

Maatschappelijke Effectverkenning Mentorschap Nederland

XpertiseZorg
Organisatieadviseurs

Een verkennend onderzoek naar effecten en de maatschappelijke meerwaarde van de door Mentorschap Nederland geleverde ondersteuning.

drs. Alette van Dijk
Lauren Kerkhof, MSc.

Intro

Mentorschap Nederland bestaat uit 11 regionale stichtingen Mentorschap, die verdeeld zijn over bijna alle provincies in Nederland, en een landelijk bureau. Deze regionale stichtingen verzorgen de werving, scholing, bemiddeling en begeleiding van mentoren. Vrijwillige mentoren helpen mensen die moeite hebben de regie over hun leven te houden. Ze worden door de rechtbank benoemd om deze kwetsbare mensen besluiten te helpen nemen over verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Het landelijk verenigingsbureau is er ter ondersteuning van de regionale stichtingen, bewaakt de kwaliteit van de uitvoering van het mentorschap en stimuleert de toename van het aantal mentoren in Nederland.

Mentorschap Nederland vroeg XpertiseZorg een onderzoek uit te voeren naar de meerwaarde van de ondersteuning die geboden wordt door de vrijwillige mentoren. Meerwaarde in de maatschappelijke, maar ook in de financiële zin. Hierbij kijken we ook specifiek naar de meerwaarde van het vrijwillig mentorschap voor het sociaal domein. Hulpbehoevende inwoners van een gemeente hebben vaak al een persoonlijk begeleider en een bewindvoerder. Daarnaast bieden gemeenten de mogelijkheid om onafhankelijke cliëntondersteuning in te zetten voor kortdurende, specifieke vragen. Wat is dan tóch de toegevoegde waarde van het vrijwillige mentorschap?

Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we gesprekken gevoerd met zowel mentoren als met een aantal cliënten (die gebruik maken van een mentor) die nog bekwaam genoeg zijn om vragen te kunnen beantwoorden. In veel gevallen is dat namelijk niet (meer) aan de orde. Ook bevroegen we de coördinatoren die de match maken tussen mentor en cliënt en die voor ondersteuning van de vrijwillige mentoren zorgen. De indruk die al gelijk bij de eerste gesprekken ontstond was dat zowel de coördinatoren als de mentoren van Mentorschap Nederland écht betrokken zijn en zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn en gezondheid van de aan hun toegewezen cliënt. Dat ook coördinatoren deze betrokkenheid voelen blijkt uit het feit dat meer dan eens een coördinator tevens vrijwillig een mentorschap op zich neemt.

Het effect van deze betrokkenheid is het ontstaan van een **vertrouwensband** tussen mentor en cliënt. Die band is ook van belangrijke meerwaarde (en eigenlijk noodzakelijk) voor een goede invulling van de rol als wettelijk vertegenwoordiger. Dit ontstaat vanuit de eigen **intrinsieke motivatie, aandacht, tijd en empathie** die de vrijwillige mentor (in de rol van wettelijk vertegenwoordiger) investeert in die kwetsbare medemens. Want hoe kan anders het welzijn en de gezondheidswensen van een onbekwaam en kwetsbaar iemand goed worden vertolkt en gegarandeerd? Daarbij viel ons op dat mentoren en coördinatoren de **professionele kwaliteit** niet uit het oog verliezen en zich gesteund weten door de wet.

We hopen dat u door het lezen van deze rapportage, net als wij, enthousiast en geïnspireerd wordt door de bijzondere wijze waarop deze organisatie vormgeeft aan hetgeen dat wij verstaan als ons motto: *‘Mensen zorgen voor mensen’*.

April 2021, XpertiseZorg Organisatieadviseurs

Inhoud

1. Inleiding.....	4
1.1 Doel.....	4
1.2 Het onderzoek.....	4
1.3 Interviews met cliënten, mentoren, coördinatoren en gemeenten.....	4
1.4 Leeswijzer.....	4
2. Maatschappelijke context.....	5
2.1 Participatiemaatschappij	5
2.2 Wettelijke bepaling	5
2.2.1 Inzet mentoren in de Wlz versus de Wmo	5
2.3 Behoefte aan (zorg-)vertegenwoordigers	6
2.4 Stakeholders rondom de cliënt.....	6
3. Achtergrond en werkwijze	8
3.1 Het ontstaan van Mentorschap Nederland	8
3.4 Traject en verwijzers Mentorschap Nederland.....	8
3.3 Feiten en cijfers	9
3.5 Kosten en financiering.....	9
3.6 Vrijwillige mentor versus betaalde mentor (beroepsmentor).....	10
4. Waarde voor de cliënten	11
5. Effectverkenning.....	13
5.1 Effectgebieden.....	13
5.2 Eindconclusie	17

1. Inleiding

1.1 Doel

Effectonderzoek richt zich op het in beeld brengen van de meerwaarde van een dienst of product, afgezet tegen de kosten. Met het verzoek tot uitvoering van dit onderzoek wil Mentorschap Nederland de meerwaarde en effecten die worden bereikt in kaart brengen en zichtbaar maken.

Dit onderzoek beoogt geen wetenschappelijk onderbouwing noch een evaluatie te zijn van Mentorschap Nederland. Het betreft een combinatie tussen verkennend en beschrijvend onderzoek. Er is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve- als kwalitatieve methodes. Het onderzoek is exploratief van aard en zet feiten op een rij. Het onderzoek kan eveneens dienen als basis voor een professionele dialoog. Wat zijn 'werkende principes'? En hoe kunnen deze de zorg helpen te verbeteren?

