De problemen van de centrale verzorgers van patiënten met een CVA

Een literatuurstudie

R.P. MEIJER
L.M. SCHURE

Meijer RP, Schure LM. De problemen van de centrale verzorgers van patiënten met een CVA. Een literatuurstudie. Huisarts Wet 1995; 38(6): 255-60.

Samenvatting In deze literatuurstudie zijn de problemen van centrale verzorgers van CVA-patiënten geïnventariseerd. Tevens werd gekeken naar invloed van de ernst van het CVA hierop en naar maatregelen ter verlichting van de problemen. Verslechtering van de psychische gezondheid bleek het meest genoemde probleem. Bij 12 tot 39 procent van de centrale verzorgers kwam een depressie voor. Deze hing samen met de ernst van het CVA en met name met de psychische toestand van de patiënt. De kans op een depressie was het grootst bij jongere centrale verzorgers die getrouwd zijn met de patiënt, een lager inkomen hebben en bij verzorgers die hun eigen gezondheid als slecht beoordelen. Als mogelijke oplossingen werden het bezoeken van patiëntenverenigingen of een zelfhulpgroep genoemd. De huisarts zou een aantal problemen kunnen voorkómen door het CVA als een 'aandoening van het gezin' te benaderen. In de toekomst zal het aantal CVA-patiënten dat thuis verzorging nodig heeft toenemen, terwijl het aantal beschikbare mantelzorgers afneemt of gelijk blijft. Vooral de vrouwelijke CVA-patiënten zullen in toenemende mate in geïnstitutionaliseerd verband worden verzorgd. Aangezien het overheidsbeleid erop gericht is om mensen zolang mogelijk thuis te verzorgen, is gerichte instructie en praktische en emotionele begeleiding van de mantelzorgers nodig.

Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Geneeskunde, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.
Drs. R.P. Meijer, co-assistent geneeskunde, Dr L.M. Schure, andragologe.
Correspondentie: R.P. Meijer.

Inleiding

In de medische literatuur over het cerebrovasculair accident staan de verschijnselen, de diagnostiek en de behandeling van de patiënt centraal. Er is herhaaldelijk ondersteuning gevonden voor het feit dat gezinsleden een positieve invloed hebben op het herstel van een patiënt met een CVA.[1-4] Zo toonde *Schuling* aan dat patiënten die thuis leven met een partner, betere kansen op herstel hebben dan geïnstitutionaliseerde of alleenwonende patiënten.[2] *Limburg et al.* wijzen er echter op dat de verzorger en nabije familieleden lijden onder een aanzienlijke draaglast ten gevolge van het CVA en daar dan ook zelf negatieve gevolgen van kunnen ondervinden.[5] In de toekomst zal de druk op de verzorgers van CVA-patiënten toenemen onder invloed van een toename van het aantal CVA-patiënten met ongeveer 50 procent tot het jaar 2020 en door een afname van het aantal mensen dat zich beschikbaar stelt als informele verzorger en vooral verzorgster.[6-9]

Voor een nadere onderbouwing van de rol van de huisarts als gezinsarts voor mensen die met een CVA zijn geconfronteerd, is het van belang te weten wat de gevolgen kunnen zijn van deze chronische ziekte voor de centrale verzorgers, en welke steun zij nodig hebben om de zorg voor de patiënt én voor zichzelf te kunnen volhouden.

In het kader van een studie naar partners van CVA-patiënten[10] hebben wij ons verdiept in de literatuur over de aard en omvang van de problemen die de centrale verzorger van de CVA-patiënt ondervindt. De onderzoeksvragen zijn:

- Wat zijn de problemen van de centrale verzorgers van CVA-patiënten en hoe hangen deze samen met de aard van het CVA?
- Welke andere factoren zijn van invloed op de problemen van de centrale verzorger?
- Hoe is het beloop van de problemen?
- Welke hulp wordt geadviseerd om de problemen van de centrale verzorger te voorkomen of te verminderen?

Literatuur

Om de kans op betrouwbare beantwoording van de hierboven gestelde vragen te vergroten, zijn de volgende inclusiecriteria bij de artikelenkeuze gehanteerd.

