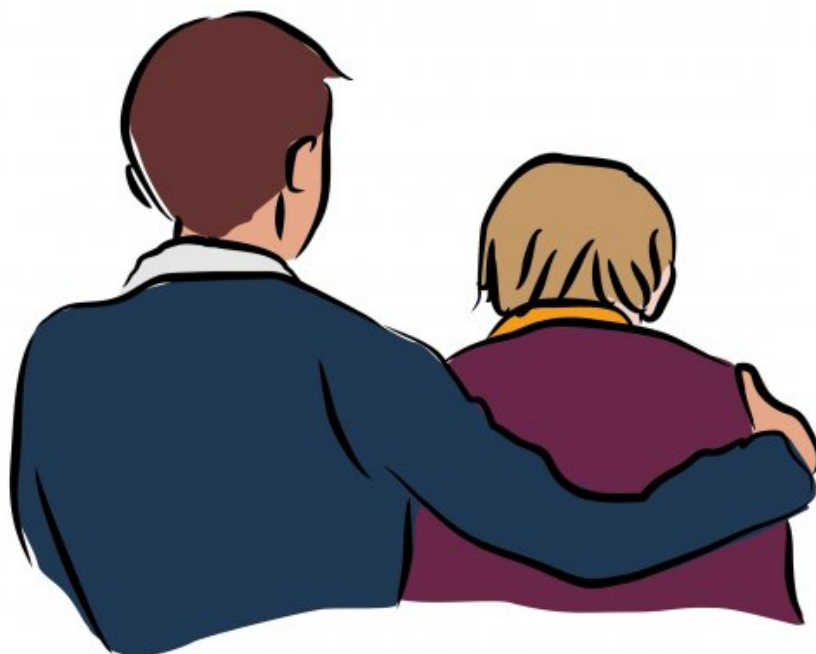


Mantelzorg in de participatiesamenleving

Voorspellers van positieve ervaringen met mantelzorgen in de ouder-kind relatie



Marlies Cools

11 juni 2019

Studentnummer: 4094727

Masterthesis Social Policy & Public Health

Eerste lezer: Dr. Marijn Scholte

Tweede lezer: Dr. Carlijn Kamphuis

Aantal woorden: 8108



Universiteit Utrecht

Samenvatting

Aanleiding. In de participatiesamenleving komt de zorg voor ouderen steeds vaker op de schouders van hun kinderen te liggen. Om een gezonde mantelzorgpopulatie te waarborgen, is het belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan de ervaring van mantelzorgers. Het doel van deze studie is om te onderzoeken of een zestal factoren de positieve ervaring van mantelzorgers beïnvloedt. **Methode.** Op basis van data van het Informele Zorg Onderzoek van het SCP (2016) over de omvang en aard van informele zorg is onderzocht wat de invloed is van de volgende factoren op het hebben van positieve ervaringen met mantelzorgen: de intrinsieke motivatie van de mantelzorger om te zorgen voor familie; het type zorgtaak dat hij/zij vervult; de zorgondersteuning vanuit de overheid waarvan hij/zij gebruikmaakt; de ontvangen waardering van de zorgontvanger; en het aantal uur dat een mantelzorger zorgt en betaald werk verricht. Door middel van een multiële lineaire regressie analyse zijn deze relaties onderzocht, alsook het interactie effect tussen het aantal uur zorg en het aantal uur betaald werk. **Resultaten.** Uit de resultaten blijkt dat, wanneer men meer uren mantelzorg verleent, een hogere intrinsieke motivatie heeft, informatie/advies en materiële hulp van de overheid gebruikt, meer waardering ontvangt of verpleegkundige hulp verleent, dit een positief effect heeft op het aantal positieve ervaringen. Een negatief effect is gevonden bij het verlenen van huishoudelijke hulp. Voor het interactie-effect is geen significante relatie gevonden. **Conclusie.** Dit onderzoek verschaft nieuwe inzichten met betrekking tot onder andere de zorgtaak die mantelzorgers vervullen en de zorgondersteuning die zij krijgen. Aanbevolen wordt om ondersteuning in de vorm van informatie/advies en materiële hulp meer in te zetten. Daarnaast zou huishoudelijke hulp vaker door betaalde krachten kunnen worden verricht, en zouden mantelzorgers juist extra verantwoordelijkheid kunnen krijgen bij het uitvoeren van verpleegkundige hulp.

1. Inleiding

‘Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving. De regering zet hiermee in op toekomstige betaalbaarheid van voorzieningen en op solidariteit tussen generaties.’ (Troonrede, 2013). Met deze uitspraak luidde koning Willem Alexander in 2013 de participatiesamenleving in. Vooral in de zorgsector zijn de consequenties van deze samenlevingsvorm merkbaar. Een antwoord op de grote vraag naar sociale, emotionele en praktische ondersteuning vanuit ouderen wordt steeds vaker gezocht binnen mantelzorg (Kalmijn, 2010). Om de poel van mantelzorgers gezond te houden, is het belangrijk dat mantelzorgers positieve ervaringen beleven. Het verlenen van mantelzorg kan volgens Truijens et al. (2015) namelijk een positief effect hebben op de ervaren gezondheid en kan gevoelens van geluk opleveren. Dit is niet te danken aan een vermindering van negatieve mantelzorgervaringen: volgens Oldenkamp (2018) leidt dat immers niet automatisch tot meer positieve ervaringen. Om de positieve ervaringen te kunnen verbeteren, is het daarom belangrijk om te onderzoeken welke factoren juist een positief effect hebben op de ervaring van mantelzorgers.

Bestaand onderzoek naar positieve ervaringen richt zich vooral op factoren die verklaren waarom iemand mantelzorger wordt. Waarschijnlijk vanwege het vrijwillige karakter dat mantelzorg voorheen had. Er zal in de toekomst echter steeds minder ruimte zijn voor een eigen keuze om te zorgen, omdat de vraag naar mantelzorg aanzienlijk stijgt binnen de participatiesamenleving (van Groenou & de Boer, 2016). Door de vergrijzende, steeds ouder wordende populatie en een geboortecijfer dat in 50 jaar ongeveer 30% is gedaald (World Bank, 2019), komt de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat namelijk in het geding. Door het dalende kindertal en het groeiende aantal vrouwen op de arbeidsmarkt (CBS, 2019), zijn er tevens minder mensen beschikbaar om een groeiende behoefte aan zorg op te vangen. Om deze veranderingen het hoofd te kunnen bieden werden de WMO en de AWBZ vervangen door nieuwe wetten. Grotendeels houden de veranderingen in dat de zorg voortaan uitbesteed wordt aan gemeenten, dat er minder budget is en er dus op een andere (onbetaalde) manier zorg verleend moet worden (Movisie, 2014). Waar de overheid in de tijd van de verzorgingsstaat de rol van de familie op een bepaalde manier had overgenomen - door mensen individueel van zorg te voorzien -, zijn mensen nu steeds meer afhankelijk van hun eigen netwerk, en dan met name van hun volwassen kinderen (Kalmijn, 2010). De ouder-kind relatie is immers vaak een bron van emotionele steun en liefde (Fokkema, Ruijter & Maas, 2003). Uit het SCP rapport *Informele hulp* blijkt dat 45% van de mantelzorgers hulp geeft aan een (schoon)ouder, waarvan 36% aan een ouder (de Klerk et al., 2015). Mantelzorg wordt onontkoombaar in de participatiemaatschappij, waardoor focus op het behoud van een gezonde mantelzorgpopulatie gewenst is.

Weldegelijk zijn er onderzoeken gedaan naar voorspellers van positieve ervaringen met mantelzorgen. Volgens de Boer et al. (2012) hangen positieve ervaringen sterk samen met persoonskenmerken van de mantelzorger, zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Ook het hebben van een intrinsieke motivatie om te zorgen bepaalt hoe positief de ervaring is. Mensen die zich sterk verbonden voelen met de zorgbehoefte en

mensen die sterk gemotiveerd zijn om te helpen blijken vaker positieve ervaringen te hebben (de Boer et al., 2012). Andere factoren die de ervaring van mantelzorg bepalen zijn het hebben van een betaalde baan of het ontvangen van waardering van de zorgontvanger (van Groenou et al., 2013; Schulz et al., 2012). Ook de mogelijkheden tot ondersteuning vanuit de overheid spelen een rol in de ervaring: wanneer men taken kan uitbesteden zorgt dit uiteindelijk voor een hoger welbevinden (Verbakel et al., 2015).

Omdat de participatiesamenleving nog maar enkele jaren van start is, ontbreekt veel onderzoek dat is uitgevoerd in deze periode. Dit onderzoek onderscheidt zich erin dat het onderzoekt welke factoren juist in de participatiesamenleving meespelen in de ervaring van mantelzorgen. In de context van de vergrijzende samenleving en de grote rol die hierin voor volwassen kinderen is weggelegd, zal dit onderzoek zich richten op de kind-ouder relatie. De volgende hoofdvraag komt hieruit tot stand:

Welke factoren hebben een positief effect op de ervaring van het verlenen van mantelzorg in de relatie van volwassen kind aan diens ouder sinds de invoering van de participatiesamenleving?

2. Theoretisch kader

In deze studie zal eerst het begrip mantelzorg worden uitgewerkt. Vervolgens wordt de term positieve ervaringen besproken op basis van bestaande literatuur. Dan volgt een theoretische verkenning naar zes factoren die de ervaring van het verlenen van mantelzorg beïnvloeden, telkens met afsluitend een hypothese. De factoren zijn verdeeld over vier categorieën.

2.1 Mantelzorg

Mantelzorg werd eerder door het SCP gedefinieerd als zorg die wordt gegeven aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe omgeving. Of dat nu een direct familielid is, een goede vriend, een kennis of de buurman. Het gaat hierbij niet om hulp als gevolg van een beroep of georganiseerd vrijwilligerswerk. De zorg kan allerlei vormen aannemen, variërend van huishoudelijke hulp tot persoonlijke verzorging (SCP, 2008).

2.2 Positieve ervaringen

Positieve evaluaties van zorgverlening worden door de Boer en collega's (2012) uitgedrukt in termen van voldoening, betekenisgeving, het ervaren van plezier en het versterken van de band met de hulpbehoevende. Positieve ervaringen beginnen met effecten bij de persoon zelf, verbreden zich naar de relatie met de hulpbehoevende en strekken zich vervolgens uit naar een breder terrein van functioneren, namelijk competenties en sociale relaties met anderen (de Boer et al., 2012).

Veel mantelzorgers ontleen positieve zelfwaardering aan mantelzorgen. Bovendien kunnen zorgverleners ervaring, bekwaamheid en zelfrespect ervaren in hun mantelzorgfunctie (Trukeschitz et al., 2013). De mantelzorgers die veel zelfwaardering ontleen aan de zorgverlening, rapporteren een betere kwaliteit van leven (Van den Bos, 2006). Het hebben van positieve ervaringen met mantelzorg hangt verder samen met het langer kunnen volhouden van mantelzorg (Heide et al., 2018). Om de kwaliteit van leven van mantelzorgers te vergroten, is onderzoek naar positieve ervaringen met mantelzorgen essentieel. Belangrijk om hierbij te vernoemen is dat positieve en negatieve evaluaties naast elkaar kunnen voorkomen. Zo kan een intensieve zorgsituatie als zeer belastend worden ervaren in termen van tijd en verantwoordelijkheid, en tegelijkertijd positief geëvalueerd worden omdat men veel voldoening ervaart van de zorgverlening en zich gewaardeerd voelt door de hulpbehoevende en de nabije omgeving (de Boer et al., 2012).

2.3 Voorspellers van positieve ervaringen

Door de Klerk et al. (2015) wordt onderscheid gemaakt tussen vier categorieën waar voorspellers van de ervaring van mantelzorgers onder geschaard kunnen worden. Dit zijn kenmerken van de mantelzorgers zelf (I); de persoon voor wie zij zorgen (II); de ondersteuning die zij krijgen (III); en praktische kenmerken (IV). Om dit onderzoek af te bakenen is aan de hand van deze indeling per categorie één factor meegenomen, waarvan is

aangetoond dat deze van invloed is op de ervaring van de mantelzorger. Vanwege het brede terrein dat de laatste categorie beslaat, zijn hierbij drie factoren meegenomen. Voor selectie van deze factoren is gekeken of ze bekend zijn in recente literatuur én of ze zodanig beïnvloedbaar zijn, dat er realistische beleidsaanbevelingen gedaan kunnen worden om meer positieve ervaringen te realiseren.

