

Inhoudsopgave

Lesdag 1 **Introductie Branche erkende opleiding GVP** **Competentie 9: Inhoudelijke deskundigheid op het gebied van** **psychogeriatric**

Introductie	3
Ondersteuning via internet	3
Leeswijzer lesdag 1	4
De opleiding	5
Belangrijke huishoudelijke regels	5
Globaal de inhoud van de opleidingsmap	5
Praktijkdagen	5
Inleveren van BPV-opdrachten	5
Examenonderdelen	5
Introductie branche erkende opleiding GVP	8
Kerntaken	8
Beroepscompetenties	9
Kennen is nog geen kunnen	9
De praktijkopdrachten (Beroeps Praktijk Vormende opdrachten) en het portfolio	10
Reflecteren	12
Stappen in het proces van reflecteren	12
Anatomie van de hersenen	14
De grote hersenen of cerebrum	15
Limbisch systeem	16
Neuronen en neurotransmitters	17
Ons wonderbaarlijke geheugen	19
Inprenting en inprentingsstoornissen	19
Korte-termijn geheugen	19
Lange-termijn geheugen	19
Geheugen en emoties	20
Brein-denken	21
Dementie	23
Enkele cijfers	23
Dementie of dementieel beeld?	23
Mild Cognitieve Impairment (MCI)	24
Verschillende vormen van dementie	25
Algemeen voorkomende problemen bij dementie	25
Andere mogelijk optredende verschijnselen bij dementie:	26
Het stellen van de diagnose	28
De ziekte van Alzheimer	29
Symptomen	30
Behandeling	30
Opdracht: Alzheimer	31
Vasculaire dementie	32
Wisselvallig verloop	32

Symptomen	33
Behandeling.....	33
Opdracht: Vasculaire dementie.....	34
Lewy body dementie	35
Lewy bodies	35
Symptomen	35
Behandeling.....	36
Frontotemporale dementie (FTD).....	37
Symptomen	37
Behandeling.....	38
De ziekte van Creutzfeldt-Jakob	39
Symptomen	39
Behandeling.....	39
De Ziekte van Huntington	40
Symptomen	40
Behandeling.....	41
Opdracht: Andere vormen van dementie	41
Alcohol en dementie: het syndroom van Korsakov	42
Symptomen	42
Prognose.....	42
Omgang	43
Downsyndroom en dementie	44
Erfelijke factor	44
Verschijnselen.....	44
De DSVH: DementieSchaal voor mensen met een Verstandelijke Handicap	44
Parkinson en dementie	45
Veranderingen in het bewegen	45
Dopamine.....	45
Behandeling.....	46
Opdracht: Korsakov, Down, Parkinson met dementie	46
Allochtonen en dementie	47
Dementie op jonge leeftijd	48
Actieve rol in de maatschappij.....	48
Symptomen	49
Bijlage: Signalen van dementie	50

Introductie

In deze opleidingsmap wordt:

- Zoveel mogelijk het begrip 'probleemgedrag' gehanteerd voor gedrag van een cliënt dat door de omgeving als problematisch wordt ervaren ongeacht de oorzaak.
- Gesproken van een cliënt / cliënten. Daar waar het gebruikelijk is om van 'bewoner / bewoners' te spreken, gelieve dit zodanig te lezen.

In deze opleiding wordt probleemgedrag behandeld dat kan voorkomen bij cliënten en hoe hiermee om te gaan. De oorzaak van deze problemen is gevarieerd. Zo kan het kan gaan om de gevolgen van een Niet Aangeboren Hersenletsel, de ziekte van Parkinson, een proces van dementering, een psychiatrisch beeld dat al (heel) lang bestaat of recent is ontstaan en nog veel meer andere mogelijke oorzaken.

Niet alle mogelijke vormen van probleemgedrag zul je in je eigen (huidige) werkpriktijk bij cliënten tegenkomen. Van een GVP wordt verwacht dat een zekere basiskennis van verschillende mogelijke oorzaken en uitingsvormen aanwezig is.

Wat altijd van waarde is, is dat je door bestudering hiervan inzicht krijgt in de achtergronden van het ontstaan van probleemgedrag, hoe dit gedrag (beter) te analyseren en meest belangrijk hoe hier (beter) mee te leren omgaan.



Ondersteuning via internet

Er staat een gebruikersnaam en wachtwoord op het rooster van de lesdagen. Daarmee krijg je toegang tot een speciaal voor de GVP opleiding gemaakt deel van onze website www.btsg.nl.



Dit plaatje geeft aan dat er informatie, filmpjes of animaties, zelftests en digitale invulformulieren etc. op het GVP deel van de website staan.



Leeswijzer lesdag 1

Belangrijk voor een GVP is de deskundigheid op het terrein van het geestelijk functioneren van cliënten. De eerste lesdagen zijn gericht op het vergroten van de kennis op dit terrein. Van een GVP wordt verwacht dat deze de deskundigheid inzet in directe contacten met cliënten (direct cliëntgericht) maar ook dat deze collega's, vrijwilligers en mantelzorgers ondersteunt en begeleidt: de drie kerntaken van de GVP.

