MANTELZORG IN ZEIST

ONDERZOEK NAAR DE INTENTIE OM MANTELZORG TE VERLENEN EN DE FACTOREN DIE HIERMEE SAMENHANGEN

Naam: Timo Linting
Studentnummer: 3539156
Opleiding: Vraagstukken van Beleid en Organisatie
Scriptiebegeleider: Peter Groenewegen
Stagebegeleider: Paul Ketelaars
Datum: 11 augustus 2014

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie die ik ter afsluiting van de master Vraagstukken van Beleid en Organisatie aan de Universiteit Utrecht heb geschreven. Het was een werk met vallen en opstaan, maar ik ben de mening toe gedaan dat de beste leerweg deze weg betreft. Ik ben dan ook tevreden met het resultaat, en hoop van harte dat de gemeente Zeist gebruik kan maken van mijn beleidsaanbevelingen.

Ik wil allereerst Paul Ketelaars bedanken voor de goede ondersteuning vanuit de gemeente Zeist. Peter Groenewegen komt mijn dank toe voor de begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht, en is van grote waarde geweest in mijn denkproces.

Timo Linting

Inhoudsopgave

1. Inleiding 4

1.1 Probleemstelling 4

1.2 Doel- en vraagstelling 5

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie 6

2. Achtergrond 8

2.1 Mantelzorg: definitie 8

2.1.1 Mantelzorg in historisch perspectief 8

2.1.2 Mantelzorg in Nederland 9

2.2 Beleidscontext 10

2.2.1 Hervorming langdurige zorg 10

2.2.2 Hervorming langdurige zorg en mantelzorg 10

2.2.3 Zeist en mantelzorg 11

2.2.4 Mantelzorgondersteuning in Zeist 12

3. Theoretisch kader 13

3.1 Theorie van Gepland Gedrag 13

3.2 Samenhang attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole met mantelzorgintentie 15

3.3 Samenhang van het aantal uren dat iemand werkt met attitude 15

3.4 Samenhang van leeftijd met attitude 15

3.5 Samenhang van geslacht met attitude en subjectieve norm 16

3.6 De invloed van religieuze achtergrond op subjectieve norm 16

3.7 Samenhang van een zorgberoep met subjectieve norm en zelf-ingeschat vermogen 16

3.8 Samenhang opleidingsniveau met attitude 17

3.9 Samenhang van etniciteit met ervaren gedragscontrole 18

4. Onderzoeksopzet 20

4.1 Onderzoekspopulatie en steekproef 20

4.2 Respons en selectie 20

4.3 Meetinstrument en variabelen 21

4.4 Achtergrondvariabelen 24

4.5 Analysestrategie: kwantitatieve analyse 25

4.6 Analysestrategie: kwalitatieve analyse 27

5. Kwantitatieve resultaten: De intentie om mantelzorg te verlenen en de factoren die hiermee samenhangen 28

5.1 Beschrijving achtergrondvariabelen 28

5.3 De intentie om mantelzorg te verlenen 29

5.4 De factoren die samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen 31

5.4.1 Analyse schoonouders 31

5.4.1.1 De samenhang van de achtergrondvariabelen en gedragsintentie 31

5.4.1.2 De samenhang van attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole met intentie om mantelzorg te verlenen 32

5.4.1.3 De samenhang van de achtergrondvariabelen met attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole 33

5.4.2 Analyse buren 34

5.4.2.1 De samenhang van de achtergrondvariabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen 34

5.4.2.2 De samenhang van attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole met intentie . 35

5.4.2.3 De samenhang van de achtergrondvariabelen met attitude, subjectieve norm met ervaren gedragscontrole 36

5.4.3 Samenvatting 38

6. Kwalitatieve resultaten: Overwegingen om mantelzorg te verlenen 40

6.1 Mantelzorg voor (schoon)ouders: overwegingen 40

6.1.1 Normen en waarden 40

6.1.2 Mogelijkheden 41

6.2 Mantelzorg voor buren 42

6.2.1 Overwegingen 42

6.2.2 Normen en waarden 43

6.2.3 Mogelijkheden 43

6.3 Samenvatting 43

7. Conclusie/discussie 45

7.1 Terugblik 45

7.2 Conclusies 45

7.3 Discussie 47

8. Beleidsaanbevelingen 49

8.1 Combinatie mantelzorg met andere verplichtingen bevorderen 49

8.2 Verhogen bewustzijn 50

8.3 Informatie verschaffen 50

9. Literatuur 52

Bijlage 1: Mantelzorgers in Zeist 56

Bijlage 2: De MantelScan 59

Bijlage 3: Vragenlijst 60

1. Inleiding

In 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd. Deze wet vervangt de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), de Welzijnswet en de huishoudelijke verzorging uit de Algemene Wet Bijzondere ziektekosten. De Welzijnswet en de WVG vielen al onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Met de invoering van de WMO is daar een deel van de AWBZ bijgekomen. Volgens de Rijksoverheid weten gemeenten beter dan de landelijke overheid wat hun eigen inwoners nodig hebben (Transitie Bureau WMO, 2014). Op 1 januari 2015 zal daarom de WMO verder worden uitgebreid. De functie extramurale begeleiding gaat dan over van de AWBZ naar de WMO. Op dit moment zijn de gemeenten druk bezig om deze nieuwe zorgverantwoordelijkheden op zich te nemen. In het nieuwe beleid staat de eigen kracht van burgers, en meedoen naar eigen vermogen centraal. Wanneer iemand een zorgbehoefte heeft, zal eerst gekeken worden naar wat deze persoon zelf nog kan. Lukt het niet zelf, dan wordt het sociale netwerk aangesproken. Als er familie, vrienden, kennissen en/of buren zijn die kunnen bijspringen, dan worden zij vanuit deze nieuwe visie ook geacht dit te doen.

Met deze nieuwe visie, in beleidstermen "De Kanteling" genoemd omdat het een nieuwe manier van denken over het verlenen van zorg inhoudt, wordt het sociale netwerk van een zorgvrager belangrijker voor ondersteuning, begeleiding en/of verzorging van de zorgvrager. Er wordt op mensen uit het sociale netwerk van de zorgvrager, de mantelzorgers, gerekend dat zij zorg zullen dragen voor hun "naaste". Enerzijds moeten de bestaande mantelzorgers meer zorg op zich nemen, anderzijds wordt een nieuwe groep mensen aangesproken die nu nog geen zorg verleent, maar dit in de toekomst wel geacht wordt te doen.

Op dit moment is de mantelzorg in het licht van de vernieuwde WMO dan ook een hot topic. Krantenkoppen verschijnen met titels als "De nieuwe mantelzorg is kleinerend en absurd" (Trouw, 29 mei 2013), "Wie helpt de mantelzorger?" (Telegraaf, 3 januari 2014), en "Mantelzorg kun je niet afdwingen, wel kapot maken" (NRC handelsblad, 16 oktober 2013). Ook Mezzo, de vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg stelt zich kritisch op. Zij laat weten dat de samenleving nog niet klaar is voor een grotere rol voor mantelzorgers (Mezzo, 2013).

1.1 Probleemstelling

Ook de gemeente Zeist krijgt, in het kader van de overheveling van een groot deel van de zorgtaken van de Rijksoverheid naar de gemeenten, de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mantelzorgers. Zij is dan ook hard bezig om tot een goede invulling te komen van deze ondersteuning. Hierbij denkt zij aan respijtzorg (het tijdelijk overnemen van de zorg, zodat de mantelzorger op adem kan komen), coaching van mantelzorgers, en het contact leggen tussen mantelzorgers om ervaringen uit te wisselen (Gemeente Zeist 2012; 2013). Evenals bij de landelijke visie, wordt er bij het gemeentelijk beleid vanuit gegaan dat het sociale netwerk van de zorgvrager aangesproken kan worden (Gemeente Zeist, 2013). Deze assumptie kan in twijfel getrokken worden, door onder meer de bevinding dat een zorgbehoefte kan

leiden tot een verschraling van het sociale netwerk (Steyaert en Kwekkeboom, 2012). Door ziekte of een beperking is iemand vaak minder mobiel, heeft een deel van zijn aandacht nodig om met de ziekte en/of beperking te leven, en wordt door de zorgbehoefte op sociaal gebied minder aantrekkelijk voor anderen. Iemand zonder zorgbehoefte kan over het algemeen zijn sociale netwerk zonder al te veel moeite overeind houden en vergroten, maar wie te kampen heeft met ziekte en/of een beperking, en daarom vooral baat heeft bij een sterk sociaal netwerk voor ondersteuning, heeft het moeilijk zijn sociale netwerk staande te houden.

Ook het SCP (2009) haalt in haar rapport "De toekomst van de mantelzorg" aan dat het problematisch kan zijn om voor goede zorg op het sociale netwerk van de zorgvrager te steunen, omdat veel mensen te druk zijn met werken. Zij schrijft dat het overheidsbeleid zich richt op twee conflicterende doelen. Enerzijds moeten mensen langer werken, en anderzijds wordt er van dezelfde mensen een grotere (zorg)verantwoordelijkheid verwacht voor mensen uit het eigen sociaal netwerk. (SCP, 2009). Doordat mensen geacht worden langer te werken, is het lastig om (extra) zorgtaken op te nemen.

Tevens worden binnen het maatschappelijke debat twijfels geuit over in hoeverre mensen kunnen zorgen voor elkaar. In de inleiding is hier al een voorbeeld van gegeven. In artikel genaamd "Informele zorg 3.0. Schuivende panelen en een krakend fundament", gepubliceerd op de website van Sociale Vraagstukken (2 juli, 2012) staat het maatschappelijk debat als volgt weergegeven:

> *"De bijdrage van de babyboomers, en waarschijnlijk ook van de generaties na hen, aan het leveren van informele zorg in de komende tien tot twintig jaar zou wel eens wat minder groot kunnen zijn dan ramingen van o.a. het SCP nu aangeven. Terwijl de zorgvraag toeneemt, wordt de bereidheid om te zorgen minder vanzelfsprekend en krijgt deze generatie met meer tijd- en capaciteitsrestricties te maken dan bij eerdere generaties het geval was. Zullen zij minder uren zorg verlenen? Waarschijnlijk wel. Zullen zij binnen het palet aan zorgvormen vooral minder uitvoerende vormen van zorg verlenen? Dat is zeker mogelij*k. *"*

Kortom, de vraag kan worden gesteld of in een sterk geïndividualiseerde samenleving nog wel genoeg plaats is om informeel voor elkaar te zorgen (Snel, Engbersen en Weltevrede, 2005). De verplichtingen naar werk en gezin zijn hoog en er is sprake van een grote residentiële mobiliteit. Dit betekent dat de banden met familie minder sterk zijn (bijvoorbeeld doordat de geografische afstand tussen familieleden groter is geworden), en dat mensen minder geïntegreerd zijn in hun buurt, omdat er sprake is van meer verhuizingen.

1.2 Doel- en vraagstelling

In de gemeente Zeist wordt hard gewerkt aan het ontwikkelen van een sterke mantelzorgondersteuning. De gemeente impliceert in haar beleidsstukken dat deze ondersteuning niet alleen bedoeld is om de nu al

actieve mantelzorgers bij te staan, maar eveneens om nieuwe mantelzorgers aan te spreken. Een goede mantelzorgondersteuning kan naast het ontlasten van bestaande mantelzorgers, laagdrempelig werken, zodat een potentiële mantelzorger sneller zal kiezen om mantelzorg te verlenen. Dit onderzoek is gericht op het ontwikkelen van een goede mantelzorgondersteuning die zowel bestaande mantelzorgers ontlast, als nieuwe mantelzorgers aanspreekt. Om tot een goede ondersteuning te komen zal dit onderzoek zich bezig houden met de kennislacune die bij de gemeente bestaat omtrent de kennis over factoren en overwegingen die meespelen bij de keuze van iemand om mantelzorg te verlenen, zodat de gemeente weet waar zij rekening mee moet houden, en effectief kan inspelen op de ruimte die er is voor (potentiële) mantelzorgers om zorg te combineren met andere verplichtingen. *De doelstelling van dit onderzoek is de gemeente Zeist beleidsaanbevelingen te doen betreffende mantelzorgondersteuning, door een onderzoek uit te voeren naar de intentie van de inwoners om mantelzorg te verlenen, en de factoren die hiermee samenhangen*.De twee centrale vragen in dit onderzoek zijn als volgt:

(1) Hebben de inwoners van de gemeente Zeist de intentie om mantelzorg te verlenen?
(2) Wat zijn de factoren en overwegingen die samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen?

Uit praktische overwegingen zal dit onderzoek zich beperken tot de intentie om te zorgen voor ouders, schoonouders en buren. Voor deze groepen is gekozen, omdat de gemeente aangaf over deze groepen meer te willen weten. De vergrijzing van de bevolking leidt ertoe dat steeds meer ouderen zorg nodig hebben, en een steeds kleinere groep mantelzorg kan verlenen (SCP, 2009; Gemeente Zeist, 2005). Voor buren is gekozen omdat buren in het mantelzorgbeleid worden gezien als deel van het zorgnetwerk, maar dat de inzet voor van buren vanuit het perspectief van een sterk geïndividualiseerde samenleving in twijfel getrokken kan worden (Snel en Engbersen, Weltevrede, 2005; Tonkens en Duyvendak, 2013).

De gemeente heeft naast de vraag naar de factoren die samenhangen met mantelzorgintentie gevraagd naar een beschrijving van de mantelzorgers in Zeist. Een kort beschrijvend onderzoek is uitgevoerd, en opgenomen in de bijlage.

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is om verschillende redenen relevant. Ten eerste is het onderzoek maatschappelijk relevant omdat op 1 januari 2015 de vernieuwde WMO wordt ingevoerd. Om deze wet goed te laten functioneren is het van belang de verantwoordelijke uitvoerende actoren, de gemeenten, niet alleen kennis hebben van de zorgvragers, maar eveneens van de zorgnetwerken. Zoals we eerder hebben gezien in dit hoofdstuk gaat de vernieuwde WMO uit van de kracht van dit zorgnetwerk, maar is het niet altijd duidelijk of dit wel een juiste assumptie is. Dit onderzoek werpt een licht op de kracht van het zorgnetwerk, door te kijken naar de intentie om mantelzorg te verlenen, en welke factoren en overwegingen daarbij meespelen.

Deze kennis kan eveneens een bijdrage leveren aan het maatschappelijk debat omtrent de vernieuwde WMO en mantelzorg.

Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat er weinig Nederlands onderzoek gedaan is naar overwegingen die meespelen bij de keuze om mantelzorg te verlenen. Een aantal onderzoeken hebben gekeken naar wie de mantelzorgers zijn, en wat hun kenmerken en valkuilen zijn (zie bijvoorbeeld SCP, 2009; 2013). Weinig onderzoeken hebben uitgebreid gekeken naar de overwegingen die vooraf gaan aan de keuze om mantelzorg te verlenen. Wel zijn er twee onderzoeken van het SCP, "Mantelzorg: over de hulp van en aan mantelzorgers" (2003) en "De toekomst van de mantelzorg" (2009) die de samenhang van kenmerken van mensen en het verlenen van mantelzorg proberen te achterhalen. Dit onderzoek is een aanvulling op deze onderzoeken. Ook wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een gedragsmodel, de Theorie van Gepland Gedrag, om een nieuw licht te werpen op de factoren die samenhangen met het verlenen van mantelzorg. Het onderzoek betreft dus niet alleen beschrijvende informatie, maar probeert eveneens een samenhang te zoeken tussen de intentie om mantelzorg te verlenen en de factoren die hiermee samenhangen. Maar één soortgelijk onderzoek is in 2000 uitgevoerd door Rapaport en Orbell naar de beweegreden om emotionele en praktische steun te verlenen aan ouders in Groot Brittannië. Dit onderzoek gebruikt een zelfde insteek en past dit toe op de inwoners van de gemeente Zeist.

2. Achtergrond

Voordat we zullen doorgaan met het onderzoek is het van belang om een overzicht te geven van hoe het is gesteld met mantelzorg in Nederland, en wat de recente ontwikkelingen zijn met betrekking tot de hervorming van de zorg. In dit hoofdstuk zal eerst een afbakening worden gegeven van het begrip mantelzorg, waarna er wordt gekeken hoe het met de mantelzorg in Nederland gesteld is, en wat de verwachtingen zijn voor de toekomst. Vervolgens zal een overzicht gegeven worden van de recente ontwikkelingen in de hervorming van de langdurige zorg, en zal gekeken worden naar hoe de gemeente Zeist haar mantelzorgbeleid invult.

2.1 Mantelzorg: definitie

Mantelzorg wordt samen met vrijwilligerszorg gezien als informele zorg (SCP, 2013). Informele zorg wordt gezien als de tegenhanger van formele zorg (professionele zorg). Tussen mantelzorg en vrijwilligerszorg zitten enkele verschillen. Mantelzorg wordt omschreven als "de zorg die wordt gegeven aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe omgeving" (SCP, 2010). Deze zorg kan gegeven worden door huisgenoten en niet-huisgenoten, en het kan gaan om intensieve of minder intensieve hulp, maar in alle gevallen betreft het de zorg voor iemand met gezondheidsproblemen. Niet alleen persoonlijke verzorging of huishoudelijke hulp behoort tot mantelzorg, maar ook begeleidende taken. Het verschil tussen mantelzorg en vrijwilligerswerk is dat vrijwilligers onbetaald en onverplicht werkzaamheden verrichten in georganiseerd verband voor andere die de behoefte hebben aan zorg en ondersteuning. Vrijwilligers starten hun hulp vanuit een positie waarin ze geen persoonlijke relatie hebben met de zorgvrager (Scholten, 2011). In de praktijk bestaat nog een belangrijk verschil. Een vrijwilliger kan kiezen om voor een afgebakende periode vrijwilliger te zijn. Voor mantelzorgers is dit anders; mantelzorg is iets waar je inrolt wanneer de situatie zich voordoet, en wat zich vaak langdurig voor blijft doen (Touwen, van Bruggen en Heering, 2013). Mantelzorg en vrijwilligerszorg worden vanuit het beleid van de gemeente gezien als een waardevol alternatief voor formele zorg. Om het onderzoek af te bakenen is in dit onderzoek alleen gekeken naar mantelzorg, en is besloten mantelzorg verder af te bakenen tot matige zorg zoals het doen van boodschappen, meegaan naar de dokter en het helpen bij douchen. Verpleegkundige taken zoals het verzorgen van open wonden worden hier niet toe gerekend.

2.1.1 Mantelzorg in historisch perspectief

Mantelzorg werd in de jaren '70 door de overheid gezien als negatief. Het legde beslag op vrouwen, vooral op dochters van hulpbehoevende ouderen, waardoor zij niet konden deelnemen aan het arbeidsproces (Timmermans, 1984). De overheid vond dat dit moest veranderen en is mantelzorg langzaamaan gaan zien als een wens, in plaats van een plicht. De overheid is zorgfaciliteiten aan gaan bieden, zodat de keuzevrijheid van de burgers werd vergroot. Het zorgverlof, waardoor het mogelijk is

geworden om mantelzorg en werk te combineren, is hier een voorbeeld van, evenals het Persoonsgebonden Budget (PGB), waarmee iemand met een hulpbehoefte zelf kan bepalen welke zorg hij wil inkopen. Deze zorg hoeft niet van een professionele zorgverlener te zijn, maar kan ook uit de persoonlijke sfeer voortkomen. In de afgelopen jaren is de focus van de overheid verschoven van de vrijheid om te helpen naar een vastere plaats van mantelzorg in het geheel van collectieve en private verzorgingsarrangementen. Mantelzorg heeft door deze verschuiving weer een verplichtend karakter gekregen. Een voorbeeld hiervan is de introductie van het concept "gebruikelijke zorg" wat inhoudt dat iemand met een lichte zorgvraag en gezonde huisgenoten geen of minder aanspraak kan maken op de AWBZ-zorg. In 2006 heeft de overheid als beleidsdoelstelling geformuleerd dat het aantal mantelzorgers stabiel moet worden gehouden op een omvang van 2.5 miljoen (Kabinet Balkende IV, 2007). De verschuivingen in de visie van de overheid op zorg, wordt vooral ingegeven door het terugdringen van de hoge kosten van de ABWZ (SCP, 2009).

2.1.2 Mantelzorg in Nederland

Het SCP schrijft in haar rapport "Informele zorg in Nederland" (2013) dat een op de vijf volwassenen (2.6 miljoen) meer dan drie maanden, of meer dan acht uur per week zorg aan een naaste verleent. 1.1 miljoen van de mantelzorgers geeft zowel intensieve als langdurige zorg. Deze laatste groep is in de afgelopen jaren in omvang gegroeid.