2.3.1 Categorie I: zorgverlener

Factor: motivatie

Hoe mantelzorgen ervaren wordt hangt grotendeels af van de motivatie die de mantelzorger heeft om te gaan zorgen. Volgens de *Self-Determination theory* van Deci & Ryan (2000) kunnen mensen proactief en geëngageerd zijn, of passief en vervreemd. Bij een intrinsieke motivatie doet men iets omdat men het interessant of plezierig vindt, terwijl men bij extrinsieke motivatie enkel gericht is op het resultaat van de actie. De kwaliteit van de ervaring kan heel verschillend zijn afhankelijk van intrinsieke versus extrinsieke motivaties (Deci & Ryan, 2000). Wat een intrinsieke motivatie kan bevorderen is het hebben van een positieve houding jegens mantelzorg an sich, wat kan bijdragen aan een positieve evaluatie van mantelzorgen (Kramer, 1997). Mantelzorgers die hulp verlenen omdat zij professionele hulp willen voorkomen of uitstellen, rapporteren vaker positieve ervaringen (de Klerk et al., 2015). Wanneer er echter sprake is van een extrinsieke motivatie, verleent de mantelzorger hulp omwille van de uitkomst - een geholpen hulpbehoevende -. Dit doet zich voor wanneer er hulp geboden wordt vanuit een ervaren gebrek aan alternatieven, wat juist leidt tot een sterkere belasting. Andere extrinsieke motivaties in de context van mantelzorg wijzen in dezelfde richting. Wie helpt uit plichtsbesef is minder positief over de hulpverlening dan wie helpt vanuit vanzelfsprekendheid of liefde (Jones et al., 2011). Het minst positief zijn degenen die hulp verlenen omdat niemand anders mantelzorg wil of kan geven (de Koker, 2006). Motivatiefactoren en de voorkeur voor mantelzorg verklaren volgens Schulz et al. (2012) het grootste deel van een positieve evaluatie van mantelzorg. De volgende hypothese komt hieruit tot stand:

H1: Een intrinsieke motivatie om te zorgen zal leiden tot meer positieve ervaringen met mantelzorgen.

2.3.2 Categorie II: zorgontvanger

Naast de motivatie van de mantelzorger, kunnen ook kenmerken van de zorgontvanger een invloed uitoefenen op de ervaring van de mantelzorger. Volgens de Klerk et al. (2015) zijn het vooral de kenmerken van de hulpbehoevende (zoals de sociale relatie) en de hulpsituatie (zoals de intensiteit van de zorg) die er toe doen. Onderzoek van Schulz et al. (2012) laat verder zien dat de emotionele, mentale en gedragsgezondheid van de zorgontvanger sterk geassocieerd worden met het welzijn van de zorgverlener. Daarnaast blijkt het uiten van waardering naar de zorgontvanger mee te spelen in de ervaring van de mantelzorger. Zo leidt het geven van hulp aan een hulpbehoevende die waardering toont tot meer positieve ervaringen (de Klerk et al., 2015).

Factor: waardering

Volgens de Dementiemonitor 2018 draagt waardering bij aan een positieve ervaring van mantelzorgen (Heide et al., 2018). Uit onderzoek onder vrijwilligers blijkt nogmaals hoe belangrijk waardering kan zijn voor het geven van hulp (Schyns & de Boer, 2014). Wanneer de hulpbehoevende waardering toont, levert dit een significant effect op voor het beleven van positieve ervaringen onder mantelzorgers (de Klerk et al., 2015). Ook in een kwalitatieve studie gaven vrijwilligers aan immateriële waardering belangrijker te vinden dan financiële vergoedingen: “Een glimlach of een tevreden blik van een hulpbehoevende betekent meer dan een kilometervergoeding.” (Schyns en De Boer, 2014: 69). De hypothese die hieruit voortvloeit is als volgt:

H2: Hoe vaker de zorgontvanger waardering toont aan de mantelzorger, hoe positiever de mantelzorger het zorgen ervaart.

2.3.3 Categorie III: sociale context

Factor: zorgondersteuning

Er is een verschil tussen de steun die door de overheid geboden wordt en de ervaring van deze steun door mantelzorgers. Één op de drie mantelzorgers is namelijk niet op de hoogte van de mogelijkheden voor mantelzorgondersteuning en weet niet waar hij/zij hiervoor terecht kan (Mezzo, 2017). Desondanks is er veel bekend over het positieve effect van geboden steun op het welzijn van mantelzorgers. Het onderzoek van Mezzo (2017) onder 1273 mantelzorgers die een vorm van ondersteuning kregen, wees uit dat de ervaren opbrengsten van de geboden mantelzorgondersteuning groot waren. Zo besteedden zorgverleners minder uren aan het uitvoeren van zorgtaken (bijvoorbeeld door het inzetten van professionele thuiszorg of door het ontvangen van steun van familie en vrienden). Deze vermindering in bestede zorguren verhoogt vervolgens het welbevinden van zorgverleners (zowel direct als via verminderde belasting) (Verbakel, 2015). Volgens van Groenou et al. (2013) kan psychologische en sociale ondersteuning de zorglast van mantelzorgers verminderen. Het feit dat meer hulpbronnen samengaan met een kleiner gat in het welzijn tussen verzorgers en niet-verzorgers onderstreept dit gegeven (Verbakel, 2014). Toch kunnen diensten gericht op psychologische ondersteuning, het faciliteren van de combinatie van werk en zorg, en financiële ondersteuning de negatieve welzijnsgevolgen van mantelzorg niet altijd verminderen. Formele lange termijn zorg hulpbronnen zouden nuttig zijn, maar de kosten voor deze bronnen zullen groeien naarmate de populatie ouder wordt. Deze stijgende kosten suggereren dat formele hulpmiddelen voor langdurige zorg niet de ideale oplossing zijn om een duurzaam en betaalbaar gezondheidszorgsysteem in de toekomst te behouden (Verbakel, 2014). Met betrekking tot de zorgondersteuning wordt de volgende hypothese geformuleerd:

H3: Wanneer gebruik wordt gemaakt van ondersteuning vanuit de overheid, draagt dit bij aan meer positieve ervaringen onder mantelzorgers.

2.3.4 Categorie IV: praktische kenmerken

Factor: betaalde baan

De Nederlandse overheid streeft naast meer mantelzorg ook naar een hogere arbeidsparticipatie. Als gevolg van meer zorgverlening kunnen problemen ontstaan bij het combineren van werk en gezinsrollen (van Groenou et al., 2013). 23% van de werknemers verricht mantelzorg en deze groep rapporteert gemiddeld meer psychische vermoeidheid dan niet-zorgende werknemers. (van Groenou et al., 2016). Door tijdsdruk kan het hebben van een betaalde baan, betrokken zijn bij vrijwilligerswerk of zorgen voor een gezin met jonge kinderen erg belastend zijn (Bauer & Sousa-Poza, 2015). Degenen die meer tijd beschikbaar hebben, zullen dan ook eerder zorgen voor hun ouder (Silverstein et al. 2008). Van Groenou et al. (2016) pleit voor een open en ondersteunende cultuur in de organisatie; wat eraan kan bijdragen dat werknemers beter in staat zijn om werk en mantelzorg te combineren.

Toch hoeft het combineren van verschillende rollen volgens Schyns & de Boer (2014) niet noodzakelijk negatief te zijn, maar kan het tot verrijking en zelfs ontspanning leiden. Volgens Isarin (2005) *'beschouwen werkende mantelzorgers hun werk als belangrijke voedingsbron. Betaalde arbeid garandeert niet alleen een inkomen, maar geeft ook afleiding, horizonverbreding en sociale contacten en biedt de waardering en erkenning die in de zorg vaak ontbreken.'* Dit sluit aan bij argumentatie van Trukeschitz et al. (2013); zorgverleners zouden in de context van werk beter in staat zijn om met stress om te gaan in vergelijking met niet-zorgverleners. Zij zouden tijd-management vaardigheden hebben opgedaan als mantelzorger en een goed vermogen hebben om belangrijke taken te prioriteren. Tegelijk kunnen dergelijke vaardigheden overslaan naar andere levensdomeinen, waardoor het welzijn in het algemeen kan verbeteren (of op zijn minst een deel van de negatieve gevolgen van zorgverlening kan compenseren) (Verbakel, 2014).

Vooraf wanneer men al werkzaam is in de zorg, kan het combineren van intensieve thuiszorgverlening en professionele zorgverlening zorgen voor meer zelfverzekerdheid en prestaties (Boumans en Dorant, 2013). Door de energie expansie als gevolg van het combineren van de hierboven genoemde rollen kunnen meer positieve ervaringen plaatsvinden (Dautzenberg et al., 2000).

Op basis van bovenstaande contrasterende literatuur kan geen eenduidige hypothese geformuleerd worden. In combinatie met het aantal uur zorg kan dit daarentegen wel (zie factor 'aantal uur zorg').

Factor: aantal uur zorg

Zoals eerder is genoemd, leidt een vermindering in het aantal uur verleende zorg tot een verhoogd welbevinden van mantelzorgers (Verbakel, 2015). Anderzijds komt in het SCP Rapport naar voren dat mantelzorgers die langdurig zorgen, relatief vaak positieve ervaringen rapporteren (de Klerk et al., 2015). Een mogelijke verklaring die het SCP hiervoor geeft is dat mensen met veel positieve ervaringen het geven van hulp langer volhouden. Yates et al. (1999) suggereerden echter dat de intensiteit (duur en uren) van de zorgverlening vooral een rechtstreeks verband houdt met de zorglast (en dus niet met het welbevinden). Een ander onderzoek onder kinderen die zorgen voor een ouder beweert dat meer uren zorg voor iemand met een fysieke beperking en zonder gedragsproblemen aan een positieve evaluatie kan bijdragen (van Groenou et al., 2013).

Wanneer er wordt gekeken naar de combinatie van een betaalde baan en het aantal uur verleende zorg, komt in het onderzoek van Boumans & Dorant (2013) naar voren dat mantelzorgers die meer dan acht uur per week

zorgen, meer moeite hadden met het combineren van werk en informele zorg. Deze groep ervaart ook significant meer problemen als gevolg van interrupties op het werk door de zorg. Deze bevindingen vinden grond in de tijdsbudgetrestrictietheorie. Men heeft namelijk maar een beperkt aantal uren per dag te besteden, waarbij een uur slechts op één manier kan worden gespenseerd (van der Lippe, Jager & Kops, 2003). Concurrentie tussen mantelzorg en andere activiteiten kan daarom ontstaan (Darley & Batson, 1973). Mantelzorgers die intensief zorgen (acht uur of meer per week) laten een hogere belasting zien. Dit komt overeen met de bevindingen van Kim et al. (2011), waarin het aantal uren verleende zorg samenhangt met de belasting van de zorgverlener. Op basis van de tijdsbudgetrestrictietheorie wordt verwacht dat de tijd besteed aan werk negatief samenhangt met de tijd besteed aan mantelzorg (Freeman, 1997). De volgende hypothesen komen hieruit voort:

H4: Naarmate de mantelzorger minder uren zorgt, zal hij/zij meer positieve ervaringen hebben.

H5: Naarmate de mantelzorger meer uren besteed aan betaald werk en tegelijk meer uren besteed aan mantelzorg, zal hij/zij minder positieve ervaringen hebben.

