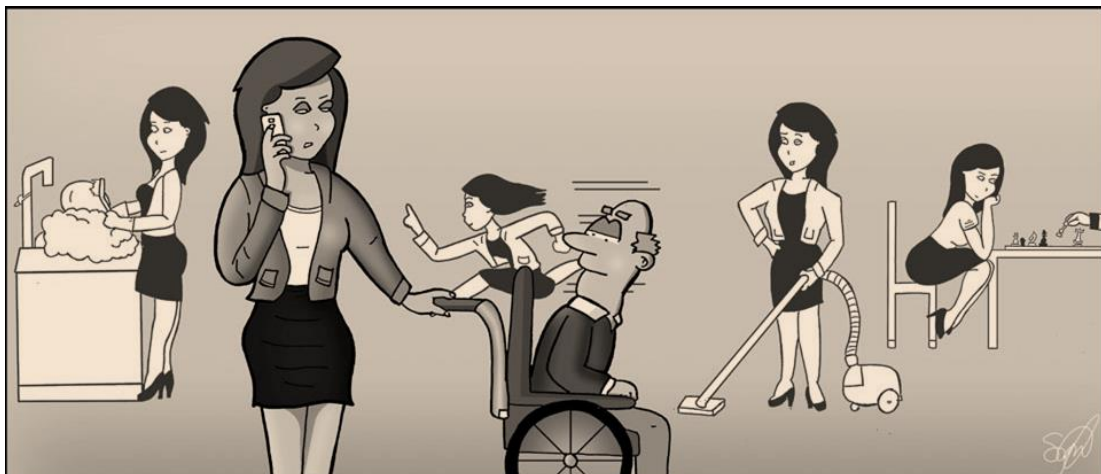


Zorgen om de mantelzorg

Een onderzoek naar de determinanten van overbelasting bij mantelzorgers



Simone Geldtmeijer

Studentnummer: 3750744
Begeleider: dr. Antonie Knigge
Juni 2016

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis over overbelasting bij mantelzorgers, waarmee ik de master Actuele Sociale Vraagstukken afsluit. In de afgelopen maanden heb ik met veel plezier gewerkt aan dit eindresultaat. Van februari tot eind mei 2016 heb ik het schrijven van deze thesis gecombineerd met mijn afstudeerstage bij SMO. Ik heb mij op veel gebieden kunnen ontwikkelen tijdens mijn stage bij SMO en via hun netwerk een groot deel van mijn data kunnen verzamelen. Daarom wil ik allereerst mijn collega's bij SMO hartelijk danken voor de fijne en leerzame tijd die ik daar gehad heb, in het bijzonder Daphne Truijens, Renée Dekker en Anne Portengen.

Ten tweede gaat mijn dank uit naar Antonie Knigge, mijn begeleider vanuit de Universiteit Utrecht, voor de begeleiding en waardevolle feedback. Zijn kritische vragen en aanwijzingen hebben mij erg geholpen bij het voltooien van deze thesis. Daarnaast wil ik mijn studiegenoot Damion Bunders bedanken voor het reviewen van mijn thesis en de hulp bij statistiek. Ook Reinout Moes wil ik bedanken voor het beantwoorden van mijn vragen over statistische analyses waar hij meer ervaring mee had dan ik. Tot slot gaat mijn dank uit naar Ruben Meijs, mijn vriend. Hij was altijd bereid om mee te denken en heeft me gedurende het gehele proces erg gesteund.

Simone Geldtmeijer

Utrecht, juni 2016

Samenvatting

In dit onderzoek wordt getracht om de oorzaken van overbelasting bij mantelzorgers aan het licht te brengen en onderzocht of het stimuleren van zelfmanagement bij zorgbehoevenden deze overbelasting kan verminderen. 45% van de mantelzorgers voelt zich matig tot ernstig belast door het zorg verlenen (De Boer, Broese van Groenou & Timmermans, 2009). Met het oog op de naderende vergrijzingspiek (Van Campen, 2011) en de groeiende vraag naar informele zorg (Rijksoverheid, 2015) is het van belang om duidelijkheid te scheppen over de oorzaken van overbelasting bij mantelzorgers, zodat massale overbelasting van mantelzorgers ten tijde van de vergrijzingspiek kan worden voorkomen.

Drie mogelijke verklaringen voor overbelasting bij mantelzorgers werden gevonden: het *time-based conflict*, het *strain-based conflict* (Greenhaus & Beutell, 1985) en het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende. Op basis van het *time-based conflict* werd verwacht dat mantelzorgers die fulltime mantelzorg verlenen of naast het verlenen van zorg ook een betaalde baan of gezin hebben, zich zwaarder belast voelen dan mantelzorgers die dit niet hebben. Vervolgens werd op basis van het *strain-based conflict* verwacht dat naarmate de zorgbehoevende zwaarder psychisch of lichamelijk beperkt is, de mantelzorger zich zwaarder belast voelt. Tot slot werd verwacht dat het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende zou kunnen leiden tot een lagere ervaren belasting bij de mantelzorger.

Deze verwachtingen zijn getoetst aan de hand van multi-pele lineaire regressieanalyses. De data zijn verzameld door middel van een online vragenlijst onder mantelzorgers in Nederland, die door 110 mantelzorgers werd ingevuld. Uit de resultaten blijkt dat het combineren mantelzorg met een betaalde baan niet gerelateerd is aan een hogere ervaren belasting. Het hebben van een gezin met thuiswonende kinderen evenmin, voor zowel mannen als vrouwen. Wel bleken fulltime mantelzorgers zich zwaarder belast te voelen dan parttime mantelzorgers. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat het verlenen van zorg aan iemand met een psychische of lichamelijke beperking gerelateerd is aan een hogere belasting. Hiermee is er geen ondersteuning gevonden voor de verklaring van overbelasting van mantelzorgers aan de hand van het *time-based conflict* en het *strain-based conflict*. Verder suggereren de bevindingen dat het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende de ervaren belasting bij mantelzorgers voor een noemenswaardig deel vermindert. Met het oog op de naderende vergrijzingspiek is dit een zeer belangrijke bevinding die kan bijdragen aan een oplossing voor de overbelasting die mantelzorgers ervaren.

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek wordt aanbevolen een pilot te starten met een cursus waarin mantelzorgers vaardigheden aangeleerd worden om zelfmanagement bij zorgbehoevenden te stimuleren. Mantelzorgers kunnen deze cursus op eigen initiatief volgen of aangeboden krijgen door de Wmo-consulent van de gemeente tijdens het keukentafelgesprek, wanneer blijkt dat de mantelzorger (nog) geen zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleert. Na een half jaar wordt het uitvoeren van een evaluatieonderzoek aanbevolen om te kijken of deze cursus effectief is.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave.....	5
Inleiding.....	6
Theorie.....	9
Factoren die de mate van belasting mogelijk verergeren	9
Time-based conflict	9
Strain-based conflict	11
Zelfmanagement: een factor die de ervaren belasting mogelijk verlicht.....	12
Overzicht hypothesen	15
Time-based conflict	15
Strain-based conflict	15
Het verwachte effect van zelfmanagement op de time-based en strain-based conflicten.....	16
Methoden.....	16
Onderzoekstrategie en design	16
Onderzoekspopulatie	16
Operationalisering en datapreparatie	17
Afhankelijke variabele	17
Onafhankelijke variabelen	20
Controle variabelen.....	23
Analyse	25
Resultaten	26
De belasting van mantelzorgers verklaard door het time-based conflict.....	26
De belasting van mantelzorgers verklaard door het strain-based conflict.....	26
Het effect van het stimuleren van zelfmanagement op het time-based conflict	27
Het effect van het stimuleren van zelfmanagement op het strain-based conflict	29
Conclusie en discussie.....	31
Beleidsaanbeveling.....	34
Stakeholders	34
Maatregel.....	35
Literatuur	37
Appendix A	40
Appendix B.....	42
Appendix C.....	42
Appendix D	43
Appendix E.....	44
Appendix F.....	44

Inleiding

Nederland vergrijst. De levensverwachting bij geboorte in Nederland is gedurende de laatste eeuw sterk toegenomen (Engelaer, Van Bodegom & Westendorp, 2013). Het geboortecijfer is daarentegen juist afgenomen (Coleman, 2006). Dit heeft tot gevolg dat de samenstelling van de bevolking ingrijpend is veranderd, waarbij het aantal jongeren en kinderen naar verhouding is afgenomen en het aantal ouderen naar verhouding sterk is toegenomen (Engelaer, 2015). Er wordt geschat dat in het jaar 2060 26% van de totale Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder is, wat overeenkomt met 4,7 miljoen 65-plussers (Van Campen, 2011). Door deze vergrijzing neemt de druk op de werkende bevolking toe, omdat er een in verhouding steeds grotere groep ouderen ontstaat (CBS, 2016), die afhankelijk is van zorg. Collectieve lasten zullen hierdoor stijgen, omdat minder werkenden de zorgkosten van meer ouderen moeten dragen.

Om de collectieve voorzieningen voor iedereen toegankelijk te houden, is het volgens de overheid noodzakelijk om de collectieve en individuele verantwoordelijkheden te herverdelen (Putters, 2014). Vanwege de beleidsvisie richting de participatiemaatschappij vindt het kabinet het belangrijk dat verschillende stakeholders de mogelijkheden van informele zorg beter bekijken (Rijksoverheid, 2015). Deze gewenste toename van informele zorg, in de vorm van mantelzorg, is een voorbeeld van de verschuiving naar meer individuele verantwoordelijkheden. Mantelzorg is onbetaalde en vaak langdurige zorg voor (zieke) familieleden, vrienden of andere naasten (De Boer et al., 2009). De positie en ondersteuning van zorgvrijwilligers en mantelzorgers is geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz) (Rijksoverheid, 2015). Samen vormt deze zorgverlening de informele zorg.

Door de verschuiving naar meer individuele verantwoordelijkheden kunnen nieuwe problemen ontstaan, zoals overbelaste mantelzorgers. Overbelasting van mantelzorgers wordt beschreven als de ervaren belasting in de vorm van tijdsdruk, het nooit los kunnen laten van de verantwoordelijkheid en een gebrek aan vrijheid (Al-Janabi, Frew, Brouwer, Rappange & Van Exel, 2010). Van de mantelzorgers van personen met dementie is één op de vijf ernstig belast (Peeters, Francke, Van Beek & Meerveld, 2007). Uit een ander onderzoek bleek dat 45% van de mantelzorgers zich matig tot ernstig belast voelt door het verlenen van informele hulp (De Boer et al., 2009). Deze ernstige belasting uit zich in het ervaren van een toename van gezondheidsproblemen ten gevolge van het verlenen van zorg, het gevoel dat de zorg teveel op hun schouders rust, dat hun zelfstandigheid in de knel komt en dat er conflicten

ontstaan in de thuissituatie of op het werk. De belasting van mantelzorgers is ook toegenomen door de zorgtaken die steeds intensiever zijn geworden (De Boer et al., 2009).

Om massale overbelasting van mantelzorgers ten tijde van de vergrijzingspiek te kunnen voorkomen, is het van belang om te weten wat er precies voor zorgt dat mantelzorgers overbelast raken of niet. Er zijn verschillende kenmerken die samen lijken te hangen met de overbelasting van mantelzorgers, onder andere het combineren van mantelzorg met een baan of gezin. Over deze factoren heerst echter nog onduidelijkheid in de bestaande wetenschappelijke literatuur. In het ene onderzoek blijken werkende mantelzorgers geen hogere belasting te ervaren vergeleken met niet-werkende mantelzorgers (Timmermans et al., 2001), terwijl een ander onderzoek een iets hogere belasting vindt bij mantelzorgers met een voltijdbaan ten opzichte van mantelzorgers met een deeltijdbaan (De Boer, Broese van Groenou & Keuzenkamp, 2010). Ook sekse speelt mogelijk een rol: bij vrouwen die mantelzorg combineren met een baan wordt een hogere belasting gevonden dan bij mannen (Kramer & Kipnis, 1995). De mate van flexibiliteit van het werk kan volgens sommigen voor verlichting zorgen (Peters et al., 2008; Scharlach, Sobel & Roberts, 1991), volgens anderen heeft dit echter geen effect (Timmermans et al., 2001). Door dit verschil in bevindingen is het relevant om de oorzaken van overbelasting bij mantelzorgers te onderzoeken. In dit onderzoek zal getracht worden hier meer duidelijkheid over te geven.