- Alleen onderzoeken over verzorgers van patiënten met een CVA werden ingesloten. Het CVA werd gedefinieerd als plotseling ontstane verschijnselen van een focale stoornis van de hersenfuncties met een duur van meer dan 24 uur of eindigend met de dood, waarvoor geen andere oorzaak aanwezig lijkt dan een vasculaire stoornis.[11]
- Het onderzoek moest betrekking hebben op een onderzoekspopulatie van minimaal 60 centrale verzorgers. Hiervoor is gekozen in verband met de betrouwbaarheid (Cronbachs' alfa) van de uitkomsten.[12]
- De CVA-patiënten moesten 55 jaar of ouder zijn. De incidentie van het CVA neemt vanaf deze leeftijd sterk toe en de kans op homogeniteit in de gevolgen van het CVA voor de centrale verzorger werd groter geacht.[6]
- Alleen publikaties in het Engels, Duits en Nederlands kwamen voor deze studie in aanmerking.

Er is een computersearch gedaan in de bestanden van Medline en Elsevier (EMBASE) met behulp van de volgende trefwoorden: cerebrovascular disorders, caregivers, spouse, marriage, family, care, stroke, home, epidemiology. Eind januari 1994 leverde dit 122 titels op. Daarnaast werden de artikelen die in de vakgroep aanwezig waren, onderzocht op geschiktheid. Tenslotte werden ook de literatuurlijsten van de opgespoorde artikelen systematisch nagelopen.

Uiteindelijk bleken slechts twaalf van de 122 onderzoeken aan de inclusiecriteria te voldoen. Dit waren alle Engelstalige studies. In zes van de twaalf onderzoeken waren de proefpersonen betrokken uit ziekenhuispopulaties, in twee onderzoeken uit de huisartspraktijk en nog eens twee onderzoekers hadden hun proefpersonen betrokken uit beide populaties. In de resterende twee onderzoeken stond niet vermeld hoe men aan de patiënten was geko-

men. De onderzochte populaties bestonden uit 79 tot 302 meest vrouwelijke centrale verzorgers van 55 jaar en ouder.

Van een longitudinale onderzoeksopzet, waarbij de proefpersonen een of twee jaar werden gevolgd, was in zes van de twaalf onderzoeken sprake. In twee onderzoeken werd gebruik gemaakt van een controlegroep.

De onderzoekers vertoonden onderling weinig overlap in hun keuze uit de bestaande meetinstrumenten.

De problemen van de centrale verzorgers

Een vergelijking van de diverse uitkomsten (*tabel*) bracht de volgende problemen van centrale verzorgers in relatie tot het CVA aan het licht.

- De *belasting* van de centrale verzorger nam toe met de ernst van het CVA.[13] Lichamelijke, psychische en communicatieve aspecten van het CVA leidden tot een toename van de hulp aan de patiënt[14] en tot een afname van de sociale contacten van de centrale verzorger.[15 16] De gezondheid van de centrale verzorger werd niet beïnvloed door de functionele toestand van de patiënt.[15]
- *Depressie* bij de centrale verzorger is door veel onderzoekers als probleem gesignaleerd. Over het verband met het CVA werden tegenstrijdige resultaten gerapporteerd: in vier onderzoeken bleek de depressie van de centrale verzorger samen te hangen met de ernst van het CVA op lichamelijk gebied.[13 17-19] *Brocklehurst et al.* konden dit verband echter niet aantonen.[20] Depressie bij de centrale verzorger bleek in alle gevallen samen te hangen met de psychische toestand van de CVA-patiënt.[17 18 20] *Kinsella et al.* vonden dat de partners van afasiepatiënten een grotere kans maakten op een depressie dan de partners van niet-afatische patiënten.[16] Dit verband werd echter niet bevestigd in het onderzoek van *Wade et al.*[18] Gezondheidsproblemen, een slechte relatie met de patiënt en de beleving van extra belastende momenten van de centrale verzorger vergrootten de kans op een depressie.[13 15 17 19 21]
- Andere problemen waren *onlustgevoelens* als spanningen, angst en bezorgdheid. Deze onlustgevoelens werden veroorzaakt door de afhankelijkheid van de patiënt en de noodzaak tot constante supervisie. Ook persoonlijkheidsveranderingen en gedragsstoornissen van de patiënt hadden spanningen en gevoelens van angst bij de centrale verzorger tot gevolg.[20 22] Het krijgen van waardering en praktische of emotionele steun hadden een gunstige invloed op de psychische gezondheid van de centrale verzorger.[15]

