

Profielwerkstuk door Tamara Jonkman, 6W  
Begeleider: Henk de Bruin  
Onderwerp:

# Dementie



## Inleiding:

Dit profielwerkstuk zal over dementie gaan. Hoe ik op het onderwerp ben gekomen, nou ik heb sites en de mediatheek afgespeurd naar mogelijke onderwerpen, maar uiteindelijk was ik onder economie aan het brainstormen en kwam ik erop, dementie. Op zich weet ik niet zoveel van dementie af, alleen dat het vaak bij ouderen voor komt en dat het geheugen verloren gaat tijdens de loop van de ziekte. Ik hoop echter dankzij dit werkstuk erachter te komen wat dementie echt inhoudt en ook wat andere mensen hierover denken, want ik denk vooral doordat er nu in Nederland sprake is van vergrijzing dementie een grote rol zal gaan spelen.



## *Deelvraag 1: Wat is dementie en hoe wordt het aangetoond?*

### symptomen van dementie:

De symptomen van dementie kunnen worden ingedeeld in twee groepen, symptomen van de eerste orde en symptomen van de tweede orde. De symptomen van de eerste orde zijn de symptomen die zich altijd voordoen bij dementie, de symptomen van de tweede orde die doen zich soms voor.

Onder de symptomen van de eerste orde word gezien:

- **Geheugenstoornissen:**

Helaas wordt daarom vergeetachtigheid vaak ten onrechte gezien als dementie en vaak wordt dan ook de verkeerde diagnose gesteld, maar dementie is een ernstige syndroom met veel grotere gevolgen dan alleen vergeetachtigheid. Vergeetachtigheid is dus wel een van de symptomen van dementie, eerst krijgt men problemen met het korte termijn geheugen en vergeet men af en toe dingen te doen of dat ze het al gedaan hebben, dit kan voor veel verwarring zorgen. En juist omdat deze dingen gebeuren is dementie zo'n verschrikkelijke ziekte want in de laatste stadia weten mensen misschien niet veel meer, maar in de eerste stadia zijn mensen zich er zeer van bewust dat er iets mis met hen is, maar na tijdje word ook het lange termijn geheugen aangetast en vergeet men steeds meer, tot op het punt waarop ze zijn vergeten wat brood is en het weigeren op te eten om dat ze het niet vertouwen. (wel blijven goede herinneringen en ervaringen langer bestaan dan de slechte herinneringen en ervaringen)

- **Desoriëntatie in tijd, plaats en/ of persoon:**

Ten eerste is in tijd, dit begint met het onbewustzijn van het uur van de dag, daarna de dag delen en later vergeet men zelfs in welk seizoen men zich bevindt. Het laatste stadia van desoriëntatie in de tijd is dat mensen denken dat ze zich in het verleden bevinden, bijvoorbeeld de vrouw die wacht tot de kinderen thuis komen, kinderen die al jaren het huis uit zijn.

Desoriëntatie van plaats vindt vaak plaats in instellingen en ziekenhuizen, omdat daar alles op elkaar lijkt en de afdelingen moeilijk uit elkaar te houden zijn, er zijn geen herkenningspunten meer voor deze dwalende mensen, hierdoor raken deze in paniek. Desoriëntatie in persoon betekent dat de dementerende sommige mensen niet meer herkent, eerst worden de mensen die men het laatst ontmoet heeft vergeten, daarna de kleinkinderen en daarna zelfs de eigen kinderen en de levenspartner. Het kan op het eind zo ernstig zijn dat de patiënt zijn eigen spiegelbeeld niet meer kan herkennen (dit test men door de dementerende voor een lange spiegel te zetten)

Verder zijn er drie symptomen, waarvan er in ieder geval een zal voor komen (ze hoeven dus niet alle drie tegelijk voor te komen). Dit zijn Afasie, Agnosie en Apraxie

- Afasie is een taalstoornis en er zijn twee vormen van expressieve en receptieve afasie. Expressieve afasie betekent dat men steeds maar niet op sommige woorden kan komen en deze woorden daarom vervangt met een niet bestaand

of vreemd woord. Receptieve afasie betekent dat men de woorden die men hoort niet meer kan begrijpen en er dus communicatiestoornissen optreden.

- Men heeft last van Agnosie als men voorwerpen niet meer herkent, ze kunnen het voorwerp wel zien, horen, voelen, ruiken of proeven maar ze kunnen in het geheugen niet meer opgroepen om te bepalen om welk voorwerp het gaat. Dit gaat soms zo ver dat de patiënt zijn eigen lichaam niet herkent.
- Als laatste heb je dan nog apraxie, dit betekent dat de dementerende geen doelbewuste handelingen meer kan uitvoeren, het gaat hier om alledaagse handelingen zoals wassen en bijvoorbeeld aan en uitkleden.

## Symptomen van de tweede orde,

deze symptomen doen zich soms voor en horen dus niet bij de vereiste.

- Persevereren

Bij persevereren herhaalt de dementerende steeds dezelfde vraag of vertelt constant hetzelfde verhaal weer, dit komt omdat deze vergeet dat ze het verhaal al verteld heeft of het antwoord op de vraag al gehoord heeft.

- Confabuleren

Doordat de patiënt veel dingen gaat vergeten, gaat deze de gaten in zijn geheugen opvullen met fabels. Dit doen zijn trouwens niet met opzet maar met het volste vertrouwen dat wat zij bedenken ook echt gebeurd is.

- Verzamelzucht

Dit betekent dat de dementerende van alles gaat meenemen en bewaren om dit later op een veilige plek op te bergen. Het gaat hier om goederen waar ze thuis of in het tehuis vrije beschikking over hebben, maar door het te verzamelen hebben ze het gevoel dat ze ergens controle over hebben.

- Achterdocht

Doordat de zorgvrager niet in zijn geheugen kan vasthouden waar hij is of wat iemand hem verteld ontstaat er een gevoel van wantrouwen en onveiligheid, dit maakt hen achterdochtig.

- Decorumverlies

Decorumverlies wordt ook wel beschreven als een oordeelsstoornis, de zorgvrager raakt zijn normen en waarden kwijt en raakt het gevoel van wat wel en niet kan wat betreft kleding, eten en omgangsvormen kwijt. Het gedrag van de zorgvrager gaat hierdoor veranderen

- Stemmingsstoornissen

De stemmingsstoornissen worden onderverdeeld in drie groepen, apathie, depressie en euforie;

- Apathie

Apathie is een toestand waarin de dementerende geen aandacht schenkt aan wat er om hem heen gebeurt. Slechte bloeddorstrooming van de hersenen zijn een mogelijke oorzaak, maar ook medicatie of zelfs een te hoge temperatuur kunnen deze sufheid veroorzaken.

- Depressie

Kenmerkend voor depressies zijn besluiteloosheid, moeheid en verlies van interesse in vroegere bezigheden. Dit kan ontstaan door bijvoorbeeld een lichamelijke ziekte, het verlies van een partner of zelfs een verhuizing

- Euforie

Dit is het tegenovergestelde van de depressie, de dementerende is vrolijk, optimistisch en heeft voor zijn gevoel totaal geen problemen en kan daardoor ook niet realiseren dat er iets mis is.

- Hallucinaties

Het kan zijn dat de dementerende dingen gaat zien die jij niet kan zien (visuele hallucinaties komen het meest voor) of naar dingen grijpt die er niet zijn. Een confrontatie heeft echt geen zin want voor dat persoon is wat hij ziet echt en een correctie kan mogelijk agressie ten gevolge hebben.

- Denkstoornissen

Denkstoornissen kunnen zich uiten in traagheid en incoherentie. Bij traagheid komt het spreekwoord 'geduld is een schone zaak' zeer goed van pas. Incoherentie houdt in dat de inhoud van het denken niet meer logisch is. De dementerende zal van hak op tak springen en erg chaotisch overkomen. Een ander voorbeeld is waandenkbeelden, dat houdt in dat men zich in een bepaalde situatie waant of zich een situatie inbeeldt die er in werkelijkheid niet is. Waandenkbeelden kunnen ook de oorzaak van achterdocht zijn, zo denkt iemand dat hij bestolen is, achtervolgd wordt of is vergiftigd. Deze achterdocht kan zo heftig zijn dat de dementerende er niet meer van af te brengen is.

- Gedragsstoornissen

Voorbeelden van gedragsstoornissen zijn verbale en fysieke agressie en (motorische) onrust;

- Verbale en fysieke agressie

Verbale en fysieke agressie kunnen voorkomen omdat de dementerende niet goed begrijpt wat er van hem verlangd wordt. Een andere oorzaak kan zijn dat de agressie voortkomt uit de wanen of hallucinaties waarin de dementerende zich bevindt.

- (motorische) onrust

De onrust kan zich in allerlei vormen vertonen, zoals veel lopen, veel praten, op zoek zijn naar huis of van huis of de afdeling weg willen. De zorgvrager kan in ieder geval niet stilzitten.

De onrust kan ontstaan door wanen en hallucinaties maar ook door simpele lichamelijke ongemakken zoals dorst.

- Persoonlijkheidsveranderingen

Dit houdt een verandering of verscherping van een karaktereigenschap in, zo kan iemand die altijd vriendelijk en rustig was, nog vriendelijker en rustiger worden of juist dominantier en agressiever.

## Stadia van dementie

De verschijnselen van dementie komen niet allen tegelijk, maar ze vormen een langzame achteruitgang die verdeeld zijn in 5 stadia.

### Stadium 1;

Het kenmerk van het eerste stadium is een lichte verwarring, het is zeer goed mogelijk dat de zorgvrager zich realiseert dat hij dement wordt, dit kan leiden tot somberheid. Al gauw krijgt de persoon moeite met plannen of het beginnen van een nieuwe activiteit. Ook zullen keuzes en beslissingen zoveel mogelijk worden uitgesteld omdat de dementerende niet meer met nieuwe situaties kan omgaan. Dingen die vroeger vanzelfsprekend waren worden nu allesoverheersend en veroorzaken irritatie, depressie en angst.

### Stadium 2;

Het kenmerk van het tweede stadium is verwardheid in tijd en lichte geheugenstoornissen. In het gedrag van de zorgvrager treedt verstrooidheid op. Doordat de symptomen de ene dag wel en de andere dag niet voorkomen is er in dit stadium nog vaak veel verwarring, en omdat de dementerende af en toe nog steeds helder is, is dit ook voor hem een zeer moeilijke periode.

### Stadium 3;

In dit stadium treden er opvallende geheugenstoornissen op, zowel bij het leren als bij het korte termijn geheugen, waardoor de dementerende vaak in herinneringen over vroeger vlucht. Er kan desoriëntatie van plaats optreden en de intellectuele functies zoals rekenen, kennis en algemeen begrip nemen af. De zorgvrager zal belangstelling voor de wereld om zich heen verliezen en ook neemt de diepte van de emoties af, dit betekent dat men van het ene op het andere moment in bijvoorbeeld een huilbui kan losbarsten. Communicatie is op dit punt te moeilijk en benodigde hulp wordt vaak afgewezen. Hoewel het eerder zal worden aangenomen als de hulp door familie of kennis wordt geboden is dit in veel gevallen erg lastig omdat de dementerende steeds minder echt gaat luisteren en nog veel vaker vervalt in herinneringen aan vroeger.