Volgens het SCP geven meer vrouwen dan mannen mantelzorg. Mensen die een baan hebben verlenen amper minder zorg dan mensen die niet werken. Een deel van de mantelzorgers stopt met werken of gaat minder werken om tijd vrij te maken voor zorgtaken. De belangrijkste reden dat iemand geen mantelzorg verleent, terwijl diegene wel iemand kent die zorg nodig heeft, is dat diegene "al voorzien is", wat betekent dat iemand anders al zorg verleent aan de zorgbehoevende. Reisafstand of te veel andere verplichtingen kunnen iemand er eveneens van weerhouden om mantelzorg te geven (SCP, 2013).

Mantelzorg kan als positief worden ervaren, maar het kan echter ook, vooral wanneer de zorg erg intensief is, leiden tot lastige situaties. Hierbij kan gedacht worden aan overbelasting, geen tijd meer hebben voor het eigen gezin, of problemen met sociale verplichtingen (SCP, 2013). Het SCP laat eveneens weten dat een grote groep mensen bereid zijn om te helpen wanneer iemand gezondheidsproblemen heeft, maar naarmate het gaat om meer persoonlijke en intensieve zorg is deze bereidheid aanzienlijk minder. Een aanzienlijke deel van de mantelzorgers bereikt zijn grenzen, en dreigen overbelast te raken.

In 2009 heeft het SCP een aantal ramingen (voorspellingen) gepubliceerd over de toekomst van de mantelzorg. De ramingen laten een klein verschil zien in de stijging van het aantal mantelzorgverleners en mantelzorgontvangers. Het aantal mantelzorggebruikers zal in de periode van 2009 tot 2030 toenemen met 8% en het aantal mantelzorgverleners zal in deze zelfde periode toenemen met 5%. Dit duidt op een klein tekort. Het SCP voorziet geen grote problemen tussen het aantal

ontvangers en het aantal verleners van mantelzorg. Wel moeten een aantal kanttekeningen gemaakt worden bij deze schattingen. Arbeidsparticipatie en toekomstig beleid omtrent arbeid en zorg zijn niet goed te voorspellen, en kunnen leiden tot andere uitkomsten dan de verwachte voorspellingen. Zo laat het SCP (2009) weten dat een eventuele stijgende arbeidsparticipatie ten koste zal gaan van informele steun. Hierdoor zou de Nederlandse bevolking een groter beroep kunnen gaan doen op professionele hulp, tenzij verlofregelingen verbeterd worden.

2.2 Beleidscontext

Zoals in de inleiding is weergegeven worden door de vernieuwde WMO mantelzorgers belangrijker. In de volgende paragrafen zal de beleidscontext weergegeven worden, om zodoende het mantelzorgbeleid te kunnen plaatsen binnen de ontwikkelingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden in de zorg.

2.2.1 Hervorming langdurige zorg

Vanaf 2007 zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor de WMO. De overheveling van de zorgverantwoordelijkheden van het Rijk naar de gemeenten zet zich verder door: op 1 januari 2015 zullen de gemeenten een groot deel van de AWBZ taken overnemen, waardoor de gemeenten op het gebied van de zorg steeds meer de "eerste overheid" worden. De gemeenten zijn voor de vraag komen te staan hoe zij de zorgtaken het beste kunnen oppakken en vormgegeven. Een belangrijke complicerende factor is dat het budget gekort wordt (waarschijnlijk met 25 procent, maar het precieze budget is op het moment van schrijven nog onduidelijk). In de kamerbrief "Hervorming Langdurige Zorg: naar een waardevolle toekomst" van 25 april 2013 geeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de redenen voor de hervormingen (Van Rijn, 2013). Deze zijn als volgt:

1) De samenleving stelt andere eisen aan de organisatie van langdurige zorg: Mensen willen zo veel mogelijk thuis blijven wonen en niet eenzaam zijn. Pas wanneer het echt niet anders kan, komt zorg in een instelling in zicht.
2) Het gebruik van de AWBZ is gegroeid: De huidige financiering van de langdurige zorg is niet houdbaar; het systeem moet veranderen om het ook in de toekomst betaalbaar te houden.
3) De manier van samenleven: Er moet een nieuwe balans gevonden worden tussen de informele en formele inzet van zorg. Veel professionele zorg is niet nodig omdat de zorg ook geleverd kan worden uit de informele netwerken van de zorgvrager.

2.2.2 Hervorming langdurige zorg en mantelzorg

In de WMO zijn negen prestatievelden opgesteld die vooral ingaan op hoe de eigen kracht van de zorgvragers versterkt en ondersteund moet worden. Bij prestatieveld vier is te lezen dat het ondersteunen van mantelzorgers (en vrijwilligers) een centraal onderdeel is van de WMO. Op 20 juli 2013 schrijft de staatsecretaris van VWS een brief aan de Tweede Kamer over ondersteuning van mantelzorg, waarin hij

stelt dat door de verschuivingen die optreden door de veranderende samenleving, een deel van de zorg voor zorgbehoevende die voorheen behoorde tot de formele zorg, opgevangen moet gaan worden door informele zorg. Om deze verschuiving te ondersteunen schrijft de staatssecretaris dat hij de informele ondersteuning en zorg wil versterken, verlichten en verbinden (Van Rijn, 2013b). Niet alleen de cliënten (zorgvragers) moeten ondersteund worden, maar de staatssecretaris zet tevens in op het ondersteunen van de mantelzorgers: het versterken van hun positie, het verlichten van de mantelzorgtaken, en het verbinden van de formele en informele zorg. De positie van de mantelzorgers en vrijwilligers zal verankerd worden in de wetgeving, belemmeringen voor het uitvoeren van mantelzorg zullen worden weggenomen, en er zal aandacht zijn voor de informele zorg in de overheveling van de zorgverantwoordelijkheden van het Rijk naar gemeenten. De staatssecretaris benadrukt dat wanneer er formele zorg nodig is, dit beschikbaar moet zijn. Fysieke zorg, zoals het douchen van iemand of het verzorgen van een open wond, vraagt om deskundigheid en is niet de taak van mantelzorgers en vrijwilligers, maar van de professionele zorgverleners. Mantelzorgers en vrijwilligers mogen dus niet ingezet worden voor fysieke zorg.

2.2.3 Zeist en mantelzorg

Door de overheveling is de gemeente Zeist verantwoordelijk voor de uitvoering van de WMO. Zij hebben van de overheid richtlijnen meegekregen om deze wet uit te voeren, maar de status van het wetsvoorstel voor de vernieuwde WMO 2015 bemoeilijkt de invoering van de wet. De definitieve wet is nog niet bekend, en vooral het ontbreken van budgettaire kaders wordt gezien als een lastige factor voor het overnemen van de zorgtaken.

In augustus 2011 heeft Zeist een startdocument gepubliceerd over De Kanteling. Het stimuleren van de regie over het eigen leven en de zelfredzaamheid van de cliënt/zorgvrager is in dit document het centrale uitgangspunt, en daarmee het uitgangspunt van het WMO beleid dat wordt ontwikkeld. Ook in de andere beleidsstukken over De Kanteling komt dit uitgangspunt naar voren: “Het gaat hierbij om de gedachte dat niet moet worden gekeken naar wat een cliënt niet kan, maar eerder, wat hij wel kan. Hierbij moet ook de eigen kracht van de omgeving (mantelzorg) worden betrokken” (Gemeente Zeist, 2011). Ook in de Brede Sociale Visie is te lezen: “In Zeist geloven we in de eigen kracht van mensen en hun omgeving” (Gemeente Zeist, 2012). De gemeente wil dan ook de inwoners ondersteunen en trainen in de eigen kracht. Belangrijk is dat iedereen kan meedoen in de samenleving. De gemeente speelt hiervoor in op het sociale netwerk van de zorgvrager. Zij wil dat mensen in de naaste omgeving van een zorgbehoevende hun steentje bijdragen. De inzet van de mantelzorgers wordt als middel gezien om de eigen kracht van burgers te vergroten, maar het blijft enigszins onduidelijk hoe de mantelzorgers ondersteund zullen gaan worden. In de beleidsdocumenten komen wel enkele ideeën naar voren. Waarschijnlijk zullen de wijkteams en het WMO loket de mantelzorgondersteuning op zich nemen, maar de rollen per actor komen niet duidelijk naar voren.

2.2.4 Mantelzorgondersteuning in Zeist

De uitvoering van de mantelzorg ondersteuning wordt in Zeist georganiseerd door het Steunpunt Mantelzorg. Bij dit steunpunt wordt informatie en advies over faciliteiten en regelingen gegeven, evenals ondersteuning bij het aanvragen van hulp en voorzieningen. Ook kan bij het steunpunt praktische steun worden gevraagd. Hieronder valt onder andere de aanvraag voor respijtzorg, en de mogelijkheid om gebruik te maken van Sharecare.nl, een online applicatie om het zorgproces efficiënt en gemakkelijk te organiseren. Het steunpunt mantelzorg organiseert ook informatieve en ontspannende bijeenkomsten en weekenden, themabijeenkomsten, cursussen en de Dag van de Mantelzorg. Daarnaast biedt zij een luisterend oor voor mantelzorgers, zodat zij hun verhaal kwijt kunnen. Mantelzorgers zijn via de gemeente Zeist verzekerd voor ongevallen en schade aan persoonlijke eigendommen. Daarnaast kan een mantelzorger die intensief en langdurig voor een familielid, partner, vriend of kennis zorg draagt bij de gemeente aangedragen worden voor het mantelzorgcompliment. Het mantelzorgcompliment houdt een bedrag van 250 euro in (Gemeente Zeist, 2014).

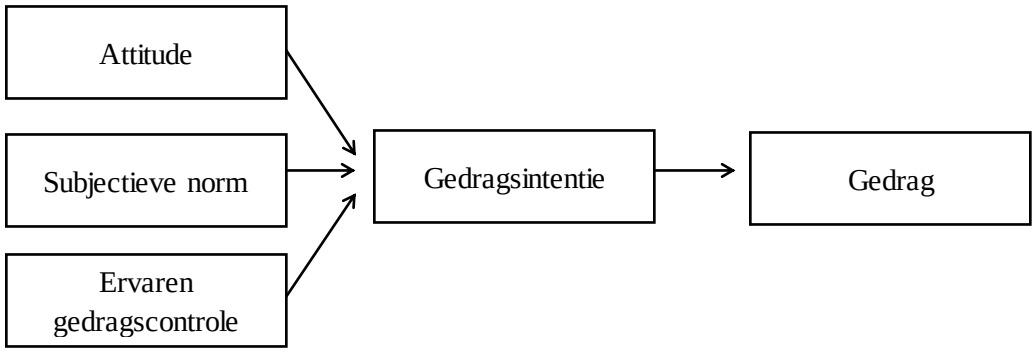
Samengevat kunnen we stellen dat een groot aantal mensen in Nederland mantelzorg verleent aan iemand in hun sociale netwerk: één op de vijf mensen verleent mantelzorg. In het nieuwe beleid wordt verwacht dat meer mensen mantelzorg zullen geven, zodat minder zorgvragers gebruik zullen maken van professionele zorg. De gemeente gaat er vanuit het sociale netwerk van de zorgvrager is aan te spreken aan te spreken, en wil de mantelzorgers ondersteunen in hun zorgtaken.

3. Theoretisch kader

Om te kunnen achterhalen welke factoren samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen (mantelzorgintentie) is het belangrijk om een model te gebruiken die deze samenhang kan achterhalen. Hiervoor zal gebruik gemaakt worden van de Theorie van Gepland Gedrag (TGG) (Ajzen, 1985; 1991). Deze theorie is voor een groot aantal studies gebruikt. Enkele voorbeelden zijn studies omtrent rookgedrag, het dragen van veiligheidsgordels, en het bezoeken van een arts om een mammografie te laten maken (Montaño en Kasprzyk, 2008). Een onderzoek van Rapaport en Orbel uit 2000 heeft dit model toegepast op praktische en emotionele zorg voor ouders. De determinanten uit dit model voor gedragsintentie helpen ons te begrijpen wat gedrag motiveert en geeft implicaties voor het ontwikkelen van beleid en interventies (von Haeften, Fishbein, Kasprzyk en Montaño, 2001; Fishbein en Cappella, 2006).

3.1 Theorie van Gepland Gedrag

De Theorie van Gepland Gedrag (TGG) voorspelt een gedragsintentie aan de hand van drie determinanten: attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole (Ajzen en Fisbein, 1975). De drie determinanten voorspellen dus niet het gedrag, maar de gedragsintentie. Deze gedragsintentie voorspelt op zijn beurt gedrag. De basisveronderstelling van deze theorie is dat het gedrag een direct gevolg is van de gedragsintentie. De Theorie van Gepland Gedrag is een uitbreiding op de voorgaande Theorie van Beredeneerd gedrag (TBG). In de TBG werd er vanuit gegaan dat iemand de keuze om een handeling te verrichten zelf in handen heeft. De TBG is uitgebreid met een extra determinant, namelijk "ervaren gedragscontrole," omdat niet alle handelingen onder iemands vrije keuze vallen. In onderstaand figuur staat de TGG samengevat.



Figuur 1. *Visuele weergave van de Theorie van Gepland Gedrag*

Om de invloed van determinanten op gedragsintentie duidelijk te maken kunnen we het volgende voorbeeld gebruiken: Jan is een man van 35 jaar, getrouwd, heeft drie kinderen en werkt veertig uur in de

week. Zijn moeder is ziek geworden en heeft hulp nodig. We willen weten of we kunnen achterhalen of Jan de intentie heeft om voor zijn moeder te zorgen.

Vanuit de TGG wordt de intentie, in dit geval de intentie van Jan om wel of niet te zorgen voor zijn zieke moeder, voorafgegaan door een gedragsintentie: de intentie om de zorg te verlenen. De gedragsintentie wordt volgens Ajzen en Fishbein (1975) gedefinieerd door (1) attitude, (2) subjectieve norm, en (3) de ervaren gedragscontrole. De attitude betreft iemands houding tegenover het gedrag, in dit geval dus de houding die Jan heeft om voor zijn moeder te zorgen. Deze houding wordt gevormd door de verwachte uitkomst (baten), de waardering van deze uitkomst (evaluatie), en de kosten van het gedrag. Het is dus een kosten-baten analyse van de voordelen en de nadelen. Daarmee staat de TGG in de traditie van de rationele keuze theorie (Montaño en Kasprzyk, 2008). Wanneer de handeling positief wordt beoordeeld, en de baten van deze handeling de kosten overstijgen dan zal iemand een positieve attitude hebben jegens het gedrag. Toegepast op ons voorbeeld kunnen we het volgende zeggen: Jan wil voor zijn moeder zorgen (dit waardeert hij positief), maar het zorgen voor zijn moeder heeft invloed op zijn werk: hij zou minder uren moeten gaan werken. Ook heeft het invloed op de tijd die hij met zijn gezin kan doorbrengen. Jan beoordeelt dat de kosten hoger zijn (minder tijd voor zijn werk en gezin), dan de baten (het "er willen zijn" voor zijn moeder). Jan heeft dus een negatieve attitude tegenover het zorgen voor zijn moeder.

De subjectieve norm wordt gedefinieerd als de normen die significante anderen (familie, vrienden en kennissen die voor de persoon een belangrijke emotionele betekenis hebben) er op nahouden. De normen kunnen onderscheiden worden in injunctieve normen en descriptieve normen. Injunctieve normen zijn de normen die significante anderen uitspreken ("ik vind het een goed idee als je voor je moeder zorgt" of "men hoort voor elkaar te zorgen"). Descriptieve normen zijn de normen die de significante anderen uitzenden door hun eigen gedrag (zij zorgen bijvoorbeeld zelf voor hun moeder). De invloed van de subjectieve norm wordt bepaald door de mate waarin iemand het belangrijk vindt om zijn gedrag aan te passen aan de normen van anderen.

De ervaren gedragscontrole betreft de mate waarin iemand het idee heeft dat hij het gedrag kan uitvoeren (dit hoeft dus niet de daadwerkelijke situatie te zijn, het gaat om iemands opvatting van de werkelijkheid). De ervaren gedragscontrole heeft twee componenten. Het eerste betreft *self-efficacy*, of te wel het zelf-ingeschat vermogen. Dit heeft betrekking op in hoeverre de persoon zich bekwaam voelt om de betreffende handeling uit te voeren (kan Jan bijvoorbeeld zijn moeder douchen?). De tweede component betreft de mogelijkheid om het gedrag uit te voeren. In ons voorbeeld: woont Jan zijn moeder een straat verder op, of woont ze aan de andere kant van het land?

3.2 Samenhang attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole met mantelzorgintentie

Om het TGG model te testen voor ons vraagstuk zijn de volgende drie hypothesen opgesteld:

(1) Naarmate mensen een positievere attitude hebben jegens het verlenen van mantelzorg zullen zij een sterkere intentie hebben om mantelzorg te verlenen.

(2) Naarmate mensen een positievere subjectieve norm ervaren jegens het verlenen van mantelzorg zullen zij een sterkere intentie hebben om mantelzorg te verlenen.

(3) Naarmate mensen een hogere ervaren gedragscontrole hebben betreffende het verlenen van mantelzorg zullen zij een sterkere intentie hebben om mantelzorg te verlenen.

De TGG stelt dat achtergrondvariabelen, zoals leeftijd en het aantal uren dat men werkt, geen directe invloed hebben op intentie (Ajzen en Fishbein 1975). De achtergrondvariabelen kunnen wel indirect invloed hebben op intentie, doordat ze invloed kunnen hebben op attitude, subjectieve en/of ervaren gedragscontrole. De invloed op de achtergrondvariabelen op de drie determinanten van de TGG geven implicaties die gebruikt kunnen worden als aanknopingspunten voor ontwikkeling en/of verbetering van beleid. In de volgende paragrafen zal aandacht worden besteed aan verschillende achtergrondvariabelen.

3.3 Samenhang van het aantal uren dat iemand werkt met attitude

Mensen die werken en mantelzorg verlenen leveren veel vrije tijd in (SCP, 2009b). Onderzoek van de Raad voor Werk en Inkomen uit 2009 laat zien dat mantelzorgers vaak zwaar belast zijn tegen de tijd dat hij of zij een extra aanpassing op het werk aanvraagt, zoals minder uren werken, of op andere dagen werken (Cuelenaere, Brands, en Chotkowski, 2009). Wanneer iemand veel uren werkt en eveneens mantelzorg verleent, dan gaat dit ten kosten van zijn eigen vrije tijd, wat kan leiden tot overbelasting. Hiermee stijgen de kosten voor het verlenen van mantelzorg. De volgende hypothese is toepasbaar:

(4) Naarmate iemand meer uren werkt zal hij een negatievere attitude hebben jegens het verlenen van mantelzorg.

3.4 Samenhang van leeftijd met attitude

Uit het onderzoek “Mantelzorg uit de doeken” van het SCP (2010) komt naar voren dat het grootste aandeel van de mantelzorgers tussen de 55 en 64 jaar is. Dit is waarschijnlijk het geval omdat een groot deel van deze groep (deels) met pensioen is, en daardoor meer tijd beschikbaar heeft. Zij maken dus op het gebied van werk minder kosten wanneer zij voor anderen zorgen. Daarnaast hebben zij contact met mensen van hun eigen leeftijd, en zijn er meer zieken in deze leeftijdscategorie dan in jongere leeftijdsgroepen. Hierdoor zijn zij zich meer bewust van het belang om te zorgen voor elkaar. De volgende hypothese voor leeftijd lijkt voor deze samenhang van toepassing:

(5) Naarmate mensen een hogere leeftijd hebben, zullen zij een positievere attitude hebben jegens het verlenen van mantelzorg.

3.5 Samenhang van geslacht met attitude en subjectieve norm

Uit onderzoek van het SCP (2009) blijkt dat vrouwen meer mantelzorg verlenen dan mannen. Respectievelijk 60% en 40%. Vermoedelijk is dit te verklaren uit het feit dat vrouwen veelal grotere sociale netwerken hebben dan mannen (Jacobs, de Koker, Lodewijckx en Vanbrabant, 2006; De Boer en De Klerk 2006; Hoefman, 2009). Ook kunnen verklaringen gezocht worden in het feit dat vrouwen meer parttime werken, en daardoor meer tijd vrij hebben om te zorgen. (Timmermans en Pommer 2008). De kosten om te zorgen zullen, op het gebied van werk, lager zijn voor vrouwen. De volgende hypothese kan opgesteld worden.

(6) Vrouwen hebben een positievere attitude met betrekking tot het verlenen van mantelzorg, dan mannen.

Eveneens zou een verklaring voor het hogere aantal vrouwen die mantelzorg verlenen kunnen zijn dat er sprake is van een traditionele taakverdeling, waarin de vrouw de zorgtaken op zich neemt (SCP, 2011). De traditionele rolverdeling kan er voor zorgen dat de vrouw meer druk voelt om te zorgen, omdat de sociale omgeving vindt dat zorg de taak is van de vrouw. Vrouwen hebben dus waarschijnlijk een hogere subjectieve norm dan mannen om mantelzorg te verlenen. Ook zal hun subjectieve norm hoger zijn dan van mannen, omdat ze om hun heen meer vrouwen zorg zien geven dan mannen. We kunnen dan ook de volgende hypothese opstellen:

(7) Vrouwen hebben een positievere subjectieve norm met betrekking tot het verlenen van mantelzorg, dan mannen.

