

Verandering in de intensiteit van mantelzorg tijdens de eerste COVID-19 lockdown in 2020 in Nederland

Ellen Verbakel, Klara Raiber en Alice de Boer

MEM 96 (3): 411–439

DOI: 10.5117/MEM2021.3.006.VERB

Abstract

Changes in informal care provision during the first COVID-19 lockdown in 2020 in the Netherlands

This study investigates to what extent the intensity of informal care provision has changed during the first lockdown due to the COVID-19 pandemic in the spring of 2020 in the Netherlands, whether these changes differed by the living situation of the care recipient, and whether these changes were associated with changes in indicators for 'being able to', 'have to' and 'want to' provide care (determinants of the Informal Care Model). We collected data in July 2020 among informal caregivers aged 78 and younger who indicated to provide care in March 2020 in the LISS-panel (N = 1,270 care situation of 1,014 caregivers). We found that, on average, informal care provision was reduced during the lockdown; caregivers of care recipients living in care institutions were the most likely to reduce or stop caregiving, and caregivers who helped someone in their own household were most likely to have increased their intensity. Feeling less restricted by the corona measures reduced the likelihood to stop or lower care provision and increased the likelihood of increasing care; being confronted with a reduction of formal care for the care recipient was related to a higher likelihood of increasing care; and stronger concerns about the care recipient increased the likelihood of intensifying care and prevented from stopping or reducing care. We conclude that the COVID-19 measures significantly impacted the amount of informal care provision and that the Informal Care Model provides a useful basis for explaining *changes* in informal care intensity.

Keywords: informal care, COVID-19 pandemic, caregiving intensity, Informal Care Model, intra-individual change

1 Inleiding en onderzoeksvraag

De coronapandemie is een ongekeerde situatie die de overheid genoopt heeft tot het treffen van extreme maatregelen. Het doel van de coronamaatregelen was om het besmettingsniveau van het virus onder controle te brengen en te houden om zo de zorg in ziekenhuizen beheersbaar en toegankelijk te houden. In Nederland, maar ook elders, ging tijdens de pandemie minder aandacht uit naar mensen die onbetaald hulp aan zieken of ouderen in het eigen sociale netwerk boden (World Health Organization, 2020). Ze worden ook wel de *'forgotten health-care workers during the COVID-19 pandemic'* genoemd (Chan e.a., 2020). Dit is opmerkelijk omdat deze helpers al meerdere decennia een belangrijk aandeel hebben in de zorg voor mensen met beperkingen of langdurige aandoeningen en kwetsbare ouderen (Kwekkeboom, 1990; Putman, Verbeek-Oudijk & de Klerk, 2017). De waarde van mantelzorg voor onze maatschappij is momenteel ongekend groot, omgerekend gaat het om 850.000 fulltime arbeidsjaren per jaar (den Blanken, Huis in 't Veld, van Seben & Spit, 2021). In dit artikel onderzoeken wij hoe coronamaatregelen in de eerste *lockdown* in Nederland hebben uitgepakt voor de intensiteit van de hulp die deze mensen bieden, hierna beschreven als mantelzorg.

Ook in Nederlandse wetgeving wordt al lange tijd een grotere rol toegeacht aan mantelzorg. Met de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning in 2015 gaat de wetgever ervan uit dat mensen meer voor elkaar gaan zorgen (Kromhout, Kornalijslijper & de Klerk, 2018; Verbakel, 2014b). Het is duidelijk dat er de komende jaren steeds meer ouderen met complexe gezondheidsproblemen zullen zijn, die langer thuis wonen, terwijl de personeelstekorten verder zullen lopen en het aantal mensen per hulpontvanger dat mantelzorg kan geven, zal dalen (Daalhuizen, van Dam, de Groot, Schilder & van der Staak, 2019; Kooiker, de Jong, Verbeek-Oudijk & de Boer, 2019). In 2019 verleende iets meer dan een derde van de volwassen Nederlandse bevolking mantelzorg, dat wil zeggen zo'n vijf miljoen mensen (de Boer, de Klerk, Verbeek-Oudijk & Plaisier, 2020). Er bestaan zorgen over de negatieve gevolgen die de grotere druk op mantelzorg met zich meebrengt, waarbij vooral intensieve mantelzorg een risico vormt voor helpers. Onderzoek wijst uit dat vooral deze zorg problematisch kan zijn voor het werk en het welbevinden van mantelzorgers (de Boer, Plaisier & de Klerk, 2019; Gomez-Leon, Evandrou, Falkingham & Vlachatoni, 2019; Kelle, 2020; Verbakel, 2014a).

Het uitbreken van de coronapandemie zou een kentering kunnen hebben aangebracht in de hoeveelheid verleende mantelzorg. In dit artikel

onderzoeken wij hoe de intensiteit van mantelzorgen veranderd is tijdens de eerste, gedeeltelijke, lockdown in de lente van 2020 in Nederland, dat is de periode waarin sterke coronamaatregelen van kracht waren. Denk aan het vermijden van sociale contacten, het bewaren van 1,5 meter afstand, het verbod op bezoek aan zorginstellingen (Rijksoverheid, 2020a, b) en het wegvallen of verminderen van dagopvang of thuiszorg (Ministerie van Volksgezondheid, 2020).

Een eerste Nederlandse studie over mantelzorg in coronatijd (de Klerk, Olsthoorn, Plaisier, Schaper & Wagemans, 2021) suggereert dat het aandeel mantelzorgers niet is veranderd sinds corona en dat onder degenen die zijn blijven mantelzorgen een ongeveer even grote groep meer als minder hulp is gaan verlenen. Opgemerkt dient echter te worden dat deze studie rapporteert over de maanden juli en oktober 2020 en niet over de lockdownperiode. Internationaal onderzoek laat geen eenduidig beeld zien. Onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk toont dat veel mantelzorgers intensiever hulp zijn gaan geven, omdat gemeentelijke diensten, zoals dagopvang of persoonlijke verzorging, werden verminderd of gesloten (Carers UK, 2020). Daarnaast heeft de angst voor besmetting onder zorgprofessionals en betaalde regelingen vanuit het werk geleid tot een toename van de hoeveelheid mantelzorg (Giebel e.a., 2021). Ook zijn mantelzorgers geconfronteerd met een vermindering van (incidentele) hulp van anderen uit het sociale netwerk, deels door angst voor besmetting, deels door de afstandsregels die ouderen toepasten (Evandrou, Falkingham, Qin & Vlachantoni, 2020).

Er zijn echter ook indicaties dat mantelzorgers tijdens de pandemie minder intensieve mantelzorg zijn gaan geven (Gräler, Bremmerset, van Excel, Bakx & van Bochove, 2020). In het Verenigd Koninkrijk ging ongeveer een op de tien minder helpen vanwege de overheidsregels om *face to face* contact met anderen zo veel mogelijk te beperken (Carers UK, 2020). Het sluiten van zorginstellingen zorgde er voor dat mantelzorgers (tijdelijk) moesten stoppen met het geven van hulp (Lorenz-Dant & Comas-Herrera, 2021). De genoemde onderzoeken geven weinig zicht op de dynamiek en achtergronden van de omvang van de mantelzorg. Daarnaast richten ze zich vaak op selecte groepen mantelzorgers; ze includeren bijvoorbeeld personen die reeds contact hebben met zorgorganisaties (Carers UK, 2020) of excluseren mantelzorgers van kinderen (Lorenz-Dant & Comas-Herrera, 2021). Gebruikelijk is ook dat alleen de belangrijkste mantelzorgsituatie van een mantelzorger in ogenschouw genomen wordt, en dat eventuele 'secundaire' mantelzorgsituaties buiten beschouwing gelaten worden (de Klerk e.a., 2021). Verder blijft het zicht op de mechanismen die achter de veranderingen schuilgaan in eerdere studies achterwege.

De eerste vraag die we in dit onderzoek willen beantwoorden, is hoe de tegengestelde krachten van het verhinderen, maar tegelijkertijd noodzakelijker en urgenter maken om te mantelzorgen tot een toe- of afname van de intensiteit van mantelzorg tijdens de lockdown hebben gezorgd. We beschrijven daarbij welke redenen mantelzorgers aanvoeren voor deze transitie naar méér dan wel minder helpen. Dit geeft ons inzicht in de impact die lockdownmaatregelen op de veranderingen in mantelzorgintensiteit hebben gehad.

Ten tweede bekijken we of de lockdown anders heeft uitgedaakt voor de mantelzorgintensiteit in verschillende zorgsituaties, in het bijzonder situaties waarbij de hulpbehoevende in een zorginstelling woont, in een zelfstandig huishouden woont of bij de mantelzorger woont (de Boer, Hoefman, de Klerk, Plaisier & de Roos, 2020; de Klerk e.a., 2021). De gedachte hierachter is dat niet iedere zorgsituatie even sterk aan elke maatregel onderhevig was. Zo had het bezoekverbod logischerwijs impact op de groep mantelzorgers van wie de naaste in een zorginstelling of verpleeghuis woont. Mantelzorgers die zorgden voor een hulpbehoevende in een zelfstandig huishouden, dus buiten het huishouden van de mantelzorger, werden echter ook belemmerd door overheidsmaatregelen. Hierbij moest bezoek aan kwetsbare individuen geminimaliseerd worden en diende er 1,5 meter afstand te worden gehouden tot anderen. Voor mantelzorgers die zorgden voor iemand binnen het eigen huishouden, zoals een partner of kind, golden de beperkingen voor sociaal contact en de 1,5 meter afstandregel niet zozeer. In plaats daarvan werden zij waarschijnlijk het sterkst geconfronteerd met de gevolgen van het verminderen of stopzetten van de professionele zorg, omdat de consequenties daarvan vaak als eerste bij huisgenoten terecht komen. De aandacht voor de woonsituatie van hulpbehoevenden leert ons in welke situaties de lockdownmaatregelen de meeste impact hebben gehad op de hoeveelheid verleende mantelzorg.

Ten slotte toetsen we in hoeverre veranderingen in de mantelzorgintensiteit tijdens de lockdown te verklaren zijn. Specifiek gaan we in op veranderingen die mantelzorgers in hun zorgsituaties door de coronacrisis hebben ervaren in het *kunnen*, *moeten* en *willen* mantelzorgen. We leiden theoretische verwachtingen af van het *Informal Care Model* (Broese van Groenou & de Boer, 2016), waarin *kunnen*, *moeten* en *willen* worden onderscheiden als determinanten van het geven van mantelzorg (in de volgende paragraaf uitgewerkt tot hypothesen). In aanvulling op studies die de invloed van 'statistische' indicatoren voor *kunnen*, *moeten* en *willen* op mantelzorgverlening onderzoeken (bijvoorbeeld Verbakel, 2015), toetsen wij of 'dynamische' indicatoren voor *kunnen*, *moeten* en *willen* van invloed zijn op *veranderingen*

in mantelzorgverlening. Deze studie biedt daarmee een nieuwe toets van het *Informal Care Model*.