### Stadium 4;

In dit stadium neemt het gevoelsleven van het persoon af en ook raakt hij gedesoriënteerd in persoon. Decorumverlies en persoonlijkheidsveranderingen kunnen optreden, de achteruitgang die een zorgvrager in beginnende stadia nog kan pogen te verbergen zijn nu onmogelijk nog te verschuilen. Iemand in dit stadium van dementie zal nauwelijks meer reageren op gevaar, pijn, verlies of het overlijden van iemand in zijn omgeving, de dementerende verliest zijn persoonlijke warmte en zijn betrokkenheid met de omgeving.

### Stadium 5;

De zorgvrager is geestelijk onbereikbaar, herkent zijn eigen familie niet meer en communiceren via taal is onmogelijk geworden. De mensen kunnen nog wel reageren

op aanraking of geluid maar het produceren en het begrijpen van taal is verstoord. Ook gaan ze vaak kreunen, roepen of zingen, maar uiteindelijk rollen de mensen zich op in een foetus positie en bewegen ze zich nauwelijks meer, dan is het einde heel nabij.

De stadia verlopen niet via een vast patroon, bij sommigen kan het heel snel gaan, anderen kunnen jaren in 1 stadium zitten om daarna plotseling over te gaan naar een volgend stadium.

### Hoe wordt dementie aangetoond?

Eerst wordt er een lichamelijk en psychisch onderzoek gedaan om eventuele oorzaken te achterhalen voor het gedrag van de zorgvrager en om andere stoornissen uit te sluiten. Maar de uiteindelijke diagnose kan alleen worden vastgesteld met behulp van een CT-scan. Als op de foto's die van de hersenen gemaakt worden plaques (eiwitopstapelingen) zichtbaar zijn dan kan worden vastgesteld dat de hersenen zijn beschadigd.

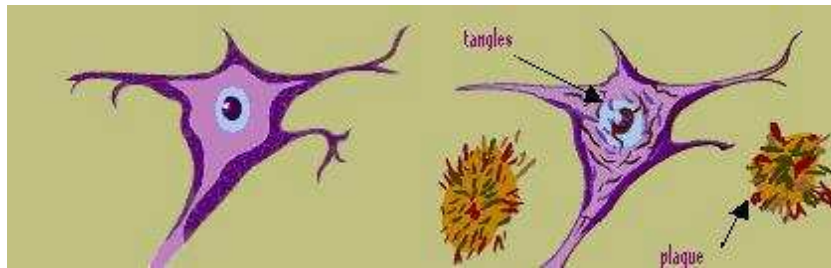


### Soorten dementie:

Ook zijn er verschillende soorten dementie, deze worden onderscheiden op basis van oorzaak. In Nederland lijden ongeveer 250000 mensen aan dementie, waarvan de meest voorkomende soort Alzheimer is (ook wel seniele dementie genoemd), namelijk in ieder geval 2/3 van alle gevallen. De ziekte van Alzheimer besluip het slachtoffer, het begint met steeds erger wordende vergeetachtigheid en ook de verwarring die steeds maar toeneemt, deze wordt veroorzaakt door de ontregeling van stofwisseling in de hersenen. Door deze ontregeling gaat er steeds meer hersenweefsel verloren en kan de dementerende meerdere functies niet meer uitvoeren.

Neurotransmitters worden niet of nauwelijks meer aangemaakt en signalen worden niet meer goed doorgegeven, dit zorgt voor veel communicatiestoornissen tussen de dementerende en de verzorger. Bijvoorbeeld, de patiënt wil om een kopje koffie vragen maar doordat de neurotransmitters ergens de weg kwijt raken komt de vraag 'mag ik een popje.' Eruit, de patiënt hoort dit en begrijpt niet wat er net is gebeurd en de verzorger begrijpt niet wat mevrouw of meneer bedoelt. Na een jaar of drie sterven de hersencellen in grote getallen af en blijven er grote klompen dode cellen achter, het denkproces is dan nog nauwelijks op gang te brengen en men zit vaak versuft voor zich uit te staren. Men moet echter niet gaan denken dat de dementerende ook niets meer voelt, want de geheugen en het denkproces zitten in de buitenste laag van de hersenen en die systemen vallen dus uit, maar de gevoelswereld is nog wel intact. Een

vriendelijke aanraking of woord kan heel veel effect hebben op een dement persoon. Alzheimer vervroegd en versneld dus het verouderingsproces en de gemiddelde beginleeftijd ligt rond de 70 jaar.



*links een gezonde zenuwcel, rechts een zenuwcel zoals gezien bij de ziekte van Alzheimer. Buiten de cel bevinden zich plaques die de communicatie met andere zenuwcellen verstoren. In de cel bevinden zich tangles.*

De tweede belangrijkste vorm is de Multi-infarct-dementie, tegenwoordig beter bekend als vasculaire dementie en deze omvat 1/6 van alle dementie gevallen. De oorzaak van deze dementie vorm is de beschadiging van hersencellen door problemen in de bloedvaten. Een trombose in de hersenen of een hersenbloeding kunnen dus vasculaire dementie veroorzaken. Afhankelijk van waar de beschadiging zich voordoet kan de spraak, het geheugen of de coördinatie getroffen zijn, ook kunnen evenwichtsstoornissen zich voordoen. De gemiddelde beginleeftijd van deze dementie vorm is 60 jaar.

Ook is er een mengvorm van vasculaire en seniele dementie, dit komt in 1/12 van alle gevallen voor. De laatste 1/12 van de gevallen wordt veroorzaakt door onder andere het Korsakovsyndroom, het aidsdementiecomplex, de ziekte van Pick en ook komt dementie vaak voor bij mensen met het syndroom van Down (als ze boven de 40 komen gaat de kans dat ze dementie krijgen sterk omhoog), hoewel de samenhang van deze combinatie nog niet echt wetenschappelijk is uitgezocht.

Bij het Korsakovsyndroom kunnen er verschijnselen van dementie voordoen, dit komt door de vergiftiging van hersencellen door langdurig alcoholgebruik en een tekort aan vitamine B12 en B1. Tot deze verschijnselen behoren geheugenstoornissen, desoriëntatie, confabuleren, gebrek aan ziekte-inzicht, passiviteit en apathie.

Het aidsdementiecomplex is een late complicatie van de Hiv-infectie en ontwikkelt zich bij 15 tot 30% van de niet-behandelde aids-patiënten. Hierbij doen zich geheugenstoornissen, gedragstoornissen en ook motorische verschijnselen zoals onzekerheid bij het lopen zich voor.

De ziekte van Pick wordt veroorzaakt door een aandoening in het voorste deel van de hersenen en zijn kenmerken zijn opgezwollen, ballonvormige zenuwcellen. Hierdoor komt er een vorm van preseniele dementie op, zo rond het tussen het 40<sup>ste</sup> en het 50<sup>ste</sup> levensjaar waarvan de eerste symptomen gedragsstoornissen zijn en geheugenstoornissen pas in een later stadium voorkomt.

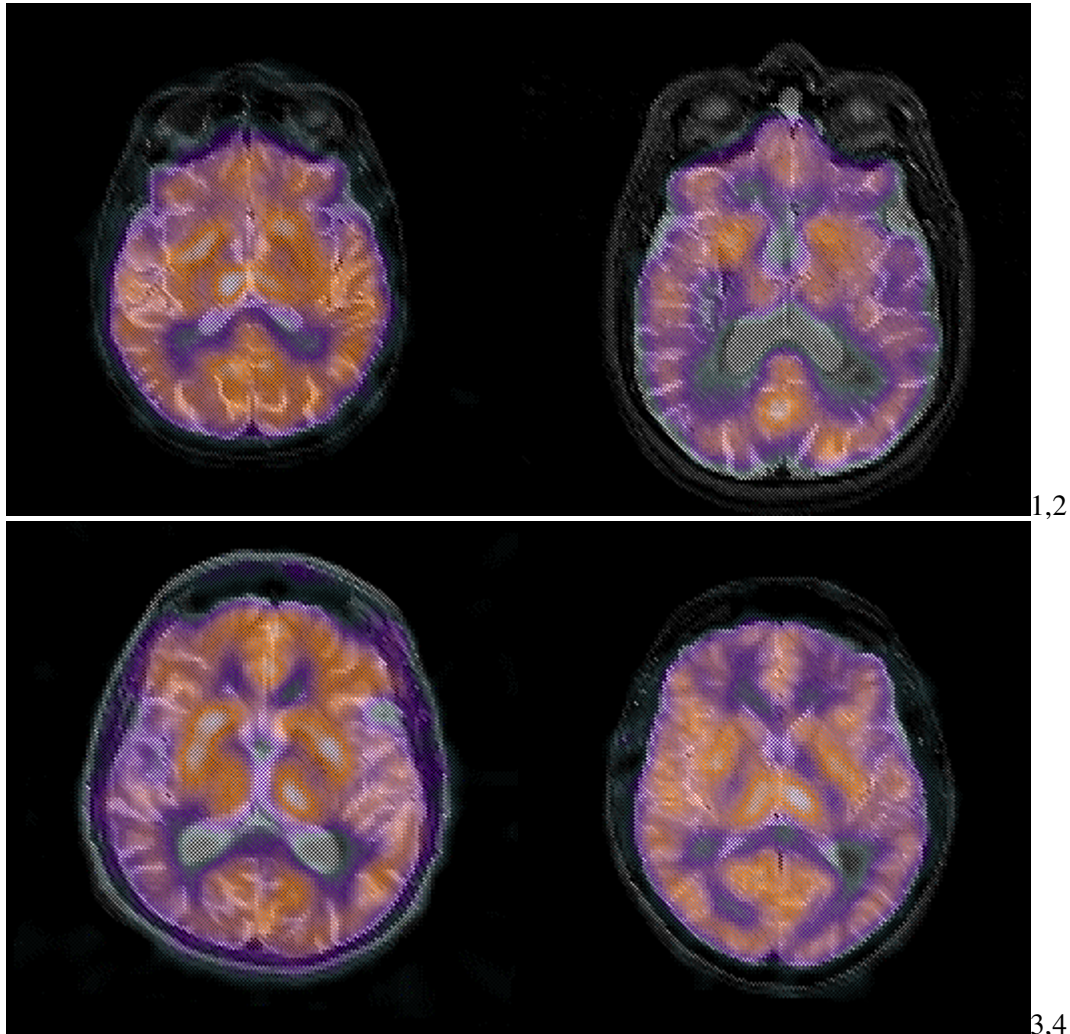
Bij de ziekte van Parkinson is er sprake van een afname van zenuwcellen in de zogeheten substantia nigra (zwarte kern). Naast andere specifieke symptomen, kan zich ook bij deze ziekte dementie ontwikkelen.

De ziekte van Huntington is een erfelijke aandoening waarbij vooral de hersenschors en de basale ganglia (dit is een kleine kern van gespecialiseerde zenuwcellen in de hersenen) worden aangetast. In het gevorderde stadium van deze ziekte ontstaat ook dementie.