Het nemen van zelfregie door de zorgbehoevende heeft mogelijk effect op de ervaren belasting van de mantelzorger. In dit onderzoek wordt zelfregie gedefinieerd aan de hand van de definitie van kennisinstituut en adviesbureau Movisie: *“Het richting geven aan het leven, ook wanneer men een beroep op anderen moet doen voor steun bij zelfredzaamheid of participatie”* (Brink & Van der Veen, 2013, pp 5). Het uitgangspunt van zelfregie is dat mensen zoveel mogelijk op eigen kracht doen en, wanneer dat niet lukt, hun omgeving inschakelen (De Haas & Broere, 2014). Dit inschakelen kan leiden tot overbelaste mantelzorgers.

Wanneer een patiënt zelf de regie houdt over de eigen zorg, wordt er gesproken van ‘zelfmanagement’ (Kooiker & Hoeymans, 2014). Mantelzorgers kunnen zelfmanagement bij zorgbehoevenden stimuleren. In plaats van iets te doen voor de zorgbehoevende, wordt de zorgbehoevende aangemoedigd om zelf naar oplossingen te zoeken (Van Bergen, 2011). Het stimuleren van zelfmanagement bij zorgbehoevenden door mantelzorgers kan wellicht een verlagend effect hebben op de mate van ervaren belasting bij mantelzorgers. Hieruit vloeit de onderzoeksvraag: *“Wat maakt het dat mantelzorgers overbelast raken of niet en welke invloed heeft het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende hierop?”* De

beleidsadviesvraag die hiermee samenhangt is: “*Hoe kunnen Nederlandse gemeenten inspelen op het probleem van overbelasting bij mantelzorgers?*”

Verschillende mogelijke oorzaken van overbelasting bij mantelzorgers zullen worden onderzocht. Er zal worden nagegaan of overbelasting bij mantelzorgers te verklaren is aan de hand van het *time-based conflict*, het *strain-based conflict* en het stimuleren van zelfmanagement, wat in de theorie sectie zal worden toegelicht. Hierbij zal gekeken worden naar een mogelijke samenhang van overbelasting met het combineren van mantelzorg verlenen met een baan of gezin en het verlenen van zorg aan iemand met een psychische of lichamelijke beperking. Daarnaast zal onderzocht worden of het stimuleren van zelfmanagement een verminderend effect heeft op de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt. Op basis hiervan zal de onderzoeksvraag beantwoord worden.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in factoren die van invloed zijn op de mate waarin mantelzorgers zich belast voelen. Dit zal worden gedaan door het toetsen van een set van hypothesen over het verband tussen de mate van belasting bij mantelzorgers enerzijds en het combineren van mantelzorg met verschillende rollen anderzijds en de rol van het stimuleren van zelfmanagement hierin. Op basis van de bevindingen van dit onderzoek zullen beleidsaanbevelingen aan Nederlandse gemeenten worden gedaan ter verlichting van de ervaren belasting bij mantelzorgers.

Voor dit onderzoek is een vragenlijst uitgezet onder Nederlandse mantelzorgers. Van 110 mantelzorgers is er informatie vergaard over de mate waarin zij zich belast voelen, de mate waarin zij zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren en de intensiteit van de zorg die zij verlenen. Verder zijn er onder andere vragen gesteld over het hebben van een betaalde baan en thuiswonende kinderen. Deze data zijn geanalyseerd door middel van een multi-pele lineaire regressie analyse.

Theorie

Factoren die de mate van belasting mogelijk verergeren

Het combineren van werk en zorg kan leiden tot een werk-privé-conflict (Peters et al., 2008). Greenhaus en Beutell (1985) kunnen worden gezien als de grondleggers van de theorieën rondom het werk-privé-conflict (Peters et al., 2008). Zij definiëren het werk-privé-conflict als: ‘*een conflict dat ontstaat doordat de rollen in het werk- en het privé-domein op de een of andere manier onderling onverenigbaar zijn*’ (Greenhaus & Beutell, 1985, pp. 77). De basis is dat werknemers beperkte tijd en energie hebben om de rollen in de twee domeinen goed te kunnen vervullen (Geurts et al, 2005). Greenhaus en Beutell (1985) maken onderscheid in drie vormen van conflict:

1. *Time-based conflict*, dit heeft betrekking op de (tijds)druk die wordt veroorzaakt doordat het uitvoeren van de rol in het ene domein het fysiek of psychisch onmogelijk maakt om de rol in het andere domein goed uit te voeren.
2. *Strain-based conflict*, dit verwijst naar spanning die ontstaat doordat het uitvoeren van de rol in het ene domein de persoon belemmert om aan de verwachtingen van de rol in het andere domein te voldoen.
3. *Behaviour-based conflict*, dit verwijst naar gedrag dat specifiek is voor het vervullen van de rol in het ene domein, maar tegenstrijdig is met de verwachtingen van het gedrag behorend bij de rol in het andere domein.

Bij overbelasting van mantelzorgers lijkt er voornamelijk sprake te zijn van *time-based* en *strain-based* conflicten. Het is onwaarschijnlijk dat er sprake is van een *behaviour-based conflict*, omdat mantelzorg verlenen over het algemeen als iets positiefs wordt gezien (De Boer et al., 2009). Mantelzorgers die naast het verlenen van mantelzorg ook een baan of gezin hebben, kunnen tijdsdruk ervaren door de verschillende rollen die zij uitoefenen. Daarnaast kan er een *strain-based conflict* ontstaan wanneer de mantelzorger niet aan de verwachtingen van zowel de zorgbehoevende als het gezin of de werkgever kan voldoen. Conflicten in de thuissituatie, met de partner en/of kinderen, of in de werksfeer lijken determinanten te zijn van zware belasting bij mantelzorgers (De Boer et al., 2009).

Time-based conflict

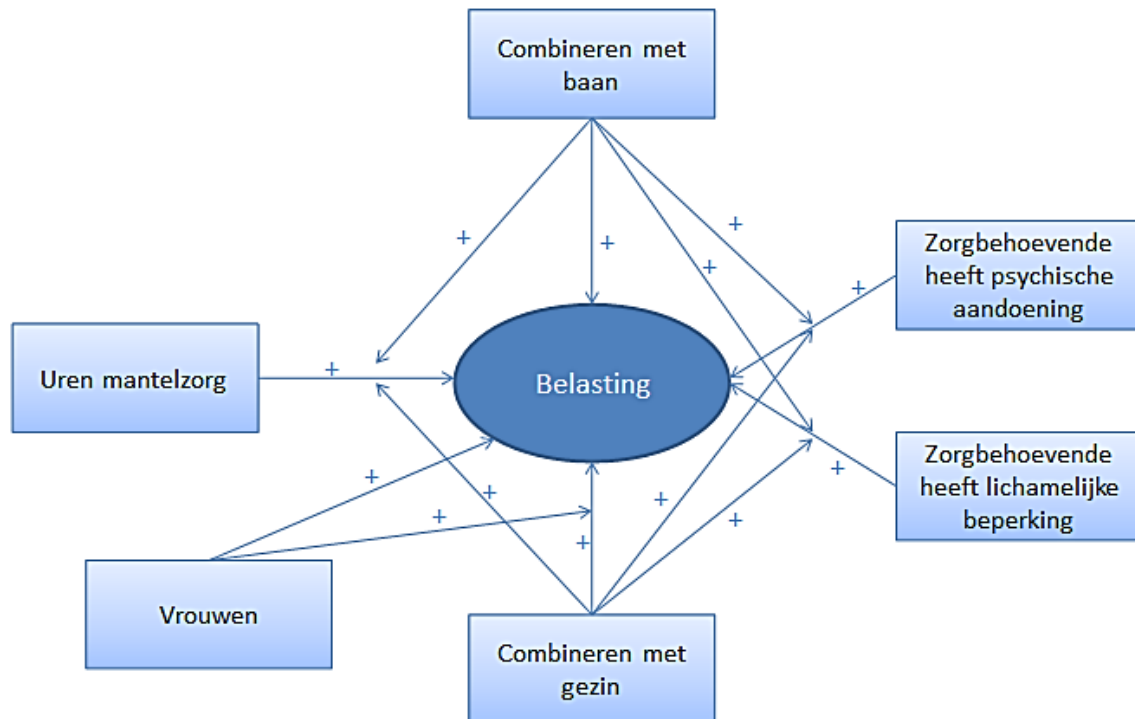
Op basis van het *time-based conflict* kan verwacht worden dat mantelzorgers die meer uren zorg verlenen zich zwaarder belast voelen, omdat zij daardoor minder tijd over houden voor andere taken. Hypothese 1 is daarom als volgt: *Naarmate mantelzorgers meer uren zorg*

verlenen, des te zwaarder voelen zij zich belast. De verwachte verbanden tussen de concepten staan grafisch weergegeven in conceptueel model 1. Daarnaast kan worden verwacht dat mantelzorgers die meer uren werken zich zwaarder belast voelen, omdat er dan minder tijd over blijft voor het uitvoeren van de zorgtaken. Hypothese 2 luidt daarom: *Naarmate mantelzorgers meer uren betaalde arbeid verrichten, des te zwaarder voelen zij zich belast.* Bovendien wordt verwacht dat een combinatie van zowel het hebben van een baan, als het verlenen van veel uren mantelzorg leidt tot een zwaardere ervaren belasting. Hypothese 3 is daarom als volgt: *Naarmate werkende mantelzorgers meer uren mantelzorg verlenen, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van niet-werkende mantelzorgers die evenveel uren mantelzorg verlenen.*

Uit het voorgaande volgt tevens de verwachting dat mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen zich zwaarder belast voelen, omdat zij meer verantwoordelijkheden hebben (Breedveld & Van den Broek, 2004) en te maken hebben met verwachtingen op zowel het front van de zorgbehoevende als in de thuissituatie. Hypothese 4 luidt: *Mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen voelen zich zwaarder belast dan mantelzorgers zonder gezin met thuiswonende kinderen.* Hierbij wordt wederom verwacht dat een combinatie van het hebben van een gezin met thuiswonende kinderen en het verlenen van veel uren mantelzorg leidt tot een zwaardere belasting. Hypothese 5 is daarom als volgt: *Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen meer uren mantelzorg verlenen, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van mantelzorgers zonder gezin met thuiswonende kinderen die evenveel uren mantelzorg verlenen.*

Daarnaast spelen vrouwen meestal een grotere rol in de zorg voor de kinderen en het huishouden (Breedveld & Van den Broek, 2004) en voelen zij zich hier meer verantwoordelijk voor dan mannen (Portegijs, Cloin, Roodsaz & Olsthoorn, 2016), waardoor vrouwen ook vaker last hebben van een werk-privé-conflict (Peters et al., 2008). Bovendien kunnen vrouwen het verlenen van mantelzorg zien als een sociale verplichting, waardoor zij eerder grenzen zullen overschrijden dan wanneer men mantelzorg verleent uit vrijwillige keuze (Timmermans et al., 2001). Daarom is de verwachting dat het mogelijke effect van het hebben van een gezin op overbelasting voor vrouwen sterker is. Hypothese 6 luidt daarom: *Vrouwelijke mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen voelen zich zwaarder belast dan mannelijke mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen.* Bovendien blijkt uit recent onderzoek dat vrouwen over het algemeen meer tijdsdruk ervaren dan mannen, ook wanneer zij evenveel uren besteden aan werk en huishouden (Portegijs et al., 2016). Op basis hiervan kan verwacht worden dat vrouwelijke mantelzorgers zich sowieso

al zwaarder belast voelen dan mannelijke mantelzorgers. Hypothese 7 is daarom als volgt:
Vrouwelijke mantelzorgers voelen zich zwaarder belast dan mannelijke mantelzorgers.



Conceptueel model 1: De ervaren belasting bij mantelzorgers verklaard aan de hand van de time-based en strain-based conflicten.

