

MantelScan



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Organisatie Movisie
Contactpersoon Roos Scherpenzeel
Adres Churchillaan 11
Postcode 3527 BG
Plaats Utrecht
E-mail r.scherpenzeel@movisie.nl
Telefoon 030 789 20 87
Fax 030 789 21 11
Website www.movisie.nl/

Referentie in verband met publicatie

Wilco Kruijswijk
MantelScan
Databank Effectieve Sociale Interventies
Utrecht, Movisie
Maart 2017

Voor meer informatie en contact verwijzen wij naar www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies

Het werkblad waarin deze beschrijving is gemaakt is tot stand gekomen door een samenwerking van de volgende organisaties



Inhoud

Colofon	2
Samenvatting MantelScan	4
Uitgebreide beschrijving	5
1. Probleemomschrijving	5
2. Beschrijving interventie	7
3. Onderbouwing	13
4. Uitvoering	18
5. Onderzoek naar praktijkervaringen	21
6. Onderzoek naar de effectiviteit	22
7. Aangehaalde literatuur	23

Samenvatting MantelScan

Doelgroep

De primaire doelgroep van de interventie zijn mantelzorgers en de naaste voor wie zij zorgen (chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden).

Doel

Het hoofddoel van de MantelScan is het verkrijgen van inzicht in de kracht van het informele netwerk van een zorgvrager en in de risico's van (over)belasting van de mantelzorgers binnen dat netwerk. Uit dat inzicht vloeit advies voort om de (over)belasting van mantelzorgers te verminderen, hun krachtbronnen aan te boren en het mantelzorgnetwerk van de zorgvrager verder te versterken.

Aanpak

De MantelScan kan in één keer in een uur uitgevoerd worden en bestaat uit vijf stappen. In sommige gevallen is meer tijd nodig of minder tijd voorhanden. Dit wordt opgelost door meerdere korte of één langere sessie te organiseren. Eerst wordt kennisgemaakt met de familie met behulp van een Genogram. Vervolgens wordt de zorgsituatie in kaart gebracht aan de hand van acht vragen. De derde stap richt zich op het bespreken van de ervaren belasting van de mantelzorgers. In de vierde stap wordt het zorgnetwerk in kaart gebracht met behulp van een Ecomap. De MantelScan wordt afgesloten met een advies, aansluitend bij wat de mantelzorgers 'kunnen, weten en willen'.

Uitvoerende organisaties

De interventie kan gebruikt worden door brede welzijnsorganisaties, Wmo-consulenten, (thuis)zorg en binnen de ketenzorg dementie.

Waar de MantelScan wordt gebruikt, is niet geregistreerd. Bij de ontwikkelaar is bekend dat de MantelScan in elk geval bij vijf steunpunten mantelzorg, twee brede welzijnsorganisaties en binnen een ketenzorgverband voor dementie gebruikt wordt.

Onderzoek

Mantelzorgers vinden het prettig om hun verhaal te kunnen vertellen. Ook geven zij aan zich meer bewust te zijn van hun mantelzorgsituatie na het afnemen van de MantelScan. Tegelijkertijd biedt de MantelScan structuur aan de professional om het gesprek goed te kunnen voeren. Aandachtspunt is dat professionals een scherpe en flexibele houding moeten hebben: enerzijds biedt de professional de mantelzorgers ruimte om zijn of haar verhaal te vertellen, anderzijds moet het doel (het in kaart brengen van het zorgnetwerk) niet uit het oog verloren worden.

Er is geen effectonderzoek beschikbaar.

Werkzame elementen

- Inzicht krijgen in de zorgsituatie.
- Inzicht krijgen in de ervaren belasting en op het risico van overbelasting.
- Zicht krijgen op het hulppotentieel van de familie én het bredere zorgnetwerk, inclusief hun competenties.
- Zicht krijgen op de krachtbronnen (wat geeft energie) in de mantelzorgsituatie.
- Advies op basis van de geïnventariseerde informatie vanuit de invalshoeken kunnen, weten, willen.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Sinds de invoering van de Wet voor maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 wordt eerst gekeken naar de mogelijkheden voor het inzetten van het eigen netwerk voordat aanspraak gemaakt kan worden op professionele zorg en ondersteuning (Ministerie van VWS, 2007). Door demografische ontwikkelingen als vergrijzing en maatschappelijke ontwikkelingen als extramuralisering en een zich terugtrekkende overheid neemt de zorg voor kwetsbare groepen in de samenleving toe. Deze zorg wordt meer en meer door mantelzorgers opgepakt. Het aantal ernstig en overbelaste mantelzorgers neemt toe (Oudijk, 2010).

De definitie van mantelzorg die in deze beschrijving gehanteerd wordt betreft de zorg die mensen vrijwillig en onbetaald –op structurele basis- verlenen aan mensen met fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen in hun familie, huishouden of sociale netwerk. Het gaat om zorg die meer is dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is, hiervan is sprake indien het taken betreft die de zorgvrager bij normale gezondheid zelf had gedaan of niet nodig waren geweest. (NPO, 2011).

Overbelasting van de mantelzorger: wat houdt dat in?

Mantelzorg verlenen vergt veel van iemand en belast mantelzorgers op verschillende manieren. We onderscheiden de volgende vormen van belasting (Novak & Quest, 1989; Kruijswijk et al., 2013):

- 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.
- Fysieke belasting: dit gaat over de invloed die het zorgen heeft op de gezondheid van de mantelzorger en diens conditie en energie.
- 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 (

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, Oudijk, Timmermans & Pot, 2012).

Weinig oog voor de positieve aspecten van mantelzorg

Bij mantelzorgondersteuning ligt de nadruk vaak op de ervaren belasting, de draaglast. Dat is niet verwonderlijk, gezien de toename van het aantal overbelaste mantelzorgers. Tegelijkertijd ervaren mantelzorgers de zorg voor een naaste ook als heel waardevol (Broese van Groenou & De Boer, 2009).

De invulling van het begrip 'positieve aspecten' varieert van: zingeving, ervaren waardering, meer zelfvertrouwen, een betere relatie met de hulpbehoevende, nieuwe kennis en vaardigheden en een uitbreiding van het sociale netwerk tot: het voorkomen van achteruitgang van de gezondheid van de hulpbehoevende (De Boer et al., 2012; Opdebeeck et al., 2003; Cuijpers et al., 2012; Narayan et al., 2001; Bacon et al., 2009; Baanders & Heijmans, 2007).

Het ontbreken van aandacht voor de positieve aspecten van mantelzorg veroorzaakt mogelijk niet direct overbelasting, veeleer draagt het bij aan het in stand houden van de ervaren (over)belasting (Cuijpers, Kruijswijk en van Lier, 2012).

Spreading

In totaal zijn er in Nederland 3,5 miljoen mantelzorgers, waarvan 2,6 miljoen meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden mantelzorg verlenen. Het aantal zwaar of overbelaste mantelzorgers is toegenomen van 300.000 in 2001 tot 450.000 in 2008 (Oudijk, De Boer, Woittiez, Timmermans & De Klerk, 2010). Van de mantelzorgers voelt 17% zich ernstig belast en 28% voelt zich matig belast (Broese van Groenou & De Boer, 2009).

Er is een aantal risicogroepen voor overbelasting te onderscheiden (De Boer et. al., 2009; Timmermans et. al., 2005), namelijk:

- mantelzorgers van huisgenoten; omdat de zorg moeilijke af te bakenen is.
- mantelzorgers van mensen met gedragsproblemen; omdat hier zorg een grilliger, onvoorspelbaarder verloop kent.
- mensen die zich gedwongen voelen mantelzorg te verlenen, omdat er geen alternatief is
- mensen die meerdere hulpbehoevenden helpen
- mensen die veel en/of veel soorten hulp bieden.

