

Op weg naar inclusieve dementiepreventie

Risicoreductie bij mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond



Samenvatting

Dit kennisdossier is bedoeld voor beleidsmakers (gemeenten, GGD'en, provincies, rijksoverheid).

Feiten en cijfers over dementie

- Dementie is een aandoening met een hoge individuele en maatschappelijke ziektelast.
- Het aantal gevallen van dementie was in 2021 naar schatting 290.000. In 2025 stijgt dit naar schatting tot 317.080 en in 2050 zal het gaan om ongeveer 620.000 Nederlanders.
- De meeste mensen met dementie (79%) wonen thuis.
- Dementie is de duurste ziekte van Nederland. De gedeclareerde zorguitgaven bedroegen in 2020 10,6 miljard euro.
- Er zijn nu ongeveer 800.000 dementiemantelzorgers. Een derde van hen besteedt meer dan 40 uur per week aan mantelzorg. In de toekomst zullen er minder mantelzorgers beschikbaar zijn.
- De huidige tekorten aan professionals en vrijwilligers in de zorg en het welzijnswerk zullen blijven groeien, door demografische ontwikkelingen zoals de vergrijzing en ontgroening.
- Er is geen zicht op genezing.

Onerlijk verdeelde risicofactoren

In theorie kan naar schatting 30-40% van de dementiegevallen voorkomen worden door beïnvloedbare risicofactoren aan te pakken:

1. cardiometabole risicofactoren;
2. leefstijlfactoren;

3. psychosociale factoren;
4. overige factoren: onder andere een lage opleiding, gehoorverlies, hersentrauma's, luchtverontreiniging.

Deze risicofactoren zijn oneerlijk verdeeld: ze zijn meer te vinden bij mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond. Ouderen met een migratieachtergrond hebben een grotere kans op dementie dan autochtone ouderen.

Wat kan de overheid doen aan risicofactoren en preventie?

- Bestuurlijk commitment en beleid voor gezond ouder worden in het kader van preventie.
- Differentieer daarbij naar verschillende groepen ouderen.
- En werk cultuursensitief.
- Faciliteer een stevige sociale basisinfrastructuur.
- Creëer en faciliteer een stevig domeinoverstijgend samenwerkingsnetwerk.
- Verbeter het bestaansminimum van ouderen.
- Zet bij middelbare en oudere leefstijlgroepen in op leefstijlinterventies (multifactoriële interventies of interventies gericht op specifieke risicofactoren), met oog voor achterliggende oorzaken van ongezondheid zoals chronische stress.
- Zet ook in op publiekscampagnes.
- Wees alert op de rol van schadelijke stoffen in de leef- en werkomgeving (luchtvervuiling, giftige stoffen, pesticiden).

Op weg naar inclusieve dementiepreventie. Risicoreductie bij mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond

Dit kennisdossier is bedoeld voor beleidsmakers (bij gemeenten, GGD'en, provincies, rijksoverheid). We willen hen informeren over de vermijdbare risico's op dementie, en wat dat betekent voor beleid en praktijk. Bovenal willen we hen met dit kennisdossier inspireren om dit thema binnen de eigen organisatie te agenderen en op te pakken.

Onze focus ligt bij mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond, omdat daar de meeste gezondheidswinst te behalen is. Mensen met een lage sociaaleconomische status worden namelijk veel meer blootgesteld aan risicofactoren voor dementie.

Dit kennisdossier is gebaseerd op onderzoek en twee recent afgeronde kennissyntheses: *Risicoreductie van dementie* van het RIVM (Blokstra & Nooyens, 2021) en *Risicoreductie en primaire preventie van dementie. Kennissynthese van onderzoek en implementatie* (Christie et al., 2022). Ook putten we uit onze bevindingen van twee groepsbijeenkomsten (in november 2021), de een met mantelzorgers, de ander met kwetsbare burgers tussen 40 en 75 jaar.

1 Feiten en cijfers over dementie

- Dementie is een aandoening met een hoge individuele en maatschappelijke ziektelast. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer (70%), gevolgd door vasculaire dementie (16%). Daarnaast zijn er mengvormen en andere varianten.
- Het aantal mensen met dementie in Nederland groeit sterk vanwege de vergrijzing. Het aantal gevallen (de prevalentie) van dementie was in 2021 naar schatting 290.000. In 2025 stijgt dit naar schatting tot 317.080 en in 2050 zal het gaan om ongeveer 620.000 Nederlanders ([Loketgezondleven.nl](https://loketgezondleven.nl), z.d.).
- De meeste mensen met dementie (79%) wonen thuis. Het ziekte- en zorgtraject duurt gemiddeld acht jaar, maar het beloop verschilt sterk van persoon tot persoon en ook per oorzaak en subtype ([VZinfo.nl](https://vzinfo.nl), z.d.). Dementie vormt in Nederland de snelst groeiende doodsoorzaak.
- Dementie is ook de duurste ziekte van Nederland. De gedeclareerde zorguitgaven stegen tussen 2017 en 2020 van 8,6 miljard naar 10,6 miljard euro (Vektis, 2022).
- De zorg en ondersteuning vragen in de loop van de jaren steeds meer van het persoonlijke netwerk (met name van de mantelzorgers) en van sociale en zorgprofessionals en vrijwilligers. Er zijn nu ongeveer 800.000 dementie-mantelzorgers. Een derde van hen besteedt meer dan 40 uur per week aan mantelzorg. Deze harten en handen zullen in de toekomst veel minder beschikbaar zijn.
- Dat geldt ook voor professionals en vrijwilligers in de zorg en het welzijnswerk.
- Ondanks tientallen jaren onderzoek is er nog geen werkzame behandeling gevonden.

Het is daarom tijd om te investeren in preventie. Het ministerie van VWS zet alvast stevig in op onderzoek naar risicofactoren en (toekomstige) preventie binnen de Nationale dementiestrategie (Rijksoverheid, 2020).

Beïnvloedbare risicofactoren voor dementie

Uit onderzoek komen verschillende beïnvloedbare factoren tevoorschijn die deels met elkaar samenhangen. Vanaf de geboorte beïnvloeden deze factoren de kans op dementie. Ze zijn in verschillende fases van de levensloop relevant. Zo vormt slechthorendheid op middelbare leeftijd een belangrijke risicofactor en is een hoge opleiding op jonge leeftijd een beschermende factor.