1.2 Het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd door het verrichten van literatuurstudie, uitvoeren van interviews en een verdiepende analyse naar (maatschappelijke) kosten en baten. De resultaten vinden hun basis in:

- Bestudering van documenten en data van de landelijke organisatie Mentorschap Nederland als ook van een aantal regionale stichtingen
- Interviews met cliënten die gebruik maken van de beschikbare ondersteuning door de regionale stichtingen van Mentorschap Nederland.
- Interviews met mentoren van de regionale stichtingen van Mentorschap Nederland.
- Interviews met coördinatoren van deze regionale stichtingen.
- Interviews met gemeenten.
- Literatuuranalyse op gebied van de gevonden maatschappelijke kosten en baten.

1.3 Interviews met cliënten, mentoren, coördinatoren en gemeenten

Om kennis te verwerven over de waarde en betekenis die de regionale stichtingen van Mentorschap Nederland bieden voor zowel de cliënten als ook voor de mentoren hebben we van verschillende stichtingen zowel coördinatoren als cliënten en mentoren geïnterviewd. De cliënten die zijn geïnterviewd, zijn allen gezamenlijk met hun mentor gesproken. Er zijn verschillende gemeenten benaderd voor een interview. Sommige gemeenten hadden al wel contacten en samenwerking met de regionale stichting in hun regio, sommigen niet. In totaal zijn er 3 gemeenten, 5 cliënten, 7 mentoren en 5 coördinatoren geïnterviewd. Alle interviews verliepen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de maatschappelijke context beschreven die de achtergrond vormt van het werkveld van Mentorschap Nederland. Vervolgens beschouwen we in hoofdstuk 3 de werkwijze van de regionale stichtingen van Mentorschap Nederland. In hoofdstuk 4 kijken we vanuit het perspectief van de cliënt en zijn of haar mentor en schetsen we de waarde die zij ervaren. Aan de hand van verschillende casuïstieken schetsen we daarmee een beeld van de problematiek, maar ook van de oplossing en het effect dat Mentorschap Nederland en haar mentoren kan bieden. De te identificeren effecten worden beschreven in hoofdstuk 5.

2. Maatschappelijke context

2.1 Participatiemaatschappij

Het landelijke beleid omtrent gezondheid en zorg richt zich erop dat mensen eerst hun eigen kracht aanspreken en proberen voor zichzelf te zorgen, wanneer zij een ziekte of beperking hebben. Daarnaast wordt het beroep doen op een sociaal netwerk erg gestimuleerd, voordat hulp van professionele zorgverleners of de overheid in beeld komt. Sinds 2013 probeert de overheid een 'participatiemaatschappij' te bewerkstelligen: "een samenleving waarin iedereen die dat kan verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar eigen leven en omgeving, zonder hulp van de (landelijke) overheid".

Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen leven, zoals de Nederlandse regering stimuleert, is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Sommige personen kunnen niet goed (meer) voor zichzelf opkomen en hebben geen familie of naasten om op terug te vallen. Het mentorschap is bedoeld voor meerderjarige personen die door hun ziekte of beperking in bepaalde situaties moeite hebben met het begrijpen van informatie en het nemen van beslissingen.

2.2 Wettelijke bepaling

Per 1 januari 2020 is wettelijk bepaald dat zorgverleners ervoor moeten zorgen dat iedere patiënt die een psychiatrische aandoening heeft (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) en/of verstandelijk beperkt is en/of een geriatrisch ziektebeeld heeft (beide Wet Zorg en Dwang), instemt met zijn of haar zorgplan. Wanneer de patiënt in kwestie dit niet kan, dan moet de zorgverlener ervoor zorgen dat de patiënt hierbij ondersteund en/of vertegenwoordigd wordt.

Gemeenten moeten in hun Wmo beleidsplan aangeven hoe zij burgers informeren over wie als vertegenwoordiger kunnen optreden (*Wmo 2015, artikel 2.1.2. lid 4 onder g*). Bij het verstrekken van maatwerkvoorzieningen aan cliënten die niet zelf hun belangen kunnen waarnemen, moet samenspraak plaatsvinden met een vertegenwoordiger van de cliënt (*Wmo 2015, artikel 2.3.2 lid 1*). Mocht deze ondersteuning of vertegenwoordiging niet gevonden worden bij de naasten van de patiënt, dan kan mentorschap of een andere beschermingsmaatregel worden aangevraagd. De rechtbank benoemt de mentor zodat hij/zij de bevoegdheid heeft om de persoonlijke belangen van de patiënt te vertegenwoordigen.

2.2.1 Inzet mentoren in de Wlz versus de Wmo

Mentoren worden op dit moment al veel ingezet in de Wlz-setting, maar nog in mindere mate daarbuiten. Een van de redenen hiervoor is dat in de protocollen van intramurale zorginstellingen is opgenomen dat wordt beoordeeld of een cliënt behoefte heeft aan een mentor (vanwege de eigen kwetsbaarheid én het ontbreken van naasten die de rol van wettelijk vertegenwoordiger op zich kunnen nemen). Bij ondersteuning vanuit de Wmo en jeugdwet is dit veelal nog niet het geval, vooral niet wanneer de problematiek van een zelfstandig wonende zich nog vooral achter de voordeur afspeelt en er nog geen zorgpartijen of het wijkteam zijn betrokken. Het is

"Ik twijfel waar het kantelpunt zit tussen zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen, maar tegelijkertijd het niet meer voeren van eigen regie."

