, of betrokken wordt bij overleggen indien een complexe situatie zich voordoet. Zo is respondent A niet geïnformeerd dat haar cliënt medicatie weigerde. Als gevolg hiervan hebben de zorg- en hulpverleners naar eigen inzicht gehandeld en cliënt overgeplaatst naar de high care van de GGZ. Iets wat voorkomen had kunnen worden volgens respondent A als zij bijtijds was ingelicht over het weigeren van de medicatie. Respondent A had dan als vertrouwenspersoon met de cliënt in gesprek gegaan over het weigeren van de medicatie waarbij zij de gevolgen bespreekbaar zou maken wat er zou gebeuren als zij de medicatie niet in zou nemen, namelijk overplaatsing. Aangezien cliënt al eerder aangegeven had niet overgeplaatst te willen worden, had een gesprek tussen respondent A en de cliënt waarschijnlijk ervoor gezorgd dat cliënt haar medicatie ingenomen had, waarbij de overplaatsing uiteindelijk voorkomen had kunnen worden.

Respondent B wordt over het algemeen wel geïnformeerd over de situatie waarin de cliënt verkeert. In het begin van haar loopbaan als mentor heeft zij veel moeite ervaren om geïnformeerd te worden. Nu ervaart zij dit minder, omdat zij bij het kennismakingsgesprek direct duidelijk vermeldt wat zij van de zorg- en hulpverleners verwacht en wat zij van haar kunnen verwachten. De mentor gaat na het kennismakingsgesprek ervanuit dat zij direct en volledig geïnformeerd wordt.

*‘Het is een kwestie van opvoeden’[[34]](#footnote-34)*

Daarnaast ervaart respondent A dat artsen, maar ook instellingen, moeilijk bereikbaar zijn. Huisartsen willen over het algemeen hun e-mailadres niet afgeven en instellingen zijn soms zowel per mail als per telefoon niet bereikbaar. Respondent B ervaart bij huisartsen niet zozeer dat zij moeilijk bereikbaar zijn. Over het algemeen is zij van veel huisartsen in het bezit van een e-mailadres of mobiel nummer.

Als laatste ervaart respondent A als knelpunt dat zij veel stappen moet zetten om informatie over de cliënt te verkrijgen. Ondanks dat de mentor de beschikking overhandigt, waarin staat dat zij door de rechtbank benoemd is als vertegenwoordiger van de cliënt, moet zij vaak bij de (huis)arts eerst een toestemmingsverklaring van de cliënt overhandigen voor zij informatie krijgt. De cliënt is echter niet altijd in staat om een toestemmingsverklaring op te stellen. Respondent B en C vullen daarop aan dat informatie opvragen veel tijd in beslag kan nemen, omdat herhaaldelijk uitgelegd moet worden wat mentoraat is. Zo blijkt dat mentoraat voor veel mensen niet concreet genoeg is, mede omdat er vanuit de wet- en regelgeving weinig over beschreven is.

Om bovenstaande te verduidelijken zijn in onderstaande tabel de labels verwerkt met betrekking tot de overige knelpunten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Overige knelpunten | Label | Respondent |
| Geen direct telefoonnummer of direct e-mailadres van een arts of instelling | Bereikbaarheid | Respondent A |
| Geen communicatie of overleg bij overplaatsing cliënt | Communicatie | Respondent A |
| Geen informatie, of heel summier | Communicatie | Respondent C |
| Door bij het kennismakingsgesprek duidelijk te vermelden wat ik van de zorg- of hulpverlener verwacht ontvang ik vrijwel altijd volledige informatie over de cliënt | Communicatie | Respondent B |
| Informatie verkrijgen is lastig. Volgens zorg- en hulpverleners schendt dat de privacy van de cliënt. Bij de (huis)arts is eerst een toestemmingsverklaring nodig van de cliënt, terwijl een beschikking van de rechtbank de lading dekt | Opvragen informatie | Respondent A |
| Informatie opvragen kost veel tijd, omdat ik keer op keer uit moet leggen wat mentoraat is | Opvragen informatie | Respondent B |
| Voor het verkrijgen van informatie verstrijkt veel tijd, omdat ik herhaaldelijk moet uitleggen wat mentorschap inhoudt. | Opvragen informatie | Respondent C |
| Keer op keer uitleggen wat je als mentor wel en niet doet, wat veel tijd kost | Kennis | Respondent B |
| Mentoraat voor veel mensen niet concreet genoeg | Kennis | Respondent B |
| Weinig geformuleerd over wat mentoraat is en hoe ermee gewerkt moet worden | Omschrijving mentoraat | Respondent B |
| Bij mentoraat zijn een heleboel taken en bevoegdheden vaag en moet je zelf invullen waar je goed aan doet | Omschrijving mentoraat | Respondent C |

*Medisch beroepsgeheim*

Artsen, verzorgenden, verpleegkundigen en andere medische zorgverleners die werkzaam zijn in een zorginstelling hebben een geheimhoudingsplicht, ook wel beroepsgeheim genoemd. Het medische beroepsgeheim is er om het vertrouwen en de privacy van de cliënt te waarborgen. Het uitgangspunt van het medisch beroepsgeheim is dat de cliënt die hulp nodig heeft zich vrij kan uiten tegen de zorg- of hulpverlener met het vertrouwen dat wat besproken wordt geheim blijft en niet verstrekt wordt aan derden. Echter, op grond van artikel 7:457 lid 3 BW geldt er een uitzondering op het beroepsgeheim en het verstrekken van informatie indien er een wettelijk vertegenwoordiger bij de cliënt betrokken is.[[35]](#footnote-35) Zo kunnen mentoren zonder toestemming van de cliënt informatie van de hulpverlener verkrijgen, omdat hun toestemming vereist is bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst.[[36]](#footnote-36) Uit de afgenomen interviews met zowel de mentoren als zorg- en hulpverleners blijkt dat veel zorg- en hulpverleners niet op de hoogte zijn van de uitzondering op het beroepsgeheim. Het niet op de hoogte zijn van de uitzondering op het beroepsgeheim blijkt daarom een van de redenen waardoor zorg- en hulpverleners niet of nauwelijks informatie verstrekken aan de mentor.

Wat betreft het beroepsgeheim van de mentor, hierover staat niks beschreven in de wet- en regelgeving. Echter, de Nederlandse Beroepsvereniging Professionele Mentoren hanteert een gedragscode waarin beschreven staat dat de mentor de vertrouwelijkheid en geheimhouding moet waarborgen. Hierbij mag de informatie die de mentor in vertrouwen ter kennis komt, niet verstrekt worden aan derden, tenzij de wet of het belang van de cliënt dat vereist.[[37]](#footnote-37)

*Bereikbaarheid*

De wet stelt dat een mentor vier werkdagen per week telefonisch bereikbaar dient te zijn voor de cliënt en zorg- en hulpverleners. Binnen twee werkdagen moet de cliënt of zorg- of hulpverlener reactie ontvangen indien er geen sprake is van een noodgeval. Buiten werkdagen dient een mentor bereikbaar te zijn indien zich een noodgeval voordoet. [[38]](#footnote-38)

Respondent A en C werken vanuit een kantoor, waarbij ze minimaal vier dagen per week bereikbaar zijn op een vaste telefoon. Daarnaast hebben ze beiden een mobiel waar ze zeven dagen per week op bereikbaar zijn, indien nodig. Respondent B is zeven dagen per week bereikbaar op haar mobiele nummer. Indien de mentoren een gesprek missen, wordt doorgaans binnen hetzelfde uur, in ieder geval dezelfde dag teruggebeld. Per mentor is het verschillend of zij ’s nachts bereikbaar zijn. Respondent B beantwoordt   
’s nachts haar mobiel, daar waar respondent A en C de volgende ochtend direct kijken of zij een gesprek gemist hebben, waarna zij direct zullen handelen indien nodig.