Strain-based conflict

Op basis van het *strain-based conflict* kan verwacht worden dat de ernst van de te verlenen zorg een voorspeller is van de mate waarin een mantelzorgers belasting ervaart, wat ook blijkt uit het onderzoek van Timmermans en collega's (2001). Dit geldt zowel voor de zorg voor iemand met een psychische aandoening als zorgen voor iemand met een lichamelijke beperking. Wanneer de zorgbehoevende psychisch of lichamelijk meer hulpbehoevend is, kan het voor de mantelzorgers zwaarder zijn om deze zorg te verlenen. Hieruit volgt hypothese 8: *Naarmate mantelzorgers voor iemand zorgen met een psychische zwaardere aandoening, des te zwaarder voelen zij zich belast.* En hypothese 9: *Naarmate mantelzorgers voor iemand zorgen met een lichamelijk zwaardere beperking, des te zwaarder voelen zij zich belast.* De verwachte verbanden tussen de concepten staan grafisch weergegeven in conceptueel model 1.

Wanneer een mantelzorger die voor iemand zorgt met een psychische aandoening of lichamelijke beperking daarnaast ook werkt of een gezin met thuiswonende kinderen heeft, dan kunnen de verwachtingen van deze verschillende domeinen waarin de mantelzorger zich bevindt spanning veroorzaken, omdat het moeilijk is om aan al deze verwachtingen tegelijk te voldoen. Net als bij het *time-based conflict*, is daarom de verwachting dat het te maken hebben met meerdere domeinen leidt tot een zwaardere ervaren belasting bij mantelzorgers. Op basis hiervan zijn de volgende hypothesen opgesteld:

- Hypothese 10: *Naarmate werkende mantelzorgers zorg verlenen aan iemand met een psychisch zwaardere aandoening, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van niet-werkende mantelzorgers die hetzelfde type zorg verlenen.*
- Hypothese 11: *Naarmate werkende mantelzorgers zorg verlenen aan iemand met een lichamenlijk zwaardere beperking, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van niet-werkende mantelzorgers die hetzelfde type zorg verlenen.*
- Hypothese 12: *Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen zorg verlenen aan iemand met een psychisch zwaardere aandoening, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van mantelzorgers met thuiswonende kinderen die hetzelfde type zorg verlenen.*
- Hypothese 13: *Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen zorg verlenen aan iemand met een lichamenlijk zwaardere beperking, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van mantelzorgers met thuiswonende kinderen die hetzelfde type zorg verlenen.*

Zelfmanagement: een factor die de ervaren belasting mogelijk verlicht

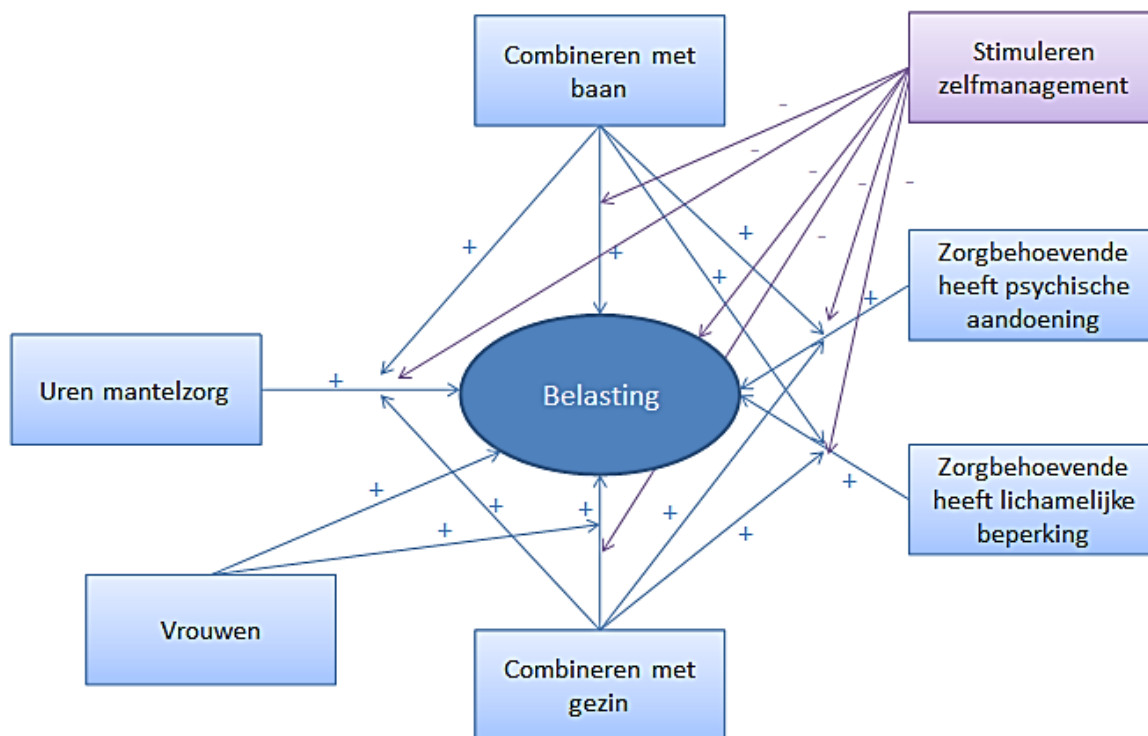
Vanuit de overheid wordt verwacht dat burgers meer zelfregie nemen (De Haas & Broere, 2014). In lijn met deze beweging naar meer zelfregie zijn er ook ontwikkelingen rondom patiënten gaande (Putters, 2014; Kooiker & Hoeymans, 2014). Patiënten hebben de mogelijkheid zelf hun ziekte te managen, kunnen zelf hun zorgverlener kiezen en mogen als patiënt meedenken en -beslissen over de kwaliteit van de zorg (Kooiker & Hoeymans, 2014). Voor het nemen van deze verantwoordelijkheden en het maken van keuzes zijn bepaalde vaardigheden nodig, welke ook wel ‘gezondheidsvaardigheden’ worden genoemd (Kooiker & Hoeymans, 2014). Met gezondheidsvaardigheden wordt bedoeld op de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen (HLS-EU Consortium, 2012). Enkele voorbeelden hiervan zijn het beschrijven van symptomen, het gebruik en de

timing van medicatie en het inschatten van risico's (Houtkoop, Allen, Buisman, Fourage & Van der Velden, 2012). Als de patiënt zelf de regie houdt over de eigen zorg, wordt dit 'zelfmanagement' genoemd. Zelfmanagement geeft patiënten meer controle op de behandeling van hun aandoening en daardoor ook meer controle op hun leven (Kooiker & Hoeymans, 2014).

Mantelzorgers kunnen zelfmanagement bij zorgbehoevenden stimuleren. In plaats van iets te doen voor de zorgbehoevende, kan de mantelzorger de zorgbehoevende aanmoedigen om zelf naar oplossingen te zoeken (Van Bergen, 2011). De gezondheid van chronisch zieken kan verbeterd worden door zelfmanagement, omdat de patiënt de verantwoordelijkheid neemt voor een gezonde leefstijl en meer therapietrouw is, wat een positief effect op de gezondheid heeft. Bovendien is de verwachting dat zelfmanagement het zorggebruik vermindert en daardoor een kostenbesparing als gevolg heeft (Kooiker & Hoeymans, 2014). Wanneer zelfmanagement leidt tot minder zorggebruik, kan dit ook een verlichtend effect hebben op de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt. Dit leidt tot hypothese 14: *Naarmate mantelzorgers meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast*. Met name voor mantelzorgers die het zorg verlenen combineren met een baan of gezin of mantelzorgers die zorg verlenen aan iemand met een psychische aandoening of lichamelijke beperking kan het stimuleren van zelfmanagement een strategie zijn om het zorg verlenen te beperken. Er wordt immers verwacht dat deze groep mantelzorgers zich zwaarder belast voelt en daarom meer baat heeft bij strategieën die het zorg verlenen verlichten. Hieruit volgen de volgende hypothesen:

- Hypothese 15: *Naarmate werkende mantelzorgers meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast*.
- Hypothese 16: *Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast*.
- Hypothese 17: *Naarmate mantelzorgers die zorg verlenen aan iemand met een psychische aandoening meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast*.
- Hypothese 18: *Naarmate mantelzorgers die zorg verlenen aan iemand met een lichamelijke beperking meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast*.

Het verwachte effect van zelfmanagement op de verbanden in het *time-based conflict* en het *strain-based conflict* staat grafisch weergegeven in conceptueel model 2.



Conceptueel model 2: De ervaren belasting bij mantelzorgers verklaard aan de hand van de *time-based* en *strain-based* conflicten en de verwachte invloed van het stimuleren van zelfmanagement hierop.

Hierbij moeten enkele kanttekeningen geplaatst worden. Ten eerste is het niet voor iedereen mogelijk om zelfregie te nemen (Kooiker & Hoeymans, 2014). Kwetsbare groepen in de samenleving, zoals ouderen en mensen met een lage sociaaleconomische status, beschikken niet altijd over de vaardigheden om zelfregie te kunnen nemen. Volgens het RIVM heeft ongeveer 29% van de Nederlandse bevolking lage gezondheidsvaardigheden. Naast mensen die onvoldoende vaardigheden hebben om zelfregie te nemen, zijn er ook mensen die geen zelfregie willen nemen (Kooiker & Hoeymans, 2014).

Ten tweede is het nog onduidelijk of zelfmanagement het zorggebruik daadwerkelijk vermindert. Uit een onderzoek naar COPD-patiënten blijkt dat zelfmanagement zorggebruik verlaagt (Effing, Kerstjens, Van der Valk, Zielhuis & Van der Palen, 2009). Onder mensen met diabetes, astma of chronisch hartfalen blijkt ook dat zelfmanagement het zorggebruik kan verminderen (Rijken & Heijmans, 2013). De resultaten van het onderzoek van Elzen (2006) wijzen echter uit dat er geen significant verschil is in het zorggebruik. Er zijn dus aanwijzingen dat zelfmanagement leidt tot een lager zorggebruik, maar het bestaande

onderzoek hierover is niet unaniem. Dit onderzoek tracht duidelijkheid te geven of het stimuleren van zelfmanagement leidt tot een lagere ervaren belasting bij de mantelzorg.

Overzicht hypothesen

Time-based conflict

1. Naarmate mantelzorgers meer uren zorg verlenen, des te zwaarder voelen zij zich belast.
2. Naarmate mantelzorgers meer uren betaalde arbeid verrichten, des te zwaarder voelen zij zich belast.
3. Naarmate werkende mantelzorgers meer uren mantelzorg verlenen, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van niet-werkende mantelzorgers die evenveel uren mantelzorg verlenen.
4. Mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen voelen zich zwaarder belast dan mantelzorgers zonder gezin met thuiswonende kinderen.
5. Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen meer uren mantelzorg verlenen, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van mantelzorgers zonder gezin met thuiswonende kinderen die evenveel uren mantelzorg verlenen.
6. Vrouwelijke mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen voelen zich zwaarder belast dan mannelijke mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen.
7. Vrouwelijke mantelzorgers voelen zich zwaarder belast dan mannelijke mantelzorgers.

Strain-based conflict

8. Naarmate mantelzorgers voor iemand zorgen met een psychisch zwaardere aandoening, des te zwaarder voelen zij zich belast.
9. Naarmate mantelzorgers voor iemand zorgen met een lichamelijk zwaardere beperking, des te zwaarder voelen zij zich belast.
10. Naarmate werkende mantelzorgers zorg verlenen aan iemand met een psychisch zwaardere aandoening, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van niet-werkende mantelzorgers die hetzelfde type zorg verlenen.
11. Naarmate werkende mantelzorgers zorg verlenen aan iemand met een lichamelijk zwaardere beperking, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van niet-werkende mantelzorgers die hetzelfde type zorg verlenen.

12. Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen zorg verlenen aan iemand met een psychische zwaardere aandoening, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van mantelzorgers met thuiswonende kinderen die hetzelfde type zorg verlenen.
13. Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen zorg verlenen aan iemand met een lichamelijk zwaardere beperking, des te zwaarder voelen zij zich belast ten opzichte van mantelzorgers met thuiswonende kinderen die hetzelfde type zorg verlenen.