Andere factoren

Vrouw zijn, gehuwd zijn met de patiënt, een jongere leeftijd, een slechtere gezondheid en een lagere levensstandaard bleken predisponerende factoren te zijn voor depressieve gevoelens bij centrale verzorgers.[1 13 17 19 21 22] *Schulz et al.* nuanceren deze conclusie met hun bevinding dat sociaal-demografische variabelen in de acute fase weinig samenhang vertoonden met de mate van depressiviteit bij de centrale verzorger, maar dat deze samenhang acht maanden later wel kon worden aangetoond.[13] Bij mannelijke centrale verzorgers waren de sociale contacten en activiteiten meer afgenomen,[15] maar volgens anderen was er geen verband tussen het geslacht van de centrale verzorger en de sociale activiteiten.[21]

Het beloop van de problemen

Uit onderzoek van *Carnwath et al.* bleek dat het aantal centrale verzorgers met een depressie toenam in een periode waarin de lichamelijke beperking van de patiënten afnam. In diezelfde periode namen de huwelijksproblemen en het medicatiegebruik van de centrale verzorger toe.[17] *Schulz et al.* vonden dat de mate van depressie bij de centrale verzorger zowel in positieve als in negatieve richting kon veranderen.[13]

Uit twee onderzoeken kwam naar voren dat centrale verzorgers hun gezondheid in de loop van de tijd als minder goed beoordeelden.[20 21] Vrouwen meldden meer verslechtering dan mannen[21] en er was bij deze vrouwen een toename in het aantal medische behandelingen.[20] Anderzijds vonden veel centrale verzorgers dat ze een groter zelfvertrouwen hadden gekregen, doordat het hen gelukt was om voor de patiënt thuis te zorgen.[15]

Mogelijke interventies ter ondersteuning

Anderson benadrukte het belang van 'zorg op maat' voor de centrale verzorger, waarbij rekening moet worden gehouden met de sociale, psychologische en economische aspecten ten gevolge van het CVA. De coördinatie van de zorg behoefde niet noodzakelijk bij de huisarts te berusten; een getrainde wijkverpleegkundige zou kunnen zorgen voor geïntegreerde multidisciplinaire hulpverlening.[21] *Ebrahim et al.* vonden de huisarts de meest geschikte persoon als liaison tussen het thuisfront en de professionele thuishulporganisaties.[14]

Verschillende onderzoekers adviseerden deelname aan een zelfhulpgroep of patiëntenvereniging.[18-20 22] Een probleem hierbij is echter dat vooral de relatief jonge en minder ernstig beperkte patiënten en hun centrale verzorgers de bijeenkomsten bezochten.[22] Het is daarom van belang om ook andere patiënten en hun centrale verzorgers op het bestaan van dergelijke groepen te attenderen.[17 19]

Evans et al. vonden dat het gezinsfunctioneren verbeterde onder invloed van interventies die een combinatie van counseling en informatieverschaffing inhielden. Dit resulteerde in een beter probleemoplossend vermogen, in betere communicatie en in een meer affectieve omgang met elkaar in vergelijking met een controlegroep. De interventie leidde echter niet tot een beter gebruik van sociale voorzieningen.[1 23]

Beschouwing

Ondanks een grote diversiteit in gebruikte meetinstrumenten en onderzochte populaties leidden de data tot de volgende eensluidende uitkomsten. Centrale verzorgers van CVA-patiënten hebben vaak te lijden onder hun situatie, hetgeen zich uit in depressies, verminderd psychisch welbevin-