3.6 De samenhang van religieuze achtergrond met subjectieve norm

Kerken vormen belangrijke sociale gemeenschappen waar mensen elkaar regelmatig ontmoeten en worden aangezet tot maatschappelijke participatie vanuit een morele insteek. Ook een aantal zorginstellingen wordt geleid vanuit een kerkelijke basis. Niet alleen kerken, maar ook moskeeën, synagogen en tempels vormen belangrijke plaatsen waar mensen sociale contacten aangaan en gemotiveerd worden om zich voor de samenleving in te zetten. (SCP, 2014). Omdat er in Nederland sprake is van een grote mate van ontkerkelijking, wordt in dit onderzoek niet gekeken naar de actieve gelovigen. Wanneer iemand is opgegroeid met de norm dat het goed is om voor elkaar te zorgen, dan is het aannemelijk dat deze norm deel zal blijven uitmaken van iemands leven, ook wanneer deze persoon niet meer deelneemt aan religieuze bijeenkomsten. De volgende hypothese is opgesteld:

(8) Mensen die religieus zijn opgevoed, hebben een hogere subjectieve norm met betrekking tot het verlenen van mantelzorg, dan mensen zonder religieuze opvoeding.

3.7 Samenhang van een zorgberoep met subjectieve norm en zelf-ingeschat vermogen

Wanneer iemand in een zorgberoep werkt, is het mogelijk dat mensen uit hun sociale omgeving er vanuit gaan dat zij mantelzorg zullen verlenen: Zij werken immers al in de zorg, en weten daardoor hoe gezorgd

moet worden. Dit zal van invloed zijn kunnen zijn op de injunctieve kant van de subjectieve norm. Mensen met een zorgberoep kunnen hierdoor onder een hogere sociale druk staan om mantelzorg te verlenen, dan mensen die geen zorgberoep beoefenen of beoefend hebben.

(9) Mensen die werkzaam zijn, of zijn geweest, in een zorgberoep, zullen een hogere subjectieve norm hebben met betrekking tot het verlenen van mantelzorg, dan mensen zonder zorgberoep.

Daarnaast is het aannemelijk dat mensen die werkzaam zijn in de zorg een hogere zelf-ingeschat vermogen hebben met betrekking tot hun bekwaamheid in het ondersteunen, begeleiden en/of verzorgen van hun naaste. Het gaat hier voornamelijk over mensen die werkzaam zijn, of zijn geweest in een verzorgend en/of begeleidend beroep zoals helpenden, (zieken)verzorgers en verpleegkundigen. We kunnen beredeneren dat deze mensen door zowel hun opleiding als hun werkervaring vaardigheden hebben aangeleerd die ook toepasbaar zijn wanneer zij voor hun naasten zorgen. Bovenstaande in acht genomen kunnen we komen tot de volgende hypothese:

(9) Mensen die werkzaam zijn, of zijn geweest, in een zorgberoep zullen een hogere ervaren gedragscontrole hebben met betrekking tot het verlenen van mantelzorg, dan mensen zonder zorgberoep.

3.8 Samenhang opleidingsniveau met attitude

Uit onderzoek van het SCP (2009) blijkt dat mensen met een middelbare en hoge opleiding vaker mantelzorg verlenen, dan mensen met een lage opleiding. Ook de GGD Amsterdam is in zijn Gezondheidsmonitor 2012 tot soortgelijke bevindingen gekomen: Amsterdammers met een VMBO, HBO of WO opleiding verlenen de meeste mantelzorg, terwijl mensen met een lager opleidingsniveau de minste mantelzorg verlenen. Een verklaring voor deze bevindingen kan voortkomen uit de bevinding dat een deel van de laagopgeleiden over een sociaal netwerk beschikt dat niet goed functioneert (Hortulanus, Machielse en Meeuwesen, 2003; Hoefman, 2009). Dit sluit aan bij de theorie van Bass en Noelker (1987). Deze stelt dat mensen met een hogere educatie beter in staat zijn om steun aan anderen te kunnen organiseren. Opleiding wordt gezien als een representatie van de kennis en vaardigheden die iemand bezit, en die ingezet kunnen worden om steun en zorg te geven aan een hulpbehoevende. Opleidingsniveau zal dus waarschijnlijk invloed hebben op iemands ervaren gedragscontrole. Voor de samenhang van opleidingsniveau en ervaren gedragscontrole is de volgende hypothese opgesteld:

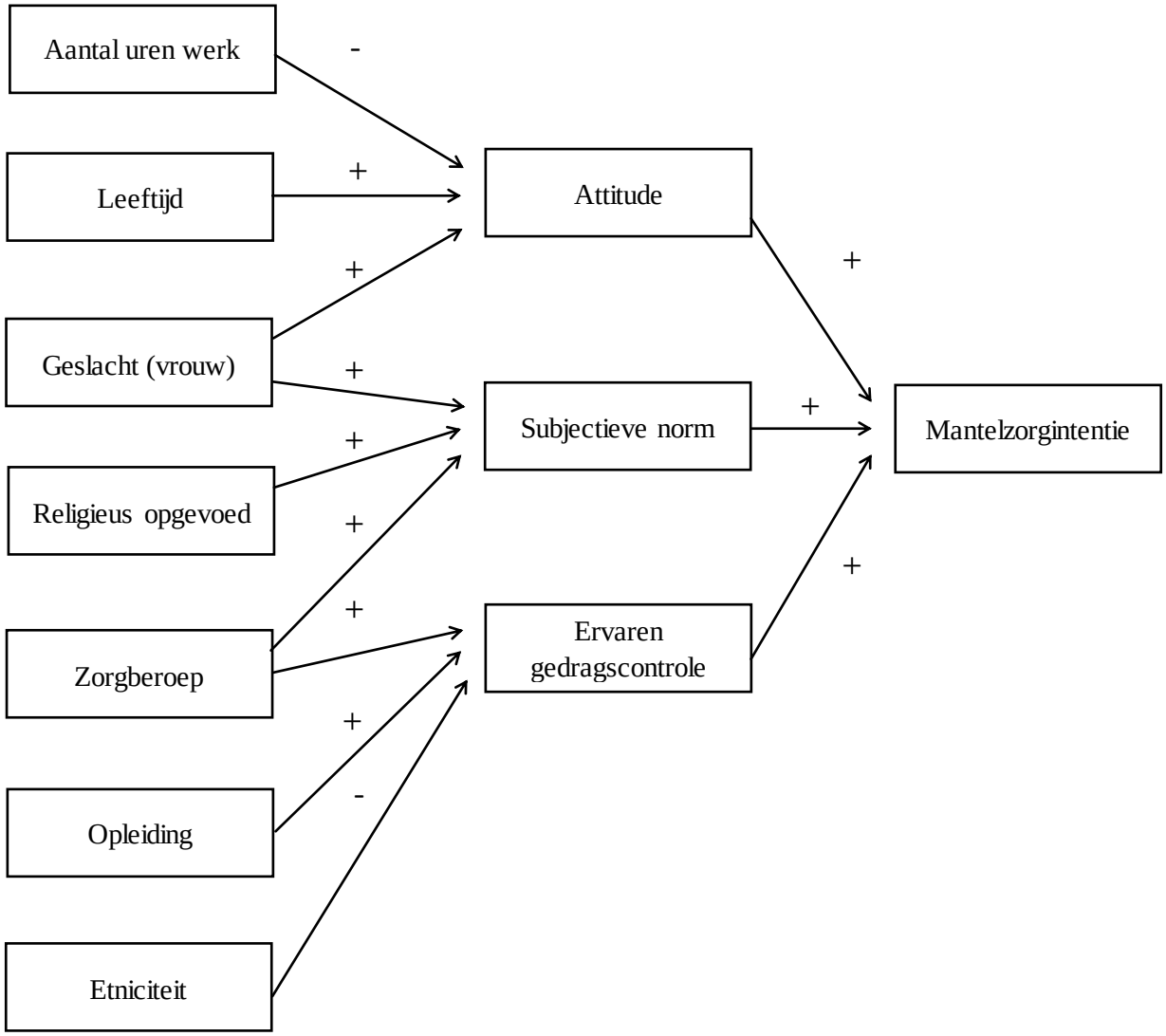
(11) Mensen met een middelbare of hoog opleidingsniveau zullen een hogere ervaren gedragscontrole hebben met betrekking tot het verlenen van mantelzorg, dan mensen met een laag opleidingsniveau

3.9 Samenhang van etniciteit met ervaren gedragscontrole

Uit onderzoek van het SCP (2009; 2010) blijkt dat allochtone Nederlanders in verhouding minder zorg verlenen aan mensen uit hun sociale netwerk, dan autochtone Nederlanders. Ook Schellinghout (2008) komt tot soortgelijke bevindingen. Dit gaat enigszins tegen de populaire opvatting in dat niet-westerse allochtonen meer voor elkaar zorgen. Waarschijnlijk hebben niet-westerse allochtonen minder vaak (schoon)ouders in hun omgeving om voor te zorgen omdat deze nog (of weer) in het land van herkomst wonen (SCP, 2010). Het afwezig zijn van (schoon)ouders, en eventueel van andere familieleden en vrienden, is een beperkende factor voor het verlenen van zorg aan deze mensen. Iemand kan een positieve attitude en subjectieve norm hebben jegens het verlenen van mantelzorg, maar als de zorgvrager te ver weg woont, is het niet mogelijk om te zorgen. Een overweging is om dit afwezig zijn niet te zien als een beperking in de ervaren gedragscontrole, maar als het niet van toepassing zijn van mantelzorg voor deze mensen. In dit onderzoek wordt er van uit gegaan dat ervaren gedragscontrole wel van toepassing is, omdat het in theorie mogelijk zou zijn voor deze mensen om te verhuizen naar het land waar de zorgvrager woont. Praktisch is dit vaak niet mogelijk in verband met werk, gezin en het sociale netwerk in Nederland. Uiteindelijk komt het er in de praktijk op neer dat, ook al zouden de niet westerse allochtone Nederlanders voor hun familie willen zorgen, het voor veel van hen praktisch onmogelijk zijn omdat deze te ver weg wonen. De volgende hypothese is opgesteld:

(12) Autochtone Nederlanders hebben een hogere ervaren gedragscontrole met betrekking tot het verlenen van mantelzorg, dan allochtone Nederlanders.

In onderstaande figuur zijn de twaalf hypothesen samengevat. De hypothesen zijn niet gespecifieerd op zorg voor (schoon)ouders, of zorg voor buren. Zij zullen voor beide groepen worden getest.



Figuur 2: De verwachte samenhang van de achtergrondvariabelen op de TGG constructen, en de verwachte samenhang van de TGG constructen op de intentie om mantelzorg te verlenen.

4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksopzet besproken worden. De eerste stap is de onderzoekspopulatie en de steekproef te bespreken. De tweede stap betreft de operationalisering van de Theorie van Gepland Gedrag (TGG) en de achtergrondvariabelen. De laatste paragraaf zal afsluiten met een bespreking van de analysemethoden.

4.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Omdat mantelzorg door zijn karakter (zorg voor een naaste) alle inwoners van de gemeente Zeist aangaat, worden alle inwoners van de gemeente als onderzoekspopulatie gezien. Wel is er een aantal groepen mensen buiten beschouwing gelaten om de reden dat zij niet zelfstandig zijn. Dit onderzoek beperkt zich tot de mantelzorgers die zelfstandig zijn, en niet onder supervisie staan van bijvoorbeeld ouders of een zorginstelling. Zo zijn jongeren die zorg aan hun ouders verlenen, de zogenoemde jonge mantelzorgers, buiten beschouwing gelaten. Deze groep is veelal minderjarig en woont nog bij hun ouders (Mezzo, 2013b). Daarnaast wordt rekening gehouden met ouderen die door een fysieke en/of mentale beperking niet meer zelfstandig zijn. Leeftijd wordt in dit onderzoek gezien als proxy van zelfstandigheid. De ondergrens voor leeftijd is 18 jaar, omdat iemand dan voor de wet meerderjarig is, als handelsbekwaam wordt gezien, en de mogelijkheid heeft om op zich zelf te wonen. De bovengrens van leeftijd is vastgesteld op 75 jaar, omdat het op deze leeftijd aannemelijk is dat iemands zelfstandigheid door een fysieke en/of mentale beperking af is genomen. Tevens zijn de mensen die intramurale zorg krijgen niet meegenomen in de onderzoekspopulatie, omdat het aannemelijk is dat zij niet zelfstandig kunnen functioneren: enerzijds door hun fysieke en/of geestelijke gezondheid, anderzijds doordat zij opgenomen zijn in een zorginstelling, het voor hen moeilijk is zich fysiek te verplaatsen.

Voor het onderzoek is uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) een willekeurige steekproef getrokken van 584 mensen. De gegevens uit het GBA betroffen namen, adressen, leeftijd, geslacht, en plaats. De vergelijking van de respondenten met de steekproef is verderop in te hoofdstuk te vinden. De vragenlijst is verstuurd met een begeleidende brief, waarin een korte uitleg gegeven werd over het onderzoek. Deze brief is ondertekend door de onderzoeker, evenals door een (nu voormalig) wethouder van de gemeente die de vragenlijst aanbeveelt. Op de achterkant van de brief is een “vraag en antwoord” sectie opgenomen met verdere informatie over het onderzoek, evenals verdere informatie over het gehanteerde privacy beleid. Op de voorpagina van de vragenlijst is een uitleg opgenomen over hoe de vragenlijst in te vullen, en hoe fouten te verbeteren.

4.2 Respons en selectie

In totaal hebben 119 mensen de vragenlijst ingevuld. Er zijn vijf vragenlijsten binnengekomen van mensen die de lijst blanco of onvolledig hebben teruggestuurd. De vermelde reden betrof dat zij door fysieke en/of mentale redenen niet in staat zijn om voor iemand te zorgen, en het geen betekenis zou

hebben als zij de vragenlijst in zouden vullen. Deze vragenlijsten zijn niet meegenomen in de analyse. Daarnaast zijn er enkele brieven binnengekomen van mensen die het niet fijn vonden de vragenlijst te ontvangen. De schriftelijke vragenlijst heeft een respons van 20.3 %. De bruikbare respons wijkt amper af met 19.5 %.

4.3 Meetinstrument en variabelen

De voor dit onderzoek gebruikte schriftelijke vragenlijst is bijgevoegd in bijlage. In deze paragraaf zal eerst de operationalisering van de variabelen van de Theorie van Gepland Gedrag besproken worden. Alleen de operationalisering van de TGG constructen voor (schoon)ouders zullen besproken worden. Dezelfde vragen zijn ook gesteld over mantelzorg voor buren; hiervoor is "(schoon)ouders" vervangen voor "buurman/buurvrouw". De vragen en antwoordcategorieën zijn hetzelfde voor beide groepen. Ter afsluiting zal de operationalisering van de achtergrondvariabelen besproken worden.

De determinanten van de TGG kunnen op twee manier gemeten worden: op een indirecte en een directe manier. Morano en Kasprzyk (2008) adviseren een combinatie van een directe en een indirecte meting, maar uit praktische overwegingen is besloten alleen directe metingen uit te voeren. Deze praktische overwegingen betreffen de lengte en complexiteit van de vragenlijst. Een lange en complexe vragenlijst zal waarschijnlijk leiden tot een lagere respons (Dillman, Smith en Christian, 2009).

Intentie

De intentie om een bepaald gedrag uit te voeren kan op een directe manier gemeten worden door te vragen naar hoe waarschijnlijk iemand het acht dat hij/zij het betreffende gedrag zal uitvoeren (Montano en Kasprzyk, 2008). De intentie om mantelzorg te verlenen wordt gemeten door de stelling: *Als één van mijn (schoon)ouders een behoefte heeft aan zorg, dan ben ik ook van plan omdeze zorg te geven.* Gedragsintentie wordt gemeten door drie verschillende schalen die lopen van -3 tot 3.[1] Intentie wordt op verschillende manieren gemeten, zodat er een meer betrouwbare maat van intentie ontstaat die de intentie vanuit verschillende perspectieven benadert. Er is besloten drie verschillende schaalitems op te nemen. Deze zijn: *Niet mee een/mee eens, ik zal het niet proberen/ik zal het proberen*, en *ik zal het zeker niet doen/ik zal het zeker doen*. Omdat het aannemelijk is dat er respondenten zijn die geen (schoon)ouders meer hebben is de categorie *niet van toepassing* meegenomen. Voor de analyse zijn de schalen omgecodeerd naar een schaal van 1 t/m 7. Om tot één waarde te komen is het gemiddelde genomen van

[1] Zoals besproken in de tekst geeft de literatuur aan dat het de voorkeur heeft om de determinanten zowel direct als indirect te meten. Aanvankelijk was dit ook de bedoeling, maar tijdens het ontwikkelen van de vragenlijst is besloten om alleen een directe meting van de determinanten te doen. Hierbij is de schaal van de indirecte meting blijven staan. Dit vormt geen probleem voor de analyse van de determinanten, omdat de schalen die van -3 tot +3 lopen, gemakkelijk om te coderen zijn naar 1 t/m 7. Deze 7-puntsschaal wordt door Morano en Kasprzyk (2008) aanbevolen voor de directe metingen. De overige TGG constructen zijn eveneens gemeten met een schaal die loopt van -3 tot +3. Deze zijn om de hierboven genoemde reden, mits anders vermeld, eveneens omgecodeerd naar een schaal van 1 tot 7.

de drie scores. Er zijn respondenten die niet alle schalen ingevuld hebben. Om te veel missende waarden te voorkomen is ervoor gekozen dat wanneer iemand maar één of twee waarden ingevuld heeft, het gemiddelde berekend wordt door de totale score te delen door de hoeveelheid schalen die de betreffende respondent heeft ingevuld. Om te achterhalen of de verschillende schaal-items samen een schaal vormen (homogeen zijn), is de betrouwbaarheidstest uitgevoerd. De Cronbach'sAlpha (CA) is een coëfficiënt, die wordt gebruikt om de consistentie van verschillende items die zijn samengenomen te meten. De conventie bestaat dat een CA van boven de .7 een goede consistentie aangeeft tussen de verschillende items (Kline, 1999). De CA voor de drie verschillende schaal-items van de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders, laat zien dat deze consistent zijn met elkaar, en samen één schaal vormen (CA = .894). De CA voor de drie verschillende schaal-items van de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren laat eveneens zien dat de verschillende items consistent zijn met elkaar, en samen één schaal vormen (CA = .946).

Attitude

Een directe meting van attitude kan worden gedaan door te vragen naar wat iemand van een bepaalde handeling vindt, door middel van het laten beoordelen van een stelling over het betreffende gedrag, aan de hand van verschillende bipolaire items zoals slecht versus goed, en onplezierig versus plezierig, en de scores vervolgens bij elkaar op te tellen (Montano en Kasprzyk, 2008). De attitude is gemeten door de volgende stellingen: *Als ik zorg zou verlenen aan één van mijn (schoon)ouders dan vind ik dat.* Aan de hand van informele gesprekken met mantelzorgers is besloten vijf verschillende schaalitems op te nemen in de vragenlijst die lopen van -3 tot +3. Deze zijn: *slecht/goed, niet waardevol/waardevol, onbelangrijk/belangrijk, onbevredigend/bevredigend,* en *mijn plicht/mijn verantwoordelijkheid.* Een tweede stelling die de kosten en baten mee neemt is eveneens opgenomen. Deze is als volgt: *Als ik door de zorg voor één van mijn (schoon)ouders minder tijd heb voor mijn gezin en/of werk dan vind ik dat.* Voor deze stelling is besloten om twee item schalen op te nemen*: slecht/goed*, en *een probleem/geen probleem.* De CA voor deze zeven verschillende schaal-items van attitude jegens mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders, laat zien dat deze niet geheel consistent zijn met elkaar. De item schaal *mijn plicht/mijn verantwoordelijkheid* is weggelaten. De overige schaalitems vormen samen één consistente schaal (CA = .894). Bij de attitude jegens mantelzorg aan buren, is dezelfde itemschaal weggelaten. De overige schaal-items vormen samen een consistente schaal (Ca = .903).