Gevolgen

Overbelasting van mantelzorgers heeft allereerst een negatief effect op henzelf, op hun psychische en lichamelijke gezondheid. Daarnaast kan overbelasting van de mantelzorger leiden tot verwaarlozing, verkeerde behandeling of zelfs mishandeling van de hulpbehoevende (Storms & Scherpenzeel, 2013). Wanneer dit uit onmacht, onwetendheid of onkunde gebeurt noemen we dit 'ontspoorde mantelzorg'. Ook gevoelens van eenzaamheid kan een mogelijk gevolg zijn van de mantelzorg (Kruijswijk, 2011b)

De economische waarde van mantelzorg is ongeveer 6,6 miljard euro (De Boer et al., 2013). Wanneer mantelzorgers door overbelasting hun zorgtaken niet meer kunnen volbrengen, kan dat wellicht hoge kosten voor de samenleving met zich mee brengen. Zowel in termen van professionele inzet voor hulpbehoevende als ondersteuning van de uitgevallen mantelzorger.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

De primaire doelgroep van de interventie zijn mantelzorgers en de naaste voor wie zij zorgen (chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden).

De definitie van mantelzorg die in deze beschrijving gehanteerd wordt betreft de zorg die mensen vrijwillig en onbetaald –op structurele basis- verlenen aan mensen met fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen in hun familie, huishouden of sociale netwerk. Het gaat om zorg die meer is dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is, hiervan is sprake indien het taken betreft die de zorgvrager bij normale gezondheid zelf had gedaan of niet nodig waren geweest. (NPO, 2011).

Intermediaire doelgroep

Er is geen intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

Er gelden geen specifieke indicatie- of contra-indicatiecriteria. De vragen in de MantelScan zijn algemeen van aard, zodat de MantelScan in een groot aantal zorgsituaties inzetbaar is. De MantelScan kan ingezet worden voor alle mantelzorgers en in het bijzonder voor ernstig en matig belaste mantelzorgers.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de MantelScan is het verkrijgen van inzicht in de kracht van het informele netwerk van een zorgvrager en in de risico's van (over)belasting van de mantelzorgers binnen dat netwerk. Uit dat inzicht vloeit advies voort om de (over)belasting van mantelzorgers te verminderen, hun krachtbronnen aan te boren en het mantelzorgnetwerk van de zorgvrager verder te versterken. De MantelScan *beschrijft* systematisch de mantelzorgsituatie. *Verbetering* binnen deze situatie volgt uit het uitvoeren van het advies. Dit kunnen ook andere interventies zijn.

Subdoelen

In dienst van het bereiken van het hoofddoel (het verkrijgen van inzicht en advies) staan de volgende subdoelen:

1. inzicht in het familienetwerk, dat visueel in kaart is gebracht met daarin ieder hulpbehoevend familielid apart aangegeven
2. inzicht in de zorgsituatie aan de hand van duur, intensiteit, verleende zorg en (toekomst)verwachtingen
3. inzicht in de ervaren belasting van de mantelzorger, maar ook in de ondersteuning en krachtbronnen die de mantelzorger ervaart
4. inzicht in het zorgnetwerk, dat visueel is weergegeven met daarin aangegeven wie wat doet en hoe vaak
5. inzicht in de samenhang en competenties in het netwerk en inzicht in de mogelijkheden van versterking van het netwerk.
6. Op basis van het verkregen inzicht wordt een advies geformuleerd voor de ondersteuning van de mantelzorger.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De MantelScan bestaat uit de volgende vijf stappen.

1. Kennismaking met de familie: een visuele weergave van het familienetwerk in een Genogram.
2. De zorgsituatie: inventarisatie door middel van een vragenlijst.
3. Ervaringen van de mantelzorger: kort gesprek, ondersteund door de *Self Rated Burden-Scale* (SRB) en de *Ervaren Druk door Informele Zorg-vragenlijst* (EDIZ).
4. Het zorgnetwerk: een visuele weergave in een Ecomap.
5. Conclusie en advies op basis van de geïnventariseerde informatie, opgebouwd uit drie delen: wat de mantelzorgers 'kunnen, weten en willen'.

De MantelScan kan in één keer in een gesprek van circa een uur afgenomen worden. In sommige gevallen is meer tijd nodig of minder tijd voorhanden. Dit wordt opgelost door meerdere korte of één langere sessie te organiseren. Zie voor meer informatie de randvoorwaarden in hoofdstuk 4.

De MantelScan wordt afgenomen bij een eerste contact, bijvoorbeeld als intake. Of wanneer er een vermoeden is van overbelasting of ontspoorde mantelzorg. In wederzijdse overeenstemming tussen beroepskracht, mantelzorger(s) en zorgontvanger wordt een geschikt moment bepaald wanneer de MantelScan afgenomen wordt. De verzamelde informatie wordt vastgelegd in het formulier van de MantelScan. Er worden niet specifiek mantelzorgers geworven voor de MantelScan, bij bestaand of beginnend contact wordt de MantelScan ingezet. Dit kan direct contact met de mantelzorger zijn, maar ook via de zorgontvanger.

De MantelScan kan ook gebruikt worden voor monitoring, door (half)jaarlijks de ingevulde MantelScan aan te scherpen. Dit kan op hetzelfde formulier gedaan worden: verschillen worden zichtbaar door eventuele veranderingen met een andere kleur weer te geven. Hierdoor wordt zichtbaar of het geformuleerde advies daadwerkelijk bijdraagt aan de vermindering van de overbelasting van de mantelzorger.

De MantelScan wordt afgenomen bij in ieder geval één mantelzorger. Idealiter nemen ook de zorgvrager en meerdere mantelzorgers deel aan het gesprek.

Locatie en uitvoerders

De MantelScan kan zowel bij mensen thuis als binnen een organisatie uitgevoerd worden. De MantelScan wordt toegepast en ingevuld door (sociale) professionals, die werken en denken op HBO-niveau in zorg en welzijn.

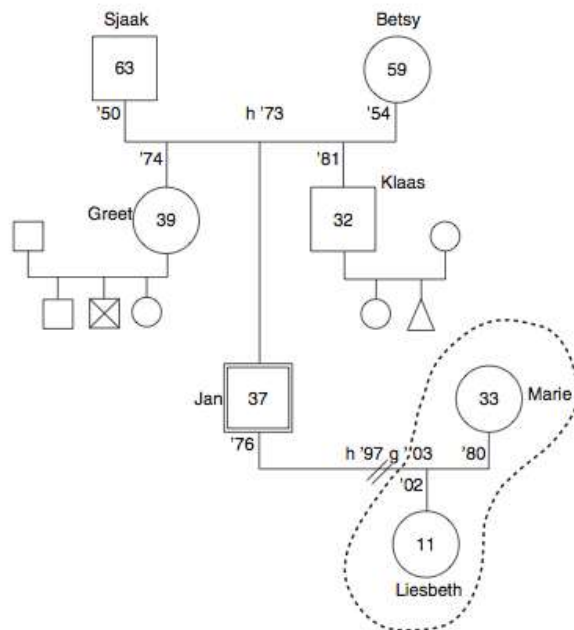
Inhoud van de interventie

De MantelScan wordt afgenomen door een professional bij mantelzorger(s) en de naaste voor wie zij zorgen. Aangezien de MantelScan uiteindelijk het netwerk in kaart brengt, is het van belang om te beseffen dat dit vanuit het perspectief van de aanwezigen gebeurt. Andere netwerkleden kunnen er een andere visie op nahouden. Het kan zijn dat de ideeën over de mantelzorg tussen de verschillende aanwezigen (zorgontvanger en mantelzorger(s)) verschillen. Bij het inventariseren (stap 1 t/m 4) wordt benoemd wat iedereen vindt. Bij de laatste stap (conclusie en advies) wordt gekeken of een synthese mogelijk is óf dat wellicht ondersteuning nodig is op dit gebied.

Het gesprek waarin de de MantelScan wordt ingevuld bestaat uit vijf stappen.

Stap 1: Kennismaking met de familie, het Genogram maken

Allereerst wordt het familienetwerk in kaart gebracht met behulp van een Genogram, zie figuur 1 voor een voorbeeld. Dit vergemakkelijkt het gesprek over het netwerk, want de namen van de familieleden worden daardoor bekend en er ontstaat snel zicht op de (potentiële) mantelzorgers en eventuele andere hulpbehoevendenden in de familie. Het Genogram is een flexibel instrument: informatie die tijdens het gesprek naar boven komt kan aan het Genogram worden toegevoegd. In deze eerste stap wordt het Genogram zo feitelijk mogelijk ingevuld, dus: het aantal personen, hun naam, leeftijd en relaties. Zie voor een uitgebreide uitleg van het genogram de handleiding van de MantelScan (Kruijswijk, 2012).