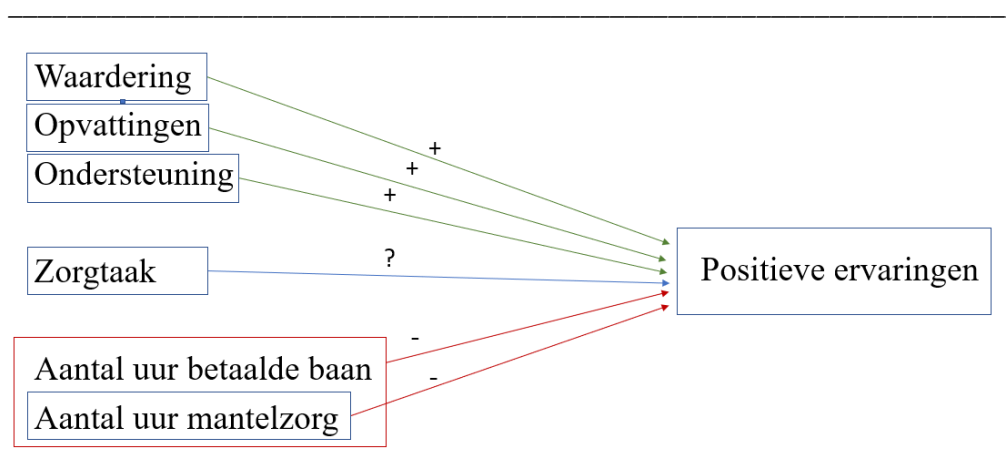
Factor: zorgtaak

De zorgtaak die vaak als positief werd bestempeld in een Canadese steekproef is het houden van gezelschap (Cohen et al., 2002). Behalve cijfers over de frequentie van verschillende vormen van verleende hulp, is over een verband tussen het soort hulp dat door de mantelzorger geboden wordt en de ervaring van dezorger in bestaande literatuur niet veel te vinden. Coördinerende taken en gezelschap houden zouden vaker door intensieve mantelzorgers worden opgepakt (Boumans & Durant, 2013).

Ondanks de afwezigheid van literatuur omtrent deze factor, mag het belang om het te onderzoeken niet onderschat worden. Indien bepaalde zorgtaken als meer of minder positief worden ervaren, kan daar eventueel op ingespeeld worden door (extra) ondersteuning te bieden of juist meer verantwoordelijkheid te geven aan de mantelzorger. De hypothese die hieruit voortvloeit is:

H6: Het houden van gezelschap leidt tot meer positieve ervaringen bij mantelzorgers dan andere zorgtaken.

De verwachtingen die op basis van bovenstaande literatuur zijn ontstaan zijn overzichtelijk gemaakt in een conceptueel model in Figuur I hieronder.



Figuur I: Conceptueel model voorspellingen

3. Methoden

3.1 Dataset en respondenten

Binnen dit onderzoek is gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksmethode, omdat een verband gezocht wordt tussen zes onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele 'positieve ervaringen'. Daarnaast wordt gekeken of er sprake is van onderlinge samenhang tussen de onafhankelijke variabelen met betrekking tot de afhankelijke variabele. Er zal gewerkt worden met een multipel model om verbanden tussen bepaalde kenmerken en de afhankelijke variabele te toetsen. Hiervoor zal gebruikt gemaakt worden van data uit het Informele Zorg Onderzoek (IZG) die in 2016 is verzameld door het CBS in samenwerking met het SCP. Dit onderzoek is gericht op de feitelijke omvang van informele zorg, de bereidheid om zorg te verlenen en de kenmerken die samenhangen met het willen verlenen van zorg.

De doelpopulatie betreft in Nederland woonachtige personen van zestien jaar of ouder die deel uitmaken van een particulier huishouden. De respondenten zijn geworven door middel van een aanschrijfverzoek om de vragenlijst via internet in te vullen. Wanneer een reactie uitbleef is men overgegaan op een telefonische benadering. De telefonische vragenlijst is door getrainde interviewers afgenomen. Er zijn twee gestratificeerde tweetrapssteekproeven getrokken uit het steekproefkader dat is afgeleid uit de Basisregistratie Personen, om een representatieve steekproef te vertegenwoordigen. Zowel de gebruikte steekproef als de mantelzorgende populatie omvat meer vrouwen dan mannen (Oudijk et al., 2010).

Voor de eerste steekproef is gestratificeerd naar coropgebied (zie Bijlage I). Deze indeling is in 1970 ontwikkeld op basis van 'kernen' met verzorgingsgebieden of regiofuncties, waarbij de forenzenstromen als basis hebben gediend. Er zijn systematisch deelgemeenten geselecteerd (met kansen evenredig aan de inwoneraantallen). Vervolgens is via een clustersteekproef te werk gegaan, waarbij het aantal te trekken personen per deelgemeente gelijk was en van tevoren vastgesteld. De tweede steekproef is een enkelvoudige aselechte steekproef, met dezelfde omvang per deelgemeente als in de eerste steekproef. De eerste steekproef heeft 7.112 respondenten opgeleverd (via internet) en de tweede 14.224 respondenten (telefonisch). Om tot deze aantallen te komen werd berekend hoeveel respondenten er nodig waren om aan een responseis van het aantal actieven te komen (2.800). Met actief wordt hier bedoeld dat iemand vrijwilliger is in de zorg en/of mantelzorg. Alles vond plaats in de periode van 13 september tot en met 9 december 2016. Doordat de vragenlijst via internet of telefonisch is afgenomen, hadden respondenten zelf invloed op de tijd en plaats van het invullen. Er is ook nadrukkelijk gevraagd of de mantelzorger in de afgelopen twaalf maanden gezorgd heeft, waarmee de betrouwbaarheid van de antwoorden verhoogd is en dus de ecologische validiteit vergroot. Door respondenten mee te nemen die actief zijn én die zorgen voor een ouder, en door vervolgens de missings te verwijderen komt N uit op 581 respondenten. Dit is groot genoeg om de mantelzorgende populatie in de relatie kind-ouder te vertegenwoordigen.

3.2 Operationalisatie en dataverzameling

3.2.1 Afhankelijke variabele

Positieve ervaringen zijn door verschillende onderzoekers anders gemeten. Hoefman en Brouwer (2010) hebben een instrument ontwikkeld waarmee zij zowel de belasting als het welzijn van de mantelzorger meten. De positieve effecten gaan enkel over voldoening en ontvangen steun (Hoefman & Brouwer, 2010). Een ander model om positieve ervaringen te meten is het *stress-coping* model (Lazarus & Folkman, 1984). Hierin oordeelt een individu of hij/zij in staat is adequaat op een 'stressor' te reageren, gegeven de eigen capaciteiten, mogelijkheden en potentiële hulp van anderen. Naarmate de gebeurtenis als meer uitdagend en controleerbaar wordt gezien, wordt een positievere evaluatie van de gebeurtenis verwacht (de Boer et al., 2012). Deze modellen beperken zich tot een klein aantal typen (intrinsieke) motivaties. Voor dit onderzoek heeft de selectie uit de IZG Vragenlijst (2016) op basis van intrinsieke waarden geleid tot een zestal items. De afhankelijke variabele *positieve ervaringen* zal aan de hand van de volgende stellingen gemeten worden:

1. Ik geniet/genoot van de leuke momenten die er zijn/waren met de persoon aan wie ik hulp geef/gaf.
2. Door het geven van hulp leer/leerde ik nieuwe mensen kennen.
3. Door het geven van hulp leer/leerde ik blij te zijn met kleine dingen.
4. De persoon die ik help/hielp en ikzelf zijn dichterbij elkaar gekomen.
5. Zorgen voor deze persoon geeft/gaf mij een goed gevoel.
6. Door het zorgen leer/leerde ik nieuwe dingen.

De items konden worden beantwoord met een 5punts Likertschaal, van '1 helemaal mee eens' tot '5 helemaal mee oneens', waarbij een lagere score duidt op meer positieve ervaringen. Om zeker te weten of de items hetzelfde construct meten, is allereerst een factoranalyse uitgevoerd voor de zes items. De determinant had een waarde van .328, welke groter is dan .00001. De items zijn dus genoeg gerelateerd aan elkaar. Ook is er geen sprake van multicollineariteit: geen enkele waarde is hoger dan .8 (de hoogste waarde is .481). De waarde op de KMO Test is .761, dat hoger is dan het minimum van .5 dat nodig is voor een adequate steekproef. Daarnaast is het significantieniveau op Bartlett's Test kleiner dan .001, wat duidt op een geschiktheid van het gebruik van een factoranalyse voor deze data.

Door het gemiddelde van de items te berekenen kon een schaal gecreëerd worden die van 1 tot 5 loopt, die in de analyse beschouwd zal worden als continu. De cronbach's alpha van het gemiddelde komt uit op .733. Deze score wijst op een hoge mate van betrouwbaarheid. Er is geen sprake van een hogere cronbach's alpha bij het verwijderen van een item uit de schaal.

3.2.3 Onafhankelijke variabelen

Het concept *soort geboden hulp/zorg* wordt gemeten aan de hand van acht variabelen met twee categorieën (ja/nee). De respondent is gevraagd om één of meerdere opties te selecteren van zorgtaken die hij/zij vervult als mantelzorger. De vragenlijst onderscheid hierin de volgende soorten hulp:

- Gezelschap en emotionele ondersteuning
- Vervoer
- Begeleiding bij artsbezoek
- Administratieve hulp
- Hulp bij het huishouden
- Persoonlijke verzorging zoals douchen en naar het toilet helpen
- Verpleegkundige hulp zoals het geven van medicijnen, wondverzorging
- Regelen/coördineren van zorg

Om de variabele *aantal uur geboden zorg* te meten is gevraagd naar het aantal uur dat een mantelzorger gemiddeld per week aan zorg voor een hulpbehoevende persoon besteedt. Hierbij is gevraagd naar boven af te ronden in hele uren. Er worden geen antwoordcategorieën gegeven. De antwoorden lopen van 0 tot 167 uur.

De variabele *intrinsieke motivatie* is gemeten aan de hand van een 5punts Likertschaal met antwoordcategorieën van '1 helemaal mee oneens' tot '5 helemaal mee eens'. De schaal meet in hoeverre de mantelzorger het eens is met de volgende stelling:

'Familieleden moeten elkaar helpen wanneer er sprake is van gezondheidsproblemen of beperkingen.'

De variabele *aantal uren betaalde baan* is gemeten door de volgende vraag te beantwoorden: 'Hoeveel uren werkt u in totaal gemiddeld per week, overuren en onbetaalde uren niet meegerekend?' Bij deze variabele zijn geen antwoordcategorieën gegeven. De antwoorden lopen van 0 tot 95 uur.

Het concept *steun van de overheid* wordt aan de hand van zes variabelen met twee categorieën (ja/nee) gemeten, die allemaal los meegenomen worden in de analyse. Er wordt gevraagd of de mantelzorger in de afgelopen twaalf maanden bij de hulp die hij/zij verleende één of meer van de volgende vormen van ondersteuning heeft gekregen:

- Informatie of advies
- Een cursus of training
- Lotgenotencontact
- Materiële hulp zoals een parkeerpas of kortingspas
- Financiële hulp zoals reiskostenvergoeding (geen persoonsgebonden budget)
- Hulp bij het aanvragen van voorzieningen

Bij de variabele *waardering van de zorgontvanger* werd gevraagd hoe vaak de zorgontvanger liet/laat merken dat hij/zij de zorg die de mantelzorger verleent/verleende waardeert. Hiervoor zijn twee dummy variabelen aangemaakt die respectievelijk het vaak en soms ontvangen van waardering meten.

3.2.2 Controlevariabelen

Binnen dit onderzoek worden drie controlevariabelen ingezet om voor een vals verklaard effect te corrigeren. Van de volgende variabelen wordt verwacht dat zij invloed kunnen hebben op de afhankelijke variabelen en/of samenhangen met één of meerdere onafhankelijke variabelen: leeftijd, geslacht en werkzaam (geweest) in de zorgsector. De variabele geslacht wordt gemeten aan de hand van twee categorieën (man/vrouw). De variabele leeftijd is in de dataset al opgedeeld in 5 categorieën, te weten 16-34 (1); 35-44 (2); 45-54 (3); 55-64 (4); en 65+ (5). De variabele zorgsector is als dichotome variabele (ja/nee) gemeten met behulp van de vraag: Heeft u ooit gewerkt in de zorg- en welzijnssector en daarbij ondersteuning of hulp gegeven aan cliënten of patiënten?

3.3 Beschrijvende statistiek

Hieronder is in Tabel I de beschrijvende statistiek van alle variabelen weergegeven.