Wanneer er sprake is van geestelijke achteruitgang en dit te leren begrijpen, is enige kennis van de opbouw en werking van onze hersenen nodig. Door tal van oorzaken kan er namelijk veel in onze hersenen veranderen waardoor we vaardigheden verliezen.

Kenmerkend voor dementie is de achteruitgang van het geheugen. Er wordt ingegaan op hoe ons geheugen werkt en welke gevolgen het heeft als dit geheugen wordt aangetast. Dit is belangrijk om de problemen in het functioneren als gevolg van dementering te kunnen begrijpen.

Er wordt ingegaan op de verschillende vormen van dementie waarvan de meest voorkomende de ziekte van Alzheimer, vasculaire- en frontotemporale dementie zijn. Als GVP moet je die in ieder geval kennen en weten wat de belangrijkste verschillen zijn.

De andere vormen komen minder vaak voor en het is voldoende als je hier enige kennis van hebt.

De opleiding

Belangrijke huishoudelijke regels

- Het bijwonen van de lesdagen is verplicht.
- Er wordt een presentielijst bijgehouden. Een kopie hiervan gaat naar de organisatie waar je werkt.
- Bij ziekte op een lesdag meld je je ziek bij de organisatie waar je werkt. Deze geeft dit door aan BTSG. De gemiste lesdag haal je in in een andere groep (bij voorkeur en indien mogelijk) of je krijgt van de docent een vervangende opdracht.
- Lees de lesstof vooraf thuis door. Tijdens de les worden de belangrijkste punten besproken zodat er ruimte is voor oefeningen, opdrachten en vragen.
- Ga met vragen in eerste instantie naar je eigen begeleider of praktijkopleider. Deze neemt eventueel contact op met BTSG.

Globaal de inhoud van de opleidingsmap

- De competentiemeter GVP
Een overzicht van alle competenties en de succescriteria per competentie. Vul deze aan het begin van de opleiding in en aan het eind. Zo kun je je studievorderingen en leerpunten bijhouden. Bespreek de competentiemeter met je begeleider de opleiding.
- De teksten van de lesdagen, BPV-opdrachten, het portfolio en de drie Proeven van Bekwaamheid. Indien er een BPV-opdracht moet worden uitgevoerd, vind je die direct achter de tekst van de lesdag achter het gekleurde blad. Tijdens een lesdag wordt een BPV-opdracht door de docent toegelicht.
Het portfolio vind je achter de eerste BPV-opdracht. Dit portfolio moet je elke BPV-opdrachten gebruiken en meenemen naar de bespreking met je begeleider én moet je voor het voortgangsgesprek (zie je rooster) aan je docent geven.

Praktijkdagen

In deze opleiding zijn twee praktijkdagen opgenomen.

- De eerste praktijkdag ga je een hele dag op bezoek bij een collega GVP (op een andere unit, afdeling of team). Lees voordat je daar heen gaat de opdracht zodat je weet waar je op moet letten of wat je in ieder geval moet vragen. De docent loopt de opdracht met jullie door. De planning van de praktijkdag wordt gedaan door de organisatie waarvoor je werkt.
- De tweede praktijkdag ga je samen met een collega uit de cursusgroep het gedrag van een cliënt analyseren. Hiervoor maak je zelf een afspraak met die collega.

Inleveren van BPV-opdrachten



Overzicht in te leveren BPV-opdrachten inclusief portfolio:

- Vóór Proeve van bekwaamheid 1: BPV-opdrachten 1 t/m 4
- Vóór Proeve van bekwaamheid 2: BPV-opdrachten 5 en 6
- Vóór Proeve van bekwaamheid 3: BPV-opdracht 7

De docent stuurt periodiek een overzicht van alle uitgevoerde en als 'voldaan' gemarkeerde BPV-opdrachten aan de begeleiders / praktijkopleider(s). Zij en de docent herinneren de cursisten aan het tijdig inleveren dan wel het aanvullen / corrigeren van hun BPV-opdracht.

Examenonderdelen

Het examen bestaat uit een kennistoets en drie Proeven van Bekwaamheid. Voor het verkrijgen van je

diploma moet je elk onderdeel met minimaal een voldoende afsluiten.

Kennistoets (module 1):

- 20 multiple choice vragen (elk goed antwoord levert 1 punt op);
- 5 open vragen (elk goed antwoord levert 2 punten op).

Afname van de toets vindt plaats op de vijfde lesdag, in aanwezigheid van de docent. Duur 1 ½ uur. De toets wordt beoordeeld door BTSG en binnen 14 dagen krijg je via de docent de uitslag te horen.

Je hebt de kennistoets met voldoende afgesloten indien je 19 van de maximaal 30 te behalen punten hebt gehaald. Je mag de kennistoets twee maal herkansen.