Dementie als gevolg van de ziekte



Bij de ziekte van Creutzfeld-Jacob is een virus de veroorzaker. In de volksmond is de ziekte meer bekend als “gekkekoeienziekte.” Naast het dementiesyndroom zijn er ook andere karakteristieke kenmerken aanwezig. Deze ziekte verloopt snel. Meestal overlijdt de patiënt binnen een jaar.



Deze afbeeldingen zijn scans die gemaakt zijn van hersenen, okergele en oranje plekken stellen hersenactiviteit voor, hoe feller de kleur hoe meer activiteit. De eerste doorsnede laat de hersenactiviteit zien van iemand zonder dementie, de persoon van de tweede doorsnede heeft vasculaire dementie en zijn hersenen vertonen ook veel minder activiteit. Ditzelfde zie je aan de foto's hieronder, de eerste is van iemand die Alzheimer heeft en ook daarbij is een duidelijke afname in hersenactiviteit te zien. Dit is ook zo bij de laatste, de laatste is een foto van iemand die het aidsdementiecomplex heeft en hoewel deze foto meer activiteit vertoont dan de andere twee (die van de persoon met Alzheimer en die met vasculaire dementie) is er in verhouding tot de eerste toch een afname te zien in de activiteit.

## Conclusie deelvraag 1: wat is dementie en hoe wordt het aangetoond?

Dementie is een hele ingewikkelde ziekte, die zowel meerdere vormen van dementie bevat waaronder Alzheimer, Vasculaire dementie en het aidsdementiecomplex, als een enorme hoeveelheid verschillende symptomen die ook weer onder te verdelen zijn in symptomen van de eerste orde (symptomen die zich altijd voordoen) en symptomen van de tweede orde (symptomen die zich soms voordoen)

Ook zijn er meerdere stadia voor de dementerende om te doorlopen, uiteindelijk eindigend met enkel instinct en gevoelens en als allerlaatst dood.

Ook is het duidelijk dat ook juist vooral omdat er zoveel verschillende symptomen van dementie zijn, dat dementie alleen echt vast te stellen is door een CT-scan te maken van de hersenen.

Dementie is een versnelling van het ouder worden.



## *Deelvraag 2: Wat voor onderzoek wordt er gedaan naar dementie?*

Onderzoek naar dementie is moeilijk en kostbaar en omdat het grootste gedeelte van de gevolgen van dementie zich in de hersenen manifesteren is dit een natuurlijk uitgangspunt als het om onderzoek naar dementie gaat. Maar de hersenen zijn een orgaan dat voor het grootste deel nog een mysterie is voor ons en dat maakt onderzoek nog lastiger.

Het feit dat we nog zo weinig weten over dementie betekent dat de weg naar een mogelijke genezing of zelfs een manier om dementie te voorkomen nog ver te zoeken is, je kunt iets moeilijk genezen als je het niet begrijpt.

En hoewel we dankzij de CT-scan al wel meer weten over de gevolgen van dementie en ook de veranderingen in hersenactiviteit, heeft het ons nog niet geholpen met het vinden van een duidelijke oorzaak of beter gezegd een oplosbare oorzaak.

We weten bijvoorbeeld dat er eiwitophopingen vormen in de hersenen van een Alzheimerpatiënt, maar het is nog niet duidelijk wat de oorzaak is van de ophopingen en of het een gevolg of oorzaak is van de ziekte van Alzheimer.

In 1993 is de ISAO opgericht, de Internationale Stichting voor Alzheimer Onderzoek. Deze stichting geeft sinds 1994 beurzen uit aan wetenschappers voor onderzoek naar dementie en legt daarbij de nadruk op onderzoek naar Alzheimer.

De Europese Wetenschappelijke Adviesraad, bestaande uit Nederlandse, Duitse Belgische wetenschappers met als specialiteit de ziekte van Alzheimer, bepaalt welke onderzoeksprojecten voor een beurs in aanmerking komen. Voor iedere beursaanvraag wijst de voorzitter van de Europese Wetenschappelijke Adviesraad twee specialisten aan op het desbetreffende gebied. Deze specialisten kennen aan de aanvragen een honorering toe op basis van de wetenschappelijke waarde en de expertise van de aanvrager.

Alleen wetenschappelijk onderzoek dat wordt uitgevoerd door non-profit organisaties worden ondersteunt.

Voorbeelden van de onderzoeken die zij de laatste jaren hebben gesponsord;

Onderzoeker: Dr. Hein van Hout

Instituut: EMGO-instituut, VUMC, Vrije universiteit van Amsterdam

Project: In de huisartsenpraktijk de dementiediagnose verbeteren.

Periode: 1 november 2003- 31 maart 2005

Beurs: € 26.400,-

Veel dementiepatiënten worden lang na de eerste dementiesymptomen gediagnosticeerd.

Dementiepatiënten en hun familie hebben meer baat bij een vroegtijdige diagnose, die ook effectievere behandeling en zorg mogelijk maakt. Er wordt geschat dat maar liefst 50% van de huidige gevallen niet als Dementiepatiënt is gediagnosticeerd door de huisarts en thuis woont. De doelstelling van dit project is nieuwe methoden ontwikkelen ten behoeve van een vroegtijdige diagnose van dementie in de huisartspraktijk. Er is een aantal barrières, die een tijdige en accurate dementiediagnose belemmeren in de eerstelijns zorgverlening. Deze barrières worden opgeworpen door zowel de huisartsen, patiënten en organisatie in de zorg. Een belangrijke wijzigbare barrière

is de nogal terughoudende houding van de huisarts ten aanzien van de dementiediagnose.

Dit project biedt de dementiepatiënt en hun verzorgers een nieuwe pro-actieve benadering. De primaire doelstelling is de diagnostische waarde van een nieuwe tweestappenmethode voor dementiediagnose evalueren en deze procedure vergelijken met de gebruikelijke dementiediagnose door huisartsen bij thuiswonende ouderen. De bijkomende doelstelling is de verschillen tussen patiënten onderzoeken die met beide methoden zijn gediagnosticeerd.

Onderzoeker: Prof. Dr. H.A.M. Middelkoop

Organisatie: Leids universitair medisch centrum en de faculteit sociale wetenschappen van de universiteit Leiden.

Project: Voorspellers van dementie bij mensen met geheugenklachten.

Periode: 2 jaar

Beurs: 45378 euro

Een definitieve diagnose van de ziekte van Alzheimer kan alleen met histopathologisch (weefsel onderzoek) bewijs na obductie vastgesteld worden. Bij leven worden klinische criteria gebruikt om de “waarschijnlijkheidsdiagnose” ziekte van Alzheimer te stellen. Verslechtering van het geheugen is vaak de eerste aanwijzing. Echter, bij sommige patiënten met geheugenklachten en/of andere symptomen van (milde) cognitieve stoornissen treedt in de nabije toekomst wel dementie op, en bij anderen niet.

Verslechtering van het geheugen in het kader van Alzheimer dementie gaat gepaard met structurele veranderingen in de hersenen. Atrofie (wegkwijnen) van de temporaalkwab (kwab aan zijkanten, bij de slapen van de hersenen) wordt in verband gebracht met een gestoorde functie van het geheugen, maar ook andere factoren spelen mogelijk een rol in het ontstaan van dementie. Professor Middelkoop en zijn medewerkers zullen naast structurele veranderingen in de hersenen gemeten met MRI-technieken eveneens genetische determinanten gaan onderzoeken. Voorts zal aandacht worden besteed aan depressieve symptomen, die vaak in verband worden gebracht met de ziekte van Alzheimer, en aan de invloed van sociaaldemografische variabelen op de werking van het geheugen, waarbij normwaarden ontwikkeld worden voor tests die op grote schaal toegepast kunnen worden voor het screenen op dementie. Het onderzoek is gericht op de ontwikkeling van een multifactor-geheugenmodel dat in een vroeg stadium kan voorspellen of een patiënt met een geheugenklacht de ziekte van Alzheimer zal ontwikkelen. Voorspellingen van deze soort dragen bij aan een vroege diagnose en de evaluatie van de werking van medicijnen.

In de eerste onderzoeksfase wordt een model voor het voorspellen van geheugenverslechtering en dementie ontwikkeld op basis van een groot aantal patiënten van een polikliniek voor geheugenstoornissen.

In de tweede fase zal het model gevalideerd (op waarde getest) worden bij individuele patiënten in een longitudinale studie 1,5 jaar na de baselinemeting.

Onderzoeker: Dr. Ir. Marcel Verbeek

Organisatie: Universiteit van Nijmegen

Project: De rol van apoe bij ab toxiciteit

Periode: 2 jaar

Beurs: 68067 euro

De ziekte van Alzheimer wordt gekenmerkt door vorming van de zogenaamde seniele

plaques, neurofibrillaire tangles (onregelmatig vormsel van neerslagen van een zenuwcel) en cerebrovasculair (m.b.t. de hersenbloedvaten) amyloïd in de hersenen. Deze bestaan uit onoplosbare eiwitten die de werking van de hersenen op een negatieve manier beïnvloeden. Ook al is slechts een klein percentage Alzheimerpatiënten erfelijke belast, toch is er in gevallen van sporadische ziekte van Alzheimer een genetisch risicofactor vastgesteld, namelijk het apolipoproteïne E (apoE). Er zijn drie verschillende vormen van apoE bekend: apoE2, apoE3, apoE4. De meeste mensen zijn drager van de apoE3 isovorm. Enkele jaren geleden hebben onderzoeken aangetoond dat mensen met apoE4 een hogere kans hebben op het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer en een grotere hoeveelheid seniel plaques en cerebrovasculair amyloïd in de hersenen hebben, terwijl mensen met de apoE2 isovorm relatief goed beschermd lijken. Het mechanisme waardoor apoE de ontwikkeling van Alzheimer beïnvloedt, is nog niet bekend.

Dr. Verbeek is werkzaam geweest op dit terrein, en op grond van zijn voorlopige bevindingen komt hij tot de hypothese dat de absolute hoeveelheid apoE in de hersenen bij mensen met verschillende apoE iso-vormen ook varieert.

Belangrijker is dat een relatief hoge productie van apoE mogelijk bescherming kan bieden tegen het ontwikkelen van Alzheimer, zoals bij mensen met apoE2. Dr. Verbeek stelt verder dat apoE in wisselwerking staat met het amyloïd b-proteïne (Ab). Ab is de belangrijkste component van seniele plaques en cerebrovasculair amyloïd, maar is ook toxisch (schadelijk) voor cellen van het zenuwstelsel. Hoge concentraties apoE kunnen Ab mogelijk remmen in de vorming van schadelijke seniele plaques en cerebrovasculair amyloïd, en aldus de cellen beschermen tegen toxische werking van Ab.

Doel van het onderzoeksproject van Dr. Verbeek is aan te tonen dat het gehalte apoE afhankelijk is van specifieke isovormen, dat de mate van toxiciteit van Ab afhangt van de apoE isovormen die door de cellen geproduceerd worden, en dat deze toxiciteit gemoduleerd wordt door het absolute apoE-gehalte, dat op zijn beurt gereguleerd wordt door het soort ApoE. Ook zal hij het mechanisme onderzoeken waardoor apoE met Ab in wisselwerking staat met cellen die onder invloed van Ab degenereren. Door dit project wordt de kennis vergroot over het mechanisme waarmee de belangrijkste risicofactor van de ziekte van Alzheimer, namelijk apoE, de ontwikkeling van deze slopende ziekte beïnvloedt. Nieuwe therapeutische methoden zouden ontwikkeld kunnen worden, gericht op optimalisering van de interactie tussen apoE en Ab of stimulering van de apoE-productie. Dit kan met name van belang zijn voor mensen met een hoog risico van de ziekte van Alzheimer die relatief weinig apoE produceren.

