

BIBLIOGRAFIE

ZELFZORG EN MANTELZORG

Samenstelling: F. Wieman

maart 1987

 NIVEL  
bibliotheek

drieharingstraat 26  
postbus 15t8  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

8 MEI 1987

De bibliografie "Zelfzorg en mantelzorg" is een publicatie die deel uitmaakt van een serie van maandelijkse uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), postbus 1568, 3500 BN Utrecht, telefoon: 030-319946.

Openingstijden: maandag t/m vrijdag 9.00-16.00 uur.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

# INHOUDSOPGAVE

Inleiding	v
Gebruiksaanwijzing	xvi
1. Algemeen	1
2. Ideologie en overheidsbeleid	9
2.1 Algemeen	9
2.2 De situatie buiten Nederland	24
2.3 De Nederlandse situatie	28
3. Zelfzorg en mantelzorg: verspreiding en toepassing	39
3.1 Algemeen	39
3.2 Zelfmedicatie	55
3.3 Specifieke aandoeningen	60
3.4 Ouderen	67
4. Zelfhulpgroepen	76
5. Het belang van sociale netwerken	82
6. Stimuleren van zelfzorg en mantelzorg	90
6.1 Relatie met professionele disciplines	90
6.2 Evaluatie van voorlichtingsactiviteiten	104
Auteursindex	113
Bronnen	121



Het denken over de organisatie van de gezondheidszorg wordt tegenwoordig beheerst door het idee dat ieder individu in principe een beroep doet op een drietal hulpbronnen van zorg. In de eerste plaats is dat het individu zelf. Ziek of niet, dagelijks besteedt iedereen die daartoe in staat is, een vrij groot deel van zijn tijd aan het zorgen voor zichzelf. Deze **zelfzorg** kan de gedaante aannemen van een concrete activiteit die gericht is op het instandhouden van gezondheid of op het bestrijden of voorkomen van ziekte, maar het kan ook een geestelijke activiteit zijn (besluiten naar de dokter te gaan, of besluiten om niet naar de dokter te gaan). In de praktijk blijkt zelfzorg het grootste deel van het totale bestand aan menselijke zorg uit te maken.

De tweede zorgvoorziening wordt geleverd door de sociale netwerken waar het individu in participeert. In huishoudingen, gezinnen, families, vriendenkringen wordt op uiteenlopende manieren gezorgd voor de leden van het netwerk. Deze vorm van zorg wordt **mantelzorg** genoemd.

In de derde plaats kan het individu een beroep doen op **professionele zorg**. De zorg wordt dan geleverd door beroepsmensen die verbonden zijn aan formele instellingen van gezondheidszorg.

Uit beleidsstukken van de laatste tien jaar met betrekking tot de gezondheidszorg, maar ook uit de sociaal-wetenschappelijke literatuur die gewijd is aan vraagstukken rond gezondheid en zorg, rijst het beeld op van een explosieve toename van de aandacht voor zelfzorg en mantelzorg. In zekere zin is dat een stand van zaken die de werkelijkheid juist weerspiegelt, aangezien de niet-professionele zorg het grootste aandeel levert aan het totale bestand van menselijke zorg. Het werd dus tijd dat in beleid en wetenschap het vizier niet langer uitsluitend wordt gericht op de professionele verschaffing van zorg.

Anderzijds kan gewezen worden op een aantal ontwikke-

lingen in gefindustrialiseerde samenlevingen die de groeiende belangstelling voor zelfzorg en mantelzorg in de maatschappij, de politiek en de wetenschap in de hand hebben gewerkt. Te denken valt hierbij aan het gestegen niveau van scholing en algeheel welzijn, dat veranderingen in leefstijl en een toegespitste aandacht voor leefstijl met zich mee heeft gebracht. Een andere factor is de demografische ontwikkeling in westerse samenlevingen. Meer mensen worden oud, daardoor zijn er meer mensen die met een handicap leven en hulpbehoevend worden, en meer mensen die lijden aan chronische ziekten. In verband daarmee wordt wel gepleit voor een verschuiving in de gezondheidszorg van **cure** naar **care**. Daarnaast speelt een rol dat individuen streven naar grotere autonomie op allerlei terreinen. Mensen zijn zich ook meer bewust geworden van de gevaren en beperkingen van de hoogwaardige technologie die in de geneeskunde de overhand dreigt te krijgen.

Bij het formuleren van bezwaren tegen de almacht van de professionals in de gezondheidszorg wordt de term medicalisering veelvuldig gebruikt. Daarmee wordt bedoeld dat steeds meer "normale" verschijnselen en gebeurtenissen in medische termen worden gedefinieerd en met medische uitgangspunten worden benaderd. In dit verband kan ook de onvrede met onpersoonlijke professionele interventie en de bezorgdheid voor iatrogene ziekte (ziekte veroorzaakt door medisch ingrijpen) worden genoemd.

Hoewel deze maatschappelijke tendenzen onmiskenbaar zijn, valt het niet te loochenen dat de roep om meer zelfzorg en mantelzorg bij beleidsmakers grotendeels wordt ingegeven door economische motieven. Geconstateerd wordt dat de verzorgingsstaat uit zijn financiële jas groeit; beleidsmakers wijzen er op dat de te verwachten stijging van de kosten (onder meer door de vergrijzing van de bevolking) onvermijdelijk zal leiden tot een situatie waarin de gezondheidszorg onbetaalbaar wordt. De verzorgingsstaat moet daarom worden getransformeerd tot een zorgzame samenleving. De noodzaak van kostenbeheersing, of in ieder geval het streven daarnaar, zet beleidsmakers aan tot pleidooien voor een accentverschuiving in de gezondheidszorg, waarbij een

grotere rol wordt toegekend aan de eerste lijn en aan zelfzorg en mantelzorg.

Deze bibliografie haakt in op de actuele belangstelling voor zelfzorg en mantelzorg met betrekking tot de gezondheid. De publicaties die hier bijeen zijn gebracht, bestrijken het uitgebreide terrein van de niet-professionele zorg. In het kader van deze bibliografie worden onder niet-professionele zorg begrepen de fenomenen zelfzorg, mantelzorg en zelfhulp.

In Nederland is Hattinga Verschure degene geweest die de begrippen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg algemeen ingang heeft doen vinden als typering van de kaders van zorgverlening. Zijn naam komt in deze bibliografie dan ook meer dan eens voor.

Volgens Hattinga Verschure is het definiërende kenmerk van zelfzorg dat zorgverlener en zorgontvanger in dezelfde persoon verenigd zijn. Zelfzorg is de basis van alle vormen van zorg, en heeft als zodanig altijd al bestaan.

Mantelzorg is de zorgverlening die binnen beperkte sociale netwerken door de "genoten" aan elkaar wordt gegeven op basis van de bereidheid tot wederkerigheid. Het beeld van de mantel wordt gebruikt omdat het idee bestaat dat het individu door de zorg binnen de groep wordt verwarmd, beschut en beveiligd als door een mantel.

Professionele zorg heeft als definiërende kenmerken dat ze als beroep wordt uitgeoefend en dat de rol van de zorgverlener niet uitwisselbaar is met die van de zorgontvanger.

De zelfhulpgroep kan worden opgevat als een bijzonder soort mantelzorggroep die bestaat uit lotgenoten. Zelfhulpgroepen zijn gericht op een bepaald gezondheidsprobleem of probleemveld. Omdat deze groepen enigszins buiten de orde van de reguliere zelfzorg en mantelzorg vallen (wat bijvoorbeeld kan worden afgeleid uit het actiekarakter van veel van deze groepen), is hiervoor in deze bibliografie een apart hoofdstuk ingeruimd.

Zorg door vrijwilligers is een andere speciale vorm van mantelzorg. In meerdere publicaties in de bibliografie wordt aandacht besteed aan het onderwerp vrijwilligers-

zorg, maar er was niet voldoende aanleiding om hieraan een speciaal hoofdstuk te wijden.

Om terminologische onduidelijkheid te voorkomen is het goed er hier op te wijzen dat in de Engelstalige literatuur met **self-care** veelal de niet-professionele zorg binnen een groep wordt bedoeld. Volgens Levin, Katz en Holst (no. 11) kan **self-care** specifiek gedefiniëerd worden als intentioneel gedrag dat een leek onderneemt ten behoeve van zichzelf of ten behoeve van familieleden, vrienden of de gemeenschap met het doel gezondheid te bevorderen of ziekte te bestrijden. **Self-care** omvat dan Hattinga Verschure's begrippen zelfzorg en mantelzorg alsmede het begrip zelfhulp, en vormt een contrast met het begrip professionele zorg. Hetzelfde contrast wordt ook wel aangeduid als **informal care** versus **formal care**.

## **De opbouw van de bibliografie**

Bij het samenstellen van deze bibliografie is er voor gekozen om het zwaartepunt te leggen bij het sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de vele facetten van zelfzorg, mantelzorg en zelfhulp. Dat neemt niet weg dat hier en daar ook informelere publicaties in de sfeer van praktijkverslagen en commentaren een plaats hebben gekregen. Als het goed is kan uit de referaten bij de titels worden opgemaakt hoe een publicatie in dit opzicht beoordeeld moet worden.

In hoofdstuk 1 zijn publicaties opgenomen die dienen als een eerste **inleiding**, alsmede een aantal overzichtsartikelen op het terrein van zelfzorg en mantelzorg.

Een inventarisatie van publicaties waarin de nadruk ligt op de **ideologie** achter de ervaring van zelfzorg en mantelzorg en op de positie van deze begrippen in het **beleid** ten aanzien van gezondheid en zorg, is te vinden in hoofdstuk 2. Daarin wordt gewezen op de deugden en de gevaren van de zelfzorgideologie die wordt ge-



propageerd door auteurs als Levin en Hattinga Verschure, en die in toenemende mate wordt omarmd door personen en instanties die zich vanuit de politiek en de instellingen bezighouden met de gezondheidszorg. Benadrukt wordt het belang van het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid. Mensen moeten een andere, meer autonome opstelling kiezen ten opzichte van de professionele instellingen. Het is dan nog de vraag welke koerswijzigingen in het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg gewenst en nodig zijn om die doelstelling te bereiken.

Veel auteurs wijzen er op dat het streven naar vergroten van eigen verantwoordelijkheid het gevaar in zich herbergt dat mensen in zekere zin aan hun lot worden overgelaten. Het idee om de mantelzorg nieuw leven in te blazen stuit op het bezwaar dat de structuur van de hedendaagse samenleving niet voldoet aan de voorwaarden om die zorg werkelijk te laten functioneren. De sociale netwerken waarbinnen mantelzorg zou moeten plaatsvinden, zijn in veel gevallen lang niet meer zo hecht als nodig.

Hoofdstuk 2.1 bevat publicaties van algemene strekking. In 2.2 zijn een aantal publicaties opgenomen die betrekking hebben op het buitenland en de internationale situatie. Daarin komt onder meer het concept van "primary health care" ter sprake dat is gelanceerd door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO). In 2.3 gaat het om de Nederlandse situatie, waarbij de discussie over de zorgzame samenleving een centrale plaats inneemt. De tendens die uit regeringsnota's valt af te lezen, is dat men de eerste lijn wenst te versterken en dat de zelfzorg en mantelzorg onder de bevolking bevorderd moeten worden.

In hoofdstuk 3 is een selectie bijeengebracht van literatuur die zich bezighoudt met de **praktijk** van zelfzorg en mantelzorg. Vooraf zij opgemerkt dat in het merendeel van het opgenomen werk het vizier is gericht op zelfzorg en mantelzorg die wordt ontplooid in geval van kleinere kwalen (de veelgebruikte Engelse term is "minor illness") en chronische ziekte. Niettemin benadrukken veel auteurs dat dergelijke activiteiten zo

mogelijk een nog belangrijker functie (kunnen) vervullen op de gebieden van gezondheidsbehoud ("health maintenance"), gezondheidsbevordering ("health promotion") en preventie. Het onderzoek hiernaar is echter, met uitzondering van het terrein van de preventie, nog nauwelijks van de grond gekomen.

In 3.1 is literatuur te vinden waarin het vooral gaat over de verspreiding en toepassing van zelfzorg en mantelzorg. Daarin worden vragen als de volgende aan de orde gesteld. Wat doen mensen vanaf het moment dat ze bepaalde symptomen waarnemen? Wat voor actie ondernemen mensen in de zin van zelfzorg en mantelzorg? Door welke kenmerken onderscheiden zelfzorgers zich van mensen die sneller hun toevlucht nemen tot medische beroepsmensen? Wat zijn de factoren die de ontwikkeling van zelfzorg en mantelzorg bij individuen en in groepen bevorderen dan wel belemmeren?

In meerdere publicaties wordt de stand van zaken met betrekking tot de mantelzorg in verschillende sociale contexten beschreven: in de thuissituatie, wanneer daar zieken of stervenden verpleegd en verzorgd worden, in het ziekenhuis of in het verpleeghuis. Zoals op andere plaatsen in de bibliografie ook wel gebeurt, wordt hier de grens van de eerstelijnsgezondheidszorg (het terrein waarop het NIVEL opereert) overschreden.

In een aantal artikelen wordt ingegaan op de praktijk van preventieve zelfzorg. Het gaat dan vooral om de vroegtijdige opsporing van kanker door middel van borstzelfonderzoek.

In al dit werk komt geregeld naar voren dat bij alles wat mensen doen aan zelfzorg en mantelzorg, een voor-aanstaande rol is weggelegd voor begeleiding door professionals, met name in de eerste lijn.

In 3.2 is literatuur verzameld die specifiek ingaat op het verschijnsel zelfmedicatie. Dat is een vorm van zelfzorg die vanuit de medische hoek steeds veel belangstelling heeft ondervonden en ook met de nodige bezorgdheid wordt bekeken.

In 3.3 is werk te vinden dat zich richt op vormen van zelfzorg en mantelzorg bij specifieke acute en chronische aandoeningen. Aan de orde komen hoofdpijn, asthma, diabetes, arthritis, hartkwalen en dementie.

De problematiek met betrekking tot de zorg voor ouderen wordt belicht in de publicaties die zijn verzameld in 3.4. De categorie van ouderen zal in de toekomst in toenemende mate beslag leggen op zorgvoorzieningen en creëert daarmee een nijpend capaciteitsprobleem. Het is daarom van belang om inzicht te krijgen in de mogelijkheden van zelfzorg en vooral ook mantelzorg voor ouderen. Het onderzoek dat in 3.4 is vertegenwoordigd, geeft een beeld van de omvang van het mantelzorgcircuit voor ouderen en van de problemen waarmee mantelzorgers worden geconfronteerd. Het verlenen van mantelzorg aan oudere familieleden en ouderen in de nabije omgeving blijkt vaak uit te groeien tot een zware last voor de zorgers. Het beroep dat wordt gedaan op mantelzorg richt zich in de praktijk in meerderheid op vrouwen.

De bibliografie vervolgt in hoofdstuk 4 met een opsomming van literatuur die betrekking heeft op **zelfhulp**. In het algemeen kan gezegd worden dat zelfhulpgroepen ontstaan en zijn ontstaan vanwege het tekortschieten of ontbreken van sociaal-medische zorg, vanuit een erkenning van de waarde van wederzijdse steun, of als gevolg van een kennismaking via de media met mensen die ook aan een bepaalde aandoening lijden.

Gemeenschappelijke kenmerken van zelfhulpgroepen zijn: de leden hebben een bepaalde ervaring gemeen; hulp en steun worden wederzijds gegeven; niet alleen de geholpene, maar ook de helper profiteert; het gevoel van normaal-zijn ondanks het probleem waarmee men kampt, wordt hersteld; er is gemeenschappelijke wilskracht en vertrouwen; er wordt gestreefd naar bevordering van feitelijke kennis en begrip; men onderneemt constructieve actie in de richting van een gemeenschappelijk doel (Russell, Iljon-Foreman, no. 13).

Hoofdstuk 5 verschaft enkele ingangen in de overweldigende stroom literatuur waarin de theorievorming en het onderzoek met betrekking tot **sociale netwerken** en de steun die mensen daaraan ontleen, worden belicht. In dit werk wordt de sociaal-psychologische basis gelegd voor het idee dat het deel uitmaken van een goed functionerende mantelzorggroep een heilzame invloed

heeft op het algeheel welbevinden en de gezondheid van het individu. In het bijzonder is dat gunstig voor de preventie van psychosociale stoornissen.

Dit idee is neergelegd in de zogenaamde buffering-hypothese. Die kan als volgt worden weergegeven: **social support** draagt er toe bij dat mensen beter bestand zijn tegen problemen en tegen stress, omdat het vermogen tot aanpassing aan de omgeving en het besef dat men invloed kan uitoefenen op de omgeving, door **social support** worden versterkt.

Het begrip **social support**, dat staat voor steun uit sociale netwerken, is in de referaten bij de opgenomen Engelstalige publicaties onvertaald gelaten, enerzijds omdat er geen onmiskenbaar en kernachtig Nederlands equivalent voorhanden is ("sociale steun" roept onbedoelde associaties op aan financiële bijstand van de kant van de overheid), en anderzijds omdat het begrip in de literatuur sterk is ingeburgerd.

In hoofdstuk 6 komen we toe aan literatuur die zich speciaal bezighoudt met het **raakvlak** tussen de twee te onderscheiden zorgsystemen: zelfzorg en mantelzorg enerzijds en professionele zorg anderzijds. Zoals in het voorafgaande reeds is gememoreerd, hebben de ontwikkelingen in de geneeskunde en met name in de professionele gezondheidszorg geleid tot een beeld van verzwakte en incompetent zelfzorgkaders aan de ene kant en een hoog gespecialiseerde en technologisch geïntendeerde professionele zorg aan de andere kant (Beek, Van Eijk, Rutten, no. 166). Wijd verspreid is nu de gedachte dat de zelfzorgcompetentie vergroot moet worden.

Uit de literatuur blijkt dat ten aanzien van de relaties tussen het informele en het formele systeem gedacht wordt aan de mogelijkheden van het stimuleren, begeleiden en ondersteunen van activiteiten op het gebied van zelfzorg en mantelzorg door beroepsmensen, en aan concrete voorlichting en informatie over handelingen die mensen zelf kunnen uitvoeren in geval van ziekte. Professionals laten zich ook hier af en toe gemakkelijk betrappen op de neiging om hun eigen positie en hun eigen deskundigheid centraal te stellen.

In 6.1 wordt een greep gedaan uit de grote hoeveelheid studies, onderzoeken en commentaren over zelfzorgbevorderende hulpverlening. Aan de orde komen eveneens onderzoeken naar de opvattingen van professionals over de mogelijkheden en beperkingen van zelfzorg en mantelzorg. In veel publicaties wordt beschreven welke rol voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg is weggelegd ten opzichte van de wenselijk geachte zelfzorg en mantelzorg.

Vervolgens wordt in 6.2 de aandacht gevestigd op werk waarin educatieve interventies worden beschreven die gericht zijn op vergroting van de zelfzorgcompetentie. In de buitenlandse literatuur wordt groot belang gehecht aan inzicht in de **effecten** van educatieve programma's en directe voorlichting door eerstelijnsverkers. Experimenten, aanvankelijk vooral gericht op verbetering van de medische kennis en het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid, blijken echter niet zonder meer te leiden tot een vermindering of een juist gebruik van gezondheidsvoorzieningen (Beek, Van Eijk, Rutten, no. 166).

In de publicaties die in 6.2 zijn te vinden, wordt onder meer nagegaan wat het effect is van educatie en voorlichting over zelfzorg, training in bepaalde handelingen (bijvoorbeeld borstzelfonderzoek) en onderlinge uitwisseling van informatie onder mensen met vergelijkbare ziekte-ervaringen op het gebruik van professionele zorg, de kosten van de medische dienstverlening en de lichamelijke en geestelijke conditie van patiënten. Er is ook werk vertegenwoordigd waarin dergelijk onderzoek wordt getoetst aan methodologische criteria.

Ter afsluiting van deze inleiding is het wellicht nuttig om in het kort in te gaan op de zienswijzen van waaruit verschillende auteurs het verschijnsel zelfzorg benaderen. Russell en Iljon-Foreman (no. 13) onderscheiden een medische, een holistische, een sociale en een politieke visie op zelfzorg.

Aan de **medische** visie op zelfzorg liggen de volgende veronderstellingen over het belang van gezondheid en

het belang van artsen voor de gezondheid van individuen ten grondslag: gezondheid is het hoogste doel in het leven; non-compliantie van patiënten is destructief gedrag; vertrouwen is een cruciale factor voor het genezingsproces; de leek heeft in zijn zelfzorg een aanvullende rol op de interventie van de professional. In de medische visie op zelfzorg is patiëntenvoorlichting gericht op het verhogen van de therapietrouw, en wordt het succes van een behandeling gemeten aan klinische gedragsresultaten. De verantwoordelijkheid voor de behandeling van ziekte ligt bij de arts.

In de **holistische** (of **individualistische**) visie wordt zelfzorg bij gezondheid en ziekte gezien als een onderdeel van iemands leefstijl. Professionele zorg is een supplement bij en soms een substituut voor zelfzorg. De leek is de belangrijkste zorgverlener. Praktiserende medici moeten kennis en vaardigheden overdragen, omdat gezondheidsproblemen zo veel mogelijk door het individu zelf opgelost moeten worden als onderdeel van dagelijks probleemoplossend gedrag.

De **sociale** (of **interactieve**) visie op zelfzorg ziet het ontwikkelen van zelfzorggedrag als een socialisatieproces. Het doel is competente participatie in de gezondheidszorg, met verantwoord gebruik van professionele zorg. Voor het individu wordt succes gemeten aan de mate van zelfcontrole en assertiviteit. Voortdurende paternalistische supervisie wordt gezien als een falen van beroepsmensen in de interactie met hun patiënten.

De **politieke** visie op zelfzorg tenslotte stelt vraagtekens bij de bevordering van zelfzorg als alternatief voor het professionele zorgsysteem. Verantwoordelijkheid toekennen aan leken voor hun gezondheid zou wel eens kunnen neerkomen op dwang in plaats van vrijheid. Autonomie is mooi, maar het vereist een zeker niveau van educatie en bereidheid tot participatie. Het gevaar bestaat dat zelfzorg voornamelijk aantrekkelijk is voor mensen met een goede gezondheid en mensen met financiële middelen en een relatief hoog scholingsniveau. Door de bepleite verschuiving in de richting van zelfzorg wordt de aandacht afgeleid van de noodzaak van financiële en sociale verbeteringen die voor veel men-

sen nodig zijn om hun gezondheidsspeil te kunnen verhogen.

### **Bronnen**

Bij het samenstellen van de bibliografie is voornamelijk geput uit de eigen NIVEL-collectie. Er zijn echter ook publicaties opgenomen uit andere bibliotheken, waarvan met name de Medische Bibliotheek van de Rijksuniversiteit Utrecht genoemd moet worden.

Verskillende catalogi, in de NIVEL-bibliotheek en elders, hebben nuttige diensten bewezen bij het vinden van literatuur. Om op het spoor te komen van de belangrijkste literatuur is ook veel gebruik gemaakt van referenties die bij de meeste publicaties worden opgegeven.

## GEBRUIKSAANWIJZING

In veel gevallen bleek het niet eenvoudig om publicaties in onderling exclusieve categorieën onder te brengen. Veelal worden in een publicatie zowel ideologische, beleidsmatige als praktische aspecten van het besproken onderwerp aangeroerd, wat een eenduidige indeling bij een van de gekozen thema's in de weg staat. Dat is de reden dat sommige publicaties in meerdere hoofdstukken zijn opgenomen. In een dergelijk geval wordt alleen bij de eerste vermelding het referaat afgedrukt. Als een publicatie verder in de bibliografie nog eens genoemd wordt, wordt voor de samenvatting en de volledige titelbeschrijving volstaan met een verwijzing naar de eerste vermelding.

Onder ieder nummer staan een of meer afkortingen van namen van instellingen. Iedere afkorting verwijst naar een instelling die de betreffende publicatie in de bibliotheekcollectie heeft. Bij deze opgave is niet gestreefd naar volledigheid.

De organisatie die onderstreept is, heeft zorg gedragen voor het referaat. Waar slechts een enkele instantie wordt opgegeven, is de onderstreping weggelaten; niettemin is het referaat dan door de genoemde instantie vervaardigd of verzorgd. Als NIVEL tussen haakjes staat, dan maakt de genoemde uitgave geen deel uit van de eigen collectie.

De titels in de bibliografie zijn per hoofdstuk alfabetisch geordend. Om ten aanzien van de gehele bibliografie het zoeken op auteur gemakkelijk te maken, is een alfabetische auteursindex opgenomen.



**1. ALGEMEEN**

1

**DEAN, K.**

**Self-care responses to illness: a selected review.**  
**Social Science and Medicine; 15A, 1981, no. 5, p. 673-378, lit.opgn.**

Zelfzorg is het basisniveau van gezondheidszorg in alle samenlevingen. Toch is er weinig bekend over de grote verscheidenheid van reacties op ziekte en over de krachten waardoor die reacties bepaald worden. Dit artikel geeft een overzicht van literatuur die zich bezighoudt met zelfzorggedrag als reactie op ziekte. Vragen die opkomen worden besproken en er wordt aangegeven waar verder onderzoek nodig is. Hoewel beperkt laat de literatuur zien dat zelfevaluatie van symptomen en eigen beslissingen met betrekking tot handelend optreden bij ziekte een belangrijk deel van zelfzorggedrag uitmaken. Er zijn echter meer studies van algemene populaties nodig om de omvang van zelfzorgactiviteiten in kaart te brengen en om vast te stellen door welke factoren de reacties op ziekte in groepen binnen de samenleving worden bepaald. Het is in het bijzonder van belang om onderzoek op te zetten met uniforme definities, en speciaal definities van zelfzorg en zelfmedicatie.  
niveau

2

**FERGUSON, T.**

**Medical self-care: self-responsibility for health.**  
In: A.C. HASTINGS, J. FADIMAN, J.S. GORDON (eds).  
**Health for the whole person: the complete guide to holistic medicine.** Boulder, Colorado, Westview Press, 1980. p. 87-103, lit.opgn.