De onderzoeksvragen zijn samen te vatten als: (1) In hoeverre heeft de eerste lockdown in de lente van 2020 in Nederland de intensiteit van de gegeven mantelzorg beïnvloed en welke redenen gaven mantelzorgers daarvoor? (2) In hoeverre verschilt de verandering in mantelzorgintensiteit naar woonsituatie van hulpbehoevenden? (3) In hoeverre gaan veranderingen wat betreft *kunnen*, *moeten* en *willen* mantelzorgen samen met veranderingen in de intensiteit van mantelzorgen? Wij baseren onze analyses op door ons zelf verzamelde Nederlandse data in het LISS-panel (Longitudinal Internet studies for the Social Sciences), waarin mantelzorgers die in maart 2020 aangaven mantelzorg te verlenen, in juli opnieuw zijn benaderd met vragen over hoe de coronacrisis hun mantelzorgsituatie(s) veranderde (N = 1.270 mantelzorgsituaties verdeeld over 1.014 mantelzorgers).

2 Theoretisch kader

Het *Informal Care Model* van Broese van Groenou en de Boer (2016) vormt het theoretisch kader van deze studie. Het model biedt verklarende factoren voor het al dan niet geven van mantelzorg en kan tevens uitgebreid worden naar de intensiteit van de mantelzorgverlening. De belangrijkste factoren kunnen samengevat worden als *kunnen*, *moeten* en *willen*. Wij zullen de algemene assumpties van het *Informal Care Model* toepassen op de unieke lockdownsituatie om hypothesen af te leiden over de kans om meer of minder te zijn gaan mantelzorgen tijdens de lockdown.

Of mantelzorgers hun hulp *kunnen* bieden aan de hulpbehoevende hangt af van de aanwezigheid van barrières, zoals geografische afstand, beschikbare tijd, geld en capaciteiten om hulp te bieden (Broese van Groenou & de Boer, 2016; de Klerk, de Boer, Plaisier & Schyns, 2017). De algemene veronderstelling is dat hoe meer mensen in de gelegenheid zijn te *kunnen* helpen, hoe meer ze dat zullen doen. De coronamaatregelen hebben naar verwachting op verschillende manieren ingegrepen op de mate van *kunnen* mantelzorgen, zij het niet voor iedere mantelzorger even sterk en in dezelfde richting. Sociaal contact werd sterk ontmoedigd door de overheid, zeker waar het om contact met kwetsbare personen ging. Fysiek contact werd bemoeilijkt door het instellen van de 1,5 meter afstand-regel en bezoek aan verpleeghuizen werd volledig aan banden gelegd. De maatregelen belemmerden het verlenen van mantelzorg dus aanzienlijk, aangezien voor het verlenen van veel van de mantelzorgtaken het bezoeken van de hulpbehoevende essentieel is

(huishoudelijk werk, persoonlijke verzorging, verpleging) of op zijn minst heel wenselijk (emotionele ondersteuning) en fysieke nabijheid onontkoombaar is (persoonlijke verzorging, verpleging). Het *kunnen* verlenen van mantelzorg wordt ook bepaald door iemands capaciteiten, die onder meer afhankelijk zijn van de eigen gezondheid. De coronamaatregel om thuis te blijven bij milde klachten, zorgde er naar verwachting voor dat mantelzorgers vaker gehinderd werden in het verlenen van hulp. Waar ze normaal met een milde verkoudheid hun taken gewoon konden blijven uitvoeren, waren deze milde gezondheidsproblemen in de lockdown reden om (tijdelijk) niet te kunnen zorgen. De lockdownmaatregelen hebben mogelijk ook de beschikbare tijd van mantelzorgers beïnvloed. Voor sommigen betekende de lockdown een toegenomen tijdsdruk, omdat hun werk extra inzet vroeg of omdat er thuisonderwijs aan jonge kinderen gegeven moest worden. Voor anderen bracht de lockdown daarentegen een toename in beschikbare tijd, omdat veel (sociale) activiteiten wegvielen, woon-werkverkeer verminderde vanwege thuiswerken en soms ook het werk wegviel of verminderde (Roeters, de Boer, Portegijs, Maslowski & Omlo, 2021). Kortom, wij betogen dat de coronamaatregelen van de overheid hebben ingegrepen in hoe moeilijk het was om mantelzorg te *kunnen* verlenen aan een naaste. We verwachten dat als mantelzorgers in hun zorgsituatie tijdens de lockdown meer (minder) moeite hebben ervaren om mantelzorg te *kunnen* geven, zij een grotere kans hebben hun intensiteit van mantelzorgen te hebben vermindert (verhoogd) tijdens de lockdown (*hypothese 1*).

Het *Informal Care Model* stelt dat het gevoel mantelzorg te *moeten* geven, voortkomt uit normatieve druk, bijvoorbeeld vanwege de norm van reciprociteit (een ouder heeft vroeger voor het kind gezorgd, dus zorgt het volwassen kind nu voor zijn of haar ouder, bijvoorbeeld) of vanwege solidariteitsnormen, die een sterke verwachting of verplichting teweegbrengen bij de persoon zelf of diens omgeving om voor een naaste te zorgen (Broese van Groenou & de Boer, 2016). Volgens Broese van Groenou en de Boer (2016) bepaalt ook de context of iemand mantelzorg zal gaan verlenen en zij wijzen hier onder andere op beschikbare alternatieve zorgverleners. Als anderen (professionele zorgverleners, vrijwilligers of andere mantelzorgers) beschikbaar zijn, is er minder noodzaak om hulp te verlenen. Gerontoloog Horowitz (1985) beschreef het zorgen omdat het niet anders kan als 'caring by default'. Wij zien een dergelijke noodzaak tot verlenen van hulp als een *moeten*-component. Zeker op dit punt hebben de coronamaatregelen naar verwachting ingegrepen, maar wederom niet voor iedereen even sterk. Zo sloten veel dagopvanglocaties de deuren (Ministerie van Volksgezondheid, 2020), zodat de zorg voor hulpbehoevenden ook tijdens de gebruikelijke

dagopvangmomenten op de schouders van de mantelzorgers neerkwam. Ook thuiszorgorganisaties verminderden de hoeveelheid hulp en zorg die zij gewoonlijk aan thuiswonende hulpbehoevenden leverden. Deze afname van professionele hulp zal veelal gecompenseerd zijn door mantelzorgers. Zorginstellingen voor permanent verblijf sloten weliswaar niet, maar omdat bezoek onmogelijk was of de onzekere situatie de hulpbehoevende mogelijk schaadde, besloten sommige mantelzorgers hun naaste naar huis te halen vanuit hun plichtsgevoel goed voor hen te zorgen (de Boer, Hoefman, e.a., 2020). Kortom, wij beargumenteren dat een afname van professionele hulp een sterkere mate van *moeten* mantelzorgen oplevert. Wij verwachten dat als mantelzorgers tijdens de lockdown geconfronteerd werden met een sterkere (lichtere) mate van *moeten* mantelzorgen, de kans groter is dat zij hun mantelzorgintensiteit hebben verhoogd (verlaagd) tijdens de lockdown (*hypothese 2*).

Mantelzorg *willen* geven komt volgens het *Informal Care Model* enerzijds voort uit de persoonlijke opvatting dat je een ander behoort te helpen, bijvoorbeeld omdat je vindt dat het je verantwoordelijkheid is om voor naasten te zorgen of omdat je – als vrouw – vindt dat vrouwen meer dan mannen geschikt zijn voor mantelzorgtaken (de Boer, 2017). Anderzijds is de wil om te helpen te verklaren door de band die je hebt met de hulpbehoevende. Iemand die dichtbij je staat en die je lief is, wil je graag helpen (Broese van Groenou & de Boer, 2016). De coronapandemie kan die wil om te zorgen vergroot hebben. Het coronavirus bleek in de eerste golf hard toe te slaan onder kwetsbare groepen (ouderen, zieken). De pandemie leidde daarom tot angst om besmet te raken en bezorgdheid om de gevolgen van een eventuele besmetting, met name onder kwetsbare groepen en hun naasten (de Boer, Hoefman, e.a., 2020). Die bezorgdheid onder mantelzorgers om hun naasten zal hun vermoedelijk het gevoel gegeven hebben er extra voor hen te willen zijn, omdat ze het extra hard nodig hadden in zo'n angstige en onzekere tijd. Onze laatste verwachting is daarom dat als mantelzorgers in hun zorgsituatie tijdens de lockdown een sterkere (zwakkere) mate van *willen* mantelzorgen ervoeren, de kans groter is dat zij hun mantelzorgintensiteit hebben verhoogd (verlaagd) tijdens de lockdown (*hypothese 3*).

3 Data en operationalisering

3.1 Data

We baseren deze studie op longitudinale data die we zelf verzameld hebben in het LISS-panel (Longitudinal Internet studies for the Social

Sciences; www.lissdata.nl). Het LISS-panel is gebaseerd op een aselechte steekproef van de Nederlandse bevolking. In maart 2020 hebben we een vragenlijst uitgezet onder alle deelnemers van het LISS-panel van 78 jaar of jonger die tijdens een screening in januari van dat jaar hadden aangegeven nu en/of vroeger hulp te hebben verleend aan bekenden met gezondheidsproblemen (Verbakel/CentERdata, 2021; Dataset 'Retrospective informal care career: Main measurement'; $n = 2.958$, respons is 84,5%). Merk op dat door deze leeftijdsselectie de oudste mantelzorgers niet geobserveerd worden; dit zijn relatief vaak partnerzorgers (de Boer, de Klerk, e.a., 2020). Bijzonder is dat we voor elke mantelzorgrelatie in iemands leven (met een maximum van drie) uitgebreide informatie hebben over de hulpbehoevende, de zorgsituatie en de ervaringen van de respondent als mantelzorger. Dit betekent dat we ons niet alleen baseren op de zwaarste of meest relevante mantelzorgsituatie, hetgeen gebruikelijk is in andere data (de Klerk e.a., 2017), maar dat we een realistischer beeld krijgen van de situatie, gebaseerd op een brede range van mantelzorgsituaties.