Subjectieve norm

Een directe meting van subjectieve norm kan worden gedaan door te vragen naar wat iemands significante anderen vinden van een bepaalde handeling, door middel van het laten beoordelen van een stelling over wat anderen denken van het gedrag, aan de hand van verschillende bipolaire items zoals slecht versus goed, en onwijs versus wijs, en deze vervolgens bij elkaar op tellen (Montano en Kasprzyk, 2008). Aan de hand van informele gesprekken met mantelzorgers, en het raadplegen van literatuur (SCP

2009; 2010) is besloten om vier verschillende stellingen te meten. De eerste twee betreffen de injunctieve normen. Deze zijn als volgt: (1) *de mensen die belangrijk voor mij zijn zullen voor hun eigen (schoon)ouders zorgen als dat nodig zou zijn,* en (2) *ik zou zorg aan mijn ouders verlenen, omdat mijn familie ook voor mij zou zorgen als dat nodig zou zijn.* Twee andere stellingen zijn opgenomen die de descriptieve norm achterhalen: (3) *Als ik zorg zou verlenen aan één van mijn (schoon)ouders dan zouden de mensen die belangrijk voor mij zijn dit steunen,* en (4) *Als één van mijn (schoon)ouders zorg nodig zou hebben, dan verwachten de mensen die belangrijk voor mij zijn dat ik deze zorg verleen*. Bij de eerste vraag is de volgende uitleg gegeven: *Bij mensen die voor u belangrijk zijn kunt u denken aan mensen waarvan u de mening belangrijk vindt, zoals uw partner, familie en vrienden*. Voor alle stellingen was het mogelijk *niet mee eens/mee eens* te stellingen te beoordelen met een 7-punts schaal die loopt, die van -3 tot +3 loopt. Deze is voor de analyse omgecodeerd naar 1 t/m 7. De CA voor de vier verschillende schaal-items van subjectieve norm betreffende het verlenen van mantelzorg aan (schoon)ouders, laat zien dat deze consistent zijn met elkaar, en samen één schaal vormen (CA = .728). De CA voor de vier verschillende schaal-items van subjectieve norm betreffende het verlenen van mantelzorg aan buren, laat eveneens zien dat deze consistent zijn met elkaar en samen één schaal vormen (CA = .841).

Ervaren gedragscontrole

Een directe meting van ervaren gedragscontrole kan worden gedaan door te vragen naar of een bepaalde situatie onder iemands controle staat, aan de hand van een aantal verschillende bipolaire items, zoals *niet onder mijn controle* versus *wel onder mijn controle,* en *moeilijk* versus *gemakkelijk* (Montano en Kasprzyk, 2008). Ervaren gedragscontrole is opgedeeld in twee dimensies: de vaardigheden voor het uitvoeren van het gedrag (zelf-ingeschat vermogen), en de mogelijkheden om het gedrag uit te voeren (ervaren mogelijkheden). De eerste wordt gemeten met de stelling: *Ik bezit de praktische vaardigheden om voor één van mijn (schoon)ouders te zorgen.* Hierbij is onder de vraag de uitleg gegeven: *Bij praktische vaardigheden gaat het erover of u de kennis en de mogelijkheden heeft om te helpen.Hierbij kunt u denken aan of u kunt helpen bij bijvoorbeeld het doen van boodschappen of het helpen bij douchen*. De tweede door de stelling: *Zelfs al zou ik het willen, dan is het voor mij niet mogelijk om de zorg verlenen aan één van mijn (schoon)ouders.* Hierbij is de volgende uitleg onder de vraag gegeven: *Hierbij kunt u denken aan uw eigen fysieke en mentale gezondheid, beschikbare tijd, geld enzovoorts.* Omdat het hier gaat om in welke mate iemand het eens is met de stellingen was het bij beide stellingen mogelijk om te antwoorden op een bipolaire schaal van *niet mee eens/mee eens,* die loopt van -3 tot +3. De eerste schaal is omgecodeerd van 1 t/m 7; de tweede vraag van 7 t/m 1. Ter controle is de betrouwbaarheidstest uitgevoerd; deze laat zien dat de twee stellingen niet een zelfde dimensie meten van ervaren gedragscontrole. Ervaren gedragscontrole wordt in de analyse opgesplitst in “zelf-ingeschat vermogen” en “ervaren mogelijkheden”.

Open vragen

In de vragenlijst zijn eveneens enkele open vragen opgenomen. De eerst is: *Wat zou voor u de belangrijkste overweging zijn om wel zorg te verlenen aan één van uw (schoon)ouder?* De tweede is: *Wat zou voor u de belangrijkste reden zijn om geen zorg te verlenen aan één van uw (schoon)ouders*? Deze vragen zijn eveneens gesteld voor buren; hierbij is "(schoon)ouders" vervangen door "buurman/buurvrouw".

4.4 Achtergrondvariabelen

Leeftijd is gemeten door de open vraag *Wat is uw leeftijd?* Geslacht is gemeten door de vraag: *Wat is uw geslacht?* Men kon antwoorden door *A = man* en *B = vrouw* in te vullen. De genoten opleiding is gemeten naar voorbeeld van het CBS (2010)door de vraag: *Wat is uw hoogst behaalde opleiding?* Deze betroffen: A: Geen onderwijs gevolgd/alleen basisonderwijs, *B: Lager Beroepsonderwijs, VMBO basisberoepsgerichte of kaderberoepsgerichte leerweg, C: Mavo, VMBO theoretische of gemengde leerweg, ULO, MULO, D: Havo, VWO, Gymnasium, HBS, MMS,E: Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, BOL, BBL),* en *F: Kandidaats, Bachelor, Hoger Beroepsonderwijs.*[2] De antwoordcategorieën zijn vervolgens ingedeeld in *laag opgeleid*: A en B, *middelbaar opgeleid*: C, D en E, en *hoog opgeleid*: F. Het aantal uren werk dat iemand per week werkt is gemeten met de open vraag: *Hoeveel uur betaald werk doet u gemiddeld per week?* Of iemand in de zorg werkt is gemeten door de vraag: *Bent u werkzaam of werkzaam geweest in de zorg?* De antwoordcategorieën die ingevuld konden worden zijn: *A: Ja, als helpende, verzorgende of verpleegkundige, B: Ja, als arts of specialist, C: Ja, als aansturend of ondersteunend personeel (management, administratief, facilitair etc.)* en *D: Nee, ik ben niet werkzaam in de zorg*. Omdat het hier gaat over mensen die ervaring hebben opgedaan in de zorg, zijn de verschillende beroepen uitgesplitst, zodat er een dummyvariabele gemaakt kon worden met mensen die directe zorg verlenen of hebben verleend, en mensen die niet direct met de zorg hebben te maken, of te maken hebben gehad. Zo wordt een facilitair medewerker in de zorg dus niet opgenomen in de analyse als iemand met een zorgberoep. Om te meten of iemand een religieuze achtergrond heeft is de volgende vraag opgenomen: *Heeft u van huis uit een religieuze achtergrond?* Om duidelijk te maken dat het om een achtergrond gaat is de volgende uitleg onder de vraag opgenomen: *Het gaat hierbij om of u een religieuze opvoeding heeft gehad, dus niet of u op dit moment religieus bent.* De waren als volgt: *A: Ja, protestants, B: Ja, katholiek, C: Ja, christelijk overig, D: Ja, islamitisch, E: Ja, religieus overig.* en *F: Nee, ik heb geen religieuze achtergrond.* De eerste vijf antwoordcategorieën zijn samengenomen en omgecodeerd naar een dummyvariabele, waarin 1 betekent dat iemand een religieuze achtergrond heeft, en 0 dat iemand geen religieuze achtergrond heeft.

[2] Master en PhD zijn bij deze vraag weggevallen. Voor de analyse is dit geen probleem omdat de mensen die aangegeven hebben deze categorie te missen zichzelf ingedeeld hebben bij het hoogste opleidingsniveau.

Steekproefvariabelen

Om de respons te kunnen vergelijken met de steekproef is ook een vraag opgenomen in welke dorp van de gemeente Zeist de respondent woont. Met de vraag: W*aar woont u?* is dit gemeten. De antwoordcategorieën betreffen: *A: Zeist, B: Den Dolder, C: Austerlitz, D: Huis ter Heide en E: Bosch en Duin*. De respons kan ook vergeleken worden op basis van leeftijd en geslacht, die in de vorige paragraaf besproken zijn.

Om de data te vergelijken met de steekproef kijken we allereerst naar leeftijd. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 52.4 jaar. Dit wijkt af van de steekproef: het zit bijna zeven jaar boven het gemiddelde van de steekproef, waarin 46.2 jaar de gemiddelde leeftijd is. De gemiddelde leeftijd van de respons wijkt significant af van de steekproef (t=4.157, df=113, p <.001). We zien dat 63% van de respondenten vrouw zijn; dit ligt boven het gemiddelde van de steekproef (51%). Dit wijkt significant af van de steekproef (χ^2 = 6.877, *p* = .009 met df = 1). In onderstaande tabel wordt de plaats van de respondenten vergeleken, met de percentages uit de steekproef.

Tabel 1: *Vergelijking van plaats tussen de respons en de steekproef*

Plaats	N (respons)	%	N (steekproef)	%
Zeist	94	85	501	85.8
Den Dolder	5	4.4	28	4.8
Austerlitz	1	1.0	20	3.4
Huis ter Heide	5	4.4	20	3.4
Bosch en Duin	6	5.3	16	2.7
N totaal	111		584	

Uit tabel 1 kunnen we opmaken dat de respondenten uit Austerlitz enigszins zijn ondervertegenwoordigd, en dat de respondenten uit Bosch en Duin enigszins zijn oververtegenwoordigd. Uit de test χ^2 test kunnen we opmaken dat de woonplaats van de respondenten representatief is voor de steekproef (χ^2 = 4.486, p = .344 met df = 4).

4.5 Analysestrategie: kwantitatieve analyse

Om de samenhang van de TGG variabelen te schatten met de intentie om mantelzorg te verlenen wordt gebruik gemaakt van een aantal meervoudige logistische regressies. Om de samenhang van de achtergrondvariabelen met de TGG variabelen te achterhalen, worden eveneens een aantal meervoudige logistische regressies gebruikt. Een logistische regressie is een test waarbij een afhankelijke variabele wordt voorspeld door één of meerdere continue en/of categoriale variabelen. De afhankelijke variabele heeft maar twee waarden, en is dus dichotoom. Aan de hand van de onafhankelijke variabelen wordt

voorspeld in welke van deze twee categorieën het aannemelijk is dat een persoon zal vallen (Field, 2005). Stel bijvoorbeeld dat we weten dat opleiding, inkomen en geslacht voorspellen of iemand wel of niet naar de dokter zal gaan als hij last heeft van zijn rug, dan kunnen we met een logistische regressie, de waarschijnlijkheid bepalen of een willekeurig persoon die we tegenkomen met rugpijn wel of niet naar de dokter zal gaan. Omdat de afhankelijke variabele van een logistische regressie moet bestaan uit een dichotome variabele, is de afhankelijke variabele omgecodeerd naar een dummyvariabele (Field, 2005). Omdat het aantal observaties te klein is om alle onafhankelijke variabelen mee te nemen in de analyse, zijn niet alle achtergrondvariabelen meegenomen in de uiteindelijke analyses. De analyses zijn meerdere keren gedraaid; wanneer in de eerste analyse een aantal achtergrondvariabelen niet significant bleken te zijn, dan zijn (enkele van) deze uit de analyse gelaten, waardoor er ruimte ontstaan is om andere variabelen te testen. De analyses die in de tabellen zijn weergegeven zijn op deze manier tot stand gekomen. Alleen de modellen die significant zijn, zijn opgenomen in tabellen.

Voor een regressie analyse is het van belang dat er geen multicollineariteit bestaat tussen de onafhankelijke variabelen (Field, 2005). De VIF waarde berekend correlaties tussen de verschillende onafhankelijke variabelen. Een VIF waarde groter dan 10 impliceert een probleem metmulticollineariteit (Bowerman en O'Connell, 1990). Om voor multicollineariteit te controleren zijn de VIF scores berekend. Bij de onafhankelijke variabelen van de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders komt geen van de VIF waarden boven de 1.7 uit en is er dus geen reden om ons zorgen te maken over muliticollineariteit. Bij de onafhankelijke variabelen die de samenhang met de intentie om mantelzorg te geven aan buren proberen te schatten zijn eveneens de VIF waarden berekend. Geen van de VIF waarden komt boven de 1.8 uit, dus ook hier is er geen reden om ons zorgen te maken over muliticollineariteit.

In dit onderzoek wordt een alpha (α) van .05 aangehouden. De alpha is een statistiek die de kans weergeeft dat de fout wordt gemaakt dat de hypothese wordt aangenomen, terwijl die niet aangenomen zou moeten worden (Field, 2005).

Alvorens te beginnen aan de kwantitatieve analyse, zullen eerst de beschrijvende statistieken weergegeven worden van intentie, attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole. Om te schatten of de achtergrondvariabelen samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen, zal in het eerste model alleen de achtergrondvariabelen worden opgenomen. Om te achterhalen of de TGG variabelen op zichzelf samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen, zullen deze in het tweede model worden opgenomen. Aanvankelijk was het de bedoeling om een model te creëren met zowel de TGG variabelen als de achtergrondvariabelen, om te achterhalen of de samenhang van de achtergrondvariabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen zou verdwijnen als zij samen met de TGG variabelen in één model werden opgenomen. Besloten is dit model niet op te nemen, omdat we verderop in dit hoofdstuk zullen zien dat de achtergrondvariabelen in het geheel niet samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen. Als laatst zullen de modellen worden opgesteld die de samenhang van de achtergrondvariabelen met de TGG variabelen achterhalen.

4.6 Analysestrategie: kwalitatieve analyse

In de kwalitatieve analyse zullen de open vragen uit de vragenlijst worden geanalyseerd, en zullen de belangrijkste factoren worden weergegeven die volgens de respondenten van invloed zijn op hun besluit om wel of niet mantelzorg te verlenen. De open vragen zijn open gecodeerd in Nvivo, een software pakket voor kwalitatieve analyses. Aan de hand van deze codes zijn categorieën en thema's opgesteld, voor zowel (schoon)ouders als voor buren, zodat een helder overzicht gegeven kan worden over welke factoren en overwegingen meespelen bij de intentie om mantelzorg te verlenen voor de twee verschillende groepen.

5. Kwantitatieve resultaten: De intentie om mantelzorg te verlenen en de factoren die hiermee samenhangen

In dit hoofdstuk zal aan de hand van beschrijvende data en kwantitatieve analyses een antwoord gezocht worden op de vraag of de inwoners van Zeist de intentie hebben om mantelzorg te verlenen en welke factoren er van belang zijn bij deze intentie.

5.1 Beschrijving achtergrondvariabelen

In tabel 2 zijn de beschrijvende waarden te vinden van de achtergrondvariabelen. We zien dat de gemiddelde leeftijd 52 jaar is. De jongste persoon in de dataset is 19 en de oudste 75 jaar. 63% van de respondenten is vrouw, en 78% geeft aan een religieuze opvoeding gehad te hebben. Het gemiddelde aantal uren dat men werkt is 20 uur per werk (met een minimum van 0 uur, en een maximum van 60 uur, en een groot aandeel (40%) van deze mensen werkt helemaal niet). 18% geeft aan als verpleegkundige, verzorgende of helpende te werken, en 92% van de respondenten rekent zich tot de Nederlandse etniciteit. Het grootste deel van de respondenten is hoog opgeleid (52%). Ook een groot deel is middelbaar opgeleid (42%). Maar een klein gedeelte is laag opgeleid (7%).

Tabel 2: *beschrijving van de geobserveerde waarden voor de achtergrondvariabelen*

	Gemiddelde /percentage	SD	Min	Max	N
Leeftijd	52	15	19	75	114
Geslacht (vrouw)	63%				114
Religieus opgevoed	78%				113
Uren werk	20	18	0	60	113
Zorgwerk	18%				113
Etniciteit (Nederlands)	92%				112
Educatie (laag)	7%				8
Educatie (middelbaar)	42%				48
Educatie (hoog)	52%				57

5.3 De intentie om mantelzorg te verlenen

In tabel 3 en 4 zijn de gemiddelde scores te vinden voor de TGG variabelen. De schaal loopt van 1 tot 7, waarbij 4 het neutrale punt is. We kunnen zien dat de gemiddelde score voor de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders (5.4) hoger ligt dan voor de zorg voor buren (4.4). Dit betekent dat de intentie om zorg te verlenen aan (schoon)ouders hoger is dan bij de zorg voor buren. We zien eveneens dat alle gemiddelde scores van de overige TGG variabelen hoger liggen voor (schoon)ouders dan voor buren.

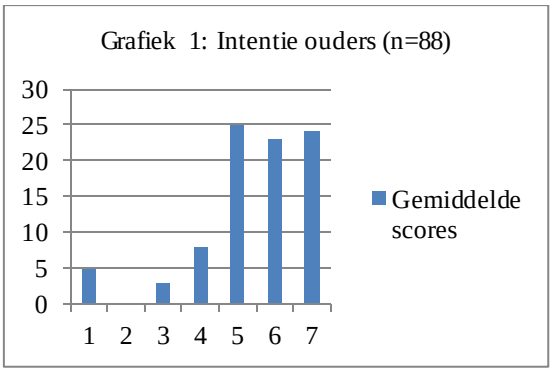
Tabel 3: *beschrijving van de geobserveerde waarden voor de TGG variabelen voor (schoon)ouders*

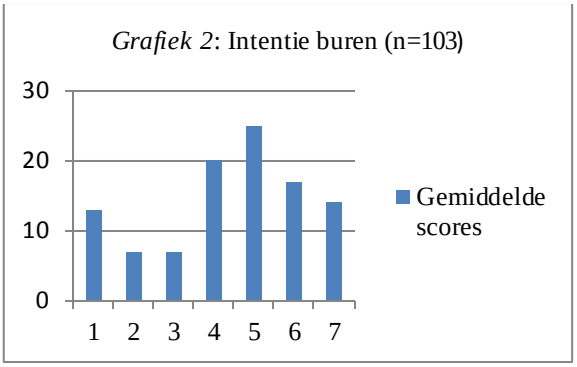
Variabelen (schoon)ouders	Gemiddelde score	SD	N
Gedragsintentie	5.4	1.53	88
Attitude	5.3	1.26	87
Subjectieve norm	5.1	1.28	92
Ervaren gedragscontrole (zelf ingeschat vermogen)	5.6	1.56	87
Ervaren gedragscontrole (mogelijkheden)	4.1	1.92	85

Tabel 4: *beschrijving van de geobserveerde waarden voor de TGG variabelen voor buren*

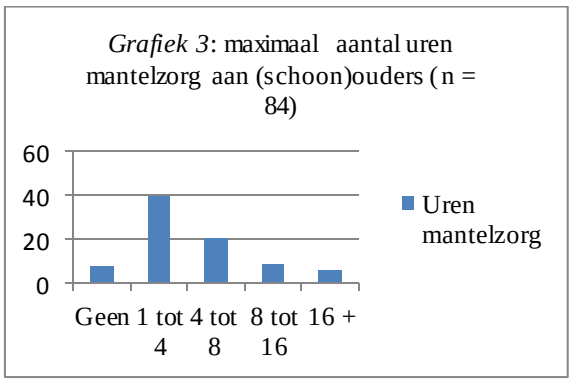
Variabelen buren	Gemiddelde score	SD	N
Gedragsintentie	4.4	1.84	103
Attitude	4.5	1.61	106
Subjectieve norm	3.9	1.48	105
Ervaren gedragscontrole (zelf ingeschat vermogen)	5.1	1.76	103
Ervaren gedragscontrole (mogelijkheden)	4.3	2.06	100

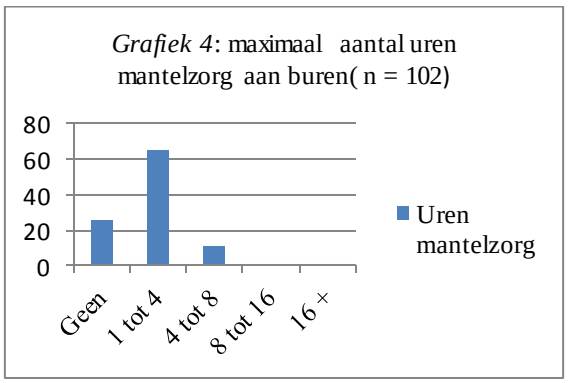
In grafiek 1 zijn de scores te vinden van de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders. Grafiek 2 geeft deze scores weer voor de zorg aan buren. Ook hier loopt de schaal van 1 tot 7, waarbij 4 het neutrale punt is. We zien bij de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders dat het grootste deel (81%) hier in meer of mindere mate positief tegenover staat; bij mantelzorg voor buren is dit lager (56%).