Omgangsvoorstel (Proeve van bekwaamheid 1)

Je stelt een omgangsvoorstel op voor een cliënt ter ondersteuning of bevordering van diens kwaliteit van leven. Je brengt dit omgangsvoorstel in tijdens een overleg met een aantal collega's (minimaal 2). Je baseert je omgangsvoorstel op eigen observaties, op basis van signalen of een inventarisatie binnen een team.

Beoordeling vindt plaats op basis van je omgangsvoorstel zoals je dat op papier hebt gezet en je presentatie aan je collega's door twee beoordelaars. Dit zijn beoordelaars van de organisatie waar je werkzaam bent.



Proeve 1: uitvoeren en inleveren uiterlijk vóór lesdag 9.

Indien dit niet binnen die termijn is uitgevoerd en ingeleverd, wordt deze Proeve geregistreerd als 'niet gehaald'. Je moet dan gebruik maken van de herkansing. Je hebt één herkansing voor dit onderdeel.

Deskundigheidsbevordering (Proeve van bekwaamheid 2)

Je verzorgt dit voor collega's over een onderwerp dat speelt met betrekking tot de zorg aan een cliënt of groep van cliënten met een geestelijke (cognitieve) of psychiatrische problematiek.

Je baseert het thema op eigen observaties of op basis van signalen of een inventarisatie binnen een team. Beoordeling vindt plaats op basis van je de inhoud van de deskundigheidsbevordering op papier en je presentatie aan je collega's door twee beoordelaars. Dit zijn beoordelaars van de organisatie waar je werkzaam bent.



Proeve 2: uitvoeren en inleveren uiterlijk vóór lesdag 12.

Indien dit niet binnen die termijn is uitgevoerd en ingeleverd, wordt deze Proeve geregistreerd als 'niet gehaald'. Je moet dan gebruik maken van de herkansing. Je hebt één herkansing voor dit onderdeel.

Familiebijeenkomst (Proeve van bekwaamheid 3)

Je bereidt een familiebijeenkomst voor over een onderwerp dat speelt met betrekking tot de zorg van één of een groep cliënten met een geestelijke (cognitieve) of psychiatrische problematiek. Je baseert het thema op basis van signalen van- of een inventarisatie onder de familieleden.

Dit zijn beoordelaars van de organisatie waar je werkzaam bent.



Proeve 3: uitvoeren en inleveren uiterlijk 3 weken na de laatste lesdag.

Indien dit niet binnen die termijn is uitgevoerd en ingeleverd, wordt deze Proeve geregistreerd als 'niet gehaald'. Je moet dan gebruik maken van de herkansing. Je hebt één herkansing voor dit onderdeel.



Alle informatie en regels over de opleiding zijn vastgelegd in de opleidingsgids GVP. Je kunt deze downloaden via het GVP deel van de website van BTSG. Kijk onder 'De opleiding'.

Introductie branche erkende opleiding GVP

De branche erkende opleiding Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP) die je gaat volgen is gebaseerd op het kwalificatieprofiel Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (2009). Dit is uitgewerkt in een boekje. Indien je de opleiding met succes afsluit, krijg je een diploma dat geldig is binnen alle verzorgings- en verpleeghuizen in Nederland en een speld.



Je kunt het profiel downloaden via de GVP-inlogpagina van de website van BTSG.

Kerntaken

Een GVP heeft drie kerntaken. Een kerntaak geeft aan wat het meest belangrijk is in deze functie.

De drie kerntaken zijn:

Kerntaak 1

'Behartigen van de kwaliteit van leven van de psychogeriatric cliënt'

Dat betekent dat je de cliënt ondersteunt in het realiseren van zijn/haar kwaliteit van leven. Je let op de veiligheid van de cliënt en probeert omstandigheden te scheppen waarin de cliënt zich geborgen en vertrouwd voelt. Je doet dit zoveel mogelijk samen met de cliënt, vanuit diens belevingswereld en zo dat de cliënt het 'gewone leven' zoveel mogelijk kan voortzetten.

Kerntaak 2

'Begeleiden, adviseren en professionalisering van collega's en vrijwilligers'

Je ondersteunt collega's en vrijwilligers in de omgang met cliënten met een geestelijke problematiek, geeft advies en beantwoordt vragen. Je stemt je werkwijze af met de leidinggevende, collega's en andere disciplines en afgestemd op de doelgroep. Je hebt daarnaast een signalerende rol als het gaat om (te) complexe problematiek en onderneemt passende actie.

Kerntaak 3

'Ondersteunen, adviseren en begeleiden van mantelzorgers van psychogeriatric cliënten'

Je ondersteunt daar waar mogelijk en aanwezig mantelzorgers in de omgang met cliënten met een geestelijke problematiek. Je geeft advies en beantwoordt vragen.

Beroepscompetenties

De drie kerntaken zijn uitgewerkt in 11 beroepscompetenties. Competent betekent dat je bevoegd en vaardig bent in die competenties. In deze scholing worden de beroepscompetenties besproken, ga je er mee oefenen, maak je praktijkopdrachten (Beroeps Praktijk Vormende opdrachten, kort BPV-opdracht) en word je hierin geëxamineerd (Proeves van Bekwaamheid).