Tabel *Uitkomsten van de literatuurstudie*

(Eerste) auteur	Problemen bij de centrale verzorger en het verband met het CVA	Andere factoren die problemen van de centrale verzorger beïnvloeden	Verloop in de tijd	Adviezen ter vermindering van de problemen
Anderson[20] 1988	Spanningen en problemen niet door fysieke belasting, maar door: – problemen in persoonlijke relatie met patiënt; – spanningen door afhankelijkheid van patiënt.	50% mannelijke patiënten krijgt hulp van echtgenote. 17% vrouwelijke patiënten krijgt hulp van echtgenoot. Vrouwelijke patiënten krijgen hulp voornamelijk van niet-familie-leden.		Respite-care, aangepast wonen, geld en aandacht vereisen goede coördinatie. Patiëntenvereniging en 'stroke-groups': mate van bezoeken is afhankelijk van ernst CVA en leeftijd patiënt en cv (jongere en minder beperkte patiënten en cv's gaan vaker).
Andersen[16] 1992	↓ subjectieve gezondheid van cv door ongerustheid, uitputting, en ↑ mentale belasting. Belasting cv scoort matig tot hoog, vooral bij emotioneel gestoorde patiënten. Belasting niet afhankelijk van ernst beperking.	Met name vrouwen klagen over constante belasting. ↓ positieve kijk op lichamelijke handicap bij hogere SES. ↓ van het sociale netwerk bij samenwonen met patiënt; hangt niet af van geslacht cv. Belasting cv hangt af van oordeel cv over kwaliteit van de relatie en eigen gezondheid vóór CVA.	Beoordelen gezondheid cv: voor de hele groep geen veranderingen. Wel m/v-verschillen: bij vrouwen meer verslechtering.	Advies, informatie, steun en aanmoediging. Zorg op maat, gericht op sociale, psychologische, familiaire en economische aspecten CVA. Rol en capaciteiten cv moeten van doorslaggevend belang zijn. District Stroke Service.
Brocklehurst[19] 1981	7 cv's (12%) worden behandeld voor depressie en angst. Deze symptomen ontstaan niet door de lichamelijke handicap van patiënt. Depressie, bezorgdheid en vermoeidheid van cv door: gedrag patiënt (34%), constante supervisie patiënt, onrustig slapen van patiënt.	Persoonlijkheid en relatie tot patiënt bepalen mate van stress. Bij 5% ontstaat stress door slechte huwelijksrelatie. Hulp familie en vrienden nemen geleidelijk af. 22% ontvangt gezinshulp. 31% ontvangt wijkverpleging.	↑ aantal medische behandelingen cv: van 33% naar 40% na 1 jaar. ↓ subjectieve gezondheid.	Gedrags- en communicatie-problemen opvangen door counseling door logopedist. Mobile Stroke Team. Patiëntenvereniging.
Carnwath[17] 1987	40 cv's (39%) hebben depressieve symptomen, veroorzaakt door: meer lichamelijke beperkingen, depressie, geïrriteerdheid en/of slaapstoornissen patiënt. ↓ sociale contacten en activiteiten buitenshuis. In de controlegroep hebben 6 cv's (12%) depressieve symptomen.	Onafhankelijke voorspellers van depressie bij cv: – comorbiditeit bij cv; – ↓ sociale contacten; – getrouwd zijn met patiënt; – stress op het werk; – relatieproblemen; – huisvestingsproblemen.	↑ proportie depressieve partners in de tijd bij ↓ niveau beperking van patiënt in dezelfde tijd. Tevens ↑ stress in de relatie.	Depressie cv leidt tot afname in functionele uitkomst patiënt. Behandeling depressie bij cv helpt dus ook de patiënt. Informatie over hulpgroepen is gewenst. Contact met familie en vrienden stimuleren.
Ebrahim[6] 1987	81 cv's (68%) vonden dat ze meer hulp moesten geven dan vóór het CVA. De patiënten die dit betrof, waren: ouder (gem. 69,4 versus 63,2 jaar), meer gehandicapt, meer cognitief beperkt, langer opgenomen geweest, meer beperkt door afasie en incontinentie.	Vrouwen voelen zich meer gebonden aan huis (M:V = 3:24). Mannen zijn niet geneigd hun werk op te geven (M:V = 0:6).		Uitbreiding 'social services' niet nodig. Betere coördinatie 'community care' nodig, eventueel zonder professionele organisatie. Huisarts als liaison tussen thuis-front en professionele zorg.
Evans[9] 1991	Geen effect op succes verzorging thuis hebben: – leeftijd en geslacht patiënt; – Barthel-score patiënt; – psychische toestand patiënt.	Succesvolle verzorging thuis wordt gekenmerkt door: – betere kennis over CVA; – cv is getrouwd met patiënt; – cv is minder depressief; – FAD-score <2.0 (= gezond). Succes hangt niet af van: – leeftijd en geslacht cv; – gezondheid cv; – hoeveelheid steun uit netwerk van cv.		Problemen cv hebben gezamenlijk effect op uitkomst revalidatie. Optimale behandeling bestaat onder andere uit: – ↓ depressie bij cv; – ↓ dysfunctioneren familie; – ↑ kennis over CVA bij familie-leden.
Evans[21] 1988	↓ in functioneren familie na CVA met betrekking tot: – probleem-oplossend vermogen; – onderlinge communicatie; – affectieve omgang met elkaar; – gedragsproblemen patiënt.			Probleem-oplossend vermogen familieleden in educatie- en counseling-groep beter dan bij controles. Ook na 1 jaar is functioneren van families in educatie- en counseling-groep significant minder verslechterd dan bij controlegroep. Programma's met educatie en counseling hebben waarschijnlijk meer effect.

