

# MantelZorgen in de Praktijk

## Interventiebeschrijving

Februari 2020

Het werkblad (versie mei 2015) dat gebruikt is voor het maken van deze interventiebeschrijving, is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**NCJ** Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid



kennis en aanpak van  
sociale vraagstukken



Nederlands  
Jeugdinstituut



# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

### MantelZorgen in de Praktijk©

Samenwerkingsverband in Parkstad Limburg tussen Steunpunt Mantelzorgers Parkstad,  
Fysiotherapeuten van Co-ACTief 1<sup>e</sup> lijn en Van Veldhoven, en Cicero zorggroep, vakgroep ergotherapie

[mantelzorgenindepraktijk@gmail.com](mailto:mantelzorgenindepraktijk@gmail.com)

045 528 41 61

## Contactpersoon

Alice ten Kate

[coactief1lijn@kpnmail.nl](mailto:coactief1lijn@kpnmail.nl)

045 528 41 61

## Referentie in verband met publicatie

Mantelzorgorganisatie: Hella Senden

Fysiotherapeuten: Alice ten Kate en Paula Van Veldhoven

Ergotherapeuten: Raquel Knubben en Bianca Miltenburg

### MantelZorgen in de Praktijk©

Databank(en): Effectieve sociale interventies Movisie

Parkstad Limburg, [MantelZorgen in de Praktijk©](#)

Februari 2020

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Aanpak.....	4
Materiaal .....	4
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>5</b>
1.1 Doelgroep .....	5
1.2 Doel.....	6
1.3 Aanpak.....	7
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>22</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	24
4.3 Praktijkvoorbeeld .....	24
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>25</b>
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>26</b>

# Samenvatting

## *Korte samenvatting van de interventie*

De interventie MantelZorgen in de Praktijk is bedoeld voor volwassen mantelzorgers die regelmatig mentale en fysieke zorg bieden aan een zorgvrager en daarbij behoefte hebben aan meer kennis en vaardigheden. Reden voor deelname kan voorbereidend zijn op het leveren van toenemende mantelzorgtaken, maar ook een ontstane disbalans tussen draagkracht en draaglast en/of beperkingen in de eigen (fysieke) mogelijkheden.

## Doelgroep

De doelgroep bestaat uit volwassen mantelzorgers (> 18 jaar) die regelmatig en actief zorg en/of mentale ondersteuning bieden aan een zorgvrager, en die een verstoorde balans ervaren tussen hun eigen draagkracht en draaglast, of een toenemende beperking in hun eigen (fysieke) mogelijkheden. Een reden voor het volgen van de interventie kan ook zijn een voorbereiding op toenemende mantelzorgtaken en het voorkomen van overbelasting vanwege een disbalans tussen draaglast en draagkracht.

## Doel

Mantelzorgers ervaren meer eigen regie over hun dagelijks functioneren en in hun rol als mantelzorgers. Daarbij zijn zij (door bewustwording, meer kennis en training van praktische vaardigheden) zelf in staat hun draagkracht te vergroten en hun draaglast te verlagen ter voorkoming van overbelasting. Het zelfvertrouwen van de mantelzorgers is toegenomen.

## Aanpak

De interventie bestaat uit het voortraject (fase 1), de trainingsbijeenkomsten (fase 2), de borging (fase 3) en 'naast de zorg' beweegactiviteiten (fase 4). Het voortraject (fase 1) omvat het proces van erkenning van het 'mantelzorgers zijn', het in kaart brengen van de behoefte aan ondersteuning en het aanmelden voor de training. De training (fase 2) bestaat uit zes bijeenkomsten van twee uur. Hierin komen het trainen van praktische vaardigheden en het vinden van balans tussen belasting en belastbaarheid aan de orde. Tevens worden hulpmiddelen en ondersteuningsmogelijkheden besproken, naast nuttige en praktische informatie voor mantelzorgers, bijvoorbeeld op websites en bij gemeentes. De borging (fase 3) omvat het proces volgend op de trainingsbijeenkomsten en 'naast de zorg' beweegactiviteiten (fase 4).

Het laatste deel, 'naast de zorg' beweegactiviteiten (fase 4) omvat het faciliteren van de deelnemers om samen in beweging te komen en te blijven. De trainers kunnen daarbij ideeën inventariseren en organiseren dat de deelnemers met een aantal activiteiten naar keuze kunnen kennismaken. De trainers kunnen ondersteunen in het bieden van ruimte en begeleiding.

## Materiaal

Er is een handboek, er zijn materialen ten behoeve van werving deelnemers en trainers (folders, posters, flyers), hulpmiddelen voor het opstellen van een begroting, trainingsmaterialen ten behoeve van de uitvoering interventie voor trainers en evaluatieformulieren voor deelnemers en ter verantwoording subsidie.

## Onderzoek

Er is in 2019 een procesevaluatie uitgevoerd onder 22 deelnemers aan drie trainingen en onder vijf trainers. De interventie is door alle deelnemers goed gewaardeerd, gemiddeld met 8,5 van 10 punten. Vooral gewaardeerd werd de deskundigheid van de trainers en de veiligheid en respectvolle omgang binnen de groep. De mantelzorgers hebben veel geleerd van de trainers maar ook van elkaar. Enkele verbeterpunten genoemd door de trainers zijn: acteer in de training nog meer behoeftegericht en spits de opzet van de follow-up bijeenkomst nog meer toe op de voorbereiding op fase 4.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep bestaat uit volwassen mantelzorgers (> 18 jaar) die frequent en actief zorg en/of mentale ondersteuning bieden aan een zorgvrager, en die een verstoorde balans ervaren tussen hun eigen draagkracht en draaglast, of een toenemende beperking in hun eigen (fysieke) mogelijkheden. Ook reden voor het volgen van de interventie is een voorbereiding op toenemende mantelzorgtaken en het voorkomen van overbelasting door een disbalans tussen draaglast en draagkracht.

### Intermediaire doelgroep

Er is geen intermediaire groep. Wel kunnen andere groepen plezier hebben van de interventie:

- zorgvragers: zij zullen als eerste merken dat hun mantelzorg meer vaardigheden heeft en meer in balans is en in staat eigen regie te voeren.
- professionele dienstverleners rondom zorgvrager en mantelzorg: de mantelzorg zal beter begrenzen wat wel en niet van de mantelzorg gevraagd kan worden, beter afgewogen hulp vragen en beter regie voeren over eigen inbreng.

### Selectie van doelgroepen

Er dient één aanmeld- en screeningsorganisatie te zijn, die zo dicht mogelijk bij de mantelzorg staat. Deze (mantelzorg)organisatie screent deelnemers op geschiktheid en urgentie en bewaakt het deelnemersaantal.

Voorwaarden voor deelname:

- Deelnemende mantelzorgers dienen volwassen te zijn (>18 jaar), de inhoud van de training is niet afgestemd op kinderen.
- Deelnemende mantelzorgers hebben behoefte aan ondersteuning op fysiek en/of mentaal gebied.
- Deelnemende mantelzorgers willen de zorg kunnen volhouden.
- Deelnemende mantelzorgers staan open om van en met elkaar te leren.

Contra-indicaties voor deelname:

- Mantelzorgers waarbij de zorg al ontspoord is / advies om eerst een individueel traject te volgen
- Leeftijd < 18 jaar.
- Mantelzorgers met onvoldoende mentale capaciteiten om te kunnen participeren.

### Betrokkenheid doelgroep

De mantelzorgers waren in alle verzorgde trainingen tussen 2017 en 2019 als volgt betrokken bij de doorontwikkeling:

- Voor, bij de start en na de zes bijeenkomsten zijn de mantelzorgers bevraagd omtrent hun behoefte aan steun.
- Tijdens de trainingsbijeenkomsten stelden de deelnemers vragen. Deze vragen hebben geleid tot aanpassingen van de inhoud.
- Er zijn bij twee van de deelnemende en bij drie niet-deelnemende mantelzorgers enquêtes uitgevoerd waarin navraag is gedaan naar de behoefte aan ondersteuning van deze personen. De uitkomsten hebben bijgedragen tot aanpassingen van de inhoud van de training.
- Aan het einde van de zes trainingsbijeenkomsten hebben de ingevulde evaluatieformulieren geleid tot aanpassingen, dus doorontwikkeling.
- Na drie maanden zijn in de terugkombijeenkomst de deelnemers nogmaals bevraagd. Ook dit heeft geleid tot aanpassingen in het programma.

We noemen de volgende voorbeelden van doorontwikkeling:

- Er wordt nu minder stof per keer behandeld omdat mantelzorgers deze behoefte aangaven. De aangeboden stof kan daardoor ook diepgaander behandeld worden. Dit levert meer op dan 'alle' thema's oppervlakkiger behandelen. Het levert ook meer ruimte op voor het beantwoorden van individuele vragen.
- Het doorvragen op de uitkomsten van het Spinnenweb Positieve Gezondheid' (voor uitleg zie hoofdstuk 3) heeft tot meer inzicht geleid in de aard van de ondersteuning die mantelzorgers wensen en dit heeft geleid tot accentverschuivingen in de training: nog meer aandacht voor goed luisteren en voor praktijkvaardigheden.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Mantelzorgers ervaren meer eigen regie over hun dagelijks functioneren en in hun rol als mantelzorger. Daarbij zijn zij (door bewustwording, meer kennis en training van praktische vaardigheden) zelf in staat hun draagkracht te vergroten en hun draaglast te verlagen ter voorkoming van overbelasting. Het zelfvertrouwen van de mantelzorger is toegenomen.