Relevant te vermelden is dat in de onderhavige studie de groep respondenten die ná het ingaan van de eerste lockdown de vragenlijst heeft ingevuld niet significant andere antwoorden heeft gegeven op de voor deze studie relevante vragen dan de groep die de vragenlijst vóór de lockdown heeft ingevuld (Raiber, Verbakel & Visser, 2021). In juli 2020 hebben we een vervolgmeting gehouden onder de respondenten die in maart ten minste één huidige mantelzorgrelatie hadden (Dataset 'Retrospective informal care career: Follow-up measurement'; $n = 1.394$, respons is 88,7%) om hen te bevragen over de invloed van de coronacrisis op het geven van hulp. De vragen hebben veelal betrekking op de periode april/mei 2020, de periode waarin Nederland volop in de eerste, gedeeltelijke lockdown zat. In deze vragenlijst zijn voor iedere mantelzorgrelatie die de respondent in maart had, apart vragen gesteld. Zo zijn de gegevens van de juli-data te koppelen met de maart-data op het niveau van de specifieke hulpbehoevende aan wie de respondent mantelzorg verleende. Gevolg van dit longitudinale design is dat we geen mantelzorgsituaties observeren die gestart zijn na de meting in maart. We hebben 251 zorgsituaties buiten beschouwing moeten laten, omdat hierover geen aanvullende informatie aan de respondenten is gevraagd. Dit komt omdat van de maximaal zeven mantelzorgsituaties die een mantelzorger kon opgeven, er aselekt drie geselecteerd zijn om uitgebreider op in te gaan. Daarnaast hebben we 131 mantelzorgsituaties uit de steekproef verwijderd vanwege ontbrekende informatie (veelal het antwoord 'weet niet') op de indicatoren voor *kunnen*, *moeten* of *willen*.¹ De

uiteindelijk steekproef bestaat uit 1.270 mantelzorgsituaties verdeeld over 1.014 verschillende mantelzorgers.

3.2 Operationalisering

Veranderingen in intensiteit van mantelzorgen

Bij mantelzorg gaat het om het geven van hulp aan bekenden met gezondheidsproblemen. Dat wil zeggen hulp aan een partner, familie, vriend, buur, kennis of collega die hulp nodig heeft vanwege lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen of ouderdom. Voorbeelden van hulp zijn huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer of klusjes. Hulp in het kader van iemands beroep of vrijwilligerswerk telt niet mee. Respondenten die aangaven in april/mei (dus tijdens de lockdown) deze mantelzorg te zijn blijven geven aan de betreffende hulpbehoevende, hebben de vraag voorgelegd gekregen of de coronacrisis invloed heeft gehad op de hoeveelheid tijd die ze hem of haar hebben geholpen. Denkend aan de periode april/mei, konden ze aangeven welke stelling hun situatie het best beschreef: Ik ben veel meer, meer, even veel, minder of veel minder hulp gaan geven. Respondenten die aangaven in april/mei niet langer voor hun naaste te zorgen (bijvoorbeeld vanwege overlijden, opname in zorginstelling of niet meer nodig zijn van hulp), zijn uit de steekproef verwijderd, op één groep na. Dit betreft de groep die aangegeven heeft te zijn gestopt vanwege de coronacrisis ('ik kon niet langer hulp geven door de coronacrisis').² Deze groep nemen we als aparte categorie op ('gestopt'). In onze beschrijvende analyses zullen wij de zes categorieën apart laten zien; in de toetsende analyses zullen wij deze indikken tot: (a) gestopt; (b) minder; (c) even veel; (d) meer.

Redenen voor verandering in intensiteit van mantelzorgen

Respondenten hebben tevens aangegeven welke redenen een rol speelden voor hun verandering in intensiteit. Degenen die minder zijn gaan helpen hebben hierbij andere items voorgelegd gekregen dan degenen die meer zijn gaan helpen. Respondenten die (veel) minder voor hun naaste zijn gaan zorgen, of zelfs helemaal hebben moeten stoppen vanwege de coronacrisis, hebben op een vijf-puntschaal aangegeven in hoeverre de volgende redenen daarin een rol hebben gespeeld: (a) Ik had (lichte) verkoudheid- of griepklachten of zat in thuis-quarantaine; (b) Ik volgde de richtlijnen om sociaal contact te mijden en bezoek aan kwetsbare personen te beperken; (c) Ik had minder tijd en/of energie, doordat de coronacrisis me dwong tot aanpassingen in werk en/of gezinsleven. Respondenten die (veel) meer

voor hun naaste zijn gaan zorgen, kregen de volgende redenen voorgelegd: (a) Zorgmedewerkers en/of vrijwilligers gingen minder helpen bij *Persoon X*; (b) *Persoon X* had het nu harder nodig dan anders; (c) Ik had meer tijd en/of energie door het uitvallen van veel activiteiten als gevolg van de coronacrisis. *Persoon X* verwijst hier naar de hulpbehoevende op wie de vraag betrekking had.

Woonsituatie hulpbehoevende

Informatie over de woonsituatie van de hulpbehoevende komt uit de vragenlijst die in maart is afgenomen. De respondent heeft daarin aangegeven waar de hulpbehoevende op dat moment woonde. Wij onderscheiden: (a) in hetzelfde huis; (b) in een zelfstandig huishouden (met of zonder andere huisgenoten); (c) in een zorginstelling. De assumptie is dat deze woonsituatie niet veranderd is in april/mei.

Veranderingen in kunnen, moeten, willen

Veranderingen in *kunnen*, *moeten* en *willen* meten we met de volgende indicatoren. Merk op dat veranderingen in de lockdownperiode ten opzichte van de tijd vóór de coronacrisis niet vastgesteld worden middels een longitudinaal design, maar afgeleid zijn van de vraagformulering en antwoordcategorieën in de vragenlijst. De factor *kunnen* meten we met het item 'De maatregelen van de overheid om het coronavirus onder controle te krijgen maakten het geven van hulp aan *Persoon X* moeilijk'. Respondenten hebben op een vijf-puntschaal aangegeven in hoeverre ze het met dit item (on)eens waren, waarbij ze moesten denken aan de periode april/mei. Hoge scores geven aan dat er een sterkere mate van *kunnen* was, dus dat de mantelzorger minder restricties door de coronamaatregelen ervaarde. *Moeten* meten we aan de hand van het (gedeeltelijk) wegvallen van professionele hulp aan de hulpbehoevende. De respondent heeft voor vier vormen van professionele hulp aangegeven in hoeverre de hulpbehoevende door de coronacrisis veel meer, meer, even veel, minder of veel minder hulp is gaan ontvangen of dat deze vorm van hulp zelfs helemaal gestopt is in april/mei: (a) thuiszorg of wijkverpleging; (b) dagbesteding, dagopvang, respijtzorg of logeeropvang; (b) verzorgings- of verpleeghuis, een instelling voor verstandelijk gehandicapten of een andere zorginstelling; (c) casemanager of woonbegeleider. De respondent kon ook aangeven dat de hulpbehoevende de betreffende vorm van hulp ook vóór de coronacrisis niet ontving. We hebben de informatie samengevoegd tot een nominale variabele met de volgende categorieën: (a) geen verandering in professionele hulp (als de hulpbehoevende geen enkele vorm van professionele hulp vóór en tijdens de lockdown ontving of

als er bij geen enkele vorm van hulp een verandering was opgetreden); (b) afname in professionele hulp (als bij minstens één vorm van professionele hulp die de hulpbehoevende vóór de coronacrisis ontving, sprake was van een afname of volledig stopzetten en er bij geen enkele vorm sprake was van een toename); (c) toename in professionele hulp (als bij minstens één vorm van professionele hulp die de hulpbehoevende vóór de coronacrisis ontving, sprake was van een toename en bij geen enkele vorm sprake was van een afname); (d) toe- en afname (als bij sommige vormen van professionele hulp die de hulpbehoevende vóór de coronacrisis ontving, sprake was van een toename en bij andere vormen van een afname). Meer *moeten* mantelzorgen wordt uitgedrukt door een afname in professionele hulp. *Willen* wordt gemeten met het item 'ik maakte me zorgen om *Persoon X*'. Respondenten gaven hierbij aan of deze stelling veel meer, meer, even veel, minder of veel minder van toepassing op hen was in april/mei (de lockdownperiode) dan vóór de coronacrisis. Na hercodering betekent een hoge score dat er (veel) meer zorgen werden gemaakt tijdens de lockdownperiode, hetgeen een sterkere mate van *willen* mantelzorgen impliceert.

Controlevariabelen

We controleren voor gezondheidskenmerken van de hulpbehoevende, de relatie van de mantelzorger tot de hulpbehoevende, intensiteit van het mantelzorgen vóór de coronacrisis (allen gemeten op het niveau van de zorgsituatie) en enkele kenmerken van de mantelzorger (gemeten op het niveau van de mantelzorger), omdat we verwachten dat veranderingen in de *kunnen*, *moeten* en *willen*-factoren niet gelijk verdeeld zullen zijn. Bijvoorbeeld, groepen met zwaardere gezondheidsproblemen zullen voor de coronacrisis gemiddeld al meer professionele hulp hebben ontvangen en zullen daarom waarschijnlijk vaker geconfronteerd zijn met een vermindering van professionele hulp dan groepen met minder zware gezondheidsproblemen. Of, mantelzorgers die voor een partner zorgden zullen zich mogelijk minder belemmerd hebben gevoeld door de coronamaatregelen dan mantelzorgers die voor een buurvrouw zorgden. Daarnaast is het mogelijk dat vooral vrouwelijke mantelzorgers zich extra zorgen zijn gaan maken over hun naaste. Vanwege mogelijke bodem- of plafondeffecten controleren we ook voor de mantelzorgintensiteit vóór de coronacrisis (een afname is immers minder makkelijk als er al nauwelijks gezorgd werd; een toename is minder aannemelijk als er al intensief hulp werd gegeven).