*‘Als ik ’s nachts om vier uur een voicemail bericht heb en ik hoor dat ’s ochtends om halfacht pas, dan verwacht de rechtbank toch echt wel dat ik die ochtend uiterlijk terugbel. Gelukkig mag ik van de rechtbank wel slapen’.*

In niet-noodsituaties worden mentoren over het algemeen niet gebeld, maar per mail op de hoogte gesteld. De voorkeur van communiceren gaat uit naar de mail als er geen spoed achter zit. Tevens wordt per mail de correspondentie zwart op wit vastgelegd waardoor alle partijen de correspondentie op kunnen slaan in het dossier van de cliënt.

*Gewenste situatie*

De gewenste situatie voor de mentoren is dat kennis omtrent mentoraat verbreed en verspreid wordt. Over het algemeen staan mentoren er altijd voor open om een lezing of voorlichtingsavond te houden omtrent mentorschap.

Daarnaast is een gewenste situatie dat zowel landelijk als binnen organisaties en instellingen het beleid aangepast wordt, zodat zorg- en hulpverleners duidelijk wordt wat een mentor is en wat zijn of haar taken en bevoegdheden zijn. Een folder vanuit de branchevereniging voor professionele mentoren zal hierbij mooi aansluiten volgens respondent A en C. Daarnaast dienen, vanuit de wet- en regelgeving, de wettelijke kaders rondom mentorschap meer duidelijkheid te scheppen.

De gewenste situatie met betrekking tot de communicatie is dat deze open, transparant en zonder verwijten verloopt waarbij duidelijke, snelle en volledige informatie verstrekt wordt.

5.3 Deelvraag 3: Wat zijn de ervaringen van zorg- en hulpverleners met mentorschap?

Tijdens de beantwoording van deelvraag drie wordt ingegaan op de ervaringen met mentorschap van zowel zorg- als hulpverleners. Om antwoord te krijgen op de deelvraag wat de ervaringen van de zorg- en hulpverleners zijn, zijn vijf verschillende zorg– en hulpverleners geïnterviewd, werkzaam bij zowel grote als kleine organisaties met allen een andere functie. Om op een overzichtelijke manier deelvraag drie te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende sub-deelvragen.

*Bekend met mentorschap*

Uit de afgenomen interviews blijkt dat twee van de vijf respondenten op de hoogte zijn van wat mentorschap inhoudt. Zij kunnen aangeven wat een mentor is, maar kunnen geen antwoord geven op de vraag wat de taken en bevoegdheden van de mentor zijn. Daarnaast blijkt uit de afgenomen interviews dat zorg- en hulpverleners mentorschap veelal verwarren met de andere twee beschermingsmaatregelen bewindvoering en curatele.

Zorg- en hulpverleners raken vanuit het werkveld bekend met mentorschap. Echter, respondent G en haar baas hadden nog nooit van de term mentorschap gehoord, tot ik hen benaderde voor een interview. Zodra zorg- en hulpverleners te maken krijgen met mentorschap is dit iets waar zij meer over willen weten, maar ook moeten weten.

Het onderwerp mentorschap komt vrijwel niet aan bod tijdens opleidingen. Respondent D en F geven aan dat mentorschap zijdelings tijdens hun opleiding aan bod gekomen is, maar dat zij door hun werk meer bekend zijn geraakt met mentorschap.

Wanneer zorg- en hulpverleners met mentorschap te maken krijgen blijkt dat ze het onderwerp mentorschap gemist hebben tijdens hun opleiding. Ondanks dat respondent D en F zijdelings bekend geraakt zijn met mentorschap tijdens hun opleiding, had de opleiding achteraf dieper op het onderwerp in mogen gaan.

*‘Er komt wel een stukje mentorschap aan bod, maar er wordt niet ingegaan op wat de mentor mag en wat de taken en bevoegdheden van de mentor zijn’.[[39]](#footnote-39)*

*Organisatie*

Naast het feit dat mentorschap vrijwel niet in opleidingen aan bod komt, ondernemen organisaties of instellingen niet of nauwelijks stappen om hun medewerkers bekend te maken met het onderwerp. Binnen de meeste organisaties en instellingen is mentorschap bekend door praktijkervaring of van horen zeggen van collega’s, maar deze informatie is heel summier.

Daarnaast werken organisaties of instellingen niet met een beleid of protocol indien mentorschap van toepassing is bij een cliënt. Mocht er wel een beleid zijn, dan zijn de zorg- en hulpverleners daar niet van op de hoogte. Respondent H, die een hoge en verantwoordelijke functie binnen de organisatie heeft, gaf aan dat er vast een beleidsstuk binnen de organisatie is, maar dat zij deze echt op moet zoeken. Doordat er geen duidelijke richtlijnen zijn, handelen en communiceren de meeste zorg- en hulpverleners vanuit hun gevoel of ervaring.

*Praktijkervaringen*

De ervaringen van zorg- en hulpverleners met mentorschap zijn erg positief. Zo gaf respondent E een praktijkvoorbeeld aan waarin de zorg van een cliënt niet naar wens verliep, omdat twee dochters het continu niet met elkaar eens waren. Vanaf het moment dat de mentor aangesteld was, was de rust terug gekeerd bij zowel die respondent die veelal door dochters benaderd werd, als in de familieverhoudingen, omdat duidelijk was wie de beslissingen nam voor de cliënt.

De pluspunten van mentorschap volgens de zorg- en hulpverleners zijn dat, wanneer iemand kwetsbaar is, op welke manier dan ook, er iemand is die de belangen voor de kwetsbare persoon op een goede manier behartigt. Er wordt vanuit de mentor op een professionele manier met de zorg- en hulpverleners meegekeken.

Zorg- en hulpverleners ervaren de betrokkenheid van de mentor professioneel en respectvol. Dit uit zich onder andere in de manier van communiceren tussen de mentor en zorg- en hulpverleners. Er is vaak wekelijks, twee wekelijks of maandelijks mailcontact en tussendoor telefonisch contact. Afhankelijk van de behoefte en situatie waarin de cliënt verkeert. Zo verklaart respondent F dat, wanneer een cliënt voor vier weken opgenomen is met een psychose, het belangrijk is om minimaal één keer per week of één keer per twee weken contact te hebben. Indien de cliënt voor lange periode opgenomen is en de situatie stabiel blijft, is maandelijks contact genoeg. Indien de zorg- of hulpverlener telefonisch of per mail contact opneemt met de mentor wordt hier vrij snel op gereageerd. Zelden komt het voor dat er niet op dezelfde dag gereageerd wordt.

Om de mentor op de hoogte te houden over de situatie van de cliënt, houden zorg- en hulpverleners overdrachten bij. Respondent F stuurt maandelijks een verslag naar de mentor omtrent de cliënt. Binnen de organisatie van respondent H wordt gewerkt met een elektronisch cliëntendossier, welke up-to-date is en altijd online ingezien kan worden. Tevens wordt de eerste contactpersoon, in dit geval de mentor, altijd uitgenodigd en verwacht bij behandelplanbesprekingen binnen de instelling waar respondent F werkzaam is. De andere instellingen of organisaties hebben geen behandelplanbesprekingen gehad van cliënten waar een mentor bij betrokken is, maar zouden daar wel de mentor bij betrekken indien een behandelplanbespreking aan de orde komt.

Uit de afgenomen interviews blijkt dat binnen drie van de vijf instellingen of organisaties waar de respondenten werkzaam zijn de mentor als eerste contactpersoon opgenomen is in het dossier van de cliënt. Als dat niet zo is, is de mentor doorgaans slechter geïnformeerd. Zo staat binnen de organisatie van respondent F de zoon van een van haar cliënten als eerste contactpersoon in het dossier vermeld en de mentor als tweede, waarbij haar zoon niet of nauwelijks contact heeft met de mentor. Wel benadert de zorgverlener de mentor indien het van belang is, maar het kan voorkomen dat de mentor niet ingelicht wordt, als het in de optiek van de zorgverlener geen belangrijke kwestie is. In dat geval wordt alleen de zoon geïnformeerd, omdat hij eerste contactpersoon is.

Afhankelijk van de situatie benaderen grote organisaties of instellingen minder snel de mentor dan kleinere organisaties of instellingen. Zo geeft respondent E aan dat binnen een grote organisatie er meer verantwoordelijkheden bij een persoon neergelegd worden, wat ertoe kan lijden dat door drukte de mentor in belangrijke situaties niet ingelicht wordt. Tevens is onduidelijk waar de overlegmomenten met de mentor liggen.