### Subdoelen

Subdoelen doelgroep:

- Mantelzorgers weten waar ze informatie, advies en ondersteuning kunnen krijgen/vragen, zowel praktisch als op het gebied van wet- en regelgeving, als op het gebied van technologische ontwikkelingen ter ondersteuning van de zorg.
- Mantelzorgers hebben contact met andere mantelzorgers, ze kunnen ervaringen delen en leren van elkaars ervaringen, hetgeen de (h)erkenning vergroot mantelzorger te zijn.
- De mantelzorger verliest zichzelf niet in het zorgen voor de zorgvrager en kan zichzelf beter begrenzen, waardoor de relatie met de zorgvrager meer in balans komt.
- De mantelzorger neemt de zorg voor de eigen (fysieke en psychische) gezondheid serieus en onderneemt (beweeg)activiteiten om de eigen belastbaarheid te behouden.
- De mantelzorger ervaart meer kwaliteit van leven.
- De mantelzorger heeft praktische vaardigheden geleerd om (fysieke en psychische) draaglast te verminderen.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

De interventie MantelZorgen in de Praktijk duurt ongeveer zes maanden, de follow-up kan langere tijd in beslag nemen.

#### Fase 1 - Voortraject

Het voortraject is te zien als een proces dat de mantelzorger zelf doorloopt, van Herkenning, Erkenning en Verkenning tot aan de Aanmelding voor de interventie.

- Herkenning: er is sprake van het verlenen van (langdurige) (mantel)zorg, door de mantelzorger en (zorg)professionals in de omgeving van de zorgvrager. Herkent de mantelzorger zichzelf als mantelzorger?
- Erkenning: met meer kennis en kunde van de mantelzorger verloopt het mantelzorgen beter voor zowel mantelzorger als zorgvrager wat betreft vaardigheden, organisatie en leefbaarheid. De mantelzorger kan keuzes maken/oplossingen bedenken die bij hem of haar passen en toepasbaar zijn in de individuele situatie. Erkent de mantelzorger zichzelf in wat zij/hij nodig heeft?
- Verkenning: de mantelzorger komt via internet, huisarts, thuiszorg en/of (wijk)zorgverlener, fysiotherapeut of ergotherapeut in contact met de plaatselijke mantelzorgorganisatie en ontvangt informatie over trainingsmogelijkheden. Vanuit de trainingsorganisatie vindt 'voorselectie' plaats bij twijfel over de capaciteit of intentie van de mantelzorger.
- Aanmelding: deze verloopt via de plaatselijke mantelzorgorganisatie, omdat zij de geregistreerde mantelzorgers per gemeente goed in beeld hebben en een goede inschatting kunnen maken van de urgentie, capaciteit en motivatie voor deelname aan de training. De (mantelzorg)organisatie voert de *screening* uit en bewaakt het deelnemersaantal.

#### Fase 2 - Training

Er kunnen maximaal 12 mantelzorgers per training deelnemen. De ervaring leert dat de best haalbare aanvangstijden voor mantelzorgers in de middag en vroege avond liggen. Die beperking is nodig voor het creëren van een veilige groep en een optimaal leerklimaat. Er zijn per bijeenkomst twee trainers aanwezig, welke disciplines varieert naar gelang het onderwerp. De training bestaat uit zes bijeenkomsten van twee uur die met een tweewekelijkse interval worden gegeven. Dit geeft de mantelzorger de tijd om het geleerde in de praktijk te oefenen en zich voor te bereiden op de volgende bijeenkomst. Zo kan de mantelzorger individuele vragen ventileren.

#### Fase 3 - Borging

Drie maanden na afloop van de training vindt een terugkombijeenkomst plaats ter evaluatie van de door de mantelzorger geformuleerde doelstellingen, het individueel leerrendement (wat heb ik nu meegenomen, wat zet ik effectief in, hoe sta ik als mantelzorger nu in het leven). En ter facilitering van 'naast de zorg' beweegactiviteiten in fase 4: wat blijf ik zelf als mantelzorger doen om fit en actief te blijven.

#### Fase 4 - 'Naast de Zorg' beweegactiviteiten

Met de mantelzorgers worden opties besproken om in beweging te komen en te blijven voor zichzelf en in contact te blijven met elkaar. De trainers stimuleren eigen initiatief bij de deelnemers om samen vorm te geven aan beweegmogelijkheden voor de toekomst. De rol van de trainers is in deze fase faciliterend, niet meer per se initiërend. De trainers kunnen bijvoorbeeld voorzien in een locatie waar de beweegactiviteiten kunnen plaatsvinden en de deelnemers door middel van een beweegcarrousel kennis laten maken met diverse vormen van bewegen. Het verdient aanbeveling al bestaand (beweeg)aanbod hierin mee te nemen.

## Inhoud van de interventie

### Fase 1 - Voortraject

De mantelzorgers komen meestal pas in de erkennings- of verkenningfase bij de mantelzorgorganisatie in beeld. Daarnaast kan er geworven worden via folders bij zorgprofessionals (huisartsen, therapeuten, thuiszorg en dergelijke), omdat niet alle mantelzorgers zich als zodanig registreren. Aanmelding van de deelnemers voor de training verloopt via de plaatselijke mantelzorgorganisatie, omdat die de geregistreerde mantelzorgers per gemeente goed in beeld heeft en een goede inschatting kan maken van de urgentie, capaciteit en motivatie voor deelname aan de training. Ook bewaken zij het aantal deelnemers per groep (maximaal 12).

Bij een van de deelnemende partijen worden vervolgens zes bijeenkomsten gepland van twee uur, om de week. Uit ervaring is gebleken dat deze duur en frequentie het maximaal haalbare is voor mantelzorgers, het deelnemen levert ook weer een belasting op voor hen.

### Fase 2 - Training

De training bestaat uit zes bijeenkomsten van twee uur die met een tweewekelijkse interval worden gegeven.

De training is opgebouwd aan de hand van begrippen rondom mantelzorgen. Kernbegrippen zijn: Lukt, Loopt, Leeft. De bijeenkomsten hebben achtereenvolgens de volgende thema's:

- a. Lust/ Last
- b. Lukt/ Loopt/ Leeft
- c. Lukt
- d. Loopt
- e. Leeft
- f. Laat/ Loont

De deelnemers krijgen tijdens de eerste bijeenkomst een gedachtenschriftje (notitieblokje) mee waarin zij tussen de bijeenkomsten hun vragen, opmerkingen en gedachten kunnen beschrijven. Zij kunnen dit meenemen naar de volgende bijeenkomst en met de groep en/of met een van de trainers delen.

#### a. Lust/ Last

De eerste bijeenkomst start met tijd en aandacht voor de mantelzorger in de vorm van een uitgebreide voorstelronde en het delen van ervaringen met mantelzorg. Groot belang wordt gehecht aan het creëren van een veilige groep en het op de hoogte raken van de leerbehoefte en uitdagingen waar de deelnemers zich mee geconfronteerd zien. De veilige ruimte wordt gecreëerd door een informele inrichting van de ruimte, het maken van afspraken omtrent aanspreekvorm (tutoyeren), het elkaar laten uitspreken, ieder in haar/zijn waarde laten en het binnenskamers houden van wat gedeeld wordt.

Met het invullen van het Spinnenweb Positieve Gezondheid krijgen de deelnemers zicht op hoe hun eigen leven eruit ziet en welke aspecten voldoende aandacht krijgen of juist niet. Aan de mantelzorgers wordt daarnaast gevraagd wat zij nodig hebben om het mantelzorgen vol te houden, zodat daar voldoende aandacht aan geschonken kan worden tijdens de bijeenkomsten. Verder wordt in deze bijeenkomst verteld wat er de volgende keren gaat gebeuren en wordt de context van de begrippen Lukt/ Loopt/ Leeft uitgelegd.

#### b. Lukt/ Loopt/ Leeft

In deze bijeenkomst worden de begrippen Lukt/ Loopt/ Leeft vertaald naar de praktijk en wordt een aanzet gemaakt naar **de fysieke belastbaarheid**, naar **het organiseren van mantelzorg** en naar **(het herstellen van) de balans in de relatie met de zorgvrager**. Tijdens welke activiteiten/ handelingen treedt er fysieke belasting op? Hoe en wanneer ervaren deelnemers (fysieke) belasting en valrisico's? Hoe kan haptonomie een positieve bijdrage leveren aan het uitvoeren van zorghandelingen? Wat doet slecht zien en slecht horen met zowel mantelzorger als zorgvrager in relatie tot elkaar en in het kunnen uitvoeren van zorgtaken?

In deze bijeenkomst wordt duidelijk waar de behoefte van de deelnemers ligt en wordt de praktische invulling van de volgende bijeenkomsten toegelicht: fysieke belastbaarheid (lukt), het organiseren van de mantelzorg (loopt) of de balans in relatie tot de zorgvrager (leeft): als iets niet meer lukt, loopt het niet en is het ook al snel niet meer leuk...



#### c. Lukt

Deze bijeenkomst is heel praktisch. Er wordt veel tijd besteed aan praktische vaardigheden van de mantelzorger in tillen en verplaatsen van de zorgvrager, met een zo laag mogelijke fysieke belasting voor de mantelzorger, onder andere door gebruik te maken van haptonomie. Haptonomie kan ook goed ingezet worden bij mensen met cognitieve problemen die niet weten hoe op te staan, om weerstand te verlagen en 'trekken' te voorkomen.

De praktische situaties waar de mantelzorgers mee te maken krijgen worden zo uitgebreid mogelijk geoefend. Valpreventie is ook onderdeel van deze bijeenkomst. Voor sommige deelnemers werkt deze bijeenkomst tevens voorbereidend op zwaarder wordende zorghandelingen.

#### d. Loopt

De bijeenkomst gaat over het praktisch organiseren van de mantelzorg en over het organiseren van hulp daarbij. Bijvoorbeeld bij het zo praktisch mogelijk inrichten van het huis en huishouden en hoe dat efficiënter gemaakt kan worden. Ook wordt gekeken of en hoe taken meer verdeeld kunnen worden tussen meerdere personen in het sociale netwerk van de zorgvrager. Verder wordt er ingegaan op actuele wet- en regelgeving waar mantelzorgers mee te maken kunnen krijgen en waar ze eventueel gebruik van kunnen maken m.b.t. materiële- en financiële ondersteuning. Tenslotte wordt er aandacht besteed aan technologie en hoe deze de mantelzorger kan ondersteunen.