Tabel I: Beschrijvende statistiek

Variabelen	Min	Max	Gemiddelde	SD
Leeftijdscategorie	1	5	2.95	.980
Man (<i>1=ja</i>)	0	1	.43	.495
Werkzaam zorgsect (<i>1=ja</i>)	0	1	.34	.474
Aantal uur betaalde baan	1	80	31.70	12.715
Aantal uur mantelzorg	1	60	4.91	6.021
Intrinsieke motivatie (<i>1=helemaal oneens</i>)	1	5	3.73	.937
Waardering (<i>1=ja</i>)				
Vaak	0	1	.66	.473
Soms	0	1	.27	.443
Zorgtaak (<i>1=ja</i>)	0	1		
<i>Gezelsch./em. ondersteuning</i>			.84	.369
<i>Vervoer</i>			.66	.473
<i>Begeleiding arts</i>			.60	.491
<i>Administratieve hulp</i>			.48	.500
<i>Hulp huishouden</i>			.47	.500
<i>Persoonlijke verzorging</i>			.11	.318
<i>Verpleegkundige hulp</i>			.08	.276
<i>Regelen/coördineren</i>			.32	.467
Zorgondersteuning (<i>1=ja</i>)	0	1		
<i>Informatie of advies</i>			.19	.389
<i>Cursus of training</i>			.01	.101
<i>Lotgenotencontact</i>			.03	.159
<i>Materiële hulp</i>			.01	.092
<i>Financiële hulp</i>			.02	.124
<i>Aanvragen voorzieningen</i>			.04	.195
Gebrek aan pos. ervaringen (<i>1=helemaal eens</i>)	1.17	5.00	2.73	.597

3.4 Analysemethoden

Met behulp van het statistische programma SPSS zal de data worden geanalyseerd. Er zal gebruikt gemaakt worden van een multi-pele lineaire regressie analyse. Er worden immers gezocht naar de invloed van meerdere onafhankelijke variabelen op één continue afhankelijke variabele (assumpties I & II). De controlevariabelen geslacht, leeftijd en werkzaam (geweest) in de zorgsector worden hierin meegenomen.

Voor een lineaire regressie kan worden uitgevoerd, moet eerst aan enkele assumpties worden voldaan (zie Bijlage IV voor grafieken en tabellen). De eerste twee assumpties zijn hierboven genoemd. Vervolgens is onafhankelijkheid van waarnemingen getest middels een Durbin-Watson test (2.124). Deze statistiek duidt op onafhankelijkheid van residuen (assumptie III). Hierna is door visuele inspectie gebleken dat de onafhankelijke variabelen collectief lineair gerelateerd zijn aan de afhankelijke variabele. Ook vertonen alle onafhankelijke variabelen los van elkaar een lineaire relatie met de afhankelijke variabele (assumptie IV). Daarna is homoscedasticiteit gebleken, zoals vastgesteld door visuele inspectie van een plot van gestandaardiseerde residuen versus gestandaardiseerde voorspelde waarden (assumptie V). Assumptie VI test de multicollineariteit; in Bijlage IV is te zien dat er geen onafhankelijke variabelen zijn met tolerantie waarden kleiner dan .1. Vervolgens is gekeken of er uitschieters zijn in de data; hiervan zijn er twee gevonden (assumptie VII). Omdat deze uitschieters geen te hoge waarden op de Leverage Value hebben, is besloten om de uitschieters te behouden. Als laatste is gekeken of de residuen normaal verdeeld zijn. Beoordeeld door visuele inspectie van een normale kansverdelingsplot, is er een normale verdeling (assumptie VIII). Doordat er aan bijna alle assumpties van een multi-pele lineaire regressie is voldaan, kan een analyse met de betreffende toets uitgevoerd worden.

4. Resultaten

4.1. Enkelvoudige regressie

Allereerst is per variabele een enkelvoudige lineaire regressie uitgevoerd. Hieruit blijkt dat een stijging in het aantal uur verleende mantelzorg voor meer positieve ervaringen met mantelzorgen zorgt ($B=-.016$, $p<.001$). Hiermee wordt Hypothese 4 ontkracht, waarbij werd verwacht dat minder uur zorg leidt tot minder positieve ervaringen. Wanneer men meer van mening was dat familieleden elkaar moeten helpen, zorgt dit ook voor meer positieve ervaringen ($B=-.141$, $p<.001$). Dit is in lijn met Hypothese 1, namelijk dat een intrinsieke motivatie om te zorgen leidt tot meer positieve ervaringen. Daarnaast hebben het vaak ($B=-.335$, $p<.001$) en soms ontvangen van waardering ($B=.245$, $p<.05$) respectievelijk een positief en een negatief effect op de ervaring van mantelzorgers ten opzichte van het zelden/nooit ontvangen van waardering. Hypothese 2 wordt hiermee deels bevestigd: Het vaak ontvangen van waardering zorgt voor meer positieve ervaringen ten opzichte van het soms of zelden/nooit ontvangen van waardering. In de categorie zorgondersteuning komt informatie/advies op een significant positief effect uit met betrekking tot positieve ervaringen ($B=-.271$, $p<.001$). Hetzelfde geldt voor lotgenotencontact ($B=-.311$, $p<.05$) en financiële hulp ($B=-.380$, $p<.05$). Hiermee wordt hypothese 3 ook deels bevestigd, namelijk dat deze twee typen ondersteuning leiden tot meer positieve ervaringen. In de categorie zorgtaak leiden zowel begeleiding bij artsbezoek ($B=-.104$, $p<.05$), persoonlijke verzorging ($B=-.271$, $p<.001$), regelen/coördineren ($B=-.125$, $p<.05$) als verpleegkundige hulp ($B=-.390$, $p<.001$) tot meer positieve ervaringen. Dit is in tegenspraak met Hypothese 5, waarbij werd verwacht dat het houden van gezelschap zou leiden tot meer positieve ervaringen dan andere zorgtaken.

4.2 Multipеле regressie

Vervolgens is een multipеле lineaire regressie stapsgewijs uitgevoerd, om te zien of de variabelen die an sich een significant effect vertonen, nu nog steeds significant zijn (en dezelfde richting opwijzen). Deze is weergegeven in Tabel II. Het eerste model bevat enkel de onafhankelijke variabelen. Sommigen hiervan zijn getransformeerd tot dummies (zorgtaak, waardering en zorgondersteuning), waardoor het aantal gemeten onafhankelijke variabelen uitkomt op negentien. Vervolgens zijn de controlevariabelen leeftijd, geslacht en werkzaam (geweest) in de zorgsector toegevoegd om tot een tweede model te komen. Het eerste model verklaart 21.6% van de variantie ($R^2=0.216$), wat duidt op een grote verklaarde variantie (Cohen, 1988). Bovendien is er voor acht variabelen een significant effect gevonden.

Tabel II: Samenvatting regressieanalyse

Variabelen	Model 1		Model 2		Model 3	
	B (SF)	β	B (SF)	β	B (SF)	β
Aantal uur b. baan	.001(.002)	.019	.001(.002)	.025		
Aantal uur m. zorg	-.010(.004)	-.098*	-.011(.004)	-.106*	-.026(.010)	-.259*
Familieleden helpen	.125(.024)	.196***	-.128(.024)	-.201***	-.126(.024)	-.198***
<i>Waardering (ref. zelden)</i>						
Vaak	-.492(.092)	-.390***	-.507(.092)	-.402***	-.517(.092)	-.410***
Soms	-.213(.097)	-.158*	-.228(.097)	-.169*	-.238(.097)	-.177*
<i>Zorgondersteuning</i>						
Informatie/advies	-.181(.061)	-.118*	-.180(.061)	-.118*	-.185(.061)	-.121*
Cursus/training	.057(.237)	.010	.001(.204)	.000		
Lotgenotencontact	-.201(.152)	-.054	-.180(.153)	-.048		
Materiële hulp	-.535(.256)	-.083*	-.627(.261)	-.097*	-.677(.262)	-.105*
Financiële hulp	-.246(.186)	-.051	-.228(.188)	-.047		
Aanvragen voorz.	.050(.120)	.016	.072(.121)	.023		
<i>Zorgtaak</i>						
Gezelsch/em. hulp	-.019(.062)	-.012	-.020(.063)	-.012		
Vervoer	-.037(.054)	-.029	-.032(.054)	-.025		
Begeleiding arts	-.045(.053)	-.037	-.043(.054)	-.035		
Administratieve hulp	-.021(.049)	-.018	-.013(.050)	-.011		
Hulp huishouden	.123(.047)	.103*	.106(.048)	.089*	.102(.048)	.086*
Pers. verzorging	-.098(.079)	-.052	-.100(.080)	-.053		
Verpleegkundige hulp	-.246(.092)	-.114*	-.227(.093)	-.105*	-.225(.093)	-.104*
Regelen/coördineren	-.050(.054)	-.039	-.041(.054)	-.032		
Gewerkt in zorgsect.			-.081(.053)	-.064		
Geslacht man			-.066(.056)	-.055		
<i>Leeftijdscategorie</i>						
16-34			.134(.083)	.071		
35-44			.011(.068)	.007		
45-54			< tolerance = 0 >			

55-64		.041(.054)	.032	
65-74		-.023(.198)	-.004	
Aantal uur baan x zorg			.001(.000)	.172
R ² (ΔR ²)	0.216	0.223(.007)	0.227(.004)	

Noot. N=581, *p<.05; ***p<.001

4.2.1 Onafhankelijke variabelen

Aantal uur verleende zorg

Allereerst zorgt een stijging in het aantal uren verleende mantelzorg voor significant meer positieve ervaringen met mantelzorgen ($B=-.011$, $p<.05$). De hypothese dat, wanneer mantelzorgers minder uren zorgen, zij meer positieve ervaringen met mantelzorgen ondervinden, kan dus worden weerlegd (H4).

Familie helpen

Wanneer men het meer eens was met de stelling ‘Familieleden moeten elkaar helpen wanneer er sprake is van gezondheidsproblemen of beperkingen.’ ontstaan er significant meer positieve ervaringen ($B=-.128$, $p<.001$). Deze uitkomst bevestigt de hypothese dat een intrinsieke motivatie leidt tot meer positieve ervaringen (H1).

Zorgontvanger geeft waardering

Ook wanneer er respectievelijk vaak ($B=-.507$, $p<.001$) of soms ($B=-.228$, $p<.05$) waardering werd gegeven door de zorgontvanger, zorgt dit voor significant meer positieve ervaringen bij de mantelzorgster ten opzichte van de referentiecategorie (zelden/nooit). Dit bevestigt de hypothese dat, hoe vaker de zorgontvanger waardering toont voor het werk van de mantelzorgster, hoe positiever de mantelzorgster het zorgen ervaart (H2).

Zorgondersteuning

Wanneer de mantelzorgster gebruik heeft gemaakt van informatie/advies ($B=-.180$, $p<.05$) of materiële hulp ($B=-.627$, $p<.05$) die werd aangeboden vanuit de overheid, zorgde dit ook voor meer positieve ervaringen. Deze resultaten bevestigen deels de hypothese dat, wanneer mantelzorgsters gebruik maken van ondersteuning vanuit de overheid, dit bijdraagt aan meer positieve ervaringen (H3). Andere vormen van ondersteuning geven echter geen significant effect.

Zorgtaak

Bij het verlenen van hulp in het huishouden is een significant effect gebleken voor minder positieve ervaringen ($B=.106$, $p<.05$), terwijl er bij het verlenen van verpleegkundige hulp juist meer positieve ervaringen plaatsvonden ($B=-.227$, $p<.05$). Dit komt niet geheel overeen met de hypothese dat het houden van gezelschap

leidt tot meer positieve ervaringen met mantelzorgen dan andere vormen van mantelzorg (H6). Voor deze variabele werden namelijk geen significante uitkomsten gevonden.

4.2.2 Controlevariabelen

In het tweede model is gecontroleerd voor de factoren leeftijd, geslacht en werkzaam (geweest) in de zorgsector. Dit model verklaart 23% van de variantie. Alle bovengenoemde variabelen hebben in het tweede model dezelfde significantiewaarden als in model 1. Dit betekent dat de controlevariabelen een verwaarloosbaar aandeel hebben in het verklaren van positieve ervaringen. De verklaarde variantie van enkel de controlevariabelen is slechts 3%. Het is daarom niet nodig om te controleren voor de samenhang tussen deze variabelen en positieve ervaringen.

4.2.3 Interactie analyse

Om de wederzijdse beïnvloeding van het aantal uur verleende zorg en het aantal uur betaald werk op de uitkomst van positieve ervaringen te meten, is in model 3 het interactieeffect toegevoegd aan het bestaande model 2 (enkel de significante uitkomsten zijn genoteerd). Verwacht werd dat een stijging in het aantal uur verleende zorg, wanneer deze samengaat met een stijging in het aantal uur betaald werk, zal leiden tot minder positieve ervaringen met mantelzorgen. Uit onderstaande tabel blijkt dat dit interactie effect geen statistisch significante uitkomsten oplevert; $\Delta R^2 = .4\%$, $F(1,554) = 2.641$, $p > .05$. De betreffende hypothese kan dus worden weerlegd. Alle voormalig significante uitkomsten zijn in model 3 nog steeds significant.

