

Boekbespreking

John Creedy en Ross Guest (editors). *New Developments in the Economics of Population Ageing*. *The International Library of Critical Writings in Economics*. Cheltenham UK/Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing Limited, 2007. ISBN: 978 1 84542 982 9. 661+ xiv pagina's

Drie thema's staan centraal in deze bundel over de economische gevolgen van de vergrijzing: economische groei, sparen en investeren en de houdbaarheid van de openbare financiën. Na een korte inleiding van de redacteurs volgen totaal 29 artikelen die min of meer gelijk verdeeld worden over de drie thema's. Het gaat daarbij over de mogelijke toekomstige macro-economische gevolgen van een vergrijzende economie waarin het aantal oudere, niet meer actieve personen toeneemt ten opzichte van het aantal nog actieve, jongere werknemers. De economische gevolgen van deze demografische verschuiving zijn niet eenduidig. De keuze van de artikelen in deze bundel doet recht aan het brede scala van argumenten hierover in de economische literatuur.

In het eerste deel wordt de vraag gesteld of we door de vergrijzing minder of juist meer welvarend worden? Er wordt vaak gedacht dat een vergrijzende bevolking minder dynamisch en dus minder productief is en dat de economische groei daardoor structureel lager wordt. Maar een kleinere actieve bevolking betekent dat arbeid schaars wordt. Schaarse arbeid leidt tot hogere lonen en daarmee tot een meer productief gebruik van arbeid en een hogere arbeidsproductiviteit. Samenlevingen met minder kinderen investeren per kind meer in de opleiding en scholing en ook dit kan leiden tot hogere productiviteit en meer groei. Oudere werknemers zijn niet altijd minder productief in een economie die het moet hebben van kennis en creativiteit en niet van fysieke kracht en handigheid. Het tweede deel gaat over de gevolgen van de vergrijzing voor de omvang van de besparingen en de investeringen. Een vergrijzende economie heeft relatief veel spaargelden (denk aan de pensioenopbouw) maar door een kleinere actieve bevolking minder behoefte aan investeringen. Dat lijkt problematisch, maar met voldoende flexibiliteit op de internationale kapitaalmarkten kunnen de spaaroverschotten van de vergrijzende landen worden weggezet als investeringen in de landen met een nog groeiende jonge bevolking en met grote behoefte aan investeringen. Het laatste onderdeel gaat over de houdbaarheid van de openbare financiën. Dat is het meest traditionele onderdeel. Het gaat over de betaalbaarheid van de pensioenen en de zorgkosten en over de mogelijke oplossingen in de vorm van hogere

arbeidsparticipatie van oudere werknemers, van hogere heffingen en de opbouw van een financiële buffer en van lagere netto pensioen-uitkeringen. De thematiek van dit onderdeel is vergelijkbaar met die in het rapport van het Centraal Planbureau over "Aging and the Sustainability of Dutch Public Finance" (2006).

De artikelen in deze bundel zijn van recente datum (meer dan de helft dateert van na de eeuwwisseling) en geven een goed beeld van de nieuwste ontwikkelingen. De bundel bevat empirische artikelen met internationale vergelijkingen, artikelen met simulatiemodellen en puur theoretische artikelen. Het technische niveau van de artikelen is zeer geavanceerd (moderne groeitheorie, algemene evenwichtsmodellen). Wat node wordt gemist is een wat ruimere inleiding van de redacteurs op elk van de drie thema's, een verantwoording van hun keuzes per thema en een bondige beschrijving van de onderlinge relatie tussen de gekozen artikelen. De bundel is vooral nuttig voor economen die gespecialiseerd zijn in deze thematiek.

Jules Theeuwes

Hoogleraar Economie UvA/ Directeur SEO Economisch Onderzoek

Yolande A.L. Pijnenburg. *Frontotemporal dementia. Towards an early diagnosis*.

Academisch proefschrift, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2007. 188 p.