Tijdens het afnemen van de interviews is aan elke respondent gevraagd of zij contact op zullen nemen indien de cliënt zijn medicatie niet inneemt of van medicatie wisselt. Uit de uitwerking hieronder blijkt dat kleine organisaties de mentor zullen inschakelen, daar waar het bij grote organisaties wisselt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neemt de organisatie contact op met de mentor indien de cliënt zijn medicatie niet inneemt of van medicatie gewisseld wordt | Respondent | Organisatie |
| Ja, voor alles zal ik contact opnemen met de mentor dus ook als de cliënt zijn medicatie niet inneemt of gevallen is | Respondent D | Kleine organisatie |
| Ja, in gevallen wanneer ik iets opmerk waar ik mijn twijfels over heb meld ik dat bij de mentor | Respondent E | Kleine organisatie |
| Het wisselt of we eerst de medicatie wisselen en dan contact opnemen met de mentor of andersom. Soms wordt de medicatie gewisseld in een gesprek met de cliënt en de arts, waarna de mentor daarvan op de hoogte gesteld wordt | Respondent F | Grote organisatie |
| Ja, ik zou met de mentor overleggen en indien nodig samen met de huisarts kijken welk medicijn geschikt is voor de cliënt | Respondent G | Kleine organisatie |
| De mentor zou geïnformeerd moeten worden, ik vraag me alleen af of na één keer medicatie weigeren de mentor direct geïnformeerd wordt, ik denk het niet | Respondent H | Grote organisatie |

*Gewenste situatie*

Om bekend(er) te worden met mentorschap vinden zorg- en hulpverleners het fijn als een mentor binnen de organisatie uitleg geeft over mentorschap. Hierdoor zal duidelijk worden wat zij van een mentor mogen verwachten en wat de mentor van hen verwacht.

Daarnaast blijft bereikbaarheid en goed communiceren een gewenste situatie. Het overleggen en afstemmen wie wat doet en wanneer iemand bereikbaar is. Hiermee wordt voorkomen dat onduidelijkheden ontstaan of handelingen dubbel uitgevoerd worden. Zo gaf respondent E als voorbeeld dat zij met de mentor afstemde wie een verblijfsindicatie voor opname voor de cliënt aan zou vragen, om dubbele werkzaamheden te voorkomen.

Tevens geven zorg- en hulpverleners aan dat zij het fijn vinden om naast telefonisch en mailcontact de mentor één keer in de twee maanden te zien en daarbij een vervolgafspraak in te plannen, zodat de zorg- of hulpverlener bij de vervolgafspraak aanwezig kan zijn. Zo weten cliënten, maar ook zorg- en hulpverleners waar zij aan toe zijn. Mocht de cliënt een vraag stellen aan de zorg- of hulpverlener, wat voor de mentor tevens van belang is om te weten, kan het stellen van deze vraag uitgesteld worden tot het moment waarop de mentor langskomt. Zo wordt voorkomen dat de cliënt de zorg- of hulpverlener en de mentor tegen elkaar uitspelen.

6. Conclusie

Nu alle deelvragen beantwoord zijn, volgt de conclusie. Per deelvraag zal de conclusie beschreven worden, waarna de centrale vraag beantwoord wordt.

**6.1 Conclusie deelvragen**

**6.1.1. Deelvraag 1: Wat zijn de taken en bevoegdheden van de mentor?**

Het takenpakket van de mentor bestaat uit vier hoofdtaken. De mentor treedt op als belangenbehartiger voor zijn cliënt, waarbij de mentor opkomt voor de persoonlijke belangen van zijn cliënt. De cliënt adviseren en ondersteunen bij het nemen van beslissingen is daarbij een belangrijke activiteit. Daarbij adviseert en ondersteunt de mentor de cliënt bij het nemen van beslissingen en treedt hij of zij op als vertegenwoordiger van de cliënt. Hierbij is overleg met de zorg- of hulpverlener van belang, zodat de mentor op de hoogte blijft over de verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de cliënt.

Naast bovengenoemde taken is de mentor bevoegd om zorg-, behandel en begeleidingsplannen te ondertekenen uit naam van de cliënt. Om toezicht te houden op de uitvoering van de zorgverlening is de mentor bevoegd om het dossier van de cliënt altijd in te zien. Mocht naar idee van de mentor de zorgverlening niet naar wens verlopen, kan de mentor verbeteringen inbrengen en beslissingen nemen.

Vanuit de praktijk blijkt dat de taken en bevoegdheden van de mentoren nogal breed en onduidelijk geformuleerd zijn, waardoor discussies ontstaan over de werkzaamheden van de mentor. Om duidelijkheid te scheppen heeft de NBPM sinds een half jaar een lijst opgemaakt wat professionele mentoren niet doen. Echter, afhankelijk van de situatie waarin de cliënt verkeert, verricht de mentor zo nu en dan wel werkzaamheden welke op het lijstje van de BNPM beschreven staan als niet uit te voeren door de mentor.

**6.1.2 Deelvraag 2: Wat zijn de ervaringen van de mentor van Vinkestijn Bewindvoering, ZorgEven en Moneva?**

Mentoren vinden dat de communicatie tussen hen en zorg- en hulpverleners verbeterd kan worden. De meeste problemen worden ervaren bij (huis)artsen, huisarts-assistentes, verzorgenden en psychiaters, maar vooral binnen instellingen waar de cliënt verblijft. Instellingen communiceren over het algemeen niet of nauwelijks of veel te laat.

Volgens de mentoren heeft dit te maken met het ontbreken van kennis omtrent mentorschap bij zowel zorg- en hulpverleners, als binnen de organisatie of instelling. Daarnaast ervaren mentoren regelmatig een taalbarrière bij zorg- of hulpverleners die nauwelijks Nederlands spreken of schrijven.

Bij lokale contacten, zoals een sociaal werker, maatschappelijk werker, mantelzorger of een thuiszorgorganisatie ervaren mentoren nauwelijks problemen met betrekking tot de kennis van het mentorschap en de manier van communiceren. Dit komt doordat deze zorg- en hulpverleners vaker in aanraking komen met mensen die de regie verloren zijn of zelf niet in staat zijn om beslissingen te nemen. Tevens is het regio afhankelijk. In probleemwijken zullen zorg- en hulpverleners bekender zijn met mentorschap dan in ‘normale’ wijken.

Door het ontbreken van de kennis blijft het opvragen van informatie een groot knelpunt waar veel tijd in gaat zitten. Zo moet de mentor herhaaldelijk uitleggen wat mentorschap inhoudt of moeten zij eerst een toestemmingsverklaring van de cliënt overhandigen om informatie te kunnen ontvangen. Wanneer dit uiteindelijk geregeld is worden mentoren niet of heel summier geïnformeerd over de situatie van de cliënt, vooral wanneer een complexe situatie zich voordoet. Zorg- en hulpverleners handelen door het gebrek aan kennis regelmatig naar eigen inzicht, waardoor beslissingen genomen worden waar de mentor het niet altijd mee eens is.

Als wettelijk vertegenwoordiger dienen mentoren betrokken te worden bij zorgplanbesprekingen welke minimaal één keer per jaar plaatsvinden. Echter, dit is niet altijd het geval. Om voldoende bereikbaar te zijn voor zorg- en hulpverleners, zijn mentoren doorgaans zowel telefonisch als per mail zeven dagen per week bereikbaar. Wanneer zich geen noodsituaties voordoen gaat de voorkeur uit naar de mail, waarop de mentoren vrijwel dezelfde dag reageren. Mocht de mentor telefonisch een gesprek gemist hebben, bellen zij dezelfde dag terug.

De gewenste situatie voor mentoren is dat de kennis over mentoraat verbreed en verspreid wordt. Daarbij dient zowel landelijk als binnen organisaties en instellingen het beleid aangepast te worden, zodat het voor zorg- en hulpverleners duidelijk is wat een mentor is en wat zijn of haar taken en bevoegdheden zijn. Daarnaast is gewenst dat de communicatie open, transparant en zonder verwijten verloopt, waarbij duidelijke, snelle en volledige informatie verstrekt wordt.