Figuur 1: Een voorbeeld van een Genogram (Bron: Kruijswijk et al., 2013)

Stap 2: De zorgsituatie

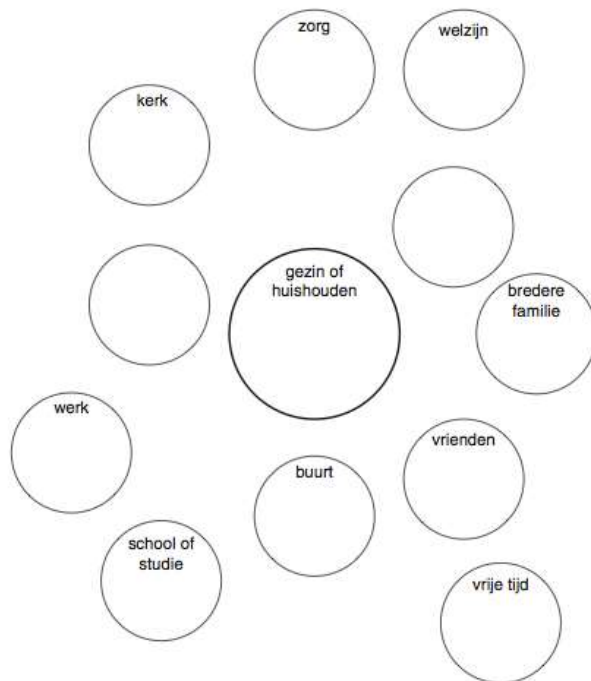
Nadat de familie in kaart gebracht is, is bij de volgende stap de vraag 'Wat is er aan de hand?' leidend. Met acht vragen ontstaat een beeld van de zorgsituatie (zie bijlage 1), onder andere de zwaarte, duur, geleverde zorg en toekomstprognose van de zorgsituatie. Op basis van stap 2 wordt inzicht verkregen in de objectieve belasting van de mantelzorger.

Stap 3: Ervaringen van de mantelzorger

Bij stap drie worden de ervaringen van de aanwezige mantelzorger(s) in kaart gebracht. Een gemakkelijke manier om er in korte tijd achter te komen hoe het met de mantelzorger gaat, is vragen of de mantelzorger de ervaren belasting wil uitdrukken in een getal tussen 0 en 100. Dit wordt de *self-rated burden* (Van Exel et al., 2005) genoemd. Vervolgens wordt de ervaren belasting in kaart gebracht aan de hand van de vragenlijst *Ervaren Druk door Informele Zorg* (EDIZ) (Pot, 1995). De uitkomst van de vragenlijst vormt aanleiding tot een gesprek, zowel over onderdelen waar een hoge als waar een lage belasting ervaren wordt. Zo ontstaat zicht op zowel de draagkracht als de draaglast. Vervolgens is er ruimte om te vragen naar de financiële situatie van de aanwezigen. Hier is aandacht voor omdat door het verlenen van mantelzorg extra kosten gemaakt worden (denk aan reiskosten, vervoer door derden, inschakelen particuliere hulp, telefoonkosten, eigen bijdrage Wmo/AWBZ). Deze bijkomende kosten door mantelzorg nemen toe en mantelzorgers maken zich hierover ongerust (Mezzo, 2012). Tot slot staat de vraag wat de mantelzorger energie geeft, zijn of haar krachtbronnen, centraal. Niet noodzakelijk, wel ondersteunend is de mogelijkheid voor de mantelzorger om een logboekje bij te houden. De mantelzorger houdt dit logboek een week voordat de MantelScan afgenomen wordt bij en vult elke dag één of meer zaken in die hem/haar energie geven of kosten.

Stap 4: Het zorgnetwerk, de Ecomap

Waar in de eerste stap de familie centraal staat, staat hier het zorgnetwerk centraal. Om dat zorgnetwerk weer te geven, wordt gebruik gemaakt van een Ecomap (zie Figuur 2 en bijlage 1). In de Ecomap staat de zorgvrager in het midden, met daarin een samenvatting van de vragen uit stap 2. In de cirkels eromheen komen de andere zorgnetwerkleeden te staan. Dit kunnen andere familie-mantelzorgers zijn, maar ook vrijwilligers, burens, vrienden, (oud)collega's of professionals: iedereen die een bijdrage levert aan de zorg kan een plek krijgen. Bij het in kaart brengen van het netwerk is aandacht voor de volgende onderwerpen: omvang en samenstelling van het netwerk, 'wie doet wat en hoe vaak?', samenhang en competenties en de *netwerkelasticiteit*: in hoeverre is hier sprake van een veerkrachtig of een broos netwerk? In hoeverre kan het zorgnetwerk meebewegen bij veranderingen in de zorg? (Kruijswijk, 2010).



Figuur 2: voorbeeld van een Ecomap (bron: Kruijswijk et al., 2013).

Stap 5: Conclusie en advies

In de vorige stappen is veel informatie verzameld over de zorgsituatie, de mantelzorg(er) en het netwerk. Op basis van knelpunten en krachtbronnen die naar voren zijn gekomen kan nu gericht advies gegeven worden. Gezien de diversiteit aan (combinaties van) zorgsituaties, verschillende soorten netwerken en persoonskenmerken van mantelzorgers, is het noodzakelijk om het advies als maatwerk te formuleren. Hier spelen de competenties van de professional een doorslaggevende rol. Het is niet mogelijk om een raamwerk te maken waarin het advies moet passen. Veeleer geven de losse onderdelen aanleiding om verder te vragen en, op basis van beschikbare ondersteuningsmogelijkheden (de professional wordt geacht een uitmuntende kennis te hebben van de sociale kaart), advies op maat te bieden en, waar mogelijk, warm door te verwijzen.

De informatiebronnen voor het advies volgen uit de reeds ingevulde MantelScan: uit stap 3 komt naar voren wat de mantelzorg(er) als belastend en wat als prettig ervaart. Met de informatie uit stap 1 en 4 kunnen de wensen van de mantelzorg(er) gerelateerd worden aan personen uit het netwerk: persoon x uit het netwerk kan mogelijk taak y van de mantelzorg(er) overnemen, zodat de mantelzorg(er) krachtbron z kan aanboren. Concreet: mevrouw Jansen (de mantelzorg(er)) wordt onzeker van de administratie die zij doet voor de zorgvrager, haar dochter kan dat mogelijk overnemen, zodat mevrouw weer meer tijd kan besteden aan haar passie voor literatuur.

Het kan zijn dat verschillende netwerkliden het met elkaar oneens zijn over de (aanpak) van de mantelzorg. Wanneer de verschillen tot conflicten leiden kan de beroepskracht adviseren een moreel beraad in te zetten of mediation. Hierin maken alle aanwezigen met elkaar de afweging voor wat wenselijk is binnen hun situatie [16]. Belangrijk is vooral dat de professional die de MantelScan afneemt de conclusies en adviezen SMART formuleert, zodat er door alle partijen op terug gekomen kan worden: is de afspraak nagekomen? Wat is het resultaat? Zijn er vervolgstappen nodig? (Zie ook het kopje *Monitoring*).