Rond de overgang van de negentiende naar de twintigste eeuw beschreef Arnold Pick de merkwaardige veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en taalvermogen van enkele patiënten bij wie na overlijden de frontale en temporale delen van de hersenen sterk geatrofieerd waren. In de neurologische en psychiatrische praktijk worden dergelijke patiënten niet gemakkelijk herkend. Zij presenteren zich niet zelf met klachten, maar dat doen mensen uit hun naaste omgeving wel. Die maken zich zorgen over toenemende passiviteit of onverschilligheid, onwelvoelig of grensoverschrijdend gedrag, of geleidelijk ontstane rigide gewoontes. Er is vaak al een voorgeschiedenis van niet-geslaagde psychotherapie voor relatieproblemen, of medicatie vanwege een vermeende depressie, manie of andere psychiatrische aandoening, zoals vermoeden van schizofrenie. Patiënten met dementie bij frontotemporale atrofie (of FTD: frontotemporale dementie) worden kortom nogal eens te laat als zodanig herkend, ten koste van veel persoonlijke ellende en onbegrip door verstoorde relaties in werk en gezin. Voor neuroloog Yolande Pijnenburg was dit de drijfveer om op zoek te gaan naar middelen ter verbetering van de diagnostiek van deze vorm van dementie. Zij onderzocht de predictieve waarde van de heteroanamnese, waarin betrouwbare informanten gedragsveranderingen rapporteren, en de validiteit van diverse hersen-

vochtparameters. Ook werd de diagnostische waarde van het elektro-encefalogram (EEG) onderzocht. Bepaling van eiwitten, zoals tau en amyloïd beta, en neurofilamenten in hersenvocht verbetert de diagnostiek niet of nauwelijks, maar biedt wel aanknopingspunten voor een beter inzicht in de pathofysiologie. Hetzelfde geldt voor het EEG. Voor een gestructureerde heteroanamnese gebruikte Pijnenburg een vragenlijst over gedragsveranderingen, met vijf kernvragen en 22 aanvullende vragen. Is er een geleidelijk begin en geleidelijke achteruitgang? Is er duidelijk verandering opgetreden in de manier waarop de patiënt zich ten opzichte van anderen gedraagt? Is er duidelijk verandering opgetreden in het persoonlijk gedrag? Toont de patiënt een verminderde emotionele betrokkenheid? Zijn klachten over de eigen toestand afwezig, worden problemen ontkend? Een bevestigend antwoord op al deze vragen had een sensitiviteit van 79% en een specificiteit van 90% voor het onderscheid tussen FTD (19 patiënten) en alle andere diagnoses (174 patiënten), variërend van Alzheimer tot 'subjectieve klachten', die in de polikliniek van het VU-alzheimercentrum werden gesteld en een jaar later nog houdbaar bleken. Vertaald naar de klinische praktijk betekent dit dat één keer of vaker 'nee' op de vijf kernvragen met een waarschijnlijkheid van 98% niet op FTD wijst. Helaas biedt vijf keer 'ja' in een kliniek waarin FTD tien procent van het totale aantal diagnoses vormde, minder houvast voor een positieve vaststelling van FTD (47%). Van de 22 aanvullende vragen lijkt het antwoord op de vraag of de patiënt 'egoïstisch is geworden' het meest bruikbaar voor het onderscheid tussen FTD en andere diagnoses. Bij 'nee' is FTD nagenoeg uit te sluiten (97%), al was het antwoord 'ja' op deze vraag slechts voor 32% voorspellend voor de aanwezigheid van FTD, omdat toenemend zelfzuchtig gedrag ook bij andere patiënten werd gerapporteerd. De auteur heeft oog voor de beperkingen van het onderzoek, waarvan de uitslagen niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar andere settings, zoals de huisartsenpraktijk of een geheugenpoli in een algemeen ziekenhuis. Van de 603 uitgezette vragenlijsten kwamen er 354 volledig ingevuld terug, met misschien een oververtegenwoordiging van patiënten met opvallende gedragsveranderingen. Dit alles laat onverlet dat een goed gestructureerde heteroanamnese en beeldvormend onderzoek voor het aantonen van selectieve atrofie nog steeds de belangrijkste instrumenten zijn voor een tijdige diagnose van FTD, dat wil zeggen voordat de dementie zich heeft ontwikkeld tot een 'matigsterk' niveau, overeenkomend met een Clinical Dementia Rating > 1. FTD en andere verschijningsvormen van frontotemporale atrofie, zoals progressieve niet-vloeiende afasie en semantische dementie, kunnen gepreciseerd worden door neuropsychologisch onderzoek waarin het bijzondere patroon van selectieve aantasting van