De opleiding is verdeeld in 4 delen:

- Deel 1: 'Professionele deskundigheid'.
- Deel 2: 'Kwaliteit van leven van en voor de cliënt'.
- Deel 3: 'Adviseren en begeleiden van collega's'.
- Deel 4: 'Ondersteuning van mantelzorgers'.

Het gaat om de volgende beroepscompetenties:

1	Zorg voor de kwaliteit van leven van psychogeriatrische cliënten
2	Communicatie met psychogeriatrische cliënten
3	Informatie verzamelen
4	Organisatie van de zorg
5	Werkoverleg, multidisciplinaire overleg (MDO)
6	Problemen signaleren en oplossen
7	Zorgvernieuwing en beleid
8	Beroepseigen gedrag en professie
9	Inhoudelijke deskundigheid op het gebied van psychogeriatric
10	Professionalisering en begeleiden van collega's en vrijwilligers
11	Omgang met en ondersteunen van mantelzorgers

Kennen is nog geen kunnen



Je kunt ook de animatie op het GVP deel van de website bekijken.

Bij het ontwikkelen van je competenties zijn kennis en vaardigheden belangrijk, maar ook motivatie en je persoonlijkheidskenmerken:



- Kennis (weten)
Je moet bepaalde kennis hebben of je eigen maken. Een voorbeeld: je moet weten wat wel en niet mag in het kader van de Wet zorg en dwang. Je hoeft dat niet allemaal uit je hoofd te kennen, maar moet wel weten wat belangrijk is, of waar je informatie kunt halen. Kennis is niet alleen feiten kennen maar er ook een mening over hebben. In deze opleiding wordt regelmatig gevraagd naar jouw mening.
- Vaardigheden (kunnen)
Welke vaardigheden beheers je en welke niet? Kun je hierin variëren? Een voorbeeld: hoe ga je om met een specifieke cliënt of hoe kun je collega's het best begeleiden bij het anders omgaan met een cliënt?
Kunnen variëren in je reacties is net zo belangrijk als goed reageren. Je hebt immers makkelijke en moeilijke mensen.
In deze opleiding ga je je vaardigheden verder ontwikkelen onder andere met een acteur die een cliënt, familielid of collega speelt.
- Motivatie (willen)
Hoe gemotiveerd ben je voor je taak? De ontwikkelingen staan niet stil. Behoeften van cliënten verschillen, je werkomgeving verandert. Dat betekent open staan veranderingen, nieuwe ontwikkelingen volgen. Het volgen van deze opleiding vraagt inzet, tijd en discipline.
- Persoonlijkheidskenmerken (zijn)
We zijn allemaal verschillend, we hebben ieder onze voorkeuren en talenten, afkeuren en zwakheden. De een leert sneller dan de ander, de ander heeft minder moeite met een opdracht.
Tijdens de opleiding ga je ook op zoek naar je sterke en minder sterke kanten en hoe daar mee om te gaan.

De praktijkopdrachten (Beroeps Praktijk Vormende opdrachten) en het portfolio

In de opleiding moet je 7 BPV-opdrachten uitvoeren waarvan twee in de vorm van zogenaamde praktijkdagen. De opdrachten moet je tijdens je werk of in je vrije tijd maken.

Doel van deze opdrachten is dat je stil staat bij wat je doet en hoe je iets doet. Waarom doe ik het op deze manier; kan het anders / beter / slimmer; wat vinden anderen van mijn manier van werken?

Elke BPV-opdracht kent twee delen:

- **De opdracht zelf**
Het beantwoorden van vragen of invullen van een lijst. Je maakt hiervan altijd een verslag ten behoeve van de nabespreking met je begeleider of praktijkopleider.
- **De nabespreking met je begeleider – mijn portfolio**
Welke feedback heb je gekregen? Wat zijn nog aandachtspunten en leerpunten? Van elke nabespreking maak je een kort verslag in je portfolio.

Bij elke bespreking van een BPV-opdracht neem je je portfolio mee. Je bespreekt met je begeleider wat je met eerdere leerpunten hebt gedaan. Ook hiervan maak je een kort verslag in je portfolio. Zo krijg jij, je begeleider en je docent een goed overzicht over hoe je aan je leerpunten hebt gewerkt.

Met wie je de opdrachten nabespreekt, dat hoor je van de docent of de organisatie waar je werkt.

Hier volgen twee voorbeelden over wat niet en wel de bedoeling is.

Op de uitspraak 'Ik stem mijn manier van communiceren af op de persoonlijkheid en het geestelijk vermogen van de cliënt' geef je bijvoorbeeld als antwoord:

'Dat doe ik, ik sluit aan op wat de cliënt gewend was en nog kan.'