De risicofactoren kunnen worden ondergebracht in vier categorieën, die elkaar deels overlappen:

1. cardiometabole risicofactoren: hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, ernstig overgewicht, diabetes type 2;
2. leefstijlfactoren: roken, alcoholconsumptie, lichamelijke inactiviteit, ongezonde voeding;
3. psychosociale factoren: sociale contacten, depressie, slaappatroon, cognitieve activiteiten;
4. overige factoren (onder andere medische en omgevingsfactoren): lage opleiding, traumatische hersenschade, gehoorverlies, luchtverontreiniging.

In bijlage 1 staat meer informatie over vermijdbare risicofactoren.

De kans op dementie en risicofactoren

De kans dat iemand in zijn of haar leven dementie krijgt, is 1 op 5. Bij vrouwen is deze kans, vanwege hun langere levensverwachting, 1 op 3, bij mannen 1 op 7. Leeftijd is de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van dementie. Ruim 8% van de mensen ouder dan 65 jaar heeft dementie. Boven 90 jaar is dit 40%. De rol van erfelijkheid is beperkt: het hebben van een familielid met dementie op oudere leeftijd vergroot de kans op dementie slechts met een paar procent. Bij dementie

op jongere leeftijd speelt erfelijkheid wel een grote rol, maar erfelijke vormen van dementie zijn zeldzaam (Alzheimercentrum Amsterdam, z.d.).

Naast de leeftijd bepalen juist beïnvloedbare risicofactoren de kans om dementie te krijgen.

The Lancet stelt dat 30-40% van de dementiegevallen voorkomen kan worden door de beïnvloedbare risicofactoren aan te pakken. (Livingston et al., 2020).

2 Ongelijk verdeelde kansen op dementie

Veel risicofactoren komen meer voor bij mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). Het recht op een adequate levensstandaard heeft een plek in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en in onze grondwet. De werkelijkheid is dat niet iedereen gelijke kansen heeft. Wie alleen lager onderwijs of een praktijkdiploma heeft, leeft gemiddeld 15 jaar in minder goede gezondheid ([VZinfo.nl](https://www.vzinfo.nl), z.d.). Hoogopgeleide mannen leven gemiddeld 5,8 jaar langer dan laagopgeleide mannen. Bij vrouwen is dit verschil 4,3 jaar (Pharos, 2022).

De kansen om in Nederland cognitief gezond en gelukkig oud te worden zijn ongelijk verdeeld. De risicofactoren zijn namelijk ongelijk verdeeld over ouder wordende inwoners. Dit geldt met name voor de beïnvloedbare risicofactoren. Op individueel niveau gaat het om vermijdbare zaken als diabetes, hoge bloeddruk, bewegingsarmoede en overgewicht. Op

omgevingsniveau gaat het onder meer om giftige stoffen, luchtvervuiling en hersentrauma opgelopen in het werkzame leven. Deze risicofactoren komen meer voor bij mensen met een lage SES en een lage opleiding. Onder hen bevinden zich verschillende migrantengroepen. Mensen met een lage SES hebben een beduidend grotere kans op dementie, omdat zij te maken hebben met meer risicofactoren (Cha et al., 2021). Tegelijkertijd hebben zij vaker beperkte financiële mogelijkheden en gezondheidsvaardigheden. Ook bij andere groepen komen bepaalde risicofactoren vaak samen, bijvoorbeeld bij mantelzorgers. Onderzoek laat verbanden zien tussen (beperkte) gezondheidsvaardigheden en financiële geletterdheid, en een grotere kans op dementie (Yu et al., 2017). Armoede wordt niet beschreven als directe oorzaak van dementie, maar het is wel duidelijk dat mensen met een lage SES veel vaker en langer worden blootgesteld aan risicofactoren.

Onderliggende mechanismes

Om de kans op dementie te verkleinen, moeten we de onderliggende processen kennen. Die processen zijn nog niet duidelijk. De onderzoeksliteratuur (o.a. Selten et al., 2021; Samuel et al., 2020) oppert verschillende mechanismes:

- In de eerste plaats gaat het om de risicofactoren voor atherosclerose (aderverkalking) die samenhangen met vasculaire dementie. Omdat deze risicofactoren leiden tot slechtere vaten, vergroten ze ook de kans op vasculaire dementie.
- In de tweede plaats wordt 'cognitieve reserve' genoemd. De cognitieve-reservetheorie stelt dat een hogere opleiding en cognitief uitdagende sociale en mentale activiteiten bescherming bieden tegen dementierisicofactoren in de vorm van een buffer.
- Een derde mechanisme heeft te maken met de chronische stress die wordt veroorzaakt door een lage sociale status. Mensen met een lage SES ervaren vaak chronische stress. Verschillende biomedische stresspaden vergroten de kans op dementie. Chronische stress verkleint bovendien de cognitieve capaciteit. Belangrijke langetermijnbeslissingen vragen cognitieve capaciteit, die in het geval van chronische stress verkleind is door de druk van urgente, kleine beslissingen die dagelijks genomen moeten worden om te overleven.

Dementie en oudere migranten

Het aantal ouderen met een migratieachtergrond in Nederland is nu nog beperkt, maar groeit sterk. In 2060 vormen ze naar verwachting 21% van de bevolking, vergeleken met 11% in 2015. Dementie komt bij bepaalde groepen ouderen met een migratieachtergrond vaker voor dan bij autochtone ouderen van dezelfde leeftijd (Parlevliet et al., 2016; Selten et al., 2021). Het aantal ouderen met dementie met een migratieachtergrond zal drie keer sneller toenemen dan het aantal autochtone ouderen met dementie. Dit is af te leiden uit de CBS-bevolkingsprognose en bekende prevalentiecijfers (CBS StatLine, 2020; Ott et al., 1995). Dit komt doordat veel migranten die op jonge leeftijd naar Nederland zijn

gekomen nu de leeftijd bereiken waarop dementie vaker voorkomt. De prevalentie is waarschijnlijk hoger, omdat zij vaak te maken hebben met meerdere risicofactoren. Relatief veel ouderen met een migratieachtergrond zijn arm, mede vanwege een onvolledige AOW-opbouw (Smits et al., 2021; Lössbroek & Fokkema, 2022). Het hiervoor genoemde rijtje van hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, ernstig overgewicht en diabetes type 2 is relatief vaker te zien bij hen. Velen hebben weinig of geen opleiding genoten. Een deel van hen, met name vrouwen, is analfabeet. Dementie is niet bij alle ouderen een bekend begrip. Klachten kunnen aan verschillende oorzaken worden toegeschreven, zoals ouderdom of een straf voor veronderstelde (religieuze) fouten.