#### e. Leeft

Deze bijeenkomst richt zich vooral op het leven van de mantelzorger zelf en wat mantelzorgen doet met de relatie tot de zorgvrager. Zijn de mantelzorgers zich bewust van hun eigen draagkracht en draaglast en hoe bewaken of herstellen zij de balans? Wat hebben ze zelf nodig om te kunnen blijven doen wat het mantelzorgen van ze vraagt? In deze bijeenkomst vindt veel uitwisseling plaats over de (letterlijke en figuurlijke) dynamiek in de relatie tussen zorgvrager en mantelzorger, over de houding die de mantelzorger heeft ten opzichte van de zorgvrager, over wat de mantelzorger aan spanning ervaart en wat zij/hij kan veranderen.

#### f. Laat/ Loont

Deze bijeenkomst laat de voorbije bijeenkomsten de revue passeren en wat er in die bijeenkomsten geleerd is. Ook wordt ingegaan op de positieve kanten van het mantelzorgen en hoe je het als mantelzorger voor jezelf ook leuk kunt houden. Er wordt gekeken naar de doelen die de deelnemers hadden en of die bereikt zijn. Ook wordt het Spinnenweb van Positieve Gezondheid weer ingevuld. Wat is er veranderd ten opzichte van de eerste trainingsbijeenkomst? Tot slot vullen de deelnemers een evaluatieformulier in, met vragen over de training en trainers zelf.

### **Fase 3 - Borging**

Drie maanden na afloop van de training vindt een terugkombijeenkomst plaats.

Doel is om inzicht te krijgen in hoe het de mantelzorgers is vergaan, of zij het geleerde in de praktijk hebben kunnen brengen, of er nieuwe ontwikkelingen zijn in hun situatie en of er behoefte is aan individuele ondersteuning. Afhankelijk van de vraag wordt hier door de fysio-, ergotherapeut of maatschappelijk werkende op ingespeeld. De deelnemers vullen nogmaals het Spinnenweb Positieve Gezondheid in ter indicatie van hun ervaren gezondheid en ter objectivering van het leerrendement van de training. Ook vullen de deelnemers nogmaals een evaluatieformulier in, waaruit verbeterpunten voor de interventie kunnen voortkomen. Verder wordt geïnventariseerd of de mantelzorgers met elkaar in contact willen blijven en wie van de mantelzorgers dit dan verder kan en wil organiseren.

Deelnemers worden gestimuleerd bij elkaar te blijven komen tijdens 'naast de zorg' beweegactiviteiten. Met de mantelzorgers worden opties besproken om in beweging te komen en te blijven voor zichzelf. De trainers stimuleren eigen initiatief van de deelnemers om samen vorm te geven aan beweegmogelijkheden voor de toekomst. De trainers kunnen eventueel voorzien in een locatie waar de beweegactiviteiten kunnen plaatsvinden.

Daarnaast blijft de mantelzorgorganisatie betrokken bij de individuele mantelzorgers en verwijst mantelzorgers zo nodig door naar een van de samenwerkingspartners bij fysiotherapie en ergotherapie.

#### **Fase 4 – ‘Naast de Zorg’ beweegactiviteiten**

Mantelzorgers verliezen zichzelf vaak in zorgen voor de gezondheid van een ander. Het gaat er in deze fase om zorg te blijven dragen voor de eigen gezondheid: zodra je zelf in beweging komt, ontstaat er in je brein ook weer meer ruimte. Je wordt gezonder, je draagkracht neemt toe.

Wanneer je dit met anderen samen doet, wordt dit effect versterkt. Het werkt steunend en stimulerend en het maakt het makkelijker de activiteit vol te houden.

Het kennismaken met diverse vormen van (beweeg)activiteiten maakt deel uit van de interventie.

Deelnemers krijgen de regie in handen om hun eigen activiteiten onderling te organiseren of deel uit te gaan maken van begeleide beweegactiviteiten die er al zijn in de regio. De rol van de trainers is in deze fase faciliterend (opties aanreikend, kennismaking met vormen van bewegingsactiviteiten faciliterend), niet meer initiërend. Om de mantelzorgers bij de invulling van hun activiteiten tot bewegen en daarmee verhogen van hun belastbaarheid te stimuleren, hebben beweegactiviteiten de voorkeur.

Te denken valt hierbij aan het organiseren van een serie eerste bijeenkomsten, bijvoorbeeld in de vorm van een beweegcarrousel (a) op locatie waarna de deelnemers zelf de organisatie overnemen – of zich aansluiten bij bestaande organisaties (bijvoorbeeld samen sporten (b), wandelgroepen (c), et cetera.

- (a) een beweegcarrousel: dit zijn ervaringsbijeenkomsten om diverse beweegactiviteiten uit te proberen (denk aan proeflessen bij al bestaand aanbod) en te ontdekken waar de eigen voorkeur ligt, bijvoorbeeld Tai Chi, yoga, fitness, beweegtuin, nordic walking, fietstocht;
- (b) een mogelijkheid zoeken, dan wel bieden voor mantelzorgers en zorgvragers om te sporten, samen met andere zorgvragers en mantelzorgers. Afhankelijk van mogelijkheden en wensen van de organiserende organisatie kunnen er aparte groepen worden gemaakt voor mantelzorgers en zorgvragers;
- (c) aansluiting zoeken bij wandelgroepen, bijvoorbeeld in samenwerking met het Huis van de Sport, dan wel deze activiteiten aanbieden.

## 2. Uitvoering

### Materialen

#### Werving:

- Materialen werving – Deelnemers Folder 1 – gevouwen
- Materialen werving – Deelnemers Folder 2 – brief
- Materialen werving – Deelnemers Poster 1 – met financiële bijdrage
- Materialen werving – Deelnemers Poster 2 – zonder financiële bijdrage
- Materialen werving – Trainers Folder
- Materialen werving – Trainers Poster

#### Hulpmiddelen voor opstellen begroting:

- Materialen begroting – Voorbeeld Berekening 1 – Kostprijs per discipline 1 training
- Materialen begroting – Voorbeeld Berekening 2 – Kosten training ten behoeve van subsidieaanvraag
- Materialen Begroting – Voorbeeld Subsidieaanvraag
- Materialen Begroting – Voorbeeld Subsidieverantwoording

#### Uitvoering:

- Materialen Uitvoering – Handboek MantelZorgen in de Praktijk  
*MantelZorgen in de Praktijk. Hoe zorg je dat het lukt en loopt? Parkstad Limburg (2020)*  
H. Senden, A. ten Kate, P. Van Veldhoven, R. Knubben en B. Miltenburg.  
Steunpunt Mantelzorgers Parkstad,  
Fysiotherapie Co-ACTief 1<sup>e</sup> lijn en Van Veldhoven,  
en Cicero Zorggroep, vakgroep ergotherapie.
- Materialen Uitvoering – Spreadsheet met themablokken Training
- Materialen Uitvoering – Spreadsheet met themablokken Train-de-trainer
- Materialen 'Trainingspak' (trainingsmap), waarin:
  - Materialen Trainingspak – PowerPoints bijeenkomsten 1-6
  - Materialen Trainingspak – Opdrachtvel 1 – Positieve Gezondheid
  - Materialen Trainingspak - Opdrachtvel 2 – 't HUISZORG
  - Materialen Trainingspak – Opdrachtvel 3 – Activiteitenweger
  - Materialen Trainingspak - landelijke adressen ondersteuning mantelzorger  
[www.samenbeterthuis.nl](http://www.samenbeterthuis.nl), [www.mantelzorg.nl](http://www.mantelzorg.nl)

#### Evaluatie:

- Materialen Evaluatie – Deelnemers Formulier Einde Training
- Materialen Evaluatie – Deelnemers Formulier Terugkomstbijeenkomst
- Materialen Begroting – Voorbeeld Subsidieverantwoording

### Locatie en type organisatie

#### Trainers:

Samenwerkingsverbanden tussen Fysiotherapie, ergotherapie en maatschappelijk werk en bij voorkeur gelieerd aan een mantelzorgorganisatie met goede contacten met huisartsen en financiers.

#### Waar:

De training kan gegeven worden op locatie. Wel worden er een paar eisen gesteld aan de ruimte, zie hiervoor Randvoorwaarden.

## Opleiding en competenties van de uitvoerders

Voor een goed resultaat dient de interventie MantelZorgen in de Praktijk uitgevoerd te worden door professionals met een (para) medische opleiding en een professional met een opleiding op sociaal terrein. Gezien de praktische insteek en de thema's zijn de opleidingen fysiotherapie, ergotherapie en maatschappelijk werk het meest voor de hand liggend.

Voor de diverse disciplines is het volgende noodzakelijk.

### Kennis en Kunde

**Fysio- en Ergotherapeuten:** kennis van tilvaardigheden volgens de principes van de ergonomie en haptonomie is noodzakelijk, naast kennis van consequenties van diverse ziektebeelden bij zorgvragers voor het geven van mantelzorg.

Daarnaast: empathie, kennis en kunde op het gebied van mantelzorg, didactische vaardigheden, kennis en ervaring op het gebied van stimuleren van zelfmanagement en eigen regie. Kennis van groepsdynamica is essentieel.

**Maatschappelijk werkenden:** kennis van mentale gevolgen en sociale impact voor mantelzorgers, empathie, kennis en kunde op het gebied van mantelzorg, didactische vaardigheden, kennis en ervaring op het gebied van stimuleren van zelfmanagement en eigen regie. Kennis van groepsdynamica is essentieel.

**Alle disciplines** dienen op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van de andere disciplines binnen de interventie en waar nodig op de hoogte zijn van geldende wet- en regelgeving. Goede kennis van de sociale kaart in de omgeving van de deelnemers en mogelijke hulpinstanties is een pré.

**Werver en/of screener deelnemers:** zorgprofessional met empathie voor mantelzorger, inzicht in inhoud training.

**Fondswerver:** inzicht in mogelijke financieringsvormen en de bijbehorende voorwaarden

NB: Na het volgen van de train-de-trainer cursus wordt verondersteld dat fysiotherapeuten, ergotherapeuten en maatschappelijk werkenden de training zelfstandig kunnen verzorgen.