Dit advies wordt opgebouwd aan de hand van wat mantelzorgers 'kunnen, weten en willen'. 'Kunnen' gaat over wat de mantelzorger kan doen om de ervaren belasting op een of meer domeinen aan te pakken. Het gaat dan om de domeinen: tijd, ontwikkeling, fysieke belasting, emotionele belasting en sociale aspecten. Hierbij hoort bijvoorbeeld: iemand uit het netwerk vragen om te helpen en een gesprek aangaan met de leidinggevende op het werk. 'Weten' gaat over deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld informatie inwinnen over een ziekte of aandoening, een cursus 'leren loslaten' of 'leren tillen'. 'Willen' tenslotte betreft de verwachtingen en mogelijk toekomstige behoeften van de mantelzorger. Wat zijn haar of zijn wensen en hoe kan de mantelzorger deze verwezenlijken? Bijvoorbeeld, wanneer verwacht wordt dat de zorgzwaarte in de (nabije) toekomst zal toenemen (denk aan dementie), dan wordt een advies geformuleerd om voorbereidingen te treffen: wie betreft de mantelzorger er dan bij? Wat is belangrijk voor de mantelzorger om de zorg vol te kunnen blijven houden? Wat of wie is daarvoor nodig? De professional speelt hierin een begeleidende rol. Door te sturen op SMART-geformuleerde afspraken. Zodat de uitvoering van het advies gemonitord kan worden en de resultaten van de activiteiten te volgen en bij te stellen zijn.

Monitoring

Hoewel de MantelScan niet ontwikkeld is voor monitoring, is de interventie hier wel voor te gebruiken. Dit kan op twee manieren. Bijvoorbeeld bij reeds bestaande contactmomenten met de cliënt en/of de mantelzorger kunnen veranderingen opgenomen worden op het formulier van de MantelScan. Ook kan er op gezette tijden, bijvoorbeeld (half)jaarlijks, een afspraak gemaakt worden om de MantelScan aan te scherpen. Door kleuren te gebruiken kan onderscheid gemaakt worden tussen de oude en de nieuwe situatie, zodat veranderingen zichtbaar zijn.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Aanleiding voor het ontwikkelen van de MantelScan is het onderzoek naar zorgnetwerken '*Op zoek naar weerkaatst plezier*' (Tonkens et al., 2009). Het gaat in dit onderzoek om de werking van zorgnetwerken en aanknopingspunten om samenwerking binnen deze netwerken te verbeteren. Maar vooral wordt een nieuw perspectief geboden: leg niet alleen de nadruk op (over)belasting van mantelzorgers, maar heb ook oog voor de positieve ervaringen. Professionals en beleidsmakers voor mantelzorgerondersteuning geven in het onderzoek aan dat zij behoefte hebben aan een methode om, met de uitgangspunten van bovengenoemde publicatie, de sterke en kwetsbare punten van een zorgnetwerk in kaart te brengen.

In 2010 is de MantelScan ontwikkeld en is een expertmeeting georganiseerd met onderzoekers en beroepskrachten (uit zorg, welzijn en gemeenteland) om hem aan te scherpen. In 2011 zijn twee pilots van start gegaan waarin professionals met verschillende achtergrond (mantelzorgconsulenten, verpleegkundigen en sociaal werkers) getraind zijn in het afnemen van de MantelScan. 17 beroepskrachten hebben uiteindelijk 30 keer de MantelScan uitgevoerd in hun eigen praktijk (Kruijswijk, 2011a). Op basis van hun ervaringen is de MantelScan aangescherpt en afgerond. De aanscherping betrof bijvoorbeeld de formuleringen van enkele vragen, maar ook de toevoeging van hulpbronnen van de mantelzorger in de Ecomap. De ervaringen van de doelgroep (de mantelzorgers) zijn via de betrokken professionals in de ontwikkeling van de MantelScan meegenomen. De deelnemende professionals werden gevraagd om bij de mantelzorgers waar zij de MantelScan hadden afgenomen te vragen naar hun ervaringen en die bij een gezamenlijke bijeenkomst in te brengen of, wanneer zij niet aanwezig waren, deze per mail te delen (Kruijswijk, 2011a).

Buitenlandse interventie

De interventie is in Nederland ontwikkeld. Naar de mogelijkheden van toepasbaarheid in het buitenland is geen onderzoek gedaan.

2.5 Vergelijkbare interventies

De methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) is vergelijkbaar met de interventie MantelScan. Deze methode is opgenomen in de databank Effectieve sociale interventies van Movisie en de interventie-database van het Centrum Gezond Leven (RIVM) die een overzicht van leefstijlinterventies bevat. Het doel van de methode POM is het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers. Mantelzorgers worden actief opgespoord, waarna de ervaren belasting en knelpunten in kaart worden gebracht. Vervolgens wordt inzicht gegeven in ondersteuningsmogelijkheden.

Overeenkomsten en verschillen POM en MantelScan

Overeenkomsten

- Inzet op het voorkomen en verminderen van overbelasting.
- Inventariseren van ervaren belasting (beide interventies gebruiken EDIZ) en knelpunten.
- Gericht formuleren van advies en bieden van ondersteuning.

Verschillen

- POM richt zich ook op bewustwording bij organisaties en professionals om mantelzorgers niet te vergeten. De MantelScan gaat uit van bestaand contact tussen mantelzorger(s) en een professional.
 - POM richt zich op de mantelzorger, de MantelScan doet dit ook maar betreft hier meer het netwerk bij en maakt de complexiteit van het zorgnetwerk visueel toegankelijk en overzichtelijk.
 - De MantelScan richt zich expliciet ook op de positieve aspecten van mantelzorg.
 - POM spoort actief mantelzorgers op.
-

Toegevoegde waarde

De MantelScan biedt een toegankelijk visueel overzicht van het zorgnetwerk, waar bij het bieden van ondersteuning gemakkelijk bij aangesloten kan worden. Daarnaast is er in de MantelScan expliciet aandacht voor het versterken van juist de positieve kanten van de mantelzorg. Tot slot kan de MantelScan gemakkelijk gebruikt worden voor monitoring.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Hierna gaan we in op factoren die het probleem van overbelasting van mantelzorgers veroorzaken.

1) Aard en ernst van de zorgsituatie

De ervaren belasting door mantelzorgers heeft tal van oorzaken. De aard en ernst van de zorgsituatie staan hierin centraal, omdat deze de duur, intensiteit en complexiteit van de mantelzorg bepalen. De kans op overbelasting bij mantelzorgers neemt toe wanneer:

- de zorg langdurig en/of intensief is
- mantelzorgers veel verschillende soorten hulp verlenen (De Boer et al., 2009).

De relatie tot de hulpbehoevende is mede bepalend voor de ervaren belasting van de mantelzorger. De zorg voor een huisgenoot (in het bijzonder een partner of een kind) wordt als zwaarder ervaren dan mantelzorg voor iemand anders, bijvoorbeeld de (schoon)ouders (De Boer et al., 2009). Naarmate de sociale afstand groter wordt, bijvoorbeeld bij de zorg voor burens of een ver familielid, neemt de ervaren belasting af (De Boer et al., 2009).

2) Sluipende groei van zorgtaken: de Mantelval

Vaak is het verlenen van mantelzorg geen weloverwogen keuze, maar eerder iets waar men in rolt (Van der Lyke, 2000). Geleidelijk nemen mantelzorgers meer en meer taken op zich, vaak vanuit een gevoel van vanzelfsprekendheid. Deze sluipende groei van taken kan leiden tot overbelasting. Dit wordt wel 'mantelval' genoemd (Timmermans et al., 2005). Dat proces wordt nog eens versterkt doordat de zorg vaak als vanzelfsprekend wordt verleend (Palmboom & Pols, 2008).

3) Concentratie van mantelzorgtaken: wordt de zorg gedeeld?

Zorgtaken worden vaak verdeeld zonder dat er duidelijke afspraken gemaakt worden tussen mantelzorgers. Volgens vaste patronen komen taken bij een (beperkt) aantal mantelzorgers terecht (Potting, 2001; Kruijswijk, 2010). Hoewel het delen van de mantelzorg met anderen de overbelasting doet verminderen (Tolkacheva et al., 2011), vinden mantelzorgers het moeilijk om hulp te vragen (Broese van Groenou & De Boer, 2009). Soms is er sprake van een patstelling: mensen die hulp nodig hebben durven er niet om te vragen (vraagverlegenheid), mensen die hulp willen aanbieden durven het niet aan te bieden (handelingsverlegenheid) (Linders, 2009).