Populair inleidend artikel waarin een beeld wordt geschetst van de opkomende zelfzorgbeweging in de

Verenigde Staten. De verhouding van zelfzorg tot de holistische gezondheidsideologie komt aan de orde. Verder wordt beschreven via welke kanalen zelfzorg onderwezen en geleerd wordt. Er worden enkele historische ontwikkelingen genoemd waardoor het fenomeen zelfzorg de wind in de zeilen heeft gekregen. Ten slotte stipt de auteur enkele vragen aan die in dit verband gesteld moeten worden. Het artikel gaat vergezeld van een geannoteerde literatuurlijst.  
bijl (nivel)

3

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Algemene zorgkunde voor de zorgverlenende beroepen.  
Lochem, De Tijdstroom, 1981.

B 534

Gemakkelijk leesbare inleiding tot de algemene zorgkunde. Hoofdstukken over zelfzorg als basis van alle vormen van zorg, mantelzorg, de zorgfuncties, de dubbellaag-theorie van het zorgen, zorgverlenen als beroep, het beroep op de zorgverlening, en concrete regels voor nieuw zorgbeleid en zorgend bezig zijn.  
nivel

4

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M. (ed).

Changes in caring for health.

Lochem etc., De Tijdstroom etc., 1980, lit. opgn.

B 668

Deze monograaf is gebaseerd op een internationale conferentie die in juni 1978 is gehouden aan de RUL te Maastricht.

Na twee inleidende hoofdstukken waarin een overzicht wordt gegeven van veranderende opvattingen over zorg en van aspecten van zelfzorg en mantelzorg, komen drie verschillende zienswijzen ten aanzien van de veranderende zorg aan bod: die van patiënten, verpleegkundigen en medische beroepsbeoefenaars. Onder artsen blijken de trends van zelfzorg en mantelzorg meer kritiek, bezorgdheid, twijfel en verwarring op

te roepen dan onder verpleegkundigen.

Het zesde hoofdstuk gaat over nieuwe relaties tussen mantelzorgactiviteiten en professionele zorg. In het zevende hoofdstuk wordt ingegaan op de evaluatie van zelfzorg. Hoofdstuk 8 besteedt aandacht aan de macro-economische aspecten van de veranderingen in de zorg in de toekomst. Het boek sluit af met de conclusies en aanbevelingen van de conferentie.

nivel

*Bv. a. d. v.*

5

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Mantelzorg.

Medisch Contact; 34, 1979, no. 5, p. 139-142, lit.opgn.

Inleidend artikel over het begrip mantelzorg. Ingegaan wordt op de definitie van het begrip, de stand van het onderzoek, de functies van mantelzorg, de verschillende netwerken waarbinnen mantelzorg wordt verleend, en de verschillende typen van mantelzorg.

nivel

6

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Het verschijnsel zorg.

Lochem, De Tijdstroom, 1977, lit.opgn.

B 200

Theoretische beschouwingen over zorg en zorgen (behoefte aan zorg en het verzorgen zelf). Verschillende soorten zorg en kaders van zorgverlening worden besproken: zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Kritische beschouwing over de huidige gezondheidszorg en mogelijkheden in de toekomst.

nivel

7

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Zelfzorg, een omstreden begrip.

Medisch Contact; 34, 1979, no. 1, p. 5-8, lit. opgn.

Inleidend artikel over de discussie rond zelfzorg

waarin zeven typen van zelfzorg worden onderscheiden:

1. basale zelfzorg;
2. basale competentieverhoogde zelfzorg;
3. spontane raakvlakzelfzorg;
4. competentieverhoogde raakvlakzelfzorg;
5. complementaire medische zelfzorg;
6. zelfzorg voor zieke zijn;
7. handicap-zelfzorg.

niveau

8

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M. (ed).

Zorgverlening in beweging.

Lochem, De Tijdstroom, 1979.

Voordrachten en discussies van het congres "Zonder zorg vaart niemand wel" (Den Haag, oktober 1978).

niveau

9

HAVE, H.A.M.J. ten.

Self-help: backgrounds, postulates and problems of a new phenomenon.

Huisarts en Wetenschap; 23, 1980, no. 8, p. 305-308, lit.opgn.

Het verschijnsel zelfhulp trekt steeds meer belangstelling. Zelfhulp verwijst naar de overtuiging dat men zelf kan omgaan met problemen zonder inschakeling van professionele hulpverleners. De term zelfhulp omvat een individueel aspect (zelfzorg) en een collectief aspect (mantelzorg). In dit artikel wordt het verschijnsel geplaatst tegen de achtergrond van een aantal maatschappelijke en wetenschappelijke veranderingen, met name ten aanzien van de geneeskunde. De mogelijkheid van zelfhulp vooronderstelt de begrensdheid van de professionele zorg, geloof in de macht van het individu en tenslotte de verworvenheden van de geneeskunde. Voor de medicus zal de confrontatie met zelfhulp een aantal problemen kunnen oproepen, zoals de houding ten opzichte

van zelfhulpgroepen, de afgrenzing van zelfhulp en professionele hulp, veranderingen in de arts-patiënt verhouding, het stellen van ervaringsdeskundigheid tegenover professionele deskundigheid en tenslotte de evaluatie van zelfhulp praktijken.

Wanneer zelfhulp niet als antithese maar als complement van professionele hulp benaderd wordt, kan de professional door voorlichting en opvoeding er toe bijdragen de competentie van zelfhelpers te vergroten. De beslissing tot het inroepen van professionele hulp kan hierdoor op meer verantwoorde wijze worden genomen.

nivel

10

LEVIN, L.S., E.L. IDLER.

The hidden health care system: mediating structures and medicine.

Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Company, 1981, lit.opgn.

Leken moeten niet langer gezien worden als consumenten van gezondheidszorg, maar als de primaire zorgverleners. Vanuit dit vertrekpunt is dit boek over de niet-professionele zorg voor de gezondheid in de Verenigde Staten geschreven. Het boek gaat over intermediaire ("mediating") structuren, waarmee hier in concreto de volgende maatschappelijke groeperingen worden bedoeld: het gezin, de religieuze groepering, de buurt, de etnische groep en de vereniging van vrijwilligers.

Het eerste hoofdstuk onderzoekt de relatie tussen intermediaire structuren en het individuele gezondheidsniveau, en bevat een overzicht van het belangrijkste werk op het gebied van de sociale epidemiologie en de medische sociologie.

Het gezin en de zorgactiviteiten die het gezin ten behoeve van zijn leden onderneemt, zijn het onderwerp van het tweede hoofdstuk. Na een blik op de literatuur wordt de huidige kennis geschetst van de soorten, de frequentie, de effectiviteit en de veiligheid van zelfzorg binnen het gezin.

Het derde hoofdstuk gaat over religieuze groeperingen en genezing. Met name de charismatische beweging komt aan bod.

In het vierde hoofdstuk worden de activiteiten van uiteenlopende groeperingen besproken: los georganiseerde netwerken van verwanten en vrienden, zelfhulpgroepen en organisaties van vrijwilligers.

Het laatste hoofdstuk onderzoekt de implicaties van intermediaire structuren in de gezondheidszorg voor het beleid. Volgens de auteurs zijn intermediaire structuren nooit op waarde geschat omdat ze als vanzelfsprekend werden gezien. Niettemin zijn ze te belangrijk om over het hoofd gezien te worden en verdienen ze bescherming.

eur (nivel)

11

LEVIN, L.S., A.H. KATZ, E. HOLST.  
Self-care: lay initiatives in health.  
New York, Prodist, 1976, lit.opgn.

Dit boek is gebaseerd op de concepten en voorzieningen die zijn ontwikkeld op het eerste internationale symposium over de rol van het individu in de basiszorg, gehouden in 1975 in Kopenhagen. Het boek biedt een overzicht van zelfzorg, de functie van zelfzorg in de basiszorg, een aantal van de belangrijkste vraagstukken met betrekking tot de toekomstige ontwikkeling van zelfzorg, en de uitdagingen die het onderzoek te wachten staan. Er is een uitgebreide geannoteerde bibliografie opgenomen.

bijl (nivel)

12

LITMAN, T.J.  
The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview.  
Social Science and Medicine; 8, 1974, no. 9/10, p. 495-519, lit.opgn.

Overzichtsartikel waarin onderzoek wordt besproken naar diverse aspecten van de rol van het gezin in

gezondheid en medische zorg.  
niveau

13

RUSSELL, E.M., E.L. ILJON-FOREMAN.

Self-care in illness: a review.

Family Practice; 2, 1985, no. 2, p. 108-121, lit.opgn.

c

Overzichtsartikel waarin de auteurs aandacht schenken aan de resultaten van het onderzoek naar zelfzorg bij ziekte. Na een inleiding waarin vier benaderingen van het verschijnsel zelfzorg aan de orde worden gesteld (holistisch, sociaal, medisch en politiek), wordt ingegaan op verschillende aspecten van het onderzoek:

- hoeveel zelfzorg is er?
- bij welke aandoeningen wordt zelfzorg toegepast?
- in welke vormen komt zelfzorg voor?
- wie doet aan zelfzorg?
- hoe staan professionals tegenover zelfzorg?
- is zelfzorg effectief?

Daarnaast beschrijven de auteurs de stand van het onderzoek naar de overdracht van kennis, vaardigheden en houdingen, en het onderzoek op het gebied van zelfhulpgroepen.

De conclusie luidt dat het, gezien de geringe kennis van de resultaten van zelfzorgactiviteiten voor of tijdens de professionele behandeling, zeer onwaarschijnlijk is dat de wetenschap harde bewijzen zal verschaffen met betrekking tot de vraag welke benadering de beste klinische resultaten oplevert.  
bij niveau

14

WELLE DONKER, M.G.E.

Het verschijnsel zorg: een kritische bespreking.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 16, p. 486-488.

Kritische bespreking van het door Hattinga Verschure gehanteerde zorgbegrip. Dit begrip is niet afgestemd op de zorgvraag, maar op een door de professional

vast te stellen zorgbehoefte. Bovendien is het niet "wederkerig". Hierin verschilt de professionele zorg fundamenteel van de oorspronkelijke burenhulp, waaraan de wederzijdse hulpverlening ten grondslag lag. Het ontbreken van die wederkerigheid door de toegenomen complexiteit van onze samenleving is juist een van de oorzaken dat professionele hulp in de zorg noodzakelijk is geworden. Deze dient dan wel nauwkeurig afgestemd te zijn op de door bejaarden en anderen ervaren behoeften.

nivel wvc

15

WILLIAMSON, J.D., K. DANAHER.

Self-care in health.

London, Croom Helm, 1978, lit.opgn.

Er zijn ernstige belangentegenstellingen verbonden met een zelfzorgbeleid dat gericht is op effectievere zelfbehandeling, meer geëigend gebruik van gezondheidsvoorzieningen en betere instandhouding van de gezondheid. In dit boek wordt onderzocht wat de conflictgebieden zijn en welke beperkingen kleven aan de huidige kennis en methoden.

Na een kort overzicht van de huidige gezondheidszorg in Groot-Brittannië wordt zelfzorg besproken in relatie tot zowel behandeling als preventie. Daarbij wordt de aandacht gevestigd op gezondheidsgedrag, methoden van zelfbehandeling, het gebruik van alternatieve geneeswijzen, en het vraagstuk van de taakverdeling in de gezondheidszorg. Besproken wordt hoe zelfzorg kan dienen als middel tot deprofessionalisering. Er worden suggesties gedaan voor verder onderzoek.

Het boek bevat appendices met aanbevolen literatuur, een lijst van zelfzorghandboeken en een uitgebreide literatuurlijst.

bcu bijl (nivel)



## 2. IDEOLOGIE EN OVERHEIDSBELEID

### 2.1 ALGEMEEN

16

BAROFSKY, I.

Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care.

Social Science and Medicine; 12, 1978, no. 5A, p. 369-376, lit.opgn.

Essay over de vraagstukken die opgelost moeten worden als men de relatie tussen patiënt en hulpverlener wil veranderen in een **therapeutische alliantie**. Begonnen wordt met de observatie dat iemands eerste ervaring met het gezondheidszorgsysteem vaak een dwingend karakter heeft. De auteur stelt dat het proces waarbij een persoon een patiënt wordt, een proces is van socialisering in het systeem van de gezondheidszorg. Het doel van iedere socialisering is de ontwikkeling van individuele controle, in dit geval de ontwikkeling van zelfzorggedrag.

Vijf modellen van zelfzorg worden beschreven (een naturalistisch, een egoïstisch, een ideologisch, een existentieel en een uitwisselingsmodel) om te benadrukken dat er geen overeenstemming bestaat over de wijze waarop iemand in de rol van patiënt gesocialiseerd kan worden.

Vervolgens worden de verschillende functies van zelfzorg beschreven: ziekte verzachten, symptomen verzachten, ziekte voorkomen en lichaamsprocessen reguleren.

Tenslotte wordt een kort overzicht gegeven van de literatuur over zelfzorg en zelfhulpgroepen. De elementen die vereist zijn voor het tot stand brengen van een programma dat kan leiden tot de ontwikkeling van zelfzorg, worden geïdentificeerd.

nivel

17

BROOK, P.

Psychogeriatrics and the general practitioner.

Update; 31, 1985, no. 8, p. 613, 616, 618, 620.

20% van de ouderen boven de 80 jaar heeft een hersenbeschadiging en de meesten van hen worden thuis verzorgd door naasten. Het percentage hoogbejaarden zal tegen het jaar 2000 met eenderde vermeerderd zijn. Institutionele zorg zal niet zo snel kunnen groeien en bovendien is deze vorm van zorg niet altijd in het belang van de oudere. De zware last die mantelzorg met zich meebrengt, dient verlicht te worden. De auteur bepleit een nauwe samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg, sociale diensten, psychogeriatric, geriatrie en vrijwilligersorganisaties. De diensten van deze laatste organisaties zouden uitgebreid moeten worden. De auteur beschrijft in het artikel de vorm van zorg die hem voor ogen staat.

nivel

18

BROOKS, N.A.

Opportunities for health promotion: including the chronically ill and disabled.

Social Science and Medicine; 19, 1984, no. 4, p. 405-409, lit.opgn.

Beschouwing over gezondheidsbevordering enerzijds en zelfzorg en onafhankelijk wonen in geval van chronische aandoeningen anderzijds. Er bestaan overeenkomsten tussen deze twee trends. Gezondheidsbevordering zou gediend kunnen zijn met contacten met chronisch zieken en gehandicapten, omdat het beheer van de leefstijl dat kenmerkend is voor gezondheidsbevordering, in vele opzichten overeenkomt met de zelfzorgregimes die door chronisch zieken worden gevolgd. Bovendien heeft de filosofie van onafhankelijk wonen maatschappelijke grondslagen gemeen met het concept van gezondheidsbevordering.

nivel

19

DOTY, P.

Family care of the elderly: the role of public policy.  
Milbank Quarterly; 64, 1986, no. 1, p. 34-75, lit.opgn.

Verkenning van de rol die de familie in de toekomst kan spelen bij de verzorging van bejaarden. Factoren die hierbij een rol spelen, worden nader geanalyseerd: toenemend aantal bejaarden, afnemend aantal jongeren, sociale controle, stress, etcetera. Hierop volgt een opsomming van mogelijke overheidsmaatregelen om de familiezorg te stimuleren: onder andere het ondersteunen en informeren van verzorgenden, periodieke vervangende verzorging, financiële ondersteuning. Aangezien de drijfveren achter familiezorg meestal van emotionele aard zijn, lijken financiële maatregelen weinig zinvol.

nivel

20

DROESEN, L.

Zelfredzaamheid! Wat is dat eigenlijk?

Tijdschrift voor Gezinsverzorging; 14, 1984, no. 8, p. 8-9.

Beschouwing over het begrip zelfredzaamheid in het kader van zelf- en mantelzorg. Met name in de gezinsverzorging is het van belang om zicht te krijgen op de mate van zelfredzaamheid van personen en gezinnen. Waar mogelijk moet de zelfredzaamheid gestimuleerd worden, maar van eisen kan geen sprake zijn.

nivel

21

FINCH, J., D. GROVES (eds).

A labour of love: women, work and caring.

London, Routledge and Kegan Paul, 1983, lit.opgn.

In deze artikelenbundel wordt de aandacht gevestigd op de spanning tussen de (feitelijke, mogelijke of gewenste) economische onafhankelijkheid van vrouwen en de traditionele zorgende rol van vrouwen. In de

artikelen worden verschillende facetten onderzocht van de ervaring van vrouwen met zorg, de dilemma's waarvoor vrouwen gesteld worden in verband met het zorgen, de spanning tussen betaald werk en onbetaalde zorg, en de maatschappelijke beleidskwesties die met de besproken onderwerpen samenhangen.  
ab (nivel)

22

GEEST, S. van der.

Gezondheidszorg hier en elders: enkele antropologische overwegingen.

Gezondheid en Samenleving; 6, 1985, no. 3, p. 161-171, lit.opgn.

In onderzoek naar niet-westerse medische tradities wordt er vaak de nadruk op gelegd dat deze tradities aantrekkelijke alternatieven bevatten voor de westerse geneeskunde. In dit artikel worden vier van deze alternatieven gepresenteerd: de sobere, ecologisch gebalanceerde leefstijl die ook in de verdere toekomst gezondheid mogelijk maakt; het holistische karakter van deze medische tradities; de betrokkenheid van genezers bij het welbevinden van hun patiënten; het belang van zelfzorg. Nagegaan wordt of deze alternatieven nu wel echt zo aantrekkelijk zijn. De auteur geeft aan dat de antropologische "bevindingen" in andere culturen soms zijn opgezet om kritieken op de eigen maatschappij te bevestigen. Niettemin kan de medische antropologie een bescheiden rol spelen bij het erkennen van de waarden en non-waarden van het eigen stelsel van gezondheidszorg.

nivel

23

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Perspectives in Western health care.

Health Policy; 5, 1985, no.4, p. 275-288.

Beschreven worden elf trends in de gezondheidszorg en de maatschappij voor een toekomstscenario voor de

gezondheidszorg in de westerse samenleving: involutie van de specialistische geneeskunde, verschuiving van acute aandoeningen naar chronische, meer zelf- en mantelzorg, meer eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid, deinstitutionalisering, veranderingen in persoonlijke waarden en doelen, herleving van het emotionele leven, herwaardering van sterven, een participerende samenleving. Gezondheidszorg zal gebaseerd zijn op zelfzorg en sociale netwerken.  
ab bijl wvc

24

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Zelfzorg en mantelzorg.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 62, 1984, no. 22, p. 874-876, lit.opgn.

Reactie op het artikel van Schnabel (no. 36). Hattinga Verschure bestrijdt de stelling dat alleen kennis de basis is van goede zorg. Zorgend handelen wordt misschien wel meer genormeerd door "cultuur als stelsel van waarden en gewoonten" en door persoonlijke levenservaring. De patiënt kan wel degelijk zelfzorgend bezig zijn, als "partner" van de professional.

nivel

25

HICKEY, T., K. DEAN, B.E. HOLSTEIN.

Emerging trends in gerontology and geriatrics: implications for the self-care of the elderly.

Social Science and Medicine; 23, 1986, no. 12, p. 1363-1369, lit.opgn.

Dit artikel brengt verslag uit van een internationaal project waarin een overzicht is verkregen van geriatrische zelfzorg in verschillende landen en verschillende gezondheidszorgsystemen. Er zijn een aantal factoren geïdentificeerd die van invloed zijn op de groei van de belangstelling voor geriatrische zelfzorg: overeenkomsten en verschillen in gezondheidszorgsystemen, demografische veranderingen, co-

hortverschillen, de opkomst van specialisten in de geriatrische zorg, en het belang dat bij de aanpak van gezondheidsproblemen die verbonden zijn met ouder worden, wordt gehecht aan biomedische modellen.

De rol van professionals, in het bijzonder degenen met een geriatrische opleiding, wordt onderzocht, waarbij het belang wordt erkend van een zelfzorgstrategie die onafhankelijk is van professionele overheersing. Omdat de gezondheidszorg niet in staat is om te gaan met een vergrijzende bevolking, moeten beroepsmensen en consumenten samenwerken aan zorginitiatieven die de afhankelijkheid van formele instellingen verminderen en een positief gezondheidsgedrag ondersteunen.

Het artikel eindigt met een waarschuwing. Voor de relatief gezonde en goed opgeleide ouderen kan effectieve zelfzorg een belangrijk middel zijn voor preventie, gezondheidsbehoud en consumentenbescherming, maar voor chronisch zieke en dus afhankelijke ouderen zou zelfzorg wel eens de enige hulpbron kunnen zijn, en vaak een ontoereikende.

nivel

26

JONKER, J.M.L., R.A.B. LEAPER, J.A. YODER (eds).

Support networks in a caring community: research and policy, fact and fiction.

Dordrecht etc., Martinus Nijhoff, 1985, lit.opgn.

B 1263

Conferentiebundel. Het doel van de conferentie was na te gaan hoe support vanuit de overheid en vanuit informele netwerken elkaar het best kunnen aanvullen. De discussie vindt plaats binnen de context van de grootscheepse herziening van het raamwerk van de verzorgingsstaat.

Bij de conclusies en aanbevelingen komen twee fundamentele punten naar voren:

- de analyse van de aard, de reikwijdte en de intensiteit van supportnetwerken is een complexe aangelegenheid die verder onderzoek vraagt;

- het vertrouwen op informele netwerken als een goedkoop of zelfs wenselijk alternatief voor professionele zorg is een oversimplificatie; het is realistischer om uit te gaan van een model waarin professionele diensten en supportnetwerken complementair zijn.

De bundel opent met een literatuurstudie van **Lentjes en Jonker** met betrekking tot netwerken van social support.

**Walker** beschrijft factoren die de kritiek op de verzorgingsstaat en de groeiende belangstelling voor informele zorgnetwerken hebben bevorderd. Informele netwerken moeten niet overgeïdealiseerd en overbelast worden.

**Gottlieb** maakt melding van technieken die professionals ten dienste staan om de sociale netwerken van cliënten/patiënten te beoordelen en om zeker te stellen dat de supportvoorzieningen in de eigen omgeving van mensen door professionele zorg niet vervangen worden, maar aangevuld en versterkt.

Het artikel van **Douben en Dekkers** gaat over economische ontwikkelingen met betrekking tot de programma's van sociale zekerheid en welzijn in Nederland.

**Krantz** gaat in op het belang van de gebouwde omgeving voor de ontwikkeling van een zorgende samenleving.

**Pinker** beschrijft de problemen die samenhangen met de verdeling van verantwoordelijkheden tussen formele en informele zorgcircuits.

Het artikel van **Brannen** gaat over het proces van zoeken naar hulp bij huwelijksproblemen.

Aan de hand van een Zweeds project beschrijft **Henning** de rol die de sociale dienstverlening speelt bij het organiseren van informele netwerken.

**Hodder** heeft onderzoek gedaan naar de behoefte aan ondersteuning van informele zorgverleners en naar effectieve manieren om in die behoeften te voorzien.

Het artikel van **Knipscheer** is een schets van problemen met betrekking tot informele zorg voor ouderen en van mogelijkheden om die op te lossen, tegen de achtergrond van het streven om informele zorg te bevorderen.

**Litwin** gaat in op de vraag of "community care", gezien als samenwerking tussen supportnetwerken en professionele zorg, in Israel te realiseren is.

**Nauta en Schuyt** geven een beschouwing over de sociologische concepten "intermediaire structuur" en "netwerk" en het belang daarvan voor het debat over de verzorgingsstaat. Intermediaire structuren zijn de maatschappelijke instituties die tussen het individu en de openbare lichamen staan (familie, buurt, vriendenkring).

**Tennant en Bayley** geven een analyse van de gezinsstructuur en de supportnetwerken van een groep mensen van 70 tot en met 79 jaar in een mijnwerkersdorp in South Yorkshire (Engeland).

Het artikel van **Van Tilburg** gaat over het type relaties waaraan mensen steun ontleen en over factoren die de ontwikkeling van nieuwe relaties in de weg staan. Vor het beleid is het van belang dat het opbouwen of het in stand houden van netwerken vaak problematisch is.

nivel

27

JUFFERMANS, P.C.

Medicalisering, zelfzorg en de crisis van de verzorgingsstaat.

Medisch Contact; 38, 1983, no. 8, p. 224-226, lit.opgn.

In deze beschouwing wordt gesteld dat het medicaliseringsdenken en het propageren van zelfzorg en mantelzorg als panacee voor de kwalen en problemen van de verzorgingsstaat worden verabsoluteerd. De schaduwzijden van deze benadering krijgen te weinig aandacht. In de eerste plaats wordt in het medicaliseringsdenken geen antwoord gegeven op de vraag hoe de maatschappelijke en individuele problemen dienen te worden aangepakt als ze van hun medische etikettering worden ontdaan. In de tweede plaats wordt het idee van zelfzorg en mantelzorg te lichtvaardig als alternatief voor professionele zorg ten tonele gevoerd.

nivel



28

KATZ, A.H., L.S. LEVIN.

Self-care is **not** a solipsistic trap: reply to critics. International Journal of Health Services; 10, 1980, no. 2, p. 329-336, lit.opgn.