### Competenties voor het geven van de training

De training MantelZorgen in de Praktijk wordt bij voorkeur gegeven in onderlinge afstemming door een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een maatschappelijk werker gelieerd aan een mantelzorgorganisatie. De invulling /uitvoering van de training dient te liggen bij alle betrokken personen die de bijeenkomsten geven. Het verdient aanbeveling om kennis te hebben van elkaars werkwijze. Dit is nodig om voldoende draagvlak te creëren en te weten waar mogelijk afgeweken kan worden indien de groep hierom vraagt. De betrokken disciplines spreken vooraf de taakverdeling af. Deze kan afhankelijk van het verloop van de interventie bijgesteld worden. Het vraagt het volgende van de houding en vaardigheden van de trainers.

#### Houding

- iedere discipline kan verder kijken dan grenzen van de eigen discipline
- is flexibel inzake aanpassing taakverdeling en inbreng in bijeenkomst
- is kritisch en blijft reflecteren op de eigen inbreng in de training
- zorgt voor interactie met de groep
- kan de interventie bijstellen op basis van de door de groep aangedragen vragen.

#### Vaardigheden

- is in staat om te werken via *motivational interviewing*
- is in staat om zich mondeling duidelijk en helder uit te drukken
- is in staat om via de kernbegrippen van Positieve Gezondheid(zie ook de toelichting in 'Verantwoording') de bijeenkomsten te leiden.

## Train-de-Trainer

Om de training zelf te kunnen geven volgen de potentiële trainers eerst de eendaagse train-de-trainer cursus. Deze cursus is als volgt opgebouwd.

Blok 1: **Uitzetten grote lijnen** met toelichting op 'blokken': Lukt-Loopt-Leeft.

Nadere uitwerking blok Doel en Kader gezien vanuit het perspectief van de trainer.

Blok 2: **Lukt het**: vaardigheden trainers met betrekking tot praktische handelingen en zelfmanagement mantelzorgers.

Nadere uitwerking 'blokken', kijkend vanuit het perspectief van de mantelzorger.

Blok 3: **Leeft het**: vaardigheden trainers met betrekking tot groepsdynamica en didactische vaardigheden.

Nadere uitwerking multidisciplinaire samenwerking, werken met groepen.

Blok 4: **Loopt het**: praktische invulling interventie: stappenplan, materialen, kwaliteitsbewaking.

Nadere uitwerking Stappenplan praktische organisatie.

Na het volgen van de train-de-trainer cursus kunnen fysiotherapeuten, ergotherapeuten en maatschappelijk werkers zelf de training verzorgen. Voor meer informatie kan men terecht bij de schrijvers van de interventie via mail en telefoon, de contactgegevens staan gegevens vermeld in het Colofon.

## Kwaliteitsbewaking

- Deelnemers:**
- Aanmelding en screening via betrokken mantelzorgorganisatie, ter indicatie van urgentie, capaciteit en motivatie van deelname aan de training
  - Gebruik van meetinstrument het Spinnenweb van Positieve Gezondheid bij de eerste, laatste bijeenkomst en follow-up. Dit om te meten hoe mantelzorgers hun eigen gezondheid ervaren en de veranderingen in de loop van het traject te objectiveren.
  - Terugkomactiviteiten deelnemers: evaluatie eigen leerproces en training.

- Fysiotherapeut**
- ervaring met langdurige zorg
  - kennis van tillen op haptonomische basis
  - cursus train-de-trainer van trainers MantelZorgen in de Praktijk
- Ergotherapeut**
- ervaring langdurige zorg
  - cursus train-de-trainer van trainers MantelZorgen in de Praktijk
- Maatschappelijk werker** bij voorkeur aangesloten bij een mantelzorgorganisatie
- indicatie bepaler urgentie, capaciteit en motivatie mantelzorger
  - cursus train-de-trainer van trainers MantelZorgen in de Praktijk.

- Trainers algemeen:**
- Gebruik van feedbackformulieren zodat de feedback meegenomen kan worden in het aanpassen van de interventie:
  - Procesevaluatie
    - Interventie uitgevoerd volgens plan
    - Waardering en ervaring trainers en deelnemers
    - Bereik van de interventie
    - Succes- en faalfactoren
    - Aanbevelingen voor verbetering
  - Eindevaluatie.

**Training algemeen:** Jaarlijks dienen de trainers zelf te beoordelen of de gebruikte wet- en regelgeving in de organiserende gemeente nog van toepassing is. De organiserende partijen spreken onderling af wie hierin de verantwoordelijkheid neemt..  
Jaarlijks dient de sociale kaart te worden geactualiseerd.

## Randvoorwaarden

### Draagvlak

Draagvlak bij organisaties voor mantelzorgers

Draagvlak bij huisartsen en andere (medisch) specialisten

Draagvlak bij zorgpartners in de wijk: thuiszorg, wijkverpleging, collega-praktijken

Draagvlak bij de verschillende gemeenten, zorgverzekeraars en fondsen in verband met tegemoetkoming in trainingskosten.

Onder draagvlak wordt verstaan dat deze organisaties zich ervan bewust zijn dat de mantelzorgers ondersteuning nodig hebben om hun taak te kunnen blijven uitvoeren.

### Randvoorwaarden met betrekking tot de organisatie van de trainingen

Aanmeldpunt: Mantelzorgorganisatie, betrokken zorgpartijen bij Mantelzorg en Training

Subsidie: Aanvraag gemeente/ zorgverzekeraar/ Provincie/ Ondernemers

Trainers: Van drie disciplines: Fysio, Ergo en Maatschappelijk werk

Locatie; Afhankelijk van hoe de interventie georganiseerd wordt:  
bij voorkeur op een locatie die binnen de Gemeente ligt, niet ver van de mantelzorgers;  
bij voorkeur op locaties die behoren tot de deelnemende organisaties of Gemeente, om verdere kosten voor huur van locatie en dergelijke te vermijden.

Aanvangstijden: De ervaring leert dat aanvangstijden in de middag of vroege avond voor mantelzorgers het meest haalbaar zijn.

### Eisen aan de ruimte

Er is voldoende oefenruimte nodig voor maximaal 12 deelnemers en twee trainers, minimaal ter grootte van een klaslokaal. De ruimte moet tijdens de training uitsluitend toegankelijk zijn voor trainers en deelnemers met het oog op het belang van een veilige omgeving. De ruimte moet bereikbaar en toegankelijk zijn voor rolstoelen, een hoog-laagbed en diverse hulpmiddelen die nodig zijn tijdens de training. Er moet voldoende ruimte zijn om praktisch te kunnen oefenen, de ruimte moet geschikt zijn voor gebruik van een beamer en er moet een scherm zijn; bij voorkeur is er internettoegang voor het vertonen van (trainings-)filmpjes.

### Benodigdheden tijdens de trainingen

- Oefenmateriaal: loophulpmiddelen
  - rolstoelen
  - transferhulpmiddelen
  - hoog/laagbed(den)
  - kleine huishoudelijke hulpmiddelen: doekjes, 'wring'-buizen
- 'Levenskunstkaarten' of andere inspiratiekaarten bijvoorbeeld 'Welbevinden' van ZorgvoorBeter.nl
- Beamer, laptop, scherm
- Koffie/thee.

## Implementatie

Deze training kan door organisaties die betrokken zijn bij mantelzorgers verspreid worden.

In elke gemeente kan de training gegeven worden mits de trainers getraind zijn. Binnen Oostelijk Zuid Limburg kunnen de trainingen uitgevoerd worden door de ontwikkelaars van de interventie, gebruikmakend van het bestaande netwerk van Steunpunt Mantelzorgers Parkstad in deze regio.

Buiten Oostelijk Zuid Limburg geldt dat de interventie alleen kan worden aangeboden door andere trainers die daarvoor opgeleid zijn. Hiertoe wordt een train-de-trainer als dagcursus aangeboden, ondersteund met e-learning.

Via het in het colofon vermelde telefoonnummer en mailadres is hierover meer informatie in te winnen.

## Kosten

### Kosten voor training mantelzorgers

De ervaring leert dat de drempel te hoog wordt voor mantelzorgers wanneer er betaald moet worden voor de interventie. Ze moeten al zo veel... De voorkeur gaat dan ook uit naar financiering door gemeente en/of zorgverzekeraar in het kader van het vergroten van zelfregie, ter ondersteuning van informele zorg en om klachten bij de mantelzorger te voorkomen.

In de begroting voor het uitvoeren van de interventie moeten de volgende kosten meegenomen worden.

Per training (6 bijeenkomsten en 1 terugkombijeenkomst):

- Voorbereidingskosten (voor opzetten training, werving deelnemers, organisatie locatie, etc.): 8 uur à €..
- Kosten docenten gemiddeld\*: 7x2 uur + 7x1 uur voorbereiding: totaal per docent 21 uur à €..
- Drukwerk/porto (stelpost): (€ 250)
- Huur locatie (stelpost): (€ 250-500)
- Administratiekosten (stelpost): (€ 35 max.)
- Eventueel huur oefenmateriaal (Hoog-laagbed, rolstoel, loophulpmiddelen (kan meestal geleend van firma)).

\*Kosten per docent kunnen verschillen. Dit hangt af van hoe docenten hun inzet onderling verdelen.

### Kosten Train de Trainer 'MantelZorgen in de Praktijk' (eenmalig)

Optie 1: 'individuele aanmelding'

De trainingsdag wordt in groepsverband gegeven.

Minimale groepsgrootte is 8 personen, maximale groepsgrootte 20 personen.

De kosten bedragen €395 all-in per deelnemer.

Optie 2: 'in company', datum wordt in overleg vastgesteld

De kosten bedragen dan €6500 all-in voor maximaal 20 deelnemers

Dit is inclusief:

- 1 dag training inclusief lunch
- Handboek
- E-learning
- Certificaat
- Toegang tot materialen op website
- 'Trainingspak(ket)' voor mantelzorgers

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

##### *Participatiesamenleving – ingrijpende veranderingen formele zorg*

Het Nederlandse zorgstelsel verandert van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving (Kruijswijk & Nanninga, 2017). Vooral de invoering van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 is van grote invloed geweest voor de rol van de mantelzorger; deze is landelijk sterk veranderd en zwaarder geworden.