Het antwoord is goed, maar niet volledig. Er wordt ook verwacht dat je aangeeft hoe je dat doet. Hoe weet je wat de cliënt gewend was, waarop let je met je manier van communiceren, hoe bepaal je de geestelijke vermogens of welke informatie gebruik je daarvoor?

Op de uitspraak 'Ik communiceer in moeilijke situaties (boosheid, onrust, seksueel gedrag, agressie) professioneel met de cliënt en ondersteun de andere verzorgenden in deze situatie' geef je bijvoorbeeld als antwoord:

'Dat vind ik nog moeilijk. Ik wordt nog wel eens overvallen door dergelijk gedrag. Ik laat de cliënt dan meestal met rust maar wanneer er andere cliënten in de buurt zijn loopt het soms uit de hand.'

Heel goed. Je geeft aan welke situaties lastig voor je zijn. Geef ook aan wat zo lastig is. Weet je niet hoe je moet reageren of gaat het om de situatie (meerdere cliënten bij elkaar). Hoe zit het trouwens met je eigen emoties en kun je je collega's ondersteunen wanneer zij dergelijke situaties meemaken? Het uitvoeren van de BPV-opdrachten is verplicht. De originelen worden naar BTSG gezonden (naar keuze digitaal of per post). Je houdt zelf een kopie. Indien je niet alle BPV-opdrachten hebt uitgevoerd, krijg je geen diploma.



Je kunt de BPV-opdrachten en 'Mijn portfolio' downloaden op de GVP-inlogpagina. Je kunt ze dan in Word invullen en alles gezamenlijk (digitaal) verzenden na de laatste lesdag van de opleiding.



Vermeld bij het verzenden altijd duidelijk je naam en de groep waartoe je behoort.

Reflecteren

Als GVP moet je je eigen deskundigheid vergroten en verdiepen door stil te staan bij **wat** en **hoe** je iets doet. Dat 'stilstaan' wordt reflecteren genoemd.

Reflecteren is nadenken over hoe je handelt (technieken, contacten met cliënten of collega's, rapportage enz.).

- Je overdenkt/beschrijft concreet hoe de handeling verlopen is met aandacht voor het handelen, voelen en denken van jezelf en van de ander. Je houdt rekening met de situatie, je theoretische kennis, je ervaring.
- Je gaat bij jezelf na wat je wel en niet goed vond, en waar dat mee te maken had.
- Je bedenkt alternatieven, hoe je het de volgende keer anders zou kunnen aanpakken.

Waarom reflecteren?

Door te reflecteren kun je je eigen stijl onderkennen, ontwikkelen en zicht krijgen op je sterke en zwakke punten. Je leert beter en sneller wanneer je kunt reflecteren dan wanneer je alleen maar handelt. Reflecteren bevordert het leren.

Een cursist

"Tijdens mijn opleiding moest ik mijn leerproces zelf in handen nemen. Bij elke BPV-opdracht moest ik reflecteren en dit opschrijven. Zo kreeg ik zicht op mijn sterke en zwakke punten. Deze zelfreflectie vond ik in het begin moeilijk om te doen maar al doende leer je ook dit. Zo kreeg ik steeds meer vertrouwen in mezelf."



Door te reflecteren kijk je als met een spiegel, naar je eigen handelen en ervaringen.

Stappen in het proces van reflecteren

Bij het reflecteren doorloop je een aantal stappen. Deze stappen staan in het figuur hiernaast.

Stap 1: Handelen, praktijkervaring opdoen.

Reflectievragen

- Wat waren jouw doelstellingen?
- Hoe keek je vooraf tegen de activiteit aan?
- Wat wilde je bereiken?
- Waar wilde je op letten?



Stap 2: Terugblikken op de situatie en concretiseren.

Je blikt terug op de situatie met aandacht voor je handelen, voelen en denken. Je kijkt naar jezelf en de ander en alle aspecten van de omgeving die van invloed waren.

Reflectievragen

- Wat gebeurde er? Geef een zo objectief mogelijke beschrijving.
- Wat waren de omstandigheden? Waar gebeurde het, wanneer, wie was er in de buurt etc.
- Wat wilde je? Wat dacht je? Wat voelde je? Wat deed je?
- Wat wilde(n), dacht(en), voelde(n) en deed (deden) de ander(en)?
- Wat deed je goed, wat deed je minder goed?

Stap 3: Bewustwording door analyse

In deze fase ga je wat gebeurde analyseren.

Reflectievragen

- Wat speelde een rol in de omgeving en bij jezelf? Welke invloed had dit op wat er gebeurde (bijv. het feit dat de cliënt angstig was, dat je zelf niet goed voorbereid was, te weinig kennis, negatief zelfbeeld)?
- Wat zijn mogelijke verbanden met jouw of beschikbare (theoretische) kennis?
- Wat zijn mogelijke verbanden met jouw vroegere ervaringen?
- Ben je tevreden over de manier waarop je handelde, dacht en wat je voelde?
- Wat vond je goed, niet goed en waarom?
- Hoe zou het anders en beter kunnen?
- Wat waren jouw sterke en zwakke punten?

