

Op weg naar inclusieve dementiepreventie

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



Samenvatting

Dit kennisdossier is bedoeld voor professionals, met name in de (publieke) gezondheidszorg en in het welzijnsdomein.

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.

Oneerlijk 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 kunnen professionals doen aan risicofactoren en preventie?

- Cliënten informeren over risicofactoren en beschermende factoren.
- Cliënten coachen bij het aanpassen van hun leefstijl.
- Middelbare en oudere leeftijdsgroepen: inzetten op leefstijlinterventies (multifactoriële interventies of interventies gericht op specifieke risicofactoren), met oog voor achterliggende oorzaken van ongezondheid door chronische stress.
- Algemene bevolking: mensen informeren en bewust maken van de risicofactoren en beschermende factoren voor dementie, bijvoorbeeld door voorlichtingscampagnes.
- Steeds differentiëren naar verschillende groepen ouderen.
- Altijd cultuursensitief werken.
- Collega's en management binnen de eigen organisatie: informeren en bewust maken van risicofactoren (individueel en omgeving) en de blootstelling van groepen met een lage SES aan de risicofactoren.
- Communicatie en informatie goed laten aansluiten bij de ervaringen van mensen met de meeste risicofactoren: mensen met een laag inkomen, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of een migratieachtergrond.

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

Dit kennisdossier is bedoeld voor professionals, met name in de (publieke) gezondheidszorg en in het welzijnsdomein. 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). Deze toename 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. 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 professional in de praktijk doen?

De boodschap is: wat goed is voor het hart, is goed voor het brein!

Professionals in de publieke gezondheidszorg, het welzijnswerk en de zorg hebben een rol in het informeren van de bevolking over dementie en de risicofactoren daarvoor. Zij kunnen:

- hun cliënten informeren over risicofactoren en beschermende factoren;
- hen coachen bij het aanpassen van hun leefstijl;
- de algemene bevolking informeren en bewust maken van risicofactoren en beschermende factoren rond dementie, bijvoorbeeld door voorlichtingscampagnes;
- bij dit alles steeds differentiëren naar verschillende groepen ouderen;
- en daarbij cultuursensitief werken;
- collega's en management binnen de eigen organisatie informeren en bewust maken van risicofactoren (individueel en omgeving) en de blootstelling van groepen met lage SES aan de risicofactoren.

Communicatie en informatie over risicofactoren en dementie vraagt om zorgvuldigheid. Verderop beschrijven we enkele aandachtspunten. Hierna volgt eerst een beschrijving van verschillende leefstijlinterventies en publiekscampagnes. De werkzaamheid van op dementie gerichte leefstijlinterventies is nog niet aangetoond; onderzoek daarnaar loopt nog. Aansluitend bij de aanbevelingen van de WHO (zie het kader) kunnen professionals hun cliënten coachen in het streven naar meer lichaamsbeweging en het stoppen met roken. In het algemeen is het goed om aan te sluiten bij interventies gericht op cardiovasculaire gezondheid. Let daarbij wel op de aansluiting bij de leefwereld van groepen met een lage SES (Pharos, 2022). Ook kunnen professionals hun cliënten en andere burgers ook duidelijk maken wat niet helpt: dat geldt onder andere voor het gebruik van supplementen met vitamine B, E, PUFA (poly-onverzadigde vetten) en multivitaminen.

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 (on gezond cholesterol).*

* 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 vooralsnog onvoldoende bewijs is dat sociale activiteiten, gebruik van antidepressiva of van gehoorapparaten het risico op cognitieve achteruitgang/dementie verlagen.

Leefstijlinterventies: jong beginnen

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 uitsluitsel 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. Erkende leefstijlinterventies zijn te vinden via het Loket Gezond Leven (z.d.). Natuurlijk kan ook aangesloten worden bij lopende onderzoeken naar de effectiviteit van een op dementie gerichte interventie. 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.

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 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 de volgende paragraaf).

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.

Professionals 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 2 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)

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). 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 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 (Pharos, 2023).
- Het taalniveau van informatief materiaal kan samen met de doelgroep worden onderzocht, bijvoorbeeld door de expertise van de zogeheten 'taalambassadeurs' (Stichting Lezen en Schrijven) 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.

- Houd rekening met mogelijke onbekendheid en taboes rond dementie: toon belangstelling en vraag naar ervaringen en perspectieven.
- Verspreid informatie via kanalen en media die de doelgroep dagelijks gebruikt. Dat vraagt om kennis over het sociale leven van de doelgroepen. Zo is het goed om te achterhalen welke (sociale) media men gebruikt en welke uitdrukkingen men gebruikt. Een infosheet van Pharos (2020) vertelt meer over het bereiken en betrekken van verschillende groepen.
- 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. 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. Een infosheet van Pharos (2019) geeft meer houvast.

Tot slot: gelijke kansen vragen om ongelijke behandeling. 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 gelijke kansen bieden 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 complexe 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. Net zoals de zorg zou ook de preventie persoonsgericht moeten worden.

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_wwdossier_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 beleids perspectief*. 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%20kennisynthese%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. *Geront Tijdschrift over ouder worden & samenleving*, 23, 1-4. <https://geronttijdschrift.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 – 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 'hersengeitjes' 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