De overheid wil graag dat mensen langer thuis blijven wonen. Met de vervanging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de Wmo, Wlz en de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn er eigenlijk nog maar twee vormen van ouderenzorg overgebleven: verpleeghuiszorg en thuiszorg. De afschaffing van de AWBZ heeft het onderscheid tussen intra- en extramurale zorg behoorlijk vergroot. De indicatie voor een intramurale setting is zo hoog gesteld, dat mensen veel langer thuis moeten blijven wonen. Men kan pas worden opgenomen indien er een zorgzwaartepakket van 5 of hoger is. Deze indicatie wordt pas in een vergevorderd stadium van een ziekte of ernstige beperking afgegeven.

Daarnaast vraagt het overheidsbeleid dat mensen vanuit hun eigen kracht en regie verantwoordelijkheid nemen en oog hebben voor elkaar. Ook in het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek, wie durft?' (Van den Dungen et al., 2018).

##### *MantelZorgen – ingrijpende veranderingen informele zorg*

Deze veranderingen in het zorgstelsel hebben tot fors meer 'MantelZorgen' geleid.

Mantelzorg is meer dan gebruikelijke zorg voor elkaar. Mantelzorg is vrijwillige zorg, meestal verleend door een naaste, vaak uit liefde en genegenheid, voortkomend uit een persoonlijke band tussen de mantelzorger en zijn naaste, al voordat er mantelzorg verleend wordt. Je kiest niet voor mantelzorg, mantelzorg overkomt je. De relatie is doorgaans de impliciete reden om met grote vanzelfsprekendheid of uit plichtsgevoel de zorg te verlenen (Kruijswijk & Nanninga, 2017).

De meeste mantelzorgers (76%) ervaren veel voldoening bij het verlenen van mantelzorg. In 2014 gaven ruim 4 miljoen Nederlanders mantelzorg (32% van de 16-plussers).

Verleent een mantelzorger drie uur per week mantelzorg? Dan geeft dit de mantelzorger vaak een gelukkig gevoel. Is de mantelzorger meer tijd kwijt? Dan heeft het zorgen voor een ander meestal een belastend effect. Ongeveer een op de zes (16%) mantelzorgers helpt meer dan acht uur per week, vaak al gedurende langere tijd (500.000 mensen). Tien procent van de mantelzorgers ondervindt een hoge belasting (ongeveer 400.000 mensen) (De Klerk, de Boer, Plaisier & Schyns, 2017).

Met de invoering van de nieuwe wet- en regelgeving wordt de thuissituatie vaak langdurig zwaarder. Er wordt fysiek en psychisch meer en langer een beroep gedaan op de mantelzorger, waarmee het risico op overbelasting toeneemt. Mantelzorg verlenen vergt veel van iemand en het belast mantelzorgers op verschillende manieren. We onderscheiden de volgende vormen van belasting.

- Fysieke belasting: dit gaat over de invloed die het zorgen heeft op de gezondheid van de mantelzorger en diens conditie en energie.
- Tijdsbelasting: de tijdsdruk die mantelzorgers ervaren als zij het gevoel hebben continu met de mantelzorg bezig te moeten zijn. Dit gaat niet letterlijk om het aantal uren dat mensen aan mantelzorg besteden, maar om 'het gevoel van tijd'.
- Ontwikkelingsbelasting: het gevoel van de mantelzorger dat hij of zij geen ruimte meer heeft om zichzelf te ontwikkelen in scholing of werk.
- Sociale belasting: het gevoel van mantelzorgers dat andere sociale rollen in de knel komen, bijvoorbeeld binnen vriendschappen of het gezin.
- Emotionele belasting: de negatieve gevoelens van de mantelzorgers over de zorgontvangers. En het verdriet van de mantelzorgers over ziekte(verloop) van de zorgontvanger.

(Novak & Quest, 1989 en Kruijswijk et al. 2013, in: Kruijswijk & Nanninga, 2017).

De economische waarde van mantelzorg is ongeveer 6,6 miljard euro (De Boer et al., 2012 in: Kruijswijk & Nanninga, 2017). Wanneer mantelzorgers door overbelasting hun zorgtaken niet meer kunnen volbrengen,



kan dat hoge kosten voor de samenleving met zich meebrengen. Het gaat dan zowel om de kosten van de professionele inzet voor de hulpbehoevende als om de kosten voor de ondersteuning van de uitgevallen mantelzorger (Kruijswijk & Nanninga, 2017).

Overbelaste mantelzorgers ervaren dat hun zelfstandigheid door de mantelzorg in de knel raakt, dat het verlenen van mantelzorg ten koste gaat van hun gezondheid en dat er conflicten ontstaan op het werk of thuis (De Boer et al., 2012, in: Kruijswijk & Nanninga, 2017). Ook gevoelens van eenzaamheid kunnen een gevolg zijn van de mantelzorg (Kruijswijk, 2011, in: Kruijswijk & Nanninga, 2017). Wanneer door de hoeveelheid zorg of de lange duur van de verleende zorg de mantelzorger fysiek en/of psychisch overbelast raakt, heeft dit grote gevolgen voor het kunnen dragen van de verantwoordelijkheid en voor de kwaliteit van de verleende zorg.

### *Noodzaak Zorg voor Mantelzorgers*

Er wordt veel van steeds meer mantelzorgers gevraagd. Hoe kunnen zij dit bieden, hebben mantelzorgers de juiste kennis en kunde, weten mantelzorgers de juiste wegen te bewandelen? Uit vele jaren ervaring vanuit verschillende disciplines blijkt het volgende.

- Als mantelzorgers ondersteuning voor zichzelf vragen of gebruiken, gaat het meestal om het inwinnen van informatie en advies (een op de zes).
- Het aandeel mantelzorgers dat een cursus of training volgt, gebruikmaakt van lotgenotencontact of materiële en financiële steun ontvangt is laag, slechts enkele procenten.
- Slechts een op de veertien mantelzorgers krijgt een blijk van waardering van de gemeente. Onder intensieve mantelzorgers (meer dan 12 uur per week mantelzorg) ligt dit aandeel hoger: een op de acht. (De Klerk, De Boer, Plaisier & Schyngs, 2017).

Binnen Parkstad Limburg zijn (in 2019) zo'n 6.400 mensen ingeschreven bij het Steunpunt Mantelzorg en daarmee bekend als mantelzorger. Met het ontwikkelen van de interventie MantelZorgen in de Praktijk, in samenwerking met Fysiotherapie Co-ACTief 1<sup>e</sup> lijn en Van Veldhoven, en Cicero Ergotherapie, speelt het Steunpunt in op de veranderingen voor de mantelzorgers ten gevolge van nieuwe wet- en regelgeving. De interventie is ontwikkeld voor mantelzorgers die regelmatig fysieke en mentale inspanning leveren ten behoeve van hun naaste en daarbij behoefte hebben aan meer kennis en vaardigheden. Ook willen ze door een betere balans tussen draaglaag en draagkracht overbelasting voorkomen.

### **Oorzaken**

Verandering in de organisatie van de gezondheidszorg hebben grote gevolgen gehad voor de belasting van mantelzorgers: ouderen, gehandicapten, dementerende en andere zorgvragers moeten zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dit vraagt psychisch en fysiek meer van de mantelzorgers en over een langere periode.

Hoe goed de bedoelingen ook zijn, als mantelzorgers de zorg voor hun naaste niet meer aankunnen, lopen ze het risico om te ontsporen in gedrag dat ze liever niet zouden willen vertonen.

Tijdgebrek en emotionele en/of lichamelijke belasting kunnen leiden tot stress, uitputting en overbelasting. Bovendien kan er bij de mantelzorger een gevoel van onmacht ontstaan als degene die hij of zij verzorgt bijvoorbeeld ongeneeslijk ziek is of wanneer er als gevolg van ziekte sprake is van karakterverandering bij de zorgvrager.

Doordat mantelzorg je overkomt, wordt er vaak gehandeld vanuit eigen inzicht, kennis en kunde. In de praktijk blijkt echter dat mantelzorgers vaak niet weten hoe ze een goede tiltransfer moeten toepassen. Ze weten vaak niet welke hulpmiddelen er zijn voor henzelf, welke organisaties hulp kunnen bieden, welke wet- en regelgeving van invloed is, hoe ze de balans kunnen creëren voor hun eigen welzijn en hoe ze hun grenzen kunnen bewaken. Als de mantelzorger niet over de juiste kennis of vaardigheden beschikt, kan hij of zij de zorgvrager onbewust en onbedoeld verkeerd behandelen (Kruijswijk & Nanninga, 2017). Ook kan het zijn dat de mantelzorger uit onkunde en onwetendheid de grens van goede zorg overschrijdt.

## Aan te pakken factoren

Met het voorkomen van overbelasting bij de mantelzorgers vanwege onkunde en onwetendheid, dus door mantelzorgers te voorzien van kennis en kunde en aan te sluiten bij zijn of haar vraagstelling, hopen we zowel preventief maar ook gedurende het zorgproces de mantelzorgers te ondersteunen.

Mantelzorgers hebben behoefte aan contact met andere mantelzorgers, bijvoorbeeld voor het uitwisselen van ervaringen en tips. Het is moeilijk om te begrijpen wat een mantelzorgers meemaakt als je zelf niet in die situatie verkeert. Een centraal element van lotgenotencontact is de werking van de ervaringsdeskundigheid. Deze ervaring kan op diverse manieren bijdragen aan het versterken van de positie van de mantelzorgers. Herkenning en erkenning vormen belangrijke pijlers. Ervaringen met lotgenotencontact laten zien dat dit kan bijdragen aan het welbevinden, sociale steun kan genereren en de kennis en kunde verbreedt.

De interventie MantelZorgen in de Praktijk pakt de volgende factoren aan.