Dit artikel is een reactie op de kritiek op de beweging voor zelfzorg en zelfhulp die naar voren is gebracht door onder meer Crawford. De veelvoudige en gevarieerde oorsprongen, motivaties en ideologieën die verbonden zijn met de ontwikkelingen in zelfzorg, worden besproken. De auteurs verdedigen de stelling dat de zelfzorgbeweging een brede maatschappelijke weerstand belichaamt tegen de kwalen van hoogwaardig technologische gezondheidszorgsystemen. Empirisch onderzoek van specifieke programma's van deze beweging laat zien dat ze zich niet laat inpassen in een simplistische "victim blaming"-ideologie, maar juist afhankelijkheid vermindert en het individuele en sociale bewustzijn van gevaren voor de gezondheid versterkt.

ab (nivel)

29

KNOTTNERUS, A., M. van REIJEN, B. MIDDELKOOP, P. GEVAERTS, F. BAARS, M. BERTELS, I. van DRIEL, W. van WEZEL, R. BRUESSING, H. van de WILK, R. van de HEILIGENBERG, H. LINZEL, M. SMIT, L. van de MAESEN.

Invloed van gebruikers in de eerstelijnszorg: symposiummap.

Amsterdam, OSA etc., 1984.

B 1124

Deze bundel bevat discussiestukken over de volgende thema's: de spanning tussen democratisering en kwaliteit; zelfzorg, mantelzorg en eigen verantwoordelijkheid; methodiekontwikkeling; patiëntenrecht en klachtenbehandeling; gebruikersorganisaties en achterbanproblematiek; bestuurlijke participatie; participatie in het kader van de WVG; de rol van hulpverleners ten aanzien van participatie; de casus

Holendrecht.  
niveau

30

KRONENFELD, J.J.

Self care as a panacea for the ills of the health care system: an assessment.

Social Science and Medicine; 13A, 1979, no. 3, p. 263-267, lit.opgn.

Essay waarin wordt gewaarschuwd tegen de gevaren die zijn verbonden met de opkomende zelfzorgideologie. In veel publicaties over zelfzorg en zelfhulp ontbreekt een bespreking van de noodzakelijke voorwaarden voor het slagen van zelfzorg en zelfhulp. Zo is er een attitudeverandering nodig bij zowel consumenten als leveranciers van medische zorg. Bovendien mogen een aantal structurele zaken op sociaal-economisch vlak niet uit het oog verloren worden. Het gevaar is aanwezig dat een ideologie van "blaming the victim" ontstaat. Veel individuele maatregelen zijn ineffectief zolang er niets wordt gedaan aan sociaal-structurele oorzaken van slechte gezondheid. De aandacht wordt daardoor verschoven van maatschappelijke problemen naar het individu.  
niveau

31

KUIPER, J.P.

Ontwikkeling van een inclusieve gezondheidszorg.

In: G. SCHRIJVERS, J.M. BOOT (eds). Een halve eeuw gezondheidszorg. Lochem etc., De Tijdstroom, 1983, p. 215-239, lit.opgn.

B 935

In dit artikel wordt gepleit voor een zorgvernieuwing die "inclusieve gezondheidszorg" wordt genoemd. Dit begrip wordt op verschillende manieren omschreven, afhankelijk van het niveau van functioneren van de gezondheidszorg waarop gelet wordt. Op microniveau bijvoorbeeld impliceert het dat hulpverleners rekening houden met de eigen mogelijkheden (tot

zelfzorg) en waarden van hulpvragers. De auteur gaat nader in op omstandigheden en tendenzen die de ontwikkeling van een inclusieve gezondheidszorg bevorderen en belemmeren.

bijl nivel

32

LEVIN, L.S.

Self-care: towards fundamental changes in national strategies.

International Journal of Health Education; 24, 1981, no. 4, p. 219-228, lit.opgn.

Na een korte beschouwing over het professionele gezondheidsmodel stelt de auteur een sociaal model van gezondheidsvoorlichting voor dat is gebaseerd op drie concepten: gezondheid is niet de belangrijkste waarde in het leven; onafhankelijkheid is een uitdrukking van groei en menselijke waardigheid; er is meer dan ~~een~~ medische cultuur.

Hieruit worden zes belangrijke aanbevelingen afgeleid:

1. Gezondheidsvoorlichting moet er op gericht zijn de natuurlijke hulpbronnen van leken te versterken als de basishulpbronnen in de gezondheidszorg. Gezondheidsvoorlichting heeft naast gezondheidsbevordering en ziektepreventie een derde doel: steunende voorlichting.
2. Het versterken van de rol van leken in de basisgezondheidszorg is even belangrijk voor ontwikkelingslanden als voor geïndustrialiseerde landen.
3. Om de onafhankelijkheid van mensen in de gezondheidszorg te bevorderen moet in de voorlichting meer aandacht worden gegeven aan maatschappelijke ontwikkelingsstrategieën en aan methoden die de rol van leken bij het definiëren van problemen, het bepalen van prioriteiten en het actief participeren in oplossingen zo groot mogelijk maken.
4. Gezondheidsvoorlichting moet aandacht besteden aan non-allopathische opvattingen en methoden.
5. Er is valide informatie nodig over de sociale definities van gezondheid, gezondheidsverstoring en

gezondheidszorg.

6. Gezondheidsvoorlichting heeft een aandeel in de beheersing van iatrogene ziekte.

nivel

33

RAS, H.

"En avant, vous autres philosophes sociaux": op zoek naar impulsen voor zelfhandelen van burgers op welzijnsterrein.

Infoos; 1985, no. 3, p. 25-27.

Beschouwing over filosofische aspecten van het welzijnsstelsel. Zelfzorg en mantelzorg zijn actuele begrippen geworden. De traditionele sociaal-filosofische benadering van het welzijnswerk in de verzorgingsstaat voldoet niet meer.

nivel

34

REIJEN, M. van.

Eigen verantwoordelijkheid, hoe bedoelt u.

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek; 1, 1983, no. 3, p. 26-29, lit.opgn.

Filosofische kritiek op het dubbelzinnige gebruik van het begrip "eigen verantwoordelijkheid" in de gezondheidszorg. In plaats van zelfstandigheid en beslissingsrecht wordt met dat begrip meestal ge-doeld op een **verplichting** om te zorgen. Verantwoor-delijkheid in normatieve, verplichtende zin moet worden afgewezen.

nivel

35

SCHILLER, P.L., J.S. LEVIN.

Is self-care a social movement?

Social Science and Medicine; 17, 1983, no. 18, p. 1343-1352, lit.opgn.

Studie met betrekking tot de vraag of het fenomeen zelfzorg beschouwd moet worden als een sociale bewe-

ging. In het verleden hebben sociale bewegingen vaak een aanzienlijke invloed uitgeoefend op gezondheidsbeleid, publieke verwachtingen met betrekking tot gezondheidsdiensten, de structuur van de medische professie en de instellingen, en de persoonlijke gezondheidspraktijk van individuen. Er wordt geconcludeerd dat zelfzorg (voorlopig) niet voldoet aan de sociologische criteria voor sociale bewegingen. Wel worden factoren gesignaleerd die gunstige voorwaarden scheppen voor een mogelijke zelfzorgbeweging: de snelle technologische innovaties in de medische zorg, het slijten van de traditionele arts-patiënt verhouding en de toenemende medicalisering van aspecten van het (maatschappelijk) leven.  
niveau

36

SCHNABEL, P.

Professionaliteit als probleem in de geestelijke gezondheidszorg.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 62, 1984, no. 15, p. 602-608, lit.opgn.

Beschouwing over Hattinga Verschure's model van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. Professionele zorg is niet meer alleenzaligmakend. Deze opvatting heeft ook in het overheidsbeleid zijn weerslag gevonden. Deze ontwikkeling valt samen met de ontwikkeling van een zorgtheorie door Hattinga Verschure. De auteur meent dat tegen de achtergrond van het "primaat van het weten" zelfzorg en mantelzorg moeten worden beschouwd als complementaire systemen bij de professionele zorg. Met name in de geestelijke gezondheidszorg zijn zelfzorg en mantelzorg als op zichzelf staande eenheden niet goed toe te passen.

niveau

37

SCHNABEL, P.

Repliek.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 62, 1984, no. 22, p. 876.

Repliek op Hattinga Verschure (no. 24). Schnabel benadrukt dat het in de geestelijke gezondheidszorg ongerechtvaardigd is om aan individuen verantwoordelijkheid toe te schrijven. De geestelijke gezondheid wordt aangetast door factoren die buiten de controle van individuen vallen.  
niveau

38

SCHRIJVERS, G.

De dochter als voorziening? Een zorgcongres in Montreal.

Medisch Contact; 38, 1983, no. 36, p.1124-1126.

Verslag van een congres in Montreal (Canada) over gezondheidszorg voor ouderen en gehandicapten. De auteur deed er enkele alternatieven voor familie­zorg op die er toe kunnen bijdragen de mantelzorg over de bevolking te spreiden: onderlinge mantelzorg, complementaire mantelzorg vanuit thuismilieu en profes­sie, scholing van het thuismilieu.  
niveau

WILLIAMSON, J.D., K. DANAHER.

Self-care in health.

Idem, no. 15.

39

WINDIG, A.J., J.C.M. HATTINGA VERSCHURE.

Het wederkerigheidsbegrip in de mantelzorg.

Metamedica; 61, 1982, no. 3, p. 85-95, lit.opgn.

Beschouwing over het begrip wederkerigheid dat deel uitmaakt van de definitie van mantelzorg. Onderzocht wordt in hoeverre de ruiltheorie van toepassing is op mantelzorg. De conclusie is dat het begrip wederkerigheid ruim moet worden geïnterpreteerd en in samenhang gezien moet worden met de begrippen "geno-

ten" en "zorgbereidheid".  
niveau

## 2.2 DE SITUATIE BUITEN NEDERLAND

40

FRY, J.

Self-help and the health-care dilemma.

Update; 29, 1984, no. 10, p. 829-830.

Commentaar op het WHO-rapport "Self-help and health in Europe". De auteur wijst met name op het ontbreken van kritisch onderzoek naar de voordelen van zelfhulp en zelfzorg.  
niveau

41

HATCH, S., I. KICKBUSCH (eds).

Self-help and health in Europe: new approaches in health care.

Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1983, lit. opgn.

B 1146

In deze artikelenbundel staat het verschijnsel zelfhulp centraal zoals zich dat in Europa in vele gedaanten manifesteert. De bundel bestrijkt het terrein van de "lekenzorg", waarbinnen onderscheid wordt gemaakt tussen zelfzorg, vrijwilligerszorg en zelfhulp.

De vier bijdragen in deel 1 onderzoeken de fenomenen zelfzorg en zelfhulp vanuit verschillende perspectieven.

In deel 2 wordt ingegaan op de mogelijkheden en uitdagingen die het verschijnsel zelfhulp verschaft aan de medische beroepen. Het blijkt dat er reeds een aanzienlijke "grijze zone" bestaat tussen zelfhulpactiviteiten en professionele zorg waarin leken en beroepskrachten op basis van toegenomen gelijkheid kunnen samenwerken.

Deel 3 schetst voorbeelden van bestaande zelfhulpgroepen en projecten.

In deel 4 wordt de positie van zelfhulp in het stel-



sel van de gezondheidszorg beschreven en de soorten  
ondersteuning die nodig zijn.  
niveau

42

HAUG, M.R.

Home care for the ill elderly: who benefits?  
American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 2, p.  
127-128, lit.opgn.

Commentaar op het beleid in de VS dat is gericht op  
stimulering van thuiszorg, onder meer door het in-  
schakelen van familieleden. Bekeken wordt wat de  
voordelen zijn voor het gezondheidszorgsysteem, voor  
de patiënt, en voor de mantelzorgers. Voor hen is de  
last vaak te zwaar. Die dient dan ook verlicht te  
worden door middel van regeringsmaatregelen.  
niveau

43

LEVIN, L.S.

Self-care and health planning.  
In: A. GARTNER, C. GREER, F. RIESSMAN. Consumer educa-  
tion in the human services: a social policy book. New  
York etc., Pergamon Press, 1979, p. 94-106, lit.opgn.  
B 154

Beschouwing over de invloed op het gezondheidsbeleid  
van de ontwikkelingen op het gebied van zelfzorg en  
onderlinge zorg. Aan de expansionistische neigingen  
van gezondheidsplanners in de VS liggen drie veron-  
derstellingen ten grondslag: de mythe dat een goede  
gezondheid het hoogste doel in het leven is; de  
mythe dat er een sterk positief verband is tussen  
het gebruik van professionele geneeskundige en ver-  
zorgende voorzieningen en de volksgezondheid; het  
gelijkstellen van gezondheidszorg met professionele  
zorg. Beleidsmakers hebben tot nu toe het reservoir  
aan mogelijkheden voor gezondheidszorg onder leken  
genegeerd. Aangegeven wordt wat de implicaties zijn

door beleidsmakers.  
niveau

44

Mantelzorg en vrijwilligerswerk.

Brussel, Koning Boudewijn Stichting, 1984, lit.opgn.

Dossier dat deel uitmaakt van het Programma Welzijn 83-88 van de KBS in België. Na een beschrijving van de functies van mantelzorg en vrijwilligerswerk worden deze functies geplaatst in de maatschappelijke context (de crisis van de verzorgingsstaat). Vervolgens wordt nagegaan hoe de betrokkenen omgaan met de druk die is ontstaan als gevolg van veranderingen in de samenleving. Daarbij wordt de positie van zowel de burger als de overheid in ogenschouw genomen. Tenslotte worden er een aantal "handelings-oriëntaties" gegeven: manieren van handelen waarmee overheid en burgers aan de veranderde omstandigheden het hoofd kunnen bieden.

niveau

45

ROBINSON, D.

The self-help component of primary health care.

Social Science and Medicine; 14A, 1980, no. 5, p. 415-421, lit.opgn.

Beschouwing over het fenomeen zelfhulp(groepen) tegen de achtergrond van het concept van **primary health care** dat door de WHO wordt gepropageerd als middel om de doelstelling van "gezondheid voor allen in het jaar 2000" te bereiken.

niveau

46

SHANAS, E.

Social myth as hypothesis: the case of the family relations of old people.

The Gerontologist; 19, 1979, no. 1, p. 3-9.

Voordracht waarin de wijdverbreide opvatting dat

ouderen in de moderne Amerikaanse samenleving zijn vervreemd van hun familie, met name van hun kinderen, wordt bestreden. Maatschappelijke diensten moeten beschikbaar zijn voor ouderen, ongeacht of ze alleen wonen of met anderen. Het sociaal beleid moet families ondersteunen in het handhaven van betrekkingen met oudere leden.

bcu (nivel)

47

SPINNEWIJN, H., J. PACOLET.

Kostprijs van de thuisgezondheidszorg.

Leuven, Katholieke Universiteit, Hoger Instituut voor de arbeid, 1985, lit.opgn.

R 2614

Verslag van in België uitgevoerd onderzoek naar de kosten van de thuiszorg, waarbij rekening is gehouden met zowel professionele als niet-professionele hulpverlening en met materiële uitgaven.

nivel

48

Welzijnszorg morgen: een overzichtsdossier.

Brussel, Koning Boudewijn Stichting, z.j.

R 2419

Overzichtsdossier in het kader van het Programma Welzijnszorg 83-88 van de KBS in België. Er wordt een breed, integraal welzijnsbegrip omschreven en een visie op algemene doelstellingen van welzijnsbevordering. Daarop volgt een beschrijving van de actuele situatie in de welzijnszorg en van mogelijkheden om de nulde en eerste lijn te versterken.

nivel

## 2.3 DE NEDERLANDSE SITUATIE

49

d'ANCONA, H.

Gezinsverzorging: de keuze tussen burenhulp en volwaardig beroep.

Tijdschrift voor Gezinsverzorging; 15, 1985, no. 3, p. 4-5.

Beschouwing over de gezinsverzorging als (vrouwen)-beroep. Onder de dekmantel van ideologieën over zelfredzaamheid en vrijwillige hulpverlening worden forse bezuinigingen doorgevoerd. De gezinsverzorging heeft ten onrechte een onprofessioneel imago.  
niveau

50

ANKONE, A.

Thuiszorg, ideaal of vergissing.

Het Ziekenhuis; 16, 1986, no. 18, p. 709-710.

Verslag van congres van Stichting Gezondheidszorg '82. Aan de orde waren de (on-)mogelijkheden van thuiszorg voor chronische patiënten. Betwijfeld wordt of het motief van de overheid voor het bevorderen van thuiszorg, namelijk het behoud van zelfstandigheid, wel wordt gerealiseerd.  
niveau

51

BANNENBERG, G.

Ontwikkelingshulp in Nederland: de wonderbaarlijke rekbaarheid van het begrip Primary Health Care.

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek; 2, 1984, no.1, p. 47-49.

Verslag van een symposium over de betekenis van het WHO-concept **primary health care** voor de Nederlandse gezondheidszorg. Is het realistisch om in de Neder-

landse situatie verwachtingen te koesteren ten aanzien van gezonder gedrag, een grotere aandacht voor zelfzorg en mantelzorg en meer zeggenschap van gebruikers over de medische voorzieningen? Op het symposium komen verschillende opvattingen ter sprake.  
niveau

52

BENSING, J.

Wie wil in Nederland Primary Health Care?

Medisch Contact; 39, 1984, no. 5, p. 141-146, lit.opgn.

Kritische analyse van twee scenario's voor **primary health care** in de Nederlandse situatie, ~~een~~ voornamelijk ideologisch gemotiveerd en ~~en~~ voornamelijk economisch gemotiveerd. Beide scenario's gaan uit van premissen die bij nader inzien niet houdbaar blijken (bijvoorbeeld: "de Nederlander wil verantwoordelijk zijn voor zijn eigen gezondheid", "de Nederlander is in staat om op verantwoorde wijze voor zichzelf te zorgen", "de Nederlander is in staat en bereid om mantelzorg te verlenen"). Bovendien leggen beide scenario's eenzijdig de nadruk op bepaalde elementen uit het **primary health care**-concept. **Primary health care** is in wezen gezondheidszorg voor gezonde mensen.

niveau

53

BOON, L., G. GOUDRIAAN (eds).

Zorg in beweging: opvattingen over zorg.

Amsterdam, VU Uitgeverij etc., 1984.

B 1118

Congresboek waarin verslag wordt uitgebracht van de studiedag die op 30 maart 1984 werd georganiseerd door de Kader- en Docentenopleiding van De Aemstelhorn.

Informatief hoofdstuk door de redacteurs waarin de ontwikkeling in de opvattingen over zorg (meer nadruk op informele zorg, minder professionele zorg)

in de wetenschap en in het overheidsbeleid wordt geschetst. Verder vier discussiehoofdstukken rond inleidingen van Hattinga Verschure, Van Beek (WVC), De Swaan (hoogleraar) en Willemse (verpleegkundige), waarin verschillende aspecten van het denken over zelfzorg en mantelzorg worden belicht.

nivel

54

DOEL, H.G. van den.

Politiek woordenspel? Keuzen zijn in de gezondheidszorg niet meer te ontlopen.

Bestuursforum; 1982, juli/augustus, p. 229-231.

Beschouwing over de wijze waarop financiële middelen in de gezondheidszorg verantwoord besteed kunnen worden. Grotere aandacht voor preventie en eigen verantwoordelijkheid, ombuiging van tweede naar eerste lijn, zelf- en mantelzorg - het zijn zaken die in hun consequenties meer moeten worden overdacht. Volgens de auteur is een plan voor patiënten-voorlichting van wezenlijk belang voor het mogelijk maken van nieuw beleid.

nivel

55

GERAERDTS, I.

Capaciteit en kwaliteit eerstelijns moeten versterkt.

Trefpunt; 1984, no. 1, p. 5-8.

Samenvatting van de Nota Eerstelijnszorg waarin versterking van de eerste lijn en van de informele zorg wordt bepleit. Zelfzorg en mantelzorg kunnen worden gestimuleerd door voorlichting, preventie en scholing.

nivel

56

HEEGDE, H. ter.

De gezondheidszorg gaat aan deskundigheid ten onder.

Bestuursforum; 1982, juli/augustus, p. 227-228.

Interview met arts/Kamerlid mevrouw Laning-Boersema. Zij pleit voor reduceren van professionele interventies en stimuleren van zelfzorg en mantelzorg. Deskundigen moeten zich dienend, niet heersend opstellen.

nivel

57

JUFFERMANS, P.C.

Professionele en niet-professionele gezondheidszorg in het licht van het overheidsbeleid.

In: F. STURMANS, J. PERSOON, J. MORSHUIS, R. WINDHAUSEN (eds). Verkenningen in de sociale geneeskunde. Nijmegen, Dekker en Van de Vegt, 1981, p. 101-110.

B 623

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen professionele en niet-professionele zorg. Enige kenmerkende verschillen tussen beide typen zorg worden beschreven. Nagegaan wordt welke verschuivingen tussen beide soorten zorg te verwachten zijn ten gevolge van het recente overheidsbeleid. Dit beleid wordt vanuit deze gezichtshoek kritisch bekeken. Het "thuischelon" en de eerste lijn dreigen overbelast te raken.

nivel

58

KNIPSCHEER, C.P.M.

De familiezorg binnen het bejaardenbeleid: stand van zaken en ontwikkelingen.

Gezondheid en Samenleving; 5, 1984, no. 2, p. 80-92, lit.opgn.

Beschouwing over de stormachtige groei van de overheidsbemoeyenis met de situatie van de oudere mens. Die groei heeft te maken met sociaal-structurele (inkomen, wonen, aantal generaties) en sociaal-culturele (aard van de onderlinge verhoudingen en de opvattingen daarover) veranderingen in het gezins- en familieverband. Er is gesteld dat de snelle uitbouw van de verzorgingsstaat ten behoeve van ouderen

niet los gezien kan worden van deze veranderingen in gezin en familie, en dat omgekeerd een ongenueanceerd terugtrekken van de overheid de mogelijkheden tot familiezorg dreigt te overschatten. Vanwege noodzakelijke bezuinigingen zal naar een nieuw evenwicht met de familiezorg gestreefd moeten worden. Hiervoor worden enkele suggesties aangereikt.

In het commentaar van Dooghe en Bruynooghe wordt betoogd dat het niet realistisch is ambulante zorg als een vervanging te zien voor intramurale opvang, en dat het evenmin opgaat professionele en informele hulpverlening tegenover elkaar te plaatsen, als zou professionele hulpverlening de lacunes in de informele hulpverlening moeten opvullen. Tot slot wordt gesteld dat het stimuleren van de familiezorg de inzet van professionele hulpverlening eerder zal doen toenemen dan afnemen.

nivel

59

KRUIS, G.

Mantelzorg voor een keizer zonder kleren.

Welzijnsmaandblad; 39, 1985, no. 2, p. 11-15.

Kritische beschouwing over het veranderende ouderenbeleid, gekenmerkt door decentralisatie, bezuinigingen en het streven naar een zorgzame samenleving. De maatschappelijke condities ontbreken voor uitbreiding van zelfzorg en mantelzorg in de toekomst. Bovendien is het onduidelijk wat het beleidsmatig schermen met deze begrippen voor de zorgbehoevenden betekent. Vertrekpunt voor aanpassingen in het ouderenbeleid kan alleen zijn een realistische analyse van de feitelijke ontwikkelingen in de maatschappij.

nivel

60

KRUIS, A. van der, T. MANDEMAKER.

Het ouderenbeleid gewogen: een studie naar de effecten van voorgenomen beleidsombuigingen.

Nijmegen etc., Instituut voor Toegepaste Sociologie etc., 1986, lit.opgn.



Allereerst worden basisgegevens over de leefsituatie van ouderen naar voren gebracht, ingedeeld naar vier terreinen: demografie, wonen, zorgvoorzieningen en sociale zekerheid.

Daarna volgt een inventarisatie van de beleidsmaatregelen van de overheid inzake het ouderenbeleid met betrekking tot genoemde onderwerpen. Op elk van deze aspecten wordt dieper ingegaan. Daarbij wordt vastgesteld wat de mogelijke effecten zijn van verschillende beleidsstrategieën (bijvoorbeeld effecten voor zelfstandige huisvesting, mantelzorg, vrijwilligerswerk). Tenslotte worden enkele knelpunten genoemd aan de hand waarvan beleidsaanbevelingen worden gedaan.

(nível)

61

LIESHOUT, P. van, P. SCHNABEL.

Vragen naar GGZ: ondersteunende stukken voor de Nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg.

Utrecht, NcGv, 1984, NcGv-reeks, no. 71, lit.opgn.

R 2235

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op zelfzorg en mantelzorg. De auteur (Van Lieshout) schetst de verschillende invalshoeken die met betrekking tot deze begrippen gangbaar zijn: **social support**, georganiseerde zelfhulp, en zelfzorgtechnieken. Tenslotte werpt hij de vraag op in hoeverre het mogelijk is om door het gericht stimuleren van zelfzorg en mantelzorg een halt toe te roepen aan de expansie van de professionele zorg. De auteur is daarover niet optimistisch.

nível

62

Mantelzorg kan helemaal niet en ouderen willen het niet.

Het Ziekenhuis; 14, 1984, no. 21, p. 870-871.

Verslag van een voordracht, door G.J. Kronjee (staf-

medewerker van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid) gehouden op het symposium "Het verzorgingstehuis ter discussie".

Het is op grote schaal niet te verwezenlijken dat kinderen voor hun hulpbehoevende ouders gaan zorgen. De hedendaagse gezinspatronen maken dat onmogelijk. Bovendien wordt het door ouderen als ongewenst beschouwd. Onderlinge zorgverplichtingen staan op gespannen voet met waarden als vrijheid en privacy.

nivel

63

Mantelzorg zet vrouwen in de kou.

Vrouwenhulpverlening; 1984, no. 2, p. 2-7, lit.opgn.

Beschouwing over de plaats van vrouwen in de gezondheidszorg en de gevolgen voor vrouwen van de WGM. Op zich is er niets op tegen om "zorgzaamheid" en zorg dichterbij de mensen te brengen, maar dit moet niet alleen door vrouwen gebeuren. Bovendien moet het verlenen van deze zorg niet leiden tot verlies van de economische zelfstandigheid van vrouwen.

nivel

64

"Mensen zelf meer mogelijkheden bieden voor thuiszorg".