sociale cognitie, uitvoerende controlefuncties en (eventueel) taal, en relatief behoud van episodisch geheugen en visueel-ruimtelijke vaardigheden nader kan worden gedocumenteerd.

Dr. H. F. A. Diesfeldt, klinisch psycholoog

Barry J. Jacobs. The emotional survival guide for caregivers. Looking after yourself and your family while helping an aging parent.

New York/London: The Guilford Press. 261 p., ISBN-10 1-57230-729-3. \$ 14,95.

Dr. Jacobs, directeur van het Crozer-Chester Medical Center in Springfield, Pennsylvania, heeft zijn met compassie geschreven boek gebaseerd op eigen mantelzorgervaring tijdens het ziekteproces van zijn vader (hij was 15 jaar toen zijn vader overleed) en zijn 20-jarige ervaring als therapeut van families met serieuze gezondheidsproblemen.

Dit boek is vooral van betekenis voor mantelzorgers van een naaste die lijdt aan een chronische aandoening. Ook is het interessant en leerzaam voor professionals. De beschreven situaties en de vragen van mantelzorgers zijn heel herkenbaar. Vele dilemma's en valkuilen komen aan bod. Door aan het eind van ieder hoofdstuk een vraag-en-antwoordspel (Q&A) op te voeren biedt het boek praktische handvatten en kan het ook een bron van troost zijn.

De emotionele overlevingsgids is opgebouwd aan de hand van de volgende door de schrijver benoemde zeven emotionele taken: definiëring commitment; gebruikmaking van support; hanteren opoffering; balans tussen hoop en acceptatie; bevorderen realiteitszin en flexibiliteit; bescherming intimiteit en de moed er in houden. Het boek laat zich lezen als een roman. Het volgt twee dochters van in de 50 van een 80-jarige moeder waarbij kanker is gediagnosticeerd. Het verhaal wordt steeds onderbroken door een algemene reflectie op wat de dochters mee maken en hoe zij worstelen met hun emoties en loyaliteiten. Vervolgens worden in elk hoofdstuk in beknopt omliggende tekst richtlijnen gegeven hoe emoties in kaart kunnen worden gebracht en daarmee hanteerbaar gemaakt voor de mantelzorgers bij het bepalen van hun positie ten opzichte van de zieke naaste en hun eigen leven. In de Q&A komen daarnaast andere mantelzorgsituaties aan de orde die te maken hebben met dezelfde emotionele taak.

Na de schok van de diagnose in hoofdstuk 1 en het aanvankelijke onvermogen informatie in je op te nemen volgt in het tweede hoofdstuk de eerste emotionele taak: Je commitment bepalen. Niet alleen aan het begin van het mantelzorgproces maar ook wanneer de situatie verandert. In het derde hoofdstuk over het gebruikmaken van support wordt in de Q&A aandacht besteed aan het vroegtijdig signaleren en daarmee voorkomen van burnout. De emotionele drempels

om hulp te accepteren worden benoemd en mogelijk hanteerbaar gemaakt. In hoofdstuk 4 komt aan de orde de twijfel die je soms bekruipt over de zinvolheid. De vraag: “Als ik dit niet doe, dan.....”, kan hernieuwde motivatie opleveren. De volgende twee hoofdstukken bevatten vele handreikingen bij het vinden van de balans tussen hoop en acceptatie en het bevorderen van realiteitszin. Na het hoofdstuk over intimiteit, wordt aandacht besteed aan de wijze waarop men het kan volhouden en vooral vanuit welke spirituele bron energie kan worden geput. In het laatste hoofdstuk getiteld: Last Days, wordt de mantelzorg beschreven in de terminale fase van de naaste. In de epiloog wordt gelukkig aandacht besteed aan de vaak vergeten fase na het overlijden van de naaste.