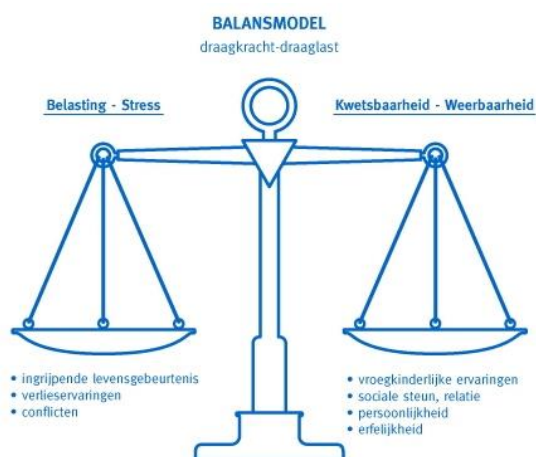
- Inzicht in eigen kunnen en kennen vaardigheden
- Inzichten in eigen grenzen met betrekking tot hulp verlenen
- Opkomen voor en aanpakken van eigen gezondheid en welzijn
- Praktische kennis en vaardigheid bij transfers die met hulp uitgevoerd moeten worden
- Kennis over hulpmiddelen
- Kennis over organisaties die hulp bieden bij verschillende problemen
- Kennis van mantelzorgers-helpende mogelijkheden in wet- en regelgeving.

## Verantwoording

In de interventie sluiten we aan bij diverse ontwikkelingen en maken we gebruik van de volgende in de praktijk erkende en werkende aanpak en vormen.

- Balansmodel: Draagkracht/Draaglast
- Bewegen tot Beweging
- Gedachtenschema
- Haptonomie
- Lotgenotencontact
- Positieve Gezondheid
- Thema Gecentreerde Interactie(TGI)

### a. Balansmodel: Draagkracht/Draaglast



De deelnemers krijgen in de eerste bijeenkomst een afbeelding van een weegschaal. Hier wordt in de volgende bijeenkomsten vaak op teruggekomen. Met dit schema kunnen we inzichtelijk maken wat maakt dat een situatie teveel kan zijn, maar het wordt ook duidelijk waar versterking kan plaatsvinden. Daarnaast geeft het inzicht in energiegevers en energienemers (Bakker, Bakker, Van Dijke & Terpstra, 1998).

### b. Bewegen tot Beweging

Mantelzorgers verliezen zichzelf vaak in zorgen voor de gezondheid van een ander. Als rode draad door de training MantelZorgen in de Praktijk loopt de zorg voor eigen gezondheid in de vorm van bewegen, zowel letterlijk ('Lukt het'- in bijeenkomst 2, 3 en 6 en door 'Naast de zorg' beweegactiviteiten in fase 4), als figuurlijk ('Leeft het' in bijeenkomst 5).

Bewegen is een voorwaarde voor een goed functionerend lijf. En aangezien mantelzorgen meestal van lange duur is, is het noodzakelijk dat de mantelzorger in een goede conditie blijft.

Zodra je in beweging komt, ontstaat er in je brein ook weer meer ruimte. Je wordt gezonder, je draagkracht neemt toe. Wanneer je dit met anderen samen doet, wordt dit effect versterkt. Het werkt steunend en stimulerend en het maakt het makkelijker om de activiteit vol te houden.

Bewegen op een 'leuke' manier heeft veel voordelen. Je kunt erdoor bereiken dat de mobiliteit, spierkracht en conditie op peil blijven op een ontspannende manier. Het samen bewegen met lotgenoten kan een zeer welkome en nuttige afwisseling zijn op het 'moeten' van de alledaagse handelingen. Vandaar dat MantelZorgen in de Praktijk hier ook activiteiten op inzet (fase 4, 'naast de zorg' beweegactiviteiten).

Zo wordt op een ontspannen manier een grotere belastbaarheid bereikt, emotioneel en fysiek, waardoor zorgvrager en mantelzorger samen makkelijker en prettiger kunnen samenwerken.

### c. Gedachtenschema

Het doel van het gedachtenschema is om een situatie te analyseren, door kritisch de gedachtes te onderzoeken en de voor- en nadelen te benoemen kunnen deelnemers achterhalen waar gevoel en gedrag vandaan komen. Met als doel 'omdenken'.

- G = gebeurtenis
- G = gedachte
- G = gevoel
- G = gedrag
- G = gevolg

Via deze trainingsvorm krijgen de deelnemers inzicht in het verband tussen wat ze denken, voelen en doen. Met als doel gedachten helpend te maken. Hier wordt in bijeenkomst 5 mee gewerkt.

### d. Haptonomie

Om mantelzorgers te kunnen helpen om met bovengenoemde factoren om te gaan, is er een aantal bewezen succesvolle handreikingen mogelijk. Een van de handreikingen om mantelzorgers meer praktische kennis en vaardigheden te laten ontwikkelen is door het aanreiken van 'haptonomisch verplaatsen'. Haptonomisch verplaatsen is een mens uitnodigen tot bewegen met gebruik van de informatie die je over de ander met gevoel (tastend) hebt verkregen.

Jouw manier van aanraken, het inzetten van beweging, de hoeveelheid hulp die je biedt en de manier van contact maken, dat alles beïnvloedt of jij als hulpgever de hulpvrager wel of niet adequaat kunt helpen, daarbij rekening houdend met je eigen lichaam (Mol, 2011).

Tijdens de tweede en derde bijeenkomst ('Lukt het') wordt een aantal basistechnieken besproken als opstaan en gaan zitten en het lopen. Daarnaast wordt ingespeeld op de vaardigheden die de deelnemers willen oefenen. Dit kan dus per groep variëren.

Een behulpzaam boek met betrekking tot werken met haptonomische til- en transfertechnieken is: Hake, T. (2013). *Transfers beLicht, Haptonomische til- en verplaatsingstechnieken*. Meppel: Edu'Actief.

### e. Lotgenotencontact

Het doel van lotgenotencontact is om ervaringen te delen en van elkaars ervaringsdeskundigheid te leren.

Drie belangrijke pijlers die dienen als leidraad voor het lotgenotencontact zijn:

- 1) informatie en adviezen uitwisselen
- 2) luisteren naar elkaar
- 3) vragen ter discussie stellen zoals: waar staat de deelnemer nu? Wat zijn zijn/haar doelstellingen voor de toekomst? Zijn deze doelstellingen haalbaar? Hoe kunnen deelnemers elkaar onderling versterken? Wat hebben zij zelf al geprobeerd? Waar verwachten ze hulp bij?

Tijdens alle bijeenkomsten van MantelZorgen in de Praktijk is er sprake van lotgenotencontact en komen de genoemde pijlers terug: Zelfbepaling en Empowerment zijn kernwoorden en dit wordt door de trainer gestimuleerd en ondersteund (emancipatorische hulpverlening). Deelnemers bepalen bijvoorbeeld zelf welke transferhandelingen behandeld worden.

## f. Positieve Gezondheid

De grondlegger van Positieve gezondheid is Machteld Huber. Vanuit haar gedachtegoed is het iPH, Institute for Positive Health opgericht om de ingezette beweging te versnellen. Het doel is: van Nederland de grootste 'Blue Zone' ter wereld maken, waar mensen langer, gezonder en gelukkiger leven dan waar ook ter wereld. De essentie van die beweging is dat niet de ziekte of beperking leidend is in het functioneren van de mens, maar de kwaliteit van leven en de veerkracht en het vermogen om te kunnen omgaan met de situatie zoals deze is.

De ontwikkelaars van de interventie MantelZorgen in de Praktijk hebben ervoor gekozen om aan te sluiten bij de theorie van het iPH, de theorie van Positieve Gezondheid. Zij zijn ervan overtuigd dat het werken volgens de principes van positieve gezondheid meerwaarde heeft voor cliënten en mantelzorgers. Dit is bovendien een ontwikkeling die in Limburg sterk wordt omarmd. In het rapport 'Limburg de 1<sup>e</sup> positief gezonde provincie', plan van aanpak 2017-2019 (Reynen, Verheijen & Huber, 2017) staat in een duidelijk plan van aanpak omschreven hoe de provincie Limburg in samenwerking met het IPH een slag probeert te maken om de gezondheidsachterstand in Limburg versneld in te halen. Een van de punten die in dit rapport benoemd worden is het integreren van experimenten, als volgt omschreven: "De ontwikkeling en activiteiten van gemeenten, bedrijven, burgers, zorg- en welzijnsorganisaties om gezamenlijk gezondheid in brede zin in Limburg te bevorderen, waar desgewenst door iPH ondersteuning aan wordt gegeven."

De interventie MantelZorgen in de Praktijk hoort hier ook in thuis, het is een samenwerking van professionals uit diverse organisaties die op initiatief van de gemeente zijn samengekomen en vervolgens een gezamenlijk product hebben ontwikkeld om de gezondheid van in het bijzonder mantelzorgers te vergroten. De instrumenten die het iPH biedt om de ervaren gezondheid te meten bij de deelnemers aan de interventie, zoals het Spinnenweb, vinden de ontwikkelaars van toegevoegde waarde, omdat deze instrumenten aansluiten bij het concept waarop de interventie is gebaseerd: Lukt, Loopt, Leeft het? Bij Lukt komen de onderdelen lichaamsfuncties en dagelijks functioneren uit de iPH aan de orde; bij Loopt gaat het over mentaal welbevinden en kwaliteit van leven en bij Leeft om meedoen en zingeving. Zo is het concept van de positieve gezondheid dus volledig geïntegreerd in de interventie MantelZorgen in de Praktijk.

Het Spinnenweb van Positieve Gezondheid is een instrument wat gezondheid in kaart brengt. Het laat zien hoe iemand haar/zijn gezondheid ervaart.

Het Spinnenweb gaat over de volgende zes onderwerpen:

- Hoe het lichamenlijk gaat;
- Hoe het mentaal gaat;
- Of het leven zinvol gevonden wordt;
- Of het leven als prettig ervaren wordt;
- Hoe meedoen in de maatschappij;
- Hoe het dagelijks leven eruitziet.