**6.1.3 Deelvraag drie: Wat zijn de ervaringen van zorg- en hulpverleners met mentorschap?**

Vrijwel de meeste zorg- en hulpverleners werkzaam binnen instellingen of organisaties zijn op de hoogte van wat mentorschap is, maar kunnen geen antwoord geven op de vraag wat de taken en bevoegdheden van de mentor zijn. Vanuit het werkveld worden zorg- en hulpverleners bekend met mentorschap. Zij hebben het onderwerp mentorschap niet of nauwelijks meegekregen tijdens de opleidingen. Daarnaast ondernemen instellingen en organisaties vrijwel geen stappen om hun medewerkers bekend te laten worden met mentorschap. Doordat er geen beleid gevoerd wordt binnen de organisatie of instelling en zorg- en hulpverleners niet voldoende op de hoogte zijn van mentorschap, handelen zij vanuit hun gevoel of ervaringen. Daarnaast verwarren zorg- en hulpverleners mentorschap met de andere twee beschermingsmaatregelen bewindvoering en curatele.

Zorg- en hulpverleners ervaren mentorschap als een positieve maatregel, omdat de mentor vanuit een professionele visie meekijkt, meedenkt en beslist in het belang van de cliënt. Zij ervaren de mentor als een betrokken persoon, wat zich uit in regelmatig mailcontact en indien nodig telefonisch.

Om de mentor op de hoogte te houden over de situatie van de cliënt, houden zorg- en hulpverleners overdrachten bij. Afhankelijk per instelling kan de mentor informatie over de cliënt vergaren. Grote organisaties en instellingen betrekken de eerste contactpersoon, in dit geval de mentor, bij behandelplanbesprekingen. Echter, uit de afgenomen interviews blijkt dat niet altijd de mentor als eerste contactpersoon in het dossier van de cliënt opgenomen is. Kleinere organisaties hebben met de aanwezigheid van een mentor niet eerder zorgplanbesprekingen aan de hand gehad, maar zullen vanuit hun gevoel de mentor betrekken bij behandelplanbesprekingen.

De gewenste situatie voor de zorg- en hulpverleners is dat zij inhoudelijk bekender worden met mentorschap. Daarnaast blijven duidelijke communicatie en bereikbaarheid gewenst, zodat overlegd en afgestemd kan worden wie wat doet en wanneer iedereen bereikbaar is. Het laatste gewenste punt is dat de mentor op afspraak eens in de twee maanden langskomt, op het moment dat de (persoonlijk) begeleider tevens aanwezig is. Zo worden belangrijke punten in één keer besproken, waardoor onduidelijkheden, miscommunicaties of uitspelingen voorkomen worden.

***6.2 Conclusie centrale vraag***

In het onderzoek staat de volgende vraag centraal:

*‘’ Welke stappen moeten ondernomen worden om mentorschap meer bekendheid te geven, zodat de communicatie tussen mentoren en zorg- en hulpverleners wordt verbeterd?’’*

Uit het onderzoek is gebleken dat mentoren over het algemeen een aantal knelpunten ervaren met zorg- en hulpverleners tijdens de uitvoering van hun werkzaamheden, daar waar zorg- en hulpverleners zich erg positief uiten over mentoren. Zorg- en hulpverleners hebben het idee dat de communicatie goed verloopt, maar zijn eigenlijk niet op de hoogte waar de overlegmomenten liggen. Hierdoor wisselt per zorg- of hulpverlener en per instelling of organisatie waar de mentor over geïnformeerd wordt.

Er zijn verschillende stappen, vanuit verschillende hoeken, die ondernomen moeten worden om mentorschap meer bekendheid te geven, zodat de communicatie tussen de mentoren en zorg- en hulpverleners bevorderd wordt. Echter, de ene stap zal sneller haalbaar zijn dan de andere.

Allereerst dient door de overheid en brancheverenigingen meer bekendheid aan mentorschap te worden gegeven. Uit de afgenomen interviews blijkt dat mentorschap voor heel veel mensen onbekend is. Wanneer er meer aandacht aan mentorschap geschonken wordt, zal mentorschap vanzelf bekender worden onder de bevolking, waarin veel personen als zorg- of hulpverlener werkzaam zijn.

Ondanks dat de NBPM een lijst heeft opgemaakt, waarin beschreven staat wat professionele mentoren niet doen, blijft hier alsnog veel onduidelijkheid over. Deze onduidelijkheid zal altijd voor een deel blijven bestaan, omdat mentorschap over mensenlevens gaat en geen situatie hetzelfde is. Echter, de lijst kan aangescherpt worden, waarbij duidelijk en concreet geformuleerd staat wat de taken en bevoegdheden van de mentor zijn en wat van hen verwacht wordt. Dit dient niet alleen door de branchevereniging duidelijk gemaakt te worden, maar vooral door de overheid die de wet- en regelgeving kan verscherpen.

Indien de overheid bij dit probleem betrokken wordt kan er tevens een wijziging in opleidingen doorgevoerd worden. Vooral in opleidingen op het gebied van zorg, zoals huisarts(assistente) en verpleegkundige is het naar mijn mening van groot belang om mentorschap aan bod te laten komen, vooral nu mentorschap door de jaren heen gaat toenemen.

Als we ons richten op de mentoren, dient de mentor bij het eerste kennismakingsgesprek duidelijk aan te geven wat hij of zij verwacht van de zorg- en hulpverleners en de instelling of organisatie, maar ook wat zij van de mentor kunnen verwachten. Echter, dit blijkt nog niet altijd te gebeuren, waardoor mentoren meer verwachten van de zorg- en hulpverleners dan wat bij de zorg- en hulpverleners bekend is. Indien er duidelijke afspraken zijn, vooral met betrekking tot bereikbaarheid, overlegmomenten en overdrachten, kan op deze afspraken teruggevallen worden. Mentoren staan altijd open voor het geven van een lezing, maar hier wordt niet altijd op in gegaan door organisaties of instellingen.

Binnen organisaties en instellingen dient duidelijk te worden hoe gewerkt moet worden indien mentorschap van toepassing is. Hierdoor zullen veel onduidelijkheden en knelpunten worden voorkomen. Dit kan gerealiseerd worden door te werken met een beleid of protocol. Indien zorg- of hulpverleners niet bekend zijn met mentorschap of twijfels hebben, kunnen zij altijd terugvallen op het bestaande beleid of protocol. Om één lijn te trekken binnen alle instellingen en organisaties dient er een landelijk beleid gemaakt te worden, zodat elke instelling en organisatie op dezelfde manier tewerk gaat. Dit zal zowel voor de mentoren, als voor de zorg- en hulpverleners meer duidelijkheid, overzicht en structuur bieden.

Om de bereikbaarheid en informatieoverdracht soepeler en efficiënter te laten verlopen dienen ook hierover duidelijke afspraken gemaakt te worden. Zorg- en hulpverleners, en dan met name (huis)artsen, dienen beter bereikbaar te zijn voor de mentor. Daarnaast kan in de werkwijze wellicht ook een verandering plaatsvinden. Een beveiligd, elektronisch cliëntendossier wordt steeds meer gebruikt. Zodra de mentor inloggegevens ontvangt van het elektronisch cliëntendossier hoeft de zorg- of hulpverlener geen speciale overdrachten te schrijven voor de mentor en kan de mentor informatie inwinnen over de cliënt, wanneer hij of zij wil.

7. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusie, ben ik per betrokkene tot de volgende aanbevelingen gekomen, opgesplitst naar mentor, instellingen en organisaties en de overheid en brancheverenigingen:

**7.1 Mentor**

*Verwachtingen uiten bij kennismakingsgesprek*

Zodra de mentor bij het kennismakingsgesprek met de zorg- of hulpverlener aangeeft wat hij of zij verwacht en wat er van hem of haar verwacht kan worden, voorkomt dit onduidelijkheden. Door duidelijke afspraken te maken met betrekking tot overlegmomenten, het overbrengen van informatie en bereikbaarheid, zullen er minder knelpunten worden ervaren. Indien nodig stelt de mentor een brief op waarin omgeschreven staat wat zijn of haar verwachtingen zijn, waarna deze, indien gewenst, aangevuld wordt door de zorg- of hulpverlener.