5. Conclusie

Om meer inzicht te krijgen in de ervaring van volwassenen die mantelzorg verlenen aan hun hulpbehoevende ouders, is in deze studie de invloed van een zestal factoren op het beleven van positieve ervaringen met mantelzorgen in de relatie kind-ouder onderzocht. De volgende bevindingen zijn hieruit tot stand gekomen.

Een stijging in het aantal uur verleende mantelzorg zorgt voor meer positieve ervaringen met mantelzorgen. Dit is in tegenspraak met de verwachting van Verbakel (2015) en Kim et al. (2011), maar in overeenstemming met eerdere bevindingen van het SCP (de Klerk et al., 2015). Het is aannemelijk dat mantelzorgers met veel positieve ervaringen het zorgen langer volhouden en dus meer uur zorgen, zoals werd gesuggereerd door het SCP. Meer positieve ervaringen met mantelzorgen vinden daarnaast plaats naarmate men het helpen van familieleden met gezondheidsproblemen belangrijker vindt. Dit wijst in dezelfde richting als bestaande literatuur die beargumenteert dat zowel het hebben van een intrinsieke motivatie alsook het innemen van een positieve houding jegens mantelzorg kan bijdragen aan positievere evaluaties (Deci & Ryan, 2000; Kramer, 1997). Ook het vaak ontvangen van waardering van de zorgontvanger zorgt voor meer positieve ervaringen ten opzichte van het zelden/nooit ontvangen van waardering. De bestaande literatuur wordt hierin bevestigd (Heide et al., 2018; Schyns & de Boer, 2014). Wanneer mantelzorgers gebruik maken van informatie/advies of materiële hulp, rapporteren zij meer positieve ervaringen dan wanneer zij hier geen gebruik van maken. Deels bevestigt dit bestaande literatuur, omdat er al gewezen was op de opbrengst van mantelzorgondersteuning in algemene zin (Mezzo, 2017). Echter werd er in literatuur specifiek ingegaan op psychologische en sociale hulp en het inzetten van professionele thuiszorg, die leiden tot een verhoogd welbevinden (Verbakel, 2015; van Groenou et al., 2013). Het positieve effect van het aanwenden van informatie/advies of materiële hulp vult bestaande kennis dus aan. Wanneer de zorgtaak huishoudelijke hulp wordt verricht, levert dit minder positieve ervaringen op. Het feit dat de mantelzorger deze taak in het eigen huishouden ook moet verrichten kan hiermee samenhangen. Bij het verlenen van verpleegkundige hulp vinden juist meer positieve ervaringen plaats. Dit kan komen doordat men een hoger verantwoordelijkheidsgevoel heeft bij deze taak en dus meer autonomie ervaart, wat terug te leiden is naar de *Self-Determination theory* (Deci & Ryan, 2000). Waar op basis van bestaande literatuur verwacht werd dat het houden van gezelschap leidt tot meer positieve ervaringen met mantelzorg, wordt dit in het huidige onderzoek niet bevestigd. Tenslotte leidt een hoger aantal uur betaald werk niet tot het beleven van meer of minder positieve ervaringen. Hetzelfde geldt voor de combinatie van het aantal uur betaald werk en het aantal uur mantelzorg, wat onverenigbaar is met de literatuur hierover (Boumans & Dorant, 2013). Daarin kwam namelijk naar voren dat intensieve mantelzorgers meer moeite hadden met het combineren van werk en informele zorg. Een verklaring voor de weerlegging van

de hypothese kan worden gezocht in het feit dat negatieve consequenties van zorg niet betekenen dat er geen positieve ervaringen met mantelzorg zijn.

Zoals eerder werd aangetoond zal een mantelzorger die meer positieve ervaringen beleeft het zorgen langer vol kunnen houden (de Klerk et al., 2015), wat ten goede komt aan een maatschappij die steeds meer van mantelzorgers afhankelijk is. Het is daarom van belang dat er in mantelzorgers geïnvesteerd wordt, door ze verantwoordelijkheid, waardering en de juiste ondersteuning te bieden.

6. Discussie

Ondanks de hoge representativiteit van de getrokken steekproef, dient er in de toekomst meer rekening gehouden te worden met de factor werkzaam (geweest) in de zorgsector. In deze steekproef beslaat deze groep maar liefst 34%, terwijl er in de toekomst meer mantelzorgers zullen zijn die niet bekend zijn met (en dus geen affiniteit hebben met) werken in de zorg. Er wordt immers van een breder publiek verwacht dat zij mantelzorg gaat verlenen (van Groenou & de Boer, 2016). Dit zou dus als een beperking van het huidige onderzoek kunnen gelden. Om zeker te zijn van een meer objectieve kijk op mantelzorg, zou vervolgonderzoek een hoger percentage van mantelzorgers zonder zorggerelateerde achtergrond kunnen omvatten.

Wegens het gebruik van een bestaande dataset, is de manier waarop positieve ervaringen hier gemeten zijn afhankelijk van de door het SCP opgestelde vragen omtrent dit construct. Dit construct omvat echter meer dan de gebruikte factoren, bijvoorbeeld het ervaren van meer bekwaamheid en zelfwaardering (Trukeschitz et al., 2013; Van den Bos, 2006). Ook is door het gebruiken van een enquêtevorm als meetinstrument enkele informatie verloren gegaan. Waar bij zorgondersteuning en zorgtaak als antwoordcategorie 'anders' is geboden, is onbekend om welke vorm van ondersteuning en hulp het hier ging. Desondanks beslaan beide constructen een breed scala aan componenten/antwoordmogelijkheden, waardoor veel antwoorden wel gedekt zijn. Bovendien hadden de typen zorgtaak en zorgondersteuning in de meeste gevallen geen invloed op de positieve ervaring, wat de ernst van het missen van eventuele categorieën vermindert.

Om de complexiteit van dit onderzoek te beperken is ervoor gekozen om de invloed van een zestal factoren mee te nemen in de analyse, waarbij kenmerken van verschillende actoren zijn beslaan. Desalniettemin kan van een groot aantal andere onafhankelijke variabelen de invloed op positieve ervaringen nog worden gemeten (zoals de gezinssituatie van de mantelzorger of de beperking van de zorgontvanger).

Belangrijk om verder in acht te nemen is dat dit onderzoek zich enkel richt op de positieve ervaringen met mantelzorgen. Al eerder werd in literatuur beweerd dat positieve en negatieve ervaringen elkaar niet uitsluiten. Om dit verder te onderzoeken zou het voor vervolgonderzoek interessant zijn om zich te richten op de invloed van positieve ervaringen op de negatieve gevolgen van mantelzorgen. Het huidige onderzoek kan geen uitspraken doen die betrekking hebben op het wegnemen van negatieve ervaringen met mantelzorg.

7. Aanbevelingen

De onderzoeksresultaten hebben bijgedragen aan het verbreden van de kennis over voorspellers van positieve ervaringen met mantelzorgen in de relatie kind-ouder. Dit is van belang voor beleidsmakers, om het behoud van een gezonde poel mantelzorgers in de toekomst te kunnen waarborgen. Er kan breder ingezet worden op het verlenen van ‘informatie/advies’ en ‘materiële hulp’ aan mantelzorgers, aangezien deze vormen van ondersteuning zorgen voor meer positieve ervaringen. Om hier beter zicht op te krijgen is het belangrijk om te onderzoeken op welke manieren deze informatie, advies en materiële hulp (het beste kunnen) worden ingericht. Aangezien cursussen/trainingen, lotgenotencontact, financiële hulp en hulp bij het aanvragen van voorzieningen geen significante positieve effecten teweegbrengen, terwijl ze wel gericht zijn op ondersteuning van de mantelzorger, is het gewenst om te onderzoeken waar deze discrepantie ligt. Met behulp van kwalitatief onderzoek zouden gebruikers van deze typen ondersteuning meer informatie kunnen verstrekken over hun ervaring ervan en de eventuele tekortkomingen kunnen aankaarten. Wellicht kunnen deze vormen van ondersteuning anders ingericht worden opdat zij ook een positiever effect bewerkstelligen bij de mantelzorger.

Daarnaast is gezien dat het verlenen van huishoudelijke hulp zorgt voor minder positieve ervaringen. Op basis hiervan wordt aanbevolen om deze zorgtaak vaker door betaalde krachten te laten uitvoeren. Bij het verlenen van verpleegkundige hulp kan aan mantelzorgers juist extra verantwoordelijkheid worden gegeven, aangezien deze zorgtaak bij de mantelzorger leidt tot meer positieve ervaringen. Bovendien vermindert dit de druk op de verpleegkundige. Mantelzorgers die deze taak gaan uitvoeren dienen eerst goed geïnstrueerd te worden alvorens zij verpleegkundige taken op zich nemen. Wanneer vastgesteld wordt (door de huisarts of het ziekenhuis) dat iemand verpleegkundige hulp behoeft, kan de huisarts direct een eerste afspraak maken waarin de mantelzorger samen met de verpleegkundige bespreekt hoe de mantelzorger deze zorgtaak in de toekomst zorgvuldig kan uitoefenen. Hierbij geeft de verpleegkundige de mantelzorger een print mee met alle instructies die tijdens de afspraak mondeling zijn overgebracht. Om de betrouwbaarheid van verpleegkundige hulp te verhogen is het goed als meerdere mantelzorgers van dezelfde zorgbehoefte de afspraak bijwonen.

De waardering voor mantelzorgers wordt sinds enkele jaren ook wel uitgesproken in de vorm van het mantelzorgcompliment. Mantelzorgers worden dan gewaardeerd voor hun werk door het ontvangen van een bepaald bedrag, gesubsidieerd door de overheid. Dat mantelzorgers evenveel voldoening ervaren bij het ontvangen van het mantelzorgcompliment als bij het ontvangen van waardering vanuit de zorgontvanger kan echter een misvatting zijn. Dit compliment heeft namelijk een monetaire waarde, terwijl uit literatuur bleek dat een glimlach of een tevreden blik van een hulpbehoevende voor een mantelzorger een grotere betekenis heeft (Schyns en De Boer, 2014: 69). Het is belangrijk dit onderscheid voor ogen te houden. Gelukkig wordt er al relatief vaak waardering uitgesproken door de zorgontvanger (zie Tabel I).

Als laatste kan het belang van het helpen van hulpbehoevende familieleden zichtbaarder worden gemaakt in de samenleving, zodat opvattingen hierover positief veranderen. Dit kan bijvoorbeeld door deze waarde bespreekbaar te maken op scholen (binnen het curriculum of via projecten). Een andere manier is het ontwikkelen van relamespotjes waarin deze waarde wordt uitgedragen. Een goed voorbeeld hiervan is de campagne van SIRE genaamd #DOESLIEF, bedoeld om onaardig gedrag tegen te gaan. De boodschap zou dan specifiek over familie kunnen gaan. Wanneer de maatschappij uitdraagt het opkomen voor hulpbehoevende (familieleden) belangrijk te vinden, en deze morele waarde zichtbaarder wordt, zal hier meer bewustzijn over ontstaan en zullen mensen eerder aangespoord worden om zich hier hard voor te maken.