Ik sluit mij graag aan bij de vele positieve reviews die te vinden zijn op de website www.emotionalsurvivalguide.com. Het is alleszins de moeite waard te werken aan een vertaling met daarin op de Nederlandse situatie afgestemde bronvermeldingen (pag. 243 – 256). Wellicht een uitdaging voor MEZZO, de landelijke belangenorganisatie voor mantelzorgers en vrijwilligers.

Drs.ing. Henk Kraijo, promovendus aan het UMC-Utrecht, voormalig bestuurder in de caresector van de gezondheidszorg.

Monique van Eijken. Strategies for improving community healthcare for the elderly. *Academisch proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen. 2007*

In het eerste deel van het proefschrift hebben M. van Eijken e.a. onderzocht of gerichte voorlichting aan ouderen over veel voorkomende aandoeningen ertoe zou leiden dat ouderen eerder naar de huisarts gaan. Uit eerder onderzoek blijkt dat ouderen met gehoor- of gezichtsproblemen, urine-incontinentie, problemen bij het plassen en depressieve gevoelens onvoldoende herkend worden door huisartsen. Door gerichte schriftelijke voorlichting over deze aandoeningen aan ouderen, verwachtten de onderzoekers dat ouderen met klachten eerder naar de huisarts zouden gaan. In de voorlichtingsfolder werden de symptomen omschreven en wordt aangegeven welke behandelingen de klachten zouden kunnen verminderen. Door de onderzoekers werd deze interventie gezien als een mogelijkheid om zelfmanagement bij ouderen te vergroten. Dit bleek niet het geval te zijn. Vergelijken met de controlegroep nam het huisartsenbezoek (gericht op de bovenstaande aandoeningen) niet toe. Ouderen waren wel tevreden over de voorlichting. Vervolgens is onderzocht of er een relatie bestond tussen een sterk zelfmanagement oriëntatie bij ouderen en de frequentie van huisarts bezoek. Deze relatie bleek niet aanwezig; de belangrijkste drijfveer om naar het spreekuur van de huisarts te gaan is

pijn. Het ontbreken van pijn zou een reden van onderrapportage van gezondheidsproblemen kunnen zijn. Ik denk dat er ook andere redenen voor deze uitkomst zouden kunnen zijn. Bij gezichtsproblemen en in iets mindere mate bij gehoorproblemen zijn er ook andere wegen om hulp te vragen. Opticiens zijn tegenwoordig zeer laagdrempelig en kunnen veel metingen doen.

In het proefschrift ben ik geen duidelijke omschrijving tegengekomen van zelfmanagement. Gangbare definities van zelfmanagement omvatten meer aspecten dan alleen gebruik te maken van schriftelijke informatie.^[1,2] Zelf hebben we zelfmanagement bij omschreven als het behouden of verhogen van kwaliteit van leven door het vinden van compensatie voor verlies op bepaalde levensterreinen (zoals betaald werk, mobiliteit, (intieme) relaties), met in achtname van de relaties tussen de verschillende levensterreinen, het aanboren van nieuwe hulpbronnen en het in stand houden van het zelfsturend vermogen.^[3] Het is de vraag of een grotere mate van zelfmanagement leidt tot eerder huisartsbezoek. Ik kan mij voorstellen dat ouderen die hoog scoren op het terrein van zelfmanagement juist minder naar de huisarts stappen en bijvoorbeeld eerder naar een opticien gaan.