*Folders samenstellen voor zorg- en hulpverleners*

Er zijn diverse folders om personen globaal te informeren over mentorschap en wanneer mentorschap van toepassing kan zijn, maar er zijn geen folders voor instellingen en organisaties waar zorg- en hulpverleners werkzaam zijn hoe te werken indien mentorschap van toepassing is.

Aangezien de branchevereniging aangegeven heeft dat zij niet de financiële middelen hebben om folders te laten maken voor alle instellingen en organisaties, zou het wellicht een idee te zijn om dit in samenwerking met de mentoren te doen. Het is een investering en wellicht niet mogelijk voor iedereen, maar wanneer er folders bij organisaties of instellingen liggen wordt de bekendheid en kennis verbreed.

*Organisaties en instellingen benaderen voor lezingen*

Door met een aantal mentoren af te spreken om per regio organisaties of instellingen te benaderen voor een lezing zal dit de kennis en bekendheid van mentorschap verbreden. Mocht het niet met een aantal mentoren lukken, zou ik adviseren aan zelfstandige mentoren om organisaties of instellingen waar ze regelmatig mee te maken hebben te benaderen voor een lezing.

Indien de organisatie of instelling nog niet of nauwelijks bekend is met mentorschap, zal een lezing in het voordeel van de mentor werken. Door het probleem van tevoren aan te pakken, zal dit leiden tot een efficiënte manier van werken, wat ook minder tijd zal kosten dan wanneer de mentor per instelling of organisatie herhaaldelijk uit moeten leggen wat mentorschap is.

**7.2 Organisaties**

*Beleid of protocol*

Indien gewerkt wordt met een beleid of protocol zal de organisatie of instelling bekend zijn met hoe gewerkt en gehandeld dient te worden indien mentorschap bij een cliënt van toepassing is. Zolang er geen beleid of protocol bekend is en de zorg- of hulpverleners niet of nauwelijks bekend zijn met mentorschap, zullen zij werken vanuit hun gevoel, wat niet altijd gewenst is vanuit het belang van de cliënt en/of de mentor. In het protocol dient tevens opgenomen te worden dat de mentor altijd de eerste contactpersoon behoort te zijn.

*Voorlichting of scholing nieuw personeel*

Indien een nieuw personeelslid niet of nauwelijks bekend is met mentorschap en de organisatie of instelling (nog) niet veel te maken heeft met mentorschap, zou ik aanbevelen dat de organisatie hierin investeert door middel van het geven van voorlichting door een persoon die goed op de hoogte is van mentorschap, te denken aan een maatschappelijk werker.

Mocht mentorschap veelvuldig binnen de organisatie of instelling voorkomen zou ik adviseren om nieuwe medewerkers een cursus te laten volgen, waarin mentorschap volledig uitgelegd wordt. Mochten er bij de bestaande medewerkers onduidelijkheden zijn omtrent het mentorschap zou ik adviseren om een voorlichting of eendaagse cursus aan te bieden.

*Bereikbaarheid*

Deze aanbeveling heeft vooral betrekking op (huis)artsen, omdat uit de resultaten blijkt dat mentoren de bereikbaarheid van (huis)artsen als knelpunt ervaren. Ik zou (huis)artsen willen adviseren in het keuzemenu een keuze voor zorg- en hulpverleners op te nemen, mochten zij dit nog niet hebben. Zo kan de mentor onder deze keuze sneller contact opnemen met de assistente of (huis)arts. Daarnaast hebben over het algemeen de meeste zorg- en hulpverleners een werktelefoon. Wellicht is het mogelijk dat, buiten praktijkuren, een mobiel nummer doorgeschakeld staat onder het keuzemenu voor zorg- en hulpverleners.

Wat betreft de bereikbaarheid per mail ben ik van mening dat de huisarts het mailadres kan afgeven aan de mentor indien de mail beschermd is en voldoet aan de eisen vanuit de huidige wet- en regelgeving rondom de privacy.

*Informatie overbrengen*

Op dit moment informeert elke zorg- en hulpverlener de mentor op een andere manier. Zo brengt een van de respondenten maandelijks per mail verslag uit aan de mentor, daar waar bij de organisatie waar de andere respondent werkzaam is de mentor met inloggegevens in het cliëntenportaal kan inloggen. Naar mijn mening werkt het efficiënter en veiliger indien de mentor inloggegevens heeft voor een cliëntenportaal, zodat de mentor altijd de rapportages van de zorg- en hulpverleners kan raadplegen. Daarnaast zou ik wel adviseren om afspraken te maken omtrent belangrijke overlegmomenten die niet kunnen wachten tot de mentor inlogt in het cliëntenportaal of mocht de mentor vragen hebben over onduidelijkheden in de rapportage.

**7.3 Overheid en brancheverenigingen**

*Bekendheid verbreden*

Om mentorschap meer bekendheid te geven zou ik adviseren dit landelijk aan te pakken. Dit zou op verschillende manieren uitgevoerd kunnen worden, onder andere door reclamespotjes op televisie en radio, door middel van een artikel in een bekend, goed gelezen vaktijdschrift voor zorg- en hulpverleners of door aanpak vanuit de branchevereniging van mentoren. Mijn vermoeden is dat wanneer een persoon bekend wordt met een onderwerp in zijn of haar vakgebied, die persoon zich hierin verdiept waardoor hij of zij bekender wordt met het onderwerp en de informatie sneller overbrengt op anderen.

*Landelijk beleid of protocol*

Door te werken met een beleid of protocol, opgemaakt van hogerhand, zullen veel knelpunten en onduidelijkheden voorkomen worden. Door landelijk één duidelijke lijn te trekken hoe gewerkt dient te worden indien mentorschap van toepassing is binnen een instelling of organisatie zullen er geen verschillen in uitvoering per instelling of organisatie ontstaan. Hierdoor zal meer structuur, duidelijkheid en overzicht binnen de instelling of organisatie ontstaan, waardoor de samenwerking en communicatie tussen de mentoren en zorg- en hulpverleners zal worden bevorderd. Zodra duidelijke regels en richtlijnen in het beleid of protocol beschreven staan kan altijd hierop terug gevallen worden, indien nodig.

*Mentorschap als onderwerp in opleidingen*

Opleidingen die ook maar enigszins raakvlakken hebben met zorg of de wet- en regelgeving daar omheen dienen het onderwerp mentorschap aan bod te laten komen. Daarbij is het van belang dat niet alleen ingegaan wordt op de term mentorschap, maar juist diepgaander op wat mentorschap inhoudt, wat de taken en bevoegdheden van de mentor zijn en wat er bij mentorschap komt kijken. Hierbij zal het een leuke aanvulling zijn als een mentor uit het werkveld een lezing geeft over hoe mentorschap zich uit in de praktijk. Zo zijn de toekomstige zorg- en hulpverleners voorbereid met waar zij in de praktijk onder andere mee te maken kunnen krijgen.

*Verscherpen taken en bevoegdheden van de mentor*

De overheid dient de wet- en regelgeving aan te scherpen, zodat er minder onduidelijkheden en discussies kunnen ontstaan over de vraag wat er van een mentor verwacht wordt. Zodra de taken en bevoegdheden vanuit de wet- en regelgeving aangescherpt zijn zullen de taken en bevoegdheden van de mentor duidelijker worden. Hierdoor zullen er minder discussies ontstaan, omdat terug gevallen kan worden op de wet- en regelgeving. Daarbij is het tevens van belang dat in de wet- en regelgeving opgenomen wordt hoe de mentor met het beroepsgeheim om moet gaan.