Eveneens is onderzocht hoeveel uur mensen voor hun (schoon)ouders en hun buren zouden willen zorgen. De uitkomsten zijn in de twee onderstaande grafieken weergegeven. De grafieken betreffen het maximaal aantal uren dat iemand voor zijn (schoon)ouders of buren zou willen zorgen. De eerste grafiek (grafiek 3) betreft het maximaal aantal uren voor de (schoon)ouders. Acht mensen (10%) laten weten geen tijd te willen besteden aan mantelzorg, veertig mensen (48%) laten weten één tot vier uur mantelzorg te willen verlenen, 21 mensen (25%) willen maximaal vijf tot acht uur mantelzorg verlenen, negen mensen (11%) geven aan acht tot 16 uur mantelzorg te willen geven, en zes (7%) mensen geven aan meer dan 16 uur te willen zorgen. De tweede grafiek (grafiek 4) betreft het maximaal aantal uren dat iemand voor zijn buren zou willen zorgen. 26 mensen (25%) laten weten geen tijd te willen besteden aan mantelzorg voor buren, 65 (64%) mensen laten weten één tot vier uur mantelzorg te willen verlenen, en elf mensen (11%) willen maximaal vier tot acht uur mantelzorg verlenen. Geen van de respondenten heeft aangegeven acht tot 16 uur mantelzorg te willen geven. Ook heeft niemand aangegeven meer dan 16 uur te willen zorgen. Er zit verschil in het aantal uren dat iemand de bereid is te zorgen voor de twee groepen zorgvragers. Voor buren geeft de grootste groep aan maar één tot vier uur te willen zorgen; zij willen amper meer uren zorgen. Voor (schoon)ouders is de groep die één tot vier uur wil zorgen wat kleiner, maar de groep die meer uren zou willen zorgen is groter. We zien tevens dat het aantal respondenten dat de vragen ingevuld heeft groter is voor buren dan voor (schoon)ouders. Dit heeft grotendeels te maken met dat van een deel van de respondenten de (schoon)ouders zijn overleden.





Samengevat kunnen we zeggen dat mensen positiever staan tegenover het zorgen voor hun (schoon)ouders, dan tegenover zorgen voor hun buren. Vier op de vijf respondenten geeft aan de intentie te hebben om voor hun ouders te zorgen als dat nodig zou zijn. Ruim de helft van de respondenten geeft aan de intentie te hebben om voor hun buren te zorgen als dat nodig zou zijn. Voor (schoon)ouders wil men meer uur zorgen.

5.4 De factoren die samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen

Zoals eerder geschreven zullen voor de verklarende analyse twee series modellen worden opgesteld. De eerste serie betreft de intentie om te zorgen voor (schoon)ouders; de tweede serie de intentie om te zorgen voor buren.

5.4.1 Analyse schoonouders.

In tabel 3 is zijn twee logistische regressieanalyses opgenomen. In het eerste model worden alleen de achtergrondvariabelen meegenomen in de regressie om de samenhang van deze variabelen te achterhalen met de intentie om mantelzorg te verlenen. In het tweede model worden attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole (onderverdeeld in zelf-ingeschat vermogen en ervaren mogelijkheden) als onafhankelijke variabelen samen genomen om hun samenhang te testen met de intentie om mantelzorg te verlenen.

5.4.1.1 De samenhang van de achtergrondvariabelen en gedragsintentie

De eerste logistische regressie is uitgevoerd om te achterhalen of de achtergrondvariabelen samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders. De test van het volledige model tegenover een constant only model is niet statistisch significant, wat impliceert dat de achtergrondvariabelen als geheel geen betrouwbaar verschil maken tussen mensen die wel en niet de intentie hebben om mantelzorg te verlenen ($\chi^2 = 3.411$ $p = .637$ met $df = 5$). De afzonderlijke variabelen laten eveneens geen samenhang zien met intentie.

Tabel 3: *Uitkomsten logistische regressie betreffende de samenhang van de achtergrondvariabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen, en de samenhang van de TGG variabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders .*

	Model 1		**Model 2**	
	B	**SD**	**B**	**SD**
Socio-demografische variabelen				
Leeftijd	.002	.030		
Geslacht	-.130	.707		
Religieus opgevoed	-.198	.867		
Uren werk	-.028	.022		
Zorgwerk	.177	.876		
TGG variabelen				
Attitude			.412	.409
Subjectieve norm			1.404**	.502
Ervaren gedrags-controle A			-.248	.403
Ervaren gedrags-controle B			.271	.305
N	85		79	
Nagelkerke R^2	.045		.625	

*significantbij alpha=.05

**significantbij alpha =.01

5.4.1.2 De samenhang van attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole met intentie om mantelzorg te verlenen

De tweede logistische regressie is te vinden in het tweede model in tabel 3. De test van het volledige model tegenover het constant only model is statisch significant, wat impliceert dat de voorspellers als geheel invloed hebben op de intentie om mantelzorg te verlenen (χ^2= 35.060 p < .001 met df = 4). De

Nagelkerke R^2 is .625. Alleen de subjectieve norm hangt significant samen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders (B = 1.404, Wald = 7.817, p =.005). Dit betekent dat wanneer iemand een hogere subjectieve norm heeft jegens het verlenen van mantelzorg, het waarschijnlijker is dat hij ook de intentie heeft om te zorgen. Uit de analyse blijkt dat er geen statisch bewijs is gevonden dat de overige TGG variabelen samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen. Het initiële plan was om een extra model op te stellen, om te toetsen of de samenhang van de achtergrondvariabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen zou verdwijnen bij het toevoegen van de TGG variabelen, zoals de theorie voorspelde, maar aangezien de achtergrondvariabelen samengenomen geen significante samenhang hebben met gedragsintentie is het niet nodig een dergelijk model te op te stellen waarin zowel de achtergrondvariabelen als de TGG variabelen worden meegenomen. Het tweede model is hier dus het definitieve model. Dit model laat zien dat onze eerste hypothese (1), dat attitude samenhangt met de intentie om mantelzorg te verlenen niet is bevestigd (B = .412, Wald =1.015, p =.314). Ook voor hypothesen 3, dat mensen met een hogere ervaren gedragscontrole, hier onderverdeeld in zelf-ingeschat vermogen en ervaren mogelijkheden, een hogere intentie hebben om mantelzorg te verlenen, is geen statistisch bewijs gevonden (respectievelijk, B = -.248, Wald = .381, p =.537 en B = .271, Wald = .790, p =.374). Hypothese 2, dat de subjectieve norm positief samenhangt met de intentie om mantelzorg te verlenen, is in deze analyse wel bevestigd (B = 1.404, Wald = 7.817, p =.005).

5.4.1.3 De samenhang van de achtergrondvariabelen met attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole.

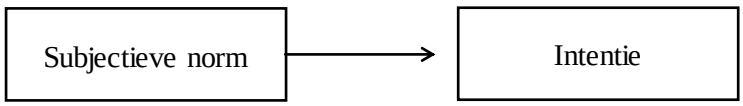
Om de samenhang van de achtergrondvariabelen met attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole te schatten zullen de achtergrondvariabelen in een logistische regressie analyse worden meegenomen als voorspellers van de afzonderlijke TGG variabelen. Hiervoor zijn vier analyses uitgevoerd.

De eerste analyse neemt de achtergrondvariabelen als voorspeller van attitude. Een test van het gehele model tegenover een constant only model is niet statistisch significant, wat er op duidt dat de achtergrondvariabelen geen betrouwbare samenhang hebben met de intentie om mantelzorg te verlenen (χ^2= 4.872, p = .432 met df = 5). Ook de overige drie modellen impliceren geen betrouwbare samenhang van de achtergrondvariabelen met de overige TGG variabelen. Dit betekent dat de test van het gehele model tegenover een constant only model bij subjectieve norm (χ^2= 5.289, p = .382 met df = 5), zelf-ingeschat vermogen (χ^2= 10.859, p = .054 met df = 5) en ervaren mogelijkheden (χ^2= 2.650, p = .754 met df = 5) niet significant zijn. Eveneens hadden geen van de achtergrondvariabelen een eigen samenhang met de vier determinanten.

Er is dus geen statistisch bewijs gevonden voor hypothese (4) dat iemand die meer uren werkt een negatievere attitude zal hebben, hypothese (5) dat naarmate mensen een hogere leeftijd hebben, zij een hogere attitude zullen hebben, hypothese (6) dat vrouwen een positievere attitude hebben, dan mannen, hypothese (7) dat vrouwen een positievere subjectieve norm hebben, dan mannen hypothese, (8)

dat mensen die religieus zijn opgevoed een hogere subjectieve norm hebben, dan mensen zonder religieuze opvoeding, hypothese (9) dat mensen die werkzaam zijn, of zijn geweest, in een zorgberoep een positievere subjectieve norm zullen hebben, dan mensen zonder zorgberoep, hypothese (10) dat mensen die werkzaam zijn, of zijn geweest, in een zorgberoep een hogere ervaren gedragscontrole hebben, dan mensen zonder zorgberoep, (11) dat mensen met een middelbare of hoog opleidingsniveau een hogere ervaren gedragscontrole zullen hebben, dan mensen met een laag opleidingsniveau, en hypothese (12) dat autochtone Nederlanders een hogere ervaren gedragscontrole, dan allochtone Nederlanders.

Samengevat kunnen we dus zeggen dat de subjectieve norm significant samenhangt met de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders, en dat er geen statistisch bewijs is gevonden dat de achtergrondvariabelen samenhangen met attituden, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole (zelf-ingeschat vermogen en ervaren mogelijkheden). In onderstaand schema zijn de uitkomsten van de analyse visueel samengevat.



Figuur 3. De samenhang van subjectieve met de intentie om mantelzorg te verlenen.

5.4.2 Analyse buren

In tabel 4 zijn twee logistische regressieanalyses opgenomen. In het eerste model worden alleen de achtergrondvariabelen meegenomen in de regressie om de samenhang van deze variabelen te achterhalen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren. In het tweede model worden attitude, subjectieve norm en zelf-ingeschat vermogen, en ervaren mogelijkheden als onafhankelijke variabelen samen genomen om hun samenhang te testen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren. Zoals eerder in de tekst uitgelegd was het ook hier aanvankelijk het plan om een derde model te testen, waarin zowel de achtergrondvariabelen als attitude, subjectieve norm, zelf-ingeschat vermogen en ervaren mogelijkheden worden meegenomen in de regressie. Zoals we zullen zien in de analyses, is hiervan afgezien omdat het model met achtergrondvariabelen niet significant is.

5.4.2.1 De samenhang van de achtergrondvariabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen

De eerste logistische regressie is uitgevoerd om de samenhang te achterhalen van de achtergrondvariabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren. De test van het volledige model tegenover een constant only model was niet statistisch significant, wat impliceert dat de voorspellers als geheel geen betrouwbaar verschil maken tussen mensen die wel en niet de intentie

hebben om mantelzorg te verlenen (χ^2 = 3.426, p = .635 met df = 5). Geen van de variabelen zijn dus van invloed.

5.4.2.2 De samenhang van attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole met intentie

De tweede logistische regressie is eveneens te vinden in tabel 4. De test van het volledige model tegenover het constant only model is statistisch significant, wat impliceert dat de determinanten als geheel samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen (χ^2= 48.037, p < .001 met df = 4). De Nagelkerke R^2 is .571. Attitude hangt samen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren (B = .714, Wald = 7.260, p =. 007). Dit betekent dat als de attitude van iemand positiever is jegens het verlenen van mantelzorg, de kans groter is dat diegene ook de intentie heeft om deze zorg te verlenen. Ook subjectieve norm hang positief samen met het verlenen van mantelzorg aan buren (B = 1.280, Wald = 7.260, p<.001). Dit betekent dat wanneer iemands subjectieve norm jegens het verlenen van mantelzorg positiever wordt, het ook waarschijnlijker is dat deze persoon de intentie heeft om deze zorg te verlenen. Ervaren gedragscontrole (onderverdeeld in zelf-ingeschat vermogen en ervaren mogelijkheden) bleken niet significant samen te hangen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren (respectievelijk, B = .239, Wald = 1.761, p =.185, en B = -223, Wald = 1.476, p =.224).

Tabel 4: *Matentelzorg aan buren: De samenhang van de achtergrondvariabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen, en de samenhang van de TGG variabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen .*

	Model 1		**Model 2**	
	B	**SD**	**B**	**SD**
Socio-demografische variabelen				
Leeftijd	.020	.017		
Geslacht	.686	.477		
Religieus opgevoed	.151	.547		
Uren werk	-.001	.013		
Zorgwerk	-.164	.604		
TGG variabelen				
Attitude			.714**	.265
Subjectieve norm			1.280**	.346
Ervaren gedrags-controle A			.239	.185
Ervaren gedrags-controle B			.-.223	.184
N	100		92	
Nagelkerke R^2	.048		.571	

*significantbij alpha=.05

**significantbij alpha =.01

5.4.2.3 De samenhang van de achtergrondvariabelen met attitude, subjectieve norm met ervaren gedragscontrole

Om de samenhang van de achtergrondvariabelen met attitude, subjectieve norm, zelf-ingeschat vermogen en ervaren gedragscontrole te schatten zullen de achtergrondvariabelen in een logistische

regressie analyse worden meegenomen als voorspellers van de afzonderlijke TGG variabelen. Hiervoor zullen vier analyses worden uitgevoerd. Deze zijn te vinden in tabel 5.

De eerste analyse neemt de achtergrondvariabelen als voorspeller van attitude. Een test van het gehele model tegenover een constant only model is statistisch significant, wat erop duidt dat de achtergrondvariabelen als geheel een betrouwbaar verschil maken tussen mensen die een positieve attitude hebben en mensen die een negatieve attitude hebben (χ^2= 11.766, p = .038 met df = 5). De Nagelkerke R^2 is .158. Leeftijd hang positief samen met attitude (B = .044, Wald = 5.452, p = .020), wat betekent dat naarmate iemand ouder is, hij een grotere kans heeft om een positieve attitude te hebben jegens het verlenen van mantelzorg aan buren. Vrouwen hebben een grotere kans om een positieve attitude te hebben jegens het verlenen van mantelzorg aan buren (B = 1.155, Wald = 1.155, p = .029).

De tweede analyse neemt de achtergrondvariabelen als voorspeller van subjectieve norm. Een test van het gehele model tegenover een constant only model is statistisch significant, wat duidt op dat de achtergrondvariabelen als geheel een betrouwbaar verschil maken tussen mensen die een positieve subjectieve norm hebben en mensen die een negatieve subjectieve norm hebben (χ^2= 23.603, p < .001 met df = 5). De Nagelkerke R^2 is .278. We zien dat leeftijd positief samenhangt met subjectieve norm (B =.042, Wald = 5.545, p = .019), wat betekent dat naarmate iemand ouder is, het waarschijnlijker wordt dat iemand een positieve subjectieve norm heeft. Het aantal uren werk hangt negatief samen met subjectieve norm (B = -.039, Wald =7.873, p =.005), wat betekent dat naarmate iemand meer uren werkt hij meer kans heeft om een negatieve subjectieve norm jegens mantelzorg te hebben.

De derde analyse neemt de achtergrondvariabelen als voorspeller van zelf-ingeschat vermogen. Een test van het gehele model tegenover een constant only model is niet statistisch significant, wat er op duidt dat de achtergrondvariabelen geen betrouwbaar verschil maken tussen mensen die een positief zelf-ingeschat hebben, en mensen die een negatief zelf-ingeschat vermogen hebben (χ^2= 5.848, p = .321 df = 5). De vierde analyse neemt de achtergrondvariabelen als voorspeller van ervaren mogelijkheden. Een test van het gehele model tegenover een constant only model is niet statistisch significant, wat duidt op dat geen van de achtergrondvariabelen een betrouwbaar verschil maken tussen mensen die een positieve ervaren mogelijk hebben, en mensen die een negatieve ervaren mogelijkheden hebben (χ^2= 2.706, p = .745 met df = 5).

Tabel 5: *Matentelzorg aan buren: de samenhang van de achtergrondvariabelen met de verschillende TGG variabelen*

	Model 1		**Model 2**	
	Attitude		Subjectieve norm	
Variabelen	**B**	**SD**	**B**	**SD**
Leeftijd	.044*	.019	.042*	.018
Geslacht	1.155*	.528	.030	.491
Religieus opgevoed	.924	.554	-540	.570
Uren werk	.005	.014	-.039**	.014
Zorgwerk	-.103	.638	-.424	.587
N =	103		102	
Nagelkerke R^2	.158		.278	

*significant bij alpha=.05

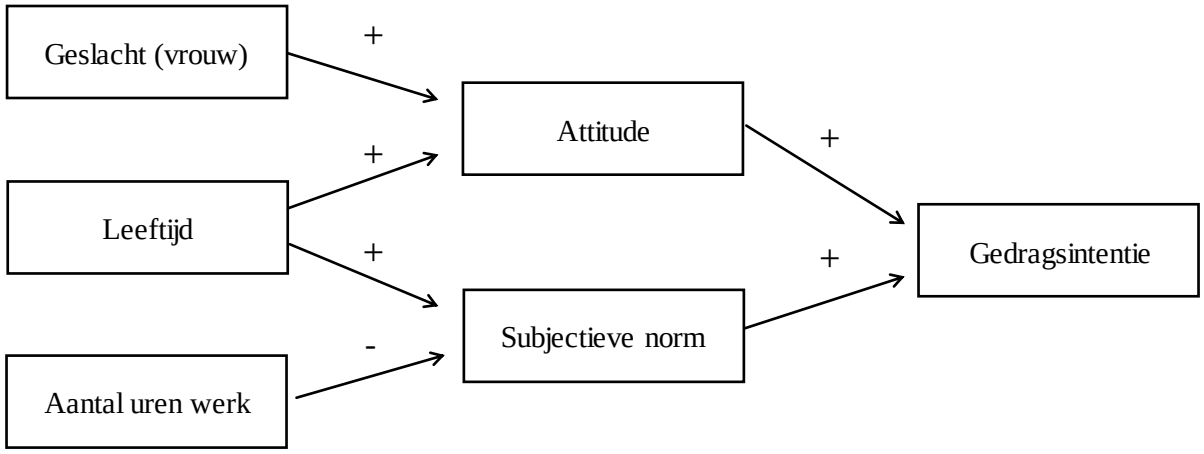
**significant bij alpha =.01

5.4.3 Samenvatting

De bovenstaande analyses kunnen we gebruiken om de opgestelde hypothesen te testen. Er is statistisch bewijs gevonden voor hypothese (5) dat naarmate mensen een hogere leeftijd hebben, zij een hogere attitude zullen hebben, en hypothese (6) dat vrouwen een positievere attitude hebben dan mannen

Er is dus geen statische bewijs gevonden voor hypothese (4) dat iemand die meer uren werkt een negatievere attitude zal hebben, hypothese (7) dat vrouwen een positievere subjectieve norm hebben dan mannen, hypothese (8) dat mensen die religieus zijn opgevoed, een hogere subjectieve norm hebben dan mensen zonder religieuze opvoeding, hypothese (9) dat mensen die werkzaam zijn, of zijn geweest, in een zorgberoep een positievere subjectieve norm zullen hebben, dan mensen zonder zorgberoep, hypothese (10) dat mensen die werkzaam zijn, of zijn geweest, in een zorgberoep een hogere ervaren gedragscontrole hebben, dan mensen zonder zorgberoep, hypothese (11) dat mensen met een middelbare of hoog opleidingsniveau een hogere ervaren gedragscontrole zullen hebben, dan mensen met een laag opleidingsniveau,en hypothese (12) dat autochtone Nederlanders een hogere ervaren gedragscontrole hebben, dan allochtone Nederlanders.

Naast de twee bevestigde hypothesen die opgesteld zijn om de samenhang van de achtergrondvariabelen met de TGG variabelen te achterhalen, zijn er in de analyse nog enkele samenhangen gevonden. Dit zijn de positieve samenhang van leeftijd en subjectieve norm, en de negatieve samenhang van het aantal uren dat iemand werkt met de subjectieve norm. In onderstaand schema zijn de verschillende samenhangen samengevat.



Figuur 4: de samenhang van de achtergrondvariabelen met de TGG variabelen en de samenhang van de TGG variabelen met de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren

6. Kwalitatieve resultaten: Overwegingen om mantelzorg te verlenen

In het vorige hoofdstuk is aan de hand van statische analyses geprobeerd om te achterhalen welke factoren samenhangen met de bereidheid om mantelzorg te verlenen. In dit hoofdstuk zal gekeken welke overwegingen en factoren de respondenten aan hebben gegeven die voor hun van invloed zijn om wel of niet mantelzorg te verlenen als dat nodig zou zijn. De factoren zijn ingedeeld in drie thema's: (1) overwegingen, (2) normen en waarden en (3) mogelijkheden. In de tekst staan de quotes van de respondenten tussen aanhalingstekens.

6.1 Mantelzorg voor (schoon)ouders: overwegingen

Een aantal opmerkingen van respondenten over het wel of niet verlenen van mantelzorg aan (schoon)ouders bleken betrekking te hebben op hun overwegingen. De band (kwaliteit contact) met de (schoon)ouders is van belang bij de mantelzorg voor (schoon)ouders. Een aantal respondenten laat weten dat zij "een goede band" moeten hebben met hun (schoon)ouders om zorg te geven, anderen laten weten dat "een slechte relatie" een reden is om geen zorg te verlenen.