Gezondheidsvaardigheden

Een op de vier Nederlanders van 18 jaar en ouder (24,5%) had in 2021 onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden (Willems et al., 2021). Bij 65-plussers is dit percentage 28,9%. Iemand met beperkte gezondheidsvaardigheden heeft moeite met het vinden, begrijpen, beoordelen en gebruiken van informatie over gezondheid. Er is een duidelijke samenhang tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een slechtere gezondheid. Astma en COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker voor. Verschillende van deze aandoeningen vormen risicofactoren voor dementie. Dat beperkte gezondheidsvaardigheden vaak tot een slechtere gezondheid leiden, hangt samen met de toegankelijkheid van de zorg en met de vaardigheden van professionals, vooral met slecht aansluitende informatie en communicatie. Voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is de wereld van zorg en welzijn te complex om er hun weg in te vinden. Ze ervaren de kwaliteit van de ontvangen zorg als minder goed.

3 Wat kunt u als beleidsmaker doen?

De mogelijkheden van beleidsmakers verschillen. De rijksoverheid heeft de mogelijkheid om beleid op landelijk niveau te ontwikkelen, bijvoorbeeld aansluitend bij Health in All Policies. Gemeenten hebben vanuit de Wet publieke gezondheid de verantwoordelijkheid om beleid voor preventieve zorg voor ouderen vorm te geven. De uitvoering van taken kan de gemeente beleggen bij GGD'en en andere betrokken organisaties. U kunt als beleidsmaker op verschillende manieren ingrijpen op de risicofactoren voor dementie. Onderstaand model laat zien dat dit op verschillende niveaus mogelijk is:

1. Bestuurlijk commitment en beleid voor gezond ouder worden in het kader van preventie.
2. Differentiatie naar verschillende groepen ouderen.
3. Faciliteren van een stevige sociale basisinfrastructuur.
4. Creëren en faciliteren van een stevig domeinoverstijgend samenwerkingsnetwerk.
5. Verbeteren van het bestaansminimum voor ouderen.
6. Leefstijlinterventies (multifactoriële interventies of interventies gericht op specifieke risicofactoren), met oog voor achterliggende oorzaken van ongezondheid zoals chronische stress.
7. Publiekscampagnes.



Bron: Dahlgren and Whitehead, 1991

Beleidsmaatregelen

1. Bestuurlijk commitment en beleid voor gezond ouder worden in het kader van preventie

In alle levensfasen komen risicofactoren voor, denk aan opleiding op jonge leeftijd, en gehoorproblemen, hoge bloeddruk of ernstig overgewicht op middelbare leeftijd. Preventiebeleid betreft de hele levensloop. De algemene volksgezondheid heeft baat bij een goede gezondheidszorg gedurende de hele levensloop, maar ook bij het aanpakken van de bron van gezondheidsverschillen. De theorie van fundamentele oorzaken (*theory of fundamental causes*) stelt dat een lage SES op meerdere manieren ziekte veroorzaakt. Iemands SES wordt bepaald door zijn of haar opleiding en inkomen. Deze zijn nauw met elkaar verbonden. Beleid dat onderwijsachterstanden en inkomensverschillen verkleint, beïnvloedt ook dementierisicofactoren. Daarnaast moet beleid omgevingsfactoren zoals een onveilige werkomgeving, luchtvervuiling en geluidsoverlast aanpakken. De overheid kan bovendien de gezondheid van burgers beschermen door een gezonde leefstijl te vergemakkelijken, denk aan het toegestane zout-, suiker- en vetgehalte in de basisvoeding en de verkrijgbaarheid van tabak en alcohol. Het Preventieakkoord en het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022) bieden ingangen voor een preventieve aanpak op meerdere domeinen.

2. Differentiatie naar verschillende groepen ouderen

Het bieden van gelijke kansen op gezondheid vraagt om maatwerk binnen preventie. In Nederland gaan we uit van gelijke preventie, zorg en ondersteuning voor iedereen, maar 'passende zorg' betekent rekening houden met iemands situatie, achtergrond en vaardigheden. Mensen die er het meest baat bij kunnen hebben (lage SES, migratieachtergrond) maken het minst gebruik van preventieve interventies. Dat heeft te maken met de aansluiting van de interventies bij de context van de mensen om wie het gaat. Zo sluiten de interventies vaak niet aan bij hun opleidingsniveau, hun gezondheidsvaardigheden of de mogelijkheden die hun financiële, sociale of woonsituatie hun bieden. Bewoners van kwetsbare wijken leven met chronische, toxische stress. Beleid gericht op risicoreductie van dementie en

op een gezond brein houdt rekening met de complexe en uitdagende situatie waarin mensen leven (Pharos, 2019). Net zoals de zorg zou ook de preventie persoons- en netwerkgericht moeten worden.

Op wijkniveau kan het gebruik van preventieve interventies in achterstandswijken verbeteren wanneer de professionals uit de zorg, het welzijn en de publieke gezondheidszorg de ruimte krijgen om integraal, 'responsief' samen te werken. Wanneer daarop wordt ingezet, kunnen professionals in een wijk vertrouwd raken met elkaars aanbod en gezamenlijk een manier van werken ontwikkelen die responsief is aan de behoeften van de wijkbewoners. Professionals kunnen leren hoe ze om kunnen gaan met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zo kunnen zij het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag integreren in hun dagelijkse manier van werken, kunnen ze persoons- en netwerkgerichte zorg bieden, ook bij complexe problematiek, en kunnen ze coachend ondersteunen bij het verkrijgen van zelfmanagement. Daarbij is het goed om cultuursensitief te werken. Het lukt zo beter wijkbewoners te activeren, hun passende (preventieve) zorg te geven of hen daar naartoe te leiden, en te werken volgens een gemeenschappelijke visie die samenhang aanbrengt in de (preventieve) activiteiten op wijkniveau (Pharos, 2023).

3. Faciliteren van een stevige sociale basisinfrastructuur

Door het versterken van de sociale basisinfrastructuur in een buurt vergroot u het vangnet voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers in de wijk.