8. Discussie

Voor de mentor van Vinkestijn Bewindvoering zou ik onderzoek doen naar welke stappen ondernomen moeten worden om de bekendheid en daarbij de communicatie tussen de mentor en zorg- en hulpverleners te verbeteren. Aangezien de mentor van Vinkestijn Bewindvoering niet als enige mentor tegen deze problemen aanloopt, heb ik mij gedurende dit onderzoek niet specifiek gericht op de organisatie, maar op mentorschap in het algemeen. Het doel van dit onderzoek is inzichten bieden voor zowel mentoren als ook voor zorg- en hulpverleners om de bekendheid te verbreden en hoe daarbij de communicatie bevorderd kan worden tussen de mentoren en de zorg- en hulpverleners.

*Validiteit en resultaten*

Om het onderzoek zo bruikbaar mogelijk te maken, is het van belang dat de gebruikte informatie valide en betrouwbaar is. Gedurende dit onderzoek heb ik mezelf daar erg mee bezig gehouden. Om de betrouwbaarheid te waarborgen is gebruik gemaakt van de meest recente bronnen voor het toepassen van literatuuronderzoek en bij het afnemen van interviews is gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Echter, het vinden van recente bronnen met betrekking tot het onderwerp mentorschap was lastiger dan van tevoren gedacht was. De laatste jaren is geen onderzoek verricht of literatuur verschenen over het onderwerp mentorschap en eventuele knelpunten die daarbij komen kijken. Hierdoor liep ik er tegenaan dat mijn bronnen mogelijk niet als betrouwbaar gezien zouden worden. Gelukkig gaven mijn onderzoeksdocenten aan dat dit geen probleem hoeft te zijn, als maar aangegeven is wat de reden is dat er geen recente bronnen toegepast konden worden.

Om de validiteit te waarborgen is bij literatuuronderzoek gebruik gemaakt van verschillende bronnen en bij het afnemen van de interviews zijn verschillende respondenten van verschillende organisaties met verschillende functies benaderd. Verschillende respondenten van verschillende organisaties is bewust voor gekozen, omdat hierdoor een breder beeld ontstaat in de uitwerking van mijn resultaten over hoe respondenten binnen bepaalde organisaties tegen mentorschap aankijken, wat zij van mentorschap vinden en wat voor hun een gewenste situatie zal zijn. Door mijn achtergrond in de zorg en een brede kring van connecties was het gemakkelijk om de juiste respondenten te vinden. Van de negen respondenten die ik benaderd heb, kwamen er twee bij mijn opdrachtgever vandaan.

De resultaten die voortgevloeid zijn uit dit onderzoek komen aardig overeen met de verwachtingen die ik had. Voordat ik begon met dit onderzoek ben ik hier en daar informatie gaan inwinnen bij kennissen die werkzaam zijn in de zorg. Hierbij viel het mij op dat zorg- of hulpverleners niet tot nauwelijks op de hoogte zijn wat mentorschap inhoudt en dat het nooit aan bod is gekomen tijdens de opleiding, zelfs niet bij de zorg- of hulpverleners die recent zijn afgestudeerd. Iets wat ik niet verwacht had in een opleiding voor doktersassistente, verpleegkundige of teamleider in de zorg. Echter, wat ik niet verwacht had is dat de mentoren tegen een aantal knelpunten aan lopen bij zorg- en hulpverleners, daar waar zorg- en hulpverleners heel tevreden zijn over mentoraat en de gang van zaken. Daarnaast had ik niet verwacht dat zorg- en hulpverleners veelvuldig de beschermingsmaatregelen bewindvoering en mentorschap door elkaar halen. Beide beschermingsmaatregelen richten zich op iets heel anders, namelijk bewindvoering op de financiën en mentoraat op de verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling van de cliënt.

*Beperkingen*

Naast dat het uitwerken van dit onderzoek over het algemeen soepel verliep, zijn er tevens beperkingen ervaren. De geplande interviews met de mentoren werden alledrie een week verzet, in verband met spoedgevallen die bij hen tussendoor kwamen. Begrijpelijk, alleen hierdoor kon ik niet verder, waardoor ik een week achterliep op schema. Om de zorg- en hulpverleners te interviewen, moesten eerst interviews met de mentoren afgenomen zijn om te achterhalen wat hun ervaringen zijn en waar de knelpunten liggen bij de samenwerking met zorg- en hulpverleners. Aan de hand van die interviews kon mijn topiclijst opgesteld worden voor de zorg- en hulpverleners. Gelukkig kwam ik hierdoor niet knel te zitten en ben ik begonnen met het uitwerken van mijn eerste deelvraag, wat voor een deel uit literatuuronderzoek bestond.

Daarnaast had ik een medewerker van het sociaal wijkteam benaderd voor een interview, die daar voor open stond. Echter, net voor het afnemen van het interview kreeg ik te horen dat de sociaal werker voor langere tijd uitgeschakeld was, waardoor het interview niet afgenomen kon worden. De vraag voor het afnemen van het interview met een andere collega was uitgezet, maar na meerdere malen contact opgenomen te hebben is daar vanuit het Sociaal Wijkteam niet meer op gereageerd. Om niet vast te lopen in de uitvoering van het onderzoek ben ik door gegaan en heb ik het interview met een medewerker van het sociaal wijkteam helaas niet toe kunnen voegen aan dit onderzoek.

*Reflectie en aanbevelingen*

Mocht ik nogmaals een onderzoek uitvoeren zouden er een aantal punten zijn die op dezelfde wijze uitgevoerd zouden worden, maar ook punten die op een andere manier uitgevoerd zouden worden.

Terugkijkend had ik mijzelf meer kunnen inlezen in het onderwerp. Gaandeweg stelde ik echter vast dat er veel minder gepubliceerd is over het onderwerp mentorschap dan ik van tevoren dacht. Voor het uitwerken van dit onderzoek heb ik vooral informatie ingewonnen bij mentoren over het onderwerp van mijn scriptieonderzoek. Daarnaast heb ik natuurlijk alle beschikbare publicaties geraadpleegd.

Vervolgens zou ik wederom aan de hand van een planning werken. Normaal gesproken werkte ik nooit aan de hand van een planning, maar omdat dit onderzoek veel tijd in beslag zou nemen, een aantal weken voortduurde waarbij veel werk uitgevoerd moest worden in een voor mijn gevoel korte periode, heb ik toch aan de hand van planning gewerkt. Achteraf gezien heb ik veel aan deze planning gehad. Het zorgde voor overzicht, rust en structuur. Echter, door de focus op mijn planning, was er nauwelijks ruimte over voor het sociale leven. Mijn voornemens aan het begin van het afstudeerproces was om de weekenden vrij te houden, zodat de nieuwe week gestart werd vol motivatie en een frisse blik. Door uiteindelijk tevens in de weekenden op het onderzoek te richten, ervaarde ik de laatste anderhalve week meer moeite om mezelf te motiveren voor het uitvoeren van de laatste loodjes. Kortom, het is van belang om hier en daar rust te pakken.

Tevens is het verstandig om contact te houden met de respondenten en duidelijke afspraken te maken waar en wanneer het interview afgenomen kan worden. Zoals zojuist omschreven is kon het interview met de sociaal werker, werkzaam vanuit het Sociaal Wijkteam, niet afgenomen worden in verband met ziekte. Doordat ik de sociaal werker vanuit mijn werk ken, weet ik dat zij erg druk is, waardoor zij later reageert op telefoontjes en mailtjes. Achteraf blijkt dat ik te lang geprobeerd heb haar rechtstreeks te benaderen, zonder resultaat waarna ik contact had opgenomen met het Sociaal Wijkteam om haar via die weg hopelijk te spreken. Doordat ik drie weken gewacht heb met op die manier de respondent te benaderen, kwam ik er te laat achter dat het interview met deze respondent niet afgenomen kon worden. In het vervolg zal ik tijdiger stappen ondernemen indien ik geen reactie ontvang.

Als laatste zijn er twee punten waar ik achteraf gezien veel aan heb gehad en waar ik zeker in de toekomst nog profijt van zal ervaren:

Praat zoveel mogelijk met verschillende personen over het onderwerp. Iedere persoon heeft andere inzichten en ideeën. Het heeft een tijd geduurd voordat mijn centrale vraag geformuleerd was, maar door hier veel over te praten met diverse personen, is de centrale vraag er uiteindelijk uitgerold.