Een tweede aspect van overwegingen is de aard van de zorg. Onder aard van de zorg wordt verstaan hoeveel zorg, welke zorg, hoe lang en hoe vaak de zorgvrager de zorg nodig heeft. Veel respondenten laten weten dat zij alleen onder een aantal voorwaarden zorg willen geven. Een aantal laat nadrukkelijk weten geen lichamelijke zorg te willen verlenen. Twee voorbeelden hiervan zijn: "mogelijk alleen praatje of hond uitlaten. Zeker niet zorg in huis. En zeker niet wassen etc." en, "Afhankelijk van ziektebeeld. Het moet wel mogelijk zijn, als mijn schoonouders niet meer zelfstandig kunnen wonen vind ik het beter als ze naar een zorginstelling gaan." Wanneer er hulp nodig is, en er is geen andere zorg beschikbaar voor de (schoon)ouders, dan is men bereid om zorg te geven. Een opmerking die door meerdere respondenten is neergeschreven is: "Je laat iemand niet aan zijn lot over." Een aantal respondenten geeft aan dat zij niet structureel willen zorgen. Een respondent schrijft: "bij nood/spoed, niet op vaste basis", en een ander "incidenteel inspringen ok, maar niet op vaste basis." Ook vinden een aantal respondenten het belangrijk dat zij er niet alleen voor staan, en eventueel kunnen terugvallen op andere familieleden, en/of professionele zorg.

6.1.1 Normen en waarden

Een deel van de opmerkingen die de respondenten hebben gegeven kan onder gebracht worden in het thema normen en waarden. Een belangrijk aspect van normen en waarden zijn medemenselijkheid, morele verplichting en wederkerigheid. Een respondent laat het volgende weten: " je kan ze (de (schoon)ouders) niet aan hun lot overlaten", en een andere laat weten "je wilt ze niet laten stikken. Een groot aantal respondenten laat weten dat hun ouders ook voor hun hebben gezorgd en dat ze wat terug willen doen: "Zij zijn er ook voor ons geweest", "zij hebben ook voor mij gezorgd" en "zij hebben ook

altijd voor ons gezorgd, het is dus niet meer dan normaal en vanzelfsprekend dat wij het zelfde voor hen doen wanneer zij dat nodig hebben". Liefde speelt ook een rol: "plicht in positieve zin, uit liefde", "ik geef om mijn ouders", en "dat ik van ze houd en ze een goede oude dag gun" zijn centrale uitspraken.

Sommige laten weten dat (ook) anderen verantwoordelijk zijn. Een respondent laat weten "Ik vind dit in eerste instantie een taak van de overheid. Daarna pas de verantwoordelijkheid van de familie." Iemand anders laat weten dat zijn (schoon)ouders "er jaren voor hebben betaald". Deze respondent bedoelt waarschijnlijk dat zijn ouders tijdens de jaren dat zij werkten geld hebben afgestaan aan de overheid voor het recht op zorg. Nu zijn ouders oud zijn, zouden ze het recht moeten behouden om deze formele zorg te krijgen. Maar een enkeling laat weten dat het van hem/haar verwacht wordt, en zich daarom verplicht voelt om te zorgen.

6.1.2 Mogelijkheden

Eigen gezondheid is een belangrijk thema bij het verlenen van mantelzorg aan (schoon)ouders. Sommige mensen kunnen niet (meer) zorgen, omdat ze fysiek of mentaal niet in staat zijn om dit te doen. Er zijn mensen die op leeftijd zijn, en geen zorg meer kunnen verlenen door de mankementen die de ouderdom met zich mee brengt. Andere geven aan een ziekte te hebben. Een respondent heeft aangegeven dat hij een verstandelijke beperking heeft en hij daardoor niet kan zorgen (het formulier was door zijn begeleider ingevuld). Er zijn een aantal brieven binnengekomen van mensen op leeftijd die boos werden dat hun een vragenlijst gestuurd werd. Hun punt betrof dat ze niet meer voor anderen kunnen zorgen, omdat ze zelf hulp nodig hebben. Opvallend was dat er ook enkele mensen waren die aangaven een beperking te ondervinden van hun gezondheid, maar wel zouden willen helpen als ze dat zouden kunnen. Kenmerkend voor deze bevinding zijn de antwoorden die op de vraag werden gegeven wat de belangrijkste beweegreden is om geen mantelzorg te verlenen: "als mijn eigen gezondheid er onder zou lijden", "fysieke en mentale onmogelijkheid", en "mijn gezondheid laat niet alles toe, ik doe wat ik kan".

Niet iedereen bezit de kennis en de vaardigheden om voor iemand te zorgen. "Onvoldoende kennis van de te geven zorg", " als de zorg te moeilijk is, te deskundig" en "als het voor mij te zwaar zou zijn" zijn voorbeelden van het gebrek aan kennis en/of vaardigheden, die mensen ervaren als een beperking om mantelzorg te verlenen aan hun (schoon)ouders.

Veel mensen geven aan andere verplichtingen te hebben. Een groot aantal mensen geeft "tijdgebrek" aan als een algemene reden dat ze geen zorg kunnen verlenen. Onder de respondenten die laten weten waar hun prioriteiten liggen zijn vooral werk en gezin belangrijk. Enkele voorbeelden van de antwoorden die kenmerkend zijn voor respondenten die op de vraag wat de belangrijkste reden voor iemand is om geen mantelzorg te verlenen zijn: "wanneer mijn eigen gezin er onder zou lijden", "tijdgebrek en zorg voor mijn eigen gezin en werk" en "dat er veel tijd in kan gaan zitten, zeker ook omdat mijn ouders niet om de hoek wonen, en dat terwijl we net een baby'tje hebben en zelf al alle tijd kunnen gebruiken om het gezin draaiende te houden, naast onze banen, waar we financieel van afhankelijk zijn".

Respondenten laten ook weten dat er praktische beperkingen zijn. Geldgebrek wordt door een aantal respondenten aangevoerd als een dergelijke beperking. Geografische afstand tussen de zorggever en de zorgvrager wordt eveneens als belangrijke praktische beperking beschouwd. “Het heen en weer rijden kost zoveel tijd, zo wonen niet in de buurt”, en “ze wonen op één uur rijden afstand van mijn woonplaats” zijn voorbeelden van respondenten die reisafstand als beperking zien.

Een relatief groot deel van de respondenten heeft de vragen niet ingevuld, omdat hun ouders en schoonouders niet meer in leven zijn.

6.2 Mantelzorg voor buren

Na gekeken te hebben naar de overwegingen en factoren die meespelen bij mantelzorg voor (schoon)ouders zal nu overgegaan worden naar de analyse van de overwegingen en factoren die spelen bij het wel of niet mantelzorg verlenen aan de buren.

6.2.1 Overwegingen

Een belangrijk aspect bij buren is dat mensen hun buren moeten kennen. Kent iemand de buren niet, dan is het niet mogelijk om voor hen te zorgen. “Ik ken ze niet”, en “geen band met hen” zijn voorbeelden hiervan.Ook is de kwaliteit van het contact in grote mate belangrijk. Respondenten die een goed contact met hun buren hebben zijn veelal ook bereid om ze te helpen. Zo laat een respondent weten: “Afhankelijk welke buurman/vrouw. Die met wie ik vriendschappelijk omga voor zover ik het kan zeker wel.” Een aantal respondenten geeft aan dat zij willen helpen als ze direct door de buurman/buurvrouw gevraagd zouden worden: “als ze me het persoonlijk vraagt” en “dat het rechtstreeks gevraagd wordt”, zijn hier voorbeelden van. Dit kan geïnterpreteerd worden als dat zij enerzijds niet weten welke hulp er nodig is, en anderzijds geen hulp durven aan te bieden.

De aard van de zorg is voor veel mensen belangrijk. Zij willen af en toe inspringen, maar dit moet incidenteel blijven, en zij moeten de vrijheid hebben om dit op hun eigen tijd en manier in te delen. Ook moet het niet te veel tijd kosten, en niet te vaak voorkomen. Wanneer iemand bereid is om de buren bij te staan is hulp geen probleem, maar fysieke zorg wel. Zo schrijft een respondent: “Douchen absoluut niet, boodschap misschien wel, praatje of wandeling okay. En, een boodschapje doen vind ik geen probleem als het nodig is, maar voor ‘intieme’ zorgtaken voel ik mij niet geroepen.” Deze uitspraken zijn kenmerkend voor hoe mensen denken over de zorg voor buren. Veel van de respondenten geven dan ook aan dat hulp anders is dan zorg. Niemand is bereid om fysieke zorg te geven zoals het helpen bij douchen. Intimiteit en privacy is eveneens een belangrijk thema. Sommige respondenten geven aan niet te veel in de persoonlijke sfeer van iemand te willen komen. “Je komt dan wel heel dicht in iemands persoonlijke levenssfeer: ik denk niet dat dat goed of wenselijk is” is een uitspraak die dit idee duidelijk verwoordt.

6.2.2 Normen en waarden

Een belangrijk thema bij de zorg voor buren is normen en waarden, en dan in het speciaal medemenselijkheid, morele verplichting en nabuurschap. Veel mensen willen de ander niet aan hun lot overlaten en geven aan dat alleen wanneer het echt nodig is en er niemand anders beschikbaar is (noodzaak), zij zullen bij springen. "Je laat iemand niet aan zijn lot over" dekt deze lading. Dit bijspringen moet dan wel tijdelijk zijn. Medemenselijkheid komt onder andere na voren in nabuurschap en omzien naar elkaar. De volgende opmerkingen zijn hier kenmerkend "nabuurschap", "buren helpen elkaar" en "morele plicht".

Een aantal respondenten laat weten dat zij het niet de taak vinden om zelf hulp te geven. De antwoorden "meer een taak van familie, vrienden of professionele verzorgers", "de buren hebben zelf kinderen" en "eigen familie moet dat maar regelen, vooral lichamelijke zaken" zijn kenmerkend voor deze respondenten.

6.2.3 Mogelijkheden

De eigen gezondheid is een belangrijke factor bij het helpen van buren. Wanneer iemand problemen met zijn gezondheid heeft, dan is het moeilijk om te zorgen. "Fysieke onmogendheid" en "ik ben zelf lichamelijk beperkt" zijn antwoorden die gegeven zijn op de vraag waarom iemand geen zorg zou verlenen. Een goede samenvatting hiervan wordt door een andere respondent als volgt verwoordt: " Als de te verlenen zorg teveel 'mijn' gezondheid gaat beïnvloeden en zelf in de problemen kom."

Aangezien we over buren spreken is afstand geen beperking. "Nabuurschap", en "het is dichtbij" worden als antwoorden gegeven als een positieve factor. Geld kan wel een beperking zijn. Daarnaast weet niet iedereen weet hoe hij zorg moet verlenen. "Niet kundig" en "bij problemen hier niet professioneel mee om kunnen gaan" worden genoemd wanneer het gaat om het gebrek aan vaardigheden. Wanneer iemand meer ervaring heeft met zorgen kan dit ook leiden tot meer vaardigheden: "Ik heb veel ervaring met mantelzorgen en kan het ook goed. Ik doe graag wat ik kan."

Veel mensen geven aan geen tijd te hebben om voor de buren te zorgen, en andere verplichtingen te hebben. Dit lijkt dan ook de belangrijkste factor te zijn. Veel mensen geven niet aan waarom er geen tijd is. Werk en gezin wordt af en toe genoemd, evenals het al zorg geven aan anderen. "Voldoende aan eigen familie" en "geen tijd!" worden hier genoemd. Sommige respondenten geven aan dat de zorg voor buren ten koste van de tijd voor hun eigen gezin kan gaan, of omdat het ten koste gaat van de zorg voor eigen familielid. "Tijdsdruk, andere mantelzorg verplichtingen" wordt hier bijvoorbeeld genoemd.

6.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we de opmerkingen van de respondenten geanalyseerd. In deze paragraaf zal een antwoord gegeven worden op de vraag die voor dit onderzoek is opgesteld. Welke overwegingen en factoren zijn er nu van belang bij het verlenen van mantelzorg. We kunnen dit samenvatten met vier belangrijke factoren. (1) *Normen en waarden*: mensen zorgen voor elkaar, en in het speciaal zorg je voor

je ouders die ook voor jou hebben gezorgd, maar een slecht band kan leiden tot geen zorg verlenen. (2) Aard *van de zorg*: wanneer de zorg niet te zwaar of te intensief, en niet langdurig en/of vaak verleent moet worden, dan is het voor mensen makkelijker om deze zorg te verlenen, maar wordt het intensiever en zwaarder, dan lijken mensen niet te willen zorgen. (3) *Tijd*: wanneer iemand de tijd heeft, dan wil hij wel zorgen, maar wanneer iemand andere verplichtingen heeft, zoals zorg voor het eigen gezin of een drukke baan, dan is het lastig voor deze persoon om tijd vrij te maken voor mantelzorg. En (4) *afstand*: wanneer (schoon)ouders dichtbij wonen dan is het makkelijker om zorg te verlenen. Als de (schoon)ouders verder weg wonen, dan wordt dit als een beperking gezien om de mantelzorg te verlenen.

We kunnen ook hier vier factoren opstellen die van invloed zijn op de intentie om mantelzorg te verlenen aan buren. De eerste drie zijn gelijk aan de factoren die spelen bij mantelzorg voor (schoon)ouders maar lijken een andere impact te hebben. (1*) Normen en waarden*: als iemand zich verantwoordelijk voelt voor zijn buren, dan is het aannemelijker dat die persoon ook voor een buurman/buurvrouw zorgt. Men zorgt vooral uit medemenselijkheid en wil de ander niet aan zijn lot overlaten. (2) *Aard van de zorg*: als de zorg voor de buren niet te intensief, te zwaar, en te vaak is, dan willen de meeste mensen wel bij staan. Wordt de zorg te intensief, te zwaar, of moet te vaak zorg verleend worden, dan zijn mensen minder bereid om voor hun buren te zorgen. (3) *Tijd*: heeft iemand niet te veel verplichtingen, dan wil hij de buren wel bijstaan, maar wanneer iemand andere verplichtingen heeft, zoals zorg voor het eigen gezin of een drukke baan, dan is het lastig voor deze persoon om tijd vrij te maken voor zorg voor de buren. Als men weinig tijd heeft, dan gaat mantelzorg voor eigen gezin voor. En (4) *Band met de buren*: wanneer iemand een goede band heeft met de buren, dan wil iemand wel zorg verlenen, maar wanneer iemand de buren niet (goed) kent, of een slechte relatie heeft met de buren, dan willen mensen niet zorgen. Een goede band lijkt bij de zorg voor buren een belangrijkere rol te spelen dan bij de zorg voor (schoon)ouders.

7. Conclusie/discussie

Dit onderzoek heeft gekeken naar de intentie van de inwoners van de gemeente Zeist om mantelzorg te verlenen, en naar welke factoren en overwegingen meespelen bij deze intentie. Dit hoofdstuk zal beginnen met een korte samenvatting van de verschillende onderdelen van het onderzoek. In de tweede paragraaf zullen aan de hand van de gevonden resultaten conclusies weergegeven worden. In de derde paragraaf wordt in de discussie het onderzoek besproken.

7.1 Terugblik

Op 1 januari 2015 zal de Wet Maatschappelijke Ondersteuning verder uitgebreid worden. Met deze overheveling van de zorgtaken van het Rijk naar de lokale overheden, worden de gemeenten belangrijke spelers in het verlenen van zorg. De focus van het nieuwe beleid is de eigen kracht van de burger, en meedoen naar eigen vermogen. Als iemand een zorgvraag heeft dan wordt eerst gekeken naar wat hij zelf nog kan, daarna naar of zijn sociale netwerk (familie, vrienden, kennissen etc.) kunnen bijspringen. Door deze nieuwe kijk op de zorg wordt het sociale netwerk van de zorgvrager meer aangesproken, en daarmee de mantelzorgers. Het is niet altijd duidelijk of het sociale netwerk aangesproken kan worden.

Dit onderzoek heeft getracht een antwoord te vinden op twee vragen: Hebben de inwoners van de gemeente Zeist de intentie om mantelzorg te verlenen? En, wat zijn de factoren en overwegingen die samenhangen met de intentie om mantelzorg te verlenen? Om een antwoord te vinden op deze vragen is een vragenlijst opgesteld en uitgezet onder de inwoners van de gemeente Zeist. De data die verkregen is aan de hand van deze vragenlijst is zowel kwantitatief als kwalitatief geanalyseerd.

7.2 Conclusies

Een groot deel van de respondenten (81%) geeft aan dat zij in meer of mindere mate de intentie hebben om voor hun ouders of schoonouders te zorgen wanneer dit nodig zou zijn. Iets meer dan de helft (56%) geeft aan dat ze in meer of mindere mate klaar zullen staan voor hun buren, wanneer zij zorg of hulp nodig zouden hebben. Dat men voor (schoon)ouders meer wil zorgen dan voor buren, is niet verwonderlijk.

Bij zowel (schoon)ouders, als buren blijkt de subjectieve norm samen te hangen met de “mantelzorgintentie”. Dit betekent dat wat familie en vrienden in iemands omgeving denken en doen samenhangt met iemands mantelzorg intentie. Als bijvoorbeeld een goede vriend van iemand zelf mantelzorg verleend aan zijn moeder, en laat weten dat hij dat heel normaal vindt, dan heeft dit een positieve invloed op iemands mantelzorgintentie. Iemands houding (attitude) tegenover mantelzorg voor buren blijkt eveneens samen te hangen met de mantelzorgintentie voor buren. Iemands houding tegenover mantelzorg voor (schoon)ouders daarentegen laat geen samenhang zien. Dit impliceert dat bij (schoon)ouders minder een kosten en baten afweging wordt gemaakt. Het onderzoek heeft geen samenhang gevonden van de achtergrondvariabelen met de subjectieve norm betreffende het verlenen van mantelzorg aan buren. Bij

de mantelzorg voor buren is er wel een samenhang gevonden van enkele achtergrondvariabelen met attitude en subjectieve norm. We zien dat leeftijd en geslacht positief samenhangen met attitude. Dit betekent dat naarmate een persoon ouder is, het waarschijnlijker is dat deze persoon een positieve attitude heeft om mantelzorg te verlenen. Dit sluit aan bij de bevindingen van het SCP (2009) waarin naar voren komt dat het grootste aandeel van de mantelzorgers tussen de 55 en 64 jaar is, en dit waarschijnlijk komt omdat een groot deel van deze groep van mensen (deels) met pensioen is, en daardoor meer tijd beschikbaar heeft. Ook heeft dit onderzoek gevonden dat het waarschijnlijker is dat vrouwen een positieve attitude hebben jegens mantelzorg. Dit sluit aan bij de verklaring van Timmermans en Pommer (2008), die wijzen op het feit dat vrouwen meer parttime werken, en daardoor meer tijd vrij hebben om te zorgen. De Theorie van Gepland Gedrag, welke stelt dat attitude, subjectie norm en ervaren gedragscontrole alle samenhangen met een gedragsintentie, lijkt niet op te gaan voor de intentie om mantelzorg te verlenen aan (schoon)ouders en buren.

Uit de kwalitatieve analyse komt naar voren dat bij beide groepen drie factoren een grote rol spelen. De eerste factor betreft de beschikbare tijd die iemand heeft voor de zorg. Veel mensen hebben aangeven dat ze andere verplichtingen hebben, zoals zorg voor het eigen gezin en een drukke baan. Mensen vinden dit een probleem bij zowel de zorg voor (schoon)ouders, als de zorg voor buren. De tweede factor betreft de aard van de zorg. In het onderzoek hebben veel mensen aangegeven dat ze wel zorg willen verlenen, maar niet te intensief en niet te vaak. Voor ouders wil men wel intensievere zorg verlenen dan voor buren, maar bij beide groepen hebben respondenten aangegeven dat er een grens zit aan het hulp verlenen. Vooral fysieke zorg, zoals het helpen bij het douchen, wil men niet doen. De derde factor betreft normen en waarden. Wanneer het “normaal” is dat je voor een ander zorgt, dan heeft iemand meer de intentie om te zorgen. Respondenten hebben aangeven dat ze zorg uit medemenselijkheid en dat ze niet iemand aan zijn lot willen overlaten. Bij (schoon)ouders speelt er een vierde factor mee: de afstand. Wanneer (schoon)ouders op grote afstand wonen, zien veel mensen dit als een beperking om zorg te verlenen. Bij buren is de afstand vanzelfsprekend geen probleem, maar speelt een andere vierde factor, namelijk de band met de buren. Als iemand de buren niet (goed) kent, of een slechte relatie met hen heeft, dan heeft dit een negatieve invloed op de intentie om te zorgen. Al deze factoren komen in de SCP rapporten over mantelzorg eveneens naar voren (zie SCP, 2009; 2010; 2013). In aanvulling op deze rapporten, heeft dit onderzoek laten zien dat normen en waarden een belangrijke rol spelen bij de intentie om mantelzorg te verlenen.