Het verwachte effect van zelfmanagement op de time-based en strain-based conflicten

14. Naarmate mantelzorgers meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast.
15. Naarmate werkende mantelzorgers meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast.
16. Naarmate mantelzorgers met een gezin met thuiswonende kinderen meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast.
17. Naarmate mantelzorgers die zorg verlenen aan iemand met een psychische aandoening meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast.
18. Naarmate mantelzorgers die zorg verlenen aan iemand met een lichamelijke beperking meer zelfmanagement bij de zorgbehoevende stimuleren, des te minder zwaar voelen zij zich belast.

Methoden

Onderzoekstrategie en design

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksstrategie. De hypothesen die zijn afgeleid uit de theorie, worden door middel van statistiekprogramma SPSS getoetst. Dit onderzoek heeft een objectivistische ontologie en er wordt getracht om verbanden tussen concepten aan te tonen (Bryman, 2008).

Onderzoekspopulatie

De data voor dit onderzoek zijn verzameld door middel van een online vragenlijst onder mantelzorgers in Nederland. Deze mantelzorgers zijn bereikt via mantelzorgorganisaties uit

het netwerk van SMO (Stichting Maatschappij en Onderneming), de stageorganisatie. SMO is een denktank die maatschappelijke vraagstukken die een gezamenlijke aanpak en een groot aanpassingsvermogen vereisen identificeert en signaleert. Als *trusted third party* verbindt en activeert SMO key stakeholders om maatschappelijke ambities samen versneld te realiseren.

De mantelzorgorganisaties zijn zowel via e-mail als telefoon benaderd met de vraag of zij het onderzoek wilden verspreiden onder de bij hun organisatie aangesloten mantelzorgers. Omdat de dataverzameling in het begin wat moeizaam verliep, is ervoor gekozen om ook mantelzorgers via sociale media en het netwerk van de onderzoeker te benaderen. Dit leidde in totaal tot 110 respondenten, waarvan 27 mannen (24,5%) en 83 vrouwen (75,5%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 60 jaar. Van de respondenten geeft 63% aan matige tot ernstige druk te ervaren. Wanneer deze cijfers vergeleken worden met de kenmerken van Nederlandse mantelzorgers, zoals onderzocht door het Sociaal en Cultureel Planbureau, dan blijkt de man-vrouwverhouding onder mantelzorgers 42% mannen en 58% vrouwen te zijn (De Klerk, De Boer, Plaisier, Schyns & Kooiker, 2015). Ook het percentage van de ervaren druk is een hoger percentage dan gevonden werd in eerder onderzoek, waaruit bleek dat 45% van de mantelzorgers zich matig tot ernstig belast voelt (De Boer et al., 2009). De onderzoekspopulatie is dus niet representatief. Er is hierdoor voorzichtigheid geboden bij het generaliseren van de onderzoeksbevindingen naar de gehele populatie mantelzorgers in Nederland.

Operationalisering en datapreparatie

Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele van dit onderzoek is *de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt*. Om de ervaren belasting van de mantelzorger te meten zijn in totaal 17 vragen gesteld, welke zijn opgesteld aan de hand van het meetinstrument van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Timmermans & De Boer, 2011). Dit is gevormd aan de hand van het meetinstrument Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ), wat is ontwikkeld door Pot, Van Dyck en Deeg (1995). Het meetinstrument van Timmermans en De Boer omvat de 9 vragen van EDIZ, waar een aantal vragen aan zijn toegevoegd.

In dit onderzoek zijn enkele kleine aanpassingen gedaan ten opzichte van het meetinstrument van Timmermans en De Boer (2011). Enkele vragen zijn wat anders geformuleerd om ze wat te verduidelijken en minder sturend te maken. Daarnaast is de vraag “Door mijn betrokkenheid bij degene voor wie ik zorgde kreeg ik conflicten thuis en/of op

mijn werk” opgesplitst in 2 vragen: (1) “Door mijn betrokkenheid bij degene voor wie ik zorgde kreeg ik conflicten thuis” en (2) “Door mijn betrokkenheid bij degene voor wie ik zorgde kreeg ik conflicten op mijn werk”, omdat het werk en de thuissituatie twee verschillende domeinen zijn en de onderzoeker wilde meten of daar verschil in zit. Tot slot is het meetinstrument van Timmermans en De Boer (2011) aangevuld met een directe vraag naar de mate van belasting, namelijk: “Sommige mensen voelen zich erg belast door de mantelzorg voor een zorgbehoevende, voor andere mensen geldt dit minder. Alles bijeengenomen, hoe belast voelde u zich de afgelopen periode toen u mantelzorg gaf?” met de antwoordcategorieën: “Niet of nauwelijks belast”, “Enigszins belast”, “Tamelijk zwaar belast”, “Zeer zwaar belast” en “Overbelast”. Deze vraag is afkomstig uit een vragenlijst van het Sociaal en Cultureel Planbureau (De Boer et al., 2009) en is gesteld om de ervaren belasting ook op een directe manier te meten. De zeventien gestelde vragen staan weergegeven in Appendix A. De beschrijvende statistieken van de variabelen die zijn gebruikt om de ervaren belasting van mantelzorgers te meten staan weergegeven in Appendix B.

De antwoordcategorieën zijn gehercodeerd zodat een hoge waarde een hogere mate van belasting representeert. Om de betrouwbaarheid van de items te meten is een Cronbach's α uitgevoerd. Hieruit kwam een waarde van .911, wat een vrij hoge betrouwbaarheid aangeeft. Na verwijdering van de items ‘combineren met werk/gezin’ en ‘conflicten op werk’ werd de betrouwbaarheid hoger, de Cronbach's α werd hierdoor .928.

Om te controleren of deze meting van de mate van belasting inderdaad één-dimensionaal is, is er een exploratieve factoranalyse met *principal axis factoring* uitgevoerd. Er worden vier factoren gevonden. De items ‘combineren met werk/gezin’ en ‘conflicten op werk’ scoren nauwelijks op de eerste twee factoren, wat overeenkomt met de resultaten van de betrouwbaarheidsanalyse, waardoor ervoor is gekozen om deze items te verwijderen en de factoranalyse opnieuw uit te voeren. Hierin worden slechts twee factoren gevonden. De ladingen en geëxtraheerde communaliteiten van deze factoren staan weergegeven in tabel 1. De factorscores zijn geschat met Bartlett's methode. Op de eerste factor scoren voornamelijk de items die over de belasting gaan, op de tweede factor scoren voornamelijk de items over het ‘gebonden voelen’ door het verlenen van mantelzorg. De eerste factor verklaart 48,1% van de som van de varianties in de vijftien items, de tweede factor slechts 6,8%. Vanwege dit verschil en omdat dit onderzoek zich primair richt op de mate van belasting is ervoor gekozen om de eerste factor te gebruiken als afhankelijke variabele.

Er is ook gekeken naar alternatieve operationalisaties die meer overeenkomen met eerder onderzoek. EDIZ meet de ervaren belasting van de mantelzorger aan de hand van de hoeveelheid vragen/stellingen waarmee de mantelzorger het eens is (Pot et al., 1995). Bij dit negen vragen tellende meetinstrument houdt dit in dat bij zeven tot negen keer “geheel mee eens” of “mee eens” de mantelzorger veel druk ervaart. Bij vier tot zes keer “geheel mee eens” of “mee eens” ervaart de mantelzorger matige druk en bij nul tot drie keer ervaart de mantelzorger (nog) weinig druk (Pot et al., 1995). Van de zeventien items waarmee de ervaren belasting in dit onderzoek wordt gemeten is een schaal gemaakt, door de waarden “geheel mee eens” en “eens” te tellen. Bij de vraag naar de verandering van de gezondheid telt de categorie “Mijn gezondheid is achteruitgegaan” als “eens” en bij de vraag of de respondent ziek of overspannen is geraakt telt “ja” als “eens”. Vervolgens is deze schaal ingedeeld in drie categorieën. Wanneer de mantelzorger nul tot vijf keer “eens” antwoordt, ervaart de mantelzorger (nog) weinig druk. Bij zes tot elf keer “eens” ervaart de mantelzorger een matige druk en bij twaalf tot zeventien keer “eens” ervaart de mantelzorger veel druk. Een hoge score op deze variabele betekent een hoge mate van belasting, een lage score betekent een lage mate van belasting.

Er is een correlatie uitgevoerd om te kijken in hoeverre de belastingschaal en de belasting categorieën samenhangen met, en dus hetzelfde meten als, de gevonden factor. Deze variabelen bleken significant en vrij hoog met elkaar te correleren. Deze correlaties staan weergegeven in Appendix C. Deze vrij hoge correlaties geven aan dat de gevonden factor een even geschikte meting is als de schaal en de categorieën. Er is voor gekozen om de gevonden factor te gebruiken als afhankelijke variabele.

Tabel 1. Geëxtraheerde communaliteiten en factorladingen van de factoroplossing van de mate van belasting

	Geëxtraheerde communaliteiten	Factorladingen factor 1 (belasting)	Factorladingen factor 2 (gebonden voelen)
Directe vraag belasting	.556	.657	
Situatie laat mij nooit los	.507		.739
Nooit vrij van verantwoordelijkheden	.631		.704
Erg gebonden door betrokkenheid	.553		.685
Tijd tekort komen	.615	.822	
Moeite huishouden	.625	.827	
In vrije tijd te moe	.592	.692	
Erg onder druk	.774	.686	
Teveel op mijn schouders	.540	.592	
Altijd klaar moeten staan	.494	.457	.347
Werk of andere bezigheden minder zorgvuldig	.726	.889	
Conflicten thuis	.401	.626	
Zelfstandigheid in de knel	.566	.658	
Verandering gezondheid	.368	.536	
Ziek of overspannen	.294	.609	

Onafhankelijke variabelen

De mate waarin de mantelzorger *zelfmanagement stimuleert* is gemeten aan de hand van het meetinstrument *Patient Activation Measure* (PAM). Dit meetinstrument wordt gebruikt om de zelf gerapporteerde kennis, vaardigheden en het vertrouwen in het omgaan met de gezondheid

of ziekte te meten (Hendriks, Plass, Heijmans & Rademakers, 2013). In dit onderzoek ligt de focus echter niet op de kennis en vaardigheden voor zelfmanagement van de patiënt zelf, maar of de mantelzorger zelfmanagement stimuleert bij degene aan wie hij of zij zorg verleent. PAM is gekozen als uitgangspunt van het meetinstrument, omdat er (nog) geen valide meetinstrument bestaat om het stimuleren van zelfmanagement te meten. Om het stimuleren van zelfmanagement te meten zijn de stellingen van PAM anders geformuleerd en zijn er enkele stellingen weggelaten, omdat die niet vanuit het perspectief van de mantelzorger geformuleerd konden worden. De zeven stellingen zoals voorgelegd aan de respondenten staan met de antwoordcategorieën weergegeven in Appendix D.

De beschrijvende statistieken van de items die zijn gebruikt om het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende te meten staan weergegeven in Appendix E. Om de betrouwbaarheid van de variabelen te meten is er een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Hieruit kwam een Cronbach's α van .700, wat niet aanzienlijk maar wel voldoende betrouwbaar is.

Er is een exploratieve factoranalyse met *principal axis factoring* uitgevoerd, omdat PAM niet primair bedoeld is om het stimuleren van zelfmanagement te meten en daarom niet zeker is of deze stellingen eenzelfde dimensie meten. Er worden twee factoren gevonden. Het item 'oplossingen voor problemen' scoort nauwelijks op beide factoren, waardoor besloten is om dit item te verwijderen en de factoranalyse opnieuw uit te voeren. Hierin worden wederom twee factoren gevonden. Op de eerste factor scoren voornamelijk de items die over het stimuleren van zelfmanagement gaan, op de tweede factor scoren voornamelijk de items over het inzien van het belang van zelfmanagement. De ladingen en geëxtraheerde communaliteiten van deze factoren staan weergegeven in tabel 2. De factorscores zijn geschat met Bartlett's methode. De eerste factor verklaart 35.2% van de som van de varianties in de zes items, de tweede factor slechts 14.3%. Vanwege dit verschil en omdat dit onderzoek zich primair richt op het stimuleren van zelfmanagement is ervoor gekozen om de eerste factor te gebruiken als onafhankelijke variabele.