Daarnaast is het verstandig om je gedachten op hun beloop te laten en op te schrijven wat jij denkt dat goed is. De kunst daarvan is om daarna alles te herschrijven naar een logisch, leesbaar verhaal. Normaal gesproken was ik altijd van direct alles in één keer zo goed mogelijk opschrijven, alleen met een groot project als dit is dat niet haalbaar. Herhaaldelijk stukken tekst opnieuw verwoorden is niets mis mee, dat maakt het juist alleen maar beter ben ik achter gekomen.

En, laat je niet uit het veld slaan als iets niet in één keer lukt. Geloof in jezelf, houd je hoofd boven water en blijf positief!

9. Beroepsproduct: Artikel zorg- en hulpverleners

Mentorschap in de zorg

Mentorschap voor mensen die zelf niet in staat zijn hun belangen te behartigen komt steeds vaker voor. Hierbij gaat het voornamelijk om dementerende personen, als ook om personen met een verstandelijke handicap of psychische beperking. Over het algemeen hebben deze doelgroepen vanuit verschillende invalshoeken zorg- of hulpverlening. Maar wat is nu precies mentorschap en hoe uit zich dit in het werkveld voor zorg- en hulpverleners?

*Mentoraat*

De term mentor is over het algemeen wel bekend, maar wordt door iedereen anders ingevuld. Mentorschap heeft in de zorg een juridische betekenis en is een van de drie beschermingsmaatregelen vanuit de wet- en regelgeving.

Een mentor is een wettelijk vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de cliënt op niet-vermogensrechtelijk gebied. Indien de betrokken persoon zelf niet (naar behoren) in staat is over zijn of haar zorg te beslissen, kan mentorraad uitgesproken worden door de kantonrechter. De mentor neemt samen met de cliënt beslissingen rondom verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Hieronder vallen tevens beslissing omtrent de woon- en werkplek of dagbesteding, mocht dit een onveilige leefomgeving voor de cliënt zijn.

*Taken en bevoegdheden van de mentor*

Het takenpakket van de mentor bestaat uit vier hoofdtaken. Zo treedt de mentor als belangenbehartiger op voor zijn cliënt, waarbij de mentor voor de persoonlijke belangen van de cliënt opkomt. Daarnaast adviseert en ondersteunt de mentor de cliënt bij het nemen van beslissingen. Hierbij treedt de mentor op als vertegenwoordiger, waarbij het van belang is dat hij of zij op de hoogte blijft over de verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling van de cliënt.

De mentor heeft de mogelijkheid om kritisch mee te kijken omtrent de zorg die de cliënt ontvangt en of dit de juiste zorg betreft. De mentor dient daarom aanwezig te zijn bij belangrijke overlegmomenten, zoals zorgplan- besprekingen. Als laatste is de mentor bevoegd om namens de cliënt zorg-, behandel- en begeleidingsplannen te ondertekenen.

Om de taken en bevoegdheden zo goed mogelijk en naar wens van de cliënt uit te voeren dient de mentor de cliënt regelmatig te bezoeken.

*Verandering in wetgeving*

Zoals in de inleiding beschreven is, neemt mentorschap significant toe. Dit heeft onder andere te maken met een verandering in de wetgeving. Door de vernieuwde Wet maatschappelijke ondersteuning, die in 2015 is ingetreden, is de toegang tot zorg in verpleeghuizen of instellingen beperkt. Hierdoor zijn mensen op middelbare leeftijd genoodzaakt om langer thuis te blijven wonen, wat risico’s met zich mee kan brengen indien de gezondheid van de betrokkene verslechtert en diegene geen familie of netwerk heeft die voor zijn of haar belangen opkomt.

Daarnaast zal in 2020 de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen vervangen worden door de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Deze wet zal zorgverleners verplichten zorg te dragen dat mentorschap aangevraagd wordt, indien een patiënt die psychisch of verstandelijk beperkt is niet kan instemmen of beslissen over zijn of haar zorg.

*Bekendheid mentorschap bij zorg- en hulpverleners*

Uit mijn scriptieonderzoek, welke dit jaar uitgevoerd is, blijkt dat zorg- en hulpverleners over het algemeen op de hoogte zijn van wat mentorschap is. Echter, zij kunnen geen antwoord geven op de vraag wat de taken en de bevoegdheden van de mentor zijn. Daarnaast wordt mentorschap zo nu en dan nog weleens verward met de andere twee beschermingsmaatregelen bewindvoering en curatele.

Vanuit het werkveld worden zorg- en hulpverleners bekend met mentorschap. In vrijwel geen enkele opleiding komt het onderwerp mentorschap of de verdieping daarvan aan bod. Iets wat achteraf, wanneer zorg- en hulpverleners in de praktijk met mentorschap te maken krijgen, gemist wordt.

Naast dat mentorschap in opleidingen niet aan bod komt, ondernemen organisaties of instellingen niet of nauwelijks stappen om hun medewerkers bekend te laten worden met mentorschap.

*Mentorschap vanuit de praktijk*

Ondanks dat de mentor en zorg- en hulpverlener hetzelfde doel willen bereiken voor de cliënt, namelijk goede zorgverlening, verloopt de communicatie tussen beide partijen niet altijd naar wens van de mentor. Uit onderzoek is gebleken dat mentoren een aantal knelpunten ervaren waaronder het niet, nauwelijks of niet tijdig informeren over de situatie waarin de cliënt verkeert. Dit blijkt te maken te hebben met het ontbreken van de kennis omtrent mentorschap. Zorg- en hulpverleners hebben het idee dat de communicatie goed verloopt, maar zijn eigenlijk niet op de hoogte waarover de mentor mag beslissen, waar de mentor over geïnformeerd mag worden en waar de overlegmomenten liggen.

Mocht mentorschap binnen de organisatie voorkomen, is het van belang om duidelijke afspraken te maken, zodat duidelijk is wat de mentor van de zorg- en hulpverleners verwacht, maar ook van er van de mentor verwacht mag worden. Om kennis rondom mentorschap te verbreden staan veel mentoren open om lezingen binnen instellingen of organisaties te geven. Echter, hier moet de instelling wel voor openstaan.

*Medisch beroepsgeheim*

Artsen, verzorgenden, verpleegkundigen en andere medische zorgverleners die werkzaam zijn in een zorginstelling hebben een geheimhoudingsplicht, ook wel beroepsgeheim genoemd. Het medisch beroepsgeheim is er om het vertrouwen en de privacy van de cliënt te waarborgen. Het uitgangspunt van het medisch beroepsgeheim is dat de cliënt die hulp nodig heeft zich vrij kan uiten tegen de zorg- of hulpverlener met het vertrouwen dat wat besproken wordt geheim blijft en niet verstrekt wordt aan derden. Er geldt echter vanuit de wet- en regelgeving een uitzondering op het beroepsgeheim en het verstrekken van informatie indien er een wettelijk vertegenwoordiger bij de cliënt betrokken is. Zo kunnen mentoren zonder toestemming van de cliënt informatie van de hulpverlener verkrijgen, omdat hun toestemming vereist is bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Uit mijn onderzoek blijkt echter dat zorg- en hulpverleners niet op de hoogte zijn van de uitzondering op het beroepsgeheim.

*Meer aandacht voor mentorschap*Om mentorschap meer bekendheid te geven, dienen er aan aantal stappen gezet te worden vanuit de organisaties of instellingen waar zorg- en hulpverleners werkzaam zijn.

Zo is het van belang dat organisaties en instellingen werken met een beleid of protocol voor mentorschap. Indien er gewerkt wordt met een beleid of protocol worden zorg- en hulpverleners bekend met mentorschap en weten zij hoe gewerkt en gehandeld dient te worden indien mentorschap bij een cliënt van toepassing is.

Daarnaast zou ik aanbevelen dat, wanneer een nieuw personeelslid niet of nauwelijks bekend is met mentorschap, de organisatie de medewerker informatie verstrekt door middel van het aanbieden van een cursus of voorlichting over mentorschap.

Ondanks dat mentorschap op dit moment wellicht niet binnen elke organisatie van toepassing is, is het toch van belang om ervan op de hoogte te zijn; zeker nu mentorschap meer aan de orde zal zijn.