Citaat gemeente

nog geen automatisme om te onderzoeken of vertegenwoordiging van een burger noodzakelijk is.

Op basis van ons onderzoek ontstaat het beeld dat op dit moment de vrijwillige mentor van Mentorschap Nederland nog niet overal bekend is en optimaal ingezet wordt. Navraag bij een aantal gemeenten leert dat zij veelal niet of in heel beperkte mate bekend zijn met de mogelijkheden die de inzet van een mentor voor hun inwoners kan hebben. Meer bekendheid van de regionale stichting van Mentorschap bij de gemeente en vooral ook de 'signaleerders' zoals het wijkteam en de cliëntondersteuner kan helpen bij het breder inzetten van vrijwillige mentoren. Hierbij is het vooral van belang dat wederzijds de rolverdeling bekend is.

2.3 Behoeftte aan (zorg-)vertegenwoordigers

De behoefte aan (zorg-)vertegenwoordiging is de afgelopen jaren toegenomen. Een van de redenen hiervoor is de vergrijzing in Nederland. Ouderen die een mentor nodig hebben lijden veelal aan een geriatrisch ziektebeeld zoals dementie of de gevolgen van een hersenbloeding of beroerte. Het aantal mensen met dementie is door de vergrijzing bijvoorbeeld vervijfvoudigd van 50.000 in 1950 tot ruim 280.000 personen nu¹. Ongeveer 80.000 personen hiervan wonen in verpleeg- of verzorgingshuizen.

Een andere reden voor de toegenomen behoefte aan (zorg-)vertegenwoordiging is de beweging naar het langer zelfstandig thuis wonen. De hervormingen in de langdurige zorg en Wmo zorgen ervoor dat meer zorg en ondersteuning door de gemeente wordt gefinancierd en dat de intramurale zorg beperkter is. Voor mensen met een klein netwerk en/of geen familie kan het langer zelfstandig wonen leiden tot een risicovolle situatie. Zij kunnen bijvoorbeeld te maken hebben met eenzaamheid en een verslechtering van gezondheid die niet (op tijd) wordt gesignaleerd.

Voorbeeld casus: Een dementerende man met veel fysieke problemen wil beslist niet opgenomen worden in een verpleeghuis. Hij heeft daarom veel zorg aan huis, maar hij wijst vaak hulp van anderen af en heeft weinig ziekte-inzicht. Het wijkteam signaleert dat de man zo niet de zorg krijgt die hij nodig heeft om zelfstandig te blijven wonen en meldt de man aan voor een mentor. De kantonrechter wijst het verzoek tot mentorschap toe. De mentor overlegt met de man, behartigt zijn belangen en is het aanspreekpunt voor diverse hulpverlenende instanties. Dit brengt rust en duidelijkheid in de situatie en hierdoor kan meneer langer zelfstandig blijven wonen.

2.4 Stakeholders rondom de cliënt

Er zijn verschillende vormen van ondersteuning van een cliënt bij het invullen van de regierol. Sommige vormen zijn kortdurend en wijzen de weg, andere vormen zijn langdurig en hebben een wettelijke basis in de vertegenwoordiging van een cliënt. In de tabel op de volgende pagina hebben we de verschillende vormen uiteengezet.

¹ Via <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>

Persoon	Rol	Wettelijk benoemd, mag beslissen over cliënt
Familie/naaste	Als een volwassene wilsonbekwaam is, heeft de familie volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst een vertegenwoordigende functie	Ja
Mentor (vrijwillig of betaald)	Staat naast de cliënt en behartigt zijn/haar belangen voor langere periode wanneer de cliënt hiertoe zelf niet in staat is. Neemt waar nodig de regie over. Kijkt vanuit het perspectief (normen en waarden) van de cliënt. Niet verantwoordelijk voor financiële zaken.	Ja
Curator (betaald)	Voor mensen die zowel hun financiële als persoonlijke belangen niet meer kunnen behartigen. Iemand die onder curatele is gesteld, verliest zijn/haar handelingsbekwaamheid.	Ja
Bewindvoerder (betaald)	Vermogensrechtelijke belangen. Sinds 1 januari 2021 geldt dat in geval van schulden de rechter het bewind alleen voor bepaalde duur mag uitspreken.	Ja
Casusregisseur (veelal betaald)	Heeft regie in het coördineren, afstemmen en volgen van de benodigde hulpverlening voor een cliënt. Heeft hierbij oog voor de cliënt, maar daarnaast ook voor het zo efficiënt mogelijk organiseren van de zorg.	Nee
Cliënt-ondersteuner (vrijwillig of betaald)	Staat naast de cliënt, geeft advies en kan zijn/haar belangen voor kortere periode behartigen op specifieke levensdomeinen: gezondheid, financiën, wonen, leren, sociale relaties en werken. Cliëntondersteuning kan worden ingezet voor een korte periode bij een duidelijk afgebakende vraag.	Nee