De *gezondheidskenmerken van de hulpbehoevende* zijn bevraagd in maart 2020 en hebben betrekking op dat moment. Ten eerste onderscheiden we problemen met geheugen, aandacht en denken in drie categorieën:

(a) geen; (b) enige; (c) ernstige. Ten tweede, meten we psychische problemen, zoals een depressie of angststoornis, eveneens in drie categorieën: (a) geen; (b) enige; (c) ernstige. Ten slotte houden we rekening met lichamelijke klachten. We meten in hoeverre de hulpbehoevende alledaagse handelingen (ADL; Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) zelfstandig kan uitvoeren aan de hand van een somscore op drie items: lopen, aankleden en eten. Hetzelfde doen we voor drie instrumentele alledaagse handelingen (IADL): huishoudelijk werk, boodschappen doen en een maaltijd bereiden. De *relatie tot de hulpbehoevende* is uitgesplitst naar zorgen voor (a) de partner; (b) een (schoon)ouder; (c) een (stief)kind; (d) een ander familielid; en (e) iemand buiten de familie (vriend, kennis, collega, buur). *Intensiteit van mantelzorgen in maart* (dus vóór de coronacrisis) is gemeten in uren en opgenomen als continue variabele. Kenmerken van de mantelzorger zijn in de eerste plaats *geslacht* en *leeftijd*. Of de mantelzorger *betaald werk* verrichtte of niet is herleid uit een andere module in de LISS-data die is afgenomen in mei 2020 en gekoppeld aan de respondenten uit onze steekproef. Zij die als belangrijkste bezigheid aangaven in loondienst te zijn, als zelfstandige te werken of mee te helpen in het familiebedrijf, zijn beschouwd als werkend. *Kinderen in het huishouden* verwijst naar de aanwezigheid van ten minste één kind in het huishouden en wordt afgezet tegen geen kinderen in het huishouden. Ook deze informatie komt uit de LISS-module die is afgenomen in mei 2020. Ten slotte controleren we voor het *aantal zorgsituaties* waarin de mantelzorger in maart 2020 betrokken was. Dit aantal varieert van 1 tot en met 6.

Tabel 1 laat de verdeling van alle kenmerken op beide analyseniveaus zien.

3.3 Analyse-aanpak

We starten met beschrijvende informatie over veranderingen in intensiteit van mantelzorgen en de redenen die respondenten daarvoor hebben aangegeven. We splitsen veranderingen in mantelzorgintensiteit uit naar woonsituatie van de hulpbehoevende om te onderzoeken in hoeverre de lockdown andere gevolgen heeft gehad voor situaties waarin de hulpbehoevende in hetzelfde huishouden als de mantelzorger woont, in een zelfstandig huishouden woont of in een zorginstelling verblijft. We gaan na of de gevonden verschillen tussen woonsituaties significant zijn middels multivariate modellen. Deze multilevel multinomiale regressie-analyses geven tevens het antwoord op de derde onderzoeksvraag, namelijk in hoeverre veranderingen in de *kunnen, moeten en willen*-indicatoren samengaan met veranderingen in de mantelzorgintensiteit. We nemen in deze analyses niet

Tabel 1 Descriptieve statistieken

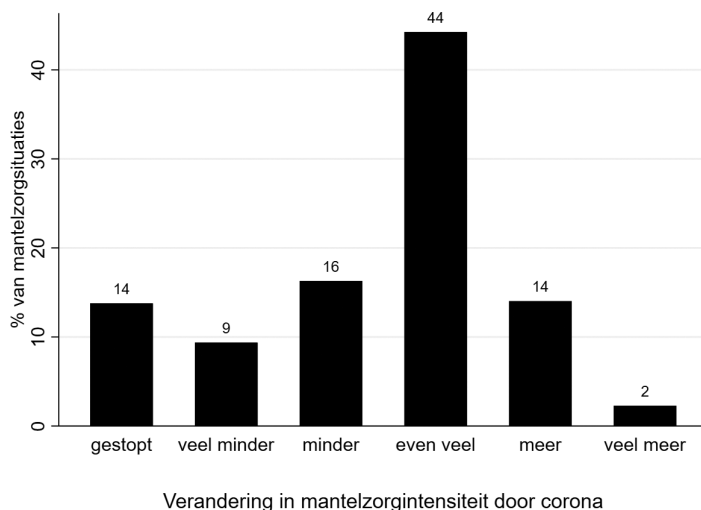
	Bereik	Percentage	Gem.	S.D.
Niveau 1 – mantelzorgsituaties (N = 1.270)				
Woonsituatie hulpbehoevende				
hetzelfde huishouden	0/1	17,2		
zelfstandig huishouden	0/1	72,1		
zorginstelling	0/1	10,7		
Kunnen – <i>minder restricties voelen</i>	1-5		3,0	1,3
Moeten				
geen verschil in professionele hulp	0/1	69,8		
alleen afname in professionele hulp	0/1	20,9		
alleen toename in professionele hulp	0/1	7,0		
af-en toename in professionele hulp	0/1	2,3		
Willen – <i>meer gemaakte zorgen</i>	1-5		3,5	0,9
Problemen met geheugen				
geen problemen	0/1	51,5		
enige problemen	0/1	35,0		
ernstige problemen	0/1	13,5		
Mentale gezondheid				
geen problemen	0/1	62,1		
enige problemen	0/1	29,5		
ernstige problemen	0/1	8,4		
ADL	0-3		0,5	0,8
IADL	0-3		1,2	1,2
Relatie: hulpbehoevende is...				
partner	0/1	12,3		
(schoon-, stief-)ouder	0/1	39,9		
(stief-)kind	0/1	9,1		
ander familielid	0/1	16,9		
vrienden of bureu	0/1	21,8		
Intensiteit in maart (in uren per week)	1-140		6,1	11,1
Niveau 2 – mantelzorger (N = 1.014)				
Geslacht				
man	0/1	43,7		
vrouw	0/1	56,3		
Leeftijd	16-79		55,8	14,6
Betaald werk				
geen betaald werk	0/1	51,8		
betaald werk	0/1	48,2		
Kinderen				
geen kinderen in huishouden	0/1	63,7		
kinderen in huishouden	0/1	36,3		
Aantal mantelzorgsituaties	1-6		1,4	0,8

de redenen op die mantelzorgers aangaven voor verandering in intensiteit, omdat niet alle respondenten op dezelfde items gereageerd hebben (het voorgelegde lijstje was anders voor degenen die minder dan voor degenen die meer zijn gaan mantelzorgen) en respondenten die niet veranderd zijn in hun mantelzorgintensiteit helemaal geen vragen over redenen zijn voorgelegd. In de regressie-analyses zijn de indicatoren voor *kunnen*, *moeten* en *willen* de centrale onafhankelijke variabelen. Mantelzorgers kunnen in onze data voor meerdere hulpbehoevenden zorgen. Om recht te doen aan de hiërarchische structuur van onze data hanteren we een multilevelaanpak met zorgsituaties op het lagere niveau en mantelzorgers op het hogere niveau. Het *random intercept* controleert voor mantelzorgerspecifieke patronen in veranderingen in mantelzorgintensiteit. We presenteren *average marginal effects* (Mood, 2010); deze geven bij continue onafhankelijke variabelen (zoals *kunnen* en *willen*) aan hoe groot de toe- of afname is in de gemiddelde kans om in de categorie ‘gestopt’, ‘minder’, ‘even veel’ of ‘meer’ mantelzorg te zitten, als de onafhankelijke variabele met één eenheid toeneemt. Bij categorische variabelen (zoals *moeten*) geven *average marginal effects* het verschil aan in de kans om in de categorie ‘gestopt’, ‘minder’, ‘even veel’ of ‘meer’ mantelzorg te zitten tussen de ene categorie van de onafhankelijke variabele ten opzichte van de referentiecategorie. Deze *average marginal effects* zijn gebaseerd op een model dat naast de indicatoren voor *kunnen*, *moeten* en *willen*, ook de woonsituatie van de hulpbehoevende en de controlevariabelen opneemt. Dit volledige model is opgenomen in appendix A. Tevens presenteren we voorspelde kansen, gebaseerd op hetzelfde volledige model, om verschillen in de uitkomstvariabele tussen woonsituaties en tussen verschillende mate van *kunnen*, *moeten* en *willen* inzichtelijk te maken. De voorspelde kansen gelden bij gemiddelde scores van de overige variabelen.

4 Resultaten

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag is nagegaan of de intensiteit in mantelzorgen in de eerste lockdown is toe-of afgenomen. Figuur 1 toont dat in 44 procent van de mantelzorgsituaties geen verandering is opgetreden in intensiteit. Gezien het korte tijdbestek waar we het hier over hebben (april/mei in vergelijking met maart), lijkt de stabiliteit daarmee laag. In 55 procent van de mantelzorgsituaties is sprake van een verandering in de lockdownperiode in vergelijking met daarvoor en de balans tussen toe- en afname valt in het algemeen uit naar minder intensieve

mantelzorg: in 16 procent van de zorgsituaties werd er (veel) meer mantelzorg verleend, in 25 procent (veel) minder en in 14 procent van de situaties werd er zelfs gestopt met het verlenen van mantelzorg in de lockdown.

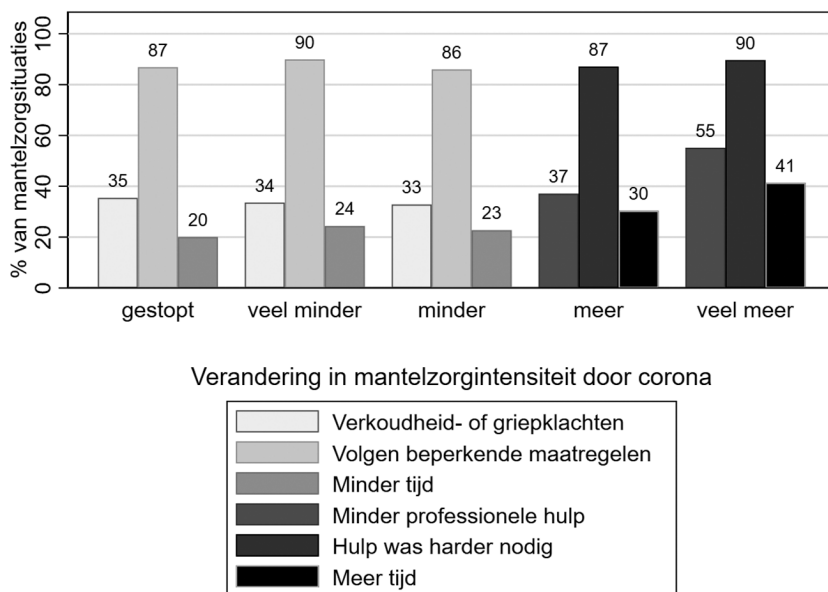


Figuur 1 Verandering van de mantelzorgintensiteit door de coronacrisis (in percentages). $N = 1.270$ mantelzorgsituaties

Door te kijken naar de redenen die mantelzorgers gaven voor het meer of minder verlenen van mantelzorg in de lockdown, kunnen we inzicht krijgen in hoe coronamaatregelen hebben uitgepakt. Figuur 2 toont de redenen voor het stoppen met of minderen van mantelzorgverlening en het verhogen daarvan. Respondenten konden meerdere redenen opgeven (vandaar dat de percentages niet optellen tot 100).