Tabel (vervolg) *Uitkomsten van de literatuurstudie*

(Eerste) auteur	Problemen bij de centrale verzorger en het verband met het CVA	Andere factoren die problemen van de centrale verzorger beïnvloeden	Verloop in de tijd	Adviezen ter vermindering van de problemen
Kinsella[14] 1979	Cv's van patiënten met afasie + hemiplegie hebben grotere kans op matige depressie dan cv's van patiënten met alleen hemiplegie (vrouwen meer dan mannen). ↓ sociale activiteiten en ↑ verveling komen meer voor bij cv's van patiënten met afasie. Aanpassing aan nieuwe situatie is niet significant gerelateerd aan ernst beperking patiënt.	Geen significant verschil tussen mannen en vrouwen in mogelijkheden om met beperkingen patiënt om te gaan. Geen relatie tussen SES en aanpassing cv.		Begeleiding en advies in een vroeg stadium van de revalidatie kan problemen voorkomen. Relatieproblemen vereisen therapie. Er dient meer nadruk te liggen op 'het gehandicapte gezin'.
Schulz[13] 1988	Depressie, onwelbevinden en toegenomen belasting ontstaan bij 34% van de cv's direct na het CVA (t1) door: – ernst CVA; – zorgen over de toekomst.	3-10 weken na CVA: cv die getrouwd is met de patiënt heeft grotere kans op depressie. 6 maanden na CVA: vooral demografische variabelen bepalen ontstaan depressie. Kans is groter bij: jongere cv, slechtere gezondheid cv, lager inkomen. Na 6 maanden ook depressie door bezorgdheid over verzorging en mogelijke problemen thuis. ↓ van hechte netwerkrelaties leidt tot depressie bij cv.	Gemiddeld niveau depressie verandert niet tussen t1 en t2; wel individuele veranderingen. Geleidelijke ↓ van optimisme bij cv.	
Silliman[15] 1986	↓ functionele toestand patiënt leidt tot ↓ sociale activiteit cv. Functionele toestand heeft ook invloed op emotionele gezondheid cv (p=0,07). Geen effect functionele toestand patiënt op algemene toestand cv.	84% cv's melden ↑ in zelfvertrouwen. ↓ algemene gezondheid niet geassocieerd met verzorgen. ↓ sociale gezondheid wordt bepaald door: geslacht cv (M), extra belastende momenten (p=0,09). ↓ emotionele gezondheid afhankelijk van: extra belastende momenten, sociale activiteiten cv, hulpaanbod familie.		
Tompkins[8] 1988	Cv's met grotere kans op depressie verzorgen patiënt met meer/ ernstiger beperkingen	Cv's met grotere kans op depressie hebben: direct na CVA meer depressieve symptomen, lager inkomen, lagere leeftijd, kleinere sociale netwerken, minder optimisme		Cv moet weten dat eigen welbevinden in gedrang is. Dit besef mag niet leiden tot schuldgevoel. Attenderen op zelfhulpgroepen en patiëntenverenigingen. Leden uit het sociale netwerk informeren over mogelijke rol in revalidatie en steun aan cv.
Wade[18] 1986	Tot 2 jaar na CVA is depressie bij cv gerelateerd aan: ernst beperkingen, afhankelijkheid patiënt, mate van depressie bij patiënt. Depressie van cv is niet gerelateerd aan mate van verwarring van patiënt. Afasie patiënt leidt niet tot depressie bij cv.	Depressiviteit cv ontstaat meer door de levensbedreigende gebeurtenis dan door fysieke stress van verzorging.		Vermindering depressie cv kan beter door bezoeken van patiënten- vereniging dan door thuishulp.