Onder de sociale basisinfrastructuur vallen (Britt et al., 2022):

- De institutionele sociale basis, bestaand uit collectieve voorzieningen en ondersteuning waar geen indicatie voor nodig is. Bij ouderen zijn dat bijvoorbeeld bibliotheken, buurthuizen, vrijwilligerssteunpunten en mantelzorgondersteuning. De overheid ondersteunt deze voorzieningen met betaalde krachten en accommodaties.
- De gemeenschappelijke sociale basis, bestaand uit netwerken van inwoners in de lokale samenleving. Verenigingen, clubs en levensbeschouwelijke organisaties vormen formele sociale netwerken. Zelforganisaties (van religieuze of culturele groepen) kennen de mensen voor

wie het beleid bedoeld is persoonlijk. Zelforganisaties zijn in elk dorp en in elke stadswijk te vinden. Soms zijn ze verbonden aan kerken of moskeeën, soms zijn ze aangehaakt bij een dienstencentrum. Daarnaast zijn er sociale netwerken zonder formele status. De gemeente kan deze netwerken faciliteren door de informatie over de voorzieningen te delen, en door middelen, ruimtes en kennis beschikbaar te stellen.

- De persoonlijke sociale basis, bestaand uit de oudere en diens sociale netwerk. De gemeente kan deze basis ondersteunen met diensten zoals mantelzorgsteunpunten. Ook kunnen ideeën waargemaakt worden met middelen, ruimte en kennis.

4. Creëren en faciliteren van een stevig domein-overstijgend samenwerkingsnetwerk

Dementie en risicofactoren voor dementie overstijgen de domeinen van publieke gezondheidszorg, ouderenzorg, welzijn en sport. Het overheidsbeleid moet daarom over die domeinen heen reiken. Dit sluit aan bij het streven naar Health in All Policies, zoals geagendeerd door de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (St. Pierre, 2009) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, z.d.). Health in All Policies ('gezondheid op alle beleidsterreinen') is een strategieconcept ter verbetering van de volksgezondheid. Het beleid is gericht op factoren buiten het gezondheidsstelsel die een belangrijke invloed hebben op de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. Deze factoren spelen, net zoals de risicofactoren voor dementie, in het dagelijkse leven, het wonen en het werken van alle leeftijdsgroepen. Het is met name aan de regering om vanuit een brede visie op gezondheid over alle ministeries heen via allerlei beleidsinstrumenten Health in All Policies te implementeren.

Op regionaal en lokaal niveau kan veel winst behaald worden door aan te haken bij de bestaande infrastructuur en bij allianties. Belangrijke rollen liggen bij de gemeenten, GGD'en, huisartsen, praktijkondersteuners, zorgverzekeraars, dementienetwerken en dienstencentra. Zorgorganisaties richten zich op het leven met dementie, en niet op het voorkomen van dementie. Toch is kennis over risico- en beschermende factoren belangrijk voor zorgverleners en familieleden: zij worstelen vaak met vragen over de

oorzaken van dementie. Ook het bedrijfsleven heeft een verantwoordelijkheid, als producent van gezonde producten. Overheden stellen hierbij de kwaliteitskaders op. Bedrijven hebben daarnaast als werkgevers een grote verantwoordelijkheid voor een gezonde werkomgeving voor hun werknemers.

Patiëntenorganisaties zoals Alzheimer Nederland en de Hartstichting hebben een groot bereik van betrokken vrijwilligers en patiënten. Zij hebben bovendien ervaring met fondsenwerving en zijn zowel lokaal als landelijk geborgd. Alzheimer Nederland heeft ervaring met initiatieven als 'Dementievriendelijke gemeente' en 'Samen dementievriendelijk' (www.samendementievriendelijk.nl). Alzheimer Nederland geeft ook ondersteuning aan gemeenten (met een overzicht van aantallen mensen met dementie per gemeente, de Dementiescan en de focusbrief voor gemeenten (zie www.alzheimer-nederland.nl). Het valt te overwegen om deze initiatieven uit te breiden met aandacht voor het voorkómen van dementie.

Veel groepen met een migratieachtergrond hebben zich verenigd in zelforganisaties. Het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) kan relevant zijn, maar ook ouderenorganisaties zoals ANBO, PCOB en UniekBO. Samen met zelforganisaties, ouderen- en patiëntenorganisaties kunt u achterhalen wat in uw wijk of gemeente van belang is voor hun achterban. Er zijn verschillende gemeenten en regio's die al ervaring hebben opgedaan met bijvoorbeeld campagnes over een gezond brein. Als u elkaar vindt in gedeelde doelen over de risicofactoren voor dementie, kunt u samen plannen ontwikkelen en uitvoeren. Dat vraagt om een langdurige investering en het opbouwen van vertrouwen.

5. Verbeteren van het bestaansminimum voor ouderen

Ons pensioenstelsel zorgt voor bestaanszekerheid voor grote groepen ouderen. Toch zijn er grote verschillen tussen ouderen als het gaat om inkomen en vermogen (Smits et al., 2021). Het gaat deels om verschillende generaties die in verschillende tijden oud zijn geworden. Mensen die in de leeftijdscategorie van 55-67 jaar werkloos of arbeidsongeschikt worden, lopen bijvoorbeeld meer risico om arm te worden. Ook onder de oudste ouderen (80 jaar en ouder) komt vaker armoede voor dan onder jongere

ouderen. Deze leeftijdsgroep is meestal lager opgeleid en heeft minder aanvullend pensioen opgebouwd. Dat geldt ook voor veel oudere vrouwen. Zij hebben lang niet allemaal betaald werk verricht. Voor de vrouwen die dat wel hebben gedaan, geldt dat hun pensioen meestal gebaseerd is op parttime werk. Ook voor alleenstaande mannen en vrouwen geldt dat zij doorgaans minder inkomsten hebben ter aanvulling van de AOW dan (gehuwde) stellen.

Ouderen die al jaren van een uitkering leven, nemen hun financiële kwetsbaarheid mee in hun pensionering. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die in zware beroepen hebben gewerkt, met onregelmatige diensten en onzekere contracten. Zij waren vaak lang afhankelijk van uitkeringen en bouwden weinig financiële reserves op. Ook oudere migranten lopen een relatief groot risico op armoede. Ongeveer 40% van hen leeft langdurig en structureel onder het bestaansminimum. Dit is onder andere het gevolg van een onvolledige AOW-opbouw, samengaand met het ontvangen van geen of een heel laag aanvullend pensioen; het hebben van een jongere partner zonder inkomen; het niet of minder vaak aanvragen van inkomensvoorzieningen zoals huur- en/of zorgtoeslag en de Aanvullende Inkomensvoorziening Ouderen (AIO); en kortingen op de AIO vanwege de kostendelersnorm (Smits et al., 2021; Lössbroek & Fokkema, 2022).