Het tweede deel van het proefschrift richtte zich op het DGIP programma (Dutch Geriatric Intervention Programme). Een multidisciplinair interventieprogramma voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Ouderen, bij wie de huisartsen een vermoeden hadden dat bovengenoemde aandoeningen zich zouden kunnen voordoen, werden aangemeld voor het programma. Na verwijzing van de huisarts bezocht een geriatrisch verpleegkundige de oudere thuis. Indien inderdaad sprake was van een van bovengenoemde aandoeningen werden vervolgeb bezoeken gepland voor aanvullende probleemverheldering en coördinatie van zorg. De verpleegkundige werkte nauw samen met een klinisch geriater en de huisarts van de patiënt. Een controle groep kreeg het programma niet aangeboden. De ouderen werden aselekt toebedeeld over beide groepen. Uit het onderzoek bleek dat de huisarts vooral ouderen verwees met cognitieve-, stemmings- en mobiliteitsproblemen. Huisartsen gaven ook aan dat hen in de dagelijkse praktijk vooral de tijd ontbreekt om dieper in te gaan op probleemverheldering bij deze ouderen. Ouderen die door een verpleegkundige bezocht werden, bleken na drie maanden hoger te scoren op zelfredzaamheid en psychisch welbevinden dan de controle groep. Het welbevinden was na zes maanden verder toegenomen maar het verschil met de controle groep was na zes maanden niet meer statistisch significant. Belangrijke conclusies uit de studie zijn dat het belangrijk is ook de naaste omgeving (mantelzorgers) te betrekken bij het programma. Ook wordt geadviseerd om de wijkverpleegkundigen (en huisartsen) een geriatrische training te geven wat betreft diagnostische tests en probleemanalyse. Van Eijken adviseert

bij het ontwikkelen van nieuwe zorgstrategieën een goede balans te zoeken tussen een proactieve benadering en respect voor de autonomie van de oudere patiënt.

Ik heb het proefschrift met veel plezier gelezen: het is goed geschreven en systematisch opgebouwd. Beide onderdelen hadden mijn belangstelling omdat het Kenniscentrum Ouderen van Vilans zich al enige jaren bezighoudt met zelfmanagement of –zelfsturing bij ouderen en met consultatiebureaus voor ouderen. Beide onderwerpen sluiten aan bij het proefschrift.

Het Kenniscentrum Ouderen van Vilans ondersteunt een aantal instellingen in Nederland die een Consultatiebureau voor Ouderen (CBO) hebben opgericht.[4] Ouderen kunnen op eigen initiatief contact zoeken met een CBO. De consultant van een CBO is meestal een wijkverpleegkundige. In een gesprek van een uur gaat de consultant in op de fysieke gezondheid, leefstijl, sociaal, emotioneel en psychisch functioneren van de oudere. Bij vermoedens dat er iets aan de hand is, gebruiken de consultants een aantal diagnostische tests. Een consultant behandelt niet, maar signaleert risico's, informeert de oudere over gezond en actief ouder worden en adviseert en verwijst door. Meestal wordt een vervolgspraak gemaakt na een half jaar. Verschil met de DGIP interventie is dat de oudere zelf het initiatief neemt en op grond van de ad-

viezen ook zelf het initiatief neemt voor vervolgvormen en dat een CBO zich niet specifiek richt op kwetsbare ouderen. Een bezoek aan het CBO kan zelfsturing bij ouderen bevorderen en ondersteunen.

Het onderzoek van Eijken laat zien dat er behoefte is aan interventies die (kwetsbare) ouderen ondersteunen bij het behouden van eigen regie en kwaliteit van leven.

[1] Lorig K, Holman H. Selfmanagement education: context, definition and outcomes and mechanisms. Paper presented at the first Chronic Disease Self-Management Conference, Sydney, Palo Alto: Stanford Patient Educational Research Center. 2000.

[2] Steverink N, Lindenberg S, Slaets JPJ. How to understand and improve older people's self-management and wellbeing. *European Journal of Ageing*, 2005, 2, 235-44,

[3] Loog A, Overbeek R van Zelfmanagement bij ouderen. Factsheet. Utrecht: Vilans. 2007

[4] Visser G, Schippers A. Het consultatiebureau voor ouderen. Inventarisatie van vijftien consultatiebureaus voor ouderen. Utrecht: NIZW, Kenniscentrum Ouderen. 2005

Riki van Overbeek

Senior medewerker Vilans, Utrecht