3. Achtergrond en werkwijze

3.1 Het ontstaan van Mentorschap Nederland

In Nederland ontstonden verschillende mentorschap-initiatieven in Breda, Rotterdam en Noord-Holland toen in het jaar 2000 het signaal kwam dat ondersteuning ontbrak voor mensen die onvoldoende in staat waren om voor zichzelf beslissingen te nemen en die ook niet konden terugvallen op familie of naasten. Rond 2006 is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) subsidie verstrekt om ook in de rest van Nederland mentorschap-stichtingen op te richten. Daaropvolgend is in 2007 door de stichtingen de landelijke stichting Mentorschap Netwerk Nederland opgericht. Deze landelijke stichting had als doel dat mentorschap-stichtingen door heel Nederland opgericht werden. Rond 2010 bleek dit een groot succes te zijn geworden. In december 2010 is de vereniging Mentorschap Nederland opgericht. Omdat de bekendheid met mentorschap beperkt bleef, hebben de regionale stichtingen in 2014 besloten om alle 11 met één gezicht naar buiten te opereren onder de naam Mentorschap Nederland.



3.4 Traject en verwijzers Mentorschap Nederland

Er zijn verschillende routes waarlangs een ondersteuningsvraag binnen kan komen bij een regionale stichting van Mentorschap Nederland.

Route 1: Via de regionale stichting naar de rechtbank

Een cliënt kan doorverwezen zijn naar een regionale stichting via familie, het wijkteam, de casemanager dementie, een zorginstelling, een bewindvoerder of maatschappelijk werk. Deze partijen kunnen een aanmelding indienen bij de regionale stichting. In enkele gevallen belt een cliënt zelf naar een van de regionale stichtingen. De coördinator van de regionale stichting neemt contact op met de cliënt, zijn naasten en/of de 'aanmelder', waarop een kennismakingsgesprek volgt. In het gesprek kijkt de coördinator wat de zorgvraag is van deze cliënt en wat zijn/haar andere persoonskenmerken zijn. Met deze informatie wordt gekeken of de cliënt een mentor van de regionale stichting kan worden aangeboden en zo ja, welke mentor bij deze cliënt past. De cliënt wordt gekoppeld aan een vrijwillige mentor.

Wanneer de cliënt en de mentor het contact als positief beoordelen, begeleidt de regiocoördinator de cliënt en andere betrokkenen bij de aanvraag voor het mentorschap bij de rechtbank. De rechter behandelt het verzoek met de verzoeker, de persoon die een mentor krijgt, de voorgestelde mentor en andere belanghebbenden². De rechtbank benoemt de stichting (in de beschikking) en de stichting mandateert de mentor.

² Via <https://www.rechtspraak.nl/Onderwerpen/Mentorschap/Paginas/procedure-mentorschap-aanvragen.aspx#ef7a45d7-dc6d-4cff-a8b5-6f821a605fd9c81637f0-fb70-402c-b43c-3052df9f2f6d3>

Route 2: Via de rechtbank naar de regionale stichting

Er kan ook een aanvraag tot mentorschap ingediend worden bij de rechtbank. Er zijn verschillende personen of instellingen die een dergelijke aanvraag kunnen indienen: de persoon die een mentor krijgt, de echtgenoot of andere partner, familieleden tot de 4^e graad, de curator of bewindvoerder van de betrokkene, de instelling die de betrokkene verzorgt of begeleidt en de officier van justitie². De rechtbank kan vervolgens de uitspraak doen dat een cliënt een vrijwillige mentor nodig heeft. De rechtbank benoemt de regionale stichting. Vervolgens zoekt de regionale stichting een passende mentor. Indien nodig neemt een tijdelijke mentor of coördinator waar tot er een passende mentor gevonden is. Als er een mentor gevonden is, mandateert de regionale stichting de uitvoering van de taken aan deze mentor.

Het komt sporadisch voor dat de rechter een regionale stichting en een beroepsmentor (zie ook paragraaf 3.6) uitnodigt, die beide hun visie vertellen. Vervolgens bepaalt de rechter wie gekoppeld wordt aan de cliënt.

3.3 Feiten en cijfers

In 2019 waren bij de regionale stichtingen van Mentorschap Nederland 2.284 mentoren actief voor 3.154 cliënten³. Van deze cliënten heeft ongeveer de helft een verstandelijke beperking. Bijna een kwart van de cliënten bestaat uit de psychogeriatrische doelgroep. De overige cliënten hebben psychische of psychiatrische problematiek (13%) of vallen onder de groep 'overig (bijvoorbeeld NAH) of (nog) niet gespecificeerd'.



"Qua doelgroep gaat het om iedereen die zelf geen beslissing kan nemen op de leefterreinen wonen, zorg en welzijn. Wij zien dat dit veelal mensen met lichte dementie, mensen met een lichtverstandelijke beperking of mensen met niet-aangeboren hersenletsel zijn."

Citaat gemeente

3.5 Kosten en financiering

De jaarlijkse kosten die een cliënt betaalt aan de regionale stichting dienen als onkostenvergoeding voor de mentor (telefoon en reiskosten) en coördinatiekosten voor de regionale stichtingen (bijscholing en begeleiding van mentoren). Deze kosten bedragen €1.187,- per cliënt per jaar. Daarnaast zijn er eenmalige kosten: griffiekosten (€83,-) en een intakevergoeding voor de stichting (€559,-). Deze kosten komen voor rekening van de cliënt. Wanneer de cliënt beperkte inkomsten heeft, kan hij/zij de kosten voor mentorschap (gedeeltelijk) terugvragen bij de gemeente via de bijzondere bijstand⁴.