Landelijk is er steeds meer aandacht voor armoede en schulden. Gemeenten werken aan een integraal armoedebeleid en er ontstaat steeds meer samenwerking tussen het sociale en het medische domein. Beleidsmatig is het goed om:

- armoede, en zeker langdurige armoede, te voorkomen via het inkomensbeleid;
- inzicht te krijgen in de groepsprofielen met (risico op) armoede in gemeenten en wijken;
- chronische stress en de rol van stress bij armoede te signaleren (Pharos, 2019);
- tijdig en proactief in te grijpen bij signalen van armoede op individueel en groepsniveau;
- toegankelijke voorlichting te geven over toeslagen en uitkeringen;
- ambtenaren en zorgverleners te trainen in stress-sensitief werken;
- kritisch te kijken of de voorwaarden die bij regelingen gesteld worden reëel zijn.

6. Leefstijlinterventies

• *Interventies gericht op risicofactoren en preventie*

Ongeveer 30 tot 40% van de dementiegevallen zou in theorie te voorkomen zijn door interventies gericht op risicofactoren (Hafdi et al., 2021). Helaas zijn er nog geen kant-en-klare interventies die risicofactoren aantoonbaar substantieel verkleinen. Het aantal studies naar preventieve interventies groeit de afgelopen jaren, maar is nog steeds te beperkt om uitsluitel te geven over wat werkt om risico's te verkleinen en dementie te voorkomen. Kennis over de effectiviteit van preventieve interventies bij mensen in bovengenoemde complexe en kwetsbare posities is nog schaarser, omdat zij in het bestaande onderzoek nog onvoldoende zijn meegenomen.

Aangenomen wordt dat interventies op middelbare of zelfs jongere leeftijd ingezet moeten worden. Deelnemers zouden tientallen jaren volgens de interventie moeten leven. Dat zet vraagtekens bij de haalbaarheid van dergelijke dementiespecifieke interventies, zeker als de effectiviteit ervan nog niet duidelijk is aangetoond. Het is op dit moment goed om aan te sluiten bij bredere leefstijlinterventies, zoals de programma's gericht op cardiovasculaire gezondheid. Gezien de overlappende leefstijlrisicofactoren voor hart- en vaatziekten en voor dementie is het raadzaam het beleid hierop af te stemmen. Het is namelijk nog niet duidelijk of specifieke dementie-interventies meer of minder effectief zijn dan generieke interventies. Erkende leefstijlinterventies zijn te vinden via het Loket Gezond Leven (z.d.). Pharos biedt gerichte informatie ten behoeve van interventies voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en een lage sociaaleconomische status (o.a. Pharos, 2018; Troelstra et al., 2020).

Bij de momenteel beschikbare interventies gericht op de risicofactoren van dementie is onderscheid te maken tussen interventies gericht op specifieke factoren en multifactoriële interventies. Omdat er geen bewijs is voor de effectiviteit van de eerstgenoemde interventies, beperken we ons hier tot een bespreking van multifactoriële interventies. Daarnaast zijn er een aantal publiekscampagnes ontwikkeld, bedoeld om burgers te informeren en het bewustzijn van risicofactoren te stimuleren.

- **Multifactoriële interventies**

Bij multifactoriële interventies wordt op meerdere risicofactoren tegelijk ingegrepen. Deze interventies hebben vermoedelijk een groter effect dan interventies die slechts op één risicofactor zijn gericht. Alle interventies zetten in op voeding en bewegen. Daarnaast focussen ze op gewichts- en diabetesmanagement, bloeddruk, lipidenmanagement, cognitieve training, krachttraining, alcoholgebruik, sociale aspecten, omgaan met functionele beperkingen en mentale stress. Een overzichtsstudie (Hafdi et al., 2021) liet zien dat deze interventies geen of een beperkt effect laten zien. Dat kan verklaard worden door de interventie zelf, maar ook door de (vaak korte) duur van de interventies en de bijbehorende studies. Dementie ontwikkelt zich over tientallen jaren en een bepaalde interventie of leefstijl moet waarschijnlijk lang gevolgd worden.

7 Publiekscampagnes

De meeste Nederlanders weten nog weinig over de risico- en beschermende factoren voor dementie weten (Heger, 2022). Veel mensen denken dat dementie hoort bij het ouder worden of dat het erfelijk is. Dat kan als een belasting voelen, vooral als een familielid dementie heeft

(gehad). Publiekscampagnes zorgen voor bewustzijn van de risico- en beschermende factoren voor dementie. Verschillende van de hiervoor beschreven campagnes zijn onderzocht op hun werkzaamheid, en lopend onderzoek is gericht op het nog toegankelijker maken van bestaande campagnes, zoals 'We zijn zelf het medicijn'. De meeste mensen staan open voor meer kennis over risico- en beschermende factoren. Het is zaak om de communicatie op maat te maken voor juist de mensen met meerdere risicofactoren (zie bijlage 2).

Grootschalige implementatie moet vergezeld worden van implementatieonderzoek (Christie et al., 2022). Dat onderzoek hoeft niet gericht te zijn op harde klinische uitkomsten, zoals betere scores op cognitieve tests. Als het doel is om bewustzijn, awareness, te creëren, kan dat als uitkomstmaat genomen worden. Stakeholders zoals GGD'en verkiezen, op basis van de huidige kennis, campagnes die een positieve, generieke aanpak hebben die zich richt op omgevingsfactoren, in plaats van een dementiespecifieke, afschrikwekkende aanpak gericht op individuele gedragsverandering. Het is belangrijk om deze campagnes (onder andere) te implementeren in de wijken die deze interventies het meest nodig hebben, omdat hier de meeste winst behaald kan worden.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft de volgende aanbevelingen geformuleerd voor specifieke risicofactoren:

- lichaamsbeweging;
- stoppen met roken;
- mediterrane voeding;*
- gevaarlijk alcoholgebruik minderen;*
- cognitieve training;*
- gewichtsmanagement bij overgewicht of obesitas;*
- hypertensie-management bij mensen met een hoge bloeddruk;*
- diabetesmanagement bij mensen met diabetes;*
- dyslipidemie-management bij mensen met dyslipidemie.*

* afhankelijk van het individu

De inname van vitamine B en E, poly-onverzadigde vetten en multivitaminen wordt door de WHO afgeraden. De WHO geeft aan dat er voornamelijk onvoldoende bewijs is dat sociale activiteiten, gebruik van antidepressiva of van gehoorapparaten het risico op cognitieve achteruitgang/dementie verlagen.