Cv, cv = centrale verzorger; ↓ = afname; ↑ = toename

den, grotere draaglast, meer ervaren belasting en minder sociale contacten. Sommige onderzoekers vonden ook een achteruitgang in de lichamelijke gezondheid van de centrale verzorgers, maar anderen konden dit niet aantonen. De meeste problemen werden aangetroffen bij vrouwelijke centrale verzorgers die in hetzelfde huis woonden als de patiënt en met de patiënt gehuwd waren.[17 19 20]

Deze uitkomsten weerspiegelen het gegeven dat de onderzoekers in deze indicatoren geïnteresseerd waren. Er is bijvoorbeeld nauwelijks of niet gekeken naar relationele aspecten tussen de centrale verzorger en de patiënt, gevoelens van eenzaamheid of naar de mogelijk positieve gevolgen van de situatie. De beschrijving van het gehanteerde theoretische raamwerk ontbrak helaas in de meeste beschrijvingen.

Ten gevolge van insluiting van alleen in het ziekenhuis opgenomen patiënten – dit was het geval in zes van de twaalf onderzoeken – is naar schatting 30 procent van de doelgroep gemist. Dit zijn de patiënten die thuis zijn gebleven of die in een verpleeghuis een CVA kregen.[2] *Evans et al.* sloten alleen mannelijke gehospitaliseerde veteranen in, waardoor de uitkomsten niet goed vertaald kunnen worden naar de hele doelgroep.[23] Ook is geen onderscheid gemaakt naar verzorgers van patiënten met een eerste of een recidief-CVA. De tegenstrijdige uitkomsten die wij vonden, lijken dan ook herleid te kunnen worden tot verschillen in de herkomst van de onderzochte populaties.

Het aantal CVA-patiënten zal in de toekomst aanmerkelijk toenemen ten gevolge van het groeiende aantal ouderen in Nederland en een dalend sterftecijfer onder met name de jongere en mannelijke CVA-patiënten.[6 24 25] Dit betekent dat mannelijke CVA-patiënten die door een echtgenote thuis verzorgd worden, in de toekomst nog meer dan nu het geval is in de meerderheid zullen zijn. De deelname van vrouwen aan betaalde arbeid, echtscheidingen en veranderende opvattingen over 'zorgplicht' maken het waarschijnlijk dat er in de toekomst minder (vrouwelijke) centrale verzorgers beschikbaar zijn. Een regeringsbeleid dat erop gericht is ouderen zolang mogelijk thuis te verzorgen, moet rekening houden met een groeiende vraag om mantelzorg tegenover een kleiner aanbod. Het gegeven dat de verzorging thuis door mantelzorgers gepaard gaat met psychische schade aan die mantelzorgers werpt de vraag op, hoe zij het beste ondersteund kunnen worden om hun taak zo goed mogelijk te kunnen volbrengen, zonder er zelf aan onder door te gaan.[26-28] De rol van de professionele hulpverleners, van vrijwilligers en van patiëntenverenigingen hierbij moet verder verduidelijkt worden.