³ Jaarverslag Mentorschap Nederland 2019

⁴ Via <https://www.mentorschap.nl/mentor-nodig-2/kosten-en-vergoeding-2>

3.6 Vrijwillige mentor versus betaalde mentor (beroepsmentor)

In Nederland zijn ook organisaties die werken met betaalde- of beroepsmentoren. De kosten van een vrijwillige mentor van een van de regionale stichtingen van Mentorschap Nederland en een betaalde mentor zijn gelijk. Het grote verschil is dat een betaalde mentor voor dit bedrag maximaal 17 uur per jaar mag besteden. Dat betekent dat deze mentor minder dan 1,5 uur per maand beschikbaar is voor zijn of haar cliënt. In de interviews die zijn gehouden met de vrijwillige mentoren zien wij dat de gemiddelde tijdsbesteding van een mentor voor zijn of haar cliënt ligt op ongeveer 1 uur per week. Door meer tijd door te brengen met een cliënt leert een mentor zijn of haar normen en waarden kennen en kan hij de mening en belangen van de cliënt beter behartigen.

“Toen ik met mijn cliënt een eindje aan het wandelen was, zagen we samen een dood vogeltje liggen. Dit was voor mij een aanleiding om over doodgaan en uitvaartwensen te beginnen: “Gaat het vogeltje naar de hemel? Moet hij begraven worden? Wat zou jij willen als je dood zou gaan?” Een beroepsmentor voert alleen de gesprekken die nodig zijn op het moment van spreken.”

Citaat vrijwillige mentor

4. Waarde voor de cliënten

De waarde voor de cliënten van Mentorschap Nederland illustreren we met onderstaande praktijk verhalen. In de beschrijvingen zijn de namen en kenmerken van de leefsituatie aangepast, zodat de cliënten anoniem kunnen blijven.

Kim (mentor) en Lisa (cliënt)

Kim: "Onze moeder is overleden in 2016. Ik ben toen de voogd geworden van Lisa. Onze band werd wat slechter, dus ik heb deze zorg overgedragen aan mentorschap. Eigenlijk was er geen andere familie of naaste die dit kon doen. We hebben nog een broertje, maar hij is minderjarig. En onze stiefvader komt niet meer naar afspraken sinds Lisa 18 is. Alleen toen er een andere mentor was, had ik helemaal geen controle meer over wat er met mijn zus gebeurde. Daarom ben ik zelf haar mentor geworden."



Lisa is een half jaar dakloos geweest. Zij woonde in een instelling, maar is hier weggelopen en daarom uitgeschreven. Kim: "Als Lisa overvraagd wordt raakt ze de draad kwijt en wordt ze kwaad. Ze krijgt echt woede-uitbarstingen. Lisa had EMDR en andere therapie, maar dit stopte toen ze op straat kwam te staan, omdat je dan geen adres hebt. Dat maakte het er niet beter op."

Kim heeft erg veel contact gehad met de gemeente om voorzieningen te regelen. Lisa kon geen Wlz-indicatie krijgen, maar was volgens Kim het beste af op een Beschermd Wonenplek. Kim: "Lisa werd door maatschappelijk werk van het kastje naar de muur gestuurd. Daarin heb ik haar ondersteund en dit doe ik nog steeds. Ik heb bezwaarschriften geschreven en uiteindelijk kon Lisa een plek krijgen bij Beschermd Wonen."

Lisa: "Kim helpt mij overal mee. Als ik het even niet weet dan kan ik haar vragen. Ze is er als ik haar nodig heb. Ik mag haar ook 's avonds bellen."

Henk (mentor) en John (cliënt)

John is 60 jaar oud. Hij is een psychiatrisch patiënt. Hij heeft van jongs af aan last van angsten en kon daardoor niet functioneren. Henk is de mentor van John.



Henk: "John woonde thuis, maar dat werkte niet. Hij had verzamelwoede en het huis was erg vervuild. Ook liet hij soms de kraan aan, waardoor wateroverlast ontstond. Door het wiet- en alcoholgebruik van John verloor hij zijn dag- en nachtritme. De burens ervaarden veel overlast, wat ertoe leidde dat John uiteindelijk uit huis is geplaatst."

John heeft wel een broer en zus, maar de relatie met hen is erg lastig. John heeft zelf om hulp gevraagd bij Mentorschap. Hij is nu samen met zijn mentor op zoek naar een vervolglocatie (Beschermd Wonen). Henk: "Er staan veel personen om John heen. Allemaal behandelaren en andere zorgleveranciers. Ik vorm het aanspreekpunt en de gesprekspartner voor deze personen en zorg dat het behandelplan wordt opgesteld in het belang van John."

Debora (mentor) en Maxime (cliënt)

Maxime heeft een verstandelijke beperking en is 60 jaar. Ze woont nog zelfstandig. Eerst woonde haar moeder ook thuis, maar zij is dementerend en woont nu in een verzorgingstehuis.



Debora is de mentor van Maxime. Debora: "Maxime gaat 3 keer per week naar haar werk met de auto. Haar werk zorgt voor een zinvolle daginvulling, structuur in haar dag en uiteraard ook voor een financiële bijdrage. Doordat het op dit moment niet zo goed gaat met de financiën van Maxime, mede door het wegvallen van de inkomsten van haar moeder, heeft haar bewindvoerder gezegd dat zij haar auto moet verkopen."