Inclusief onderzoek

Dit kennisdossier maakt duidelijk dat er nog veel onderzoek nodig is naar risicofactoren en de mogelijkheden van preventieve interventies. Voor particuliere fondsen en de farmaceutische industrie is financiering niet aantrekkelijk, omdat de gewonnen inzichten moeilijk vertaald kunnen worden in financiële winst. Hier ligt dus een taak van de overheid.

De meeste inzichten zijn momenteel gebaseerd op onderzoek waarin juist de groepen die meer risico lopen meestal niet goed zijn vertegenwoordigd. Overheden kunnen echter voorwaarden verbinden aan financiering van en medewerking aan onderzoek: de specifieke kennis, ervaringen en situaties van mensen met een lage SES moeten een stem krijgen in inclusief onderzoek, zodat beleidsmakers hun werk op goed onderzoek kunnen baseren.

De minister van VWS onderschrijft met de Nationale dementiestrategie (2021-2030) het belang van kennis over risicofactoren en de mogelijkheden van preventie (Rijksoverheid, 2020). Inclusief onderzoek is een voorwaarde voor financiering van studies.

Meer lezen over inclusief onderzoek kan op: www.pharos.nl/infosheets/inclusief-onderzoek.

Beleidsmakers kunnen de afweging maken om een dementiespecifieke publiekscampagne in te zetten of aan te sluiten bij campagnes gericht op het voorkomen van hart- en vaatziekten en/of diabetes. De gedachte achter dit laatste is dat wat goed is voor het hart, ook goed is voor het brein. In Nederland en in het buitenland lopen campagnes om de algemene bevolking bewust te maken van risicofactoren en mensen aan te moedigen om ze aan te pakken. In bijlage 3 bespreken we de volgende Nederlandse en Vlaamse campagnes:

- We zijn zelf het medicijn (Universiteit van Maastricht/ Alzheimer Centrum Limburg)

- Houd je brein gezond (Alzheimer Nederland)
- HersenCoach (Hersenstichting)
- Ommetje app (Hersenstichting)
- Het fitte brein (Hersenstichting)
- Sanimemorix (Belgische campagne)

Met dank aan

Dinant Bekkenkamp, Hannah Christie, Meike Schrijver, Margreet Koershuis, Jeannet Kleine Schaars, Judith Bouwmeester, Kirsten van der Kuijp, en Pharos-collega's Jane Mateika, Carolien Smits, Jennifer van den Broeke, Roshnie Kolste, Rob Pietersen en Anneke Hiemstra.

Literatuur en websites

- Alzheimer Europe (2022). *Sex, gender and sexuality in the context of dementia: a discussion paper*. <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2022-02/2022-02-25%20Alzheimer%20Europe%20ethics%20report%202021.pdf>
- Alzheimer Nederland (z.d.). Is dementie erfelijk? [webpagina]. <https://alzheimer-nederland.nl/dementie/oorzaken-preventie/erfelijkeid>
- Alzheimercentrum Amsterdam (z.d.). Is dementie erfelijk? [webpagina]. <https://www.alzheimercentrum.nl/dementie/wat-is-dementie/is-dementie-erfelijkeid>
- Baumgart, M., Snyder, H. M., Carillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population based perspective. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 11(6), 718-726. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>
- Blokstra, A., & Nooyens, A. (2021). Risicoreductie van dementie. RIVM. https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2021-10/211027Rapport_wvdossier_risicoreductie_dementie.pdf
- Britt, A., Kwakernaak, M., De Meere, F. et al. (2022). *Leren, sturen en verantwoorden in de sociale basis. Hoe twaalf gemeenten 'de sociale basis' vormgeven samen met hun welzijnspartijen en inwoners. De kansen en uitdagingen vanuit lokaal beleidsperspectief*. Verwey-Jonker Instituut. https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2022/09/121500_Leren-sturen-en-verantwoorden-in-de-sociale-basis_WEB.pdf
- CBS StatLine (2020). Prognose bevolking; geslacht, leeftijd, achtergrond en generatie, 2021-2070. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84872NED/table?ts=1675862704468>
- Cha, H., Farina, M. P., & Hayward, M. D. (2021). Socioeconomic status across the life course and dementia-status life expectancy among older Americans. *SSM – Population Health*, 15.
- Christie, H., Hoevenaar-Blom, M., Deckers, K., Van Boxtel, M., Verschuren, M., Smits, C., Richard, E., & Köhler, S. (2022). Risicoreductie en primaire preventie van dementie. Kennissynthese van onderzoek en implementatie. Alzheimer Nederland & Alzheimer Centrum Limburg. https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/2022-04-06%20Rapport%20kennissynthese%20preventie_Digitale%20Def%20versie.pdf
- Hafdi, M., Hoevenaar-Blom, M. P., & Richard, E. (2021). Multi-domain interventions for the prevention of dementia and cognitive decline. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 11. Art. No.: CD013572. DOI: 10.1002/14651858.CD013572.pub2.
- Heger, I. (2022). *Towards primary prevention of dementia. Raising awareness for dementia reduction in the general population*. Proefschrift Universiteit Maastricht.
- IZA (2022). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A. et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396 (10248), 413-446. e Lancet Commission
- Loketgezondleven.nl (z.d.). Cijfers en feiten dementie [webpagina]. <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-woorden/wat-werkt-dossier-dementie/cijfers-en-feiten-dementie>
- Loketgezondleven.nl (z.d.). Interventies. <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/Overview>
- Lössbroek, J., & Fokkema, T. (2022). Waar komt armoede onder gepensioneerde migranten vandaan? Demos: bulletin over bevolking en samenleving 38 (10): 5-7.
- Ott, A., Breteler, M. M., Van Harskamp, F., Claus, J. J., Van der Cammen, T. J., Grobbee, D. E., & Hofman, A. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 310(6985), 970-973. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6985.970>

- Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., Van Campen, J. P., Kok, R. M., Ter Riet, G., Schmand, B., & De Rooij, S. E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31: 1040-1049. DOI: 10.1002/gps.4417.
- Pharos (2018). Factsheet *Preventie en zorg chronische aandoeningen – Hart- en vaatziekten en hypertensie*. <https://www.pharos.nl/factsheets/hart-en-vaatziekten-en-hypertensie>
- Pharos (2019). Infosheet *Chronische/toxische stress en gezondheid*. <https://www.pharos.nl/infosheets/chronische-toxische-stress-en-gezondheid>
- Pharos (2020). Infosheet *Bereiken en betrekken: de vier bouwstenen*. <https://www.pharos.nl/infosheets/bereiken-en-betrekken-bouwstenen>
- Pharos (2022). Factsheet *Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV)*. <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv>
- Pharos (2023). Infographic *Wat is cultuursensitief werken*. <https://www.pharos.nl/kennisbank/infographic-wat-is-cultuursensitief-werken/>
- Rijksoverheid (2020). Nationale dementiestrategie 2021-2030. <https://open.overheid.nl/repository/ronl-c18bc681-0961-4342-9008-c7a048e2f0b4/1/pdf/nationale-dementiestrategie.pdf>
- Samuel, L. J., Szanton, S. L., Wolff, J. L. et al. (2020). Socioeconomic disparities in six-year incident dementia in a nationally representative cohort of U.S. older adults: an examination of financial resources. *BMC Geriatr*, 20, 156. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01553-4>
- Selten, J., Termorshuizen, F., Van Sonsbeek, M., Bogers, J., & Schmand, B. (2021). Migration and dementia: A meta-analysis of epidemiological studies in Europe. *Psychological Medicine*, 51(11), 1838-1845. DOI:10.1017/S0033291720000586
- Smits, C., Van den Broeke, C., Hosper, K. et al. (2021). Geld maakt niet gelukkig. Maar armoede maakt wel gestrest en ongezond. *Geron Tijdschrift over ouder worden & samenleving*, 23, 1-4. <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/geld-maakt-niet-gelukkig>
- St. Pierre, L. (2009). *Governance tools and framework for Health in All Policies*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (Canada), International Union for Health Promotion and Education & European Observatory on Health Systems and Policies.
- Troelstra, S., Magne, T., Koopman, E., Harting, J. & Nagelhout, G. (2020). *Stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Overzicht van goede voorbeelden en werkzame elementen*. IVO, Amsterdam UMC, Trimbos-instituut. <https://www.pharos.nl/kennisbank/stoppen-met-rokeninterventies-voor-mensen-met-een-lagere-sociaaleconomische-positie>
- Vektis (2022). Factsheet dementie [webpagina]. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-dementie>.
- VZinfo.nl (z.d.). Dementie [webpagina]. <https://www.vzinfo.nl/dementie>
- VZinfo.nl (z.d.). Gezonde levensverwachting | Opleiding [webpagina]. <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/opleiding>
- WHO (z.d.). Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities [webpagina]. <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>
- Willems, A. E. M., Heijmans, M., Brabers, A. E. M. & Rademakers, J. (2021). Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021. NIVEL. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004162.pdf>
- Yu, L., Wilson, R. S., Schneider, J. A., Bennett, D. A., & Boyle, P. A. (2017). Financial and health literacy predict incident AD dementia and AD pathology. *Alzheimer's Disease*, 56(4): 1485-1493. DOI:10.3233/JAD-161132

Bijlage 1 – Risicofactoren voor dementie

Onderzoek laat veel verschillende risicofactoren voor dementie zien. Deels zijn deze niet te beïnvloeden, zoals leeftijd, geslacht en erfelijke aanleg. Er zijn echter ook risicofactoren die wél te beïnvloeden zijn, waaronder veel leefstijl- en omgevingsfactoren. Het is goed te bedenken dat er nog geen interventies zijn ontwikkeld die aantoonbaar de risico's verkleinen (zie hoofdstuk 3). Hierna geven we een overzicht van de mogelijke risicofactoren voor dementie, waarbij we onderscheid maken tussen niet-beïnvloedbare en beïnvloedbare risicofactoren.

Niet-beïnvloedbare risicofactoren

- **Leeftijd, geslacht en seksuele geaardheid**
Het risico op het ontstaan van (verschillende vormen van) dementie neemt sterk toe met het ouder worden. Leeftijd is dan ook de grootste niet-beïnvloedbare risicofactor voor dementie (o.a. Baumgart et al., 2015). De invloed van geslacht is niet eenduidig. Vrouwen lijken een hoger risico te hebben op de ziekte van Alzheimer, terwijl het risico op vasculaire dementie hoger is bij mannen – al zijn er ook studies waar dit verband niet wordt gevonden. LHBT+ers lijken ook meer risico te lopen, al is het onderzoek onder hen nog beperkt (Alzheimer Europe, 2022).
- **Erfelijke factoren**
Anders dan vaak wordt gedacht, is dementie in veel gevallen niet erfelijk. Wel speelt erfelijkheid bij bepaalde

vormen van dementie een grotere rol. Zo is de ziekte van Alzheimer meestal niet erfelijk, maar wanneer Alzheimer op jongere leeftijd ontstaat (jonger dan 65 jaar), dan is de kans groter dat erfelijkheid een rol speelt. Ook vasculaire dementie en Lewy-body-dementie zijn meestal niet erfelijk. Bij frontotemporale dementie is er veel vaker sprake van een erfelijke oorzaak (Alzheimer Nederland, z.d.; [VZinfo.nl](#), z.d.).

Beïnvloedbare risicofactoren

Onderzoek laat verschillende beïnvloedbare factoren zien die in meer of mindere mate van invloed zijn op het risico op dementie (Livingston et al., 2020). Deze risicofactoren zijn ruwweg onder te verdelen in vier categorieën, die enigszins overlappen:

- risicofactoren voor hart- en vaatziekten (cardiovasculaire risicofactoren): hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, ernstig overgewicht, diabetes type 2;
- leefstijlfactoren: roken, alcoholconsumptie, lichamelijke inactiviteit, ongezonde voeding;
- psychosociale factoren: weinig sociale contacten, depressie, verstoord slaappatroon;
- overige factoren (onder andere medische en omgevingsfactoren): lage opleiding, financiële stress, traumatische hersenschade, gehoorverlies, luchtverontreiniging.