Onderzoeker: Prof. Dr. Frederik Barkhof

Instituut: Afdeling radiologie, VUMC, vrije universiteit van Amsterdam

Project: Met seriële MRI-scans de ontwikkeling van de ziekte van Alzheimer voorspellen

Periode: 1 november 2003 – 31 oktober 2006

Beurs: € 72.000,-

Bij patiënten met geheugenklachten, en met name bij patiënten met Mild Cognitive Impairment (MIC), is het vaak moeilijk te voorspellen of de patiënt de ziekte van Alzheimer krijgt. MRI heeft een diagnostische waarde voor deze populatie, maar op basis van slechts één observatie is geen betrouwbare conclusie over een dynamisch proces als de ziekte van Alzheimer mogelijk als gevolg

van vertroebelende effecten van leeftijd en co-morbiditeit. Aan de hand van seriële MRI en een nieuwe beeldanalysetechniek, FLUID genaamd, kan voor elk punt in de ruimte worden vastgesteld in hoeverre er sprake is van atrofie.

Vergeleken met andere klinische en laboratoriumtechnieken biedt de seriële scantechniek, bij de atrofiebepaling, de nauwkeurigste diagnostische informatie ten aanzien van de overgang van MCI naar de ziekte van Alzheimer.

Prof. dr. Frederik Barkhof van de Vrije Universiteit van Amsterdam bepaalt per gebied de normale en abnormale atrofie evenals de grenswaarden voor maximale gevoeligheid (bij de huidige specificiteit van 80%). Barkhofs groep verwacht per gebied de mate van atrofie vast te stellen, die in verband staat met neurofysiologische veranderingen en dementie.

De langetermijndoelstelling van het project is een methode ontwikkelen om sneller geheugenproblemen te diagnosticeren, met name bij patiënten met MCI. Momenteel is de diagnose van deze patiënten een groot probleem, hetgeen een snelle diagnose en behandeling hindert. Zelfs bij de huidige proefbehandelingen van MCI-patiënten varieert het patiëntenspectrum, gebaseerd op de huidige selectiecriteria, behoorlijk. Daardoor wordt het moeilijker om de werkzaamheid van de behandeling voor dergelijke patiënten te bepalen.

Onderzoeker: Dr. K.L. Leenders

Organisatie: Groningen universiteit ziekenhuis, afdeling neurology

Project: Correlation between cerebral perfusion and metabolism in early onset Alzheimer's disease and mild cognitive impairment.

Periode: 2 jaar

Beurs: 68067 euro

Er is een opvallende relatie gevonden tussen de conditie van het bloedvatstelsel en de ziekte van Alzheimer. Een van de mogelijke risicofactoren van de ziekte van Alzheimer is een verslechterde doorstroming van het bloed in de hersenen. Andere risicofactoren zijn wellicht een verlaagde glucoseopname door de hersenen. De hersenen gebruiken voornamelijk glucose als energiebron en glucoseverbruik wordt gezien als een maat voor de activiteit van de zenuwcellen. Dr. Leenders stelt dat een verlaagde glucoseopname mogelijk wordt voorafgegaan door verslechterde doorbloeding van de hersenen als gevolg van veranderde eigenschappen van bloedvaten in de hersenen. Het onderzoek richt zich dan ook op verslechterde doorstroming en glucoseopname van de hersenen van niet demente familieleden van Alzheimerpatiënten, licht cognitief (verstandelijk) gehandicapte mensen en mogelijke, dus in een beginfase verkerende Alzheimerpatiënten. Het onderzoek zal worden verricht door gebruik te maken van positron emissie tomografie (PET). Deze techniek maakt het mogelijk om met behulp van specifieke radioactieve stoffen de doorstroming en de glucoseopname in de hersenen te onderzoeken. Voorts maken een neurologisch en neuropsychologisch onderzoek van elke patiënt/deelnemer deel uit van het onderzoek. Ten slotte zal hun apo E (het bestanddeel E van plasma lipoproteïne. Lipoproteïne zijn verbindingen van lipiden met eiwitten; door de lipoproteïnen worden vetten in oplossing gehouden, waardoor het lipidetransport in het bloed is gewaarborgd) type worden vastgesteld. De deelnemers zullen tweemaal

worden onderzocht met een tussenpoos van 24 maanden. Dit zal antwoord geven op de vraag of verslechterde doorstroming van de hersenen voorafgaat aan een verminderde opname van glucose. De resultaten zullen naar verwachting helpen opheldering te krijgen betreffende de vraag of vasculaire factoren de ziekte van Alzheimer kunnen veroorzaken. Dit zou kunnen bijdragen tot een beter begrip van de wijze waarop de ziekte zich ontwikkelt en daarmee wellicht de ontwikkeling van effectieve therapieën op vasculaire grondslag kunnen stimuleren.

Onderzoekers: Dr. H. Steinbusch en Dr. C. Schmitz

Organisatie: Universiteit van Maastricht en universiteit van Aken (D)

Project: Inzet van antioxidanten tegen de ziekte van Alzheimer

Periode: 3 jaar

Beurs: 68067 euro

Oxidatie stress zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren bij het ontstaan en beloop van Alzheimer. Een verhoogde oxidatieve stress en dus het in grote hoeveelheid voorkomen van vrije radicalen zal een beschadiging van het DNA tot gevolg hebben. Dit leidt vervolgens tot aftakeling en uiteindelijk de sterfte van hersencellen.

Het blijkt echter dat hersenweefsel van Alzheimerpatiënten niet op alle plaatsen in dezelfde mate beschadigd raakt. Zo zijn de klassieke neuropathologische (zenuw/hersenaandoening) indicatoren, plaques (verdikkingen) en ook zenuwcelsterfte slechts in bepaalde delen van de hersenen waar te nemen. Het is op dit moment nog niet bekend welk mechanisme ten grondslag ligt aan deze selectieve gevoeligheid van bepaalde zenuwcellen in de hersenen van Alzheimerpatiënten. Onlangs hebben Dr. Schmitz en Prof. Dr. Steinbusch bij muizen waargenomen dat er een verband bestaat in het, door het verouderen, langzamer herstel van DNA van zenuwcellen in het hersenweefsel en de wijze waarop de door plaques en verdikkingen beschadigde hersencellen van Alzheimerpatiënten zich gedragen. Dit leidde tot de hypothese dat wellicht ook bij menselijke zenuwcellen verschillen bestaan in het vermogen om beschadigd DNA te herstellen. Het doel van het project is het bestuderen van de invloed van extra toegediende antioxidanten op leeftijdsgerelateerde veranderingen in het aantal DNA beschadigingen, het bestuderen van het herstel van DNA, de synthese van mitochondrieel DNA en veranderingen in het aantal zenuwcellen in specifieke delen van de hersenen. Dit onderzoek wordt verricht op het wildtype muizen en transgene muizen, dragers van het menselijke gen CuZnsuperoxide dismutase. Superoxide dismutase is een van de antioxidanten die normaalgesproken de hersenen beschermen tegen oxidatieve beschadigingen.

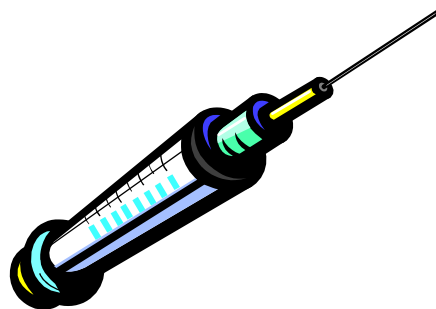
Voorts zullen mogelijke effecten van de toegediende antioxidanten of CuZnsuperoxide dismutase op het leervermogen en geheugenprocessen worden onderzocht. De resultaten zullen leiden tot een beter begrip van de beschermende of remmende werking van antioxidanten op het ontstaan en beloop van de ziekte van Alzheimer. Daarnaast zal de vraag worden beantwoord of een therapeutische verhoging van het antioxidant CuZnsuperoxide dismutase de ziekte van Alzheimer kan voorkomen of afremmen



Zoals je al ziet zijn deze onderzoeken uitgevoerd op universiteiten, het is een feit dat het merendeel van het onderzoek naar dementie op universiteiten plaatsvindt en het dus niet door bijvoorbeeld de geneesmiddelen industrie. Hieruit blijkt dat er in die hoek niet veel aandacht is voor dementie en dat het zoeken naar een mogelijke oplossing dus nog ver in de toekomst ligt, omdat er veel geld gemoeid is met de geneesmiddelen industrie en dit geld natuurlijk goed gebruikt zou kunnen worden.

## Conclusie deelvraag 2: Onderzoek naar dementie

Hier kunnen we kort over zijn, er wordt onderzoek gedaan naar de gevolgen, de oorzaken en diagnose mogelijkheden van dementie, met name door de Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek. Er worden beurzen verdeeld onder mensen met een plan en een doel dat helpt bij het verzamelen van info over dementie in de hoop ooit misschien een behandelingsmethode of zelfs preventiemiddel te vinden.





## Deelvraag 3: Hoe gaat men om met dementie?

In het eerste en tweede stadium van Dementie is het nog mogelijk voor een dementerende om te weten dat zij ook echt aan het dementeren zijn. In het eerste stadium van de ziekte kan dit leiden tot somberheid bij de dementerende en een poging om zijn falen van zijn dagelijkse functies zoveel mogelijk te verbergen, waardoor er daarnaast gevoelens van irritatie, depressie en/ of angst ontstaan. Voor familieleden is het eerste stadium een stadium van onzekerheid, wordt de zorgvrager werkelijk dement of is het simpele vergeetachtigheid.

Omdat in het tweede stadium lichte geheugenstoornissen optreden kan het gedrag van de dementerende verstrooid overkomen, de ene dag lijkt de zorgvrager dementerend en de andere dag gaat het weer goed. Hierdoor ontstaan er misverstanden in de communicatie tussen de dementerende en zijn naaste omgeving en de mensen gaan zich er nog onzekerder bij voelen.

In het derde stadium is het bijna onmogelijk voor de dementerende om nog voor zich zelf te zorgen, toch wordt aangeboden hulp van buiten af vaak afgewezen en komt het op een partner of familielid aan om voor de zorgvrager te zorgen, deze verzorgers noemen we mantelzorger.



De mantelzorger helpt de zorgvrager met zijn dagelijkse taken, vaak de simpelste dingen zoals aankleden. Maar de mantelzorger zelf leidt vaak onder iets wat ze in Amerika beholder's disease nomen, het leiden onder iemand anders leiden. Het is een feit dat hoe sterker de band tussen de mantelzorger en zorgdrager, hoe zwaarder de ervaring. Sociale steun kan een erg belangrijk iets zijn want als de mantelzorger te zwaar onder druk staat kan deze er onderdoor gaan en dat gebeurt gauw, want de mantelzorger wordt zowel lichamelijk en psychisch belast.