Inzet; 9, 1985, no. 2, p. 18-19.

Interview met VVD-Kamerlid Kamp naar aanleiding van de adviesaanvragen aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad over de mogelijkheden om thuisverpleging te bevorderen. Volgens geïnterviewde moet ingehaakt worden op de maatschappelijke tendens in de richting van zelfzorg en mantelzorg. Het gaat volgens haar niet primair om een bezuinigingsnoodzaak.

nivel

65

Nefarma in position-paper: zelfzorg moet grotere rol gaan spelen in de gezondheidszorg.

Bijsluiter; 2, 1985, no. 8, p. 9-10.

Zelfzorg met geneesmiddelen moet een grotere rol gaan spelen in de Nederlandse gezondheidszorg, omdat het past bij de maatschappelijke opvatting dat het individu in de eerste plaats zelf verantwoordelijk is voor zijn gezondheid. Bovendien kan op die manier een efficiënter en daardoor kostenbesparend gebruik gemaakt worden van de beschikbare middelen in de gezondheidszorg. De uitbreiding kan worden bereikt door zelfzorg mogelijk te maken voor meer zich daarvoor lenende stoffen.

nivel wvc

66

Nota 2000.

Leidschendam, Ministerie van WVC, 1986.

Kerngedachte van de nota is dat gezondheid niet alleen en niet in de eerste plaats een produkt is van de talrijke voorzieningen in de gezondheidszorg. Deze voorzieningen zijn zeker niet van belang ontbloot, maar de invloed van andere factoren op de gezondheidstoestand van de bevolking is groter. Die factoren zijn ondergebracht in vier groepen: biologische factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving en de leefwijze. Een overheid die de gezondheid van haar onderdanen wil bevorderen, kan zich niet beperken tot het scheppen en in stand houden van een dicht net van voorzieningen. De aandacht zal zich ook moeten richten op de genoemde vier andere complexen.

nivel

67

Nota eerstelijnszorg.

Leidschendam, Ministerie van WVC, 1983.

Beleidsnota waarin een samenvattende benadering wordt gegeven van de eerstelijnsgezondheidszorg en de eerstelijns maatschappelijke dienstverlening. Als uitgangspunten voor het ontwikkelen van het beleid met betrekking tot de eerstelijnszorg noemt de nota:  
- mensen dienen zo lang mogelijk zelfstandig in hun

eigen omgeving te blijven;

- nadruk dient te worden gelegd op individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en zorg voor zichzelf, maar ook op die voor de gezondheid en de zorg van en voor anderen (zelfzorg, mantelzorg, georganiseerde vormen van vrijwilligerswerk);

- wanneer de problemen voor de eigen mogelijkheden, zoals hierboven aangegeven, te groot zijn, kan professionele hulp worden ingeroepen, te beginnen in de eerste lijn;

- mensen dienen zo min mogelijk afhankelijk gemaakt te worden van "deskundigen";

- hulpvrager en hulpverlener dragen ten aanzien van de hulpverlening ieder een eigen verantwoordelijkheid.

niveau

68

Nota zorg voor ouderen.

Rijswijk, Ministerie van WVC, 1986.

Doel van de nota is een betere samenhang tot stand te brengen tussen algemene en categorale voorzieningen en een betere afstemming van voorzieningen op de individuele behoeften van ouderen. Uitgangspunt is hierbij een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg, van professionele hulp naar zelfzorg en mantelzorg, en van curatieve naar preventieve zorg.

niveau wvc

69

NUIJEN, M.

Mantelzorg: nog te vaak een taak voor vrouwen en dochters.

Tijdschrift voor Gezinsverzorging; 15, 1985, no. 9, p. 16-17.

Beschouwing over het rapport "Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten". Schrijfster betreurt het dat een pleidooi voor versterking van professionele thuiszorg ontbreekt.

niveau

70

Ouderenbeleid onder vuur.  
Rijswijk, Ministerie van WVC, 1986.  
Onderzoek en Perspectief, no. 4.  
R 2857

Samenvatting van het rapport "Het ouderenbeleid gewogen". Op kritische wijze is van een drietal departementen het beleid tot 1985 geanalyseerd, voor zover dat op ouderen betrekking heeft. Aan de orde komen de volgende beleidsterreinen: de inkomenspositie van ouderen (Sociale Zaken en Werkgelegenheid), huisvesting (Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiëne) en medische en maatschappelijke hulp en verzorging (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur).

Bekeken is in hoeverre maatregelen op deze terreinen stroken met de algemene, ook door ouderen onderschreven doelstelling van het ouderenbeleid: ouderen in staat stellen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen.

Enkele conclusies van de onderzoekers zijn: vooral waar het de informele hulpverlening betreft schort het aan concrete ondersteuningsmaatregelen van overheidswegen; er is in de toekomst meer professionele zorg voor ouderen nodig; het inkomen moet op peil blijven en er is behoefte aan meer geschikte woningen voor ouderen.

nivel

71

PRAKKEN, J.  
Hoe intensiever de verpleging, des te eenzamer is vaak de patiënt.  
Trefpunt; 1986, no. 1, p. 34-36.

Beschouwing over vrijwilligerswerk in de gezondheidszorg naar aanleiding van het verschijnen van de voorlichtingsfilm "Een kwestie van instelling". Het belang van mantelzorg en vrijwilligershulp in het licht van de betaalbaarheid en de kwaliteit van de

zorg wordt benadrukt.  
niveau

72

TIEGES, W.

Zelfzorg en mantelzorg: uitgangspunt of sluitpost van het beleid van de Rijksoverheid, ter zake van de Volksgezondheid.

Utrecht, RUU, Vakgroep Andragologie, 1986.  
R 2684

Het doel van deze scriptie was het inventariseren van zo concreet mogelijke informatie over verwachtingen en eisen die in het licht van de beleidsdoelstellingen aan vrijwillige hulpverlening kunnen en moeten worden gesteld. De auteur stelt dat het beleid van de overheid weliswaar gericht is op verschuiving naar informele zorg, maar dat de groep die deze zorg moet uitvoeren daarvoor (nog) niet uitgerust is.

### 3. ZELFZORG EN MANTELZORG: VERSPREIDING EN TOEPASSING

#### 3.1 ALGEMEEN

73

ANDERSON, J.A.D., C. BUCK, K. DANAHER, J. FRY.

Users and non-users of doctors: implications for self-care.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 27, 1977, no. 176, p. 155-159, lit.opgn.

Onderzoek waarin 60 patiënten die hun huisarts bezochten, zijn vergeleken met 60 vergelijkbare patiënten van dezelfde huisarts die de arts gedurende een jaar niet bezocht hadden maar recent soortgelijke symptomen hadden ondervonden. Vergelijking van de 60 paren gaf de volgende verschillen te zien: de patiënten die de dokter bezochten, beschouwden zichzelf als minder gezond, hadden minder moeite gedaan om zichzelf te behandelen, hadden meer ernstige persoonlijke problemen, en hadden minder last van remmingen om naar de dokter te gaan. Verwaarloosbaar waren de verschillen wat betreft het totale aantal klachten, de effectiviteit van zelfbehandeling, het vertrouwen in het genezend vermogen van de arts, en de angst om de arts met pietluttigheden lastig te vallen.

nivel

74

BAKKER-LENDERINK, A.

'Het' gezin en de langdurig thuisverpleegde patiënt.

Metamedica; 61, 1982, no. 2, p. 64-73, lit.opgn.

Inleiding gehouden op het ledencongres van de KNMG in oktober 1981. Pleidooi voor professionele hulp en begeleiding van mantelzorgers van langdurig zieken. De auteur beschrijft een reeks factoren waarmee hulpverleners in de eerste lijn rekening moeten houden bij de ondersteuning van de mantelzorg. Welke

invloed heeft een langdurig zieke op het functioneren van het gezin en de omgeving daarvan?  
niveau

75

BAKX-VAN MILL, T.

Zelfzorg in de praktijk.

Tijdschrift voor bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging; 17, 1984, no. 9, p. 284-286.

Een wijkverpleegkundige geeft haar visie op de praktische betekenis van zelfzorg en het stimuleren van zelfzorg.

niveau

76

BEENTJES, E., E.J. GRUNVELD.

Op weg naar zelfzorg in een algemeen ziekenhuis.

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 41, 1987, no. 2, p. 34-37.

Verslag over de aanzet van een zelfzorgproject in een middelgroot ziekenhuis. De structuur van het ziekenhuis en de daarin gegroeide cultuur van behandeling en verpleging zijn niet bevorderlijk voor een benadering van de patiënt waarbij deze zoveel mogelijk zelfstandig blijft in doen en laten. Als verpleegkundigen hun zorgzaamheid definiëren als "ondersteunen van zelfzorg van patiënten", zal hun eigen werkhouding en de houding van artsen en patiënten moeten veranderen. Beschreven wordt aan welke voorwaarden dan voldaan moet worden en welke complexe operaties nodig zijn.

niveau

77

BOELEN-VAN DER LOO, W.J.C.

De aanwezigheid van ouders bij medische handelingen en bij het inleiden van de narcose.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 1, p. 17-20.



Nu ouderparticipatie in het ziekenhuis steeds meer ingang vindt, zullen ouders in toenemende mate verzoeken hun kind te mogen begeleiden in perioden van stress tijdens de ziekenhuisopname. Door medisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek is veel bekend geworden over de bij kinderen in ziekenhuizen bestaande behoefte aan de aanwezigheid van hun ouders. Maatregelen die de ziekenhuisopname minder traumatiserend laten verlopen, zijn vrij bezoek en "rooming-in".

De aanwezigheid van de ouders bij medische handelingen die door het kind met angst en/of pijn worden ervaren, zoals de inleiding tot de narcose, kan bijdragen aan het positiever verwerken daarvan voor het kind. Vooral voor het jonge kind is het gunstiger wanneer zijn ouders hem begeleiden, maar voor een begeleidende rol is het goed voorbereiden van ouders en kind een voorwaarde.

De argumenten tegen de aanwezigheid van de ouders berusten vooral op praktische bezwaren, die echter bij zorgvuldig beleid overkomelijk zijn. De houding van de ziekenhuismedewerkers is van groot belang. De opvatting dat het gemakkelijker gaat als de ouders er niet bij zijn, wordt ter discussie gesteld.  
niveau

78

BREMER SCHULTE, M.

Zelfzorg: een voorwaarde tot het veiligstellen van gezondheid.

Medisch Contact; 39, 1984, no. 49, p. 1572-1574, lit. opgn.

Verslag over het onderzoek "Ziektebegeleiding" dat is uitgevoerd door de RUL. In dit onderzoek wordt kennis opgedaan over het tussengebied van persoonlijke en onderling zorgverlening enerzijds en professionele gezondheidszorg anderzijds. In het bijzonder is er geëxperimenteerd met de "duo-formule": begeleiding van chronisch zieken/gehandicapten door een combinatie van lotgenoot/medehelper en profes-

sional/medewerker.  
niveau

79

BRINK, M. van den, E.H. van LOO.

Mantelzorg in de thuissituatie die aan verpleeghuisopname voorafgaat.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no. 13, p. 559-561.

Onderzoek waarin de zorg is geïnventariseerd die wordt verleend aan mensen die op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis. Onderzocht is door wie, hoe lang al en hoe vaak mantelzorg gegeven en ontvangen is. Er is veel aandacht besteed aan de motieven die mantelzorgers er toe aanzetten om zorg te (blijven) verlenen. Beloning blijkt geen noodzakelijke voorwaarde te zijn. De onderzoekers zijn ook nagegaan of betrokkenen een alternatief zien of eventueel geprobeerd hebben voor opname in het verpleeghuis. Dergelijke alternatieven zijn schaars. Bij wijze van beleidssuggestie wordt gesteld dat voorzichtigheid geboden is bij de bevordering van mantelzorg.  
niveau

DEAN, K.

Self-care responses to illness: a selected review.

Idem, no. 1.

80

DEAN, K.J., E. HOLST, M.G. WAGNER.

Self-care of common illnesses in Denmark.

Medical Care; 21, 1983, no. 10, p. 1012-1032, lit.opgn.

In dit artikel worden onderzoeksgegevens gepresenteerd die zijn verzameld in een aselechte steekproef van de bevolking van Denemarken. Deze dataverzameling is de eerste fase van een onderzoek naar zelfzorggedrag. Van 1462 personen is informatie verkregen over de manier waarop ze gedragsmatig reageerden op in totaal 3100 ziektegevallen.

De uitkomsten van deze explorerende studie geven aan

dat het individu van fundamenteel belang is aan de basis van de gezondheidszorg. Slechts bij ~~een~~ van de onderzochte symptomen (pijn in de borst) was consultatie van de arts de gedragsmatige reactie die het meest door de respondenten werd genoemd. Verder ging in die gevallen waarin zelfevaluatie van symptomen uiteindelijk leidde tot contact met een medicus, vaak eigen behandeling van de kwaal vooraf aan de consultatie.

De belangrijkste variabelen die het ziektegedrag beïnvloeden, zijn leeftijd, geslacht, waargenomen gezondheid en een afhankelijke houding ten opzichte van de arts. Er zijn interacties tussen deze variabelen die richtingen aangeven voor productief onderzoek naar de factoren die de reactie op ziekte bepalen. Er zijn mensen die beperkte mogelijkheden blijken te hebben om in geval van ziekte voor zichzelf te zorgen.

nivel

81

DUYNSTEE, M.

Van opname naar verhuizing.

Tijdschrift voor bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging; 19, 1980, no.2, p. 53-57.

Tekst van een lezing, gehouden ter gelegenheid van de presentatie van het boek "Thuis in het verpleeghuis". Sommige verpleeghuizen lijken qua inrichting en manieren van doen op een ziekenhuis; de bewoner is hier patiënt. Andere verpleeghuizen hebben een huiselijker klimaat. De onderlinge verschillen tussen verpleeghuizen wat betreft de wijze waarop mensen kunnen leven, wonen, werken en bezoek ontvangen, worden beschreven.

Zelfzorg is de basis van alle zorg. Wanneer zelfzorg en de aanvulling daarop, mantelzorg, tekort schieten, is beroepszorg nodig. Deze moet zich ontwikkelen tot aanvullende zorg. Haar krachten dienen daarom selectief ingezet te worden. Ondersteuning moet gegeven worden aan allerlei (maatschappelijke) activiteiten van de meestal permanent verblijvende ver-

pleeghuisbewoners.  
niveau

82

ELLIOTT-BINNS, C.P.

An analysis of lay medicine: fifteen years later.  
Journal of the Royal College of General Practitioners;  
36, 1986, no. 293, p. 542-544, lit.opgn.

Onderzoek naar zelfzorg en het raadplegen van leken. Vijfhonderd patiënten werd gedraagd wat voor advies ze hadden gekregen voordat ze de huisarts bezochten. De resultaten zijn vergeleken met een identiek onderzoek dat in 1970 is verricht. De frequentie en de aard van het advies van leken is sinds 1970 nauwelijks veranderd. Vrouwen zijn nog steeds de belangrijkste vraagbaak. De apotheker wordt steeds belangrijker. De televisie wordt nu drie keer zo vaak genoemd als informatiebron als in 1970. Zelfzorg en lekenadvies blijven belangrijke bronnen van medische zorg, wat er op wijst dat gezondheidsvoorlichting prioriteit moet krijgen.  
niveau

83

ELLIOTT-BINNS, C.P.

Self care: is it important?

Update; 26, 1983, no. 9, p. 1547-1556, lit.opgn.

Studie naar hulpzoekend gedrag van mensen met aandoeningen. Zelfzorg vormt de hoofdmoot van de medische zorg. De meeste patiënten hebben reeds advies en behandeling gekregen voordat ze naar de dokter komen. Zelfzorg is zelden schadelijk, en mensen met ernstige kwalen komen uiteindelijk toch bij de huisarts terecht. Het is van belang om zelfzorg te bevorderen door middel van voorlichting.  
niveau

84

FREER, C.B.

Self-care: a health diary study.

Explorerende studie naar zelfzorg bij een groep van 26 vrouwen die gedurende vier weken een gezondheidsdagboek bijhielden. Het blijkt dat er op 80% van de dagen dat zich medische problemen voordeden, zelfzorgactiviteiten werden ontplooid. Dat betrof zelfmedicatie en het doorspelen van problemen naar professionele hulpverleners of belangrijke leken zoals familieleden of vrienden. Bovendien meldden de vrouwen dat vele "nonmedische" acties en gebeurtenissen therapeutische voordelen opleverden. De indruk wordt gewekt dat zelfzorg (zoals ook ziekte) een holistische benadering vereist van de complexe interactie van sociale, psychologische en medische factoren. Er is meer informatie nodig over de inhoud en het proces van zelfzorg. Zonder die informatie is er kans dat de potentiële gezondheidskundige en economische voordelen van de huidige tendens naar meer zelfzorg niet uit de verf komen.

nivel

85

GEELLEN, K., R. LAFAILLE, D.J. TILBORGHES, M. WEGMAN.  
Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg.  
Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg, 1981.  
B 634

Verslag van onderzoek waarin een inventarisatie is gemaakt van recente ontwikkelingen in de nulde en eerste lijn van de gezondheidszorg die gestalte geven aan de eigen verantwoordelijkheid van (potentiële) patiënten. Het onderzoek verschaft ook informatie over de vraag door welke concrete maatregelen de eigen verantwoordelijkheid van burgers uitgebreid kan worden. Het onderzoek richt zich vooral op groepen en organisaties, en niet of nauwelijks op hoe de eigen verantwoordelijkheid op individueel niveau gestalte krijgt.

nivel

86

HUURMAN, D., J. van NIEKERK, W. van der PLAS, C. van SPRONSEN.

Zelfzorg voor en door patiënten: een verkennend onderzoek naar de bereidheid van Noordwijkse patiënten tot een actievere onderlinge hulpverlening.

Noordwijk, Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1979.

R 627

Exploratief onderzoek naar de bereidheid van patiënten tot zorg voor de eigen gezondheid. Men blijkt daar weinig aan te doen en vooral blijkt men kennis niet te vertalen in gedrag. Bij chronische patiënten bestaat behoefte aan zelfhulpgroepen.

niveau

87

KLEIN POELHUIS, E.H.

Eindrapportage evaluatieonderzoek terminale thuiszorg Amsterdam: verslag over de periode 1 april 1984-1985, waarin opgenomen de uitgangspunten voor het beleid zoals vastgesteld door het Bestuur.

Amsterdam, Stichting Terminale Thuiszorg, 1986.

R 2887

Uit de gegevens wordt geconcludeerd dat de verzorging thuis van een terminale patiënt haalbaar is. Van groot belang hierbij is dat behalve inzet van mantelzorg, huisarts en instanties als kruisvereniging, gezinsverzorging en GG en GD een extra vorm van zorg is betrokken. Met uitzondering van een of twee personen uit de naaste omgeving moet de rol van de mantelzorg worden gerelativeerd.

niveau

88

LISDONK, E.H. van de.

Zelfzorg: wat merkt de huisarts ervan?

Patient Care; 12, 1985, no. 6, p. 37-40.

Onderzoek naar de zelfzorg die mensen ontplooiën

wanneer ze lichamelijke klachten hebben. Tijdens het onderzoek werden gemiddeld eens per drie dagen een of meer klachten opgegeven. Voor 12% van de klachten werd de hulp van de huisarts ingeroepen. Op enkele uitzonderingen na hielpen de respondenten zichzelf. De aard van de zelfzorg verschilt van klacht tot klacht. Het stimuleren van adequate zelfzorg moet bij de eerstelijnsgezondheidszorg beginnen.  
niveau

LITMAN, T.J.

The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview.

Idem, no. 12.

89

MAASEN, J.H.W.

Psycho-sociale opvang in het bedrijf.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, 24, p. 784-789.

Bedrijfsartsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers en andere hulpverleners in het bedrijf worden zeer vaak geconfronteerd met individuele psycho-sociale nood. De opstelling van deze functionarissen in psycho-sociale probleemkwesities verschilt van persoon tot persoon en van bedrijf tot bedrijf, afhankelijk van het sociale klimaat en de opvattingen over sociaal beleid in de organisatie.

In dit artikel wordt getracht de rol van de hulpverlener in het bedrijf te beschrijven aan de hand van een beschouwing over probleemoplossend en hulpvragend gedrag. De begeleidingsfunctie bij psycho-sociale problemen wordt daaruit afgeleid als een vorm van complementaire zorg. Bij complementaire zorg richt de professionele hulpverlener zijn interventies op het probleemoplossend vermogen van het individu (zelfzorg) of van diens omgeving (mantelzorg).

Ook in het bedrijf kunnen zelfzorg- en mantelzorgactiviteiten worden onderscheiden. Bedrijfsartsen en bedrijfsmaatschappelijk werkers kunnen deze acti-

viteiten ondersteunen ten behoeve van individuele begeleiding of van preventieve groepsgerichte actie. Deze opvatting wordt toegelicht aan de hand van een drietal simulaties (gefingeerde casussen) en een beschrijving van de plannen voor een preventief project ("zieke collega's").

nivel

Mantelzorg en vrijwilligerswerk.

Idem, no. 44.

90

Mantelzorg wordt zeer verschillend gewaardeerd.

Het Ziekenhuis; 11, 1984, no. 17, p. 837-839.

Verslag van onderzoek in verpleeghuis naar mantelzorgactiviteiten tussen bewoners. Met name is bekeken hoe deze activiteiten door betrokkenen worden gewaardeerd. Op grond van de verschillen in waardering wordt geconcludeerd dat in het verpleeghuis voorwaarden moeten worden geschapen die bewoners zo veel mogelijk gedragskeuzen geven wat betreft onderlinge zorgactiviteiten.

nivel

91

MEYBOOM-DE JONG, B., W.A. van VEEN.

Borstzelfonderzoek.

Huisarts en Wetenschap; 27, 1984, no. 11, p. 421-426, lit.opgn.

Literatuuronderzoek waarin de volgende vragen centraal staan:

- Met welke frequentie wordt borstzelfonderzoek verricht en in hoeverre voldoet het onderzoek aan kwalitatieve maatstaven?

- Welke invloed hebben leeftijd, opleiding en werkring, partner, borstkanker in de familie, en het behoren tot specifieke risicogroepen op het verrichten van borstzelfonderzoek?

- Welke beperkingen zijn er aan de methode verbonden?



- In hoeverre kunnen gerichte campagnes de frequentie en kwaliteit van borstzelfonderzoek beïnvloeden?
- Welke rol is weggelegd voor de huisarts?
- Wat is het effect van borstzelfonderzoek op de prognose?
- Welke "kosten" zal borstzelfonderzoek met zich mee brengen?

De auteurs concluderen dat op dit moment nog geen doorslaggevende argumenten zijn aan te voeren ten gunste van borstzelfonderzoek. Nader wetenschappelijk onderzoek lijkt dringend gewenst.  
niveau

92

MORRELL, D.C., C.J. WALE.

Symptoms perceived and recorded by patients.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 26, 1976, no. 167, p. 398-403.

Onderzoek naar de relatie tussen de perceptie van symptomen en de stappen die patiënten als reactie daarop nemen. Er werden dagboeken bijgehouden door 198 aselect gekozen vrouwen tussen 20 en 44 jaar. Gemiddeld werden om de drie dagen symptomen gemeld, en op 57% van die dagen werd zelfmedicatie toegepast. Er kan geconcludeerd worden dat zelfs een geringe verschuiving van zelfzorg naar professionele zorg ondraaglijke eisen zou stellen aan de huisarts. Slechts een kleine hoeveelheid symptomen wordt aan de huisarts voorgelegd. Patiënten zijn in dat opzicht zeer kieskeurig. Er blijkt een significant verband te bestaan tussen de perceptie van symptomen en de beslissing om medisch advies te vragen enerzijds en de mate van bezorgdheid van patiënten anderzijds.

niveau

93

MUNAKATA, T.

Psycho-social influence on self-care of the hemodialysis patient.

Social Science and Medicine; 16, 1982, no. 13, p. 1253-

Onderzoek naar de psycho-sociale factoren die nodig zijn voor chronische hemodialysepatiënten om zich bezig te houden met zelfzorggedrag met betrekking tot dieet en andere zaken. Aan het onderzoek deden 862 nierpatiënten in Tokio mee. De belangrijkste resultaten:

- Zelfzorgactiviteiten moeten worden onderscheiden naar hun effectiviteit. Sommige patiënten doen elke dag dingen die feitelijk schadelijk zijn voor hun gezondheid.

- De fysieke omstandigheden van de patiënt, zijn gevoelens met betrekking tot zijn leefgewoonten, en de kritiek die hij krijgt op zijn werk, beïnvloeden zijn zelfzorggedrag. Wie zich bewust is van deze invloeden en tracht zich daarvan los te maken, is vaak succesvoller in zijn zelfzorg dan iemand die dat niet doet.

- Patiënten met een interne beheersingsoriëntatie ("locus of control") hebben meer kans op succes dan patiënten met een externe beheersingsoriëntatie.

- Als patiënten het leven als zinvol ervaren, zijn zij beter in staat om actief door te zetten in zelfzorg. Het gevoel dat het leven zinvol is, helpt om gunstige medische testresultaten tot stand te brengen. Gezin en werk zijn in hoge mate bepalend voor dat gevoel.

nivel

94

NELL, H.W.

Familiezorg na opname in het verpleeghuis.

Tijdschrift voor bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging; 18, 1985, no. 6, p. 160-165, lit.opgn.