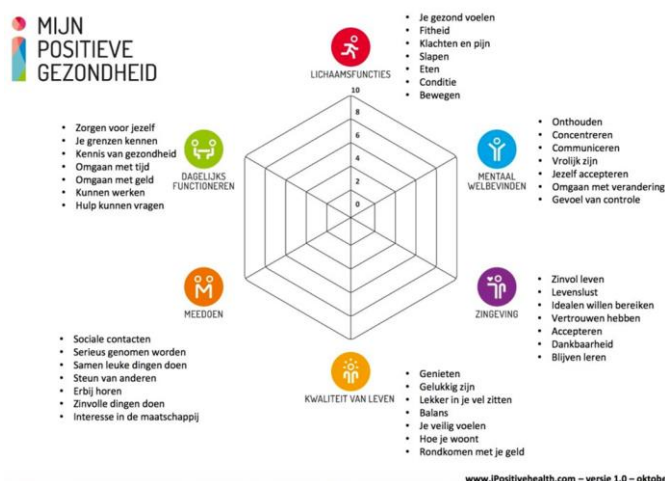
De opdracht daarbij:

Hoe gaat het met u? Vul in wat u zelf vindt. En niet wat u denkt dat de dokter of een andere persoon wil horen.

Per onderwerp staan 7 uitspraken over hoe de gezondheid ervaren wordt.

Met een getal tussen 0 en 10 wordt aangegeven in hoeverre men het eens is met de uitspraken (stap 1).

- 0 betekent 'helemaal niet mee eens'
- 10 betekent 'helemaal mee eens'.



Per onderwerp worden de scores opgeteld en door 7 gedeeld (stap 2). Noteren in het spinnenweb en lijnen verbinden (stap 3).

Hoe groter het Spinnenweb hoe positiever de gezondheid ervaren wordt. De laagste scores geven aan waar de meeste behoefte aan verbetering ligt.

#### g. Ik-het-wij-globe model Ruth Cohn (Thema Gecentreerde Interactie (TGI))



TGI bevordert gelijkwaardigheid, levendigheid en creativiteit in samenwerkingsrelaties en stimuleert zowel mantelzorgers\* als zorgvragers\* om persoonlijk leiderschap te ontwikkelen. Een van de centrale methodische uitgangspunten is het balanceren tussen vier factoren:

**Ik** – de mensen als persoon, als individu > **vaardigheden (dit komt aan bod in de bijeenkomsten over 'Lukt')\***

**Het** – de gezamenlijke opgave en doelen, de taak > **organisatie (Loopt)\***

**Wij** – de samenwerkingsprocessen, de groep, het team > **Samen (Leeft)\***

**Globe** – de contextfactoren die van belang zijn > **Context (MantelZorgen)\***

In de interventie MantelZorgen in de Praktijk komen al deze factoren aan bod en het balanceren hiertussen. TGI gaat ervan uit dat deze vier factoren van even groot belang zijn en dat zij elkaar onderling beïnvloeden. De trainer onderzoekt met de deelnemers de samenhang tussen deze factoren, daarmee wordt duidelijk aan welke thema's aandacht gegeven moeten worden. Het biedt een kompas waarmee elke trainer<sup>1</sup> richting kan geven aan leer- en veranderingsprocessen.

TGI roept mensen op de eigen vrije ruimte om invloed uit te oefenen en keuzes te maken te verkennen en te gebruiken. Dit vanuit een besef van verantwoordelijkheid voor zichzelf én het geheel waar ze deel van uitmaken. In de woorden van Ruth C. Cohn, de grondlegster van TGI: 'Be your own chairperson!' In TGI speelt het stimuleren van de zelfsturing van mensen dan ook een belangrijke rol (Cohn, z.d.).

<sup>1</sup> \*Begrippen aangepast aan in de interventie gebruikte begrippen.

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

A. Kate, A. ten, Van Veldhoven, P., Senden, H., Miltenburg, B., & Knubben, R. (2019). *Procesevaluatie De Praktijk in MantelZorgen*. [interne evaluatie, niet gepubliceerd].

B. Er is onderzoek uitgevoerd in de vorm van een procesevaluatie. Schriftelijke vragenlijsten zijn uitgezet bij de deelnemers aan de interventie, meteen na het beëindigen van de interventie en drie maanden nadien. Er zijn in totaal 22 vragenlijsten ingevuld en geretourneerd. De deelnemers hebben de interventie gevolgd in drie verschillende groepen. Er is bewust voor gekozen om de inhoud van de interventie niet aan te passen in de periode dat de drie interventies hebben plaatsgevonden, om de resultaten beter met elkaar te kunnen vergelijken.

De ervaringen van de vijf trainers zijn mee verwerkt in deze procesevaluatie. Na iedere afgeronde training is de training mondeling geëvalueerd en zijn schriftelijk *tips en tops* verzameld.

#### C. Resultaten

##### *Is de interventie uitgevoerd volgens plan?*

De geplande trainingsactiviteiten zijn tijdens alle interventies uitgevoerd, zij het met accentverschillen. Dit heeft te maken met het vraag gestuurde karakter van de interventie. Alle benodigde materialen waren volgens de trainers voorhanden en waren voldoende en van goede kwaliteit om tijdens de interventie te gebruiken.

Er zijn om twee redenen activiteiten niet uitgevoerd als gepland:

1. De mantelzorgers hadden verschillende behoeften en vragen; de thema's zijn allemaal aan de orde geweest, maar de invulling van de thema's is grotendeels afhankelijk geweest van de vragen die uit de groep kwamen. Zo was er een groep die veel vragen had op praktisch gebied, over tillen en verplaatsen. Een andere groep had daar weinig vragen over en wilde graag meer verdieping in het maken van keuzes in activiteiten en het opkomen voor jezelf.
2. Zeker tijdens de eerste training kwamen de trainers vanwege 'te veel willen' geregeld in tijdnood; ze wilden veel informatie geven en ook de mantelzorgers voldoende aan het woord laten, waardoor de tijd niet altijd even goed kon worden bewaakt. In de andere trainingen lukte dat beter, maar daar vonden de trainers het ook gemakkelijker om flexibel met de tijdsindeling om te gaan. Zo kregen de deelnemers van elke bijeenkomst een hand-out en werd aan de hand daarvan elke bijeenkomst even teruggekeken naar de vorige en gevraagd of er nog zaken moesten worden toegelicht. Ook hebben de trainers na de eerste training afgesproken dat een van de trainers bij alle bijeenkomsten aanwezig was om de rode draad te bewaken en zaken van de vorige keer eventueel terug te pakken met de groep. Ten slotte hadden we in alle trainingen in de zesde bijeenkomst ruimte ingepland waarin de deelnemers zelf konden aangeven wat ze nog graag wilden bespreken.

##### *Waardering en ervaringen van trainers en deelnemers*

De interventie is door alle deelnemers goed gewaardeerd, gemiddeld met 8,5 van 10 punten. Vooral gewaardeerd werd de deskundigheid van de trainers en de veiligheid en respectvolle omgang binnen de groep. De mantelzorgers hebben veel geleerd van de trainers maar ook van elkaar. Dat maakte dat het voor de trainers ook fijn was om de interventie te geven. In alle gevallen heeft de interventie opgeleverd wat ervan werd verwacht. Bij de eerste groep deelnemers is er ook al een tweede evaluatiemoment geweest drie maanden na afloop van de interventie. Ook toen waren de deelnemers allen positief en gaven zij aan dat zij hetgeen ze geleerd hadden nog steeds konden toepassen in hun dagelijks handelen. Alles wat tijdens de interventie is gedaan, werd begrepen door de deelnemers, wel bleken sommige zaken gemakkelijker toe te passen dan andere. Zo is toch in een heel aantal gevallen een gedragsverandering nodig, en om dat te bereiken is er meer tijd nodig dan de interventie biedt. De trainers zijn allen in staat geweest de interventie uit te voeren, al merk je wel dat het ook voor hen een intensief proces is en dat het soms moeilijk is zo'n interventie aan te bieden als er in je eigen professionele en privéleven ook van alles gebeurt.

### *Wat is het bereik van de interventie?*

Er zijn 22 deelnemers met de interventie gestart en allemaal hebben ze deze ook afgemaakt. Er hadden zich 30 deelnemers aangemeld. De deelnemers hebben zich allemaal aangemeld bij het steunpunt Mantelzorgers Parkstad en komen uit een gemeente die subsidie heeft verstrekt voor het geven van de interventie. De deelnemers zijn representatief voor de doelgroep. De trainers hebben veel verschillende mensen gezien die mantelzorg leverden aan zorgvragers met diverse aandoeningen en in verschillende levensfasen. Er zijn gedurende de interventies diverse deelnemers afgehaakt, niet van iedereen is een reden bekend. Er is iemand gestopt omdat de persoon waaraan mantelzorg werd verleend is overleden in de periode van de interventie, er is iemand gestopt die na een ongeval fysiek niet meer in staat was deel te nemen, er is iemand gestopt omdat deze aan een andere training is gaan deelnemen omdat er specifieke vragen waren over één ziektebeeld. Verder zijn sommige mensen wel aangemeld maar niet gestart, er is wel nog geprobeerd contact met hen op te nemen maar in de meeste gevallen is er geen reactie gekomen op de vraag waarom zij uiteindelijk niet hebben deelgenomen.

### *Tips en Tops*

De training is zowel door de mantelzorgers als door de trainers als zeer zinnig en van grote meerwaarde ervaren. Er was goede interactie, er werd van elkaar geleerd en er ontstond een mooie groepsdynamiek. De trainers hebben de volgende 'tips en tops' geformuleerd.

#### Tips:

- Mantelzorgers vragen om een vervolg op de training, willen graag met elkaar verbonden blijven en gezamenlijk activiteiten ondernemen. De ervaring leert dat de mantelzorgers nog behoefte hebben aan ondersteuning bij het opstarten hiervan.
- Er zou nog meer behoeftegericht geacteerd kunnen worden; binnen de tweede groep was er vooral veel behoefte aan het trainen van praktische vaardigheden, bij de derde groep was er vooral veel behoefte aan het vinden en houden van de balans.