*Laura van Roode*

*Juni 2018*

**Literatuurlijst**

**Artikelen**

**B**

K. Blankman, M. Cuijpers, P. van der Kooij & T. Royers, *Mentorschap in perspectief,* Utrecht: Vilans 2007.

**C**

C.P.M. Akerboom, J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers, H. Nys, H.B. Winter & N.O.M. Woestenburg, *Thematische wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging,* Den Haag: ZonMw 2011.

**H**

H.C.D.M. Oomens & Y.L.L.van Zutphen, *Evaluatie Wet mentorschap,* Amsterdam: 1998.

**I**

Internetbode, *Meer bekendheid voor ‘Mentorschap’:* Roosendaal 2013.

**M**

Mentorschap Netwerk Nederland, *brochure 10 vragen & antwoorden over mentorschap*.

Mentorschap Netwerk Nederland, *taken en profiel van de mentor*, Utrecht: 2011

M.Verdenius & P. Verhaak, *Mentorschap op maat in de GGZ,* Utrecht: Nivel 2013

**S**

S. Gevers, *Meer voorlichting grote publiek nodig*, Mentorschap Netwerk Nederland: 2012.

**V**

V. Mulder, *Waarom komt er een nieuwe wet maatschappelijke ondersteuning:* de correspondent 2013

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, *Medisch beroepsgeheim en verschoningsrecht in de gehandicaptenzor, Schijndel: NPC* 2012

**Bijlagen**

Bijlage II: Topic lijst

Bijlage III: Topic lijst

Bijlage IV: Interview R.A: Mentor Vinkestijn Bewindvoering 2018

Bijlage V: Interview R.B: Mentor ZorgEven 2018

Bijlage VI: Interview R.C: Mentor Moneva 2018

Bijlage IX: Interview R.F: Psychiatrisch verpleegkundige GGZ Rivierduinen 2018

**Overige bronnen**

**B**

Brochure curatele, bewind en mentorschap. Geraadpleegd op 10 maart 2018 van rijksoverheid.nl

**G**

Gedragscode voor een goed professioneel mentor. Geraadpleegd op 28 mei 2018 van www. nbpm.nl

Grote behoefte aan door kantonrechter benoemde mentoren. Geraadpleegd op 9 februari 2018 van mentorschap.nl

**P**

Procedures en regelgeving bij mentorschap. Geraadpleegd op 14 februari 2018 van www.goedvertegenwoordigd.nl

**W**

Wat doet een professioneel mentor? Geraadpleegd op 9 februari 2018 van www.bnpm.nl

Wet zorg en dwang (Wzd). Geraadpleegd op 16 maart 2018 van www.dwangindezorg.nl

**Wet- en regelgeving**

**D**

De Rechtspraak, Aanbevelingen mentorschap 2015.

**R**

Rechtbank Gelderland, Informatieblad kwaliteitseisen curatoren, beschermingsbewindvoerders en mentoren 2014

1. ‘Grote behoefte aan door kantonrechter benoemde mentoren’, mentorschap.nl (*zoek op*   
    nieuws, *zoek op* grote behoefte aan door kantonrechter benoemde mentoren) [↑](#footnote-ref-1)
2. Mentorschap Netwerk Nederland, brochure 10 vragen & antwoorden over mentorschap,   
    p. 10 [↑](#footnote-ref-2)
3. Internetbode, Meer bekendheid voor ‘Mentorschap’ 2013 [↑](#footnote-ref-3)
4. Oomens & van Zutphen 1998, p.65 [↑](#footnote-ref-4)
5. Gevers 2012, p.1 [↑](#footnote-ref-5)
6. Bijlage VI: Interview R.C: Mentor Moneva 2018 [↑](#footnote-ref-6)
7. Bijlage II: Topic lijst mentoren [↑](#footnote-ref-7)
8. Bijlage III: Topic lijst zorg- en hulpverleners [↑](#footnote-ref-8)
9. Bijlage II: Topic lijst mentoren [↑](#footnote-ref-9)
10. ‘Procedures en regelgeving bij mentorschap’, goedvertegenwoordigd.nl (*zoek op* maatregelen*, zoek op* mentorschap*, zoek op* procedures en regelgeving bijmentorschap*).*  [↑](#footnote-ref-10)
11. Verdenius & Verhaak 2013, p.5 [↑](#footnote-ref-11)
12. Blankman, Cuijpers, van der Kooij & Royers 2007, p.74 [↑](#footnote-ref-12)
13. Art. 1:378 BW [↑](#footnote-ref-13)
14. Brochure curatele, bewind en mentorschap, rijksoverheid.nl (zoek op documenten, *zoek op* mentorschap, *zoek op* brochure curatele, bewind en mentorschap) [↑](#footnote-ref-14)
15. Art. 1:450 BW [↑](#footnote-ref-15)
16. Art. 1:451 lid 1 BW [↑](#footnote-ref-16)
17. De Rechtspraak, aanbevelingen mentorschap 2015, p.6 [↑](#footnote-ref-17)
18. Art. 1:453 BW [↑](#footnote-ref-18)
19. Akerboom, Dute, Gevers, Nys, Winter & Woestenburg 2011, p. 52-53 [↑](#footnote-ref-19)
20. Art. 1:462 BW [↑](#footnote-ref-20)
21. Mulder 2013, p.1 [↑](#footnote-ref-21)
22. ‘Grote behoefte aan door kantonrechter benoemde mentoren’, mentorschap.nl (*zoek op* nieuws, *zoek op* grote behoefte aan door kantonrechter benoemde mentoren) [↑](#footnote-ref-22)
23. ‘Wet zorg en dwang (Wzd)’, dwangindezorg.nl (*zoek op* Dwang in de zorg, *zoek op* nieuwe wetgeving, *zoek op* Wet zorg en dwang (Wzd) [↑](#footnote-ref-23)
24. Bijlage IV: Interview R.A: Mentor Vinkestijn Bewindvoering 2018 [↑](#footnote-ref-24)
25. ‘Procedures en regelgeving bij mentorschap’, goedvertegenwoordigd.nl (zoek op *maatregelen,* zoek op *mentorschap,* zoek op *procedures en regelgeving bij mentorschap)* [↑](#footnote-ref-25)
26. Mentorschap Netwerk Nederland, Taken en profiel van de mentor 2011, p.7 [↑](#footnote-ref-26)
27. ‘Wat doet een professioneel mentor’, nbpm.nl (*zoek op* Wet en Regelgeving, *zoek op* Wat doet een professioneel mentor [↑](#footnote-ref-27)
28. Bijlage V: Interview R.B: Mentor ZorgEven 2018 [↑](#footnote-ref-28)
29. Bijlage V: Interview R.B: Mentor ZorgEven 2018 [↑](#footnote-ref-29)
30. Verdenius & Verhaak 2013, p.5 [↑](#footnote-ref-30)
31. Bijlage VI: Interview R.C: Mentor Moneva 2018 [↑](#footnote-ref-31)
32. Bijlage V: Interview R.B: Mentor ZorgEven 2018 [↑](#footnote-ref-32)
33. Blankman, Cuijpers, van der Kooij & Royers 2007, p. 74 [↑](#footnote-ref-33)
34. Bijlage V: Interview R.B: Mentor ZorgEven 2018 [↑](#footnote-ref-34)
35. Art. 7:457 lid 3 BW [↑](#footnote-ref-35)
36. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Medisch beroepsgeheim en verschoningsrecht in de gehandicaptenzorg 2012, p.7 [↑](#footnote-ref-36)
37. ‘Gedragscode voor een goed professioneel mentor’,nbpm.nl (zoek op *hoe word ik lid,* zoek op *gedragscode)* [↑](#footnote-ref-37)
38. Rechtbank Gelderland, Informatieblad kwaliteitseisen curatoren, beschermingsbewindvoerders en mentoren 2014, p.3 [↑](#footnote-ref-38)
39. Bijlage IX: Interview R.F: Psychiatrisch verpleegkundige GGZ Rivierduinen 2018 [↑](#footnote-ref-39)