Mantelzorgers kunnen last krijgen van depressie, sociale isolatie en ook de lichamelijke gezondheid van de mantelzorger staat op het spel.

Daarnaast moet de mantelzorger wel een beetje talent hebben, sommige mensen kunnen gewoon niet voor anderen zorgen of in ieder geval niet voor een dementerende. Dit kun je zien aan de manier waarop men de zorg aanpakt, mensen zonder talent of ervaringen zijn vaak niet-adaptief; ze vinden het allemaal moeilijk te verwerken en hebben weinig begrip voor de problemen van de dementerende en dus ook het geduld niet om voor de zorgvrager te zorgen.

Er zijn nog twee manieren van aanpak, een andere vaak door mannen toegepaste aanpak is de ondersteunende, deze mantelzorgers passen hun gedrag aan op het

niveau van de dementerende. En als laatste is er nog de verzorgende strategie, hierbij ziet de mantelzorger de zorgvrager niet meer als gelijk.

Maar het is sowieso belangrijk dat mensen begeleiding krijgen bij het verzorgen van hun ouder of partner, vooral omdat dit de mogelijkheid geeft voor de mantelzorger om zich eens te ontspannen. Dit kan gebeuren door de zorgvrager naar een dagopvang te brengen voor een of twee dagen in de week, dan heeft de mantelzorger weer even voor zichzelf.

Soms word de situatie erger en is er dringend hulp nodig, dan gaat men over tot opname in een verzorgingstehuis (vaak komt dit te laat omdat de mantelzorger de zorgvrager niet kan loslaten of niet kan toegeven dat hij of zij hulp nodig heeft). Maar mensen gedijen het beste thuis daarom krijgt men eerst thuiszorg, dan ondersteuning, dan dagopvang en als laatste optie komt pas opname in het verzorgingstehuis.

Als iemand dementie krijgt is dat dus niet alleen lastig voor deze persoon, maar ook voor familieleden, want de band tussen deze mensen gaat door het dementeren van de ander veranderen en dat kan veel pijn met zich meebrengen. Een ouder is niet langer een ouder en een partner kan niet langer een partner zijn, langzamerhand veranderen ze in iets wat nog het meeste weg heeft van een kind.

### ***Verzorgers***

Verzorgers gaan heel anders om met dementerenden, ten eerste hebben zij natuurlijk een opleiding genoten en weten ze er in eerste instantie meer over. Ook staat de diagnose dementie meestal al vast als men in het verzorgingstehuis komt en krijgen verzorgers dus niet te maken met de verwarring die bij familieleden zo erg is voordat de diagnose dementie is vastgesteld. Wat het ook makkelijker maakt voor de verzorgende is het feit dat zij nog geen eerdere band hadden met de dementerende en ze dus ook geen grotere veranderingen van relatie mee te maken en als laatste een verzorger die draait een dienst en gaat dan naar huis, en kan als ze naar huis gaat ook alles achter zich laten, een mantelzorger heeft die luxe niet.

Het is belangrijk voor verzorgers om respect te tonen voor de zorgvrager en ook is het belangrijk om te zorgen dat de dementerenden actief blijven, niet te veel taken over nemen dus. Een verzorger moet met de situaties die zich voordoen om kunnen gaan, als meneer alleen nog maar goed slaapt als hij zijn pet op heeft in bed, dan moet meneer gewoon zijn bed op hebben in bed. Doordat er decorumverlies op kan treden kan een dementerende er wel eens niet zo netjes uit zien, het is aan de verzorger om ongemerkt een helpende hand te bieden, en deze moet dan ook niet corrigerend optreden, dat heeft geen nut en maakt de zorgvrager van streek. Het is ook belangrijk om eenzaamheid te voorkomen en de mensen structuur te geven, door bijvoorbeeld mensen een vaste plaats aan tafel te geven of een vaste dagindeling te maken. Verder moet de verzorgende zijn tempo aanpassen aan die van de zorgvrager en de zorgvrager ook vooral serieus nemen, de getoonde emoties mogen niet zomaar weggewuifd worden. En ook is het belangrijk om agressie niet met tegenagressie te beantwoorden en in plaats daarvan kalm te blijven en ook met beschuldigingen moet men voorzichtig zijn en proberen het vertrouwen van de zorgvrager te winnen. Het is belangrijk op de juiste manier te reageren op de zorgvrager, dat voorkomt verwarring, miscommunicatie en zelfs agressie.

Maar er zijn ook wel dingen die erg lastig zijn voor een verzorger, je hebt bijvoorbeeld heel erg veel geduld nodig bij het verzorgen van dementerende en ook een sterke wil is een vereiste, want een zorgvrager wil niet altijd meewerken, vaak zijn de patiënten achterdochtig en sommigen zijn zelfs agressief. Vaak is er ook sprake van stemmingswisselingen bij dementerende, dan kunnen ze je het ene moment in de haren vliegen en op het andere moment zijn ze poeslief, het is begrijpelijk dat verzorgers daar niet echt op zitten te wachten. Ook vinden sommigen dat hun collega's de zorgvragers te veel als kinderen behandelen, zij vinden dat men in ieder geval de kans moet hebben een keuze te maken en ook al reageren ze er dan niet op hebben ze er in ieder geval de kans ertoe gehad. Collega's gooien trouwens wel vaker roet in het eten, namelijk door de medicijnen niet goed te beheersen of dingen niet goed af te sluiten.



Naast hun collega's hebben verzorgers iets wat bijna net zo veel kan ergeren, namelijk de familieleden. Familieleden, als ze al komen, willen graag weten hoe het met hun geliefde gaat en daar is ook niets mis mee, maar sommigen gaan eisen stellen waar onmogelijk aan kan worden voldaan. Wat ook wel eens gebeurd is dat een familieled vraagt of de zorgvrager al gegeten heeft, waarop deze nee of ik weet het niet antwoorden, soms krijgen de verzorgers dit op hun dak terwijl de dementerende gewoon is vergeten dat ze al gegeten hebben.



Door al deze dingen zijn er verzorgers die niet graag met dementerende werken, zij vinden dat de mensen op zulke afdelingen niet meer in hun waarde worden gelaten en daar voelen ze zich ongemakkelijk bij. Natuurlijk zijn er ook mensen die het juist heel fijn vinden om met dementerende te werken, die met lastige familieleden en collega's kunnen omgaan. Een ding zijn de twee groepen het wel mee eens en dat is dat de ervaring minstens zoveel leert als het boek waarin alles staat en dat het belangrijk is

de dementerende is zijn waarde te laten, laat de dementerende gewoon dementerende zijn, hoe vreemd het ook klinkt.  
(de informatie voor deze deelvraag komt grotendeels van een lezing door psychiater Yvone Gorter die ik heb bijgewoond)

### Conclusie deelvraag 3: Hoe gaat men met dementie om?

In de eerste stadia is dit vooral lastig omdat de dementerende zich realiseert wat er met hem of haar gebeurt, dit kan tot somberheid en depressie leiden.

Na een tijd wordt deze realisatie echter achter zich gelaten en zal de dementerende niet meer begrijpen wat er gebeurt.

De familie zal last hebben van verwarring, met name in het begin als de diagnose dementie nog niet is vast gesteld en er nog veel onzekerheid heerst. Degene die de last van de zorg op zich neemt krijgt met veel stress te maken, dit is vooral omdat de band tussen de dementerende en de mantelzorger zal veranderen, banden tussen ouder en kind worden omgedraaid en een partner moet opeens de volle zorg van zijn of haar partner op zich nemen, dit is psychisch en fysiek slopend.

Een verzorgende die werkt voor een verzorgingstehuis zal deze last niet hebben, omdat op het moment dat deze de dementerende ontmoet al weet dat deze dementerend is en dus ook weet hoe die daar mee om moet gaan. Verder heeft de verzorgende niet zo'n hechte band met de zorgvrager wat een heleboel lasten scheelt. Maar een verzorgende moet wel oppassen als achterdocht en agressie zich de kop op steken want dan kan het heel lastig worden en moet de verzorgende het vertrouwen winnen van de zorgvrager of deze kalmeren.

Een verzorger moet er echter wel altijd voor waken dat ze de dementerende niet als een kind gaan behandelen.

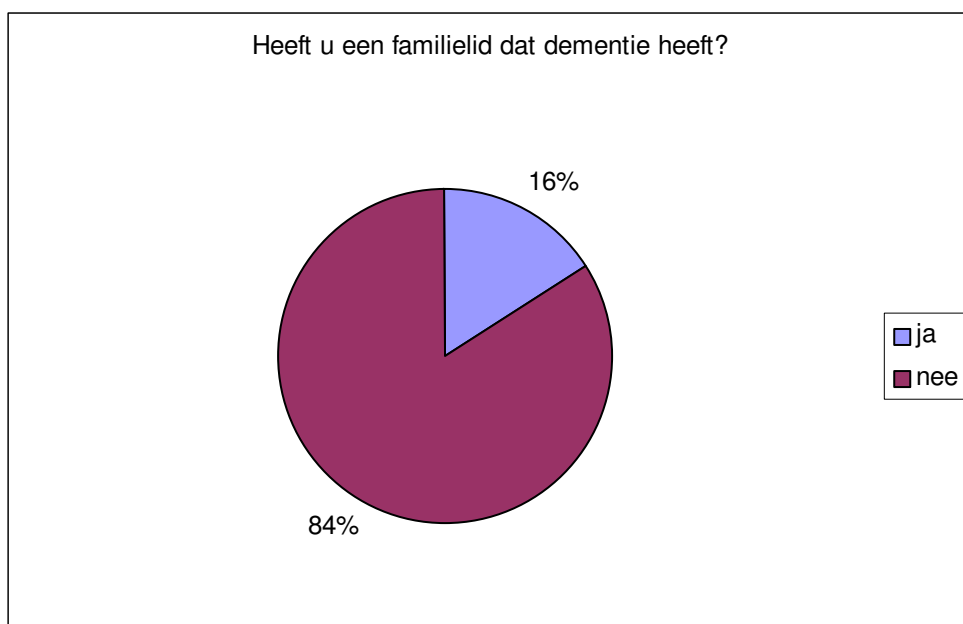


## Deelvraag 4: Wat is er bij de bevolking bekend over Dementie?

Om deze vraag te beantwoorden heb ik een enquête gehouden, de resultaten zijn zowel bij deze deelvraag inbegrepen als aanwezig in de bijlage.