Stap 4: Alternatieven ontwikkelen

Nadat je de situatie hebt geanalyseerd ga je op zoek naar alternatieven, andere mogelijkheden.

Reflectievragen

- Welke alternatieven zie je? Hoe ga je het de volgende keer aanpakken?
- Wat zijn jouw mogelijkheden? Wat is haalbaar en onder welke condities? Welke hindernissen voorzie je en hoe ga je dit aanpakken?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze keuze?
- Wat houdt je tegen om in actie te komen?
- Welke ondersteuning heb je nodig?
- Hoe groot is de kans op een schaal van 1 tot 10 dat het je de volgende keer zal lukken?

Stap 5: Nieuwe praktijkervaring opdoen.

Nu ga je wat je geleerd hebt (opnieuw) uitproberen in de praktijk.

Deze stappen komen de eerste keer wellicht gekunsteld over en kunnen je reactie oproepen dat je daar geen tijd voor hebt. Toch zet je nu al in de praktijk (onbewust) een aantal van deze stappen. Door bewust stil te staan bij situaties, zul je ontdekken dat je meer kunt leren en dat er meer alternatieven zijn dan je denkt.

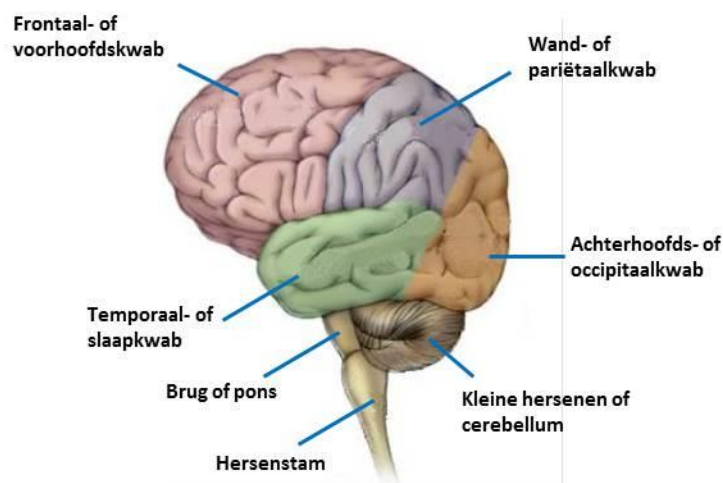
Voor een GVP is reflecteren belangrijk om effecten van eigen en andermans gedrag op het gedrag van cliënten te kunnen analyseren en dit te kunnen overdragen aan anderen.

Anatomie van de hersenen



Bekijk het filmpje 'Anatomie van de hersenen' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

De afbeelding rechts laat de buitenkant van de hersenen zien, bekeken van de zijkant. Links is de voorkant van ons hoofd. Op de afbeelding is de ligging van de grootste zogenaamde hersenkwabben en de kleine hersenen aangegeven.