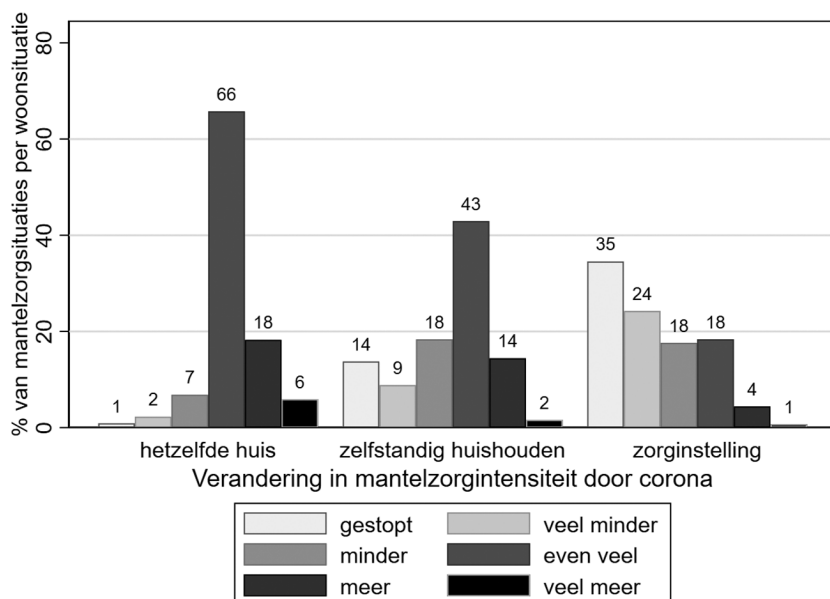
In zorgsituaties waarin de mantelzorger in de lockdown gestopt is met het verlenen van hulp of minder hulp is gaan geven, gaven mantelzorgers in groten getale (circa 90%) aan dat dit kwam, omdat ze de richtlijnen volgden om sociaal contact te mijden en bezoek aan kwetsbare personen te beperken. We zien hier dus een heel sterke impact van de contactbeperkende maatregelen van de overheid voor de hoeveelheid mantelzorg die er verleend kon worden. In ongeveer een derde van de zorgsituaties gaf de mantelzorger aan belemmerd te worden in het geven van mantelzorg vanwege (lichte) verkoudheid- of griepklachten of thuis-quarantaine. In iets minder dan een kwart van de zorgsituaties noemde de mantelzorger afname van beschikbare tijd en/of energie als gevolg van aanpassingen in het werk of gezinsleven als reden.

De voornaamste reden die mantelzorgers gaven voor het meer zijn gaan zorgen, was dat hun naaste hun hulp tijdens de lockdown harder nodig had dan anders (genoemd in ongeveer 90% van de zorgsituaties). Hieruit spreekt de grotere mate van urgentie die mantelzorgers gevoeld hebben om voor hun naaste te zorgen. Daarnaast was de afname van zorg door professionals of vrijwilligers een belangrijke reden om meer te gaan zorgen, vooral onder de groep die *veel* meer is gaan zorgen (55%). Dit suggereert dat de niet langer verleende zorg, als gevolg van het verminderen van bijvoorbeeld de thuiszorg en het sluiten van dagopvang, voor een belangrijk deel op de schouders van mantelzorgers terecht is gekomen. De minst belangrijke reden, maar nog steeds genoemd in 30 tot 40 procent van de mantelzorgsituaties waarin de mantelzorger in de lockdown meer tijd is gaan besteden aan hulpverlening, is een grotere beschikbaarheid aan tijd en/of energie als gevolg van het uitvallen van veel activiteiten. Deze resultaten suggereren dat de coronamaatregelen en de consequenties die daarvan uitgingen in de lockdown, zowel een beperkende als een stimulerende invloed hebben gehad op de intensiteit van de verleende mantelzorg.

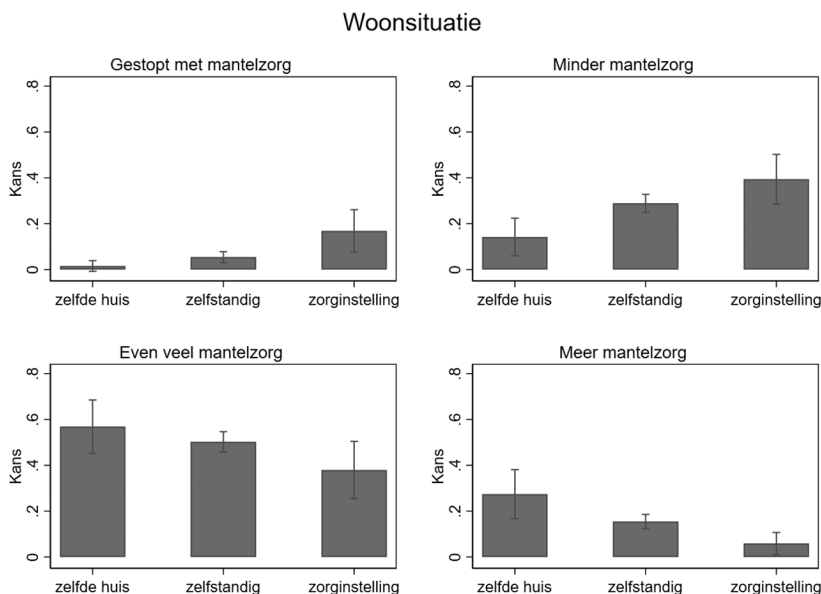


Figuur 2 Redenen voor een verandering in mantelzorgintensiteit door de coronacrisis per type verandering (in percentages). Er konden meerdere redenen genoemd worden. N = 708

In antwoord op onze tweede vraag laat figuur 3 zien in hoeverre de veranderingen in mantelzorgintensiteit in de lockdown verschilden naar woonsituatie van de hulpbehoevende. We zien heel duidelijk dat mantelzorgers die hulp verleenden aan hulpbehoevenden in een zorginstelling, oververtegenwoordigd zijn in de groepen die minder zijn gaan helpen of gestopt zijn met mantelzorgverlening. Een toename van mantelzorgintensiteit in de lockdown kwam relatief vaak voor in situaties waarbij de hulpbehoevende in hetzelfde huishouden als de mantelzorger woonde. De multilevel multinomiale regressieanalyse (zie tabel 2) bevestigt dit patroon ook nadat er gecontroleerd is voor andere variabelen. Uitgedrukt in voorspelde kansen (figuur 4) zien we dat in zorgsituaties waarin de hulpbehoevende in een zorginstelling woonde, significant vaker is gestopt met mantelzorgverlening (17%) dan in andere woonsituaties (5% en 2%) en dat de mantelzorgintensiteit er significant vaker is verminderd (39%) dan in situaties waarin de respondent samenwoonde met de hulpbehoevende (14%). Als hulpbehoevende en mantelzorger een huishouden deelden, is significant vaker de mantelzorgintensiteit verhoogd in de lockdown in vergelijking met vóór de coronacrisis (27%) dan als de hulpbehoevende in een zelfstandig huishouden woonde (15%) of in een zorginstelling (6%).



Figuur 3 Verandering van de mantelzorgintensiteit door de coronacrisis naar woonsituatie van de hulpbehoevende (in percentages). $N = 1.270$



Figuur 4 Voorspelde kansen om te zijn gestopt met mantelzorgen, minder, even veel of meer te zijn gaan mantelzorgen naar woonsituatie van de hulpbehoevende (gebaseerd op model zoals gerapporteerd in appendix A)

Op de vraag in hoeverre veranderingen in *kunnen*, *moeten* en *willen* samenhangen met meer of minder mantelzorgen in de lockdown, geven we antwoord op basis van tabel 2. Tabel 2 presenteert de *average marginal effects* gebaseerd op een multilevel multinomiale logistische regressieanalyse. Figures 5, 6 en 7 geven de kansen op gestopt met mantelzorg, minder, even veel en meer mantelzorg zoals die op basis van dit model geschat kunnen worden.

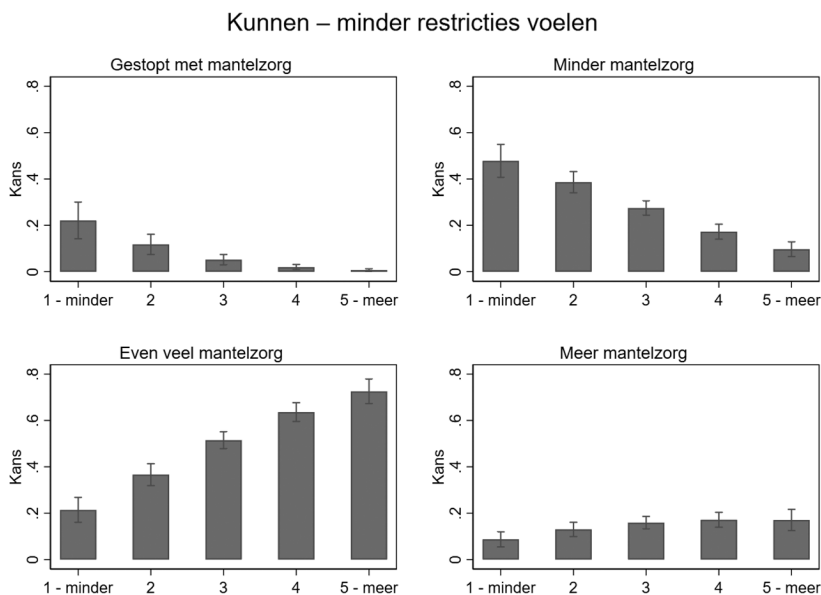
De resultaten ondersteunen hypothese 1 over *kunnen* mantelzorgen. We zien dat in zorgsituaties waarin de mantelzorger naar eigen zeggen minder last had van de restricties die voortkwamen uit de coronamaatregelen – dus een sterkere mate van *kunnen* ervoeren – de kans op stoppen met en minder mantelzorgen kleiner was (respectievelijk $AME = -0,05$ en $AME = -0,11$) en de kans op meer mantelzorgen groter was ($AME = 0,02$). De *average marginal effects* kunnen als volgt geïnterpreteerd worden: voor iedere stap (op een schaal van 1-5) dat een mantelzorger in een zorgsituatie minder sterke restricties ervoer door de coronamaatregelen, werd de kans om minder mantelzorg te zijn gaan geven gemiddeld 11 procent kleiner. Figuur 5 geeft de voorspelde kansen aan bij elk niveau van *kunnen*, onder constant houding van alle andere variabelen die zijn opgenomen in het model. In zorgsituaties

Tabel 2 Multinomiale regressieanalyse: de invloed van woonsituatie, kunnen, moeten en willen op veranderingen in mantelzorgintensiteit door de coronacrisis (average marginal effects)