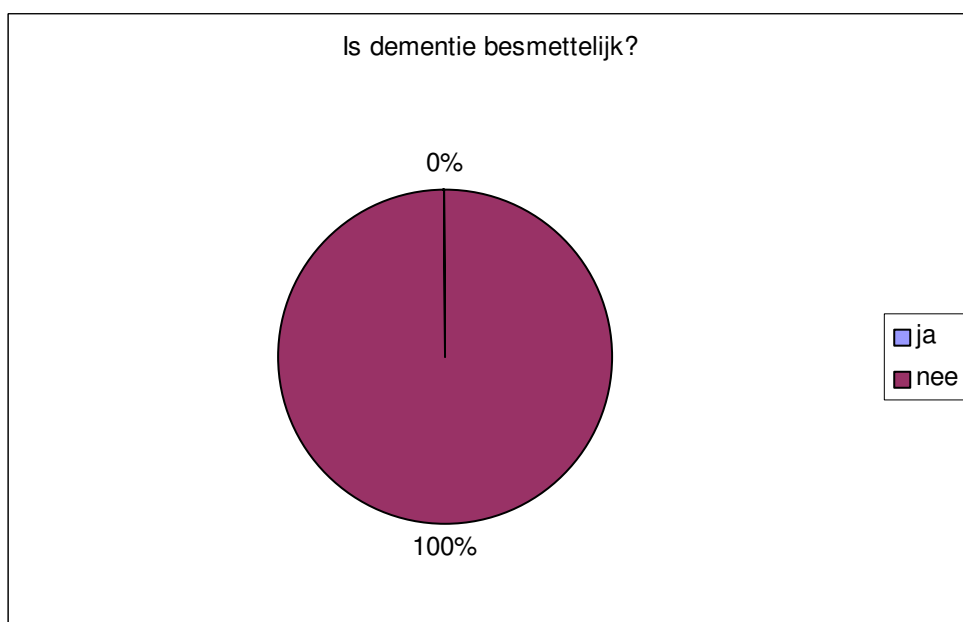
De eerste vraag was; Heeft u een familielid dat dementie heeft?

Uit het onderzoek is gebleken dat maar 16% van de ondervraagden ook werkelijk een familielid hadden met dementie. Ook is gebleken dat de mensen die familieleden met dementie hadden het beter deden dan degenen die dit niet hadden, want gemiddeld was 73% van de vragen goed, maar bij de mensen die een dement familielid hadden, was dit gemiddelde 82%, ervaring met de ziekte heeft dus duidelijk invloed op de kennis over de ziekte.



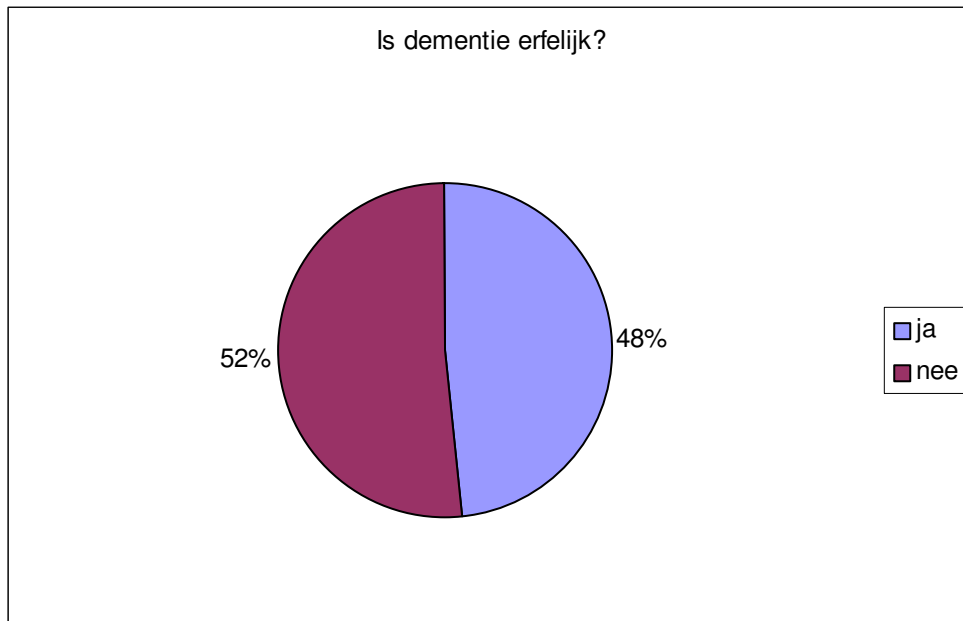
De tweede vraag: Is dementie besmettelijk?

Dit was natuurlijk een makkelijke en gelukkige had iedereen het ook door, het resultaat van het onderzoek:



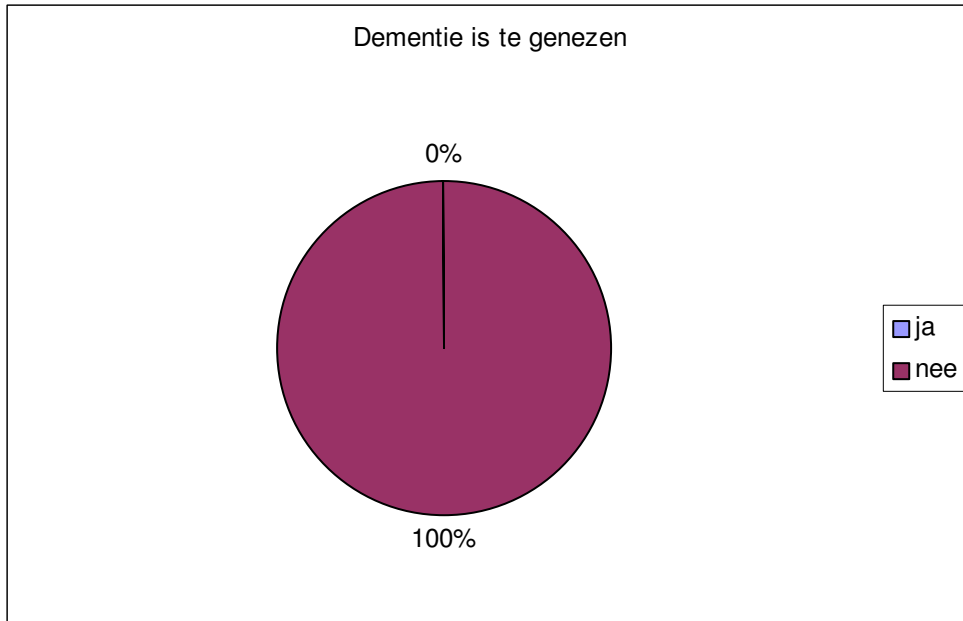
De derde vraag was: Is dementie erfelijk?

Deze vraag is natuurlijk wat lastiger, maar onderzoek heeft tot nu toe niets gevonden dat erop wijst dat dementie erfelijk is. Wel is er een gen gevonden dat de kans op de ziekte vergroot, maar ook als je het gen bezit kan men niet met zekerheid zeggen of je ook dement word. Het resultaat van dit onderzoek wees dan ook uit dat mensen hier erg onzeker over is, maar toch heeft de meerderheid de juiste optie gekozen, namelijk dementie is niet erfelijk:



De vierde vraag was: Dementie is te genezen

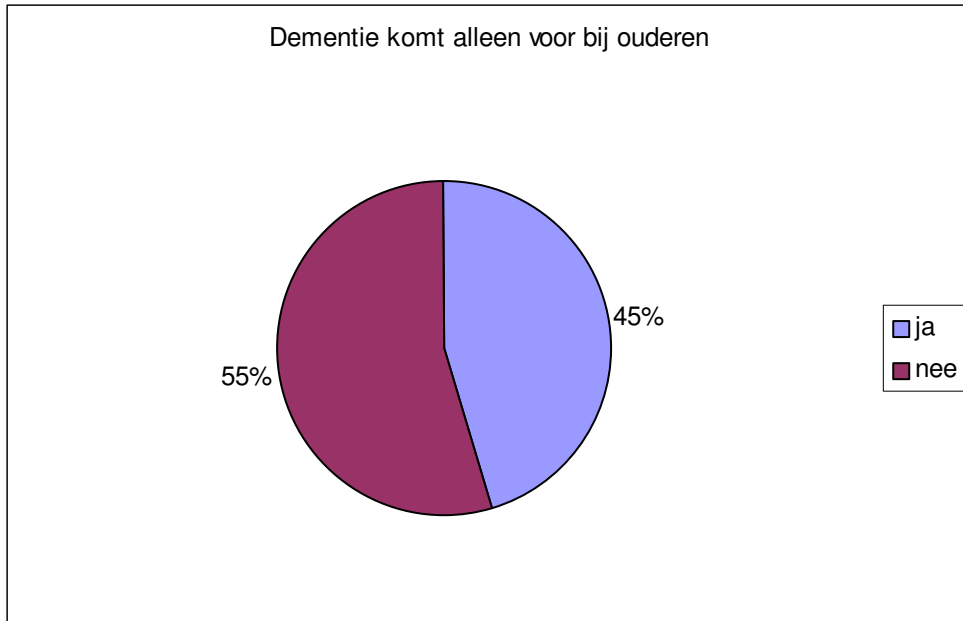
Over deze vraag heeft men ook als een gesproken, iedere ondervraagde was er namelijk van overtuigd dat dementie niet te genezen is, en op het moment (men weet niet wat de toekomst zal brengen) is dit ook zeker waar. Het resultaat:



De vijfde vraag was: Dementie komt alleen voor bij ouderen.

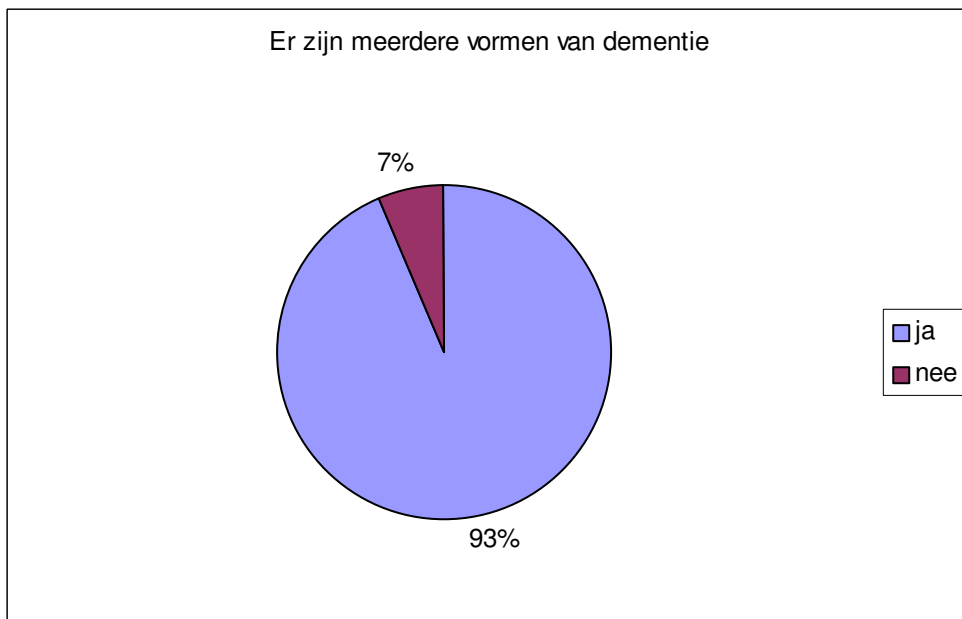
Dit is wel een lastige vraag, want ten eerste wat zijn nou echt ouderen? Nou hier doelen we met ouderen op mensen van boven de vijftig jaar oud. En als tweede heb je natuurlijk dat als men het over dementie heeft, dat men het ook al gauw over ouderen heeft, dit is echter misleidend want dementie komt niet alleen voor bij ouderen, wel grotendeels natuurlijk. Maar het is een feit dat er mensen zijn van rond de dertig die al dement worden en mensen met het syndroom van down worden meestal dement rond hun veertigste levensjaar.