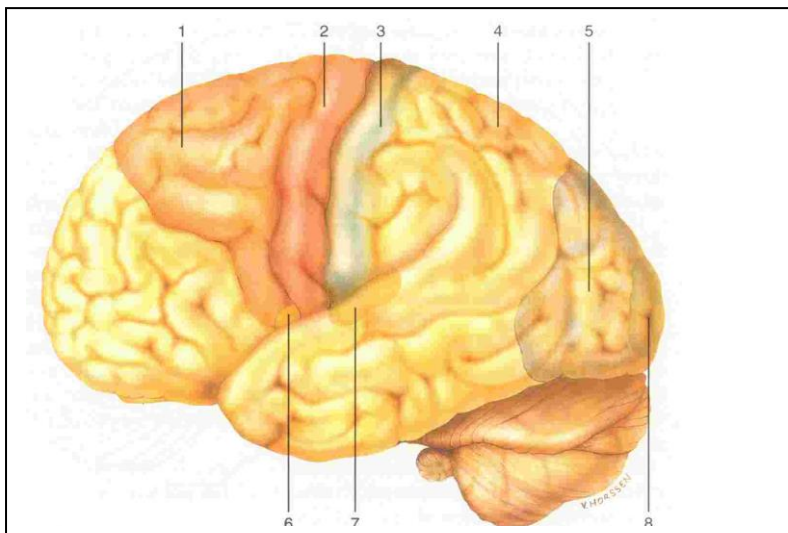
Verklarende woordenlijst

Hersenstam	hier liggen alle functies die letterlijk van vitaal belang zijn voor het in stand houden van het lichaam, zoals de bloedstroom, ademhaling en temperatuurregulatie. Verder draagt hij zorg voor de regulatie van de lichaamshouding en het slaap-waakritme (=inwendige klok). De hersenstam verbindt vezels uit het lichaam met de rest van de hersenen. In de hersenstam vinden reflexen plaats die betrekking hebben op: de speekselklieren, de ogen, de luchtwegen en slikken (en braken en kokhalzen).
Kleine hersenen / cerebellum	hier wordt de coördinatie van de motoriek geregeld. Die coördinatie (evenwicht en spierspanning) vindt plaats in nauwe samenwerking met de grote hersenen, de hersenstam en het ruggenmerg.
Brug	bevat centra die controle houden over vitale processen , inclusief ademhaling en hartfuncties. Het is tevens betrokken bij de coördinatie van de oogbewegingen en evenwicht.
Temporaal of slaapkwab	verwerkt het gehoor, geheugen en taalfuncties .
Achterhoofds- of occipitaal kwab	helpt bij het verwerken van visuele informatie . In het achterste deel van deze kwab zit een gebied dat de primaire visuele cortex wordt genoemd. Hier eindigen de vezels die de prikkels uit de netvliesen van de ogen vervoeren.
Wand- of pariëtaal kwab	ontvangt en verwerkt informatie betreffende temperatuur, tast, gevoel en beweging die vanuit de rest van het lichaam afkomstig is. In dit gebied worden tevens het lezen en rekenen verwerkt.
Frontaal- of voorhoofdkwab	helpt controle te houden over aangeleerde spierbewegingen, stemming, plannen maken voor de toekomst, doelen en prioriteiten stellen .

De grote hersenen of cerebrum

Dit is de benaming voor het geheel van de hersenkwabben. De grote hersenen hebben een rimpelig uiterlijk en groeven. Deze buitenste laag wordt de hersenschors, ook wel cortex genoemd.

In de hersenschors worden de functies motoriek (beweging) en sensoriek (waarneming) geregeld. De verschillende functies zijn hier als volgt over de hersenen verdeeld (zie onderstaande figuur):



1. Secundair motorische schors
In deze schors ligt opgeslagen hoe bewegingen uitgevoerd moeten worden (lopen, fietsen etc.). Deze bewegingen kunnen uitgevoerd worden als zij naar de primaire motorische schors worden gestuurd. In deze schors ligt onder andere het spraakcentrum en het centrum voor gecoördineerde oog- en hoofdbewegingen.
2. Primaire motorische schors
Hier wordt de uitvoering van bewegingen geregeld. De rechterhelft van de hersenen zorgt voor prikkeling van de linkerkant van het lichaam en vice versa. Op de motorische schors heeft elke skeletspier een eigen plekje van waaruit prikkels naar de betreffende spier worden gestuurd. Het aantal contacten tussen de hersenen en de spier is afhankelijk van de nauwkeurigheid waarmee de spier kan bewegen. (De vingers kunnen heel nauwkeurig bewegen en nemen dus ook een groot deel in beslag van de primaire motorische schors.)
3. Sensibele schors
Hier vindt de gewaarwording plaats van de gevoelsprikkel (druk, tast, pijn, temperatuur en het bewegingsgevoel). Elk lichaamsgebied heeft zijn eigen plaats op de sensibele schors. Lichaamsgebieden met een fijne 'gevoeligheid' beslaan een grotere oppervlakte op deze schors.
4. Associatieve schors
Hier wordt een betekenis gegeven aan de verschillende inkomende sensorische prikkels.
6. Spraakcentrum
Van belang voor onze spraak. Voor het gebruik van de taal zijn meerdere gebieden binnen de hersenen van belang.

7. Auditieve schors
Hier eindigen de vezels die de gehoorprikkelers uit het gehoororgaan vervoeren.
8. Primaire optische schors
Hier eindigen de vezels die de prikkelers uit de netvliezen van de ogen vervoeren. De linkerhelft van de hersenen ontvangt de prikkelers uit de linkerhelften van beide netvliezen en vice versa.

Er wordt een indeling gemaakt in linker- en rechterhersenhelft. De bouw van beide helften is identiek, de functie echter niet. De beide hersenhelften zijn met elkaar verbonden door een bundel zenuwvezels (het corpus callosum).

Er is een dominante helft (links): taal, logica, nummers, volgorde, analyse en lijsten. Dit deel 'denkt' in taal en begrip. In dit deel ligt het spraakcentrum. De dominante helft is bij (bijna) alle mensen die rechtshandig zijn en bij de meeste die linkshandig zijn de linkerhersenhelft.

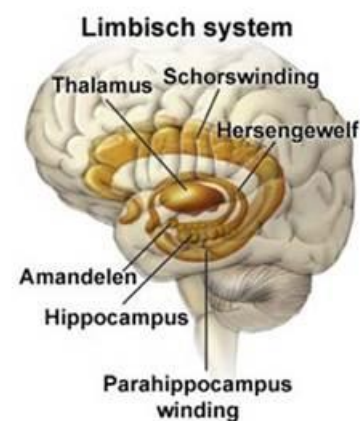
De niet-dominante hersenhelft (rechts) is het artistieke brein: emoties, ruimtelijke waarneming, totaliteit van beelden, verbeelding, kleur, dagdromen, begrip en waardering voor muziek / andere kunstuitingen (ritme) en sociaal gedrag. Dit gedeelte 'denkt' in beelden en gevoel.