Tabel 2. Geëxtraheerde communaliteiten en factorladingen van de factoroplossing van zelfmanagement

	Geëxtraheerde communaliteiten	Factorladingen factor 1 (stimuleren zelfmanagement)	Factorladingen factor 2 (belang zelfmanagement)
Zelf verantwoordelijk	.559		.768
Actieve rol	.597	.309	.641
Vertrouwen te kunnen helpen	.200	.342	
Inschatten hulp	.217	.478	
Stimuleren zelf doen	.825	.904	
Betrekken bij hulp	.572	.732	

Het *aantal uren mantelzorg* dat de respondent verleent is gemeten met de open vraag: “Hoeveel uren per week verleent u mantelzorg?”. Uit de Kolmogorov-Smirnov test bleek dat de variabele *aantal uren mantelzorg per week* significant afwijkt van de normaal verdeling ($D = .090$, $p = .027$). Ook het transformeren naar een logaritmische schaal en het indelen in categorieën van de variabele bleek niet afdoende om tot een normale verdeling te komen. Daarom is ervoor gekozen om door middel van een dummyvariabele onderscheid te maken tussen fulltime mantelzorg verlenen (38 uur of meer per week) en parttime mantelzorg verlenen (minder dan 38 uur per week).

De *ernst van de zorg* die de mantelzorger verleent wordt gemeten aan de hand van twee items, namelijk of de zorgbehoevende een lichamelijke beperking en/of een psychische aandoening heeft. Deze items zijn gemeten met de vragen “Heeft de zorgbehoevende een lichamelijke beperking?” en “Heeft de zorgbehoevende een psychische aandoening?”. De antwoordcategorieën zijn respectievelijk: “Nee” (0), “Ja, een lichte lichamelijke beperking” (1), “Ja, een matige lichamelijke beperking” (2), “Ja, een zware lichamelijke beperking” (3) en “Nee” (0), “Ja, een lichte psychische aandoening” (1), “Ja, een matige psychische aandoening” (2), “Ja, een zware psychische aandoening” (3). Deze twee items bleken niet significant negatief gecorreleerd te zijn ($r = -.170$, $p = .075$), waaruit blijkt dat zij niet positief met elkaar samenhangen. Daarom is besloten om deze variabelen apart mee te nemen in de analyses en niet samen te voegen tot één variabele. De variabele *psychische aandoening* bleek naar aanleiding van de Kolmogorov-Smirnov test significant af te wijken van de normaal verdeling ($D = .281$, $p < .01$). Het transformeren naar een logaritmische schaal bleek niet

afdoende. Daarom is van deze variabele een dummyvariabele gemaakt die het onderscheid maakt tussen het zorgen voor iemand met wel of geen psychische aandoening. De beschrijvende statistieken van deze variabelen staan weergegeven in tabel 3.

Het *aantal uren dat een mantelzorger werkt* is gemeten met de vraag “Indien u betaald werk verricht, hoeveel uur per week werkt u?” met de antwoordcategorieën: “Ik verricht geen betaald werk.”, “Ik werk minder dan 12 uur per week.”, “Ik werk tussen de 12 en 24 uur per week.”, “Ik werk tussen de 25 en 36 uur per week.” en “Ik werk meer dan 36 uur per week.” Van dit item is een dummyvariabele gemaakt waarin onderscheid wordt gemaakt tussen wel of niet werken, omdat slechts 50 van de 110 respondenten een betaalde baan hebben. Hierdoor is het niet mogelijk om hypothese 2: *Naarmate mantelzorgers meer uren betaalde arbeid verrichten, des te zwaarder voelen zij zich belast*. Er kan enkel worden getoetst of er een verschil in de ervaren belasting bestaat tussen werkende en niet-werkende mantelzorgers.

Het *hebben van thuiswonende kinderen* is gemeten met de vraag: “Heeft u thuiswonende kinderen?”. De antwoordcategorieën waaruit de mantelzorger kon kiezen waren: “Nee”, “Ja, ik heb 1 thuiswonend kind”, “Ja, ik heb 2 thuiswonende kinderen” en “Ja, ik heb 3 of meer thuiswonende kinderen”. Omdat slechts 24 van de 110 respondenten 1 of meerdere thuiswonende kinderen hadden, is van deze variabele een dummyvariabele gemaakt waarin onderscheid wordt gemaakt tussen het wel of niet hebben van thuiswonende kinderen. Tot slot is *seks* gemeten met de vraag: “Wat is uw geslacht?”, met de antwoordcategorieën “Man” (0) en “Vrouw” (1). De beschrijvende statistieken van deze onafhankelijke variabelen staan weergegeven in tabel 3.

Controle variabelen

In dit onderzoek worden het samenwonen met een partner, het opleidingsniveau van de mantelzorger, de relatie tot de zorgbehoevende en de leeftijd van zowel de mantelzorger als de zorgbehoevende als controle variabelen meegenomen. Het *samenwonen met een partner* is gemeten met de vraag “Heeft u een partner waarmee u samenwoont?”, met de antwoordmogelijkheden “Ja” (1) en “Nee” (0). Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat de partner in veel gevallen (45,5% van de respondenten) de zorgbehoevende is aan wie de mantelzorger zorg verleent. Aan de andere kant kan een partner de mantelzorger ook ondersteunen, door bijvoorbeeld huishoudelijke taken over te nemen.

Het *opleidingsniveau van de mantelzorger* is relevant om mee te nemen, omdat hoger opgeleiden vaak een hoger PAM-niveau hebben dan lager opgeleiden (Kooiker & Hoeymans, 2014) en dus beter in staat zijn zelfmanagement toe te passen en dit mogelijk ook meer

stimuleren. Het opleidingsniveau van de mantelzorgers is gemeten met de vraag “Wat is uw hoogst voltooide opleiding?”. Om voor deze variabele te kunnen controleren in een regressie analyse zijn er dummyvariabelen gemaakt waarbij de categorie hoog opgeleid is gebruikt als referentiecategorie. Vanwege het lage aantal respondenten zijn enkele categorieën samengevoegd: basisschool, lbo en mavo zijn samengevoegd tot laag opgeleid. Havo, vwo en mbo zijn samengevoegd tot midden opgeleid. Hbo, universiteit en postacademisch zijn samengevoegd tot hoog opgeleid (Verweij, 2008).

Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat mantelzorgers die zorg verlenen aan hun partner of ouders een groter risico op overbelasting hebben (Timmermans, De Boer & Iedema, 2005). De *relatie tot de zorgbehoevende* is gemeten met de vraag: “Wie is degene aan wie u mantelzorg verleent?”, met als antwoordmogelijkheden: “Partner”, “Kind”, “(Schoon)ouder”, “Ander familielid” en “Vriend of kennis”. Van dit item zijn dummyvariabelen gemaakt met de categorie partner als referentiecategorie. Vanwege het lage aantal respondenten zijn de categorieën “Ander familielid” en “Vriend of kennis” samengevoegd tot de dummy ander.

De *leeftijd van de zorgbehoevende* is gemeten met de open vraag “Wat is de leeftijd van degene aan wie u zorg verleent?”. Er wordt voor de *leeftijd* van de mantelzorgers gecontroleerd, omdat er uit sommige onderzoeken blijkt dat leeftijd een effect heeft op overbelasting (Timmermans et al., 2005), terwijl uit andere onderzoeken blijkt dat dit niet het geval is (Pratt, Schmall, Wright & Cleland, 1985). De leeftijd is gemeten met de vraag “Wat is uw geboortedatum?”. Vervolgens is de leeftijd berekend met de peildatum 2 mei 2016. Er waren vijf respondenten van wie de geboortedatum onbekend was. Deze respondenten hebben de gemiddelde leeftijd van de overige 105 respondenten, die 60 jaar bedroeg, toegekend gekregen. De beschrijvende statistieken van deze controlevariabelen staan weergegeven in tabel 3. Bij de overige variabelen waren geen missende waarden, omdat de vragenlijst enkel verzonden kon worden wanneer alle vragen ingevuld waren.

Tabel 3: Minimum, maximum, gemiddelde en standaarddeviatie van de afhankelijke-, onafhankelijke- en controle variabelen (n = 110).

	Min*	Max*	M*	SD*
Mate van belasting ^a	-1.95	2.24	0.00	1.04
Fulltime mantelzorger	0	1	.34	
Lichamelijke beperking	0	3	2.5	1.06
Psychische aandoening	0	1	.56	
Betaalde baan	0	1	.45	
Thuiswonende kinderen	0	1	.22	
Zelfmanagement stimuleren ^b	-3.49	1.52	0.00	1.07
Samenwonend met partner	0	1	.72	
Vrouw	0	1	.75	
Opleidingsniveau^c				
Laag opgeleid	0	1	.25	
Midden opgeleid	0	1	.27	
Hoog opgeleid	0	1	.48	
Relatie tot zorgbehoevende^d				
Partner	0	1	.45	
Kind	0	1	.11	
(Schoon)ouder	0	1	.34	
Ander ^e	0	1	.10	
Leeftijd mantelzorger	24	84	59.98	13.91
Leeftijd zorgbehoevende	12	95	69	20.56

*afgerond op 2 decimalen

^a Hoge waarde betekent een hoge ervaren belasting, lage waarde betekent lage ervaren belasting

^b Hoge waarde betekent veel stimulatie van zelfmanagement, lage waarde betekent weinig stimulatie

^c Hoog opgeleid is de referentiecategorie

^d Partner is de referentiecategorie

^e Deze categorie bestaat uit de samengevoegde categorieën ander familielid/vriend/kennis

Analyse

Alvorens de data te analyseren wordt gecontroleerd of de afhankelijke en onafhankelijke variabelen normaal verdeeld zijn, wat in de meeste gevallen zo bleek te zijn. Wanneer dit niet het geval bleek te zijn, dan is dit besproken in de operationalisatie.

De hypothesen worden getoetst door middel van een multi-pele lineaire regressie. De analyses worden apart voor het *time-based conflict* en het *strain-based conflict* uitgevoerd.

Stap voor stap worden meer variabelen toegevoegd: er wordt gestart met een univariate analyse, vervolgens worden de onafhankelijke variabelen getoetst en er wordt geëindigd met multivariate analyses waarin alle variabelen en interactie-effecten zijn opgenomen. Hoe de modellen precies opgebouwd zijn staat weergegeven in tabel 4 en 5 in de resultatensectie.

Resultaten

De belasting van mantelzorgers verklaard door het time-based conflict

In tabel 4 staan de resultaten weergegeven voor het verband tussen het vervullen van verschillende rollen en de mate waarin mantelzorgers zich belast voelen. Het aantal uren dat iemand zorg verleent blijkt een significant positief effect te hebben op de mate waarin een mantelzorger zich belast voelt (model 1: $B = .534$, $p = .010$). Dit komt overeen met de verwachting zoals geformuleerd in hypothese 1. De schaal van de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt loopt van ongeveer -2 tot +2, dus het gevonden effect ($B = .534$) is vrij groot te noemen. Mensen die 38 uur per week of meer (fulltime) mantelzorg verlenen geven aan zich veel zwaarder belast te voelen dan mensen die minder dan 38 uur per week (parttime) mantelzorg verlenen. Dit blijkt echter slechts een klein deel van de oorzaak van de mate van belasting te verklaren ($R^2 = .06$). Daarnaast vervalt dit effect na het toevoegen van controlevariabelen.

Het combineren van mantelzorg met een baan of gezin blijkt geen significant effect te hebben op de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt (model 2: $B = .249$, $p = .233$ en $B = -.081$, $p = .733$), in tegenstelling tot wat verwacht werd in hypothesen 2 en 4. Ook is er geen effect op de ervaren belasting gevonden van het hebben van een baan (H3) of gezin (H5) en het verlenen van fulltime mantelzorg (model 3: $B = -.150$, $p = .740$ en $B = .505$, $p = .342$). Er is geen ondersteuning gevonden voor de verwachting dat vrouwen in het algemeen (H7) of vrouwen met thuiswonende kinderen (H6) zich zwaarder belast voelen dan mannen (model 3: $B = .244$, $p = .330$ en $B = .249$, $p = .703$).