Het resultaat liet echter zien dat dit nog lang niet bij iedereen bekend was:



De zesde vraag (hoewel deze meer geformuleerd was als een stelling) luidde: Er zijn meerdere vormen van dementie.

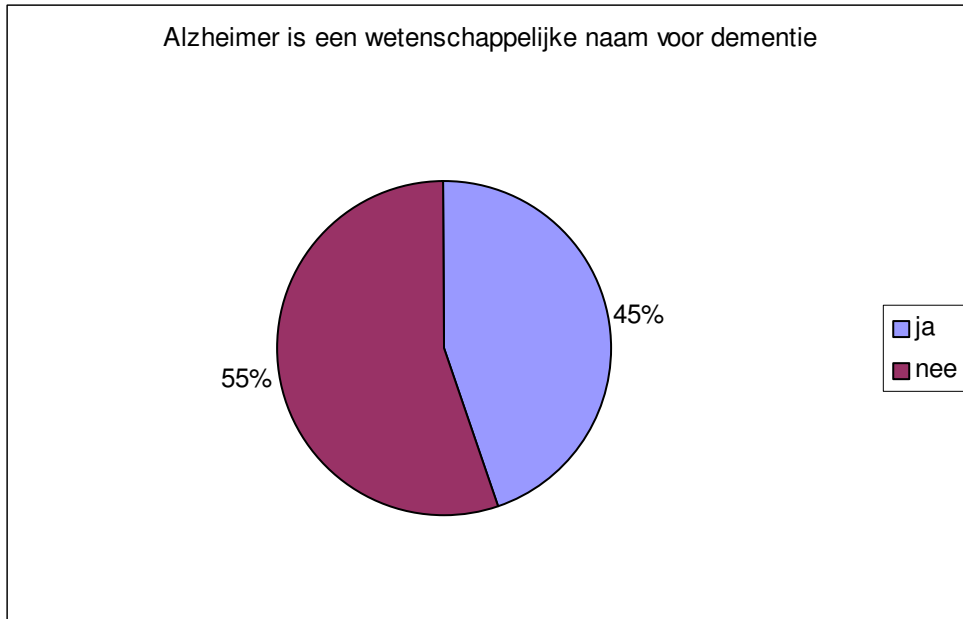
Uit het onderzoek bleek dat het wel redelijk bekend is dat er meerdere vormen van dementie zijn, want 93% van de ondervraagden was het eens met deze stelling:



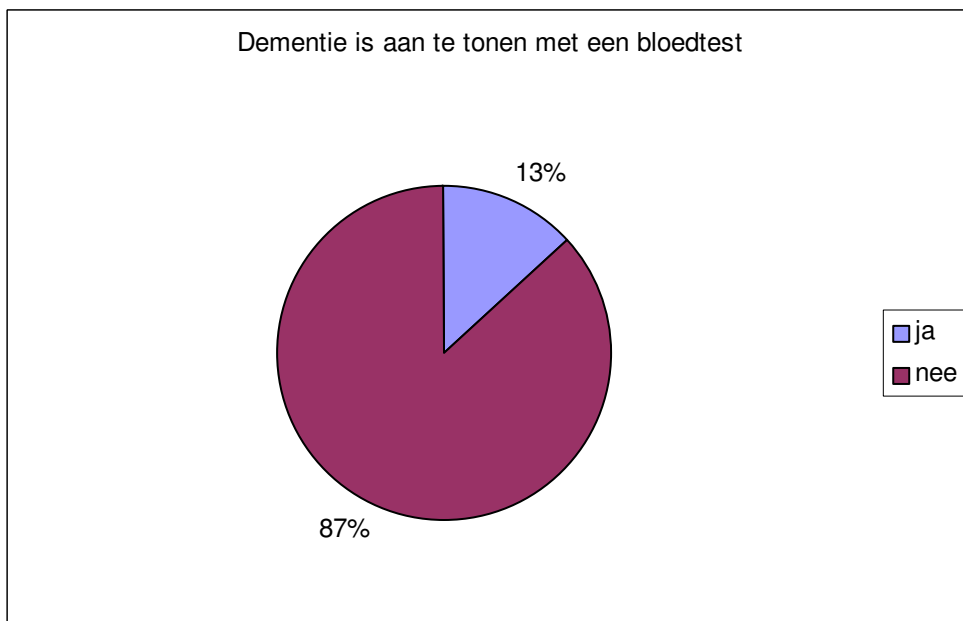
De zevende vraag/stelling was: Alzheimer is een wetenschappelijke naam voor dementie.

Het verbaasde me hoeveel mensen hierbij alsnog ja opgaven, blijkbaar is de naam Alzheimer zo bekend dat dit wordt gezien als een naam voor dementie, dit is echter niet zo. Alzheimer is namelijk een vorm van dementie, uit dit onderzoek bleek echter dat anderen daar anders over dachten:





De achtste vraag was: Dementie is aan te tonen met behulp van een bloedtest. Deze bewering is natuurlijk niet waar, de enige manier om te controleren of iemand echt dement is, is door een scan van de hersenen te maken. En gezien dit feit waren de resultaten redelijk accuraat, hoewel sommigen nog steeds misleid zijn en denken dat dementie wel degelijk aan te tonen is met een bloedtest:



De negende vraag was: In het beginnende stadia is het nog te doen om een dementerend persoon gewoon in huis te hebben, als je het geduld er voor hebt om dit persoon te verzorgen.

Dit is natuurlijk gewoon waar, vooral in het allereerste stadium waarin er eigenlijk nog maar weinig mis is met de dementerende, de resultaten van het onderzoek gaven dit ook aan:



De tiende vraag was een meerkeuze vraag die luidde: Dementie komt vaker voor bij vrouwen omdat:

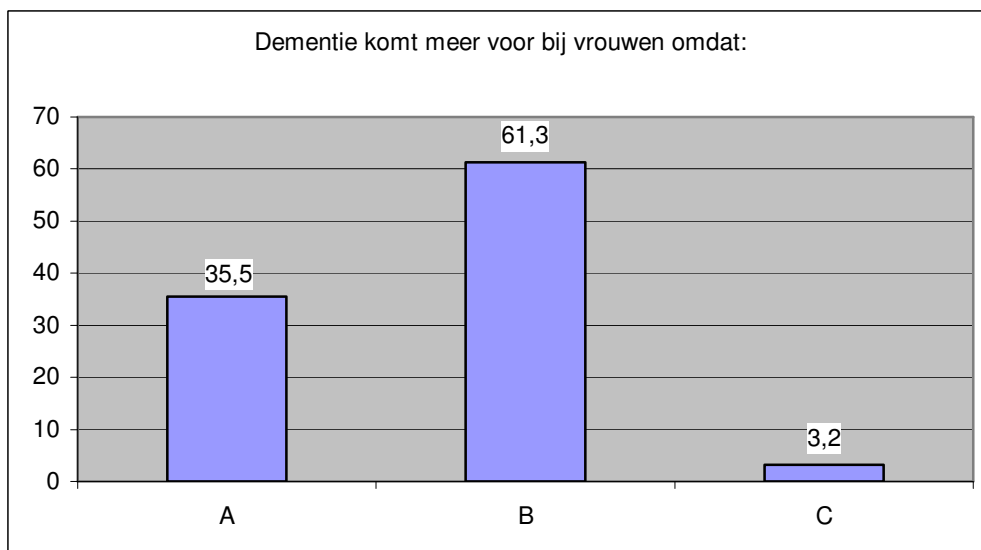
De opties daarbij gegeven waren:

A ze er meer vatbaar voor zijn

B ze over het algemeen ouder worden

C ze minder sterk zijn dan mannen

Het goede antwoord is hier B en hoewel een meerderheid (61,3 %) dit ook aangaf, heeft toch ook een groot gedeelte van de ondervraagden voor antwoord A gekozen:



Ook de elfde vraag was een meerkeuzevraag, namelijk: Dementie komt minder voor in derde wereld landen omdat:

De opties bij deze vraag waren als volgt:

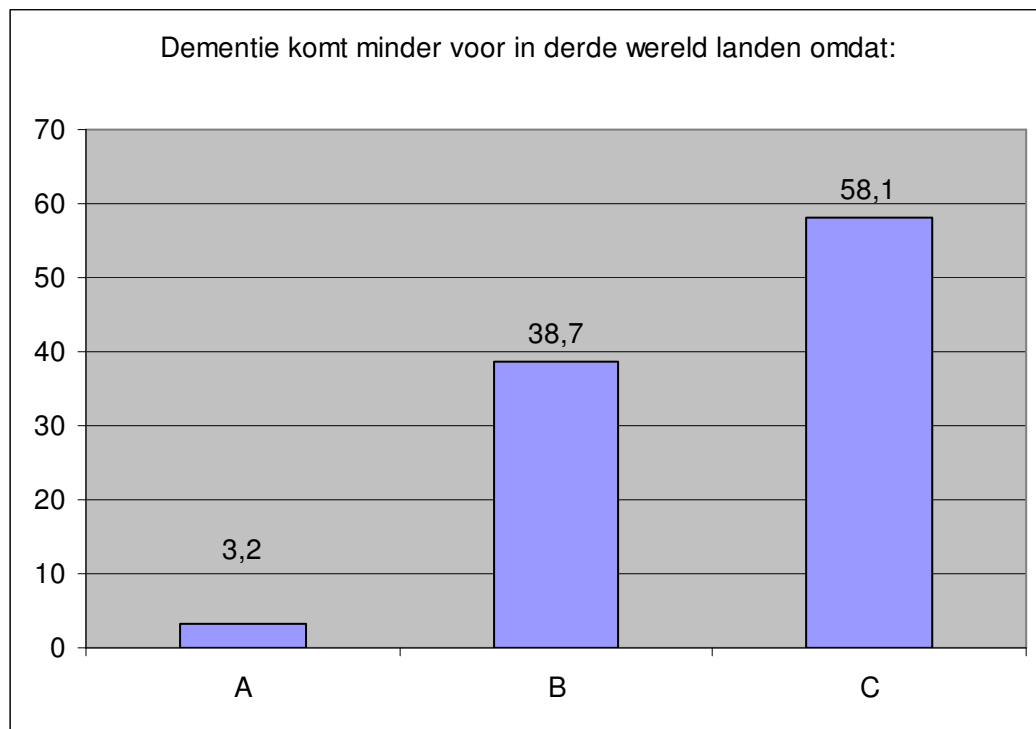
A de mensen daar een heel ander leven leiden

B het komt er wel vaak voor, maar het kan niet worden geregistreerd

C De mensen worden daar over het algemeen niet oud genoeg voor

En hoewel het antwoord nogal grof lijkt, is het gewoon C, de meeste mensen in derde wereld landen worden simpelweg niet oud genoeg om dementie te ontwikkelen.

En ook bij deze vraag was het zo dat ook al de meerderheid voor de juiste keuze hadden gekozen, ook een groot deel gekozen hebben voor het antwoord B, 'het komt er wel vaak voor, maar het kan niet worden geregistreerd' en hierbij is dat geen vreemd iets, want als de mensen er daar ouder werden zouden ze daar ook problemen krijgen met dementerende, maar vaak is er niet genoeg organisatie in zulke landen om die dementerende dan te kunnen registreren.