	Gestopt		Minder		Even veel		Meer	
Niveau 1 – zorgsituatie	AME	SE	AME	SE	AME	SE	AME	SE
Woonsituatie (ref. zelfstandig)								
hetzelfde huishouden	-0,04*	(0,02)	-0,15**	(0,05)	0,07	(0,07)	0,12*	(0,06)
zorginstelling	0,11**	(0,04)	0,10	(0,06)	-0,12	(0,07)	-0,10***	(0,03)
Kunnen – <i>minder restricties voelen</i>	-0,05***	(0,01)	-0,11***	(0,01)	0,14***	(0,02)	0,02*	(0,01)
Moeten (ref. geen verschil in professionele hulp)								
alleen afname in professionele hulp	-0,01	(0,01)	-0,03	(0,03)	-0,08	(0,04)	0,12***	(0,04)
alleen toename in professionele hulp	-0,03	(0,01)	-0,02	(0,06)	0,03	(0,07)	0,02	(0,05)
af- en toename in professionele hulp	-0,01	(0,03)	-0,13	(0,07)	0,16	(0,11)	-0,02	(0,08)
Willen – <i>meer gemaakte zorgen</i>	-0,02*	(0,01)	-0,00	(0,02)	-0,06**	(0,02)	0,08***	(0,01)
Problemen met geheugen (ref. geen problemen)								
enige problemen	-0,02*	(0,01)	-0,01	(0,03)	0,01	(0,04)	0,02	(0,02)
ernstige problemen	0,01	(0,02)	-0,00	(0,05)	-0,10	(0,06)	0,09	(0,05)
Mentale gezondheid (ref. geen problemen)								
enige problemen	-0,02	(0,01)	0,04	(0,03)	-0,04	(0,04)	0,02	(0,03)
ernstige problemen	-0,05***	(0,01)	0,03	(0,06)	0,06	(0,06)	-0,04	(0,04)
ADL	0,01	(0,01)	0,04*	(0,02)	-0,05	(0,02)	-0,01	(0,02)
IADL	-0,00	(0,01)	-0,03*	(0,01)	0,03	(0,02)	0,01	(0,01)
Relatie (ref. partner)								
(schoon-, stief-)ouder	0,03	(0,02)	-0,04	(0,09)	-0,09	(0,08)	0,10*	(0,05)
(stief-)kind	0,05	(0,03)	-0,12	(0,09)	0,05	(0,09)	0,02	(0,04)
ander familielid	0,10**	(0,03)	-0,04	(0,09)	-0,11	(0,09)	0,05	(0,05)
vrienden of buren	0,06*	(0,02)	-0,05	(0,09)	-0,02	(0,09)	0,01	(0,05)
Intensiteit in maart	-0,01***	(0,00)	-0,00	(0,00)	0,00*	(0,00)	0,00***	(0,00)
Niveau 2 – mantelzorger								
Vrouw (ref. man)	0,05***	(0,01)	0,01	(0,03)	-0,09**	(0,03)	0,03	(0,02)
Leeftijd	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	-0,00	(0,00)
Werken (ref. niet werken)	-0,01	(0,01)	0,03	(0,03)	-0,09*	(0,04)	0,07**	(0,02)
Kinderen in huishouden (ref. geen kinderen)	-0,02	(0,01)	-0,05	(0,03)	0,02	(0,04)	0,05*	(0,03)
Aantal mantelzorgsituaties	0,01	(0,01)	0,01	(0,02)	-0,02	(0,02)	0,01	(0,01)

*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05, N = 1.270 mantelzorgsituaties verdeeld over 1.014 mantelzorgers

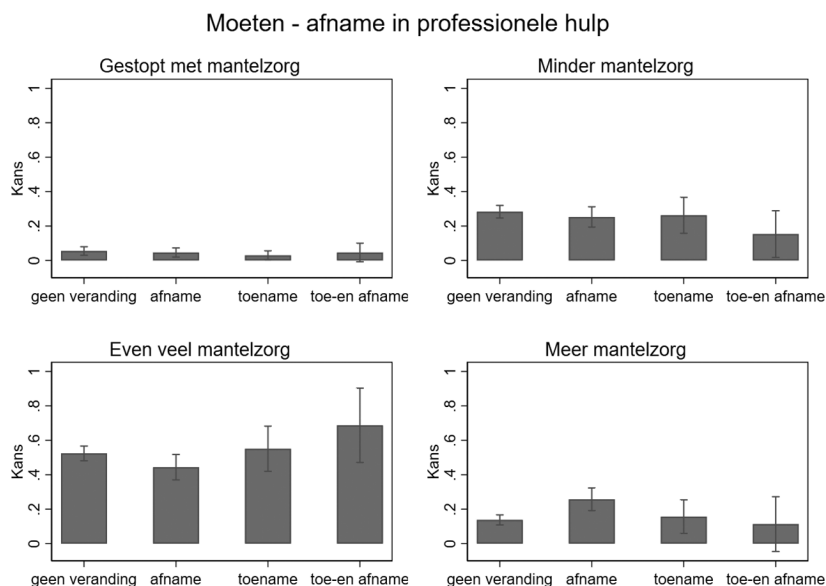
waar mantelzorgers zich het meest beperkt hebben gevoeld door de coronamaatregelen, is de kans dat ze stopten 22 procent tegen één procent als ze zich het minst beperkt hebben gevoeld. Voor minder mantelzorgen liggen de respectievelijke percentages op 48 procent en tien procent. Minder *kunnen* mantelzorgen hangt dus sterk samen met een vermindering van of zelfs volledig stoppen met mantelzorgverlening. Meer *kunnen* vergroot de kans op meer mantelzorgen significant, maar het effect is hier minder groot. De sterkste mate van ervaren restricties betekent een voorspelde kans op het vermeerderen van mantelzorg van negen procent, terwijl de minste mate van ervaren restricties een voorspelde kans van 17 procent betekent.



Figuur 5 Voorspelde kansen om te zijn gestopt met mantelzorgen, minder, even veel of meer te zijn gaan mantelzorgen naar de mate van verandering in kunnen mantelzorgen (gebaseerd op model zoals gerapporteerd in appendix A)

De resultaten in tabel 2 laten, in overeenstemming met hypothese 2, zien dat meer *moeten* mantelzorgen als gevolg van een afname van professionele hulp samenhangt met een grotere kans op het verhogen van de mantelzorgintensiteit ($AME = 0,12$): in mantelzorgsituaties waarin er sprake was van afname van professionele hulp was deze kans 12 procent hoger dan in mantelzorgsituaties waarin de professionele hulp onveranderd bleef. In termen van voorspelde kansen (figuur 6) gaat het om een kans van 26 procent in vergelijking met een kans van 14 procent. Verschillen tussen zorgsituaties

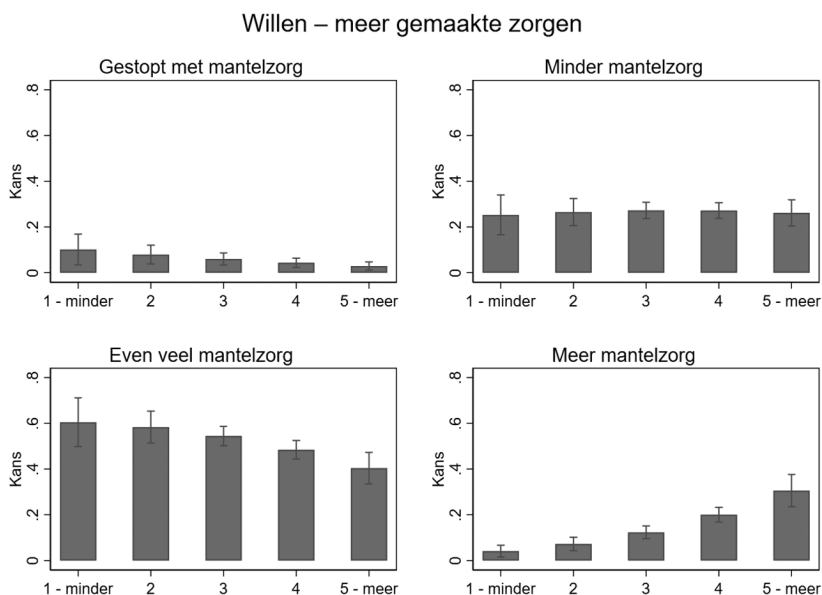
in de mate waarin *moeten* mantelzorgen veranderd is in de lockdown gingen niet significant samen met verschillende kansen op stoppen, minderen of gelijk houden van de mantelzorgintensiteit. Kortom, meer *moeten* mantelzorgen is samengegaan met het verhogen van de mantelzorgintensiteit in de lockdown.



Figuur 6 Voorspelde kansen om te zijn gestopt met mantelzorgen, minder, even veel of meer te zijn gaan mantelzorgen naar de mate van verandering in moeten mantelzorgen (gebaseerd op model zoals gerapporteerd in appendix A)

De resultaten wat betreft veranderingen in *willen* mantelzorgen zijn in lijn met hypothese 3. Tabel 2 laat zien dat als mantelzorgers zich meer zorgen maakten om hun naaste – hetgeen wij interpreteren als een sterkere mate van *willen* helpen – ze een significant kleinere kans hadden om te stoppen met mantelzorgen ($AME = -0,02$) en een grotere kans om meer te gaan mantelzorgen ($AME = 0,08$). Figuur 7 drukt deze effecten uit in voorspelde kansen: in zorgsituaties waarin mantelzorgers zich veel minder zorgen zijn gaan maken om hun naaste dan voor de coronacrisis, is de kans op te zijn gestopt met mantelzorgen tien procent; in zorgsituaties waarin mantelzorgers zich juist veel meer zorgen zijn gaan maken, lag dat percentage op drie. Een sterker effect is te zien bij meer gaan mantelzorgen: in mantelzorgsituaties waarin mantelzorgers zich minder zorgen zijn gaan maken om hun

naasten was de kans op uitbreiding van de mantelzorgintensiteit slechts vier procent, terwijl deze op 31 procent lag in mantelzorgsituaties waarin de mantelzorger zich veel meer zorgen is gaan maken. *Willen* is dus een sterke determinant voor uitbreiding van de mantelzorgintensiteit en heeft de kans op stoppen met mantelzorgen tot op zekere hoogte gedempt.