De belasting van mantelzorgers verklaard door het strain-based conflict

De resultaten voor de relatie tussen het vervullen van verschillende rollen en de mate waarin mantelzorgers zich belast voelen staan weergegeven in tabel 5. De verwachting dat het verlenen van zorg aan iemand met een psychische aandoening (H8) of een lichamelijke beperking (H9) leidt tot een zwaardere belasting kan niet worden ondersteund met de data (model 1 : $B = .263$, $p = .195$ en $B = .023$, $p = .807$). Het hebben van een baan (H10 en H11)

of gezin met thuiswonende kinderen (H12 en H13) combineren met het zorgen voor iemand met een psychische aandoening of lichamelijke beperking blijkt tevens geen invloed te hebben op de mate waarin een mantelzorger zich belast voelt (model 3: $B = -.251$, $p = .077$ en $B = .300$, $p = .117$; model 5: $B = -.029$, $p = .879$ en $B = -.377$, $p = .146$).

Het effect van het stimuleren van zelfmanagement op het time-based conflict

In tabel 4 staan ook de resultaten weergegeven van het verband tussen het combineren van verschillende rollen, de mate waarin de mantelzorger belasting ervaart en de rol die het stimuleren van zelfmanagement hierin speelt. Overeenkomstig met wat in hypothese 14 werd verwacht, blijkt het stimuleren van zelfmanagement een remmend effect te hebben op de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt (model 2: $B = -.287$, $p = .001$). Het gevonden effect ($B = -.287$) is op de schaal van de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt die van ongeveer -2 tot +2 loopt niet enorm groot, maar wel noemenswaardig te noemen.

De verwachting dat het stimuleren van zelfmanagement vooral door werkende mantelzorgers (H15) of mantelzorgers met thuiswonende kinderen (H16) wordt gebruikt als strategie om de verschillende rollen te kunnen uitvoeren, bleek niet aantoonbaar met de data (model 5: $B = -.081$, $p = .672$ en $B = .036$, $p = .903$). De leeftijd van de zorgbehoevende blijkt een remmend effect te hebben op de ervaren belasting bij de mantelzorger (model 6: $B = -.027$, $p = .033$). Dit effect is echter dermate zwak ($B = -.027$ op een schaal van -2 tot +2) dat het weinig invloed heeft op de mate waarin de mantelzorger belasting ervaart door het zorg verlenen. De overige controle variabelen bleken niet van significante invloed.

Tabel 4: Regressie voor de mate waarin mantelzorgers zich belast voelen, verklaard door het *time-based conflict* (n = 110)

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
Intercept	-.180	.118	-.512*	.211	-.472	.242	.594	.825	-.502*	.217	.737	.827
<u>Onafhankelijke variabelen</u>												
Fulltime mantelzorger	.534**	.204	.629**	.199	.579*	.263	.506	.301	.626**	.202	.388	.256
Baan			.249	.208	.275	.242	.279	.277	.249	.212	.174	.236
Gezin			-.081	.235	-.436	.629	-.231	.652	-.085	.243	-.229	.259
Vrouw			.271	.230	.244	.249	.221	.253	.262	.237	.189	.239
Stimuleren zelfmanagement			-.287**	.087	-.284**	.088	-.340**	.094	-.239	.136	-.305*	.145
<u>Interactie variabelen</u>												
Baan * fulltime mantelzorger					-.150	.449	-.334	.464				
Gezin * fulltime mantelzorger					.505	.529	.030	.579				
Gezin * vrouw					.249	.649	.019	.679				
Zelfmanagement * fulltime mantelzorger									-.065	.217	-.009	.234
Zelfmanagement * baan									-.081	.191	-.113	.191
Zelfmanagement * gezin									.036	.297	.237	.308
<u>Controle variabelen</u>												
Partner samenwonend							.308	.238			.320	.244
Laag opgeleid							-.165	.256			-.199	.266
Midden opgeleid							.166	.242			.161	.236
Leeftijd zorgbehoevende							-.026*	.012			-.027*	.012
Kind (Schoon)ouder							-.555	.612			-.681	.618
Ander							.408	.423			.423	.431
Leeftijd mantelzorger							-.148	.420			-.213	.430
							.009	.012			.009	.012
F	6.882		4.340		2.787		2.173		2.668		2.194	
R ²	.060		.173		.181		.272		.174		.274	
p	.010		.001		.008		.011		.011		.010	

Noot: Hoog opgeleid is referentiecategorie, Partner is referentiecategorie, * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Het effect van het stimuleren van zelfmanagement op het strain-based conflict

In tabel 5 staan de resultaten weergegeven van het stimuleren van zelfmanagement op het verband tussen het uitvoeren van rollen in verschillende domeinen en de mate waarin de mantelzorger belasting ervaart. Ook in dit model blijkt het stimuleren van zelfmanagement een remmend effect te hebben op de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt (model 2: $B = -.266$, $p = .004$), zoals werd verwacht in hypothese 14. De schaal van de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt loopt van ongeveer -2 tot +2, dus het gevonden effect ($B = -.266$) is niet enorm groot, maar wel van noemenswaardige invloed. Mantelzorgers die zelfmanagement stimuleren bij de zorgbehoevende rapporteren een lagere ervaren belasting ten opzichte van mantelzorgers die geen zelfmanagement stimuleren. Er is geen ondersteuning gevonden voor de verwachting dat mantelzorgers die zorg verlenen aan iemand met een psychische aandoening (H17) of lichamelijke beperking (H18) het stimuleren van zelfmanagement inzetten als strategie om aan de verwachtingen in de verschillende domeinen te kunnen blijven voldoen.

Wederom wordt er een remmend effect van de leeftijd van de zorgbehoevende gevonden (model 4: $B = -.025$, $p = .037$). Dit effect is opnieuw dusdanig zwak ($B = -.025$ op een schaal van -2 tot +2) dat de leeftijd van de zorgbehoevende weinig van invloed is op de mate waarin de mantelzorger belasting ervaart door het zorg verlenen. Er zijn geen significante effecten gevonden van de overige controle variabelen.

Tabel 5: Regressie voor de mate waarin mantelzorgers zich belast voelen, verklaard door het *strain-based conflict* (n = 110)

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5		Model 6		Model 7		Model 8	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
Intercept	-.181	.219	-.351	.299	-.200	.362	1.075	.850	-.397	.326	.958	.828	-.409	.316	1.021	.834
<u>Onafhankelijke variabelen</u>																
Lichamelijke beperking	.023	.095	.006	.096	-.145	.139	-.158	.139	.051	.106	.016	.103	.033	.104	-.005	.101
Psychische aandoening	.263	.202	.232	.199	.429	.246	.404	.245	.205	.217	.250	.219	.242	.206	.257	.211
Baan			.162	.215	.274	.501	.338	.530	.146	.217	.157	.237	.179	.226	.173	.241
Gezin			-.123	.252	-.042	.249	-.158	.257	-.135	.895	.323	.872	-.138	.264	-.279	.267
Vrouw			.220	.242	.182	.238	.161	.235	.212	.260	.221	.255	.211	.248	.196	.242
Stimuleren zelfmanagement			-.266**	.092	-.311**	.092	-.351**	.094	-.275**	.093	-.336**	.094	.034	.339	-.039	.328
<u>Interactie variabelen</u>																
Baan * lichamelijke beperking					.300	.190	.227	.188								
Baan * psychische aandoening					-.251	.140	-.231	.139								
Gezin * lichamelijke beperking									-.286	.264	-.377	.257				
Gezin * psychische aandoening									.087	.197	-.029	.192				
Gezin * vrouw									.169	.678	-.049	.673				
Zelfmanagement* lichamelijke beperking													-.053	.100	-.031	.098
Zelfmanagement * psychische aandoening													-.085	.094	-.108	.090
Zelfmanagement* baan													-.126	.218	-.124	.210
Zelfmanagement * gezin													.068	.312	.292	.311
<u>Controle variabelen</u>																
Partner samenwonend							.266	.239			.314	.249			.299	.246
Laag opgeleid							-.208	.251			-.181	.257			-.193	.259
Midden opgeleid							.187	.230			.221	.244			.220	.239
Leeftijd zorgbehoevende Kind							-.025*	.012			-.026*	.012			-.026*	.012
(Schoon)ouder							-.715	.582			-.745	.604			-.718	.619
Ander							.140	.410			.096	.412			.071	.416
Leeftijd mantelzorger							-.448	.382			-.443	.392			-.511	.397
F							.007	.012			.006	.012			.005	.012
R ²	.851		2.010		2.397		2.480		1.516		2.082		1.285		1.970	
p	.016		.105		.160		.299		.120		.278		.115		.280	
	.430		.071		.021		.003		.152		.014		.249		.019	

Noot: Hoog opgeleid is referentiecategorie, Partner is referentiecategorie, * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Conclusie en discussie

Met data verkregen uit een vragenlijst die werd ingevuld door 110 mantelzorgers in Nederland werd onderzocht of er een verband bestaat tussen het hebben van een betaalde baan, een gezin met thuiswonende kinderen of het verlenen van zorg aan iemand die ernstig beperkt is en de mate waarin mantelzorgers belasting ervaren. Ook werd onderzocht of het stimuleren van zelfmanagement hier een rol in speelt en zo ja, op welke manier dit dan gebeurt. Van de respondenten ervaart 37% nauwelijks druk door het verlenen van mantelzorg, 41% ervaart een matige druk en 22% geeft aan onder hoge druk te staan. Dit is een hoger percentage dan gevonden werd in eerder onderzoek, waaruit bleek dat 45% van de mantelzorgers zich matig tot ernstig belast voelt (De Boer et al., 2009).

Er is geen ondersteuning gevonden voor de verklaring van overbelasting van mantelzorgers aan de hand van het *time-based conflict*, de (tijds)druk die wordt veroorzaakt doordat het uitvoeren van de rol in het ene domein het uitvoeren van de rol in het andere domein fysiek of psychisch in de weg staat (Greenhaus & Beutell, 1985). Ook is er geen bewijs gevonden voor de verklaring van overbelasting bij mantelzorgers aan de hand van het *strain-based conflict*, wat verwijst naar de spanning die ontstaat doordat het uitvoeren van de rol in het ene domein de persoon belemmert om aan de verwachtingen van de rol in het andere domein te voldoen (Greenhaus & Beutell, 1985). Wel zijn er aanwijzingen gevonden dat het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende de ervaren belasting bij mantelzorgers voor een noemenswaardig deel verlaagt.

Op basis van het *strain-based conflict* werd beargumenteerd dat naarmate de zorgbehoevende zwaarder psychisch of lichamelijk beperkt is, de zorg zwaarder is om te verlenen en de mantelzorger zich zwaarder belast voelt. Hiervoor werd echter geen ondersteuning gevonden in dit onderzoek. Vervolgens werd op basis van het *time-based conflict* beargumenteerd dat fulltime mantelzorgers of mantelzorgers die naast het zorg verlenen een betaalde baan of een gezin met thuiswonende kinderen hebben, zich zwaarder belast voelen dan mantelzorgers die dit niet hebben. Fulltime mantelzorgers rapporteerden een aanzienlijk hogere belasting dan parttime mantelzorgers. Dit effect verdween echter na het toevoegen van controle variabelen. Het combineren van een baan met het verlenen van mantelzorg blijkt echter niet te leiden tot het ervaren van een zwaardere belasting. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de baan een natuurlijke grens vormt voor de hoeveelheid informele zorg die iemand verleent (Timmermans et al., 2001). Voor vrouwen met een gezin

werd een hogere ervaren belasting verwacht, omdat vrouwen vaak een grotere rol hebben in de zorg voor de kinderen en het huishouden (Breedveld & Van den Broek, 2004) en mantelzorg verlenen als sociale verplichting kunnen zien (Timmermans et al., 2001). De resultaten wijzen echter uit dat het hebben van een gezin, zowel voor mannen als voor vrouwen, geen effect heeft op de mate van ervaren belasting. Tevens bleek de intensiteit van de zorg, zowel psychisch als lichamelijk, geen invloed te hebben op de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt. Dit komt niet overeen met eerder onderzoek, waaruit onder andere bleek dat mantelzorgers die voor een dementerende zorgen zich zwaarder belast voelen (Peeters et al., 2007).

Resumerend suggereren de data dat het combineren van het verlenen van mantelzorg met een betaalde baan niet leidt tot een hogere ervaren belasting. Het hebben van een gezin met thuiswonende kinderen evenmin, voor zowel mannen als vrouwen. Wel bleken fulltime mantelzorgers zich zwaarder belast te voelen dan parttime mantelzorgers. Dit effect verdween echter na het toevoegen van controle variabelen. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat het verlenen van zorg aan iemand met een psychische aandoening of lichamelijke beperking tot een hogere ervaren belasting zou leiden. Dit beantwoordt het eerste deel van de onderzoeksvraag.