4) Ontbreken van aandacht voor positieve aspecten van mantelzorg

Bij mantelzorgondersteuning ligt de nadruk vaak op de ervaren belasting, de draaglast. Dat is niet verwonderlijk, gezien de toename van het aantal overbelaste mantelzorgers. Tegelijkertijd ervaren mantelzorgers de zorg voor een naaste ook als heel waardevol (Broese van Groenou & De Boer, 2009). Juist aandacht voor de positieve aspecten – de draagkracht – van mantelzorg kan hen helpen (Cuijpers & Kruijswijk, 2012; Tonkens et al., 2009). De focus op ook de positieve aspecten van mantelzorg is nodig om interventies te kunnen ontwikkelen die meer recht doen aan de betekenis die mantelzorgers aan de zorg geven en die daardoor mantelzorgers beter ondersteunen doordat hun draagkracht wordt vergroot (De Boer et al., 2012). Juist omdat mantelzorgers zelf de verwevenheid van de positieve en negatieve aspecten van mantelzorg ervaren:

'Het is ook genieten, in rotte situaties kun je gewoon functioneren, doorleven en genieten.'
(Kooijker & de Boer, 2008).

'Het kost allemaal veel tijd, maar je krijgt er veel voor terug. Als ik nu kom, dan zit ze te dutten of is ze diep in slaap. Langzaam wordt ze wakker, kijkt me aan en glimlacht. Dan denk ik: het

zit wel goed. Als ze mij ziet, voelt ze zich veilig. Dat is, hoewel één letter minder dan herkenning – hoe vaak wordt niet gevraagd: 'Herkent ze je nog?' –, het is namelijk erkenning van de rol die ik in haar leven nog steeds kan vervullen.' (Morée et al., 2007).

Aandacht in de literatuur voor de positieve aspecten van mantelzorg is in Nederland pas van recente datum (Tonkens et al., 2009). De invulling van het begrip 'positieve aspecten' varieert van: zingeving, ervaren waardering, meer zelfvertrouwen, een betere relatie met de hulpbehoevende, nieuwe kennis en vaardigheden en een uitbreiding van het sociale netwerk tot: het voorkomen van achteruitgang van de gezondheid van de hulpbehoevende (De Boer et al., 2012; Opdebeeck et al., 2003; Cuijpers et al., 2012; Narayan et al., 2001; Bacon et al., 2009; Baanders & Heijmans, 2007).

Het ontbreken van aandacht voor de positieve aspecten van mantelzorg veroorzaakt mogelijk niet direct overbelasting, veeleer draagt het bij aan het in stand houden van de ervaren (over)belasting (Cuijpers, Kruijswijk en van Lier, 2012).

Aan te pakken factoren

De MantelScan geeft inzicht en advies met betrekking tot de volgende (over)belasting veroorzakende factoren:

1. *Aard en ernst van de zorgsituatie*

De aard en de ernst van de zorgsituatie zelf worden niet door de MantelScan aangepakt. Wel wordt inzicht verschaft in hoe de aard en de ernst van de zorgsituatie uitpakken voor de mantelzorger. Het ontbreken van inzicht in de zorgsituatie is een factor die hier aangepakt wordt. En vooral: in het advies wordt gekeken naar hoe de ervaren belasting verkleind kan worden, onder andere door de zorg te delen. Dit sluit aan bij de subdoelen 2, 3, 5 en 6.

2. *De sluipende groei van zorgtaken (Mantelval) en*

3. *Concentratie van mantelzorgtaken*

Door het familie- en zorgnetwerk in kaart te brengen, met daarin aandacht voor *wie, wat* doet, wordt de impliciete verdeling van taken en de sluipende groei van taken voor één persoon expliciet gemaakt. Dit sluit aan bij de subdoelen 1, 4, 5 en 6.

4. *Ontbreken van aandacht voor positieve aspecten van mantelzorg.*

Door de zorgsituatie in kaart te brengen (stap 2), ontstaat zicht op de *objectieve* belasting van de mantelzorger. Daarnaast wordt de *subjectieve* belasting gemeten en wordt gevraagd naar de krachtbronnen. Dit sluit aan bij de subdoelen 2, 3, 5 en 6.

Verantwoording van de aanpak

Het hoofddoel van de MantelScan is het verkrijgen van inzicht in de kracht van het informele netwerk van een zorgvrager en in de risico's van (over)belasting van de mantelzorgers binnen dat netwerk. Uit dat inzicht vloeit advies voort om de (over)belasting van mantelzorgers te verminderen, hun krachtbronnen aan te boren en het mantelzorgnetwerk van de zorgvrager verder te versterken. Om dit doel te bereiken zijn de ondergenoemde zes subdoelen onderscheiden. Hoe worden deze subdoelen bereikt?

Juist inzicht in de zorgsituatie in al haar facetten is van belang, vanwege drie mechanismen bij de mantelzorger: 1) de zorg wordt als een vanzelfsprekende plicht opgepak (Palmboom en Pols, 2009); 2) De taakverdeling gebeurt impliciet en daar wordt vaak niet over gesproken (Potting, 2001); Mantelzorgers vragen pas laat en met moeite om hulp en veronachtzamen hun eigen behoeften (de Boer et al., 2009; Linders, 2009). Inzicht in de eigen (zorg)situatie schetst de (on)mogelijkheden van de individuele mantelzorger en het (zorg)netwerk. Vanuit die basis kan advies geformuleerd worden.

Inzicht in het familienetwerk (subdoel 1)

Ruim 80% van de mantelzorg wordt aan familieleden verleend (De Boer et al., 2009). Het in kaart brengen van het (mantelzorg)netwerk vraagt daarom om een instrument dat specifiek gericht is op familie. Het Genogram is een instrument om een familie op een eenvoudige manier visueel weer te geven (McGoldrick et al., 2008). De keuze voor het gebruik van een Genogram in de MantelScan berust op de volgende factoren.

- Bekendheid: Het Genogram is een bekend instrument. Hoewel het Genogram oorspronkelijk voornamelijk gebruikt werd in relatie- en familietherapie, wordt het instrument nu ook ingezet in andere domeinen van de gezondheidszorg (Butler, 2008). Het instrument wordt ook ingezet in andere netwerkgerichte methoden (bijvoorbeeld de Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse – Verstandelijke Beperking (MSNA-VB)).
- Eenvoudig of uitgebreid: het Genogram biedt de mogelijkheid om in minder dan 15 minuten een schets van de familie te maken, zodat ingeschat kan worden in hoeverre de familie kan en wil bijdragen aan de ondersteuning van de cliënt (Wright & Leahey, 1999). Maar evengoed kan het Genogram ingezet worden om uitgebreid de levensgeschiedenis van een cliënt en de mantelzorgers te beschrijven (Royers, 2007).
- Weinig of veel informatie: op een Genogram kunnen verschillende gegevens worden weergegeven. De belangrijkste zijn naam, leeftijd, geslacht, (recente) veranderingen in relaties en belangrijke gebeurtenissen in de levensloop. Denk bijvoorbeeld aan een verhuizing en verandering of verlies van werk, gezondheid, et cetera (McGoldrick et al., 2008).
- Ontwikkelperspectief: het instrument is nog in ontwikkeling, waardoor de toepasbaarheid van het Genogram toeneemt (Rempel et al., 2007; zie ook: Lewis, 1989; Friedman, Rohrbach, & Krakauer, 1988; White & Tyson-Rawson, 1995).

In de MantelScan wordt het Genogram vooral gebruikt om kennis te maken met de familie. Doordat de namen van de familieleden bekend zijn, kan het gesprek op een meer informele wijze gevoerd worden. Of het Genogram eenvoudig dan wel uitgebreid ingevuld wordt, hangt af van de ervaring van de professional met het maken van een Genogram en de beschikbare tijd.

Inzicht in de zorgsituatie (subdoel 2)

In de MantelScan staan enkele vragen om de aard van de zorgsituatie te inventariseren. Daartoe is gebruik gemaakt van literatuur over mantelzorg(ondersteuning). Hierin worden de duur, intensiteit, planbaarheid en combinatie van verschillende taken als belangrijke indicatoren voor (over)belasting aangegeven (o.a. Timmermans et al., 2005; De Boer et al., 2009). Om de zorg niet als slechts een momentopname te beschouwen maar als een proces te zien (o.a. Potting, 2001; Mol, 2006), is er in de vragen ook aandacht voor de verwachtingen voor de (nabije) toekomst. De antwoorden op deze vragen geven geen score, maar bieden een indicatie voor de zwaarte en de risico's op overbelasting van de mantelzorger(s).