Figuur 7 Voorspelde kansen om te zijn gestopt met mantelzorgen, minder, even veel of meer te zijn gaan mantelzorgen naar de mate van verandering in willen mantelzorgen (gebaseerd op model zoals gerapporteerd in appendix A)

Wat betreft de andere variabelen in het model die betrekking hebben op de zorgsituatie, is te zien dat mantelzorgers van hulpbehoevenden met geheugen- of mentale problemen significant minder vaak stopten met mantelzorgen. Ook de sociale relatie is van belang: als de hulpbehoevende werd geholpen door iemand die verder van hem of haar af staat, dan is de kans groter dat de mantelzorg is gestopt; een toename van de intensiteit is vaker voorgekomen bij mantelzorg aan ouders in vergelijking met de partner. Deze uitkomsten hangen niet samen met verschillen in afname van professionele zorg; hiervoor is dit model gecorrigeerd. Ook kenmerken van mantelzorgers hingen samen met veranderingen in mantelzorgintensiteit. Vrouwen stopten vaker met hun zorgtaak dan mannen; werkende mantelzorgers en mantelzorgers met kinderen in hun huishouden gaven juist

relatief vaak meer hulp tijdens de lockdown. Deze uitkomsten zijn niet te herleiden tot de sociale relatie tussen gever en ontvanger: het type en ernst van de beperkingen van hulpbehoevenden en de intensiteit van de geboden mantelzorg voor de lockdown; voor dergelijke kenmerken is gecontroleerd. Mogelijk zien we hier dat vooral mensen met een baan en kinderen door de lockdown vaker thuis zijn geweest dan ze gewend waren en daardoor flexibeler waren in het bieden van hulp, uitmondend in het méér geven van hulp dan voor de lockdown. De oververtegenwoordiging van vrouwen in essentiële beroepen in de zorg- en onderwijssector en de bevinding dat ook in de lockdown vrouwen meer dan mannen tijd aan huishouden en kinderen besteedden (Yerkes e.a., 2020), zou kunnen verklaren dat vrouwen vaker dan mannen zijn gestopt met mantelzorgen.

5 Conclusie en discussie

In dit artikel is nagegaan in hoeverre de intensiteit van de geboden mantelzorg is veranderd tijdens de eerste lockdown – een periode waarin Nederland geconfronteerd werd met de coronapandemie en overheidsmaatregelen die daarmee gepaard gingen – in hoeverre deze patronen verschilden naar woonsituatie van de hulpbehoevende en met welke determinanten deze veranderingen samenhangen. Aan de hand van gegevens van het LISS-panel van 1.270 mantelzorgsituaties verdeeld over 1.014 mantelzorgers zijn veranderingen in de intensiteit van de geboden mantelzorg tijdens de lockdown in het voorjaar van 2020 bestudeerd.

De eerste onderzoeksvraag betrof hoe de intensiteit van mantelzorg gedurende de lockdownperiode in 2020 veranderde. De mate van stabiliteit lijkt met 44 procent laag, gegeven het korte tijdbestek waarop de verandering betrekking heeft. Dit suggereert dat de coronapandemie haar weerslag heeft gehad op de mantelzorgintensiteit. Concreet kunnen we concluderen dat bij 55 procent een verandering optrad. In 25 procent van de zorgsituaties vond een afname van gegeven mantelzorg plaats en in 14 procent van de zorgsituaties is de mantelzorger gestopt met de zorgtaak. Gezien de redenen die mantelzorgers hiervoor gaven, kwam deze daling voort uit beperkende coronamaatregelen, zoals het mijden van sociaal contact en beperken van bezoek aan kwetsbare personen, het moeten thuisblijven bij (lichte) verkoudheid- of griepklachten dan wel in thuis-quarantaine zitten. In 16 procent van de zorgsituaties is een toename in de mantelzorgintensiteit waargenomen. De hulpbehoevenden hadden volgens mantelzorgers hun hulp harder nodig en er werd minder

hulp door zorgmedewerkers of vrijwilligers geboden. Onze conclusie is dan ook dat er zowel stimulerende als beperkende invloeden zijn uitgegaan van de coronamaatregelen, maar dat de beperkende maatregelen de overhand hebben gehad, zodat in meer zorgsituaties de mantelzorg is afgenomen dan is toegenomen. Dat het met name de coronamaatregelen waren die impact hadden op de mantelzorgintensiteit en niet zozeer de algehele coronasituatie kan afgeleid worden uit het feit dat een andere Nederlandse studie (de Klerk e.a., 2021) die naar de situatie in juli en oktober 2020 keek (periodes met minder sterke coronamaatregelen), geen netto verschil in de hoeveelheid verleende mantelzorg constateerde ten opzichte van de periode voor de coronapandemie. Onze conclusie impliceert dat er niet langer alleen aanwijzingen zijn dat door professionele coronazorg in ziekenhuizen, andere professionele zorg in het gedrang kwam (vanwege uitstellen van behandelingen en operaties) (de Klerk e.a., 2021; Menting, van Schelven & Boeije, 2020), maar dat in die periode óók de mantelzorg verminderd is geweest.

Een tweede vraag van dit onderzoek betrof in hoeverre de woonsituatie van de hulpbehoevende samenging met de geobserveerde variatie in toename en afname van mantelzorg. Het antwoord hierop is: vooral in zorgsituaties waarin de hulpbehoevende in een zorginstelling woonde is de mantelzorg relatief vaak gestopt of verminderd en in zorgsituaties waarin de hulpbehoevende in het huishouden van de mantelzorger woonde is relatief vaak méér mantelzorg verleend in de lockdown ten opzichte van vóór de coronacrisis. Deze resultaten impliceren dat de hulp aan mensen in zorginstellingen te lijden heeft gehad onder de coronamaatregelen. Daarnaast blijken de mantelzorgers die voor iemand in het eigen huishouden zorgen, veelal de partner, degenen te zijn die de mantelzorgintensiteit in deze coronacrisis het meest hebben opgevoerd.

In de derde onderzoeksvraag stond centraal of (los van de woonsituatie van hulpbehoevenden) veranderingen in *kunnen*, *moeten* en *willen* samenhangen met veranderingen in mantelzorgintensiteit. Zoals verondersteld, ging het ervaren van restricties samen met minderen of stoppen en weerhield het mantelzorgers van het verhogen van de intensiteit; *moeten* en *willen* gingen samen met vermeerderen van de intensiteit en *willen* weerhield mantelzorgers daarnaast ervan om te stoppen met de mantelzorgtaak. Theoretisch gezien blijkt het *Informal Care Model* (Broese van Groenou & de Boer, 2016) dan ook een waardevolle structurering van determinanten te bieden en ook handvatten te geven om het mantelzorgen als een dynamisch proces te beschouwen. Immers, de resultaten van deze studie onderschrijven dat veranderingen in *kunnen*, *moeten* en *willen*-factoren – in dit

geval getriggerd door de coronapandemie – samengaan met veranderingen in de mantelzorgintensiteit.

Een aantal kenmerken van onze data heeft mogelijk invloed op de gevonden resultaten. Ten eerste bevat onze steekproef alleen mantelzorgers van 78 jaar of jonger. Onder de oudste groepen is het geven van hulp aan de partner, dat wil veelal zeggen aan iemand in het eigen huishouden, oververtegenwoordigd. Deze groep bleek in ons onderzoek het vaakst hun mantelzorgintensiteit te hebben verhoogd. Mogelijk onderschatten onze data daarom het aandeel mantelzorgers in de samenleving dat meer is gaan helpen. Ten tweede kunnen we vanwege het design van onze dataverzameling niet observeren of er ook nieuwe mantelzorgsituaties gestart zijn tijdens de lockdown als reactie op het uitvallen van professionele hulp of andere mantelzorgers van een hulpbehoevende. Dit kan de toename van mantelzorg mogelijk onderschat hebben. Ten slotte kenmerkt onze data zich door een relatief brede range van mantelzorgsituaties, omdat van respondenten meerdere mantelzorgsituaties zijn opgenomen en niet alleen de meest omvangrijke of belangrijkste, hetgeen vaak gebruikelijk is in *surveys*. Door dit sterke punt van de data zien we mogelijk vaker een stopzetting of afname van mantelzorg, omdat dat gebruikelijker kan zijn in dergelijke ‘secundaire’ mantelzorgsituaties dan in de ‘primaire’.

De hulp die mantelzorgers geven zal, ook als de coronapandemie met bijbehorende maatregelen is weggeëbd, een belangrijk aandachtspunt in beleid blijven, zeker als we bedenken dat zich in de nabije toekomst een grotere vraag naar zorg zal voordoen, maar ook langer thuis wonen van ouderen wordt gestimuleerd en professionele zorg beperkt beschikbaar zal zijn. De overheid benadrukt een grotere rol voor mantelzorg om dit tekort aan zorg op te vangen. Hoewel het lastig is in te schatten of mensen in de toekomst meer hulp gaan geven, biedt dit onderzoek wel aanknopingspunten daarvoor. Veel zal afhangen van de omstandigheden, of anders geformuleerd: of mensen *kunnen*, *moeten* en *willen* helpen. Het feit dat veranderingen in deze factoren blijken samen te gaan met een verandering in de mantelzorgintensiteit, suggereert dat de overheid ‘knoppen heeft om aan te draaien’. Zo kan beleid inspelen op *kunnen*-factoren, zoals het wegnemen van mogelijke drempels, of op *willen*-factoren, zoals een normverschuiving over wie verantwoordelijk is voor het verlenen van zorg (Verbakel, 2014b) of het vergroten van de waardering van mantelzorg. Bij het versterken van het *moeten* mantelzorgen, bijvoorbeeld door het beperken van de toegang tot professionele zorg, is het belangrijk in het oog te houden welke groepen hiermee getroffen worden. We hebben in deze studie gezien dat een op de acht mantelzorgers tijdens het voorjaar 2020 meer uren is gaan helpen en

dit betrof vaak hulp aan huisgenoten. Bij hen is *moeten* mantelzorgen aangejaagd door corona-maatregelen. Omdat juist deze groep ook nu al vaak de hoogste mantelzorgintensiteit kent (de Boer, de Klerk, e.a., 2020), ligt overbelasting bij deze groep mantelzorgers op de loer.

Noten

- 1 De groep met ontbrekende waarden verschilt niet van de groep zonder ontbrekende waarden wat betreft de verdeling van geslacht of aantal mantelzorgsituaties die de respondent had; ze behoorden wel vaker tot de categorie 'Vrijgesteld van werkzoekend na verlies van werkkring' en waren ook significant jonger.
- 2 Mantelzorgsituaties waarin de hulpbehoevende is overleden aan het coronavirus zitten niet in onze steekproef.