Aan de hand van een praktijkvoorbeeld laat de auteur zien hoe hulp aan patiënten in een verpleeghuis door familieleden van de grond kan komen. De manier waarop patiënten en familieleden met elkaar omgaan, bepaalt de grenzen en mogelijkheden van deze hulp in het verpleeghuis. Het is voor professionele hulpver-

leners van belang inzicht te hebben in de relatie  
tussen patiënt en familieleden.  
niveau

95

NORMAN, R.M.G., F. TUDIVER.

Predictors of breast self-examination among family  
practice patients.

The Journal of Family Practice; 22, 1986, no. 2, p.  
149-153.

Onderzoek naar borstzelfonderzoek bij een groep  
patiënten van een huisartsenpraktijk. Er is gekeken  
naar de invloed op de frequentie van borstzelfonder-  
zoek van vier factoren:

- kennis van effectieve technieken;
- waarneming van voordelen voor de gezondheid;
- waarneming van steun uit de directe omgeving voor  
borstzelfonderzoek;
- de mate waarin vrouwen borstzelfonderzoek onsmake-  
lijk vinden.

Besproken wordt welke implicaties de bevindingen  
hebben voor de huisartsenpraktijk.

niveau

96

RIJPMA, S.

Mantelzorg in optima forma: de praktijk in een tradi-  
tionale agrarische gemeenschap.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 10, supplement  
Huisarts en Praktijk (no. 9), p. 60-62, lit.opgn.

59 patiënten van 80 jaar en ouder in een huisartsen-  
praktijk in het oosten van het land zijn met behulp  
van een vragenlijst geïnterviewd over de mate waarin  
alledaagse levensverrichtingen, huishoudelijke taken  
en vervoerstaken worden verricht door de ouderen  
zelf en hun partner of door specifieke hulpverle-  
ners, over de zorg die aan bedlegerige ouderen wordt  
verleend, de frequentie van bezoeken aan de ouderen,  
en relationele zorg. In plattelandsgemeenschappen  
als de onderzochte blijkt de mantelzorg voor bejaar-

de familieleden nog steeds een grote rol te spelen.  
niveau

RUSSELL, E.M., E.L. ILJON-FOREMAN.

Self-care in illness: a review.

Idem, no. 13.

97

SIXMA, H.J.M.

Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg: resultaten  
bevolkingsenquête 1985.

Utrecht, Nivel, 1986.

R 2829

In dit onderzoek is onder meer nagegaan hoe onder-  
vraagden denken over de verschuiving van professio-  
nele hulp naar zelf- en mantelzorg. Er is ook onder-  
zocht wat inwoners van Almere zeggen te doen als zij  
persoonlijk met zelf- en mantelzorg worden gecon-  
fronteerd.

niveau

98

STOLTE, J.B.

Zichzelf helpen bij klachten op het gebied van de ge-  
zondheid: maatschappelijke achtergronden.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 125, 1981, no.  
33, p. 1340-1348, lit.opgn.

Beschouwing over een aantal aspecten van patiënten-  
gedrag bij klachten. Ingegaan wordt op de omvang van  
zelfzorgactiviteiten en op de vraag of professionele  
hulpverleners vaak ten onrechte worden geraadpleegd.  
De auteur wijdt ook enige beschouwingen aan de arts-  
patiënt-verhouding, aan gewenst gedrag van mensen  
met klachten (beoordeeld vanuit de betrokkenen,  
vanuit de samenleving en vanuit de hulpverlener), en  
aan manieren om gewenst gedrag te bevorderen.

niveau

TACK, P.J., J. van der ZIJDE.

Staalkaart van vernieuwingen in het aanbod van thuisverzorging, in het bijzonder bij de instellingen voor gezinsverzorging.

Delft, Intervisie, 1984.

R 2347

Interimrapport, uitgebracht in het kader van het onderzoek "Vernieuwing en welzijnsbeleid: condities in organisatie en beleid voor vernieuwingen in de gezinsverzorging". Het rapport verschaft informatie over ontwikkelingen in de vraag naar thuisverzorging en over traditioneel en nieuw aanbod in de thuisverzorging. Op het gebied van zelf- en mantelzorg wordt het ontstaan van wooncorporaties van ouderen genoemd als opvallende ontwikkeling.

nivel

VERHAAK, P.F.M., J.T. van BUSSCHBACH, D. KORTENHOEVEN.  
Behoeftte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid.

Utrecht, Nivel, 1985.

R 2347

Verslag van een onderzoek naar de behoefte van chronisch zieken, ex-ziekenhuispatiënten en bejaarden in Twente en Zeeland aan wijkverpleegkundige zorg en de mate waarin de wijkverpleging daaraan tegemoet kan komen. Daarnaast is onderzocht in hoeverre de (beoogde) verschuivingen van residentiële zorg naar algemene thuiszorg en van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg herkenbaar zijn in de ontwikkeling van de hulpvraag of zorgbehoefte van de patiënt.

Een minimale voorwaarde voor thuiszorg is een goede opvang in de sfeer van de huishoudelijke verzorging en ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen). Meer dan 85% van de respondenten heeft hier behoefte aan.

nivel wvc

101

Verplegen met de handen op de rug: de (on)mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg zoals ervaren door wijkverpleegkundigen.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1983, no. 2, p. 4-19.

Verslag van oriënterend onderzoek onder 125 wijkverpleegkundigen. Het artikel biedt allereerst een overzicht van de uitgangspunten van waaruit de noodzaak voor versterking van zelfzorg en mantelzorg wordt benadrukt, en een korte analyse van de begrippen zelfzorg en mantelzorg, gebaseerd op het werk van Hattinga Verschure. Vervolgens wordt een samenvatting gegeven van de opvattingen en ervaringen van de ondervraagde wijkverpleegkundigen ten aanzien van zelfzorg en mantelzorg. De meeste respondenten staan naar eigen zeggen positief tegenover idee en praktijk van zelf- en mantelzorg. De zorgverlening is minder vanzelfsprekend geworden voor een groot aantal wijkverpleegkundigen.

nivel

102

ZICKHARDT, A.L., J.C.M. HATTINGA VERSCHURE.

Mantelzorg en verpleeghuis-opname.

Utrecht, Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen, 1983.

Zorg en Verpleeghuis, no. 12.

Exploratief onderzoek naar de mantelzorgnetwerken van verpleeghuisbewoners en de mantelzorg die daarvoor wordt verschaft. Het begrip mantelzorg is in ruime zin gehanteerd. In de mantelzorgnetwerken blijken opmerkelijke verschuivingen op te treden na de opname in het verpleeghuis. Behalve kwantitatieve zijn ook inhoudelijke kanten van mantelzorg onderzocht (het oude netwerk thuis, de activiteit van het oude netwerk na opname, de rol van echtgenoten en kinderen, de invloed van de persoonlijkheid van de mantelzorgontvanger, mantelzorginhouden van bewoners voor elkaar).

bijl (nivel)

### 3.2 ZELFMEDICATIE

103

ABOSEDE, O.A.

Self-medication: an important aspect of primary health care.

Social Science and Medicine; 19, 1984, no.7, p. 699-703, lit.opgn.

Onderzoek waarin is nagegaan in welke mate individuen zelfmedicatie toepassen, gelet op hun scholingsniveau. Het onderzoek is uitgevoerd in een kleine stad op Sri Lanka met een goede mengeling van geletterden en ongeletterden.

Het blijkt dat de kennis van geneesmiddelen zeer veel te wensen overlaat. Geletterden doen veel meer aan zelfmedicatie dan ongeletterden. Een groot deel van de onderzochte populatie prefereert westers opgeleide artsen boven andere zorgverleners.

Hoe wenselijk zelfmedicatie ook is, toch kan het gevaarlijk zijn. Om verschillende redenen moet zelfmedicatie nadrukkelijk worden opgevat als een onderdeel van **primary health care**: het wordt gewoonlijk ook toegepast als professionele hulpverleners onder handbereik zijn; het bevordert onafhankelijkheid met betrekking tot curatieve en preventieve zorg; de geletterdheid, waardoor de toepassing van zelfmedicatie vermeerderd lijkt te worden, neemt wereldwijd toe.

nivel

104

CALKHOVEN, J.E.

Zelfbehandeling: een benadering door de huisarts.

Huisarts en Wetenschap; 23, 1980, no. 6, p. 226-230, lit.opgn.

Onderzoek naar het verschijnsel zelfmedicatie in de premedische fase. Gedurende twee weken werd in twee huisartsenpraktijken aan patiënten met een nieuwe

klacht een vragenlijst voorgelegd. Ongeveer 45% van de patiënten die met een nieuwe klacht bij de huisarts kwamen, had hieraan zelf al iets gedaan. Over het algemeen werd zelfmedicatie op verantwoorde wijze toegepast. Er wordt een indeling van zelfbehandeling geïntroduceerd vanuit het gezichtspunt van de huisarts (zelfbehandeling in de niet-medische fase, in de premedische fase en in de medische fase). Voor iedere fase wordt de taak van de huisarts bij zelfbehandeling besproken.

nivel

105

HAMM, H.

Schwerpunkte der Selbstmedikation.

Der Praktische Arzt; 21, 1984, no. 17, p. 1314-1326.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van geneesmiddelen die veel worden gebruikt bij zelfmedicatie. Het betreft pijnstillers, slaapmiddelen, laxeremiddelen en keel-, neus- en oormiddelen.

nivel

106

JONES, R.V.H.

Self-medication in a small community.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 26, 1976, no. 167, p. 410-413, lit.opgn.

In dit onderzoek zijn gedurende twee weken gelijktijdig de arts-patiënt-contacten en de verkopen van apothekers in een kleine, onafhankelijke gemeenschap bijgehouden. De conclusie van voorgaande studies dat niet-voorgescreven medicijnen twee keer zo vaak genomen worden als door artsen voorgeschreven medicijnen, wordt bevestigd. Het artikel sluit af met een bespreking van de mogelijkheid dat door zelfmedicatie de aanzet van ernstige kwalen verhuld kan worden.

nivel



MAIMAN, L.A., M.H. BECKER, A.W. KATLIC.

Correlates of mothers' use of medications for their children.

Social Science and Medicine; 22, 1986, no. 1, p. 41-51.

Dit onderzoek bestudeert omvang, beslissende factoren en kwaliteit van het onafhankelijk gebruik van geneesmethoden door moeders voor behandeling van (ziekte)symptomen bij hun kinderen. Gegevens van medicatie op moedersinitiatief (MIMB) werden verzameld via een steekproef van 500 moeders van kinderen die tweemaal op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters zijn verschenen. Zes specialisten beoordeelden medicatie (N=3908) op drie niveau's: nuttigheid, juistheid en schadelijkheid.

De resultaten geven onder andere aan dat moeders een aanzienlijke variëteit van verschillende medicaties en medische middelen beschikbaar houden en gebruiken bij kinderen, dat er een positieve lineaire relatie bestaat tussen de sociaal-economische status van de moeder en het niveau van MIMB, en dat de combinatie van sociaal-economische status en gedragskenmerken de oorzaak is van een belangrijk deel van de verschillen in MIMB. Deze resultaten benadrukken de noodzaak voor werkers in de gezondheidszorg om MIMB te herzien en om adviezen te verschaffen met betrekking tot gebruik en misbruik van MIMB.

nivel

MATER, M., J.R.B.J. BROUWERS.

Zelfmedicatie: de patiënt begint ermee, maar wat doen wij?

Pharmaceutisch Weekblad; 120, 1985, no. 48, p. 981-986.

In dit commentaar gaan de auteurs in op de huidige ontwikkelingen op het gebied van de zelfmedicatie. Door het vanwege de overheid gepropageerde beleid om naar analogie met het buitenland ook in ons land meer middelen voor zelfmedicatie toe te staan, zijn er verschuivingen te verwachten. De farmaceutische

industrie zal hierop gretig inspelen. Apothekers zullen hun kennis moeten aanwenden om bij zelfmedicatie een hoofdrol te gaan spelen. Een samen te stellen "apotheek-zelfmedicatiepakket" moet er toe leiden dat er herkenbare, verantwoorde en betaalbare middelen voor zelfmedicatie voorhanden zijn.  
niveau

109

OSTROM, J.R., E.R. HAMMARLUND, D.B. CHRISTENSEN, J.B. PLEIN, A.J. KETHLEY.

Medication usage in an elderly population.

Medical Care; 23, 1985, no. 2, p. 157-164, lit.opgn.

Verslag van een onderzoek onder 183 bejaarden, zelfstandig wonend in twee door de staat gesubsidieerde flatgebouwen in Seattle. Vragen werden gesteld naar het gebruik van geneesmiddelen, zowel op recept als niet op recept, de voorraad die men hiervan in huis had, het gebruik dat werd gemaakt van de apotheek en de problemen van de mensen in dit verband. 75% van de ondervraagde personen bleek regelmatig geneesmiddelen op voorschrift te gebruiken, 82% gebruikte niet-voorgeschreven geneesmiddelen, 51% had weinig gangbare voorgeschreven medicijnen in huis, 67% weinig gangbare niet-voorgeschreven medicijnen. Belangrijkste problemen waren discrepanties tussen voorgeschreven dosering en gebruik in de praktijk, met name een te laat gebruik, en de mogelijke wisselwerking tussen verschillende geneesmiddelen. Ook de voorraad weinig gangbare medicijnen, de onbekendheid van mensen met negatieve bijwerkingen en het te weinig gebruik maken van de diensten van de apotheek worden genoemd als voorwerp van zorg.  
niveau

110

SAMUEL, K.

Selbstmedikation: wo liegen die Grenzen?

Der Praktische Arzt; 20, 1983, no. 26, p. 2008-2012.

In deze beschouwing wordt gesteld dat aan de populaire kreet zelfmedicatie in werkelijkheid nauwe grenzen gesteld moeten worden. In feite is zelfmedicatie alleen in beperkte omvang mogelijk voor lichtere en kortstondige aandoeningen.  
niveau

### 3.3 SPECIFIEKE AANDOENINGEN

111

BREMER SCHULTE, M., B. PLUYM, G. van SCHENDEL.

Reintegration with duos: a self-care program following myocardial infarction.

Patient Education and Counseling; 8, 1986, no. 3, p. 233-244, lit.opgn.

Onderzoek in het kader van het project "Herintegratie met duo's" dat zich bezighoudt met hartrevalidatie. Onderzocht wordt de rol van zelfzorgbevorderende ondersteuning door en voor hartpatiënten en hun partners, het raakvlak tussen het professionele gezondheidssysteem en de zelfzorg. Somatische en psycho-sociale problemen worden geïntegreerd behandeld, waarbij gebruik wordt gemaakt van de groepsbehandeling volgens de duo-formule, in groepen die bestaat uit patiënten en hun partners thuis. Deze groepen worden geleid door een arts en een ex-patiënt.

De studie laat een afname zien in ziektegedrag, angst en depressie en een duidelijke toename in door patiënten verworven vaardigheden die van belang zijn voor zelfzorg.

nivel

112

EDELSTEIN, J., M.W. LINN.

The influence of the family on control of diabetes.

Social Science and Medicine; 21, 1985, no. 5, p. 541-544, lit.opgn.

Het doel van dit onderzoek was de rol te bepalen van het gezin bij de metabolische controle van volwassen diabeten. Het onderzoek is verricht onder 97 mannen. Beheersing van de ziekte blijkt te worden bevorderd door een hoge prestatiegerichtheid in het gezin, een geringe mate van organisatie binnen het gezin en door een geringe hoeveelheid conflicten. De gezins-

omgeving is van belang voor de mate waarin diabetes door zelfzorg gecontroleerd kan worden.  
niveau

113

GRAY, D.

The treatment strategies of arthritis sufferers.  
Social Science and Medicine; 21, 1985, no. 5, p. 507-515, lit.opgn.

Onderzoek naar de behandelingsstrategieën die worden gebruikt door arthritisliders. Onderzocht werd een populatie van 103 mensen uit de Australische stad Perth. De analyse leverde vier fundamentele behandelingsstrategieën op die als volgt werden benoemd: "huisarts en/of zelfzorg", "medische en paramedische zorg", "medische en alternatieve zorg" en "alle vormen van zorg".

De keuze van een strategie werd voornamelijk bepaald door kenmerken van de ziekte en het ziekteverloop. Ook sociaal-economische factoren speelden mee. De kennis en ideeën van mensen over arthritis bleken betrekkelijk weinig invloed te hebben op de keuze van een strategie.

niveau

114

HARDING, J.M., M. MODELL.

How patients manage asthma.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, 274, p. 226-228, lit.opgn.

Studie naar de manier waarop asthmapatiënten omgaan met hun ziekte. Individuen maken selectief gebruik van medisch advies, naar gelang ze dat van toepassing achten op hun persoonlijke en sociale omstandigheden. De volgende factoren zijn daarbij van belang: hoe patiënten denken over de effectiviteit van medische therapieën; of patiënten bezorgd zijn over het langdurig gebruik van geneesmiddelen; of alternatieve therapieën voor hen toegankelijk zijn; wat voor steun en advies zij krijgen van anderen; in

hoeverre patiënten een normaal leven willen leiden. Sommige mensen weigeren onder alle omstandigheden gebruik te maken van medische diensten.  
niveau

115

JENNY, J.L.

Differences in adaptation to diabetes between insulin-dependent and non-insulin-dependent patients: implications for patient education.

Patient Education and Counseling; 8, 1986, no. 1, p. 39-50, lit.opgn.

Onderzoek naar de mate van aanpassing aan diabetes onder twee groepen thuiswonende patiënten (in totaal 246). Uitgangspunt is dat het aanpassingsgedrag van patiënten en hun behoefte aan ondersteuning van zelfzorg worden beïnvloed door verschillen in de ernst van de ziekte. Uit het onderzoek blijkt onder meer dat de groep die insuline nodig heeft, grotere voordelen ziet in alle aspecten van zelfzorg behalve diëten en oefeningen, die meer gewaardeerd werden door patiënten die niet afhankelijk zijn van insuline. Insuline-afhankelijke patiënten vertoonden ook meer bezorgdheid en kregen meer steun uit hun omgeving. Gedetailleerde vergelijkingen laten verschillende fysieke en functionele problemen zien in de groepen en een verschillende perceptie van belemmeringen voor optimale zelfzorg. Verder onderzoek is nodig naar de invloed die de ernst van een ziekte uitoefent op de behoefte aan educatie van patiënten.  
niveau

116

MARTENS, B.

Diabetes minder een ziekte, maar meer een regelprobleem.

DIABC; 40, 1986, no. 1, p. 4-5.

Beschouwing over de bijdrage die zelfzorg levert aan de gezondheid van diabeten. Diabetes mellitus moet eigenlijk niet langer beschouwd worden als een ziek-

te, maar als een regelprobleem van bloedsuikers.  
niveau

117

MASON, C.

The production and effects of uncertainty with special reference to diabetes mellitus.

Social Science and Medicine; 21, 1985, no. 12, p. 1320-1334, lit.opgn.

Onderzoek onder 91 patiënten naar het verschijnsel onzekerheid met betrekking tot diabetes. Het kenmerk van deze ziekte is controle. Dat vraagt van patiënten op zijn minst een zelfverzekerde houding met betrekking tot het ingewikkelde en rigoureuze zelfzorgprogramma.

Het onderzoek was gericht op het identificeren van de manieren waarop patiënten reageren op de diagnose en vervolgens omgaan met de behandeling, en het aanwijzen van factoren in de communicatie tussen arts en patiënt die de wederzijdse uitwisseling van informatie die essentieel is voor zelfzorg, beïnvloeden. De patiënten blijken angstig te zijn door voortdurende onzekerheid over de aard van de ziekte waaraan ze lijden, en over belangrijke aspecten van de zelfzorg die van hen verlangd wordt. De "doktergerichte" communicatiewijze, aangewend door beroepskrachten uit de gezondheidszorg, is niet bevorderlijk voor de oplossing van deze onzekerheden.  
niveau

118

MEHTA, A., I. MATWIJIW.

Controlling blood sugars.

Canadian Family Physician; 31, 1985, juli, p. 1397-1400, lit.opgn.

Beschouwing over de mogelijkheden tot zelfzorg door diabetespatiënten. Een beter begrip van de fysiologie van insuline en de interactie daarvan met glucose en andere aspecten van de stofwisseling, hebben bijgedragen aan het streven om de bloedsui-

kerspiegel zo dicht mogelijk bij non-diabetische normen te brengen. Een belangrijke therapeutische vooruitgang is het besef dat de patiënt zijn eigen voornaamste therapeut moet worden. Door goede voorlichting moet de patiënt in staat gesteld worden om dagelijks de juiste therapeutische beslissingen te nemen.

nivel

119

MELCHERS, R.

Zorg voor demente is zorg voor mantel.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986, no. 4, p. 8-11.

Beschrijving van de resultaten van een enquête over "de demente bejaarde thuis" waaruit blijkt dat begeleiding van mantelzorgers de belangrijkste taak is voor de wijkverpleging in de zorg voor dementen. De draagkracht van de mantelzorgers kan worden vergroot door hen met elkaar in gesprek te brengen.

nivel

120

PENDLETON, L., W.C. HOUSE.

Preferences for treatment approaches in medical care: college students versus diabetic outpatients.

Medical Care; 22, 1984, no. 7, p. 644-646, lit.opgn.

Onderzoek waarin is nagegaan in hoeverre een groep van 47 niet in het ziekenhuis verpleegde diabetici met een lage sociaal-economische status persoonlijk betrokken wil zijn (door zelfzorg en participatie) bij de medische zorg. De uitkomsten zijn vergeleken met de scores van drie normatieve groepen van studenten. Dit gaf significante verschillen te zien. De implicaties van deze verschillen voor zorgverleners worden besproken.

nivel



121

PENNINGS-VAN DER EERDEN, L.

Zelfzorg en motivatie bij patiënten met diabetes mel-  
litus.

Utrecht, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemio-  
logie RUU, 1984.

R 2468

Onderzoek waarin is nagegaan hoe diabetici kunnen worden gestimuleerd tot meer zelfzorg. Het inventariserend onderzoek heeft plaatsgevonden bij 548 diabetici tussen 18 en 64 jaar. Behalve concrete zelfzorgactiviteiten worden ook psychologische aspecten van de motivatie besproken.

De internist blijkt voor diabetici een veel belangrijker hulpverlener te zijn dan de huisarts of de wijkverpleegkundige. Jongeren en mensen met een hogere opleiding blijken relatief veel zelfzorgactiviteiten te ontplooien.

nivel

122

PENNINGS-VAN DER EERDEN, L., M. POST.

Zelfzorg bij oudere diabetici.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no.  
23, p. 983.

Informeel rapportage over onderzoek waarbij de volgende vragen centraal hebben gestaan:

- Welke knelpunten zijn er aan te wijzen in de begeleiding van oudere diabetici met het oog op het handhaven van zelfstandigheid in de thuissituatie?

- Is er een relatie tussen het verloop van de ziekte diabetes mellitus en de levensloop van diabetici?

nivel

123

POST, D., J. GUBBELS.

Hoofdpijn in een huisartspraktijk: een onderzoek naar de betekenis van professionele hulpverlening en zelfhulp.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 8, p. 264-266.

Onderzoek naar de prevalentie van hoofdpijn, het hulpzoekgedrag van mensen met hoofdpijn en naar therapieën en vormen van zelfzorg bij hoofdpijn. Het blijkt dat hoofdpijn zelden een bezoek aan de huisarts tot gevolg heeft.

nivel

124

REESER, H.M.

Opvoeden is zelfstandig maken: ervaringen in een thuiszorgproject.

Medisch Contact; 41, 1986, no. 6, p. 179-181.

Voordracht gehouden tijdens het symposium "Kinderziekenhuis en ziek kind thuis". Beschreven worden de ervaringen in een thuiszorgproject voor kinderen met diabetes mellitus dat in het Juliana Kinderziekenhuis te 's-Gravenhage werd gestart. Geconcludeerd wordt dat het zwaartepunt bij een goede diabetesregulatie ligt in het stimuleren van de zelfwerkzaamheid van de patiënt.

nivel wvc

125

ROMBOUTS, R.

Harttransplantatie in Nederland: psychosociale aspecten.

Medisch Contact; 40, 1984, no. 4, p. 103-106, lit.opgn.

Beschouwing over de mogelijkheden van psychosociale selectie en begeleiding van harttransplantatiepatiënten en hun directe omgeving. De slaagkans van de operatie wordt vergroot wanneer de patiënt steun kan krijgen vanuit gezin of vriendenkring. Een goede operatievoorbereiding richt zich op het versterken van zelfzorg en mantelzorg. Op deze manier kan iemand die voor de rest van zijn leven een "grootverbruiker van medische zorg" zal blijven, een redelijk vrij en zelfstandig leven leiden.

nivel

### 3.4 OUDEREN

126

BRODY, E.M., P.J. JOHNSEN, M.C. FULCOMER.

What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology*; 39, 1984, no. 6, p. 736-746.

Verslag van een onderzoek waarbij de meningen van drie generaties vrouwen werden onderzocht over het gewenste gedrag van kinderen ten opzichte van bejaarde ouders en hun voorkeur voor het soort dienstverlening dat ze op hoge leeftijd het liefst zouden hebben. De meerderheid vond dat het gezinsleven van de kinderen aangepast zou moeten worden en dat kinderen in de kosten van professionele hulpverlening aan hun ouders zouden moeten bijdragen.

wvc ncgv

127

CANTOR, M., V. LITTLE.

Aging and social care.

In: R.H. BINSTOCK, E. SHANAS (eds). *Handbook of aging and the social sciences*. 2nd ed. New York, Van Nostrand Reinhold Company, 1985, p. 745-781, lit.opgn.