Debora is bang dat dit voor Maxime op allerlei vlakken alleen maar problemen zal opleveren. Zonder auto kan Maxime niet meer naar haar werk, wat er niet alleen voor zorgt dat zij geen geld meer verdient, maar ook dat zij geen dagritme meer heeft. Debora is bang dat Maxime zal vereenzamen en nog meer in de schulden zal raken wanneer haar auto niet behouden kan worden. Debora: "Als mentor ga je niet over de financiën van je cliënt, maar ik kijk wel vanuit een bredere visie en ik ken de belangen en het dagelijks leven van mijn cliënt. Daarom ga ik in gesprek met de bewindvoerder."

5. Effectverkenning

Bovenstaande casusbeschrijvingen schetsen het beeld van verschillende situaties waarin een mentor van meerwaarde kan zijn. In dit hoofdstuk zoomen we in op de verschillende effecten die kunnen ontstaan door de inzet van een mentor. Omdat de situatie van iedere cliënt, zijn/haar ondersteuningsvraag en de mogelijkheden van een mentor verschillend zijn is het moeilijk om een uitputtende lijst van effecten te benoemen. We hebben daarom uit de verschillende interviews een aantal effectgebieden gedefinieerd die we in dit hoofdstuk zullen beschrijven, het gaat dan om:

1. Bescherming en belangenbehartiging kwetsbare burger
2. Zorgen voor een duidelijk (gecoördineerd) afstempunt voor alle ondersteuning die een cliënt krijgt;
3. Kritisch bekijken van benodigde zorg en ondersteuning
4. Creëren van randvoorwaarden om behandeling of begeleiding tot succes te maken
5. Voorkomen van vereenzaming door blik op zorg en ondersteuning waarbij ook aandacht is voor daginvulling en sociale contacten
6. Bezielt financiële interventies als schuldhulpverlening en bewindvoering in breed maatschappelijk perspectief

Deze effectgebieden kunnen in individuele casuïstiek in meer of mindere mate teruggevonden worden. Per effectgebied proberen we waar mogelijk ook een kwantificering van de opbrengsten te maken.

5.1 Effectgebieden



1. Bescherming en belangenbehartiging kwetsbare burger

Als mentor ben je in de eerste plaats de wettelijk vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de cliënt. De mentor is bevoegd om te beslissen over de verzorging en behandeling van zijn of haar cliënt. Een vertrouwensband is hierbij van belang: de mentor moet kunnen handelen naar de normen, waarden en behoeften van de cliënt. Als de gezondheid van een cliënt verslechtert en hij of zij heeft niemand die voor hem of haar opkomt, ontstaat er een kans op risicovolle situaties. Doordat een mentor de belangen van een cliënt behartigt, wordt de cliënt in bescherming genomen. De mentor ziet er op toe dat de kwetsbare cliënt de voor hem of haar benodigde steun en zorg ontvangt.



2. Zorgen voor een duidelijk (gecoördineerd) afstempunt voor alle ondersteuning die een cliënt krijgt

Doordat een mentor de cliënt voor een langere periode ondersteunt en investeert in het leren kennen van de cliënt en zijn/haar leven en bijbehorende wensen, weet een mentor vaak precies welke zorg en zorgvraag zijn of haar cliënt heeft. De mentor kan daardoor een belangrijke rol spelen in informatieverzameling en beeldvorming rondom de cliënt. De mentor kan daardoor een duidelijk afstempunt zijn voor bijvoorbeeld indicatiestellers of casemanagers die soms ingezet worden. Een indicatiesteller of casemanager kan effectiever zijn werk doen als hij goede informatie krijgt en als afspraken worden nagekomen. Dit voorkomt onnodige intakes, want alle informatie is gebundeld en kan in één keer besproken worden. Daarnaast geeft de mentor betrouwbare informatie, waardoor direct de juiste zorg op de juiste plek geboden kan worden aan de cliënt. Het hebben van één

afstempunt zorgt voor de indicatiesteller of casusmanager voor minder frustratie en administratieve belasting.

Wanneer we dat proberen te vertalen naar wat dit kan opleveren, nemen we aan dat doordat indicatiestellers snel over goede en volledige informatie beschikken zij hun werk in ongeveer 2 uur minder tijd kunnen verrichten. Uitgaande van een uurtarief van gemiddeld 50 euro levert dit per indicatie 100 euro winst op. Daarnaast kan door het gelijk bieden van de juiste zorg op de juiste plek beter passende zorg worden geleverd. Hierbij kan gedacht worden aan een Wlz indicatie in plaats van een Wmo indicatie, of een minder groot beroep op de Wmo door inzet van het voorliggende veld. Op basis van landelijke cijfers van het Sociaal en Cultureel Planbureau wordt gemiddeld 2 uur Wmo-ondersteuning per week ingezet⁵. We gaan ervan uit dat door het aanbieden van beter passende zorg deze ondersteuning 50% lager is. Bij een tarief van ongeveer 45 euro voor reguliere Wmo-begeleiding is dat een besparing van 90 euro per week voor iedere cliënt die geen gebruik maakt van begeleiding.