8. Literatuurlijst

- Bauer, J. & Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health and family. *Pop Ageing* 8:113–145
- Boer, A. de, Oudijk, D., Groenou, M. van & Timmermans, J. (2012). Positieve ervaringen door mantelzorg: constructie van een schaal. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 43(5), 243-254.
- Bos, G. van den (2006). Met het oog op mantelzorg. *Bijblijven*, 22(1), 3.
- Boumans, N. & Dorant, E. (2014). Double-duty caregivers: healthcare professionals juggling employment and informal caregiving. A survey on personal health and work experiences. *Journal of advanced nursing*, 70(7), 1604-1615.
- Dautzenberg, M. G. H. (2000). Daughters caring for elderly parents. Maastricht University.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). The ‘what’ and ‘why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). Arbeidsdeelname naar leeftijd en geslacht. Verkregen op 27 februari 2019 van:
<https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/toelichtingen/arbeidsdeelname-naar-leeftijd-en-geslacht>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Cohen, C., Colantonio, A. & Vernich, L. (2002). Positive Aspects of Caregiving: Rounding out the Caregiver Experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(2): 184–8.
- Darley, J. M., & Batson, C. D. (1973). From Jerusalem to Jericho: a study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 100-108.
- Fokkema, T., Ruijter, E. & Maas, J. (2003) Contacten tussen ouders en hun volwassen, uitwonende kinderen. *Bevolking en gezin*, 32, 35-54
- Freeman, R. B. (1997). Working for Nothing: The Supply of Volunteer Labor. *Journal of Labor Economics*, 15, 140-166.
- Groenou, M. van, Boer, A. de, & Iedema, J. (2013). Positive and negative evaluation of caregiving three different types of informal care relationships. *European Journal of Ageing*, 10(4), 301-311.
- Groenou, M. van & Boer, A. de (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, 13(3), 271-279.
- Hoefman, R. & Brouwer, W. (2010). Het meten en waarderen van mantelzorg met de CarerQol. *TSG*, 88(4), 167-171.
- Isarin, J. (2005). Mantelzorg in een ontmantelde privé-sfeer: over het combineren van betaalde arbeid

- en de langdurige en intensieve zorg voor een naaste. Budel: Damon.
- Heide, I., Buuse, S. & Francke, A. (2018). Dementiemonitor Mantelzorg 2018: mantelzorgers over ondersteuning, zorg, belasting en de impact van mantelzorg op hun leven.
- Jones, P., Winslow, B., Lee, J. & Zhange, X. (2011). Development of a caregiver empowerment model to promote positive outcomes. *Journal of Family Nursing* 17:11-28.
- Kalmijn, M. (2010). Verklaring van intergenerationele solidariteit: een overzicht van concurrerende theorieën en hun onderzoeksbevindingen. *Mens en Maatschappij*, 85(1), 70-98.
- Kim, J., Ingersoll-Dayton, B. & Kwak, M. (2011). Balancing eldercare and employment: the role of work interruptions and supportive employers. *Journal of Applied Gerontology* 32, 347–369
- Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P. & Kooiker, S. (2015). Informele hulp: wie doet er wat?. *Netherlands Institute for Social Research*.
- Koker, B. de (2006). Mantelzorg binnen het huishouden. In: T. Jacobs en E. Lodewijckx (red.), *Grenzen aan mantelzorg. Sociaal demografische hypothesen over de toekomst van de zorg* (p.115-143). Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie (CBGS).
- Koning Willem-Alexander (2013, 17 september). *Toespraak van Zijne Majesteit de Koning tijdens Prinsjesdag in 2013*. Geraadpleegd op 7 maart 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>
- Kramer, B. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist* 37:218-232.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York:Springer.
- Lippe, T. van der, Jager, A., & Kops, Y. (2003). In balans tussen werk en privé? De invloed van de arbeidssituatie en de thuissituatie op combinatiedruk van mannen en vrouwen. *Bevolking en Gezin*, 3, 3-24.
- Mezzo (2017). Mantelzorg in cijfers. Zorg voor mantelzorgers.
- Movisie (2014). WMO 2015: wat is er veranderd?
- Oldenkamp, M. (2018). Caregiving experiences of informal caregivers.
- Oudijk, D., Boer, A. de, Woittiez, I., Timmermans, J. & Klerk, M. de (2010). Mantelzorg uit de doeken. Een actueel beeld van het aantal mantelzorgers. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schulz, R., Beach, S., Cook, T., Martire, L., Tomlinson, J. & Monin, J. (2012). Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging & Mental Health*, 16(6), 712-721.
- Schyns, P. & Boer, A. de (2014). Vrijwilligers in de zorg: slagroom op de taart. In: Klerk, M. de, Boer, A. de, Kooiker, S., Plaisier, I. & Schyns, P. (red.), *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van informele hulp* (p. 63-91). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Silverstein, M., Conroy, S. & Gans, D. (2008). Commitment to caring: filial responsibility and the allocation of support by adult children to older mothers. In: Szinovacz, M. & Davey, A. (eds) *Caregiving contexts: cultural, familial, and societal implications*. Springer Publishing Company, New York, pp 71–91.
- Truijens, D., Couwenberg, A., Onneweer, B., Nikijuluw, F., Engelaer, F., Ciere, Y., Reijnders, M., Couwenberg, L. & Ritter, M. de (2015). Een verkenning van de informele zorg van nu en de toekomst. SMO
- Trukeschitz, B., Schneider, U., Mühlmann, R. & Ponocny, I. (2013). Informal Eldercare and Work-Related Strain, *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 68(2): 257–67.
- Verbakel, E. (2014). Informal caregiving and well-being in Europe: What can ease the negative consequences for caregivers?. *Journal of European Social Policy*, 24(5), 424-441.
- Verbakel, E. (2015). Mantelzorgers in Europa: De rol van betaalde arbeid, generositeit van de gezondheidszorg en nationale normen omtrent zorggedrag.
- World Bank (2019). Fertility rate, total (births per woman). Verkregen op 27 februari 2019 van: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>
- Yates, M., Tennstedt, S. & Chang, B. (1999). Contributors to and Mediators of Psychological Well-Being for Informal Caregivers, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 54B(1): 12–22.

Bijlage I: COROP regio's



GEO START

COROP regio's

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Overig Groningen | 2. Delfzijl en omgeving |
| 3. Noord-Friesland | 4. Oost-Groningen |
| 5. Zuidwest-Friesland | 6. Noord-Drenthe |
| 7. Zuidoost-Friesland | 8. Kop van Noord-Holland |
| 9. Zuidoost-Drenthe | 10. Zuidwest-Drenthe |
| 11. Flevoland | 12. Alkmaar en omgeving |
| 13. Noord-Overijssel | 14. Zaanstreek |
| 15. IJmond | 16. Groot-Amsterdam |
| 17. Agglomeratie Haarlem | 18. Veluwe |
| 19. Zuidwest-Overijssel | 20. Twente |
| 21. Het Gooi en Vechtstreek | 22. Agglomeratie Leiden en Bollenstreek |
| 23. Utrecht | 24. Agglomeratie 's-Gravenhage |
| 25. Oost-Zuid-Holland | 26. Achterhoek |
| 27. Delft en Westland | 28. Arnhem/Nijmegen |
| 29. Zuidwest-Gelderland | 30. Zuidoost-Zuid-Holland |
| 31. Groot-Rijnmond | 32. Noordoost-Noord-Brabant |
| 33. West-Noord-Brabant | 34. Midden-Noord-Brabant |
| 35. Overig Zeeland | 36. Noord-Limburg |
| 37. Zuidoost-Noord-Brabant | 38. Zeeuwsch-Vlaanderen |
| 39. Midden-Limburg | 40. Zuid-Limburg |

Deze kaart is afkomstig van www.regioatlas.nl

Bijlage II: Vragenlijst

Telefoonnummer: <NAW.Telefoonnummer1> Naam: <NAW.Voorletters><NAW.Naam>
(<NAW.Geb_Datum> <NAW.Geslacht>) Adres: <NAW.Straatnaam><NAW.HuisNr><NAW.HuisNr_toev>
Postcode: <NAW.Postcode_num> <NAW.Postcode_alfa> Woonplaats: <NAW.Plaatsnaam>

>>Controleer naam en adres. Indien naam en/of adres niet juist is mag het interview niet plaatsvinden.<<

(\$1: Goedemorgen \$2: Goedemiddag \$3: Goedenavond), u spreekt met <.....> van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Een tijdje geleden hebben wij u uitgenodigd om via internet mee te doen aan een onderzoek over het geven van hulp en het doen van vrijwilligerswerk. Omdat u er misschien nog niet aan toe bent gekomen om de vragenlijst in te vullen, bel ik nu. Ik zou u graag een paar vragen willen stellen.

Geslacht

Wat is uw geslacht?

1. Man [Man]
2. Vrouw [Vrouw]

ZorgSect

Heeft u @Aooit@A gewerkt in de zorg- en welzijnssector en daarbij ondersteuning of hulp gegeven aan cliënten of patiënten?

[TJaNee]

MantUur

Hoeveel uur @Aper week@A (\$1: hielp \$2: helpt) u gemiddeld?

>>Als u het antwoord niet precies weet, vragen we u een schatting te maken van het aantal uren per week.

S.v.p. naar boven afronden op hele uren.<<

[0..168] uur per week

UrTot

Hoeveel uren (\$1: werkte \$2: werkt) u in totaal gemiddeld per week, overuren en onbetaalde uren niet meegerekend?

[0..95]

Familie

Familieleden moeten elkaar helpen wanneer er sprake is van gezondheidsproblemen of beperkingen. [TEens]

Waardering

Hoe vaak (\$1: laat \$2: liet) (\$3: hij \$4: zij) merken dat (\$3: hij \$4: zij) uw hulp (\$1: waardeert \$2: waardeerde)?

{Voorlees}

1. Vaak [Vaak]
2. Soms [Soms]
3. Zelden of nooit [ZNooit]

{/Voorlees}

SrtHlp

We zouden graag meer weten over de hulp die u aan deze persoon (\$1: geeft \$2: gaf).

(\$3: Het gaat hierbij om de hulp die u biedt vanwege (\$4: zijn \$5: haar) beperkingen, niet om de gebruikelijke hulp die huisgenoten elkaar gewoonlijk geven.)

Wat voor hulp (\$1: geeft \$2: gaf) u?

>>Meerdere antwoorden mogelijk.<<

SET[]

{Voorlees}

1. Gezelschap of emotionele ondersteuning [Gezel]
2. Vervoer [Vervoer]
3. Begeleiding bij arts bezoek [Begeleid]
4. Administratieve hulp [HlpAdmin]
5. Hulp bij het huishouden [HlpHuish]
6. Persoonlijke verzorging zoals douchen of naar het toilet helpen [PersVerz]
7. Verpleegkundige hulp zoals het geven van medicijnen, wondverzorging [HlpPleeg]
8. Regelen, coördineren van zorg [Coord]
9. Andere hulp [Anders] {/Voorlees}

SteunGebr

Heeft u zelf in de @Aafgelopen 12 maanden@A bij de hulp die u verleende weleens één of meer van de volgende vormen van ondersteuning gekregen?

>>Meerdere antwoorden mogelijk.<<

SET[]

{Voorlees}

1. Informatie of advies [InfoAdv]
2. Een cursus of training [Cursus]
3. Lotgenotencontact [Contact]

4. Materiële hulp zoals een parkeerpas of kortingspas [MatHlp]
5. Financiële hulp zoals reiskostenvergoeding (geen persoonsgebonden budget) [FinHlp]
6. Hulp bij het aanvragen van voorzieningen [AanvraagHlp]
7. Iets anders [Andrs] {/Voorlees}
8. Geen van deze [GeenDeze]

Bijlage III: Factoranalyse

Correlation Matrix^a

	Zorgen voor deze persoon geeft mij een goed gevoel.	Door het zorgen leer ik nieuwe dingen.	Door het geven van hulp leer ik blij te zijn met kleine dingen.	De persoon die ik help en ikzelf zijn dichterbij elkaar gekomen.	Ik geniet van de leuke momenten die er zijn met de persoon aan wie ik hulp geef.	Door het geven van hulp leer ik nieuwe mensen kennen.
Correlation	1.000	.220	.358	.331	.481	.220
	Zorgen voor deze persoon geeft mij een goed gevoel.	1.000	.387	.250	.161	.435
	Door het zorgen leer ik nieuwe dingen.	.387	1.000	.344	.340	.368
	Door het geven van hulp leer ik blij te zijn met kleine dingen.	.331	.250	1.000	.278	.275
	De persoon die ik help en ikzelf zijn dichterbij elkaar gekomen.	.481	.161	.340	1.000	.126
	Ik geniet van de leuke momenten die er zijn met de persoon aan wie ik hulp geef.	.220	.435	.368	.275	1.000
	Door het geven van hulp leer ik nieuwe mensen kennen.		.000	.000	.000	.000
Sig. (1-tailed)	Zorgen voor deze persoon geeft mij een goed gevoel.		.000	.000	.000	.000
	Door het zorgen leer ik nieuwe dingen.	.000		.000	.000	.000
	Door het geven van hulp leer ik blij te zijn met kleine dingen.	.000	.000		.000	.000
	De persoon die ik help en ikzelf zijn dichterbij elkaar gekomen.	.000	.000	.000		.000
	Ik geniet van de leuke momenten die er zijn met de persoon aan wie ik hulp geef.	.000	.000	.000	.000	.001
	Door het geven van hulp leer ik nieuwe mensen kennen.	.000	.000	.000	.000	.001

a. Determinant = .328

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.761
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	642.697
	df	15
	Sig.	.000