B 1326

Dit essay gaat over de sociale zorgverlening aan oudere mensen door formele organisaties en door de informele sociale netwerken van gezin, familie, vrienden en bureu. Allereerst wordt de behoefte aan steun en zorg van oudere mensen in kaart gebracht. Onderzoek heeft uitgewezen dat ouderen zich in eerste instantie wenden tot verwanten en mensen in hun nabije omgeving. Er wordt een theoretisch model gepresenteerd voor sociale zorg dat zowel informele netwerken als formele maatschappelijke organisaties omvat. Vervolgens wordt meer gedetailleerd de aard van de informele en formele supportsystemen van ouderen onderzocht. De nadruk valt daarbij op de

Amerikaanse situatie, maar ook andere geïndustrialiseerde landen komen aan bod. Besloten wordt met een overzicht van onderzoeksvragen en beleidskwesties.

nivel

128

DONGEN, P. van.

U mag naar huis: verslag van een onderzoek naar de hulpverlening aan ouderen in de thuissituatie na ontslag uit het ziekenhuis.

Arnhem, Stichting Welzijn Ouderen, 1986, lit.opgn.

R 2897

Verslag van een onderzoek onder 172 ouderen te Arnhem naar de vraag welke lacunes zij ervaren in de hulpverlening (mantelzorg, vrijwilligers, privé-hulp en professionele zorg) in de thuissituatie na ontslag uit het ziekenhuis.

Het aandeel van de mantelzorg in de hulpverlening was zeer groot (92,3%). De verrichte hulp bestond voornamelijk uit huishoudelijk werk, boodschappen doen en koken. Juist op deze terreinen werden de meeste tekorten ervaren en lagen er wensen naar zowel de mantelzorg als de professionele instellingen met betrekking tot de persoon die hulp bood, het aantal keren en het tijdstip waarop hulp werd geboden, en de regelmaat van de hulpverlening.

bijl nivel wvc

DOTY, P.

Family care of the elderly: the role of public policy.

Idem, no. 19.

129

FURSTENBERG, A.L., L.J. DAVIS.

Lay consultation of older people.

Social Science and Medicine; 18, 1984, no. 10, p. 827-837, lit.opgn.

Onderzoek naar het raadplegen van leken door ouderen. De studie van lekenraadpleging heeft de aan-

dacht gevestigd op de vraag hoe de perceptie van en de reactie op gezondheidsproblemen wordt gesteund, bevestigd en beïnvloed door sociale interacties. In dit onderzoek wordt dit proces bekeken bij ouderen met hun specifieke omstandigheden. Op grond van gegevens uit case-studies laten de auteurs zien hoe dagelijkse gesprekken over gezondheidsproblemen er toe leiden dat ouderen nieuwe informatie krijgen over hun gezondheidstoestand, dat hun gezondheidsgedrag gestimuleerd wordt, of dat er pogingen worden ondernomen om ouderen tot handelen aan te zetten of actief te helpen. Volgens de auteurs is dat proces van belang voor de aanpassing van ouderen aan een verminderende gezondheid.

nivel

130

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten.

Utrecht, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie RUU, 1984.

R 2432

Uitgangspunt is dat het bevorderen van mantelzorg van belang is voor de kwetsbare groepen van gehandicapten en bejaarden met functieverlies. Dit betreft zowel hun eigen welbevinden als het vermijden van onnodige kosten voor de gemeenschap die ontstaan door overmatig provisionisme. Enkele beleidssuggesties worden gegeven.

nivel

131

HAYS, H.

Home care of the frail elderly and the terminally ill. Canadian Family Physician; 30, 1984, p. 665-667.

Beschouwing over de organisatie van de thuiszorg voor zwakke ouderen en terminale patiënten. Er moet een full-time mantelzorger beschikbaar zijn. Goede ondersteuning door een team van professionele hulp-

verleners is onontbeerlijk.  
niveau

HICKEY, T., K. DEAN, B.E. HOLSTEIN.

Emerging trends in gerontology and geriatrics: implications for the self-care of the elderly.

Idem, no. 25.

132

JONES, D.A., N.J. VETTER.

Formal and informal support received by carers of elderly dependants.

British Medical Journal; 291, 1985, no. 6496, p. 643-645, lit.opgn.

Onderzoek naar de activiteit van informele zorgverleners van afhankelijke ouderen, en in het bijzonder naar de rol die de formele dienstverlening speelt in het ondersteunen van deze mantelzorgers. Het betreft hier hetzelfde onderzoek dat wordt beschreven in no. 133. Daar komen deels andere facetten van het onderzoek aan bod.

De resultaten verlenen geen steun aan de opvatting dat families hun oudere verwanten in de steek laten, of dat overheidsdiensten de plaats innemen van mantelzorgers. Veeleer geven zij aan dat mantelzorgers hulp bieden ten koste van zichzelf en met ontoereikende ondersteuning van overheidsdiensten.

niveau

133

JONES, D.A., N.J. VETTER.

A survey of those who care for the elderly at home: their problems and their needs.

Social Science and Medicine; 19, 1984, no. 5, p. 511-514, lit.opgn.

In deze studie wordt het netwerk van informele en formele zorg onderzocht en de problemen en morbiditeit van informele zorgverleners die ouderen thuis bijstaan. Er werden 1066 ouderen in hun eigen woning ondervraagd. Van deze mensen werden 256 informele

zorgverleners geïnterviewd over de aard van de zorg die ze verlenen, de ondersteuning die zij ontvangen en de gevolgen die de zorgverlening heeft voor hun eigen leven. Het blijkt dat het gezin, en gewoonlijk de vrouw in het gezin, de belangrijkste bron van steun is voor de afhankelijke oudere. De zorgverleners kregen erg weinig steun, zowel informeel als professioneel. Dientengevolge is er veel leed en psychologische problematiek onder de zorgers.  
niveau

134

KIVETT, V.R.

Consanguinity and kin level: their relative importance to the helping network of older adults.

Journal of Gerontology; 40, 1985, no. 2, p. 228-234.

Onderzoek naar de rol van familie/bloedverwanten, bezien naar de verschillende graden van bloedverwantschap, in de hulpverlening aan bejaarden. Bepalende maatstaf bleek de mate van bloedverwantschap. Zo was de hulp door verwanten verder dan (aangetrouwde) kinderen van weinig functioneel belang. De resultaten zijn grotendeels overeenkomstig de "kin selection theory". De mate van afhankelijkheid wordt mede bepaald door gezondheidstoestand en leeftijd.  
wvc ncgv

135

LOO, E. van.

Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten: deelverslag psychogeriatric.

Utrecht, RUU, 1984.

Inventarisatie van het zorgproces bij ouderen voor wie een aanvraag is ingediend voor een psycho-geriatric verpleeghuis. Er zijn 35 interviews gehouden met de meest nauw betrokken mantelzorgers van genoemde ouderen. De zorgvragers zelf zijn niet geïnterviewd. De belangrijkste aanbeveling die uit het onderzoek wordt afgeleid, is dat bij het zo lang mogelijk uitstellen van opname ondersteuning van de

draagkracht van de mantelzorger nodig is.  
bijl (nivel)

136

MacLENNAN, W.J., F.E. ISLES, S. McDOUGALL, E. KEDDIE.  
Medical and social factors influencing admission to residential care.  
British Medical Journal; 288, 1984, no. 6418, p. 701-703, lit.opgn.

Om accurate informatie te verkrijgen voor rationele allocatie van middelen voor thuiszorg en residentiële zorg is een groep van 98 thuiswonende vrouwen boven de 75 vergeleken met een groep van 99 vrouwen van dezelfde leeftijd in tehuizen. Beide groepen hadden min of meer dezelfde lichamelijke kwalen.

Vrouwen in residentiële zorg hadden meer hulp nodig in crisissituaties. Thuiswonende vrouwen woonden vaker met anderen, en hun belangrijkste zorgverlener was vaker een echtgenoot of verwante dan een buurman of buurvrouw. Beide groepen kregen dezelfde hoeveelheid professionele hulp.

Een vermindering van het aantal tehuizen voor oudere vrouwen die geen familie hebben, vereist de oprichting van een effectieve psychogeriatrische dienst en een systeem om mensen te voorzien van 24-uurs-zorg en toezicht.

nivel

137

NUY, M.H.R., T.J. DUINE, P.H.J. HEYDENDAEL.  
Thuis of opname? Een beschrijving van de thuissituatie van vijf psychogeriatrische patiënten.  
Medisch Contact; 40, 1985, no. 42, p. 1299-1302.

Thuiszorg of mantelzorg voor oudere mensen met geriatrische aandoeningen, met name de zorg voor psychogeriatrische patiënten, vergt zeer veel tijd en energie. Binnen veel families bestaat echter een grote toewijding van kinderen ten opzichte van hun ouders, ook waar zorg lange tijd voortduurt. De beschreven gevallen geven niet alleen een impressie



van de creativiteit van verwanten, maar ook van het offer dat moet worden gebracht doordat de levensstructuur van het gezin zo niet ingrijpend wordt veranderd, dan toch totaal op de zorg van een ander, afhankelijk geworden familielid moet worden ingesteld.

nivel

NUIJEN, M.

Mantelzorg: nog te vaak een taak voor vrouwen en dochters.

Idem, no. 69.

SCHRIJVERS, G.

De dochter als voorziening? Een zorgcongres in Montreal.

Idem, no. 38.

138

SHANAS, E.

The family as a social support system in old age.  
The Gerontologist; 19, 1979, no. 2, p. 169-174, lit. opgn.

Verslag van onderzoek naar twee aspecten van de familie als social support-systeem: zorg door de familie voor de oudere in tijden van ziekte, en bezoekpatronen van families. De data zijn afkomstig uit een Amerikaans nationaal onderzoek uit 1975 onder thuiswonende personen van 65 jaar en ouder.

De directe familie (echtgenoot, kinderen) van de oudere biedt de belangrijkste steun tijdens ziekte. De verdere familie (kinderen, verwanten en andere familieleden) is voor de oudere de belangrijkste schakel met de gemeenschap.

bcu (nivel)

SHANAS, E.

Social myth as hypothesis: the case of the family relations of old people.

Idem, no. 46.

VALKENBURG, T.

Mensen in de ouderdom: helpen en hulpverlening.

Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985, Cahiers Ouderdom en Levensloop, no. 20, lit.opgn.

B 1279

In het bijzonder in hoofdstuk 4 wordt de aandacht gevestigd op zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. De zorgverlening is in de loop der jaren meer en meer in handen gekomen van beroepshulpverleners. De professionele zorg voor ouderen is enorm in omvang toegenomen, maar we moeten beseffen dat er ook hulpverlening door ouderen is. Behalve dat de mens verantwoordelijk blijft voor de zorg voor zichzelf (zelfzorg), is er de mantelzorg door familie, vrienden of bekenden. Omdat de mens heel zijn leven afhankelijk is van de ander, is hij bij hulpbehoevendheid ook afhankelijk van de zorg van anderen. Maar die zorg kan even goed door ouderen zelf worden verleend als door professionele hulpverleners. Mensen zijn er het meest mee gebaat zo lang mogelijk voor zichzelf te zorgen. Door te snelle en te veel zorg en hulpverlening worden bevoogding en betutteling gemakkelijk in de hand gewerkt.

nivel

WILLIAMS, E.I.

A model to describe social performance levels in elderly people.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 36, 1986, no. 290, p. 422-423.

Beschrijving van een model dat tot doel heeft om schattingen ten aanzien van sociaal gedrag op diverse niveaus van oudere patiënten te vergemakkelijken, waarbij het met name gaat om het bepalen van het effect van acute of chronische ziekten op sociale activiteiten van deze ouderen en op hun mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen. Inzicht in deze effecten is van groot belang voor de huisarts, mede

met het oog op het bepalen van het type sociale hulp dat is vereist. Tevens wordt ingegaan op het nut van het model voor de preventieve hulpverlening.  
niveau

#### 4. ZELFHULPGROEPEN

141

BELJON, J.A.S., K.R.J. GEELEN, J.M.A.G. MAAS.

Vidogroepen: zelfhulp voor vrouwen in de overgang.

Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; 39, 1984, no. 11, p. 1168-1181, lit.opgn.

In dit artikel worden de resultaten besproken van een onderzoek naar de achtergronden van het toetreden tot gespreksgroepen voor vrouwen in de overgang, de zogenaamde Vidogroepen. Als we zelfhulpgroepen opvatten als kleine groepen lotgenoten die trachten onderling zonder al te veel professionele inbreng hun gezamenlijke problemen te verhelpen of verminderen, dan kunnen ook Vidogroepen onder deze noemer geplaatst worden. Daardoor kan dit onderzoek ook licht werpen op het verschijnsel zelfhulpgroepen in het algemeen.

Centraal staat de probleemstelling: welke omstandigheden leiden er toe dat vrouwen lid worden van zulke groepen? Het antwoord wordt gezocht door een vergelijking van vrouwen in de overgang die lid zijn geworden van Vidogroepen, met vrouwen die ook in de overgang zijn, van het bestaan van de groepen op de hoogte zijn, maar de stap naar het lidmaatschap niet hebben gezet.

Eerst wordt het theoretisch kader besproken waarin het onderzoek is opgezet. Daarna komen onderzoeksopzet en resultaten aan bod. Omdat zelfhulpgroepen nogal eens tegenover de professionele hulpverlening worden geplaatst, wordt daarna de relatie van Vidogroepen met de professionele hulpverlening besproken. Tenslotte worden de bevindingen in een breder perspectief geplaatst.

nivel

142

BORNE, H.W. van den, J.F.A. PRUYN, K. van DAM-de MEY.

Self-help in cancer patients: a review of studies on

the effects of contacts between fellow-patients.  
Patient Education and Counseling; 8, 1986, no. 4, p.  
367-385, lit.opgn.

Literatuurstudie naar het effect van onderlinge contacten tussen kankerpatiënten. De meeste studies op dit terrein blijken niet te voldoen aan de daaraan te stellen methodologische voorwaarden, zowel theoretisch als praktisch. Zo ligt ook te veel de nadruk op de rol van zelfhulpgroepen. Van de zes studies die wel aan de methodologische criteria voldeden, gaven er vier positieve effecten van persoonlijke contacten te zien. De betrokkenen waren in het algemeen beter geïnformeerd en gingen beter met hun problemen om. Negatieve effecten werden niet geconstateerd. Opgemerkt wordt evenwel dat ook deze vier studies sterk de nadruk leggen op groepscontacten, waarbij tevens te weinig aandacht wordt besteed aan de verschillende aspecten van groepsprocessen. Er werd geen onderzoek verricht naar verschillende vormen van contacten en de verschillende condities waaronder die plaatsvinden.  
nível

143

CAPLAN, G., M. KILLILEA (eds).  
Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations.  
New York etc., Grune and Stratton, 1976, lit.opgn.

Onderzoek vanuit verschillende disciplines (onder meer: psychiatrie, psychologie, maatschappelijk werk, sociologie, moraaltheologie, volwasseneneducatie) naar supportsystemen en onderlinge hulp. Hoofdstukken over (onder andere) het gezin als supportstysteem, interpretaties in de literatuur van organisaties voor onderlinge hulp, religieuze aspecten van supportsystemen, programma's voor behandeling door middel van zelfhulp. Het boek is een combinatie van theorievorming en beschrijving van praktijkvoorbeelden.

bcu (nível)

144

DAVIS, A.L., R. FAUST, M. ORDENTLICH.

Self-help smoking cessation and maintenance programs: a comparative study with 12-month follow-up by the American Lung Association.

American Journal of Public Health; 74, 1984, no. 11, p. 1212-1217.

Evaluerend onderzoek van enkele zelfhulpprogramma's om met roken te stoppen. Hoewel deze programma's minder succes hebben dan andere methoden, heeft zelfhulp-interventie ook voordelen: grotere beschikbaarheid, flexibiliteit en soms lagere kosten.

nivel wvc

GEELLEN, K., R. LAFAILLE, D.J. TILBORGHES, M. WEGMAN.

Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg.

Idem, no. 85.

HATCH, S., I. KICKBUSCH (eds).

Self-help and health in Europe: new approaches in health care.

Idem, no. 41.

145

HOWARD, J., F. DAVIS, C. POPE, S. RUZEK.

Humanizing health care: the implications of technology, centralization, and self-care.

Medical Care; 15, 1977, no. 5 (supplement), p. 11-26, lit.opgn.

Studie naar de humaniserende en dehumaniserende invloeden van technologie, centralisatie en zelfzorg op de medische zorg. In het gedeelte over zelfzorg wordt ingegaan op het fenomeen zelfhulpgroep en de onvolkomenheden van de traditionele geneeskunde die daardoor benadrukt worden.

nivel

146

KAMP, R. (ed).

Zelfhulp: groepen en methoden: verslag van een themadag van de FZA op 9 mei 1985 te De Bilt.

Bilthoven, FZA, 1985.

Verslag van een themadag over zelfhulp en zelfhulpgroepen op het terrein van verslaving. Er wordt geopend met een inventarisatie van de vormen van en de organisaties voor zelfhulp. Daarna vindt een nadere beschrijving plaats van een aantal van deze organisaties. In de laatste bijdragen wordt aandacht besteed aan de theorie achter de hulpverlening.  
niveau

147

LEVY, L.

Mutual support groups in Great Britain: a survey.

Social Science and Medicine; 16, 1982, no. 13, p. 1265-1275, lit.opgn.

148

LOCK, S.

Self help groups: the fourth estate in medicine?

British Medical Journal; 293, 1986, no. 6562, p. 1596-1600, lit.opgn.

Uiteenzetting over zelfhulpgroepen in de (Britse) gezondheidszorg. Aan de orde komen onder andere de geschiedenis, de taken en de voor- en nadelen van zelfhulp.

niveau wvc

149

RAAYMAKERS, T., P. van HABERDEN.

Zelfhulp, de overheid en de zaakwaarnemer.

Welzijnsmaandblad; 39, 1985, no. 11, p. 2-7, lit.opgn.

Na een beschrijving van de achtergrond van zelfhulpgroepen en de patiëntenbeweging, en een verheldering van de gehanteerde begrippen, wordt nagegaan waarom er nog nauwelijks sprake is van een overheidsbeleid

op dit gebied. De stelling wordt verdedigd dat het beleid van de Nederlandse overheid met betrekking tot zelfhulp beperkt is, omdat aan de voorwaarden voor de ontwikkeling van een institutionaliseringsproces slechts in beperkte mate is voldaan.  
niveau wvc

ROBINSON, D.

The self-help component of primary health care.  
Idem, no. 45.

150

SWARTELE, F.

Zelfhulp heeft de steun van een platform nodig.  
Welzijnsmaandblad; 38, 1984, no. 11/12, p. 25-31.

Reportage over clearinghouses, coördinerende platformen van zelfhulp in de Verenigde Staten op regionaal niveau. In de Verenigde Staten zijn ongeveer vijftien miljoen mensen direct bij zelfhulpgroepen betrokken. Er functioneren een half miljoen groepen, verspreid over meer dan vierhonderd probleemcategorieën. De zelfhulpbeweging kent verschillende organisatorische netwerken op nationaal niveau en per staat en regio. Een van de organisatorische netwerken, die binnen de zelfhulp dwarsverbindingen legt, is het "clearinghouse", een regionaal netwerk van maatschappelijk initiatief, waarbinnen de begrippen "ontginnen" en "tot ontwikkeling brengen" centraal staan. Ingegaan wordt op de rol van de clearinghouses, met aandacht voor het ontstaan, het takenpakket en de verhouding tot het werk door beroepskrachten op het terrein van de zorg en de samenlevingsopbouw.  
niveau wvc

151

Zelfhulp/zelfzorg: ontwikkelingen in beide Limburgen: een verslagboek.

Z.pl., Inter-Limburgs Overleg Zelfhulp, z.j.

B 1467



Verslag van een aantal ontwikkelingen en activiteiten van en rondom de zelfhulp-/zelfzorgbeweging in Belgisch en Nederlands Limburg naar aanleiding van een Belgische en een Nederlandse themamaand en een studiedag ("Zelfzorg een goede (nood-)zaak") aan de RUL te Maastricht, gehouden in 1984 en 1985.

In deel I worden de begrippen zelfhulp en zelfzorg nader omschreven en wordt de werking hiervan in de beide Limburgen uiteengezet. Deel II bevat een letterlijke weergave van de inleidingen die op de studiedag zijn gehouden. Deel III geeft een overzicht van de werkzaamheden met betrekking tot de voorbereiding en organisatie van de themamaanden. In deel IV en V zijn de verslagen te vinden van die themamaanden. Deel VI gaat over zelfhulp, zelfzorg en de internationale en Europese beweging. In deel VII tenslotte wordt geprobeerd aan te geven wat de perspectieven zijn van de zelfhulpbeweging in de beide Limburgen en op het internationale vlak.  
niveau

## 5. HET BELANG VAN SOCIALE NETWERKEN

152

ALLAN, G.

Informal networks of care: issues raised by Barclay. *British Journal of Social Work*; 13, 1983, no. 4, p. 417-433.

In dit artikel worden allereerst de ideeën achter het concept van informele zorgnetwerken onderzocht. Vervolgens wordt bekeken of het mogelijk is om verschillende informele relaties te gebruiken bij de maatschappelijke zorgvoorziening. De auteur maakt daarbij een analyse van de normatieve patronen en de uitwisselingsinhoud die aan informele relaties ten grondslag liggen. Er wordt geconcludeerd dat een poging om informele netwerken in te schakelen bij maatschappelijke zorgverlening waarschijnlijk geen succes zal hebben, omdat de normale organisatie van die netwerken daarvoor niet geschikt is.

bcu (nivel)

CANTOR, M., V. LITTLE.

Aging and social care.

Idem, no. 127.

153

COBB, S.

Social support and health through the life course.

In: M.W. RILEY (ed). *Aging from birth to death: interdisciplinary perspectives*. Boulder, Colorado, Westview Press, 1979, p. 93-106, lit.opgn.

In dit essay wordt uitgelegd wat social support is en welke plaats het inneemt in het schema van supportsystemen. Vervolgens wordt de overvloedige stroom literatuur samengevat waarin het concept van social support in verband wordt gebracht met verschillende aspecten van gezondheid. Een mogelijke theoretische verklaring wordt besproken voor de

wijze waarop social support intervenueert in de bevordering van de gezondheid van individuen. De hypothese is dat social support (samengesteld uit **network support, esteem support en emotional support**) bijdraagt aan het vereenvoudigen van stressvermindering door het verbeteren van iemands vermogen tot aanpassing aan en controle over zijn omgeving.

bcu (nivel)

154

EIJK, J. van.

De verwerking van enkele levensgebeurtenissen en steun uit sociale netwerken.

Gezondheid en Samenleving; 1, 1980, no. 2, p. 83-101, lit.opgn.

Onderzoek naar de invloed van ingrijpende gebeurtenissen in gezinnen op het klachtenpatroon van gezinsleden. Tevens is onderzocht hoe dit samenhangt met de intensiteit van de contacten in de sociale netwerken van het gezin en daarbuiten. Het theoretisch uitgangspunt is dat steun uit de sociale omgeving bijdraagt aan probleemoplossend gedrag in situaties die de gezondheid bedreigen.

nivel

155

FINLAYSON, A.

Social networks as coping resources: lay help and consultation patterns used by women in husbands' post-infarction career.

Social Science and Medicine; 10, 1976, no. 2, p. 97-103, lit.opgn.

Verslag van een onderdeel van een studie naar de wijze waarop gezinnen de crisis verwerken die het gevolg is van een hartinfarct van de man. In dit artikel worden de personen geïdentificeerd die volgens de betrokken echtgenotes tijdens de crisis en daarna als informele hulp- en raadgevers optraden. Ook is nagegaan tot welk soort netwerk zij behoren.

Zoals te verwachten was kwamen er verschillen aan het licht die samenhangen met sociale klasse. Er zijn echter ook verschillen die te maken hebben met de uitkomst van de ziekte na een jaar, en die zijn onafhankelijk van sociale klasse. Gezinnen met minder steunverlenende netwerken, en gezinnen waarbij support voornamelijk komt uit de familie van (een van) de echtgenoten, blijken er na een jaar relatief minder goed voor te staan.

Voorgesteld wordt dat professionele werkers die te maken hebben met de informele hulp die voor gezinnen beschikbaar is, er baat bij kunnen hebben om de aan- of afwezigheid na te gaan van steun uit elk van de netwerken die in deze studie worden bekeken (kinderen, familie van de vrouw, familie van de man, niet-familie, echtgenoot). Als men zicht heeft op de beschikbare hulp, kan men gericht tekortkomingen compenseren.

nivel

JONKER, J.M.L., R.A.B. LEAPER, J.A. YODER (eds).

Support networks in a caring community: research and policy, fact and fiction.

Idem, no. 26.

156

KAPLAN, B.H., J.C. CASSEL, S. GORE.

Social support and health.

Medical Care; 15, 1977, no. 5 (supplement), p. 47-58, lit.opgn.

Explorerende studie naar de relatie tussen social support en gezondheid. Besproken worden psychosociale factoren in de etiologie van ziekte, mechanismen van social support, de relevantie van sociale netwerken als bronnen van support, en implicaties voor het beleid ten aanzien van de medische zorg.

nivel

157

LITWAK, E., I. SZELENYI.

Primaire groepsstructuren en hun functies: familie,

buren en vrienden.

In: J.H. HUIJTS, W.M. HIRS (eds). Hulpverleners en veranderen: handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1973, deel I, p. 09.Lit.1-09.Lit.26, lit.opgn.