Bijlage 2 – Communicatie en informatie

Communicatie en informatie over dementie en risicofactoren vormen de pijlers van het huidige handelen van professionals, zolang er nog geen interventies zijn met goed onderbouwde resultaten. Belangrijke communicatietips zijn:

- Wees terughoudend met communicatie over het 'verkleinen van de kans op dementie met 40%' omdat een afname van 40% voorlopig niet reëel is. Het zou niet gepast zijn als iemand dit percentage naar het eigen individuele risico vertaalt.
- Risicoreductie (het verkleinen van de kans op dementie) gaat niet alleen over leefstijl. Wees alert op de rol van schadelijke stoffen in de leef- en werkomgeving van sommige beroepsgroepen (luchtvervuiling, giftige stoffen, pesticiden, hersentrauma). Juist burgers met een lage sociaaleconomische status hebben hier relatief vaak mee te maken.
- Wees reëel met de boodschap over de effecten van gezond leven en dementie. Vertel over de voordelen van gezond leven voor hart en bloedvaten, ook die in de hersens.
- Breng een positieve boodschap in plaats van een afschrikwekkende: gezond leven voor gezonde hersens.
- Vermijd het stimuleren van schuldgevoelens bij mensen met dementie, omdat zij vaak al denken dat ze de ziekte aan zichzelf te wijten zouden hebben. Het algemene publiek moet deze misplaatste visie ook niet impliciet krijgen opgedrongen.
- De inhoud van de boodschap moet op de doelgroep zijn toegesneden. We weten dat veel mensen met meerdere risicofactoren beperkte gezondheidsvaardigheden hebben (zie het kader 'Gezondheidsvaardigheden' in hoofdstuk 2). In Nederland hebben ongeveer 2,5 miljoen mensen beperkte gezondheidsvaardigheden. Een op de drie laaggeletterde Nederlanders is autochtoon, een op de drie heeft een niet-westerse achtergrond. Een deel van de Nederlanders met een migratieachtergrond is ook laaggeletterd of analfabeet in de moedertaal. Voor iedereen geldt dat informatie in een passende taal en op het juiste taalniveau moet worden aangeboden.
- Het taalniveau van informatief materiaal kan samen met de doelgroep worden onderzocht, bijvoorbeeld door de expertise van de zogeheten 'taalambassadeurs' in te zetten. Ook zijn er tools om een tekst leesbaar te maken voor elke lezer, zoals de app 'Klinkklare taal'. Met checklists, zoals die van Pharos (<https://checklisttoegankelijkeinfo.pharos.nl>), kun je de begrijpelijkheid van teksten controleren. Bovenal is het belangrijk om informatie samen met de gebruikers te ontwikkelen, dat geeft de beste kans op de juiste kwaliteit en daadwerkelijk gebruik ervan.
- Wees respectvol in de communicatie over risicofactoren. Mensen met een lage sociaaleconomische status realiseren zich dat ze vaak als 'doelgroepen' worden gezien door professionals en beleidsmakers, vanwege de problemen in hun wijk of vanwege hun opleiding, lage inkomen en gezondheid. Ze willen als elke andere wijkbewoner gezien worden, met eigen kenmerken zoals sekse, geloof, generatie, etniciteit, geaardheid, vaardigheden, financiën en cultuur.
- Verspreid informatie via kanalen en media die de doelgroep dagelijks gebruikt (zie o.a. Pharos, 2020). Dat vraagt om kennis over het sociale leven van de doelgroepen. Zo is het goed om te achterhalen welke (sociale) media men gebruikt.
- Houd bij de communicatie rekening met chronische stress, bijvoorbeeld vanwege langdurige armoede. In dat geval lijden mensen vaak onder chronische stress. Van chronische stress is bekend dat het de cognitieve capaciteit beïnvloedt, waardoor er weinig ruimte is om verstandige langetermijnbeslissingen te nemen (Pharos, 2019). Het is reëler om in groepen met financiële moeilijkheden het gesprek toe te spitsen op de voordelen van een gezonde levensstijl in het hier en nu, eerder dan de voordelen wat betreft dementiepreventie op een hele lange termijn.

Bijlage 3 – Publiekscampagnes

- **We zijn zelf het medicijn** is een van de weinige campagnes die goed is onderzocht. Het is een bewustwordingscampagne die is ontwikkeld door de Universiteit van Maastricht/Alzheimer Centrum Limburg om mensen bewust te maken van de invloed van een gezonde leefstijl op de hersengezondheid. De focus ligt op gezonde voeding, meer bewegen en stimuleren van de hersenen. In deze campagne wordt gebruikgemaakt van de app 'MijnBreincoach'. In deze app kunnen mensen door het beantwoorden van twaalf vragen over verschillende leefstijlfactoren inzicht krijgen in hun hersengezondheid en krijgen ze tips voor verbetering van hun leefstijl. In lopend onderzoek wordt gewerkt aan een betere aansluiting bij laaggeletterden en niet-Nederlandstaligen. Website: www.wezijnzelfhetmedicijn.nl
- **Houd je brein gezond** is een gratis online training van Alzheimer Nederland. Deelnemers aan deze training krijgen e-mails met weetjes en tips, informatie over leefstijlfactoren (voeding, bewegen, stress, slaap) en uitdagingen voor gezonde gewoonten. De interventie is niet geëvalueerd. Website: www.alzheimer-nederland.nl/training-houd-je-brein-gezond
- **HersenCoach** van de Hersenstichting is eveneens een gratis online training, waarbij de deelnemers e-mails krijgen waarin hersenexperts tips en opdrachten geven om de hersenen in conditie te houden. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld gezonde voeding, voldoende slaap, regelmatig bewegen en het uitdagen van de hersenen, bijvoorbeeld door nieuwe dingen te leren. De interventie is niet geëvalueerd. Website: www.hersenstichting.nl/hersencoach
- **Ommetje app** van de Hersenstichting wil mensen motiveren om te bewegen en zo hun hersengezondheid te verbeteren. Via de app kun je een wandelcompetitie starten met vrienden, familie of collega's en worden er 'herseneitjes' gegeven. De interventie is niet geëvalueerd. Website: www.hersenstichting.nl/ommetje
- **Het fitte brein** van de Hersenstichting bestaat uit een theaterlezing en webinars over de thema's stress, slaap, het puberbrein, mindfulness, voeding, fit blijven en prikkels. De interventie is niet geëvalueerd. Website: www.hersenstichting.nl/de-hersenen/fitte-brein
- **Sanimemorix** is een Belgische bewustwordingscampagne. Na afloop van zeven maanden campagne waren meer mensen in België zich bewust van de mogelijkheid om dementie te voorkómen vergeleken met vóór de campagne, ook al herkende maar 5% de campagne. Ook werden meer risicofactoren en beschermende factoren voor dementie herkend. Dit gold vooral voor de mensen die van de campagne hadden gehoord. Bij mensen met een lager opleidingsniveau werden echter geen verschillen gevonden voor en na de campagne. Website: www.sanimemorix.eu