Het tweede deel van de onderzoeksvraag omvat een mogelijke invloed van het stimuleren van zelfmanagement. Er werd beargumenteerd dat het stimuleren van zelfmanagement door de mantelzorger ertoe kan leiden dat de zorgbehoevende minder zorg nodig heeft, wat verlichting voor de mantelzorger tot gevolg kan hebben. Voornamelijk voor mantelzorgers met een baan of gezin zou dit mogelijk een strategie kunnen zijn om alle ballen in de lucht te houden. Er zijn aanwijzingen gevonden dat het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende inderdaad een noemenswaardige vermindering van de ervaren belasting bij de mantelzorger tot gevolg kan hebben. Mantelzorgers die het zorg verlenen combineren met andere rollen blijken er echter geen baat bij te hebben om het stimuleren van zelfmanagement toe te passen als strategie om het zorg verlenen te verminderen. Met het oog op de vergrijzingspiek kan het van groot belang zijn dat er aanwijzingen zijn gevonden dat zelfmanagement de ervaren belasting bij mantelzorgers kan verminderen. Dit kan bijdragen aan een oplossing voor een probleem dat de komende jaren waarschijnlijk alleen maar groter wordt door de hoger wordende verwachting van informele zorgverleners.

In dit onderzoek zijn naast het verlenen van fulltime mantelzorg geen duidelijke factoren aan het licht gekomen die de ervaren belasting bij mantelzorgers kunnen verergeren, waardoor deze factoren onduidelijk blijven. Wel zijn er aanwijzingen gevonden dat het

hebben van een baan of gezin, de zwaarte van de zorg en de leeftijd waarschijnlijk niet de oorzaak zijn van het ervaren van een hoge belasting. Er is echter wel een factor naar voren gekomen die de ervaren belasting bij mantelzorgers mogelijk verlicht, namelijk het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende.

Een beperking van dit onderzoek is het lage aantal respondenten, welke ook niet representatief zijn voor de gehele populatie mantelzorgers. Zo week bijvoorbeeld de man-vrouwverhouding behoorlijk af en zijn vrouwen oververtegenwoordigd in de gebruikte dataset. Als gevolg hiervan is het mogelijk dat bestaande verbanden niet aantoonbaar gemaakt konden worden. Door het lage aantal werkende mantelzorgers in de dataset was het daarnaast niet mogelijk om onderscheid te maken tussen het aantal uren dat iemand werkt. Ondanks het lage aantal respondenten is de invloed van het stimuleren van zelfmanagement op de mate van ervaren belasting echter toch naar voren gekomen, wat opmerkelijk te noemen is.

Een sterk punt is dat in dit onderzoek de koppeling gemaakt wordt tussen zelfmanagement en de mate van belasting bij mantelzorgers, wat nog niet eerder is gedaan. Er kunnen echter vraagtekens geplaatst worden bij de meting van het stimuleren van zelfmanagement. Deze meting is gedaan aan de hand van anders geformuleerde stellingen uit het meetinstrument PAM, omdat er (nog) geen valide meetinstrument bestaat om het stimuleren van zelfmanagement te meten. Op deze wijze is getracht een zo goed mogelijk beeld te verkrijgen van de mate waarin mantelzorgers zelfmanagement stimuleren bij de zorgbehoevende. Dit is een goed begin, maar het heeft vervolg nodig zodat kan worden nagegaan hoe valide en betrouwbaar het meetinstrument is. Voor de meting van de mate waarin de mantelzorger zich belast voelt was echter wel een gevalideerd meetinstrument voorhanden. Er is gebruik gemaakt van een bestaand gevalideerd meetinstrument wat is ontwikkeld door het Sociaal en Cultureel Planbureau, waar nog een extra vraag aan is toegevoegd. Door de uitgevoerde factoranalyse is meer zekerheid verkregen over de gemeten dimensie belasting. De wijze waarop de mate van ervaren belasting is gemeten is dan ook een sterk punt van dit onderzoek te noemen.

Uit de genoemde beperkingen van dit onderzoek vloeien logischerwijs enkele aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Er wordt aanbevolen om te onderzoeken in hoeverre het gebruikte meetinstrument valide is, dan wel een meer valide meetinstrument te ontwikkelen waarmee het stimuleren van zelfmanagement gemeten kan worden. Gezien de toenemende vraag vanuit de overheid dat burgers meer zelfregie en zelfmanagement nemen is een valide meetinstrument zeer wenselijk. Eveneens kan dan met meer zekerheid onderzocht worden of het stimuleren van zelfmanagement inderdaad leidt tot een lagere ervaren belasting

bij mantelzorgers. Een tweede aanbeveling is om door middel van kwalitatief onderzoek te onderzoeken wat de ervaren belasting bij mantelzorgers verergert. Er wordt in dit onderzoek namelijk wel een verschil in de ervaren belasting gevonden tussen fulltime mantelzorgers en parttime mantelzorgers, maar het achterliggende mechanisme blijft onduidelijk. Ook verdwijnt dit effect na het toevoegen van controle variabelen, wat mogelijk te wijten is aan het lage aantal respondenten. Mogelijk komt het achterliggende mechanisme met kwalitatief onderzoek wel aan het licht.

Beleidsaanbeveling

Dit onderzoek is gedaan omdat 45% van de mantelzorgers zich matig tot ernstig belast voelt door het verlenen van informele hulp (De Boer et al., 2009). Onder de mantelzorgers in de gebruikte dataset blijkt dit percentage met 63% nog hoger te liggen. De naderende vergrijzingspiek zorgt voor een toenemende druk op het Nederlandse zorgstelsel. Om deze druk te verlagen wordt er van burgers verwacht dat zij meer zelf doen en bijvoorbeeld mantelzorg verlenen als iemand uit hun netwerk zorgbehoevend wordt (Peeters, Wiegers, De Bie & Friele, 2013). Sinds 1 januari 2015 is de nieuwe Wmo ingevoerd en ligt de verantwoordelijkheid van de maatschappelijke ondersteuning bij de gemeenten (De Vries & Kossen, 2015). Wanneer iemand zorg nodig heeft kan hij dit melden bij de gemeente, waarop een keukentafelgesprek volgt. Tijdens dit keukentafelgesprek wordt eerst gekeken of er iemand in het informele netwerk van de zorgbehoevende is die kan helpen alvorens wordt gekeken naar oplossingen met formele zorg (De Vries & Kossen, 2015).

Stakeholders

Bij het regelen van mantelzorg zijn verschillende actoren met uiteenlopende belangen betrokken. Allereerst is natuurlijk degene die zorg nodig heeft betrokken. Het belang van de zorgbehoevende is uiteraard dat hij of zij goede kwaliteit zorg ontvangt. De zorgbehoevende heeft echter niet veel invloed op wie de zorg gaat verlenen. De gemeente is verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning en beslist naar aanleiding van het keukentafelgesprek of iemand zorg nodig heeft en zo ja hoeveel. Vervolgens wordt gekeken of er mogelijkheden zijn om dit op te vangen door het informele netwerk van de zorgbehoevende (De Vries & Kossen, 2015). De gemeente heeft dus een grote invloed in dit proces. Het belang van de gemeente is dat de zorgbehoevende goede kwaliteit zorg krijgt en dat de kosten tegelijkertijd binnen het budget blijven passen.

Tevens is de mantelzorger zelf natuurlijk betrokken. De mantelzorger wordt door de gemeente gevraagd om mantelzorg te verlenen. Met name vrouwen blijken het verlenen van mantelzorg als sociale verplichting te kunnen zien (Timmermans et al., 2001), waardoor zij het waarschijnlijk moeilijker vinden om het verzoek te weigeren. Het belang van de mantelzorgers is enerzijds dat de zorgbehoevende goede kwaliteit zorg krijgt, anderzijds moet hun eigen situatie er niet onder lijden. Tot slot zijn mantelzorgorganisaties en –steunpunten betrokken om de mantelzorgers te ondersteunen. Hun belang is dat de mantelzorgers vitaal blijven en wanneer zij grote problemen zien kunnen zij dit aankaarten bij gemeenten of overheden. Ook kunnen zij naar de media stappen, wat hen een zekere invloed geeft.

Maatregel

De vraag naar mantelzorg zal de komende jaren waarschijnlijk alleen maar toenemen, terwijl nu al een hoog percentage van de mantelzorgers zich matig tot ernstig belast voelt. Over de oorzaken van deze ervaren belasting bestaat nog enige onduidelijkheid, maar in dit onderzoek is er wel een mogelijke oplossing aan het licht gekomen. Uit de resultaten van dit onderzoek kwam namelijk naar voren dat het stimuleren van zelfmanagement bij de zorgbehoevende leidt tot een lagere ervaren belasting bij de mantelzorger. Hierdoor lijkt het waardevol om mantelzorgers aan te leren zelfmanagement te stimuleren bij de zorgbehoevende voor wie zij zorgen. Daarom wordt aanbevolen om de mantelzorgers deze vaardigheden te leren op een cursus zelfmanagement, die in eerste instantie als pilot wordt aangeboden door mantelzorgorganisaties en –steunpunten. Deze cursus kunnen de mantelzorgers op eigen initiatief volgen. Daarnaast wordt aanbevolen dat de Wmo-consulent van de gemeente tijdens het keukentafelgesprek aan de hand van enkele vragen zal inventariseren of de mantelzorger zelfmanagement stimuleert bij degene die zorg nodig heeft. Wanneer dit niet het geval blijkt kan de Wmo-consulent de cursus zelfmanagement aanbieden. Totdat er een meer valide meetinstrument is ontwikkeld om het stimuleren van zelfmanagement te meten kunnen de stellingen in Appendix F hiervoor worden gebruikt. Er is voor deze 2 stellingen gekozen omdat uit statistische analyses is gebleken dat deze het dichtst liggen bij het stimuleren van zelfmanagement. Wanneer de mantelzorger één of beide stellingen met ‘niet mee eens’ of ‘helemaal niet mee eens’ beantwoordt kan de cursus worden aangeboden.

Aanbevolen wordt dat de cursus zelfmanagement bekostigd zal worden door de gemeente. Het is immers in hun belang dat de mantelzorgers niet overbelast raken, want wanneer mantelzorgers overbelast raken en hierdoor geen mantelzorg meer kunnen verlenen zal deze zorg overgenomen moeten worden door de (kostbare) formele zorg. Er wordt

daarnaast aanbevolen om bij zorgbehoevenden die al mantelzorg ontvingen voorafgaand aan het keukentafelgesprek de mate van belasting van de mantelzorger te meten tijdens het keukentafelgesprek. Na een half jaar wordt aanbevolen om een evaluatieonderzoek uit te voeren, zodat nagegaan kan worden of de mate waarin de mantelzorger zelfmanagement stimuleert is toegenomen en of de mate van ervaren belasting is afgenomen. Op deze wijze kan geëvalueerd worden of deze methode effectief is.

Een voordeel van deze maatregel is dat overbelasting bij mantelzorgers op een relatief goedkope manier in zekere mate kan worden verminderd. Bovendien is de zorgbehoevende meer betrokken bij de keuzes omtrent zijn of haar gezondheid en blijft de zelfstandigheid voor een groot deel behouden. Een keerzijde kan zijn dat niet alle mantelzorgers worden bereikt. Wanneer iemand geen contact opneemt met de gemeente voor een keukentafelgesprek zal dit niet plaatsvinden en kan de Wmo-consulent niet inventariseren in hoeverre zelfmanagement gestimuleerd wordt door de mantelzorger. De mantelzorger kan dan echter wel op eigen initiatief de cursus volgen. Het is daarnaast niet zeker dat een mantelzorger die aangeeft zelfmanagement te stimuleren, dit daadwerkelijk doet. De verwachting is echter dat mantelzorgers niet op grote schaal een ander beeld van de situatie zullen geven, omdat dit geen gevoelig onderwerp lijkt te zijn. Een andere kanttekening is dat de gemeente een kleine investering zal moeten doen om deze cursussen mogelijk te maken. Daar staat tegenover dat deze investering vele malen kleiner is dan de mantelzorg te vervangen door formele zorg, omdat de mantelzorger overbelast is en geen zorg meer kan verlenen.