Concluderend kunnen we zeggen dat de uitkomsten van dit onderzoek voor een groot deel overheen komen met wat er eerder geschreven is over mantelzorg. Dat een gebrek aan tijd van invloed is op het wel of niet verlenen van mantelzorg is eerder beschreven. Dit is ook het geval met de geografische afstand tussen zorggever en zorgvrager, en het soort zorg dat verleend wordt. Een opvallende bevinding is de invloed van de subjectieve norm op de intentie om zorg te verlenen. Wat anderen denken over mantelzorg en hoe dat van invloed is op iemands eigen gedrag is onderbelicht in de onderzoeksliteratuur. De reden waarom dit onderbelicht is, komt waarschijnlijk voort uit de focus van de betreffende onderzoeken

op mensen die al mantelzorg verlenen. Er wordt dus niet gekeken naar de mensen die in de toekomst mantelzorg zullen gaan verlenen.

7.3 Discussie

Dit onderzoek heeft sterke kanten en beperkingen. De eerste beperking is de betrouwbaarheid van de data. Het is mogelijk is dat de antwoorden die zijn gegeven in de vragenlijst onderhevig zijn geweest aan sociale wenselijkheid. Daarnaast zijn de constructen van de Theorie van Gepland Gedrag gemeten door middel van een vragenlijst die niet door alle respondenten goed is ingevuld, en waarschijnlijk niet door iedereen goed begrepen is. De TGG constructen zijn door middel van verschillende schalen gemeten om een meerzijdig beeld te kunnen krijgen van de constructen, maar niet iedereen heeft alle schalen ingevuld. Hierdoor is het aantal missende waarden relatief groot. De keuze om de verschillende schalen van -3 tot +3 te laten lopen is voortgekomen uit het advies van Morano en Kasprzyk (2008) om de constructen indirect te meten. Uiteindelijk is besloten om de constructen direct te meten, maar zijn de schalen niet aangepast. Deze hadden beter van 1 t/m 7 kunnen lopen, waardoor verwarring bij het invullen van de vragenlijst voorkomen had worden. Naast het anders indelen van de vragenlijst zou het interessant zijn om deze vragenlijsten persoonlijk af te nemen, zodoende het aantal missende waarden te beperken. Daarnaast is uit praktische overwegingen en de beperkte tijd die voor dit onderzoek beschikbaar was, besloten het meetinstrument niet aan een uitvoerige test te onderwerpen om te kunnen bepalen in welke mate deze gevalideerd is.

Een tweede beperking is dat er selectie is opgetreden, en daardoor de generaliseerbaarheid van de uitkomsten in het geding is gekomen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten ligt hoger dan de gemiddelde leeftijd van de steekproef, en vrouwen zijn oververtegenwoordigd. Het is eveneens mogelijk dat op andere gronden dat de dataset niet representatief is. Het kan bijvoorbeeld zijn dat vooral mensen die een uitgesproken mening hebben gereageerd. Daarnaast is de verkregen dataset relatief klein. De grote van de dataset heeft invloed op het testen van significante invloeden van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele (Field, 2005). In vervolgonderzoek is het dan ook aan te raden gebruik te maken van een grotere dataset, zodoende beter op significantie te testen; tevens kan met een representatievere dataset worden gekomen tot een betere generaliseerbaarheid.

Een derde beperking is dat ouders en (schoon)ouders in dit onderzoek als één groep zijn gezien, terwijl het aannemelijk is dat iemand anders aankijkt tegen de zorg voor zijn ouders, dan tegenover de zorg voor zijn schoonouders, omdat hij niet door de schoonouders zijn opgevoed. Het zou dan ook interessant zijn om in vervolgonderzoek deze twee groepen apart te onderzoeken.

Ondanks de verschillende beperkingen van dit onderzoek, is het onderzoek een waardevolle toevoeging voor het beleid in de gemeente Zeist. De uitkomsten van het onderzoek geven een indicatie van de mantelzorgintentie van de inwoners van de gemeente, de factoren die meespelen bij deze intentie, en de overwegingen om mantelzorg te verlenen. Deze kennis is bruikbaar voor beleidsmakers. Doordat zij een idee hebben wat meespeelt bij het de intentie om mantelzorg te verlenen, kunnen zij hier op

inspelen, teneinde mantelzorgers te ondersteunen, te ontlasten, en potentiële mantelzorgers aan te sporen om zorg te verlenen.

8. Beleidsaanbevelingen

De mantelzorgondersteuning in de gemeente Zeist moet leiden tot een duurzame groep mantelzorgers. Doordat de mantelzorgers klaar staan voor de zorgvrager zal formele zorg minder nodig zijn. In dit onderzoek is gekeken naar of de inwoners de intentie hebben om mantelzorg te geven wanneer dit nodig zou zijn, en welke factoren en overwegingen hierbij meespelen. Op basis van dit onderzoek kan aan de beleidsmakers van de gemeente aanbevolen worden om te investeren in de volgende interventies.

8.1 Combinatie mantelzorg met andere verplichtingen bevorderen

Uit de bevindingen van het onderzoek blijkt dat mensen aangeven moeite te hebben met het verlenen van mantelzorg omdat zij andere verplichtingen hebben, zoals de zorg voor het eigen gezin, en veel uren werken. De mogelijkheid scheppen om mantelzorg met deze verplichtingen te combineren, is een belangrijke voorwaarde om mantelzorg te laten werken. Om hiertoe te komen kan gedacht worden aan het promoten van zorgverlof. Zorgverlof is op dit moment al een wettelijk recht, maar werknemers maken hier pas op laatste moment gebruik van. Door duidelijk te communiceren dat zorgverlof een optie is, is het voor een werknemer een minder grote stap om verlof aan te vragen voor zorgtaken. Flexibel werken is eveneens een optie, waardoor werknemers hun tijd effectiever kunnen indelen, maar hierbij moet gewaakt worden dat de combinatie van werk en zorg niet te zwaar wordt. De gemeente kan als voorbeeld optreden om het recht op zorgverlof, en het flexibel werken te promoten onder haar werknemers, zodoende kenbaar te maken aan andere organisaties dat het van belang is om werknemers mogelijkheden te geven om werk en zorg te combineren. Nadeel van het inspelen op mantelzorgverlof en flexibel werken is dat het niet voor alle organisaties mogelijk is, omdat zij door de aard van het werk niet flexibel kunnen werken of rekening kunnen houden met mantelzorg. Daarnaast zullen niet alle organisaties positief staan tegenover mantelzorgverlof. Wanneer veel werknemers zorgverlof opnemen, kan het gevaar ontstaan dat de continuïteit van het werk aangetast wordt, omdat de taken van werknemers die met verlof zijn overgenomen moeten worden door andere werknemers.

Om mantelzorgers beter in staat te stellen mantelzorg te combineren met andere verplichtingen, is het van belang dat de gemeente ondersteunt in de coördinatie van de zorg. Hierbij kan gedacht worden aan het in gesprek gaan met de zorgvrager en zijn sociale netwerk, en een analyse uit te voeren op de kracht van het sociale netwerk van de zorgvrager, zodat de zorg door dit netwerk efficiënt ingedeeld kan worden en het risico op overbelasting van mantelzorgers kan worden tegengegaan. Ook ontstaat hierdoor een intensievere en betere samenwerking tussen de verschillende partijen die betrokken zijn bij de zorg. De ondersteuning kan worden gegeven door het aanstellen van een zorgcoördinator die in gesprek gaat met de zorgvrager en zijn sociale netwerk. De zorgcoördinator is degene die het zorgnetwerk analyseert en advies kan uitbrengen over hoe het zorgnetwerk het beste ingezet kan worden. Ook kunnen bekenden uit het netwerk van de zorgvrager die op het moment nog geen mantelzorg verlenen aangesproken worden om zorg te verlenen, en kunnen waar nodig vrijwilligers worden uitgenodigd om te helpen. Voor het

analyseren van het zorgnetwerk kan de zorgcoördinator gebruik maken van de MantelScan die door Movisie (2012) beschikbaar is gesteld. Een samenvatting van deze scan is opgenomen in de bijlage. Een nadeel van het aanstellen van een zorgcoördinator is dat dit kosten met zich meebrengt. Movisie geeft aan dat het uitvoeren van de MantelScan een uur inhoudt, maar het is niet bekend hoeveel tijd het in beslag neemt om het netwerk structureel in de gaten te houden. Een tweede probleem is dat de mantelzorgers uit het zorgnetwerk vaak moeilijk te bereiken zijn.

Een andere manier om mensen te helpen met het combineren van mantelzorg en andere verplichtingen is het aanbieden van respijtzorg. Door respijtzorg wordt de mantelzorger ontlast, en kan hij/zij op adem komen. De gemeente is op dit moment de respijtzorg aan het ontwikkelen. Van belang is hierbij dat de gemeente rekening houdt met zowel de behoeften van de zorgvrager, als de behoefte van de mantelzorgers, zodat deze ontlastende zorg op de juiste manier en op het juiste moment ingezet kan worden. Een nadeel van respijtzorg is dat het maar een tijdelijke ontlasting van de mantelzorger inhoudt.

8.2 Verhogen bewustzijn

Uit het onderzoek is gebleken dat de intentie om mantelzorg te verlenen wordt beïnvloed door wat familie en vrienden vinden van mantelzorg, dus of iemand verwacht dat er voor hem wordt gezorgd als dat nodig zou zijn, en in hoeverre iemand het "normaal" vindt om voor een ander te zorgen. De gemeente kan inspelen op de normen en waarden van mensen door een campagne te houden waarin zij mantelzorgers aansporen om over hun zorgtaken te praten, zodat het bij meer mensen bekend is wat het betekent om zorg te verlenen, en dat het goed is om voor elkaar te zorgen. Daarnaast kan de gemeente een campagne houden waarin zij weergeeft hoeveel mensen er in Zeist zorgen, en wie de mensen zijn die deze zorg verlenen. Op deze manier wordt het bewustzijn verhoogd, en denken mensen na over wat zij zouden doen als iemand mantelzorg van hen zou vragen. Deze campagnes moeten goed uitgewerkt worden, en inspelen op welke andere verplichtingen mensen naast mantelzorg hebben. Nadeel van de campagnes is dat het effect moeilijk te evalueren is.

8.3 Informatie verschaffen

Uit het onderzoek dat is uitgevoerd naar de mantelzorgers in Zeist (zij bijlage 1) is gebleken dat de inwoners van de gemeente niet altijd over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om mantelzorg te verlenen. De gemeente kan hier op inspelen door het verschaffen van informatie over zowel de administratieve, als de inhoudelijke kant van zorg. Voorkomen moet worden dat mantelzorgers veel tijd kwijt raken aan administratieve lasten, zodat zij zich zo veel mogelijk kunnen richten op directe zorg en ondersteuning. Daarnaast weten mensen vaak niet hoe ze ondersteuning of zorg kunnen geven. De gemeente kan hiervoor informatie beschikbaar stellen. Om (potentiële) mantelzorgers te laten weten dat er informatie beschikbaar is bij de gemeente, is het van belang dat de functie van de gemeente als informatie verlener algemeen bekend is.

Samengevat kunnen de beleidsaanbevelingen als volgt worden weergegeven: Om tot een duurzame groep mantelzorgers te komen is het belangrijk dat zij ondersteund worden. Dit kan gedaan worden door het combineren van arbeid en zorg te bevorderen, te helpen met de coördinatie van de zorg, het aanspreken van potentiële mantelzorger en het bieden van een goed gecoördineerde respijtzorg. Om de groep mantelzorgers te vergroten kan een campagne gehouden worden, waarin de gemeente laat zie hoeveel mantelzorgers er zijn, en wie de persoon achter de mantelzorger is. Kennis en vaardigheden om te zorgen kunnen versterkt worden door zowel administratieve informatie te verlenen, evenals zorginhoudelijke informatie. Dat de gemeente deze informatie verstrekt moet algemeen bekend worden.

9. Literatuur

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl en J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior*. Heidelberg: Springer.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes, 50*(2), 179-211.

Bass, D. M. en Noelker, L. S. (1987). The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: An expanded conceptual framework. *Journal of Health andSocialBehavior*, 184-196.

De Boer, A. en M. de Klerk (2006). Wat doen oudere mannen en vrouwen aan informele zorg? In: *Altijd een antwoord. SCP-nieuwjaarsuitgave 2006*. Den Haag: Sociaal en CultureelPlanbureau.

Bowerman, B. L., en O'Connell, R. T. (1990). *Linear statistical models: An applied approach*. PWS-Kent Publishing Company.

CBS (2013). *Basisvragenlijst 2010B.* Vragenlijsten Gezondheidsenquête 2010 t/m 2013. http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/methoden/dataverzameling/overige-dataverzameling/2011-ge2010-vragenlijsten.htm, geraadpleegd op 06-04-2014

Cuelenaere, B, Brands, D, en Chotkowski, M. (2009). *Arbeid en zorg op de werkvloer; onderzoek naar arrangementen voor ouders en mantelzorgers: knelpunten en mogelijkheden.* Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.

Dillman, D.A., Smyth, J. D. en Christian, L. M. (2009). *Internet, mail and mixed-mode surveys; the tailored design method*. John Wiley and Sons, Inc.: Hoboken, New Jersey.

Engbersen, G., Snel, E., en Weltevrede, A. (2005). *Sociale herovering in Amsterdam en Rotterdam: één verhaal over twee wijken*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. Londen: SAGE Publications.

Fishbein, M., en Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Pub.

Fishbein, M., en Cappella, J. N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication, 56*(1), 1-17.

GGD Amsterdam (2013). *Amsterdamse gezondheidsmonitor 2012*. Amsterdam: GGD Amsterdam. http://www.ggd.amsterdam.nl/menu-ii/beleid-onderzoek-0/gezondheidsmonitors/amsterdamse /@559257/pagina/, geraadpleegd op 02-07-2014.

Gemeente Zeist (2005). Als Zeist vergrijst; een verkenning.

Gemeente Zeist (2011). Startdocument. Overheveling verantwoordelijkheid voor de extramurale begeleiding van de AWBZ naar de WMO.

Gemeente Zeist (2012). Brede sociale visie.

Gemeente Zeist (2013). Beleidsplan decentralisatie AWBZ/WMO. Zeist op weg richting uitvoering.

Gemeente Zeist (2014). Maatschappelijke ondersteuning WMO beleidsregels 2014.

Von Haeften, I., Fishbein, M., Kasprzyk, D., &Montano, D. (2001). Analyzing data to obtain information to design targeted interventions. *Psychology, Health & Medicine, 6*(2), 151-164.

Hoefman, R. (2009). Aanbieders van mantelzorg. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou en J. Timmermans (red.), *Mantelzorg; een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Hortulanus, R., Machielse, A. en Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal Isolement. Een studie oversociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier.

Jacobs, T., De Koker, B., Lodewijckx, E. en Vanbrabant, A. (2006). *Determinants of informal care: on the different dynamics of informal care given inside and outside the household*. Paper gepresenteerd op de European Population Conference, Populationchallenges in ageingsocieties, 21-24 juni 2006, Liverpool.

Kabinet-Balkende IV (2007). *Samen werken samen leven. Beleidsprogramma kabinet Balkende IV 2007-2011*. Den Haag: ministerie van Algemene zaken.

Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.

Mantelzorg kun je niet afdwingen, wel kapot maken. (2013, 16 oktober). *NRC Handelsblad*, p. 4.

Montano, D. E., en Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4*, 67-95.

Movisie (2012). *MantelScan*. http://www.movisie.nl/publicaties/mantelscan, geraadpleegd op 13-07-2014.

Mezzo (2013). Samenleving nog niet klaar voor grotere rol mantelzorgers [persbericht]. http://www.mezzo.nl/nieuws/samenleving_nog_niet_klaar_voor_grotere_rol_mantelzorgers/661, geraadpleegd op 13-05-2014.

Mezzo (2013b). *Jonge mantelzorgers*.http://www.mezzo.nl/jonge_mantelzorgers, geraadpleegd op 25-07-2014.

Nagelkerke, Nico J. D. (1992). *Maximum Likelihood Estimation of Functional Relationships, Pays-Bas*. Lecture Notes in Statistics.

Rapaport, P. en Orbell, S. (2000). Augmenting the theory of planned behaviour: Motivation to provide practical assistance and emotional support to parents. *Psychology and Health, 15*(3), 309-324.

Van Rijn, M.J. (2013). *Kamerbrief hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/04/25/kamerbrief-hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst.html, geraadpleegd op 14-04-2014.

Van Rijn, M.J. (2013b). *Kamerbrief over versterken, verlichten en verbinden*. www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/07/20/kamerbrief-over-mantelzorg-en-langdurige-zorg.html, geraadpleegd op 14-04-2014.

Schellingerhout, R. (2008). Mantelzorg. In: A. van den Broek en S. Keuzenkamp (red.), *Het dagelijks leven vanallochtone stedelingen*, pp .60-77. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Scholten, C. (2011). *Zonder cement geen bouwwerk. Vrijwilligerswerk in de zorg, nu en in de toekomst*. Utrecht: Vilans/Movisie en Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk.

SCP (2003). *Mantelzorg: over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (2009b). *De ondersteuning van Wmo-aanvragers; een onderzoek onder aanvragers en hun mantelzorgers. Derde tussenrapportage.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP. (2011). *Gezinsrapport 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (2013). *Informele zorg in Nederland*. Den Haag: SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP. (2014). *Geloven binnen en buiten verband.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Steyaert, J. en Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: MOVISIE.

Timmermans, J.M. (1984). Ouderen en informele hulp. In: *Trefpunt, mei,* 11-13.

Timmermans, J. en Pommer, E. (2008). Familiezorg. In: P. Schabel, R. Bijl en J. de Hart (red.), *Betrekkelijke betrokkenheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Tonkens, E. en Duivendam, J.W. (2013). *Wie wil zich nu laten douchen door de buurman?* http://www.socialevraagstukken.nl/site/2013/05/12/wie-wil-zich-nu-laten-douchen-door-de-buurman/, geraadpleegd op 13-03-2014.

Touwen, D.P., S. van Bruggen en J.P. Heering (2013). Zorg uit betrokkenheid; een betekenisvolle definitie van mantelzorg ten behoeve van een passend ondersteuningsbeleid. In: *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek,* 23(1), 2-7.

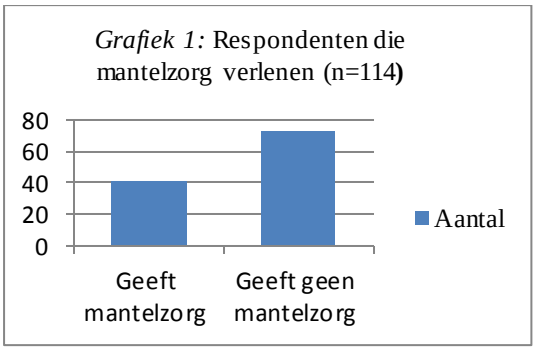
Transitie Bureau WMO (z.j.). WMO in het kort.http://www.invoeringwmo.nl/wmo/wmo-het-kort, geraadpleegd op 12-05-2014.

Van der Velde, E. (2013, 8 maart). De nieuwe mantelzorg is kleinerend en absurd. *Trouw,* p. 22.

Wie helpt de mantelzorger? (2014, 3 januari). *Telegraaf,* p. 3.

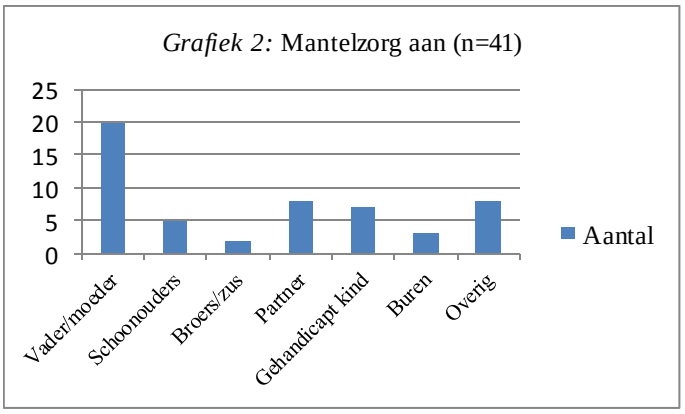
Bijlage 1: Mantelzorgers in Zeist

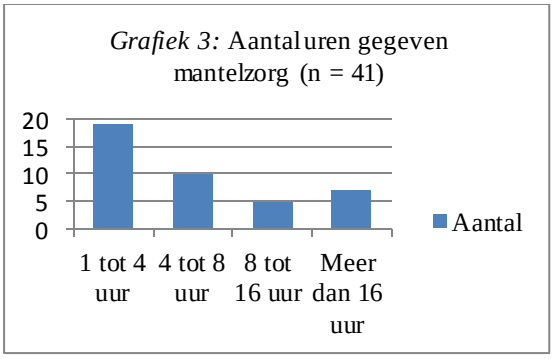
Naast het onderzoek naar of de inwoners in de gemeente Zeist de intentie hebben om mantelzorg te verlenen, en welke factoren hiermee samenhangen, heeft de gemeente gevraagd om een onderzoek te doen naar de mantelzorgers in de gemeente. Dit document geeft de bevindingen weer die uit dit onderzoek zijn gekomen.