Inzicht in de ervaren belasting, ervaren ondersteuning en krachtbronnen van de mantelzorger (subdoel 3)

De ervaren belasting van de mantelzorger wordt gemeten met de *Self-Rated Burden Scale* (Van Exel et al., 2004) en met de EDIZ-vragenlijst (Pot et al., 1995). Bij de SRB-Schaal geeft de mantelzorger aan hoe hij of zij de mantelzorgsituatie ervaart: 0 is helemaal niet zwaar, 100 is veel te zwaar. De EDIZ-vragenlijst bestaat uit negen items. Elk item levert een score '0' of '1' op. Een hogere score geeft een hogere ervaren belasting aan. De kracht van de EDIZ zit hem vooral hierin dat de antwoorden op deze vragenlijst aanleiding geven tot gesprek. Zowel een lage score op een item (dat gaat blijkbaar goed en duidt op de kracht van de mantelzorger) als een hoge score op een item (daar ligt een risico) zijn van belang. In het gesprek op basis van de EDIZ wordt rekening gehouden met de vijf verschillende typen belasting: tijdsbelasting, ontwikkelingsbelasting, fysieke belasting, sociale belasting en emotionele belasting (Novak & Quest, 1989). Uit het gesprek worden de belangrijkste uitkomsten die energie geven en die energie kosten genoteerd. Tot slot is er een vraag naar de financiële situatie van de (mantel)zorg omdat een dergelijke vraag in de EDIZ ontbreekt en het van belang blijkt bij de ervaren belasting van mantelzorgers (Borsboom, De Boer & De Klerk, 2011; Kruijswijk, 2011).

Inzicht in het zorgnetwerk, de samenhang en competenties in het netwerk en mogelijkheden tot versterking van het netwerk (subdoelen 4 en 5)

Een Ecomap brengt iemands sociale netwerk in kaart (Hartman, 1978). Waar het Genogram zich beperkt tot en toespitst is op de familie, staat in een Ecomap het gehele sociale netwerk in de aandacht. Daarin is dus ook ruimte voor vrienden, kennissen, collega's, vrijwilligers en professionals.

In de MantelScan wordt de Ecomap gebruikt om in kaart te brengen wie wat doet. Om aan te geven 'wat' iemand doet, zijn categorieën van zorgtaken gebruikt die het SCP ook hanteert in hun onderzoeken naar mantelzorg (o.a. De Boer et al., 2009), aangevuld met 'Therapie, revalidatie of behandeling' en 'Toezicht en controle'. 'Therapie, revalidatie of behandeling' is toegevoegd om een specifiek deel van professionele taken te kunnen weergeven, 'Toezicht en controle' is toegevoegd voor zorgsituaties waar sprake is van dementie of soms bij ggz-problematiek.

Het gecombineerde gebruik van Genogram en Ecomap heeft als meerwaarde dat er zicht ontstaat op het onbenutte potentieel in het sociale netwerk (Rempel et al., 2007). Bijvoorbeeld door te kijken welke familieleden uit het Genogram in de Ecomap terugkomen en welke niet.

De Genogram en de Ecomap hebben met elkaar gemeen dat ze niet 'over de hoofden' van mantelzorgers en cliënten ingezet worden, maar juist in dialoog met hen. Het is juist deze samenwerking die maakt dat cliënt en mantelzorger inzicht in hun situatie krijgen (Hartman, 1978; Herman, 2009).

Zorgnetwerken hebben enkele structuurkenmerken (zie bijvoorbeeld Baars, 1994; Broese van Groenou & Van Tilburg, 2007). De volgende kenmerken geven een indicatie van de kracht en risico's van een zorgnetwerk.

- **Omvang:** hoeveel mensen helpen bij de zorg en ondersteuning? Grofweg geldt: meer schouders maken het netwerk sterker (Tonkens et al., 2009).
- **Samenstelling:** betreft het een homogeen of heterogeen netwerk? Grofweg geldt: een heterogeen netwerk bevat meer hulpbronnen (Tonkens et al., 2009).
- **Dichtheid:** in hoeverre kennen de mensen in het zorgnetwerk elkaar en hebben zij contact met elkaar? Grofweg geldt: geen samenhang maakt afstemming lastig. Heel nauwe banden maken het aangeven van grenzen moeilijk (Tonkens et al., 2009)
- **Complexiteit:** geeft iemand één (lage complexiteit) of meer (hoge complexiteit) typen zorg en ondersteuning? Grofweg geldt: het risico op overbelasting bij iemand die meerdere typen zorg verleent is hoger dan bij iemand die één type zorg verleent (De Boer et al., 2009).
- **Bereikbaarheid:** zijn de netwerkleiden goed bereikbaar? Reisafstand en vooral reistijd zijn bepalend voor geboden ondersteuning uit het netwerk (Duijnsteet et al., 1994).

De structuurkenmerken zijn af te lezen aan het ingevulde Genogram en de Ecomap. De competenties van het netwerk zijn af te lezen aan het structuurkenmerk 'complexiteit'.

Formuleren van advies (subdoel 6)

Op basis van gezamenlijk verkregen inzicht door het behalen van bovenstaande doelen wordt een advies geformuleerd in termen van 'kunnen, weten en willen'.

Werkzame elementen

- Inzicht krijgen in de zorgsituatie (1, 3).
- De MantelScan biedt uitvoerders een structuur om dit alles in kaart te brengen (2,5)
- De mantelzorgers kunnen hun verhaal vertellen, hun ervaringen delen en krijgen advies op maat van een professional (5)
- Inzicht krijgen in de ervaren belasting en op het risico van overbelasting (1, 3).
- Zicht krijgen op het hulppotentieel van de familie én het bredere zorgnetwerk, inclusief hun competenties (1, 2, 3).

- Zicht krijgen op de krachtbronnen (wat geeft energie) in de mantelzorgsituatie (1, 2).
- Advies op basis van de geïnventariseerde informatie vanuit de invalshoeken kunnen, weten, willen (1, 3).

2 = Veronderstelling in de aanpak

3 = Onderbouwing

5 = Praktijkervaringen

6 = Effectonderzoek

4. Uitvoering

Materialen

Voor de uitvoering van de interventie zijn de volgende materialen beschikbaar. Deze materialen zijn gratis te verkrijgen via www.movisie.nl

Kruijswijk, W. (2012). *MantelScan*. Utrecht: Movisie

Dit is het formulier aan de hand waarvan de vijf stappen van de MantelScan doorlopen worden.

Kruijswijk, W. (2012). *Handreiking MantelScan. Samenstelling, organisatie en risicofactoren van een zorgnetwerk in kaart*. Utrecht: Movisie.

In deze handreiking wordt elk van de vijf stappen van de aanpak van de MantelScan toegelicht, zodat de professional direct aan de slag kan.

Van zowel de handreiking als het formulier is een Engelstalige variant beschikbaar.

Type organisatie

De interventie kan gebruikt worden door brede welzijnsorganisaties, Wmo-consulenten, (thuis)zorg en binnen de ketenzorg dementie.

Waar de MantelScan wordt gebruikt, is niet geregistreerd. Bekend is dat de MantelScan in elk geval bij vijf steunpunten mantelzorg, twee brede welzijnsorganisaties en binnen een ketenzorgverband voor dementie gebruikt wordt.

Opleiding en competenties

Met name vanwege de specialistische kennis rondom netwerken en netwerkgericht werken in combinatie met de daarbij behorende gespreksvaardigheden is de MantelScan eerst en vooral geschikt voor professionals die werken en denken op HBO-niveau. Hiermee bedoelen we medewerkers in zorg en welzijn:

- die minimaal één uur (zie ook randvoorwaarden) tot hun beschikking hebben om een gesprek te voeren en de verslaglegging hiervan te doen
- die beschikken over mogelijkheden om, indien nodig, actie te ondernemen op basis van de resultaten van het gesprek.