Over het "echte" niet-professionele helpen bestaan veel visies en weinig onderzoeken. In deze studie worden de rollen beschreven van (kern)gezin, familie, burens en vrienden in een respectievelijk wel (de Verenigde Staten) en niet (Hongarije) hoogontwikkelde technologische samenleving. Terwijl de visies teruggaan op gemoedsstemmingen over de goede oude tijd of de goede nieuwe, beperkt het onderzoek zich tot bescheiden vergelijkingen tussen datgene wat er in geval van nood feitelijk volgens geïnterviewden aan hulp te verwachten is van eigen gezinsleden, burens, familie en vrienden. Natuurlijk ligt dat anders dan in de tijd van de trekschuit. Door het technologisch ontwikkelingsproces zijn deze primaire groepsstructuren veel gedifferentieerder en mobieler geworden. Maar de buurt handhaaft een unieke hulpfunctie bij acute nood, ondanks een groot burensverloop, en de familie komt over voor langdurige hulp ondanks het verdwenen face-to-face contact. De ware non-professional hoeft niet minder hulpvaardig te zijn dan vroeger.  
niveau

158

MAASAKKERS, J. van.

De sociaal-netwerkmethode: op zoek naar de gezondmakers.

Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening; 14, 1986, no. 11, p. 323-325.

Beschreven wordt een experimentele hulpverleningsmethode in Zweden. Uitgangspunten daarbij zijn de benadering van de mens vanuit een holistische visie en de constatering dat een van de basisbehoeften van de mens zijn behoefte aan sociaal contact is. De professionele hulpverleners die volgens de sociaal-

netwerkmethode werken, proberen het potentieel aan hulpbronnen (vrienden, familie, klasgenoten, collega's enzovoorts) in de eigen omgeving van de hulpvrager aan te boren.

bcu wvc

159

MATTHEWS, A.M.

Social support in normal aging.

Canadian Family Physician; 30, 1984, p. 676-680, lit. opgn.

Literatuuronderzoek. Het is nogal ingewikkeld om vast te stellen wat de rol is van social support in het proces van omgaan met stressgevoelige gebeurtenissen bij ouderen. Dat komt doordat het begrip social support moeilijk te definiëren is en doordat "ouder worden" geen eenduidig begrip is. In dit artikel wordt het voorbeeld van het overlijden van de echtgenoot gebruikt om de relatie te onderzoeken die bestaat tussen het normale ouder worden en de bronnen, typen en patronen van social support. Deze factoren beïnvloeden de mate waarin de invloed van leeftijdgebonden levensgebeurtenissen wordt vermindert door support. De arts speelt een rol in primaire social support en in het bevorderen van de supportfuncties van familieleden en anderen.

nivel

160

MENAGHAN, E.G., E.S. MERVES.

Coping with occupational problems: the limits of individual efforts.

Journal of Health and Social Behavior; 25, 1984, no. 4, p. 406-423, lit.opgn.

Onderzoek naar de effectiviteit van vier manieren om beroepsproblemen de baas te kunnen (directe actie, optimistische vergelijkingen, selectief negeren, en beperkte verwachtingen). Hoewel hierdoor het directe leed enigszins blijkt af te nemen, heeft geen van deze methoden invloed op latere problemen op het

werk. Beroepsproblemen kunnen net zo min als gezinsproblemen eenvoudig worden opgelost door individuele inspanningen.

nivel

SHANAS, E.

The family as a social support system in old age.  
Idem, no. 138.

161

STARKER, J.

Methodological and conceptual issues in research on social support.

Hospital and Community Psychiatry; 37, 1986, no. 5, p. 485-489, lit.opgn.

Kritische beschouwing over de onderzoeksliteratuur over social support. In die literatuur wordt de indruk gewekt dat social support de schadelijke gevolgen van moeilijke levenssituaties verzacht en de geestelijke en lichamelijke gezondheid helpt te reguleren. De auteur is van mening dat professionele hulpverleners de resultaten van dergelijk onderzoek voorzichtig moeten interpreteren en toepassen, omdat er nogal wat conceptuele en methodologische tekortkomingen in zitten.

De belangrijkste problemen in de literatuur: het ontbreekt aan heldere definities; het ontbreekt aan uniforme, betrouwbare meetinstrumenten; negatieve en strijdige aspecten van social support worden verwaarloosd; er is geen aandacht voor de verwarrende gevolgen van levensgebeurtenissen, voor individuele verschillen in behoefte aan steun en voor omgevingsfactoren met betrekking tot social support.

nivel

162

VLIERT, E. van de, F. BOER.

Sociale steun als determinant van gezondheid: suggesties voor verder onderzoek.

Gezondheid en Samenleving; 5, 1984, no. 1, p. 2-8, lit.opgn.

Verhandeling over de sociale determinanten van gezondheid. Steun uit de sociale omgeving wordt algemeen gezien als een factor die de gezondheid bevordert. Er kan daarbij een onderverdeling worden gemaakt in emotionele steun, affirmatieve steun, instrumentele steun en de steun van het aanwezig zijn. Er is veel onderzoek verricht naar de hoofdeffecten versus de buffereffecten van sociale steun. Het is echter belangrijker of de relatie tussen sociale steun en de gezondheidstoestand geldig is onder alle omstandigheden, voor elk type sociale steun, en onafhankelijk van de gever en de ontvanger van die steun. Er bestaan aanwijzingen dat mensen onder invloed van sociale steun soms eerder ongezonder dan gezonder worden.

Tot nu toe is men niet voldoende in staat gebleken om verklaringen te vinden voor de invloed van sociale steun op de gezondheidstoestand. De auteurs gaan uit van de veronderstelling dat door anderen gegeven steun iemands eigen identiteit bevestigt en daarom bevorderlijk is voor probleemoplossend gedrag en uiteindelijk voor iemands gezondheid.

nivel

163

WETHINGTON, E., R.C. KESSLER.

Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events.

Journal of Health and Social Behavior; 27, 1986, no. 1, p. 78-89, lit.opgn.

Onderzoeksverslag. Uit de literatuur over social support blijkt dat het idee dat men hulp kan krijgen in stress-situaties van groot belang is voor het vermogen om met stress om te gaan. De vraag is nu hoe dit idee samenhangt met feitelijk verkregen steun. In dit onderzoek worden twee mogelijke interpretaties van deze samenhang getest:

- Het idee dat steun beschikbaar is, is een indirecte indicatie dat er in stress-situaties feitelijke steun uit de omgeving komt waardoor een gezonde aanpassing wordt bevorderd.



- Het idee dat steun beschikbaar is, verandert direct iemands taxatie van de situatie en beïnvloedt daarmee de aanpassing.

De analyse wijst er op dat waargenomen steun in het algemeen belangrijker is dan werkelijk ontvangen steun bij de aanpassing aan gebeurtenissen die stress opleveren.

nivel

101

ADRIJNS, W.M. van

Kan de wijksverpleging zelfzorg en mantelzorg stimuleren?

1987

Tijdschrift voor Verpleegkunde, 16, 1987, no. 33, p.

102-107.

Leidend waarin wordt ingegaan op mogelijkheden en  
praktijk van samenwerking tussen wijksverpleging en  
zelf- en mantelzorg. De wijksverpleging moet bij  
zelfzorg een stimulerende rol spelen en bij mantel-  
zorg een organiserende, ondersteunende en beïnvlo-  
ende rol. Professionele zorg wordt niet minder,

maar anders.

nivel

102

ADRIJNS, W.M. van

Zorg op maat: het statistisch proces tussen wijksverple-  
ging, cliënten en informele hulpverleners.

Amsterdam, Vrije Universiteit, Sociale Geneeskunde,

1985.

R 1038

Onderzoek naar de mate waarin en de wijze waarop de  
kwaliteitszorg betrokken is bij het stimuleren van  
zelfzorg en informele zorg. Het onderzoek is ver-  
richt op drie plaatsen in Noord-Holland, in een  
oede dorp, een forensengemeente en het district  
land. Er zijn gesprekken gevoerd met cliënten, hun  
belangrijkste informele zorgverleners en de betrokken  
wijksverpleegkundige. Op die manier ontstonden drie  
paragrafen op de koppeling van de behoefte van de  
cliënt.

De belangrijkste conclusies betreffen de koppeling  
van de hulpbehoefte van de cliënt en de praktijk-

## 6. STIMULEREN VAN ZELFZORG EN MANTELZORG

### 6.1 RELATIE MET PROFESSIONELE DISCIPLINES

164

AGTHOVEN, W.M. van.

Kan de wijkverpleging zelfzorg en mantelzorg stimuleren?

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 38, 1985, no. 23, p. 702-707.

Lezing waarin wordt ingegaan op mogelijkheden en praktijk van samenwerking tussen wijkverpleging en zelf- en mantelzorgers. De wijkverpleging moet bij zelfzorg een stimulerende rol spelen en bij mantelzorg een organiserende, ondersteunende en bemiddelende rol. Professionele zorg wordt niet minder, maar anders.

nivel

165

AGTHOVEN, W.M. van

Zorg op maat: het afstemmingsproces tussen wijkverpleging, cliënten en informele hulpverleners.

Amsterdam, Vrije Universiteit, Sociale Geneeskunde, 1985.

R 2638

Onderzoek naar de mate waarin en de wijze waarop de kruisvereniging betrokken is bij het stimuleren van zelfzorg en informele zorg. Het onderzoek is verricht op drie plaatsen in Noord-Holland, nl. een oude binnenstad, een forensengemeente en het platteland. Er zijn gesprekken gevoerd met cliënten, hun belangrijkste informele zorgverlener en de betrokken wijkverpleegkundige. Op die manier ontstonden drie perspectieven op de zorgverlening ten behoeve van de cliënt.

De belangrijkste conclusies betreffen de inschatting van de hulpbehoefte van de cliënt en de prioritei-

tenstelling in de volgorde van het inschakelen van zelfzorg, informele zorg en professionele zorg.  
niveau

BAKKER-LENDERINK, A.

'Het' gezin en de langdurig thuisverpleegde patiënt.  
Idem, no. 74.

BAKX-van MILL, T.

Zelfzorg in de praktijk.  
Idem, no. 75.

166

BEEK, M., J. van EIJK, G. RUTTEN.

Rol en betekenis van zelfzorg: een onderzoek naar de opvatting van huisartsen en specialisten.  
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, no. 24, p. 772-776, lit.opgn.

De opvattingen van artsen over het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid zijn van groot belang voor het welslagen van beoogde veranderingen in de gezondheidszorg. Artsen kunnen hierbij een belangrijke voorwaarden-scheppende rol vervullen door de zelfzorgbereidheid en -competentie van mensen te stimuleren. Tot dus-verre echter is weinig bekend over hoe (huis)artsen hierover denken. Dit vormde de aanleiding tot een peiling naar de opvattingen van een grote groep huisartsen en specialisten in Nederland.

Beide groepen blijken van mening dat zelfzorg tot een vermindering van hun werkbelasting kan leiden. Huisartsen blijken daarentegen veel positiever dan specialisten te staan tegenover de mogelijkheden tot verbetering van de zelfzorgcompetentie en het bevorderen van de zelfzorgbereidheid. Door hun verschillende positie in de gezondheidszorg kan vooral van huisartsen een positieve bijdrage verwacht worden bij het stimuleren van zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid.

niveau

167

Begeleiding mantelzorg bij dementie.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no. 11, p. 12-14.

Beschrijving van examenwerkstuk waarin wordt gesteld dat er voor wijkverpleegkundigen een taak is weggelegd bij de begeleiding van partners van mensen met dement gedrag. Deze taak moet gericht zijn op individuele begeleiding in een directe relatie met de mantelzorger en een bredere aanpak vanuit het team.  
niveau

168

BLOEMENDAL, G.

Waarom familie betrekken bij het zorgen?

Tijdschrift voor bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging; 18, 1985, no. 12, p. 354-357.

Pleidooi voor samenwerking tussen verzorgenden en familieleden in de zorg voor verpleeghuisbewoners. Wat zijn de belemmeringen? Op welke zorgvelden liggen de mogelijkheden?  
niveau

CALKHOVEN, J.E.

Zelfbehandeling: een benadering door de huisarts.

Idem, no. 104.

169

FLEMING, G.V., A.L. GIACHELLO, R.M. ANDERSEN, P. ANDRADE.

Self-care: substitute, supplement, or stimulus for formal medical care services?

Medical Care; 22, 1984, no. 10, p. 950-966, lit.opgn.

Onderzoek naar de betrekking tussen bepaalde zelfzorgactiviteiten tijdens een ziekteperiode en het gebruik van formele medische zorg. De hoofdvraag is of door zelfzorg de gebruikmaking van formele medische zorg wordt vervangen, aangevuld of juist gestimuleerd. De gegevens komen uit een secundaire data-

analyse van een Amerikaanse nationale studie uit 1976 over de toegang tot medische zorg. De resultaten van het onderzoek geven aan dat zelfzorgers minder vaak de huisarts bezoeken en korter in het ziekenhuis blijven. De onderzochte zelfzorgactiviteiten blijken dus een substituut te zijn voor het gebruik van professionele diensten. Als gevolg van beperkingen in de data moeten de uitkomsten met enige voorzichtigheid worden bekeken. De resultaten pleiten wel voor meer onderzoek naar zelfzorg.  
niveau

170

FREER, C.B.

Geriatric screening: a reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, no. 275, p. 288-290, lit.opgn.

In een beschouwend overzicht wordt ingegaan op het belang van preventieve zorg voor oudere patiënten. De problemen van verschillende methoden van screening worden besproken. Meer aandacht tijdens de routineconsultaties voor het functioneren in de eigen omgeving kan de (sociaal-economische) gevolgen van gezondheidsproblemen bij genoemde groep verminderen. Daarnaast is educatie van patiënt en zorgverlener nodig teneinde de zelfzorg van ouderen te stimuleren en kwalitatief te verbeteren.  
niveau

171

GRAAFF, A. de.

Verpleegkundigen bereid baan te offeren voor zelf- en mantelzorg.

Het Beterschap; 6, 1984, no. 6, p. 21-24.

Verslag van congres voor verpleegkundigen over "Zorg in eigen beheer". Zelfzorg en mantelzorg moeten meer gestimuleerd worden, zelfs ten koste van banen. Vooralsnog wil de patiënt zo veel mogelijk professionele zorg. Een grotere verantwoordelijkheid voor

de eigen gezondheid zal moeten groeien en kan niet van boven af worden opgelegd.  
niveau

172

GREENE, V.L.

Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community.

Medical Care; 21, 1983, no. 6, p. 609-619, lit.opgn.

Onderzoek naar de mate waarin een uitgebreide zorgvoorziening vanuit de overheid er toe leidt dat de professionele zorg de plaats inneemt van de informele zorg die door familie en vrienden wordt verleend aan hulpbehoevende ouderen. Een dergelijk substitutie-effect blijkt inderdaad op te treden.

niveau

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten.

Idem, no. 130.

173

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Herstel van mantelzorg in de instelling: schetsontwerp van mantelzorg in het verpleeghuis II.

Het Ziekenhuis; 11, 1981, no. 6, p. 271-277, lit.opgn.

Beschouwing over de inspanningen die nodig zijn om mantelzorg in het verpleeghuis opnieuw een plaats te geven. Zowel externe als interne netwerken moeten werkzaam blijven en gestimuleerd worden. Er is een attitudeverandering bij de zorgverleners nodig - zij moeten erkennen dat zelfzorg en mantelzorg van bewoners de belangrijkste zorgtypen zijn. Er moet een verschuiving van inzet en taken plaatsvinden.

niveau

174

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

De relaties tussen zelfzorg, mantelzorg en professione-

le zorg.

Medisch Contact; 34, 1979, no. 24, p. 773-778, lit.  
opgn.

Analyse van de **zorgmix**, het ingewikkelde netwerk van onderlinge betrekkingen en afhankelijkheden tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Bekeken wordt hoe de zorgmix werkt in een aantal specifieke situaties.

nivel

175

HATTINGA VERSCHURE, J.C.M.

Zingeving aan het leven in het verpleeghuis: schetsontwerp van mantelzorg in het verpleeghuis I.

Het Ziekenhuis; 11, 1981, no. 5, p. 212-214, lit.opgn.

Zorgen staat gelijk aan zingeving. Het verlenen van mantelzorg voldoet aan de menselijke behoefte om solidariteit te ervaren. De auteur geeft zes categorieën van mantelzorg en schetst vervolgens welke mogelijkheden en beperkingen er bestaan voor mantelzorg in de specifieke situatie van het verpleeghuis.

nivel

HAYS, H.

Home care of the frail elderly and the terminally ill.

Idem, no. 131.

176

HOEVE, J.P. van.

Zelfzorg stimuleren in de tandartspraktijk.

Nederlands Tandartsenblad; 41, 1986, no. 19, p. 637-639.

Tandartsen moeten niet alleen gericht zijn op gebitsreparaties, maar ook op begeleiding en stimulering van patiënten in de richting van zelfzorg in verband met preventie en behoud van behandelingsresultaten.

nivel

JONES, D.A., N.J. VETTER.

Formal and informal support received by carers of elderly dependants.

Idem, no. 132.

JONES, D.A., N.J. VETTER.

A survey of those who care for the elderly at home: their problems and their needs.

Idem, no. 133.

177

KOOY, C.H. van der.

Nog niet iedereen over de streep, maar zelfzorg zal toenemen.

Het Ziekenhuis; 15, 1985, no. 24, p. 992-993.

Verslag van het project zelfhulp ziekenbegeleiding in Limburg, waar in 1982 een steunpunt voor zelfzorginitiatieven werd opgezet. De resultaten werden neergelegd in het rapport "Evaluatie zelfzorgbevorderende hulpverlening in de provincie Limburg". Gebleken is onder andere dat het beter is de patiënt zelf nauwer te betrekken bij zijn ziektebegeleiding. Dat is te verkiezen is boven een eenzijdige benadering door beroepsmensen.

nivel wvc

LIESHOUT, P. van, P. SCHNABEL.

Vragen naar GGZ: ondersteunende stukken voor de Nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg

Idem, no. 61.

178

LINN, L.S., C.E. LEWIS.

Attitudes toward self-care among practicing physicians.

Medical Care; 17, 1979, no. 2, p. 183-190, lit.opgn.

Explorerend onderzoek naar de attitudes ten opzichte van zelfzorg onder 165 praktiserende artsen in Los Angeles. Hun attitude werd gemeten met behulp van een schaal bestaande uit 13 items. Tevens werd onderzocht in hoeverre de opvattingen van de artsen



samenhingen met hun leeftijd, religieuze achtergrond  
en praktijkomstandigheden.

nivel

179

LISDONK, E. van de.

Naar de dokter of niet?

Medisch Contact; 40, 1985, no. 12, p. 349-351, lit.  
opgn.

Exploratief onderzoek naar de opvattingen van patiënten, arts-assistenten en huisartsen over de mogelijkheden van zelfzorg dan wel de noodzaak om medische hulp in te roepen. De vragen in het onderzoek hadden betrekking op het raadplegen van de huisarts om therapeutische redenen, de snelheid van het herstel zonder of met hulp van de huisarts, zelfzorgactiviteiten van de patiënt, en het "self-limiting" karakter van klachten. Het is opvallend dat de arts-assistenten minder vertrouwen uitspraken in zelfzorg door patiënten dan de patiënten zelf. Op hun beurt zagen patiënten er minder in dan ervaren huisartsen.

nivel

MAASEN, J.H.W.

Psycho-sociale opvang in het bedrijf.

Idem, no. 89.

MASON, C.

The production and effects of uncertainty with special reference to diabetes mellitus.

Idem, no. 117.

180

MASTBERGEN-VAN WENSVEEN, W.

Nog ruimte voor zelfzorg na het preventieve bejaarden-zorgbezoek? Mag oma blijven doen zoals zij altijd gedaan heeft?

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no. 9, p. 29-31, lit.opgn.

Naar aanleiding van de in 1981 verschenen nota "Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging" en artikelen die als antwoord hierop verschenen, vraagt de schrijfster zich af of de wijkverpleegkundige niet al te centraal staat in plaats van de ouderen zelf, en of er nog wel ruimte is voor zelfzorg na het preventieve bejaardenzorgbezoek. De kritiek richt zich niet op de doelstelling als zodanig, maar op de methode en de uitvoering van het preventieve bejaardenzorgbezoek. De kritiek wordt in het artikel uitgewerkt. Voorts komt de auteur met alternatieven.  
niveau

MATER, M., J.R.B.J. BROUWERS.

Zelfmedicatie: de patiënt begint ermee, maar wat doen wij?

Idem, no. 108.

181

MATHIJSSSEN, E.

Vooroordelen hulpverleners staan zelfzorg oudere diabeten in de weg.

DIABC; 40, 1986, no. 1, p. 25

Beschouwing plus interview over de relatie tussen de achterstand in zelfzorg bij oudere diabeten en de houding van hulpverleners.

niveau

MELCHERS, R.

Zorg voor demente is zorg voor mantel.

Idem, no. 119.

NELL, H.W.

Familiezorg na opname in het verpleeghuis.

Idem, no. 94.

182

OLAERTS, E.

Zorgen voor de familie.

Kontakt; 8, 1986, no. 29, p. 17-18.

Beschouwing over de noodzaak voor hulpverleners om aandacht te schenken aan de familie van demente bejaarden en over de opvang in de thuissituatie.  
niveau

183

OREM, D.E.

Verpleegkunde: ondersteuning van zelfzorg.

Lochem etc., De Tijdstroom, 1986, lit.opgn.

In dit boek wordt de theorie van het **zelfzorgtekort** als uitgangspunt voor verpleegkundig handelen geformuleerd en uitgewerkt. Het idee is dat mensen kunnen profiteren van verpleging als ze onderhevig zijn aan beperkingen die met de gezondheid te maken hebben en die er toe leiden dat voortdurende zelfzorg of zorg voor anderen onmogelijk is, of dat ze niet effectief of niet voldoende voor zichzelf kunnen zorgen.

Hoofdstuk 1 tot en met 4 verschaffen een inleiding tot de verpleging. Aan de orde komen de verschillende aspecten van verplegen, de verpleegkunde als kennisgebied en als praktijkvak, de sociale aspecten van het verplegen en de variaties in opleidingsprogramma's.

In hoofdstuk 5 tot en met 7 worden de theoretische begrippen behandeld die vorm en betekenis geven aan de algemene theorie van het verplegen (de theorie van het zelfzorgtekort). De nadruk wordt gelegd op de kenmerken van patiënten en verpleegkundigen en op de relaties daartussen zoals die worden aangetroffen in de concrete wereld van verplegenden en verpleegden. In deze theoretische gedeelten wordt gewezen op de feiten die verpleegkundigen moeten leren kennen en organiseren, en die in praktijksituaties betekenis krijgen.

In het laatste gedeelte van het boek (hoofdstuk 8 tot en met 10) wordt de oriëntatie van verpleegkundigen op de gezondheidszorg behandeld, de procesmatige aspecten van de verpleegkundige praktijk en de variaties in verpleegsituaties.

niveau

184

PEET, R. van der.

Verplegen: zorgen voor zelfzorg.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1983, no. 4, p. 20-25, lit.opgn.

De auteur schetst een visie op het verpleegkundig beroep die primair is gericht op de ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg. Toename van zelfzorg en mantelzorg ontnemt verpleegkundigen niet hun bestaansrecht, maar brengt hen in een andere positie waar een specifieke deskundigheid en werkwijze aan te pas komt. Het oogmerk van verplegen is een gezond bestaan in ruime zin voor de zorgontvanger. Zorgen voor zelfzorg betekent mensen vertrouwen geven in hun eigen mogelijkheden en mensen leren te leven met onvermijdelijke beperkingen. Het gaat om de kwaliteit van het bestaan van individuen en niet om goedkopere gezondheidszorg.

nivel

185

PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN NOORD-BRABANT.

Financiering van het kruiswerk.

's-Hertogenbosch, Provinciale Raad etc., 1979.

R 525

Deze nota is geschreven naar aanleiding van het advies van de Ziekenfondsraad om het kruiswerk op te nemen in de verstrekkingen van de AWBZ. Er worden (onder meer) beschouwingen gewijd aan de verantwoordelijkheid van individuen en in groepsverband in de gezondheidszorg. Er wordt een zienswijze gepresenteerd met betrekking tot het functioneren van het kruiswerk als aanvulling op en ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg.

nivel

REESER, H.M.

Opvoeden is zelfstandig maken: ervaringen in een thuiszorgproject.

Idem, no. 124.

186

REITSEMA, J.

Hoe behandelt u dit zelf? Zelfbehandeling in de premedische fase en de taak van de huisarts.

Amsterdam, Huisartsen Instituut VU, 1981.

R 464

De centrale probleemstelling van deze scriptie, die het karakter heeft van een literatuurstudie, luidt: hoe kan een huisarts het proces van bewustwording van de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en de daaruit voortvloeiende zelfbehandeling bevorderen? Er zijn hoofdstukken over de betekenis van gezondheid en ziekte, de premedische fase, zelfbehandeling, de houding ten aanzien van zelfbehandeling en de taak van de huisarts.

nivel

187

RUSSELL, E.

Self-care: opting out or opting in?

Journal of the Royal College of General Practitioners; 36, 1986, no. 293, p. 540, lit.opgn.

Beschouwing over de vraag hoe ver artsen moeten gaan in het bevorderen van zelfzorg bij hun patiënten. Verschillende opvattingen over de rol van zelfzorg in de totale zorg voor de gezondheid worden besproken. De balans van verantwoordelijkheid en informatie tussen leken en professionals is aan het verschuiven. Medici en verpleegkundigen moeten meedoen met de zelfzorgers.

nivel

188

SEYSENER, M.

Informele zorg nog volop aanwezig.

Gesprek naar aanleiding van het onderzoek "Zorg op maat". Onderzocht werd het afstemmingsproces tussen wijkverpleging, cliënt en informele zorgverlener. Vooral ten aanzien van de psychosociale begeleiding blijken grote verschillen in visie te bestaan tussen wijkverpleging, cliënt en informele zorgverlener. Stimulering van zelfzorg en informele zorg kan verder ontwikkeld worden met behulp van het Wijk Administratie Systeem (WAS), wanneer hulp gegeven door omstanders ook genoteerd wordt.  
niveau wvc

STOLTE, J.B.

Zichzelf helpen bij klachten op het gebied van de gezondheid: maatschappelijke achtergronden.