Literatuur

- Bergen, A.M. van, (2011). Hoe versterk je de zelfregie van je cliënt? *Maatwerk: Vakblad voor maatschappelijk werk*, no. 5, oktober 2011.
- Boer, A. de, Broese van Groenou, M. & Timmermans, J. (2009). *Mantelzorg, een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Boer A. de, Broese van Groenou, M. & Keuzenkamp, S. (2010). Belasting van werkende mantelzorgers. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88, nr 6, p. 313- 319.
- Breedveld, K. & Broek, A. van den,. (2004). *De veeleisende samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/NWO.
- Brink, C. & Veen, N. van der,. (2013). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid*. Utrecht: Movisie.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford university press.
- Campen, van C., (2011) *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) , *CBS Statline; Bevolking; kerncijfers 2015*
Geraadpleegd op 23 februari 2016 van
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37296NED&D1=8,19-22&D2=0,10,20,30,40,50,64-65&HDR=G1&STB=T&VW=T>
- Coleman, D. (2006). Immigration and Ethnic change in low-fertility countries: a third demographic transition, *Population and Development Review*, 32(3): 401-446.
- Effing, T., Kerstjens, H., Valk, P. van der, Zielhuis, G., Palen, J. van der, (2009). (Cost) effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbations in patients with COPD: the COPE II study. *Thorax* 64, 956-962.
- Elzen, H. (2006). Self-management for chronically ill older people. *Dissertatie Universiteit Groningen*.
- Engelaer, F., Bodegom, D. van, & Westendorp, R. (2013). Sex differences in healthy life expectancy in the Netherlands. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33, 361-371.
- Engelaer, F. (2015). Demografische ontwikkelingen en informele zorg, in: *Een verkenning van de informele zorg van nu en de toekomst*. Den Haag: SMO. 9-16.

- Geurts, S., Taris, T., Kompier, M., Dijkers, J., Hooff, M. van & Kinnunen, U.M. (2005). Work home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19 (4), 319-339.
- Greenhaus, J. & Beutell, N. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10 (1), 76-88.
- Haas, T. de. & Broere, I. (2014). Zelfregie. Geraadpleegd op 10 februari 2016 van <http://tomdehaas-consultancy.nl/wp-content/uploads/2014/12/Zelfregie-en-eigenkracht.pdf>
- Hendriks, M., Plass, AM., Heijmans, M. & Rademakers, J. (2013). *Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik?* NIVEL.
- HLS-EU Consortium. (2012). Comparative report of health literacy in eight eu member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU. *Maastricht: HLS-EU Consortium*.
- Houtkoop, W., Allen, J., Buisman, M., Fourage, D. & Velden, R. van der, (2012). Kernvaardigheden in Nederland: Resultaten van de Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL). *Expertisecentrum Beroepsonderwijs*.
- Al-Janabi, H., Frew, E., Brouwer, W., Rappange, D., Exel, J. van. (2010). The inclusion of positive aspects of caring in the Caregiver Strain Index: Test of feasibility and validity. *International Journal of Nursing Studies*, (47), 984-993.
- Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P. & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat?*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kooiker, S. & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en Gezondheid. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kramer, B. & Kipnis, S. (1995). Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in care burdens. *Gerontologist* (35): p. 340-348.
- Peeters, J., Francke, A., Beek, S. van, & Meerveld, J. (2007). *Welke groepen mantelzorgers van mensen met dementie ervaren de meeste belasting? Resultaten van de monitor van het Landelijk Dementieprogramma*. Utrecht: NIVEL.
- Peeters, J., Wiegers, T., Bie, J. de & Friele, R. (2013). *Overzichtstudies: Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL & CCTR.
- Peters, P., Dulk, L. den, & Lippe, T. van der. (2008). Effecten van tijd-ruimtelijke flexibiliteit op de balans tussen werk en privé. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 24 (4), p. 341-362.

- Portegijs, W., Cloin, M., Roodsaz, R. & Olsthoorn, M. (2016). *Lekker vrij!?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) & Atria.
- Pot, A.M., van Dyck, R., en D.J.H. Deeg (1995). Ervaren druk door informele zorg; constructie van een schaal. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (26), p. 214-219.
- Pratt, C., Schmall, V., Wright, S. & Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family Relations*, vol. 34, no. 1, pp. 27-33.
- Putters, K. (2014). *Rijk Geschakeerd: Op weg naar de participatiesamenleving*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Rijken, M. & Heijmans, M. (2013). *Effecten van Zelfmanagement*. In: R. van den Brink; H. Timmermans; J. Havers; H. van Veenendaal. Ruimte voor regie: pioniers over zelfmanagement in de zorg. Deventer: Kluwer, 2013. p. 303-319.
- Rijksoverheid, 2015. Geraadpleegd 14 januari 2015 via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/inhoud/veranderingen-voor-mantelzorgers-en-zorgvrijwilligers>
- Scharlach, A., Sobel, E. & Roberts, R. (1991). Employment and caregiver strain: An integrative model. *Gerontologist* (31), p. 778-787.
- Timmermans, J., Boer, A. de, Campen, C. van, Klerk, M. de, Wit, J. de, & Woittiez, I. (2001). *Vrij om te helpen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Timmermans, J., de Boer, A. & Iedema, J. (2005). *De mantelval. Over de dreigende overbelasting van de mantelzorger*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Timmermans, J. & Boer, A. de. (2011). Meet de mantelzorger. *Zorg en Zeggenschap; platform over waardevolle zorg door cliënt participatie*, p. 32-33
- Verweij, A. (2008). Onderwijsdeelname: Indeling opleidingsniveau. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Vries, M. de, & Kossen, J. (2015). *Zó werkt de zorg in Nederland*. De argumentenfabriek.

Appendix A

Tabel A: Vragen en stellingen waarmee de ervaren belasting bij mantelzorgers is gemeten.

Vraag/stelling	Antwoordcategorieën
Sommige mensen voelen zich erg belast door de mantelzorg voor een zorgbehoevende, voor andere mensen geldt dit minder. Alles bijeengenomen, hoe belast voelde u zich de afgelopen periode toen u mantelzorg gaf?	Niet of nauwelijks belast Enigszins belast Tamelijk zwaar belast Zeer zwaar belast Overbelast
De situatie van degene voor wie ik zorg laat mij nooit los.	Geheel mee eens Mee eens Min of meer mee eens Niet mee eens Geheel niet mee eens
Ik voel mij nooit vrij van verantwoordelijkheden.	“ “
Door mijn betrokkenheid bij wie ik zorg voel ik mij erg gebonden.	“ “
Ik kom regelmatig tijd tekort door de verschillende taken die ik uitvoer.	“ “
Het combineren van de verantwoordelijkheden voor degene voor wie ik zorg en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee.	“ “ + Niet van toepassing
Het kost mij veel moeite om mijn huishouden te regelen.	“ “
In mijn vrije tijd ben ik te moe om iets te ondernemen.	“ “
Ik voel mij over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van degene voor wie ik zorg.	“ “
De hulp voor degene voor wie ik zorg komt te veel op mijn schouders neer.	“ “
Ik heb het gevoel altijd klaar te moeten staan voor degene voor wie ik zorg.	“ “
Ik doe mijn werk of andere bezigheden minder zorgvuldig dan ik zou willen, omdat ik het zo druk heb met helpen.	“ “
Door mijn betrokkenheid bij degene voor wie ik zorg kreeg ik conflicten thuis.	“ “

Door mijn betrokkenheid bij degene voor wie ik zorg kreeg ik conflicten op mijn werk.	“ “ + Niet van toepassing
Mijn zelfstandigheid komt in de knel door de zorgtaken die van mij verwacht worden.	“ “
Is uw gezondheid door het hulp geven veranderd?	Mijn gezondheid is vooruitgegaan Mijn gezondheid is hetzelfde gebleven Mijn gezondheid is achteruitgegaan
Bent u sinds u hulp biedt ziek of overspannen geraakt, doordat u te veel verplichtingen tegelijkertijd had?	Ja Nee

Appendix B

Tabel B: Minimum, maximum, gemiddelde en standaarddeviatie van de variabelen die gebruikt worden voor de variabele belasting mantelzorg (n = 110)^a.

	Min	Max	M*	SD*
Directe vraag belasting	1	5	2.94	1.07
Situatie laat mij nooit los	2	5	4.30	.91
Nooit vrij van verantwoordelijkheden	2	5	4.31	.86
Erg gebonden door betrokkenheid	2	5	4.22	.87
Tijd tekort komen	2	5	3.35	1.04
Combineren met werk/gezin	0 ^b	5	2.96	1.73
Moeite huishouden	1	5	2.9	1.12
In vrije tijd te moe	1	5	3.08	1.21
Erg onder druk	1	5	3.47	1.10
Teveel op mijn schouders	1	5	3.45	1.10
Altijd klaar moeten staan	2	5	3.86	1.00
Werk of andere bezigheden minder zorgvuldig	1	5	2.88	1.13
Conflicten thuis	1	5	2.39	1.08
Conflicten op werk	0 ^c	5	1.17	1.51
Zelfstandigheid in de knel	1	5	2.92	1.17
Verandering gezondheid	2	3	2.45	.50
Ziek of overspannen	1	2	1.28	.45

*afgerond op 2 decimalen

^a Een hoge waarde representeert een hoge mate van belasting

^b 0 betekent 'niet van toepassing'

^c 0 betekent 'niet van toepassing'

Appendix C

Tabel C: Correlaties tussen belasting factor, belasting categorieën en belastingschaal (n = 110).

	Factor belasting	Belasting categorieën	Belastingschaal
Factor belasting		.879**	.940**
Belasting categorieën			.923**
Belastingschaal			

** p < .01 (2-tailed)

Appendix D

Tabel D: Stellingen waarmee het stimuleren van zelfmanagement is gemeten.

Stelling	Antwoordcategorieën
Ik weet welke oplossingen er zijn voor de problemen van degene aan wie ik zorg verleen.	Helemaal niet mee eens Niet mee eens Mee eens Helemaal mee eens
Uiteindelijk is de zorgbehoevende zelf verantwoordelijk voor zijn/haar gezondheid.	“ ”
De zorgbehoevende een actieve rol in te laten nemen in zijn of haar gezondheid, heeft de meeste invloed op zijn of haar gezondheid.	“ ”
Ik heb er vertrouwen in dat ik degene aan wie ik zorg verleen kan helpen bij het samen uitvoeren van de stappen die nodig zijn om om te gaan met de situatie.	“ ”
Ik heb er vertrouwen in dat ik kan inschatten waar de zorgbehoevende hulp bij nodig heeft.	“ ”
Ik stimuleer de zorgbehoevende om wat hij/zij zelf kan, zelf te blijven doen.	“ ”
Ik betrek de zorgbehoevende actief (bijvoorbeeld door meedenken, meebeslissen, taken zelf laten uitvoeren) bij de hulp die hij/zij krijgt.	“ ”

Appendix E

Tabel E: Minimum, maximum, gemiddelde en standaarddeviatie van de items die gebruikt worden voor de variabele zelfmanagement stimuleren (n = 110).

	Min	Max	M*	SD*
Zelfmanagement stimuleren				
Oplossingen problemen	1	4	2.6	.76
Zorgbehoevende verantwoordelijk	1	4	2	.78
Actieve rol	1	4	2.62	.84
Vertrouwen uitvoeren stappen	1	4	2.62	.74
Vertrouwen inschatten	1	4	3.05	.63
Stimuleren zelf doen	1	4	3.19	.72
Betrekken bij hulp	1	4	3.02	.72

*afgerond op 2 decimalen

Appendix F

Stelling	Antwoordmogelijkheden
Ik stimuleer de zorgbehoevende om wat hij/zij zelf kan, zelf te blijven doen.	Helemaal niet mee eens Niet mee eens Mee eens Helemaal mee eens
Ik betrek de zorgbehoevende actief (bijvoorbeeld door meedenken, meebeslissen, taken zelf laten uitvoeren) bij de hulp die hij/zij krijgt.	Helemaal niet mee eens Niet mee eens Mee eens Helemaal mee eens