De professional beschikt over voldoende kennis over:

- algemene thema's binnen mantelzorg(ondersteuning), met specifieke kennis over sociale netwerken.
- de sociale kaart
- de grenzen van de eigen mogelijkheden voor ondersteuning en het kunnen beoordelen wanneer doorverwijzen nodig is.

De professional beschikt over de vaardigheden:

- inlevingsvermogen
- gesprekstechnieken om bij de kern te blijven en korte 'uitstapjes' weer terug te kunnen voeren tot de kern.

Training MantelScan

De Training MantelScan is niet verplicht maar wordt wel aanbevolen. Het is een training van een dagdeel die € 155 kost.

Na het volgen van de training kunnen de deelnemers optimaal gebruik maken van de MantelScan en de draaglast en draagkracht van zorgnetwerken in kaart brengen, omdat zij:

- kennis hebben van verschillende type zorgnetwerken en hun kracht en risico's
- effectief het Genogram en Ecomap kunnen inzetten en daarmee zowel familie als sociaal netwerk in kaart kunnen brengen
- systematisch informatie over een zorgnetwerk kunnen verkrijgen
- de uit het gesprek met mantelzorgver en zorgvrager verkregen informatie gestructureerd kunnen weergeven
- met behulp van onder andere de Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) de draagkracht en draaglast van de mantelzorgver inzichtelijk kunnen maken.

Meer informatie over de Training MantelScan vindt u op de website van Movisie (www.movisie.nl).

Kwaliteitsbewaking

De MantelScan is vrij toegankelijk. Er wordt niet bijgehouden en/of geëvalueerd wie de methode toepast. Wel wordt een Training MantelScan aangeboden (zie vorig item). Hoewel deze training niet verplicht is, wordt het sterk aangeraden deze training wel te volgen. Het (goed) kunnen werken met het Genogram en Ecomap vergt oefening en met name het goed kunnen toepassen van de verschillende onderdelen vraagt om training om het gebruik te optimaliseren.

Randvoorwaarden

De organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie zijn te rubriceren naar 'tijd' en 'concentratie'(?).

Tijd

Voor de uitvoering van de MantelScan is tenminste één uur nodig. Uit de evaluatie van de MantelScan (Kruijswijk, 2011) komt naar voren dat de benodigde tijd niet altijd voorhanden is. De MantelScan is in dergelijke gevallen ook in twee keer uit te voeren. Wanneer er meerdere mensen aanwezig zijn bij de afname van de MantelScan en/of er sprake is van een complexe casus, kan één uur onvoldoende zijn. 1,5 a 2 uur is dan wenselijk.

Voor een goede inschatting van de benodigde tijd is het zaak om rekening te houden met het volgende:

- Het GenoGram en Ecomap kunnen heel uitgebreid, maar ook compact ingevuld worden (zie pg 15/16)
- De EDIZ kan ook vooraf door de mantelzorgver ingevuld worden, of ter plaatse kan de mantelzorgver het formulier krijgen en zolang als de mantelzorgver bezig is met invullen voert de professional het gesprek met de zorgontvanger;
- Om gericht bij de krachtbronnen te komen kan de beroepskracht vooraf het 'Energiedagboek' opsturen. Deze is opgenomen in de handreiking.

Concentratie

Er kunnen situaties zijn waarin de zorgvrager en/of de mantelzorgver niet in staat zijn om de concentratie op te brengen om de hele scan in één keer te ondergaan. De MantelScan kan dan ook in twee keer uitgevoerd worden.

Implementatie

Wanneer men aan de slag wil gaan met de MantelScan zijn er twee manieren waarop de MantelScan geïmplementeerd kan worden.

Optie 1: implementatie door zelfstudie.

De MantelScan is gratis beschikbaar. Met behulp van de handreiking en het formulier kan ieder zelf aan de slag gaan. Aanvullende literatuur over het gebruik van het genogram en de ecomap staat ook vermeld in de handreiking en is terug te vinden op de website van het Expertisecentrum Mantelzorg (www.expertisecentrummantelzorg.nl). Bij deze wijze van implementeren kan men met kleine, gerichte vragen bij de ontwikkelaar terecht. Mochten de vragen uitvoeriger zijn dan luidt het advies om een training te volgen.

Optie 2: implementatie door een trainingstraject

Het trainingstraject voor de implementatie van de MantelScan wordt als maatwerk aangeboden. Het uitgangspunt is een dagdeel instructie, gevolgd door een periode waarin professionals kunnen oefenen en met hun vragen bij de trainer terecht kunnen, afgesloten met een supervisie bijeenkomst.

Kosten

De kosten van de interventie zijn als volgt verdeeld.

Personele kosten

Uitvoering: circa één uur (zie ook randvoorwaarden), eventueel meer tijd voor uitwerking en terugkoppeling van acties die voortvloeien uit het advies.

Training

Een training in het gebruik van de MantelScan wordt incompany verzorgd. De prijs is op aanvraag beschikbaar. Meer informatie vindt u via deze [link](#).

Materiële kosten

De MantelScan en de handreiking zijn gratis te [downloaden](#) van de website van Movisie.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek en resultaten

Er is onderzoek gedaan naar de praktijkervaringen met de interventie MantelScan.

Publicatie: Kruijswijk, W. (2011). *Evaluatie pilot MantelScan* (niet gepubliceerd).

Het betreft hier een procesevaluatie. 17 professionals zijn getraind in het gebruik van de MantelScan. Zij hebben in hun eigen beroepspraktijk de MantelScan getoetst. Deze professionals hebben in totaal de MantelScan 30 keer uitgevoerd. In een focusgroep zijn de ervaringen van de professionals geïnventariseerd. Deze professionals hadden de mantelzorgers gevraagd naar hun ervaringen en ingebracht in deze focusgroep, zo zijn ook indirect de ervaringen van de mantelzorgers meegenomen.

Samenvatting van de meest relevante uitkomsten

Ervaringen professionals

Het in kaart brengen van een zorgsituatie kan veel emoties oproepen. Het gebruik van een Genogram en een Ecomap vergt van de professional een scherpe blik en een flexibele houding. Enerzijds biedt de professional de mantelzorger de ruimte om zijn of haar verhaal te vertellen, anderzijds moet het doel (het in kaart brengen van het zorgnetwerk) niet uit het oog verloren worden. Niet zelden waren de betrokken mantelzorgers zo blij dat ze (eindelijk) hun verhaal mochten vertellen, dat het uitvoeren van de MantelScan meer tijd kostte dan een uur.

De MantelScan biedt een structuur voor het in kaart brengen van het zorgnetwerk. Nadat professionals enkele keren met de MantelScan gewerkt hadden, merkten zij dat zij de informatie voor de MantelScan meer vloeiend uit het gesprek haalden. Ze volgden minder strikt de volgorde van de vragen, maar gebruikte de vragen als *checklist* om niets te vergeten.

Ervaringen mantelzorgers

Mantelzorgers vonden het volgens de professionals prettig om het gesprek te voeren met behulp van de MantelScan. Vooral het gebruik van het Genogram bood ruimte om een vertrouwensband op te bouwen. Meer in het algemeen waren de mantelzorgers blij hun verhaal te kunnen vertellen. Ook gaven de mantelzorgers aan zich meer bewust te zijn van hun mantelzorgsituatie na het afnemen van de MantelScan. Enkele mantelzorgers vonden de MantelScan te uitgebreid, waardoor ervoor gekozen is de afname van MantelScan te verdelen over twee afspraken.

Aanpassingen op basis van de evaluatie

De MantelScan is op de volgende punten aangepast op basis van de *feedback* van de betrokken professionals en mantelzorgers.