Literatuur

- Boer, A. de (2017). *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp (oratie)*. Den Haag: SCP.
- Boer, A. de, Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D. & Plaisier, I. (2020). *Blijvende bron van zorg: Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: SCP.
- Boer, A. de, Hoefman, R., Klerk, M. de, Plaisier, I. & Roos, S. de (2020). Beleidssignalement maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen: mantelzorgers. Den Haag: SCP.
- Boer, A. de, Plaisier, I. & Klerk, M. de (2019). *Mantelzorgers in het vizier: Beleidssignalement mantelzorg*. Den Haag: SCP.
- Blanken, J. den, Huis in 't Veld, T., Seben, R. van & Spit, W. (2021). *De maatschappelijke waarde van mantelzorg – een maatschappelijke kosten baten analyse*. Rotterdam: Ecorys.
- Broese van Groenou, M.I. & Boer, A. de (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, 13(3), 271-279.
- Carers UK (2020). *Caring behind closed doors Forgotten families in the coronavirus outbreak April 2020*. London.
- Chan, E. Y. Y., Gobat, N., Kim, J. H., Newnham, E.A., Huang, Z., Hung, H., ... Wong, S.Y. S.J.T.L. (2020). Informal home care providers: the forgotten health-care workers during the COVID-19 pandemic. *Lancet* 395(10242), 1957-1959.
- Daalhuizen, F., Dam, F. van, Groot, C. de, Schilder, F. & Staak, M. van der (2019). *Zelfstandig thuis op hoge leeftijd: Verkenning van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk*. Den Haag: PBL.
- Evandrou, M., Falkingham, J., Qin, M. & Vlachantoni, A. (2020). *Older and 'staying at home' during lockdown: informal care receipt during the COVID-19 pandemic amongst people aged 70 and over in the UK*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/962dy>
- Giebel, C., Lord, K., Cooper, C., Shenton, J., Cannon, J., Pulford, D., ... Gabbay, M. (2021). A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(3), 393-402.
- Gomez-Leon, M., Evandrou, M., Falkingham, J. & Vlachatoni, A. (2019). The dynamics of social care and employment in mid-life. *Ageing and Society*, 39(2), 381-408.

- Gräler, L., Bremmerset, L., Excel, J. van, Bakx, P. & Bochove, M. van (2020). Informal care in times of public health crisis: objective burden, subjective burden and quality of life of caregivers in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. *VID conference 'Demographic Aspects of the COVID-19 Pandemic and its Consequences'*. Vienna.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *The Gerontologist*, 25(6), 612-617.
- Kelle, N. (2020). Combining employment and care-giving: how differing care intensities influence employment patterns among middle-aged women in Germany. *Ageing and Society*, 40(5), 925-943.
- Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I. & Schyns, P. (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: SCP.
- Klerk, M. de, Olsthoorn, M., Plaisier, I., Schaper, J. & Wagemans, F. (2021). *Een jaar met corona; Ontwikkelingen in de maatschappelijke gevolgen van corona*. Den Haag: SCP.
- Kooiker, S., Jong, A. de, Verbeek-Oudijk, D. & Boer, A. de (2019). *Summary: Foresight study of informal care for elderly people in 2040*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Kromhout, M., Kornalijsnijper, N. & Klerk, M. de (2018). *Summary: Changing care and support for people with disabilities*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Kwekkeboom, M.H.(1990). *Het licht onder de korenmaat. Informele Zorg in Nederland*. Den Haag: VUGA Uitgeverij.
- Lorenz-Dant, K. & Comas-Herrera, A. (2021). *The impacts of COVID-19 on unpaid carers of adults with long-term care needs and measures to address these impacts: A rapid review of the available evidence*. Care Policy and Evaluation Centre, The London School of Economics and Political Science.
- Menting, J., Schelven, F. van & Boeije, H. (2020). Gevolgen van de coronapandemie voor gezondheid, behandeling en zelfmanagement van mensen met een chronische ziekte. *Utrecht, Nivel*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020). *Richtlijn dagbesteding en -opvang voor ouderen op basis van de Zvw, Wlz, en Wmo 2015 (16/04/2020)*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/richtlijnen/2020/04/16/richtlijn-dagbesteding-en-dagopvang>
- Mood, C. (2010). Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European Sociological Review*, 26(1), 67-82.
- Putman, L., Verbeek-Oudijk, D. & Klerk, M. de (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016*. Den Haag: SCP.
- Raiber, K., Verbakel, E. & Visser, M. (2021). *The Impact of the COVID-19 Lockdown on Collecting Informal Caregiving Data within the LISS Panel in March 2020*. <https://doi.org/10.17026/dans-xyf-v7vu>
- Rijksoverheid (2020a). Aanvullende maatregelen onderwijs, horeca, sport -Nieuwsbericht | 15-03-2020 | 17:35. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/15/aanvullende-maatregelen-onderwijs-horeca-sport>
- Rijksoverheid (2020b). Bezoek aan verpleeghuizen niet langer mogelijk vanwege coronavirus – Nieuwsbericht | 19-03-2020 | 21:11. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/03/19/bezoek-aan-verpleeghuizen-niet-langer-mogelijk-vanwege-corona>
- Roeters, A., Boer, A. de, Portegijs, W., Maslowski, R. & Omlo, J. (2021). *De werkende duizendpoot; hulpbronnen en barrières voor werkenden die zorgen en leren*. Den Haag: SCP.
- Verbakel, E. (2014a). Informal caregiving and well-being in Europe: What can ease the negative consequences for caregivers? *Journal of European Social Policy*, 24(5), 424-441.
- Verbakel, E. (2014b). Toenemende publieke steun voor meer eigen verantwoordelijkheid in de zorg? *Bestuurswetenschappen*, 68(3), 5-23.

- Verbakel, E. (2015). Mantelzorgers in Europa: De rol van betaalde arbeid, generositeit van de gezondheidszorg en nationale normen omtrent zorggedrag. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 31(4), 468-490.
- Verbakel, E. (Radboud University); CentERdata (2021): *LISS panel – Retrospective informal care career: Main measurement*. DANS. <https://doi.org/10.17026/dans-xyf-v7vu>.
- World Health Organization (2020). *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief*, 24 July 2020. Geraadpleegd van Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333074>
- Yerkes, M.A., André, S.C.H., Besamusca, J.W., Kruijnen, P.M., Remery, C.L.H.S., Zwan, R. van der, ... Geurts, S.A.E. (2020). 'Intelligent' lockdown, intelligent effects? Results from a survey on gender (in)equality in paid work, the division of childcare and household work, and quality of life among parents in the Netherlands during the Covid-19 lockdown. *PLoS ONE*, 15(11), 1-23.

Over de auteurs

ELLEN VERBAKEL is hoogleraar Algemene en Theoretische Sociologie bij de Sectie Sociologie aan de Radboud Universiteit. Als familiesociologe doet ze onderzoek naar mantelzorg, werk, gezin, welbevinden en partnerrelaties.
E-mail: ellen.verbakel@ru.nl

KLARA RAIBER is promovenda bij de Sectie Sociologie aan de Radboud Universiteit. Haar onderzoek richt zich op mantelzorg, de relatie tussen gezin en werk, het levensloopperspectief en gender.
E-mail: klara.raiber@ru.nl

ALICE DE BOER is senior onderzoeker bij het SCP bij het programma Participatie, Talentontwikkeling en Kansenongelijkheid en bijzonder hoogleraar bij de VU op het terrein van informele hulp en mantelzorg.
E-mail: a.de.boer@scp.nl

Appendix A Multinomiale regressieanalyse: de invloed van woonsituatie, kunnen, moeten en willen op veranderingen in mantelzorgintensiteit door de coronacrisis

Referentie categorie: minder	Gestopt		Even veel		Meer	
Niveau 1 – zorg situatie	log odds	SE	log odds	SE	log odds	SE
Woonsituatie (ref. zelfstandig)						
hetzelfde huishouden	-0,13	(0,94)	1,24*	(0,56)	1,69**	(0,60)
Zorginstelling	0,57	(0,42)	-0,85*	(0,42)	-1,53**	(0,55)
Kunnen – <i>minder restricties voelen</i> <i>voelenrestricties</i>	-0,21	(0,14)	0,96***	(0,11)	0,82***	(0,13)
Moeten (ref. geen verschil in professionele hulp)						
alleen afname in professionele hulp	0,02	(0,33)	0,03	(0,29)	0,82**	(0,31)
alleen toename in professionele hulp	-0,48	(0,51)	0,18	(0,46)	0,26	(0,54)
af-en toename in professionele hulp	0,80	(0,81)	1,25	(0,80)	0,78	(1,03)
Willen – <i>meer gemaakte zorgen</i>	-0,32*	(0,16)	-0,11	(0,14)	0,49**	(0,16)
Problemen met geheugen (ref. geen problemen)						
enige problemen	-0,45	(0,30)	0,08	(0,25)	0,21	(0,28)
ernstige problemen	0,20	(0,45)	-0,19	(0,41)	0,52	(0,44)
Mentale gezondheid (ref. geen problemen)						
enige problemen	-0,66*	(0,30)	-0,31	(0,26)	-0,09	(0,29)
ernstige problemen	-1,58**	(0,57)	-0,07	(0,44)	-0,53	(0,51)
ADL	-0,01	(0,19)	-0,35*	(0,16)	-0,32	(0,18)
IADL	0,10	(0,14)	0,23*	(0,12)	0,24	(0,13)
Relatie (ref. partner)						
(schoon-, stief-)ouder	1,47	(1,25)	0,06	(0,63)	0,87	(0,69)
(stief-)kind	2,43	(1,30)	0,88	(0,68)	0,94	(0,75)
ander familielid	2,41	(1,26)	0,01	(0,66)	0,57	(0,75)
vrienden of bureu	1,96	(1,24)	0,24	(0,63)	0,38	(0,72)
Intensiteit in maart	-0,11**	(0,04)	0,02	(0,02)	0,04*	(0,02)
Niveau 2 – mantelzorger						
Vrouw (ref. man)	0,89**	(0,28)	-0,26	(0,24)	0,14	(0,27)
Werken (ref. niet werken)	-0,40	(0,30)	-0,39	(0,26)	0,20	(0,29)
Aantal mantelzorgsituaties	0,09	(0,16)	-0,08	(0,14)	0,01	(0,16)
Kinderen in huishouden (ref. geen)	-0,05	(0,32)	0,37	(0,27)	0,67*	(0,30)
Leeftijd	0,00	(0,01)	0,00	(0,01)	-0,01	(0,01)
Constante	-0,54	(1,68)	-1,49	(1,17)	-5,77***	(1,35)
Variantie Level 2			3,31*	(1,34)		

*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05, N = 1.270 mantelzorgsituaties verdeeld over 1.014 mantelzorgers