3. Kritisch bekijken van benodigde zorg en ondersteuning

Een mentor heeft goed in beeld welke zorg en ondersteuning de cliënt nodig heeft en welke zorg hij of zij daadwerkelijk ontvangt. Dit kan ertoe leiden dat een aantal interventies, bijvoorbeeld in de vorm van medicatie of behandeling, gestopt kunnen worden. Ook hier kan door het inzetten van de mentor beter passende zorg worden geleverd in het kader van de juiste zorg op de juiste plek. Het gaat daarbij om het voorkomen van onnodige dure of overbodige zorg.

Voorbeeld casus: Een mentor merkte aan het begin van het traject dat de verschillende zorgaanbieders onderling geen contact hadden. Haar cliënt gebruikte Prednison, maar niemand wist meer waarom. Daarom heeft ze gezorgd dat dit werd afgebouwd.



4. Creëren van randvoorwaarden om behandeling of begeleiding tot succes te maken

In hoofdstuk 4 is de casus geschetst van Kim en Lisa. Doordat Lisa een lange periode niet op de Wlz-locatie is geweest, is de zorg hier gestopt en mocht zij niet meer terugkomen. Daardoor is zij dakloos geraakt. Een mentor had kunnen zorgen dat hij met de zorgaanbieder en Lisa in gesprek ging om haar een extra kans te geven te blijven wonen in de Wlz-instelling. In dat geval had de mentor met Lisa 'dwingende' afspraken kunnen maken over een aantal zaken die voor haar belangrijk zijn om te kunnen blijven wonen. Zoals bijvoorbeeld het verplicht nemen van medicatie, of gebruik maken van behandeling. De mentor had in dit geval de context kunnen schetsen en kunnen bemiddelen tussen de cliënt en de instelling.

Bij de kwantificering van dit effect kunnen grote verschillen ontstaan. Zo zijn de kosten voor een huisuitzetting voor een woningbouwcorporatie tussen de 5.000 en 10.000 euro. Deze kosten bestaan bijvoorbeeld uit huurderiving en de inzet van corporatiemedewerkers. De daarop volgende Wmo-kosten voor bijvoorbeeld Maatschappelijke Opvang, ondersteuning en het verkrijgen van een uitkering zijn vaak nog veel hoger, en kunnen variëren van 11.000

⁵ Via <https://digitaal.scp.nl/zorgenondersteuning2016/>

tot 60.000 euro⁶. Dit, terwijl het afmaken van bijvoorbeeld een ambulante GGZ-behandeling gemiddeld 8.000 tot 17.000 euro per jaar kost en daarmee in vergelijking dus ongeveer 40.000 euro kan 'opleveren'.

Een ander voorbeeld dat uit de interviews kwam ligt op het gebied van behoud van werk.

Voorbeeld casus: Een man van middelbare leeftijd werkte bij een sociale werkvoorziening. Dat ging niet goed, waardoor hij dreigde zijn baan kwijt te raken. In samenspraak met de werkgever en de man heeft de mentor van de man afspraken gemaakt over bijvoorbeeld aan de kant van de man: op tijd op het werk komen en eerlijk zijn over de redenen van verzuim. En aan de kant van de werkgever: het duidelijk communiceren wat de taken zijn van de man. Deze afspraken zijn op papier gezet en de mentor draagt zorg dat iedereen zich eraan houdt. Zo kon de man toch zijn baan blijven behouden.

Buiten het feit dat baanverlies vaak leidt tot angst, depressies en lusteloosheid⁷, leidt het in bovenstaande casus ook tot minder inkomsten voor de cliënt in kwestie. Doordat voorkomen is dat de cliënt zijn baan verloor, is ook voorkomen dat de cliënt een uitkering kreeg of zelfs in de schuldhulpverlening terecht zou komen.

Meer dan de helft van de kosten van schuldproblematiek komt ten laste van de gemeente⁸. Een bijstandsuitkering kost voor een alleenstaand persoon bijvoorbeeld 600 euro per maand. Daarnaast bedragen de kosten van schuldhulpverlening ongeveer 1500 euro per jaar. Ten slotte bedragen de kosten voor de inzet van het UWV gemiddeld 3000 euro per jaar en een eventueel re-integratietraject 4700 euro. In totaal komt dit al gauw neer op 13.000 tot 14.000 euro per jaar⁹. Dit is in lijn met gegevens vanuit de Rijksoverheid, die inschatten dat de gemiddelde prijs voor mensen in de participatiewet ongeveer 14.000 euro per jaar bedraagt¹⁰.



5. Voorkomen van vereenzaming door blik op zorg en ondersteuning waarbij ook aandacht is voor daginvulling en sociale contacten

Een mentor komt niet alleen op voor de belangen van de cliënt, maar kent ook het dagelijks leven van de cliënt. De focus ligt hierbij op het welzijn van de cliënt. De mentor kan signaleren of een cliënt eenzaam is. In sommige gevallen gaat de mentor zelf wat vaker naar de cliënt toe, in andere gevallen zet de mentor passende ondersteuning in om vereenzaming te voorkomen bijvoorbeeld door middel van een maatje of waar nodig door het aanvragen van een beschikking voor dagbesteding. Het is niet het doel of de taak van een mentor om als een soort 'maatje' te fungeren, maar in de praktijk gebeurt dit soms wel. Het toeleiden naar bijvoorbeeld dagbesteding is wel de rol van de mentor. Dit komt doordat de mentor reflecteert op wat zijn of haar cliënt nodig heeft: zou het voor de cliënt van toegevoegde waarde zijn als hij/zij dagbesteding gaat doen? De mentor helpt de cliënt met het formuleren van de hulpvraag. De mentor kijkt hierbij naar hetgeen de cliënt zelf nog kan verwoorden en laat iemand zo veel mogelijk zelf vertellen.