- Er is een vraag opgenomen over de financiële gevolgen van de mantelzorg.
 - In de Ecomap is ruimte gemaakt voor krachtbronnen van de mantelzorger (het betreft de groene cirkels op pagina 2 van de MantelScan).
 - Om beter uit te komen met de tijd, is de MantelScan uitgebreid met de mogelijkheid om, voorafgaand aan het uitvoeren van de scan, een logboek door de mantelzorger(s) te laten invullen. In dit logboek schrijft de mantelzorger per dag wat hem of haar energie geeft en kost. Dit maakt het mogelijk om gerichter en sneller de krachtbronnen en knelpunten boven tafel te krijgen.
 - Twee meerkeuzevragen zijn open vragen geworden omdat de antwoordcategorieën te scherp geformuleerd waren.
 - Het voorblad is aangevuld, zodat er meer informatie van de organisatie opgenomen kan worden.
-

Praktijkvoorbeeld

Er is geen praktijkvoorbeeld beschikbaar.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie MantelScan.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM), die vergelijkbaar is met de interventie MantelScan.

7. Aangehaalde literatuur

Baars, H. (1994). *Sociale netwerken van ambulante chronisch psychiatrische patiënten*. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Bacon, E, Milne, D., Sheikh A. & Freeston, M. (2009) Positive experiences in caregivers: an exploratory case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(1), 95-114.

Baanders, A. & Heijmans, M. (2007). The impact of chronic diseases: the partner's perspective. *Family & Community Health*, 30, 305-317.

Boer, A. de, Broese van Groenou, M. & Timmermans, J.M. (red.) (2009) *Mantelzorg. Een overzicht van steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: SCP.

Boer, A. de & Klerk, M. de (2013). *Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: SCP.

Boer, A. de & Kooiker, S. (2012). Zorg. In: V. Veldheer et al. *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?* Den Haag: SCP.

Boer, A. de, Oudijk, D., Timmermans, J. & Pot, A. (2012). Ervaren belasting door mantelzorg; constructie van de EDIZ-plus. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 43, p. 77-88.

Boer, A. de, Woittiez, I. & Zonneveld, T. van (2013). Mantelzorg op waarde geschat. *TSG*, nr. 3, 151-154.

Borsboom L, A. de Boer, M. de Klerk (2011). *Mantelzorg: uitgaven en vergoedingen*. Bunnik: Mezzo.

Broese van Groenou, M. & Boer, A. de (2009). Uitkomst: positieve ervaringen. In: A. de Boer, M. Broese van Groenou & J. Timmermans. *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: SCP.

Broese van Groenou, M. & Tilburg, T. van (2007). Network analysis. In: J.E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology (Second edition): Age, aging, and the aged* (Vol. 2, pp. 242-250). San Diego, CA: Elsevier.

Butler, J.F. (2008). The family diagram and genogram: comparisons and contrasts. *The American Journal of Family Therapy*, vol. 36(3), pg. 169-180.

CBS (2013). *220 duizend Nederlanders voelen zich zwaar belast door mantelzorg*. Den Haag: CBS.

Cuijpers, M. & Kruijswijk, W. (2012). Aanspreken op kracht; waarom waardering nodig is voor positieven kanten van mantelzorg. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 43, 240-242.

Cuijpers, M., Kruijswijk, W. & Lier, W. van (2012). *Moment van zin. Essay over zingeving en mantelzorg*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg.

Duijnste, M., Cuijpers, Q., Humbert, M. & Dungen, A. van den (1994). *Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte. Een literatuurstudie naar de rol van de mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte op basis van Nederlandse studies gepubliceerd in de periode 1980-1993*. Zoetermeer: NCCZ.

- Exel, N. van, Scholte op Reimer, W., Brouwer, W., Berg, B. van den, Koopmanschap, M. & Bos, G. van den (2004). Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and Self-rated burden. In: *Clinical Rehabilitation*, vol. 18, no. 2, p. 203-214.
- Friedman H, Rohrbaugh, M. & Krakauer, S. (1988) The Time-Line Genogram: Highlighting temporal aspects of family relationships. In: *Family Process*, vol. 27(3), pg. 293-303
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. In: *Social Casework*, 59(8), p. 465 – 476
- Herman, S. (2012) *Het ecogram. Sociale netwerken in kaart gebracht*. Brussel: Politeia
- Kooiker, S. & Boer, A. de (2008). *Portretten van mantelzorgers*. Den Haag: SCP.
- Kruijswijk, W. (2010). *Mantelzorg. Mannen en de zorg voor een (schoon)ouder*. Utrecht: Movisie/ Thesis ASW.
- Kruijswijk, W. (2011a). *Proces-evaluatie MantelScan ..* (niet gepubliceerd).
- Kruijswijk, W. (2011b). *Uit het oog. Essay over gevoelens van eenzaamheid onder mantelzorgers*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg.
- Kruijswijk, W., Peters, A., Elferink, J., Scholten, C. & Bruijn, I. de (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Leeuwen, P. van (2002). *Tijd en aandacht voor de ander: mantelzorgondersteuning voor verzorgenden*. Utrecht: NIZW.
- Lewis, K.G. (1989) The use of color-coded genograms in family therapy In: *Journal of Marriage & the Family*. vol. 15(2), pg. 169-176
- Linders, L. (2009). *De betekenis van nabijheid*. Delft: Eburon.
- Lyke, S. van der (2000). *Georganiseerde liefde. Publieke bemoeienis met zorg in de privésfeer*. Utrecht: Jan van Arkel.
- McGoldrick, M., Gerson, R. & Petry, S. (2008) *Genograms. Assessment and Intervention*. New York/Londen: W.W. Norton & Company
- Mezzo (2012). *Mantelzorgpanel: Financiële situatie mantelzorgers*. Bunnik: Mezzo.
- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: van Genneep.
- Morée, M., Zee, B. van der & Struijs, A. (2007). *Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg. Signalering ethiek en gezondheid, 2007 (2)*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Narayan, S., Lewis, M., Tornatore, J., Hepburn, K. & Corcoran-Perry, S. (2001). Subjective responses to care-giving for a spouse with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(3), 19-28.
- Novak, M. & Quest, C. (1989). Application of a multi-dimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*. 29(6):789-803.

NPO (2011). *Definitie mantelzorg*. Webpublicatie. Verkregen op 27-5-2014 van http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/fileadmin/www.npoz.nl/documenten/toolkits/mantelzorgdefinitie_def.pdf

Opdebeeck, S., Hove, H. van & Audenhove, C. van (2003). *Zin in zorg? Reflecties en gesprekken over zingeving aan mantelzorg*. Leuven: LUCAS.

Oudijk, D., Boer, A. de, Woittiez, I., Timmermans, A. & Klerk, M. de (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: SCP.

Palmboom, G. & Pols J. (2008) *Wat bezielt de mantelzorgers?* Den Haag: Nicis.

Pot, A., Dyck, R. van & Deeg, D. (1995). Ervaren druk door informele zorg; constructie van een schaal. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1995 (26), 214-219.

Potting, M. (2001). *Van je familie... Zorg, familie en sekse in de mantelzorg*. Amsterdam: Aksant.

Rempel, G., Neufeld, A. & Kushner, K. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of Family Nursing*, vol. 13(4), 403-419.

Royers, T. (2007). *Gedeelde zorg: een ideeënboek. Handreiking voor het samenspel tussen zorgverleners en familieleden*. Utrecht: Vilans

Storms, O. & Scherpenzeel, R. (2013). *Factsheet ontspoorde mantelzorg*. Utrecht: Movisie.

Timmermans, J.M., Boer, A. de & Iedema, J. (2005). *Mantelval*. Den Haag: SCP

Tolkacheva, N., Broese van Groenou, M., Boer, A. de & Tilburg, A. van (2011). The impact of informal caregiving network on adult children's caregiver burdens. In: *Ageing and Society*, jg. 31, nr. 1, 31-51.

Tonkens, E., Broeke, J. van den & Hoijtink, M. (2008). *Op zoek naar weerkaatst plezier; samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Den Haag: NICIS.

Vlaar, P., Kluft, M. & Liefhebber, S. (2013). *Competenties Maatschappelijke Ondersteuning in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening*. Utrecht: Movisie (2e druk).

White, M.B. & Tyson-Rawson, K.J. (1995) Assessing the dynamics of gender in couples and families: the gendergram. In: *Family Relations*, vol. 44(3), pg. 253-260

Wright, L.M. & Leahey, M. (1999) Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview. In: *Journal of Family Nursing*, 1999, 5(3), p. 259 - 274