Literatuur

1 Evans RL, Bishop DS, Haselkorn JK. Factors predicting satisfactory home care after stroke. Arch Phys Med Rehabil 1991; 72: 144-7.
2 Schuling J. Stroke patients in general practice. Impact, recovery and the GP's management in the first six months posstroke. Groningen: Styx, 1993.
3 Strand T, Asplund K, Eriksson S, et al. A non-invasive stroke unit reduces functional disability and the need for long-term hospitalization. Stroke 1985; 16: 29-34.
4 De Jong G, Branch LG. Predicting the stroke patients' ability to live independently. Stroke 1982; 13: 648-55.
5 Limburg M, Herderscheê D, Hydra A. Nieuwe inzichten in de acute behandeling van een herseninfarct. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 31: 1392-5.
6 Lodder J, Bouter LM. Toekomstige aantallen patiënten met een cerebrovasculair accident in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 1992; 136: 425-8.
7 Kwekkeboom MH. Het licht onder de korenmaat. Informele zorgverlening in Nederland. 's-Gravenhage: Vuga, 1990.
8 Van den Bos GAM. Zorgen van en voor chronisch zieken. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
9 Sociaal Cultureel Planbureau. Informele zorg [Rapport]. Den Haag: Vuga, 1994.
10 Schure LM. Partners van CVA-patiënten. Een onderzoek naar de gevolgen van een cerebrovasculair accident voor de partner van de patiënt [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
11 WHO special report. Stroke-1989: recommendations on stroke prevention, diagnosis and therapy. Stroke 1989; 20: 1407-31.
12 Eggen TIJHM, Sanders PF. Psychometrie in de praktijk. Arnhem: Cito, 1993.
13 Schulz R, Tompkins CA, Rau MT. A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. Psychol Aging 1988; 3: 131-41.
14 Ebrahim S, Nouri F. Caring for stroke patients at home. Int Rehab Med 1987; 8: 171-4.
15 Silliman RA, Fletcher RH, Earp JAL, Wagner EH. Families of elderly stroke patients, effects of home care. JAGS 1986; 34: 643-8.
16 Kinsella GJ, Duffy FD. Psychosocial readjustment in the spouses of aphasic patients. Scand J Rehabil Med 1979; 11: 129-32.
17 Carnwath TCM, Johnson DAW. Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. BMJ 1987; 294: 409-11.
18 Wade DT, Legh-Smit J, Hewer RL. Effects of living with and looking after survivors of a stroke. BMJ 1986; 293: 418-20.
19 Tompkins CA, Schulz R. Post-stroke depression in primary support persons: predicting those at risk. J Consulting Clin Psychol 1988; 56: 502-8.
20 Brocklehurst JC, Morris P, Andrews K, et al. Social effects of stroke. Soc Sci Med 1981; 15A: 35-9.
21 Anderson R. The aftermath of stroke. The experience of patients and their families. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
22 Anderson R. The contribution of informal care to the management of stroke. Int Disabil Studies 1988; 10: 107-2.
23 Evans RL, Matlock AL, Bishop DS, et al. Family intervention after stroke: does counseling or education help?. Stroke 1988; 19: 1243-9.
24 Jansen J, Keli S, Kromhout D. Cerebrovasculaire aandoeningen. In: Ruwaard D, Kramers PGN, red. Volksgezondheid toekomst verkenning. Den Haag: Sdu, 1993: 387-92.
25 Schulte BPM. Epidemiologische aspecten van de beroerte. Tijdschr Gerontol Geriatr 1987; 18: 47-50.
26 Advies ondersteuning mantelzorg. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1991.
27 Grundy E. Women ageing: demographic aspects. In: George J, Ebrahim S, eds. Health care for older women. Oxford: Oxford University Press, 1992.
28 Buis M. Ondersteuning mantelzorg: een staalkaart van initiatieven. Utrecht: NIZW, 1980. ■

Abstract on page 274.