Idem, no. 98.

189

TITS, M.H.L. van, W.J.F.I. NUYENS.

Mogelijkheden van vervangende ziekenhuiszorg: IVA deed onderzoek in Bredase ziekenhuizen.

Het Ziekenhuis; 16, 1986, no. 18, p. 679-702.

Binnen een ziekenhuis in Breda werden de mogelijkheden onderzocht van verzorging en behandeling van patiënten op een andere wijze dan in het algemeen ziekenhuis gebruikelijk is, waarbij de vraag centraal stond of dit medisch en verpleegkundig verantwoord was. Tevens werd bezien hoe dit in kwantitatieve termen valt uit te drukken. Geconcludeerd wordt dat er exclusief de PAAZ-bedden een marge is voor een reductie van ten hoogste 18% van het aantal verpleegdagen. Met name ten aanzien van de extramurale zorg bleek het overigens moeilijk kwantitatieve termen te hanteren.

Essentieel voor dergelijke alternatieve mogelijkheden is een regionaal samenhangend patroon van beschikbare faciliteiten met nauwe samenwerking van alle betrokkenen. De bevindingen worden van lande-

lijk belang genoemd. Een meer gedetailleerd vervolgonderzoek wordt aangekondigd.  
niveau

VERHAAK, P.F.M., J.T. van BUSSCHBACH, D. KORTENHOEVEN.  
Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid.

Idem, no. 100.

Verplegen met de handen op de rug: de (on)mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg zoals ervaren door wijkverpleegkundigen.

Idem no. 101.

190

BERG, A.O., J.P. LOGERFO.

Potential effect of self-care algorithms on the number of physician visits.

New England Journal of Medicine; 300, 1979, no. 10, p. 535-537, lit.opgn.

Onderzoek naar het potentiële effect van zelfzorgalgoritmen op het aantal visites aan artsen. Om dat effect te bepalen werden de werkelijke visites, opgetekend in de Seattle Virus Watch, achteraf vergeleken met de aanbevelingen uit het handboek voor zelfzorg "Take care of yourself". Als men zich strikt gehouden zou hebben aan de voorschriften uit het handboek, zou het aantal consulten voor 5 van de 8 geselecteerde categorieën van symptomen zijn gestegen, voor 2 gelijk zijn gebleven, en slechts voor het algoritme voor heesheid verminderd zijn. De uitkomsten geven aan dat door de toepassing van sommige bekende zelfzorgalgoritmen het aantal bezoeken aan artsen eerder zal toenemen dan afnemen.  
niveau

BORNE, H.W. van den, J.F.A. PRUYN, K. van DAM-de MEY.

Self-help in cancer patients: a review of studies on the effects of contacts between fellow patients.

Idem, no. 142.

BREMER SCHULTE, M., B. PLUYM, G. van SCHENDEL.

Reintegration with duos: a self-care program following myocardial infarction.

Idem, no. 111.

DAVIS, A.L., R. FAUST, M. ORDENTLICH.

Self-help smoking cessation and maintenance programs: a comparative study with 12-month follow-up by the American Lung Association.

Idem, no. 144.



191

DUER, J.D.

Group dissemination of breast self-examination training technology.

Patient Education and Counseling; 6, 1984, no. 4, p. 160-164.

Verslag van een onderzoek naar het effect van training in borstonderzoek door vrouwen zelf onder drie oefencondities: een kleine groep met feedback over individueel handelen, een kleine groep zonder feedback, en individueel met feedback. Uit het onderzoek blijkt dat de verschillende oefencondities geen significante verschillen in vaardigheden opleveren. Er wordt steun gegeven aan de verspreiding van de trainingstechniek in groepen.

nivel

192

GREEN, K.E., S.H. MOORE.

Attitudes toward self-care: a consumer study.

Medical Care; 18, 1980, no. 8, p. 872-877, lit.opgn.

Studie naar de betrouwbaarheid en validiteit van een attitudeschaal die is ontworpen om de houding van consumenten van gezondheidszorg ten opzichte van zelfzorg en het effect van voorlichting op die houding vast te stellen.

nivel

JENNY, J.L.

Differences in adaptation to diabetes between insulin-dependent and non-insulin-dependent patients: implications for patient education.

Idem, no. 115.

193

JONKERS, R.

Publieksvoorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek.

Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1986, lit.opgn. B 1462

De vraagstellingen van dit proefschrift luiden:

- Welke gedragsdeterminanten spelen een rol bij (de intentie tot) informatiezoekend gedrag rond borstkanker en (de intentie tot) het doen van borstzelfonderzoek bij "gezonde" volwassen vrouwen?
- Wat is de invloed die GVO-interventies uitoefenen op deze gedragingen en determinanten?

In hoofdstuk 2 vindt een nadere oriëntatie plaats op (borst)kanker als individueel gezondheidsprobleem en als maatschappelijk probleem. Hoofdstuk 3 geeft een uiteenzetting van de theoretische uitgangspunten die gebruikt zijn om te achterhalen welke de determinanten zijn van gedrag (in dit geval: doen van borstzelfonderzoek en informatiezoekend gedrag).

Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de opzet en de uitvoering van het onderzoek ter beantwoording van zowel de eerste als de tweede vraagstelling, waarna in hoofdstuk 5 de eerste vraagstelling wordt uitgewerkt. In hoofdstuk 6 wordt aangegeven welke voorlichtingsinterventies in het project "Omgaan met borstkanker" zijn ondernomen om gedrag met betrekking tot borstkanker in de gewenste richting te beïnvloeden. In hoofdstuk 7 wordt beschreven wat het effect is geweest van de voorlichtingsactiviteiten. Tenslotte volgen in hoofdstuk 8 samenvatting, discussie en aanbevelingen.

Er blijkt onvoldoende bewijs voorhanden te zijn dat het verrichten van borstzelfonderzoek zoals dat nu door vrouwen gebeurt, een effectieve bijdrage levert aan de afname van voortijdige sterfte door borstkanker.

nivel

194

KEMPER, D.W.

Self-care education: impact on HMO costs.

Medical Care; 20, 1982, no. 7, p. 710-718, lit.opgn.

Evaluatieonderzoek met betrekking tot voorlichting over zelfzorg in een "health maintenance organization" (HMO). Onderzocht is welke invloed die voorlichting heeft op de frequentie en de kosten van de

medische dienstverlening in HMO-verband. De educatieve inspanningen waren gericht op het vermogen van mensen om beslissingen te nemen en om thuis behandelingen uit te voeren ten aanzien van een grote verscheidenheid van kleinere verwondingen en ziekten. In het onderzoek zijn 900 HMO-leden uit 217 gezinnen betrokken geweest, waarbij een deel functioneerde als experimentele groep en een deel als controlegroep.

Het voorlichtingsprogramma had een indrukwekkende invloed op zowel de kennis van zelfzorg als de kosten per visite, maar toch kon geen significant effect aangetoond worden op de frequentie en de totale kosten van kliniekbezoeken.  
niveau

195

KIELY, B.G., J.G. MacPHERSON.

Stress self-help packages in primary care: a controlled trial.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 36, 1986, no. 288, p. 307-309, lit.opgn.

In een gecontroleerd experiment is de klinische effectiviteit onderzocht van een zelfhulppakket voor stress. Dat pakket werd door huisartsen voorgeschreven aan patiënten die psychologische problemen voorlegden die mogelijk te maken hadden met stress. Patiënten werden aselekt ondergebracht in twee groepen: een groep kreeg de gewone behandeling door de huisarts zonder het pakket, en een met het pakket. Er werden significante voordelen geconstateerd voor patiënten die het pakket ontvingen. Daartoe werden controles uitgevoerd van de klachten van patiënten in een follow-up na drie maanden, en werd de hoeveelheid consulten voor psychologische problemen in de drie maanden voor de behandeling vergeleken met de hoeveelheid consulten in de drie maanden erna. Besproken wordt wat de mogelijkheden zijn van gebruik van dergelijke pakketten bij de behandeling van psychologische problemen in de eerste lijn.  
niveau

196

LORIG, K., R.G. KRAINES, B.Wm. BROWN, N. RICHARDSON.  
A workplace health education program that reduces out-patient visits.  
Medical Care; 23, 1985, no. 9, p. 1044-1054, lit.opgn.

Studie naar de effecten van een programma voor gezondheidsvoorlichting dat is uitgevoerd in bedrijven in California (VS). Bij het onderzoek waren 5200 werknemers betrokken. De auteurs concluderen dat tegen minimale kosten zelfhulp en zelfzorg zodanig kunnen worden bevorderd dat bezoeken aan artsen in belangrijke mate afnemen.  
niveau

197

McMASTER, V., S. NICHOLS, D. MACHIN.  
Evaluation of breast self-examination teaching materials in a primary care setting.  
Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, no. 281, p. 578-580, lit.opgn.

Onderzoek naar de effectiviteit van voorlichting over borstzelfonderzoek door middel van een brochure en een videoprogramma, tentoongesteld in een eerste-lijnsgezondheidscentrum.  
niveau

198

MOORE, S.H., J. LOGERFO, T.S. INUI.  
Effect of a self-care book on physician visits: a randomized trial.  
JAMA; 243, 1980, no. 22, p. 2317-2320, lit.opgn.

Een zelfzorghandboek dat patiënten richtlijnen geeft voor het zoeken van thuiszorg of medische zorg bij 63 medische problemen, is beoordeeld in drie aselekt gekozen groepen van gezinnen. Onderzocht werd het effect van het boek op het aantal artsbezoeken. De eerste groep kreeg het boek en een vrijwillige cursus over het gebruik ervan; de tweede groep was

identiek aan de eerste maar deze gezinnen zouden bovendien \$50 krijgen als het aantal artsbezoeken met een derde zou dalen; de derde groep was een controlegroep. In totaal betrof het onderzoek 699 gezinnen.

Het boek had geen significant effect op het aantal artsbezoeken gedurende onderzoeksperioden van 6 en 12 maanden, hoewel de helft van de gezinnen het boek (bijna) helemaal las en hoewel meer dan een derde het boek gebruikte voor een specifiek medisch probleem. Verspreiding op grote schaal van dit zelfzorgboek resulteerde dus niet in een significant geringere afhankelijkheid van artsen voor de behandeling van acute medische problemen.  
niveau

199

MORRELL, D.C.

Teaching patients to look after themselves.

Update; 23, 1981, no. 9, p. 1187-1195, lit.opgn.

In dit artikel wordt een onderzoek beschreven naar het effect van een voorlichtingsbrochure over zelfzorg bij een zestal symptomen. In een experimentele en een controlegroep is gekeken naar de hoeveelheid consultaties naar aanleiding van de beschreven symptomen. Voorlichting blijkt te leiden tot reductie van het aantal consultaties.

Ook wordt een schets gegeven van de achtergronden van dit onderzoek. Door de veranderde ziektepatronen moeten artsen zich meer richten op preventie en op continue zorg bij chronische aandoeningen. Ook patiënten kunnen en moeten daarbij meer zelf doen. Uit onderzoek naar de factoren die de vraag naar zorg beïnvloeden, kan worden afgeleid dat er behoefte bestaat aan gezondheidsvoorlichting.

niveau

200

NELSON, E.C., G. MCHUGO, P. SCHNURR, C. DEVITO, E. ROBERTS, J. SIMMONS, W. ZUBKOFF.

Medical self-care education for elders: a controlled

trial to evaluate impact.

American Journal of Public Health; 74, 1984, no. 12, p. 1357-1362, lit.opgn.

Gecontroleerd onderzoek onder 330 bejaarden van gemiddeld 71 jaar naar de effecten van een opleiding in medische zelfhulp. Kennis over gezondheid, vaardigheid, leefgedrag en kwaliteit van het leven werden positief beïnvloed. Medische consumptie en gezondheidstoestand werden nauwelijks beïnvloed.  
niveau wvc

201

SEHNERT, K.W.

A course for activated patients.

In: A. GARTNER, C. GREER, F. RIESSMAN (eds). Consumer education in the human services: a social policy book. New York etc., Pergamon Press, 1979, p. 81-93.

B 154

In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van de Course for Activated Patients, een voorlichtingsprogramma over zelfzorg en zelfhulp. De cursus is gebaseerd op een veelomvattend gezondheidsprogramma dat is gericht op welbevinden en dat gebruik maakt van doe-het-zelf methoden.

Eerst wordt een korte samenvatting gegeven van het historisch raamwerk waaruit de zelfzorgtrend voortkomt: het tweeledige systeem van gezondheidszorg, de sociale, economische en technologische veranderingen die hebben geresulteerd in veranderde ziektepatronen, en het huidige overbelaste stelsel van gezondheidszorg. Dan volgt de beschrijving van de cursus, het effect ervan, en toekomstige richtingen voor onderzoek naar methoden van zelfzorgvoorlichting.  
niveau

202

VICKERY, D.M., H. KALMER, D. LOWRY, M. CONSTANTINE, E. WRIGHT, W. LOREN.

Effect of a self-care program on medical visits.

JAMA; 250, 1983, no. 21, p. 2952-2956.

Onderzoek naar de effecten van een programma van zelfzorgeducatie op het gebruik van ambulante zorg. Een prospectief, aselekt en gecontroleerd experiment is uitgevoerd in een HMO. De drie experimentele groepen vertoonden, in vergelijking met de controle-groep, een statistisch significante vermindering van medische bezoeken. Vooral schriftelijk voorlichtingsmateriaal waarin de nadruk wordt gelegd op persoonlijke besluitvorming inzake het gebruik van medische zorg, blijkt van invloed te zijn. Voorlichting over zelfzorg kan belangrijke effecten hebben op de kosten van medische zorg, de voldoening van artsen en het vertrouwen van patiënten.  
niveau

203

YOUNG, M., P.J. MARTY.

Improving the practice of breast self-examination through assessment of alternative teaching formats. Patient Education and Counseling; 7, 1985, no. 3, p. 303-310, lit. opgn.

Onderzoek naar het effect van verschillende instructiemethoden voor borstzelfonderzoek. 186 studentes in vier verschillende instructiegroepen vulden aan het begin en het eind van een semester een vragenlijst in over borstzelfonderzoek. Studentes die instructie kregen in een kleine groep, bleken vaker borstzelfonderzoek te doen en meer vertrouwen te hebben in hun vermogen om de handeling uit te voeren. De uitkomsten geven aan dat de aanpak in kleine groepen een effectieve aanvulling kan zijn op gewone klassikale instructie.  
niveau





## AUTEURSINDEX

### A

Abosedé, O.A.

103

Agthoven, W.M. van

164, 165

Allan, G.

152

Ancona, H. d'

49

Andersen, R.M.

169

Anderson, J.A.D.

73

Andrade, P.

169

Ankone, A.

50

### B

Baars, F.

29

Bakker-Lenderink, A.

74

Bakx-Van Mill, T.

75

Bannenbergh, G.

51

Barofsky, I.

16

Becker, M.H.

107

Beek, M.

166

Beentjes, E.

76

Beljon, J.A.S.

141

Bensing, J.

52

Berg, A.O.

190

Bertels, M.

29

Bloemendal, G.

168

Boelen-Van der Loo, W.J.C.

77

Boer, F.

162

Boon, L.

53

Borne, H.W. van den

142

Bremer Schulte, M.

78, 111

Brink, M. van den

79

Brody, E.M.

126

Brooks, N.A.

18

Brook, P.

17

Brouwers, J.R.B.J.

108

Brown, B.Wm.

196

Bruessing, R.

29

Buck, C.

73

Busschbach, J.T. van

100

## C

Calkhoven, J.E.  
104  
Cantor, M.  
127  
Caplan, G.  
143  
Cassel, J.C.  
156  
Christensen, D.B.  
109  
Cobb, S.  
153  
Constantine, M.  
202

## D

Dam-De Mey, K. van  
142  
Danaher, K.  
15, 73  
Davis, A.L.  
144  
Davis, F.  
145  
Davis, L.J.  
129  
Dean, K.J.  
1, 25, 80  
Devito, C.  
200  
Doel, H.G. van den  
54  
Dongen, P. van  
128  
Doty, P.  
19  
Driel, I. van  
29

Droesen, L.  
20  
Duer, J.D.  
191  
Duine, T.J.  
137  
Duynstee, M.  
81

## E

Edelstein, J.  
112  
Eijk, J. van  
154, 166  
Elliott-Binns, C.P.  
82, 83

## F

Faust, R.  
144  
Ferguson, T.  
2  
Finch, J.  
21  
Finlayson, A.  
155  
Fleming, G.V.  
169  
Freer, C.B.  
84, 170  
Fry, J.  
40, 73  
Fulcomer, M.C.  
126  
Furstenberg, A.L.  
129

## G

Geelen, K.  
85, 141  
Geest, S. van der  
22  
Geraerds, I.  
55  
Gevaerts, P.  
29  
Giachello, A.L.  
169  
Gore, S.  
156  
Goudriaan, G.  
53  
Graaff, A. de  
171  
Gray, D.  
113  
Greene, V.L.  
172  
Green, K.E.  
192  
Groves, D.  
21  
Grunveld, E.J.  
76  
Gubbels, J.  
123

## H

Haberden, P. van  
149  
Hammarlund, E.R.  
109  
Hamm, H.  
105  
Harding, J.M.  
114

Hatch, S.

41  
Hattinga Verschure,  
3, 4, 5, 6, 7, 8, 23, 24,  
39, 102, 130, 173, 174,  
175  
Haug, M.R.  
42  
Have, H.A.M.J. ten  
9  
Hays, H.  
131  
Heegde, H. ter  
56  
Heiligenberg, R. van  
29  
Heydendael, P.H.J.  
137  
Hickey, T.  
25  
Hoeve, J.P. van  
176  
Holstein, B.E.  
25  
Holst, E.  
11, 80  
House, W.C.  
120  
Howard, J.  
145  
Huurman, D.  
86

## I

Idler, E.L.  
10  
Iljon-Foreman, E.L.  
13  
Inter-Limburgs Overleg  
Zelfhulp  
151

Inui, T.S.  
198  
Isles, F.E.  
136

J

Jenny, J.L.  
115  
Johnsen, P.J.  
126  
Jones, D.A.  
132, 133  
Jones, R.V.H.  
106  
Jonkers, R.  
193  
Jonker, J.M.L.  
26  
Juffermans, P.C.  
27, 57

K

Kalmer, H.  
202  
Kamp, R.  
146  
Kaplan, B.H.  
156  
Katlic, A.W.  
107  
Katz, A.H.  
11, 28  
Keddie, E.  
136  
Kemper, D.W.  
194  
Kessler, R.C.  
163  
Kethley, A.J.  
109

Kickbusch, I.  
41  
Kiely, B.G.  
195  
Killilea, M.  
143  
Kivett, V.R.  
134  
Klein Poelhuis, E.H.  
87  
Knipscheer, C.P.M.  
58  
Knottnerus, A.  
29  
Koning Boudewijn Stichting  
44, 48  
Kooy, C.H. van der  
177  
Kortenhoeven, D.  
100  
Kraines, R.G.  
196  
Kronenfeld, J.J.  
30  
Kruis, A. van der  
60  
Kruis, G.  
59  
Kuiper, J.P.  
31

L

Lafaille, R.  
85  
Leaper, R.A.B.  
26  
Levin, J.S.  
35  
Levin, L.S.  
10, 11, 28, 32, 43

Levy, L.  
 147  
 Lewis, C.E.  
 178  
 Lieshout, P. van  
 61  
 Linn, L.S.  
 178  
 Linn, M.W.  
 112  
 Linzel, H.  
 29  
 Lisdonk, E.H. van de  
 88, 179  
 Litman, T.J.  
 12  
 Little, V.  
 127  
 Litwak, E.  
 157  
 LoGerfo, J.  
 198  
 LoGerfo, J.P.  
 190  
 Lock, S.  
 148  
 Loo, E.H. van  
 79, 135  
 Loren, W.  
 202  
 Lorig, K.  
 196  
 Lowry, D.  
 202  
  
 M  
  
 Maasackers, J. van  
 158  
 Maasen, J.H.W.  
 89  
  
 Maas, J.M.A.G.  
 141  
 MacLennan, W.J.  
 136  
 MacPherson, J.G.  
 195  
 Machin, D.  
 197  
 Maesen, L. van de  
 29  
 Maiman, L.A.  
 107  
 Mandemaker, T.  
 60  
 Martens, B.  
 116  
 Marty, P.J.  
 203  
 Mason, C.  
 117  
 Mastbergen-Van Wensveen,  
 W.  
 180  
 Mater, M.  
 108  
 Mathijssen, E.  
 181  
 Matthews, A.M.  
 159  
 Matwijiw, I.  
 118  
 McDougall, S.  
 136  
 McHugo, G.  
 200  
 McMaster, V.  
 197  
 Mehta, A.  
 118  
 Melchers, R.  
 119

Menaghan, E.G.  
160  
Merves, E.S.  
160  
Meyboom-De Jong, B.  
91  
Middelkoop, B.  
29  
Ministerie van WVC  
66, 67, 68, 70  
Modell, M.  
114  
Moore, S.H.  
192, 198  
Morrell, D.C.  
92, 199  
Munakata, T.  
93

N

Nell, H.W.  
94  
Nelson, E.C.  
200  
Nichols, S.  
197  
Niekerk, J. van  
86  
Norman, R.M.G.  
95  
Nuijen, M.  
69  
Nuyens, W.J.F.I.  
189  
Nuy, M.H.R.  
137

O

Olaerts, E.  
182

Ordentlich, M.  
144  
Orem, D.E.  
183  
Ostrom, J.R.  
109

P

Pacolet, J.  
47  
Peet, R. van der  
184  
Pendleton, L.  
120  
Pennings-Van der Eerden,  
L.  
121, 122  
Plas, W. van der  
86  
Plein, J.B.  
109  
Pluym, B.  
111  
Pope, C.  
145  
Post, D.  
123  
Post, M.  
122  
Prakken, J.  
71  
Provinciale Raad voor de  
Volksgezondheid in Noord-  
Brabant  
185  
Pruyn, J.F.A.  
142

R

Raaymakers, T.  
149

Ras, H.  
33

Reeser, H.M.  
124

Reijen, M. van  
29, 34

Reitsema, J.  
186

Richardson, N.  
196

Rijpma, S.  
96

Roberts, E.  
200

Robinson, D.  
45

Rombouts, R.  
125

Russell, E.M.  
13, 187

Rutten, G.  
166

Ruzek, S.  
145

S

Samuel, K.  
110

Schendel, G. van  
111

Schiller, P.L.  
35

Schnabel, P.  
36, 37, 61

Schnurr, P.  
200

Schrijvers, G.  
38

Sehnert, K.W.  
201

Seysener, M.  
188

Shanas, E.  
46, 138

Simmons, J.  
200

Sixma, H.J.M.  
97

Smit, M.  
29

Spinnewijn, H.  
47

Spronsen, C. van  
86

Starker, J.  
161

Stolte, J.B.  
98

Swartele, F.  
150

Szelenyi, I.  
157

T

Tack, P.J.  
99

Tieges, W.  
72

Tilborghs, D.J.  
85

Tits, M.H.L. van  
189

Tudiver, F.  
95

## V

Valkenburg, T.  
139  
Veen, W.A. van  
91  
Verhaak, P.F.M.  
100  
Vetter, N.J.  
132, 133  
Vickery, D.M.  
202  
Vliert, E. van de  
162

## W

Wagner, M.G.  
80  
Wale, C.J.  
92  
Wegman, M.  
85  
Welle Donker, M.G.E.  
14  
Wethington, E.  
163  
Wezel, W. van  
29

Wilk, H. van de  
29  
Williamson, J.D.  
15  
Williams, E.I.  
140  
Windig, A.J.  
39  
Wright, E.  
202

## Y

Yoder, J.A.  
26  
Young, M.  
203

## Z

Zickhardt, A.L.  
102  
Zijde, J. van der  
99  
Zubkoff, W.  
200



BRONNEN

ab:

Bibliotheek der Rijksuniversiteit  
Wittevrouwenstraat 7-11  
Postbus 16007  
3500 DA Utrecht  
030-399111

bcu:

Rijksuniversiteit Utrecht  
Bibliotheek Centrum Uithof  
Heidelberglaan 2  
Postbus 80124  
3508 TC Utrecht  
030-532197

bijl:

Rijksuniversiteit Utrecht  
Medische Bibliotheek  
Bijlhouwerstraat 6  
3511 ZC Utrecht  
030-331123

eur:

Bibliotheek Erasmus Universiteit Rotterdam  
Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam  
010-4081111

ncgv:

Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid  
Da Costakade 45  
Postbus 5103  
3502 JC Utrecht  
tel. 030-935141

nivel:

Bibliotheek NIVEL  
Drieharingstraat 6-26

Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
tel. 030-319946

wvc:

Bibliotheek WVC  
Sir Winston Churchilllaan 366  
Postbus 5406  
2280 HK RIJSWIJK  
tel. 070-407911

IN DEZE SERIE ZIJN REEDS VERSCHENEN:

Wijkverpleging/kruisvereniging:  
samengesteld door R. Willemsen  
bibliografie jrg. 1, no. 1, 1986

Ouderen (I):  
samengesteld door A.K. de Leeuw  
bibliografie jrg. 1, no. 2, 1986

Ouderen (II):  
samengesteld door A.K. de Leeuw  
bibliografie jrg. 1, no. 3, 1986

Relatie eerste en tweede lijn:  
samengesteld door R. Willemsen  
bibliografie jrg. 1, no. 4, 1986

De apotheker:  
samengesteld door A.K. de Leeuw  
bibliografie jrg. 1, no. 5, 1986

Alternatieve geneeswijzen:  
samengesteld door A. van der Velden  
bibliografie jrg. 1, no. 6, 1986

Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg:  
samengesteld door H. Kuijlen  
bibliografie jrg. 1, no. 7, 1986