De twaalfde vraag luid: Hoeveel mensen lijden in Nederland aan dementie:

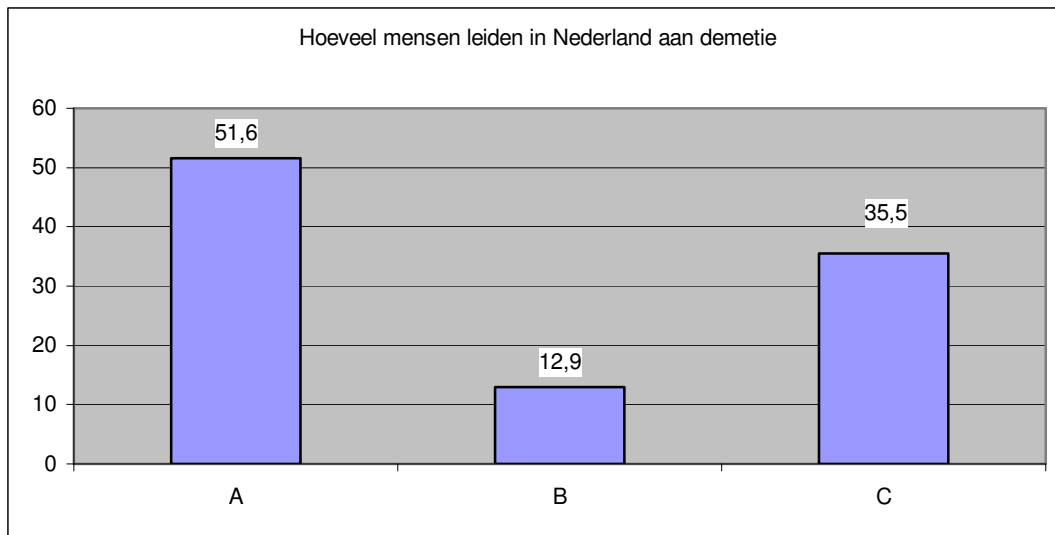
De opties hierbij waren:

A 750000 mensen

B 1500000 mensen

C 250000 mensen

Het vreemde bij deze vraag was dat de meeste mensen het aantal mensen met dementie in Nederland flink overschatte, want het juiste antwoord is C



De laatste vraag was: Vindt u dat er meer onderzoek moet worden gedaan naar de oorzaken van dementie en mogelijke manieren om dementie te voorkomen.

Hoewel het antwoord hierop voor sommigen duidelijk lijkt, zijn er altijd mensen die er anders over denken, dat is te zien in deze grafiek:



De argumenten hierbij kunnen worden ingedeeld in drie groepen, ten eerste nee, want de mensen gaan uiteindelijk toch dood (niet erg tactisch, maar wel waar) ten tweede, ja, wat het is vervelend voor mensen om dement te worden. En al laatste is er dan, ja,

want we moeten zoveel mogelijk onderzoeken om er iets over te weten te komen (de wetenschappelijke zijde dus)

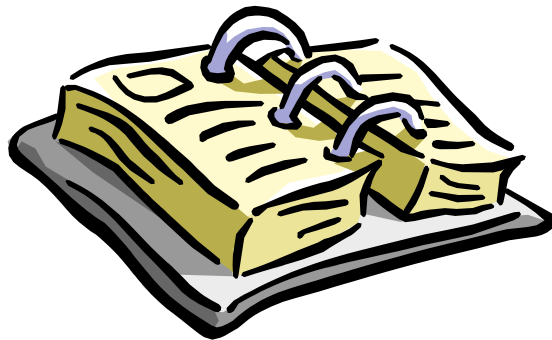
#### Conclusie deelvraag 4/ Onderzoek: wat weet de bevolking over dementie?

Uit de resultaten van de enquête is op te maken dat de kennis over dementie over het algemeen niet super groot is, maar dat mensen wel de essentie ervan weten en ook vooral omdat er in de komende jaren nog veel onderzoek naar zal worden gedaan zal ook de kennis van het publiek worden vergroot.

En niet alleen onderzoek zal de kennis van de bevolking vergroten, maar ook ervaring, want meer mensen dan ooit zullen dementie krijgen, dit grotere aantal komt door dat er een groter aantal dan ooit de gemiddelde leeftijd waarop men dementie krijgt bereikt. Verder zal doordat de gemiddelde levensduur toeneemt ook meer mensen dementie krijgen, simpelweg omdat ze de leeftijd bereiken waarop ze dat krijgen.

Opvallende feiten waren echter dat mensen die demente familieleden hadden het beter deden dan mensen die dit niet hadden, zij hadden namelijk 82% van de vragen goed terwijl over het algemeen 75% van de vragen goed was gemaakt.

Ook is er een enorme toename in kennis zo tussen de 13 en de 19 jaar, de mensen die rond de dertien zaten maakten veel vragen fout, de 19 jarige maakt ook wel fouten maar over het algemeen toch minder.



Conclusie profielwerkstuk:

Onderzoeksvraag: Wat is de plaats van dementie in de maatschappij?

Hypothese: Dementie eist steeds meer aandacht van de maatschappij

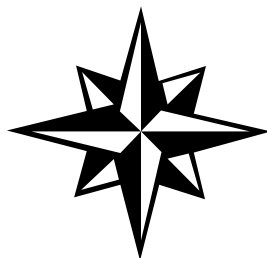
Conclusie: De hypothese is waar, de gemiddelde leeftijd waarop men dementie krijgt ligt rond de 60-70 jaar oud en omdat steeds meer mensen deze leeftijd ook werkelijk bereiken zullen er ook steeds meer dementen zijn. Verder komt er nu een hele grote groep aan, namelijk de groep die na de tweede wereld oorlog is geboren en er zullen onder hen ook veel mensen zijn die dementie krijgen zo rond hun 60<sup>ste</sup> levensjaar. En als laatste is het feit dat de zorg op het moment veel minder wordt, mensen willen meer geld voor de zorg, maar er wordt bezuinigd. Mensen willen dat de zorgvragers meer persoonlijke aandacht krijgen van de verzorgers, maar de verzorgers worden wel wegbezuinigd. Hierdoor krijgen we situaties die aandacht trekken van de media en dus de aandacht opeist van de maatschappij.

Dus uiteindelijk; ja, dementie eist en zal ook steeds meer aandacht eisen van de maatschappij.

Nawoord:

Ten eerste moet ik zeggen dat ik hier enorm veel van heb geleerd, ik had niet eens het vermoeden dat er zoveel kwam kijken bij dementie. Ook moet ik zeggen dat hoewel het veel werk is geweest en ik het ook best wel druk heb gehad, dat ik ook best wel plezier heb gehad aan het maken van dit profielwerkstuk. En ook de mensen met wie ik heb gepraat, bijvoorbeeld Yvone Gorter, die een lezing hield over dementie, hebben me erg geholpen, ze waren allemaal bereid om hun persoonlijke ervaringen op tafel te leggen en dat was vooral om te zien hoe anderen dementie ervaren heel leerzaam.

Tamara Jonkman, 6W



## Bijlage 1: interview 1

Verzorgende Mariella, werkt al twee en half jaar als verzorgende en maakt dit voorjaar haar opleiding af.

Mariella heeft al eerdere ervaring met dementie, haar oma en de zus van haar oma waren dement.

Mariella wil na haar opleiding graag weken met dementerende, ze vindt het prettig werken omdat er veel afwisseling in zit (vooral door de stemmingswisselingen van de zorgvragers)

De mensen waar ze nu mee werkt zijn al in een vergevorderd stadium van dementie en ze ziet ze dan ook als de echte zorgbehoefigen die haar hulp ook echt nodig hebben en ze kan met sommige ook een echte hechte band creëren ook al zijn sommigen vreemd en moeilijk in de omgang.

Mariella merkt dat familieleden niet vaak langs komen en als ze dat wel doen dan zijn ze soms moeilijk in de omgang en komen vaak met eisen waaraan niet kan worden voldaan.

Mariella vindt wel dat men engelengeduld nodig heeft voor dit werk en dat je in de praktijk meer leert dan uit een boek.

Het ergste aan haar werk vind Mariella vaak haar collega's, die zich dan niet aan de afspraken houden als het gaat om bijvoorbeeld medicijnen en dat ze de dementerende te vaak als kleine kinderen behandelen.

Mariella vindt haar collega's soms nog erger dan haar patiënten.

## Bijlage 2: interview 2

Interview met Karin, Karin heeft nog tot het voorjaar, dan ronds zij haar opleiding af en ze heeft de laatste twee en half jaar als verzorgende gewerkt

Karin geeft aan dat het haar niet uitmaakt of ze met dementerende werkt of met andere zorgbehoefigen, wel vindt ze het soms moeilijk haar geduld te bewaren omdat mensen soms agressief zijn.

Karin vindt ook dat medewerkers te veel beslissingen nemen voor de zorgvrager en deze dus te veel als kinderen behandelen, ze vindt dat je ook rekening moet houden met de gevoelend van de dementerende.

Karin vindt dat je rekening moet houden met de familie van de zorgvrager, omdat je hen jaren zorg uit handen neemt en ze zich dus best zorgen kunnen maken over hoe het gaat met hun geliefde, bovendien heeft iedereen andere ideeën over zorg.

Verder vindt Karin ook dat ervaring belangrijk is en dat je een sterke wil nodig hebt om met deze mensen te werken.

### Bijlage 3: interview 3

Marisol is de laatste die ik geïnterviewd heb.

Ook Marisol werkt al twee en een half jaar als verzorgende en maakt in dit voorjaar haar opleiding af.

Marisol wil na haar opleiding echter zeker niet met dementerende werken, ze vindt dit namelijk absoluut niet prettig. Ze vindt dat je bij dementerende als verzorgende teveel beslissingen moet nemen voor de zorgvrager.

Verder vindt ze dat collega's deze beslissingen veel te makkelijk maken zonder ooit de mening van de dementerende te vragen en dat deze dus te veel als kinderen worden behandeld.

Maar ook Marisol vindt dat je uit praktijkervaringen meer leert dan uit het boek.



## Bronnenlijst profielwerkstuk

### Boeken:

**Auteur:** Rien Verdult

**Titel:** Dement worden: een kindertijd in beeld

**Gepubliceerd in:** 2001

**Auteur:** Bas Reedijk

**Titel:** Over dementie

**Gepubliceerd in:** 1990

**Auteur:** Jacomine de Lange

**Titel:** Vergeten in het verpleeghuis

**Gepubliceerd in:** 1991

**Auteur:** Huub Buijssen

**Titel:** dementie

**Gepubliceerd in:** 1996

**Auteurs:** C.M. Broeshart

T.J.G.M. Hazelhof

T. Leerink

R.W.A. Verheij

**Titel:** Verzorgen van geriatrische zorgvragers 309

**Gepubliceerd in:** 2002

### Internet:

Alzheimer Nederland:

<http://www.alzheimer-ned.nl/>

Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek:

<http://www.alzheimer.nl/>

The whole brain atlas:

<http://www.med.harvard.edu/AANLIB/>

Nederlandse Vereniging voor Neurologie

<http://www.neurologie.nl/index.asp?a=510&s=79&p=1>