#### Tops:

- De organisatoren van de training raken steeds meer op elkaar ingespeeld en kunnen elkaar op deze wijze op een natuurlijke manier aanvullen. Dit viel ook de deelnemers op, er is een gelijkwaardige inbreng vanuit alle partijen.
- De tevredenheid onder de deelnemers is groot, de training voldoet aan de verwachtingen.
- Na de bijeenkomsten zagen alle mantelzorgers een toename in hun ervaren positieve gezondheid, hiervoor werd het Spinnenweb van iPH (Positieve Gezondheid) gebruikt.
- De verzorging van het lesmateriaal werd positief gewaardeerd.

#### Op te pakken verbeterpunten:

1. De opzet van de follow-up bijeenkomst nog meer toespitsen op de voorbereiding op fase 4. Maximaal drie uur voor de opzet van de follow-up bijeenkomst uittrekken en de kosten hiervan meenemen in de begroting.
2. Een afzonderlijk evaluatieformulier voor de trainers ontwikkelen, ten behoeve van het verkrijgen van hun input voor de doorontwikkeling van de interventie.
3. Overwegingen ten aanzien van de eindevaluatie:
  - ook vragen naar hoe de deelnemers de hoeveelheid tijd per onderwerp hebben ervaren (teveel/ te weinig/ goed?);
  - vragen om een cijfer te geven voor de toegevoegde waarde per onderdeel en niet (alleen) naar een cijfer voor de totale interventie.



## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is geen effectonderzoek uitgevoerd naar de interventie MantelZorgen in de Praktijk.

## 4.3 Praktijkvoorbeeld

Hierna volgen twee voorbeelden van casuïstiek die tijdens de interventie aan de orde zijn geweest en het vervolg ervan.

### Casus 1

Een vrouw verleent mantelzorg aan haar echtgenoot die een progressieve aandoening heeft. Ze hebben samen een zoon in de puberleeftijd. De man heeft inmiddels fysieke ondersteuning nodig van mevrouw. Zij heeft nog een baan die ook redelijk wat van haar vraagt. Mevrouw voelt zich behoorlijk overbelast als ze aan de interventie begint, het lukt haar moeilijk om balans te vinden tussen wat ze wil en wat ze moet en heeft het gevoel dat ze overal 'tekort' aan doet. Daarnaast loopt ze ook tegen een hoop praktische vragen aan in het verlenen van zorg aan haar echtgenoot en voelt ze zich lichamelijk niet opgewassen tegen de zorg die ze moet verlenen aan haar man die groter en zwaarder is dan zij is. Tijdens de interventie is in eerste instantie ingegaan op het praktische vraagstuk, waarbij mevrouw leerde hoe ze fysieke taken beter kon aanpakken en hoe ze de zorg op een zodanige manier kan verlenen dat dit fysiek het minst belastend is. Ook is op het gebruik van hulpmiddelen. In een later deel van de interventie wordt ingegaan op het maken van keuzes, betekenisvolle activiteiten en hoe mevrouw zelf kan bepalen wat ze belangrijk vindt om te doen. Aan het einde van de interventie gaf mevrouw aan dat ze zich duidelijk beter toegerust voelde om de zorg aan haar man te verlenen en dat het haar minder moeite kostte om de zorgtaken uit te voeren. Verder had zij voor zichzelf de keuze gemaakt om andere werkzaamheden te gaan uitvoeren en heeft zij een deel van haar werkzaamheden opgezegd omdat ze erachter kwam dat dit werk haar meer energie kostte dan dat het opleverde. Hierdoor kon zij ook meer de balans vinden tussen haar activiteiten en kon ze ook meer toekomen aan activiteiten die haar helpen om de balans te houden.

### Casus 2

Een man verleent mantelzorg aan zijn echtgenote die een progressieve neurologische aandoening heeft. De situatie tussen het echtpaar duurt al jaren en de man geeft aanvankelijk de indruk dat hij het wel allemaal geregeld krijgt. Hij moet zijn vrouw praktisch ondersteunen tijdens de zelfzorg en neemt ook het grootste deel van het huishouden voor zijn rekening. Meneer blijkt weinig aan zichzelf toe te komen, geeft gaandeweg ook aan dat het hem vaak wat veel wordt en dat hij wel wat meer ondersteuning zou willen van zijn kinderen. In de uitvoering van de lichamelijke zorg aan zijn vrouw heeft hij zijn weg wel gevonden en hij geeft aan dat hem dit ook goed lukt zonder al te veel moeite. Ook heeft hij voor veel dagelijkse problemen oplossingen bedacht, die het hem gemakkelijker maken. In de loop van de interventie komt meneer er achter dat niet alle manieren die hij toepast bij het verzorgen van zijn vrouw de handigste zijn. Ook komt hij tot inzicht dat hij zijn eigen behoeften niet uitspreekt. Zo verwacht hij bijvoorbeeld dat zijn kinderen het 'wel zien' als het hem teveel wordt, terwijl hij er eigenlijk nooit bij na heeft gedacht om dit uit te spreken naar zijn kinderen. Verder heeft meneer een levendige en actieve inbreng tijdens de interventie waar andere deelnemers ook weer veel van leren. Na de interventie had meneer toch wel wat meer handvatten om de zorg aan zijn vrouw zodanig te verlenen dat het hem de minste fysieke inspanning kost. Hij heeft ook met zijn kinderen besproken dat hij soms ook wat ondersteuning nodig heeft, zij waren zich daar inderdaad niet van bewust en waren zeer bereid hun ouders meer te ondersteunen.



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

### *Positieve Gezondheid als invalshoek*

Niet de ziekte of beperking zijn leidend, maar de kwaliteit van leven, de veerkracht en het vermogen om te gaan met de situatie zoals deze is. In de interventie is aandacht voor wat voor iemand betekenisvol is, voor veerkracht en eigen kracht (en het versterken daarvan) en wat iemand zelf belangrijk vindt om te verbeteren om de kwaliteit van leven te behouden of te vergroten. En voor hoe deelnemers de regie hebben/krijgen en houden over hun eigen leven en hoe zij de uitdagingen daarin kunnen volhouden.

### *Combinatie van inzicht geven in eigen gedachten en gedrag en het oefenen van praktische vaardigheden*

Door **inzicht te krijgen in het eigen gedrag** leert de mantelzorger de eigen grenzen kennen in hulp verlenen en in de daarvoor benodigde praktische vaardigheden. Ook krijgt de mantelzorger inzicht in het eigen denken en denkpatronen met behulp van onder andere **het Gedachtenschema**.

Inzicht in iemands kracht en waar versterking en ondersteuning nodig is geeft onder andere **het Balansmodel**. In combinatie met het **oefenen van praktische vaardigheden** wordt de mantelzorger zo ondersteund bij het zoeken, vinden en onderhouden van de balans tussen belasting en belastbaarheid. Waar nodig worden vaardigheden getraind.

### *Lotgenotencontact*

Het delen van ervaringen, het uitwisselen van adviezen en het leren van elkaar helpt mantelzorgers (h)erkenning vinden bij elkaar en hun zelfvertrouwen te vergroten.

### *Stimuleren van persoonlijk leiderschap*

Met technieken uit TGI en motivational interviewing worden mantelzorgers gestimuleerd om persoonlijk leiderschap te ontwikkelen en zelf (mede) verantwoordelijkheid voor eigen keuzes te nemen.

## Literatuurlijst

Bakker, I., Bakker, K., Dijke, A. van & Terpstra, L. (1998). *O&O in perspectief*. Utrecht: NIZW.

Blok, M., Boer A. de, Niehof, A. & Klerk M. de (2013). De bekendheid van mantelzorgers met voorzieningen ter ondersteuning van hulpbehoevenden. *TSG, jg. 91, nr.2*, p. 108-114.

CBS (2016). *Een op zeven mantelzorgers vindt zichzelf zwaarbelast*. Geraadpleegd van [www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/45/een-op-zeven-mantelzorgers-vindt-zichzelf-zwaarbelast](http://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/45/een-op-zeven-mantelzorgers-vindt-zichzelf-zwaarbelast), op 14 mei 2019.

Cohn, R. (z.d.). Uitgangspunten en methodiek TGI. Geraadpleegd van <http://www.tgi-forum.com/uitgangspunten.html>

Dungen, B. van den et al. (2018). *Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

Hake, T. (2013). *Transfers beLicht, Haptonomische til- en verplaatsingstechnieken*. Edu'Actief: Meppel.

Hoefman, R., Meulenkamp T. & Jong, J. de (2017). Who is responsible for providing care? Investigating the role of care tasks and past experiences in a cross-sectional survey in the Netherlands. In: *BmC Health Services Research*.

Kate, A. ten, Veldhoven, P. van., Senden, H., Miltenburg, B., & Knubben, R. (2019). *Procesevaluatie De Praktijk in MantelZorgen*. [interne evaluatie Steunpunt Mantelzorgers Parkstad, Fysiotherapie Co-ACTief 1e lijn en Van Veldhoven en Cicero Zorggroep: vakgroep ergotherapie, niet gepubliceerd].

Klerk, M. de, Boer, A. de & Plaisier, I. (2015) *Arbeid en mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Klerk, de M., de Boer, A., Plaisier, I., & Schyns, P. (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kruiswijk, W. & Nanninga, K. (2017). *Wat werkt bij mantelzorgondersteuning*. Utrecht: Movisie.

Mol, I. (2011). *Handboek haptonomisch verplaatsen*, Amsterdam: Reed Business.

Reynen, M., Verheijen, C. & Huber, M. (2017). *“Limburg de 1<sup>e</sup> positief gezonde provincie”, plan van aanpak 2017-2019*. Z.p.: Institute for Positive Health.

Senden, H., Kate, A. ten, Veldhoven, P. van, Knubben, R., & Miltenburg, B. (2020). *MantelZorgen in de Praktijk. Hoe zorg je dat het lukt en loopt*. Parkstad Limburg: Steunpunt Mantelzorgers Parkstad, Fysiotherapie Co-ACTief 1e lijn en Van Veldhoven, Cicero Zorggroep: vakgroep ergotherapie.