Bijlage IV: Assumpties

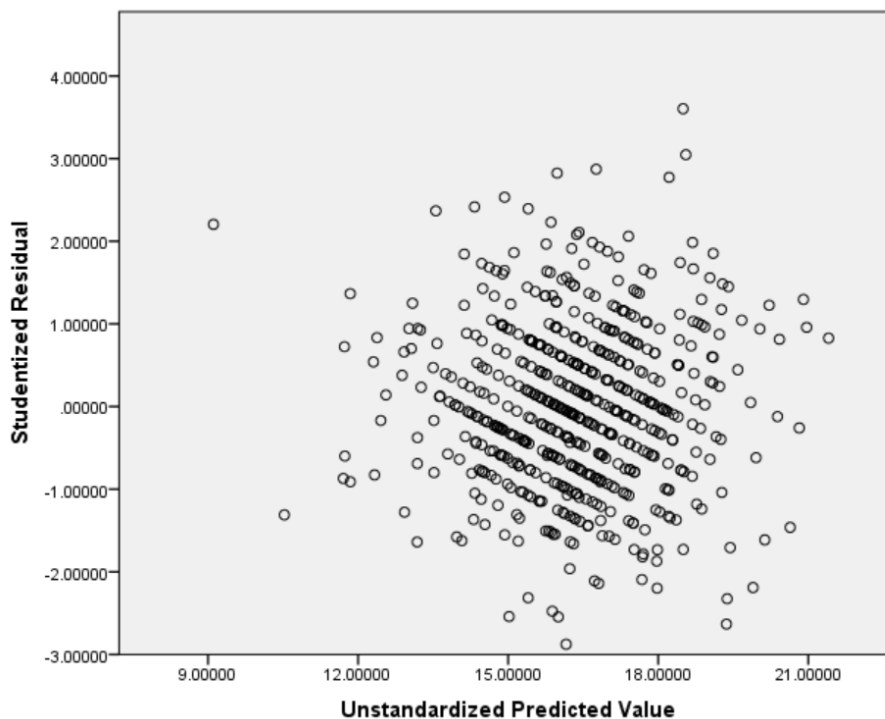
Tabel I: Onafhankelijkheid van observaties

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.469 ^a	.220	.189	.53688	2.124

a. Predictors: (Constant), WaarSoms, Familieleden moeten elkaar helpen wanneer er sprake is van gezondheidsproblemen of beperkingen., -> Begeleiding bij arts bezoek, -> Een cursus of training, Hoeveel uren werkte/werkt u in totaal gemiddeld per week, overuren en onbetaalde uren niet meegerekend?, -> Materiële hulp zoals een parkeerpas of kortingspas, -> Persoonlijke verzorging zoals douchen of naar het toilet helpen, -> Financiële hulp zoals reiskostenvergoeding (geen persoonsgebonden budget), -> Informatie of advies, -> Gezelschap of emotionele ondersteuning, -> Hulp bij het huishouden, -> Hulp bij het aanvragen van voorzieningen, Heeft u ooit gewerkt in de zorg- en welzijnssector en daarbij ondersteuning of hulp gegeven aan cliënten of patiënten?, Leeftijd van OP op enquetedatum (indikking), Hoeveel uur per week hielp/helpt u gemiddeld? Als u het antwoord niet precies weet, vragen we u een schatting te maken van het aantal uren per week. S.v.p. naar boven afronden op hele uren., -> Lotgenotencontact, -> Administratieve hulp, -> Regelen, coördineren van zorg, -> Vervoer, -> Verpleegkundige hulp zoals het geven van medicijnen, wondverzorging, Geslacht OP, WaarVaak

b. Dependent Variable: PE

Figuur I: Lineariteit en homoscedasticiteit



Tabel II: Multicollineariteit

a.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta				Tolerance	VIF
1	(Constant)	2.786	.211			13.190	.000		
	Geslacht	.059	.056	.049		1.062	.289	.655	1.526
	Leeftijd	-.016	.025	-.026		-.649	.517	.843	1.186
	Aantal uur betaalde baan per week	.001	.002	.023		.517	.606	.734	1.363
	Heeft u ooit gewerkt in de zorg sect	.080	.053	.063		1.505	.133	.789	1.268
	Aantal uur mantelzorg per week	-.010	.004	-.103		-2.532	.012	.847	1.181
	Familieleden moeten elkaar helpen	.125	.024	.197		5.201	.000	.974	1.026
	-> Gezelschap of emotionele ondersteuning	-.020	.063	-.013		-.325	.745	.930	1.075
	-> Vervoer	-.038	.054	-.030		-.701	.483	.771	1.297
	-> Begeleiding bij arts bezoek	-.046	.054	-.038		-.863	.388	.714	1.401
	-> Administratieve hulp	-.022	.050	-.018		-.434	.665	.807	1.239
	-> Hulp bij het huishouden	.114	.047	.095		2.399	.017	.884	1.132
	-> Persoonlijke verzorging	-.100	.080	-.053		-1.255	.210	.779	1.284
	-> Verpleegkundige hulp	-.240	.093	-.111		-2.578	.010	.758	1.319
	-> Regelen, coördineren van zorg	-.043	.054	-.034		-.788	.431	.772	1.296
	-> Informatie of advies	-.176	.061	-.115		-2.884	.004	.876	1.142
	-> Een cursus of training	.029	.239	.005		.123	.902	.850	1.176
	-> Lotgenotencontact	-.191	.152	-.051		-1.259	.209	.853	1.173
	-> Materiële hulp	-.581	.259	-.090		-2.245	.025	.868	1.153
	-> Financiële hulp	-.251	.186	-.052		-1.352	.177	.944	1.059
	-> Hulp bij het aanvragen van voorzieningen	.067	.121	.022		.558	.577	.896	1.115
	Vaak Waardering	-.501	.092	-.397		-5.454	.000	.264	3.785
	Soms Waardering	-.222	.097	-.165		-2.281	.023	.269	3.722

Dependent Variable: PE

Tabel III: Uitschieters

Case Number	Std. Residual	PE	Predicted Value	Residual
7083	3.517	5.00	3.1117	1.88832
7458	3.014	4.67	3.0484	1.61824

a. Dependent Variable: PE

Bijlage V: Syntax

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
```

```
USE ALL.
```

```
COMPUTE filter_$=(RelPers=2).
```

```
VARIABLE LABELS filter_$ 'RelPers=2 (FILTER)'.  
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.  
FORMATS filter_$ (f1.0).  
FILTER BY filter_$.  
EXECUTE.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Afl_SrtHlp_1 Afl_SrtHlp_2 Afl_SrtHlp_3 Afl_SrtHlp_4 Afl_SrtHlp_5  
Afl_SrtHlp_6
```

```
  Afl_SrtHlp_7 Afl_SrtHlp_8
```

```
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Afl_SrtBeperk_1 Afl_SrtBeperk_2 Afl_SrtBeperk_3 Afl_SrtBeperk_4  
  Afl_SrtBeperk_5 Afl_SrtBeperk_6 Afl_SrtBeperk_7 Afl_SrtBeperk_8
```

```
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=LftPers
```

```
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=LftPers
```

```
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=Afl_lft_OP6
```

```
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Afl_lft_OP6
```

```
  /ORDER=ANALYSIS.
```

```
RECODE Afl_lft_OP6 (5 thru 6=5) (ELSE=Copy) INTO Leeftijd.
```

```
VARIABLE LABELS Leeftijd 'Leeftijd5cat'.  
EXECUTE.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=UrTot
```

```
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

```
RECODE UrTot (98=SYSMIS).  
EXECUTE.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=MantUur
```

```
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

```
RECODE MantUur (998=SYSMIS).
```

EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=MantUur
/ORDER=ANALYSIS.

RECODE MantUur (168=SYSMIS).
EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Familie
/ORDER=ANALYSIS.

RECODE Familie (6=SYSMIS).
EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Familie
/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Afl_SteunGebr_1 Afl_SteunGebr_2 Afl_SteunGebr_3 Afl_SteunGebr_4
Afl_SteunGebr_5 Afl_SteunGebr_6 Afl_SteunGebr_7
/FORMAT=NOTABLE
/ORDER=ANALYSIS.

RECODE Afl_SteunGebr_1 Afl_SteunGebr_2 Afl_SteunGebr_3 Afl_SteunGebr_4 Afl_SteunGebr_5
Afl_SteunGebr_6 Afl_SteunGebr_7 (8 thru 9=SYSMIS).
EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Afl_SteunGebr_1
/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Afl_Geslacht_OP
/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=ZorgSect
/ORDER=ANALYSIS.

RECODE Waardering (8=SYSMIS).
EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Waardering
/ORDER=ANALYSIS.

RECODE Tyd (998=SYSMIS).
EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Tyd
/ORDER=ANALYSIS.

RECODE Genoot Gevoel Leren Bly Dichtby Mensen (6=SYSMIS).

EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Genoot Gevoel Mensen Leren Dichtby Bly
/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Genoot Gevoel Mensen Leren Dichtby Bly
/ORDER=ANALYSIS.

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(RelPers=2 & NMISS(Genoot, Gevoel, Leren, Dichtby, Bly, Mensen, Leeftijd,
Afl_Geslacht_OP, ZorgSect, UrTot, Afl_SrtHlp_1, Afl_SrtHlp_2, Afl_SrtHlp_3, Afl_SrtHlp_4,
Afl_SrtHlp_5, Afl_SrtHlp_6, Afl_SrtHlp_7, Afl_SrtHlp_8, MantUur, Familie, Afl_SteunGebr_1,
Afl_SteunGebr_2, Afl_SteunGebr_3, Afl_SteunGebr_4, Afl_SteunGebr_5, Afl_SteunGebr_6, Waardering,
Tyd)=0).

VARIABLE LABELS filter_\$ 'RelPers=2 & NMISS(Genoot, Gevoel, Leren, Dichtby, Bly, Mensen, '+
'Leeftijd, Afl_Geslacht_OP, ZorgSect, UrTot, Afl_SrtHlp_1, Afl_SrtHlp_2, Afl_SrtHlp_3, '+
'Afl_SrtHlp_4, Afl_SrtHlp_5, Afl_SrtHlp_6, Afl_SrtHlp_7, Afl_SrtHlp_8, MantUur, Familie, Af... '+
'(FILTER)'

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMATS filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

RELIABILITY

/VARIABLES=Genoot Gevoel Mensen Leren Bly Dichtby
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.

COMPUTE Poserv=Bly + Dichtby + Gevoel + Genoot + Mensen + Leren.

EXECUTE.

Veldwerkperiode

DATASET ACTIVATE DataSet1.

FREQUENCIES VARIABLES=Afl_Actief
/ORDER=ANALYSIS.

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(Afl_Actief = 1 + 2).

VARIABLE LABELS filter_\$ 'Afl_Actief = 1 + 2 (FILTER)'

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMATS filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

FILTER OFF.

USE ALL.

EXECUTE.

USE ALL.

```
COMPUTE filter_$=(Afl_Actief = 1 | Afl_Actief = 2).  
VARIABLE LABELS filter_$ 'Afl_Actief = 1 | Afl_Actief = 2 (FILTER)'.  
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.  
FORMATS filter_$ (f1.0).  
FILTER BY filter_$.  
EXECUTE.
```

USE ALL.