Van grafiek 1 is af te lezen dat 43 van de respondenten mantelzorg verleent, dit is 38% van de 114 respondenten die op deze vraag geantwoord hebben. Het betrouwbaarheidsinterval is 95% [.27, .45], wat betekent dat met 95% zekerheid het percentage mantelzorgers in Zeist tussen de 27% en de 45% ligt. Dit ligt hoger dan het landelijk gemiddelde waarbij één op de vijf mensen mantelzorg verleent.

In grafiek 2 zien we dat bijna de helft van de mantelzorgers (49%) voor hun vader of moeder zorgen, vijf voor hun schoonvader- of moeder (12%), twee voor een broer of zus (5%), acht voor een partner (20%), zeven voor een verstandelijk en/of fysiek gehandicapt kind (17%), drie voor een buurman of buurvrouw (7%), en acht voor overig (20%). Bij deze laatste antwoordcategorie werden antwoorden ingevuld als vrienden of kennissen. Tien van de mantelzorgers (25%) gaf aan voor meer de één persoon te zorgen. (Dit is de reden dat opgeteld de aantallen groter zijn dan het aantal respondenten).

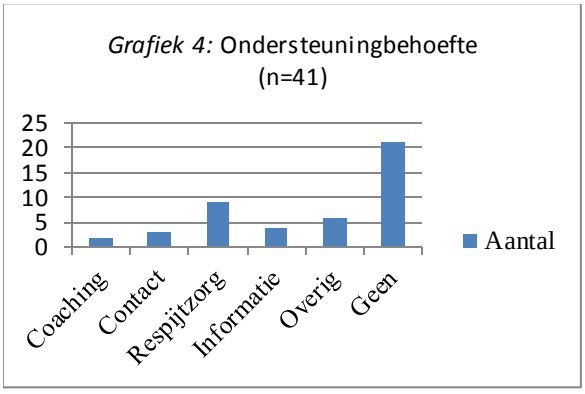




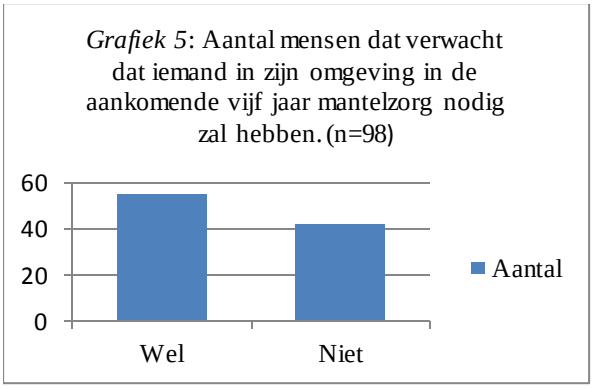
In grafiek 3 is te vinden hoeveel uren de mensen die mantelzorg geven deze zorg geven. We zien dat veruit de meeste mensen (46%) één tot vier uur zorg geven, tien mensen (24%) vier tot acht uur, vijf mensen (12%) acht tot 16 uur, en zeven mensen (17%) meer dan 16 uur. In het rapport Informele Zorg van het SCP (2013) komt naar voren dat één op de vijf volwassen meer dan drie maanden, of meer dan acht uur zorg geeft aan

een naaste. In dit onderzoek geven 29% van de mantelzorger meer dan acht uur mantelzorg. Dit betekent dat iets meer dan één op de tien van de respondenten (11%) meer dan acht uur per week mantelzorg geeft. Hoelang iemand mantelzorg verleent is in dit onderzoek niet gemeten, waardoor het niet mogelijk is om een goede vergelijking te maken met het onderzoek van het SCP.

In grafiek 4 zijn de uitkomsten te vinden van wat de respondenten die mantelzorg geven laten weten waarin de gemeente hen kan ondersteunen in hun mantelzorgtaken. Meer de helft van de mensen (48%) hebben aangegeven geen behoefte te hebben aan ondersteuning. Twee mensen hebben aangegeven dat ze coaching (5%) zouden willen, drie mensen (7%) dat ze in contact zouden gebracht willen worden met andere mantelzorgers, negen mensen geven aan respijtzorg als een goede ondersteuning te zien (22%). Vier mensen (10%) laten weten dat de gemeente informatie kan verlenen, en zes mensen (15%) geven aan dat ze op een andere manier ondersteuning zouden willen krijgen. Vier mensen hebben meerdere antwoorden gegeven.



In grafiek 5 is te zien dat 56 respondenten verwacht dat in de aankomende vijf jaar iemand in hun direct omgeving mantelzorg nodig zal hebben. Dit is 57% van de respondenten die deze vraag in hebben gevuld. Het betrouwbaarheidsinterval is 95% [.47, .67], wat betekent dat met 95% zekerheid gezegd kan worden dat het percentage van mensen die verwacht dat in de aankomende vijf jaar iemand in hun directe omgeving mantelzorg nodig zal hebben tussen de 47% en de 67% ligt.



Samengevat kunnen we zeggen dat ruim een derde van de respondenten op dit moment mantelzorg verleent. Daarvan zorgen de meeste mensen voor hun vader of moeder. Van de mensen die mantelzorg verleent, geeft ongeveer de helft één tot vier uur mantelzorg per week. De meeste mantelzorgers geven aan dat ze geen behoefte hebben aan ondersteuning van de gemeente, maar bijna een kwart van de mantelzorgers geeft aan dat respijtzorg een goede ondersteuning zou zijn. Iets meer dan de helft van de respondenten verwacht dat in de aankomende vijf jaar iemand in hun directe omgeving mantelzorg nodig zal hebben. Een aantekening moet gemaakt worden over de aantallen die gevonden zijn in dit onderzoek. In het SCP rapport “Informele Zorg” wordt mantelzorg gedefinieerd als zorg die meer dan drie maanden,

of meer dan acht uur per week gegeven wordt, terwijl in dit onderzoek de respondenten zelf moesten aangeven of zij wel of niet mantelzorg verlenen. Het hogere aantal mantelzorgers in Zeist, in vergelijking met de landelijke cijfers, kan uit dit verschil in meting voortgekomen zijn.

Bijlage 2: De MantelScan

De mantelScan is een instrument om het de structuur en kracht van het zorgnetwerk van een zorgvrager in kaart te brengen, en is bedoelt voor professionals in de zorg en welzijnsorganisaties. De scan wordt in samenwerking met de zorgvrager en de mantelzorgers uitgevoerd. De mantelScan biedt visuele hulpmiddelen die helpen bij het structuren van alle informatie van een netwerk. Met de informatie over het netwerk, kan een strategie bepaald worden om aanvullende informele en/of formele zorg aan te spreken. Daarnaast geeft de mantelScan zicht op de mogelijkheden en de grenzen van het netwerk.

De mantelsScan bestaat uit vijf stappen. Bij de eerste stap wordt de familie in beeld gebracht met een genogram (een visuele weergave van familieleden). In de tweede en derde stap wordt de zorgsituatie in beeld gebracht, evenals de draagkracht en draaglast van de mantelzorgers. Dit wordt gedaan met behulp van een korte vragenlijst. Met behulp van een schema waarin alle betrokken personen worden opgenomen, een zogenaamde ecomap, wordt het zorgnetwerk inzichtelijk gemaakt. Het doorlopen van de vijf stappen duurt ongeveer een uur, en kan eventueel verdeeld worden over verschillende bezoeken.

Professionals die met de MantelScan hebben gewerkt vinden dat de inhoud goed aansluit bij de praktijk. Tevens vinden zij het prettig dat de MantelScan een gestructureerde aanpak heeft en de complexiteit van een zorgnetwerk inzichtelijk maakt. De MantelScan, en een bijhorende handleiding, is te vinden op de website van Movisie (www.movisie.nl/publicaties/mantelscan). Eveneens worden trainingen aangeboden die helpen bij het toepassen van de scan.

Bijlage 3: Vragenlijst

Vragenlijst Mantelzorg in Zeist

Fijn dat u mee wilt doen aan deze vragenlijst! De vragenlijst bestaat uit 39 vragen, en is in drie delen opgedeeld. In het eerste deel worden vragen gesteld over wat u er van zou vinden als u zorg zou moeten verlenen aan één van uw (schoon)ouders of buren. In het tweede deel worden er vragen gesteld over of u op dit moment mantelzorg verleent. In het derde deel worden nog enkele afsluitende vragen gesteld. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

In deze vragenlijst worden drie soorten vragen gesteld: openvragen, meerkeuzevragen en schaalvragen. Bij openvragen kunt u uw antwoord op de stippellijnen schrijven. Bij het beantwoorden van de meerkeuzevragen kunt u kiezen uit meerdere antwoorden. Per vraag is het de bedoeling dat u maar één antwoord omcirkelt (tenzij anders vermeld), zoals in het onderstaande voorbeeld:

Waar woont u?

A: Zeist
B: Den Dolder
C: Austerlitz
D: Huis ter Heide
E: Bosch en Duin

U kunt een fout verbeteren door een kruis door uw eerder omcirkelde antwoord te zetten. Vervolgens kunt u uw nieuwe antwoord omcirkelen.

Waar woont u?

A: Zeist
B: Den Dolder
C: Austerlitz
D: Huis ter Heide
E: Bosch en Duin

Bij de schaalvragen is het de bedoeling dat u laat weten in welke mate u iets vindt zoals in onderstaand voorbeeld. Het getal '-3' betekent dat u het er sterk niet mee eens bent en '3' dat u het er sterk wel mee eens bent. Het middelste rondje waar de '0' boven staat betekent dat het u niet zoveel uitmaakt. Het is de bedoeling dat u alle regels met een schaal invult. Wanneer uw (schoon)ouders niet meer in leven zijn kunt u '*niet van toepassing*' inkleuren.

Voorbeeld

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	●	O	O	O	Mee eens
Niet aannemelijk	O	O	O	O	●	O	O	Aannemelijk
Niet van toepassing	O							

U kunt een fout verbeteren door een kruis te zetten door een eerder ingekleurd antwoord. Vervolgens kunt u uw nieuwe antwoord inkleuren.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	●	O	●	O	O	O	Mee eens
Niet aannemelijk	O	O	O	O	●	O	O	Aannemelijk
Niet van toepassing	O							

Mocht u nog vragen hebben dan kunt u contact met mij opnemen via email: t.linting@zeist.nl. Op de volgende pagina zal de vragenlijst beginnen.

Deel 1: Vragen over mantelzorg

U bent aangekomen bij de eerste vragen. Deze zullen gaan over mantelzorg. Bij alle vragen gaat het erom wat u ervan vindt als de situatie zich voor zou doen. Een voorbeeld: uw moeder wordt volgende week ziek, wat zou u ervan vinden om voor haar te zorgen?

In de volgende vragen gaat het over uw (schoon)ouders en buurman/buurvrouw die in de ***aankomende vijf jaar*** *eventueel zorg nodig zouden hebben. Dit betreft matige zorg, zoals het doen van boodschappen, meegaan naar de dokter en/of het helpen met douchen. Verpleegkundige taken zoals het verzorgen van een open wond wordt hier niet toe gerekend.*

We zullen beginnen met enkele vragen over zorg voor uw (schoon)ouders. Kunt u aangeven hoe u denkt over de volgende stellingen?

1. Als ik zorg zou verlenen aan één van mijn (schoon)ouders dan vind ik dat:

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Slecht	O	O	O	O	O	O	O	Goed
Niet waardevol	O	O	O	O	O	O	O	Waardevol
Onbelangrijk	O	O	O	O	O	O	O	Belangrijk
Onbevredigend	O	O	O	O	O	O	O	Bevredigend
Mijn plicht	O	O	O	O	O	O	O	Mijn eigen keuze
Niet van toepassing	O							

2. Als ik zorg zou verlenen aan één van mijn (schoon)ouders dan heb ik minder tijd voor mijn gezin en/of werk.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

3. Als ik door de zorg voor één van mijn (schoon)ouders minder tijd heb voor mijn gezin en/of werk dan vind ik dat:

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Slecht	O	O	O	O	O	O	O	Goed
Een probleem	O	O	O	O	O	O	O	Geen probleem
Niet van toepassing	O							

4. Ik zou zorg aan mijn ouders verlenen, omdat mijn familie ook voor mij zou zorgen als dat nodig zou zijn.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

5. Als ik zorg zou verlenen aan één van mijn (schoon)ouders dan zouden de mensen die belangrijk voor mij zijn dit steunen.
Bij mensen die voor u belangrijk zijn kunt u denken aan mensen waarvan u de mening belangrijk vindt, zoals uw partner, familie en vrienden.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

6. Als één van mijn (schoon)ouders zorg nodig zou hebben, dan verwachten de mensen die belangrijk voor mij zijn dat ik deze zorg verleen.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

7. De mensen die belangrijk voor mij zijn zullen voor hun <u>eigen</u> (schoon)ouders zorgen als dat nodig zou zijn.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

8. Ik bezit de praktische vaardigheden om voor één van mijn (schoon)ouders te zorgen.
Bij praktische vaardigheden gaat het erover of u de kennis en de mogelijkheden heeft om te helpen. Hierbij kunt u denken aan of u kunt helpen bijvoorbeeld het doen van boodschappen of het helpen bij douchen.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

9. Zelfs al zou ik het willen, dan is het voor mij niet mogelijk om de zorg verlenen aan één van mijn (schoon)ouders:
Hierbij kunt u denken aan uw eigen fysieke en mentale gezondheid, beschikbare tijd, geld enzovoorts.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

10. Als één van mijn (schoon)ouders een behoefte heeft aan zorg, dan ben ik ook van plan om deze zorg te geven.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Ik zal het niet proberen	O	O	O	O	O	O	O	Ik zal het proberen
Ik zal het zeker niet doen	O	O	O	O	O	O	O	Ik zal het zeker doen
Niet van toepassing	O							

11. Wat is het maximaal aantal uren per week dat u zorg zou willen geven aan één van uw (schoon)ouders?

A: geen
B: 1 tot 4 uur
C: 4 tot 8 uur
D: 8 tot 16 uur
E: meer dan 16 uur
F: niet van toepassing

12. Wat zou voor u de belangrijkste overweging zijn om <u>wel</u> zorg te verlenen aan één van uw (schoon)ouders?

……
……
……
……
……
……
……
……

13. Wat zou voor u de belangrijkste overweging zijn om <u>geen</u> zorg te verlenen aan één van uw (schoon)ouders?

……
……
……
……
……
……
……
……

Dit waren de vragen over mantelzorg voor uw (schoon)ouders. Ter afsluiting van dit onderdeel volgen nu dezelfde vragen over zorg voor een buurman of buurvrouw.

14. Als ik mantelzorg zou verlenen aan een buurman/buurvrouw dan vind ik dat:

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Slecht	O	O	O	O	O	O	O	Goed
Niet waardevol	O	O	O	O	O	O	O	Waardevol
Onbelangrijk	O	O	O	O	O	O	O	Belangrijk
Onbevredigend	O	O	O	O	O	O	O	Bevredigend
Mijn plicht	O	O	O	O	O	O	O	Mijn eigen keuze
Niet van toepassing	O							

21. Ik bezit de praktische vaardigheden om voor een buurman/buurvrouw te zorgen.
Bij praktische vaardigheden gaat het erover of u de kennis en de mogelijkheden heeft om te helpen. Hierbij kunt u denken aan of u kunt helpen bijvoorbeeld het doen van boodschappen of het helpen bij douchen.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

22. Zelfs al zou ik het willen, dan is het voor mij niet mogelijk om de zorg te verlenen aan een buurman/buurvrouw.
Hierbij kunt u denken aan uw eigen fysieke en mentale gezondheid, beschikbare tijd, geld enzovoorts.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Niet van toepassing	O							

23. Als een buurman/buurvrouw een behoefte heeft aan zorg, dan ben ik ook van plan om deze zorg te geven.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Niet mee eens	O	O	O	O	O	O	O	Mee eens
Ik zal het niet proberen	O	O	O	O	O	O	O	Ik zal het proberen
Ik zal het zeker niet doen	O	O	O	O	O	O	O	Ik zal het zeker doen
Niet van toepassing	O							

24. Wat is het maximaal aantal uren per week dat u mantelzorg zou willen geven aan uw buurman/buurvrouw?

A: geen
B: 1 tot 4 uur
C: 5 tot 8 uur
D: 8 tot 16 uur
E: meer dan 16 uur
F: niet van toepassing

25. Wat zou voor u de belangrijkste overweging zijn om <u>wel</u> zorg te verlenen aan een buurman/buurvrouw?

……
……
……
……
……
……
……
……

26. Wat zou voor u de belangrijkste overweging zijn om geen zorg te verlenen aan een buurman/buurvrouw?

……
……
……
……
……
……
……
……

Deel 2: Uw huidige mantelzorgsituatie

In dit deel wordt een aantal vragen gesteld over of u op dit moment zorg verleend aan iemand.

27. Verleent u op dit moment mantelzorg?

A: Ja
B: Nee, ga door naar vraag 31.

28. Aan wie verleent u op dit moment mantelzorg?
(meerdere antwoorden mogelijk)

A: Vader of moeder
B: Schoonvader- moeder
C: Broer/zus
D: Partner
E: Verstandelijk/fysiek gehandicapt kind
F: Buurman/buurvrouw
G: Anders, namelijk: ……

29. Hoeveel uur verleent u ongeveer gemiddeld per week mantelzorg aan deze persoon/personen?
Geeft u bijvoorbeeld maar één keer in maand acht uur mantelzorg, dan is dit gemiddeld twee uur per week.

A: 1 tot 4 uur
B: 4 tot 8 uur
C: 8 tot 16 uur
D: meer dan 16 uur

30. Waarin zou de gemeente u kunnen ondersteunen bij uw zorgtaken?

A: Coaching
B: In contact brengen met andere mantelzorgers
C: Respijtzorg (de zorg wordt tijdelijk overgenomen, zodat u weer even op adem kan komen)
D: Informatie verlenen
E: Ik heb geen behoefte aan ondersteuning
F: Anders, namelijk: ……

31. Verwacht u dat er tussen nu en vijf jaar iemand in uw naaste omgeving mantelzorg nodig zal hebben?

O Ja O Nee

Deel 3: Afsluitende vragen

In dit laatste gedeelte van de vragenlijst wordt nog een aantal algemene vragen gesteld.

32. Wat is uw leeftijd?

……

33. Wat is uw geslacht?

A: Man
B: Vrouw

34. Wat is uw hoogst behaalde opleiding?

A: Geen onderwijs gevolgd/alleen basisonderwijs
B: Lager Beroepsonderwijs, VMBO basisberoepsgerichte of kaderberoepsgerichte leerweg
C: Mavo, VMBO theoretische of gemengde leerweg, ULO, MULO
D: Havo, VWO, Gymnasium, HBS, MMS
E Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, BOL, BBL)
F. Kandidaats, Bachelor, Hoger Beroepsonderwijs

35. Hoeveel uur betaald werk doet u gemiddeld per week?

……

36. Bent u werkzaam of werkzaam geweest in de zorg?

A: Ja, als helpende, verzorgende of verpleegkundige
B: Ja, als arts of specialist
C: Ja, als aansturend of ondersteunend personeel (management, administratief, facilitair etc.)
D: Nee, ik ben niet werkzaam in de zorg

37. Tot welke etniciteit voelt u zich behoren?

A: Marokkaans
B: Turks
C: Antilliaans
D: Surinaams
E: Pools
F: Nederlands
G: Anders, namelijk: ……

38. Heeft u van huis uit een religieuze achtergrond?
Het gaat hierbij om of u een religieuze opvoeding heeft gehad, dus niet of u op dit moment religieus bent.

A: Ja, protestants
B: Ja, katholiek
C: Ja, christelijk overig
D: Ja, islamitisch
E: Ja, religieus overig
F: Nee, ik heb geen religieuze achtergrond

39. Waar woont u?

A: Zeist
B: Den Dolder
C: Austerlitz
D: Huis ter Heide
E: Bosch en Duin

U bent aan het eind van de vragenlijst gekomen. Mocht u nog toevoegingen of opmerkingen hebben dan kunt u deze hieronder vermelden.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Bedankt voor uw medewerking!