⁶ N. Pleace, I. Baptista et. Al. 2013. The Costs of Homelessness in Europe

⁷ Via <https://www.ad.nl/werk/baanverlies-leidt-vaak-tot-angst-depressies-en-lusteloosheid~a02f7724/>

⁸ Via https://www.divosa.nl/sites/default/files/onderwerp_bestanden/kosten_en_baten_schuldhulpverlening.pdf

⁹ Via Maatschappelijke Prijslijst, Effectencalculator

¹⁰ Rijksoverheid (2015), Toelichting macrobudget gebundelde uitkering 2016

We weten uit de literatuur dat eenzame mensen tot 50% hogere zorgkosten maken¹¹. Dat komt bijvoorbeeld doordat zij vaker hulp zoeken bij de GGZ (350 miljoen extra aan zorgkosten op jaarbasis) en de huisarts (5 miljoen extra op jaarbasis). Een ambulante GGZ-behandeling kost gemiddeld 8.000 tot 17.000 euro per jaar. Daarnaast kan het voorkomen van een beroep doen op de huisarts, als we uitgaan van gemiddeld vier keer per jaar één consult bij de huisarts, al een besparing opleveren van 500 euro per cliënt per jaar.

De gevolgen van eenzaamheid kunnen groot zijn. Vooral als het om chronische, langdurige en ernstige eenzaamheid gaat. De gevolgen kunnen uiteenlopen van een lagere kwaliteit van leven, tot een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid en verhoogde maatschappelijke kosten door het gebruik van sociale, medische en zorgvoorzieningen¹².

6. Bezieet financiële interventies als schuldhulpverlening en bewindvoering in breed maatschappelijk perspectief

Zoals al beschreven in de casus in hoofdstuk 4 van Debora en Maxime, heeft de mentor een bredere kijk op de inwoner dan een bewindvoerder. Waar de bewindvoerder van Maxime alleen keek naar de financiën, ziet Debora ook wat het wegnemen van de auto op voor Maxime betekent op het gebied van welzijn en werk. Door dit perspectief voorop te zetten, wordt een andere financiële afweging gevonden die (hoogstwaarschijnlijk) meer duurzaam is. Dit kan leiden tot het verminderen van schuldenproblematiek, waardoor een beroep op bijstand (zie ook effectgebied 3) en ook het vervallen in een sociaal isolement (zie ook effectgebied 5) voorkomen kan worden.

¹¹ Via <https://www.nrc.nl/nieuws/2021/02/07/eenzaamheid-kost-2-miljard-euro-aan-extra-zorgkosten-a4030906>

¹² Via <https://aanpakeenzaamheid.nl/feiten/>

5.2 Eindconclusie

Naast het feit dat het wettelijk verplicht is dat een cliënt kan instemmen met zijn of haar zorgplan en indien de cliënt dit niet zelf kan dat hij/zij hier dan bij ondersteund wordt, blijkt dat een mentor nog meer effecten oplevert op verschillende gebieden. Een mentor levert in veel situaties een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van de cliënt en daarnaast kunnen, *afhankelijk van de situatie van de cliënt*, verschillende besparingen optreden zoals weergegeven in de tabel. Voor een onderbouwing van de bedragen verwijzen we naar voorgaande paragrafen.

Effectgebied	Effect	Besparingspotentieel
 Bescherming en belangenbehartiging kwetsbare burger	Meer ureninzet (dan betaalde mentor)	P.M.
 Zorgen voor een duidelijk (gecoördineerd) afstempunt voor alle ondersteuning die een cliënt krijgt	Betrokken hulpverleners / wijkcoaches kunnen efficiënter werken	€100,- per cliënt
	Leveren passende zorg	€4.680,- per cliënt per jaar
 Kritisch bekijken van benodigde zorg en ondersteuning	Voorkomen onnodige zorg of onnodig (dure) zorg	P.M.
 Creëren van randvoorwaarden om behandeling of begeleiding tot succes te maken	Voorkomen huisuitzetting	€5.000 - €10.000,- per cliënt
	Kosten opvolgend aan huisuitzetting	€11.000 - € 60.000,- per cliënt
	Kosten omtrent schuldenproblematiek	€14.000,- per cliënt per jaar
 Voorkomen van vereenzaming door blik op zorg en ondersteuning waarbij ook aandacht is voor daginvulling en sociale contacten	Voorkomen GGZ-zorg	€8.000 - 17.000,- per cliënt per jaar
	Voorkomen huisartszorg	€500,- per cliënt per jaar
	Voorkomen lichamelijke en psychische problematiek	P.M.
 Bezieet financiële interventies in breed maatschappelijk perspectief	Kosten omtrent schuldenproblematiek	€14.000,- per cliënt per jaar

Kosten

€1.187,- per cliënt per jaar
€642,- per cliënt eenmalig



Besparingspotentieel¹³

casusafhankelijk maar kan oplopen tot:
€25.000,- per cliënt per jaar
€16.000,- per cliënt eenmalig

¹³ Optelsom van bedragen in de tabel, waarbij bij een range is uitgegaan van het laagste bedrag