```
COMPUTE filter_$=(Afl_Actief = 1 | Afl_Actief = 2 & RelPers=2 & NMISS(Genoot, Gevoel, Leren,  
  Dichtby, Bly, Mensen, Leeftijd, Afl_Geslacht_OP, ZorgSect, UrTot, Afl_SrtHlp_1, Afl_SrtHlp_2,  
  Afl_SrtHlp_3, Afl_SrtHlp_4, Afl_SrtHlp_5, Afl_SrtHlp_6, Afl_SrtHlp_7, Afl_SrtHlp_8, MantUur,  
  Familie, Afl_SteunGebr_1, Afl_SteunGebr_2, Afl_SteunGebr_3, Afl_SteunGebr_4, Afl_SteunGebr_5,  
  Afl_SteunGebr_6, Waardering, Tyd) =0).).
```

```
VARIABLE LABELS filter_$ 'Afl_Actief = 1 | Afl_Actief = 2 & RelPers=2 & NMISS(Genoot, Gevoel, '+  
  'Leren, Dichtby, Bly, Mensen, Leeftijd, Afl_Geslacht_OP, ZorgSect, UrTot, Afl_SrtHlp_1, '+  
  'Afl_SrtHlp_2, Afl_SrtHlp_3, Afl_SrtHlp_4, Afl_SrtHlp_5, Afl_SrtHlp_6, Afl_Sr... (FILTER)'.  
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.  
FORMATS filter_$ (f1.0).  
FILTER BY filter_$.  
EXECUTE.
```

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT PE  
/METHOD=ENTER Afl_Geslacht_OP Afl_lft_OP6 UrTot ZorgSect MantUur Familie Afl_SrtHlp_1  
  Afl_SrtHlp_2 Afl_SrtHlp_3 Afl_SrtHlp_4 Afl_SrtHlp_5 Afl_SrtHlp_6 Afl_SrtHlp_7 Afl_SrtHlp_8  
  Afl_SteunGebr_1 Afl_SteunGebr_2 Afl_SteunGebr_3 Afl_SteunGebr_4 Afl_SteunGebr_5
```

Afl_SteunGebr_6

WaarVaak WaarSoms

```
/METHOD=ENTER Urtot_MantUur.
```

DATASET ACTIVATE DataSet1.

```
FREQUENCIES VARIABLES=Afl_lft_OP6 Afl_Geslacht_OP UrTot ZorgSect MantUur Familie  
  Afl_SrtHlp_1  
  Afl_SrtHlp_2 Afl_SrtHlp_3 Afl_SrtHlp_4 Afl_SrtHlp_5 Afl_SrtHlp_6 Afl_SrtHlp_7 Afl_SrtHlp_8  
  Afl_SteunGebr_1 Afl_SteunGebr_2 Afl_SteunGebr_3 Afl_SteunGebr_4 Afl_SteunGebr_5  
  Afl_SteunGebr_6 PE  
/STATISTICS=MEAN  
/ORDER=ANALYSIS.
```

```

REGRESSION
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT PE
/METHOD=ENTER Afl_Geslacht_OP Afl_lft_OP6 UrTot ZorgSect MantUur Familie Afl_SrtHlp_1
  Afl_SrtHlp_2 Afl_SrtHlp_3 Afl_SrtHlp_4 Afl_SrtHlp_5 Afl_SrtHlp_6 Afl_SrtHlp_7 Afl_SrtHlp_8
  Afl_SteunGebr_1 Afl_SteunGebr_2 Afl_SteunGebr_3 Afl_SteunGebr_4 Afl_SteunGebr_5
Afl_SteunGebr_6
  WaarVaak WaarSoms
/RESIDUALS DURBIN
/CASEWISE PLOT(ZRESID) OUTLIERS(3).

```

```

REGRESSION
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT PE
/METHOD=ENTER Afl_Geslacht_OP Afl_lft_OP6 UrTot ZorgSect MantUur Familie Afl_SrtHlp_1
  Afl_SrtHlp_2 Afl_SrtHlp_3 Afl_SrtHlp_4 Afl_SrtHlp_5 Afl_SrtHlp_6 Afl_SrtHlp_7 Afl_SrtHlp_8
  Afl_SteunGebr_1 Afl_SteunGebr_2 Afl_SteunGebr_3 Afl_SteunGebr_4 Afl_SteunGebr_5
Afl_SteunGebr_6
  WaarVaak WaarSoms
/PARTIALPLOT ALL
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED)
/RESIDUALS DURBIN
/CASEWISE PLOT(ZRESID) OUTLIERS(3)
/SAVE PRED COOK LEVER SRESID SDRESID.

```

DATASET ACTIVATE DataSet1.

```

REGRESSION
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT PE
/METHOD=ENTER Afl_Geslacht_OP Afl_lft_OP6 UrTot ZorgSect MantUur Familie Afl_SrtHlp_1
  Afl_SrtHlp_2 Afl_SrtHlp_3 Afl_SrtHlp_4 Afl_SrtHlp_5 Afl_SrtHlp_6 Afl_SrtHlp_7 Afl_SteunGebr_1
  Afl_SteunGebr_2 Afl_SteunGebr_3 Afl_SteunGebr_4 Afl_SteunGebr_5 Afl_SteunGebr_6 WaarVaak
WaarSoms.

```

DATASET ACTIVATE DataSet1.

```

RECODE Afl_Geslacht_OP (1=1) (ELSE=0) INTO Man.
EXECUTE.

```

RECODE ZorgSect (1=1) (2=0).
EXECUTE.

RECODE Familie (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
EXECUTE.

DATASET ACTIVATE DataSet1.
RECODE Afl_lft_OP6 (1=1) (ELSE=0) INTO Lft16tot34.
EXECUTE.

RECODE Afl_lft_OP6 (2=1) (ELSE=0) INTO Lft35tot44.
EXECUTE.

RECODE Afl_lft_OP6 (3=1) (ELSE=0) INTO Lft45tot54.
EXECUTE.

RECODE Afl_lft_OP6 (4=1) (ELSE=0) INTO Lft55tot64.
EXECUTE.

RECODE Afl_lft_OP6 (5=1) (ELSE=0) INTO Lft65tot74.
EXECUTE.

DATASET ACTIVATE DataSet1.
RECODE PE (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
EXECUTE.

Bijlage VI: Ethics assessment

1. Provide a short summary of the background and research question/s.
In dit onderzoek wordt gekeken naar de invloed van persoonlijke kenmerken, kenmerken van de zorgontvanger, kenmerken van de overheid en praktische kenmerken op het beleven van positieve ervaringen met mantelzorgen. De mantelzorgrelatie waar het hierbij om gaat is die van een volwassen kind aan een ouder. De factoren die worden meegenomen als onafhankelijke variabelen zijn: de soort hulp die geboden wordt; het aantal uren verleende mantelzorg; de opvattingen van de mantelzorger over zorgen voor familie; het aantal uren betaalde arbeid naast het zorgen; de ervaren en geboden praktische en financiële steun van de overheid; en de waardering van de zorgontvanger.
2. Provide a short description of the intended research population/s.
De onderzoekspopulatie betreft in Nederland woonachtige personen van zestien jaar of ouder die deel uitmaken van een particulier huishouden die in de afgelopen 12 maanden voor hun ouder hebben gezorgd/zorgen. Bij correctie voor de missings in de vragen die worden meegenomen in de analyse resteren er 2825 respondenten.
3. Provide a short description of the proposed research design and method/s.
Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een multiple lineaire regressie analyse. Er zal worden getest of de 6 onafhankelijke variabelen ieder een significante invloed uitoefenen op de afhankelijke variabele; positieve ervaringen. Ook zal worden gekeken naar de onderlinge samenhang van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele.
4. Provide a short description of the recruitment strategy/ies:
a. How will potential participants be identified?
b. How will potential participants be approached for participation in the research?
A Voor de eerste steekproef zijn er per coropgebied deelgemeenten geselecteerd (met kansen evenredig aan de inwoneraantallen). Vervolgens is via een clustersteekproef verder te werk gegaan, waarbij het aantal te trekken personen per deelgemeente gelijk was en van tevoren vastgesteld. De tweede steekproef is een enkelvoudige aselechte steekproef, met dezelfde omvangen per deelgemeente als in de eerste steekproef. De eerste steekproef heeft 7.112 respondenten opgeleverd (via internet) en de tweede 14.224 respondenten (telefonisch). Om tot deze aantallen te komen is van tevoren berekend hoeveel respondenten er nodig waren om aan een responseis van het aantal actieven te komen (namelijk 2.800). Met actief wordt hier bedoeld dat iemand vrijwilliger is in de zorg, mantelzorg of beide.
B De participanten zijn geworven door middel van een aanschrijfverzoek om een vragenlijst via internet in te vullen. Wanneer een reactie uitbleef is men overgegaan op een telefonische benadering.

5. Provide a short description of any risks involved in the research for participants. Also describe what measures will be taken to limit the risks for participants?

Er kan een risico ontstaan dat de participant het gevoel heeft geen maatschappelijk 'goed' antwoord te geven. Dit wordt tegengegaan door in de vragenlijst te vermelden dat de onderzoekers geïnteresseerd zijn in de mening van de respondent en dat er geen goede of foute antwoorden zijn. Ook is de respondent niet verplicht om een vraag te beantwoorden. Wanneer hij of zij een antwoord niet weet of geen antwoord wil geven, is dat mogelijk. Dan bestaat er het risico van privacy, deze wordt in vraag 7 behandeld.

6. Provide a short description of how informed consent will be obtained:

- a. How will potential participants be informed about the aims and requirements of the research?**
- b. How will consent for participation in the research be obtained and recorded?**

A Aan iedere te benaderen persoon wordt een aanschrijfbrief verstuurd met daarin het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. In de aanschrijfbrief wordt ingegaan op het doel van het onderzoek en wordt aangekondigd dat een telefonische benadering volgt als geen reactie wordt ontvangen van de respondent via internet. In de aanschrijfbrief wordt medegedeeld dat het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). (briefpapier van het CBS, logo van CBS, CBS-enveloppen). In de aanschrijfbrief wordt vermeld dat het om een gezamenlijk onderzoek van CBS en SCP gaat, en dat de gegevens voor publicaties van zowel SCP als CBS worden gebruikt.

B In de brief (die gericht is aan de respondent) zijn een inlogcode en een gebruikersnummer opgenomen, zodat alleen de respondent toestemming heeft om mee te doen aan het onderzoek. Respondenten kunnen aangeven dat zij niet willen deelnemen aan het onderzoek. Daarnaast kunnen zij op ieder gewenst moment stoppen met het onderzoek. Ook zijn zij niet verplicht om op elke vraag antwoord te geven.

7. Provide a short description of how the privacy of participants will be protected and how the confidentiality of information obtained will be ensured.

De gegevens van de participanten zijn via de BasisRegistratie Personen verkregen. De gemeenten kunnen alleen op grond van wettelijke bepalingen gegevens verstrekken aan andere organisaties (zoals het SCP). Wanneer het niet wettelijk verplicht is om gegevens te delen, dan vraagt de gemeente daarvoor toestemming aan de participanten.

Het SCP houdt zich aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming. De gegevens worden alleen gebruikt voor onderzoek en statistiek. Individuele personen zijn daarbij niet herkenbaar. Het SCP levert dan ook geen gegevens door aan derden waarin individuele personen herkenbaar zijn. Het SCP houdt zich aan het privacy-beleid van het ministerie van VWS, waar het SCP deel van uitmaakt. De gegevens worden alleen voor wetenschappelijke en statistische doeleinden gebruikt. De analyses vinden plaats op een beveiligd computersysteem waartoe onbevoegden geen toegang hebben. In de rapporten die het SCP naar buiten brengt, zijn personen nooit te herkennen.

8. Provide a short description of who will have access to the data, where and how data will be stored during and after the process of data collection and when and how data will be destroyed.

De data zullen in eerste instantie alleen toegankelijk zijn voor het SCP en het CBS en daarnaast kunnen de data (na verleende toestemming van het SCP) gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden. De data worden anoniem gearhiveerd in het Data Archiving and Networked Services. Dit is het Nederlandse instituut voor permanente toegang tot digitale onderzoeksgegevens. Voor het verkrijgen van toegang tot de betreffende dataset is een verzoek aan het SCP nodig met een onderzoeksverantwoording. De antwoorden op vragen uit vragenlijsten zijn losgekoppeld van namen en adressen.

Naam-adres-woonplaatsgegevens worden snel na een onderzoek verwijderd, behalve als personen toestemming hebben gegeven om opnieuw voor onderzoek benaderd te worden. Audio- en videobestanden worden op een aparte computerschijf bewaard, en enige tijd na afloop van het onderzoek vernietigd. Alleen de onderzoekers die met deze gegevens moeten werken, hebben toegang tot de informatie.

Onderzoeksgegevens bewaart het SCP zo lang mogelijk. Ten eerste vanuit het oogpunt van wetenschappelijke integriteit. Het is belangrijk dat onderzoek gerepliceerd kan worden om de juistheid ervan te testen. Ten tweede worden enquêtebestanden en uitgeschreven diepte-interviews en groeps gesprekken bewaard omdat het SCP onderzoek doet naar veranderingen in de samenleving. Door een vergelijking van oude en nieuwe gegevens kunnen we zien wat is veranderd.