Beide hersenhelften werken intensief samen.

Limbsch systeem

De afbeelding rechts laat de ligging van dit systeem zien dat erg belangrijk is voor de regulering van onze emoties, het leren en voor ons geheugen.

Dit systeem bestaat uit meerdere structuren waaronder de hippocampus wat ook een belangrijke rol speelt bij ons geheugen. Dit gebied wordt als eerste aangetast door de ziekte van Alzheimer. Zodra de ziekte zich verder ontwikkelt, breidt de schade zich uit tot de kwabben.



Verklarende woordenlijst

Limbsch systeem	een groep van onderling verbonden structuren die bemiddelt bij emoties (o.a.: agressie, angst en opwinding), leren en geheugen .
Hippocampus	speelt een belangrijke rol bij de vorming van ons lange termijn geheugen .
Amandelen of Amygdala	limbische structuur dat betrokken is bij diverse hersenfuncties, inclusief emoties, leren en geheugen . Het is een deel van een systeem dat natuurlijke emoties verwerkt, zoals angst en ongerustheid.
Hersengewelf	boogachtige structuur dat de hippocampus met andere delen van het limbisch systeem met elkaar verbindt.
Parahippocampus winding	een belangrijke verbindingsweg van het limbisch systeem.
Thalamus	belangrijke steunzender tussen de zintuigen en de hersenschors.
Schorswinding	speelt een rol bij het verwerken van bewust opgedane emoties.



Bekijk de website onder het kopje 'Informatie over onze hersenen'

Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

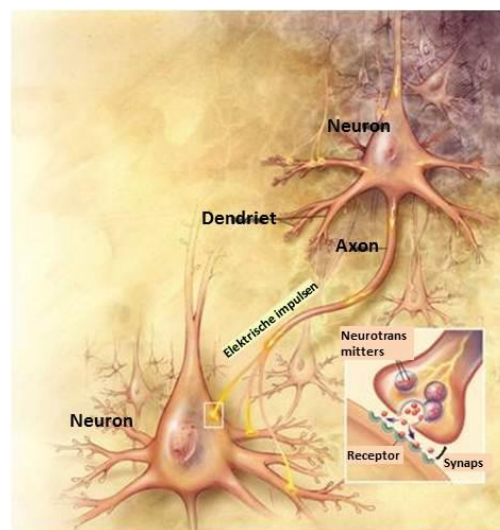
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 1**

Neuronen en neurotransmitters

Onze hersenen zijn opgebouwd uit ongeveer 100 miljard zenuwcellen of neuronen. De buitenste grijze laag van onze hersenen, de hersenschors, bestaat uit deze neuronen. Via lange uitlopers (axonen) staan neuronen met elkaar in verbinding. Een neuron kan duizenden uitlopers hebben (zie illustratie rechts). Samen vormen de uitlopers de binnenkant van de hersenen, de zogenaamde witte stof.

Neuronen kunnen via hun uitlopers met elkaar communiceren, door elektrische signalen. Doordat de uitlopers elkaar niet raken, worden deze signalen niet direct van de ene naar de andere cel doorgegeven. Daarom wordt het elektrische signaal zodra het aan het einde van een uitloper aankomt, omgezet in een chemische boodschap. Zo'n chemische boodschap heet een neurotransmitter.



Bekende neurotransmitters zijn: acetylcholine, dopamine (denk aan Parkinson) en serotonine. Deze neurotransmitters zijn wel in staat de overstap naar het volgende neuron te maken. Eenmaal aan de overkant wordt de chemische boodschap omgezet in een elektrisch signaal dat zijn weg kan vervolgen. Nadat de boodschap is doorgegeven, wordt de neurotransmitter afgebroken. Het is normaal dat er tijdens ons leven een aanzienlijk aantal neuronen sterven zonder dat dat een nadelig effect heeft op ons functioneren. Neuronen zijn, in tegenstelling tot andere cellen in ons lichaam, niet meer in staat zich door deling te vermenigvuldigen. Ze gaan definitief verloren. Tijdens een proces van dementering gaan echter veel meer

neuronen en hun verbindingen verloren. Bij ernstige vormen van dementie kan daardoor het volume van de hersenen met 10 tot 15% verminderen.

Verlies van hersenweefsel kan met scantechnieken (CT scan, MRI etc.) zichtbaar worden gemaakt.

Hersencellen kunnen ook afsterven als gevolg van andere oorzaken zoals een bloeding of een infarct. Naast de ernst van de schade speelt ook de plaats waar dit plaatsvindt een rol.

Als de voorhoofd- en slaapkwabben van de hersenen worden aangetast, is er meestal sprake van fronto-temporale dementie. Bij de ziekte van Alzheimer worden ook andere delen van de hersenschors aangetast. De gevolgen van een NAH hangen af van de plek en omvang waar een beschadiging optreedt.



Bekijk het filmpje 'Ons zenuwstelsel' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

Ons wonderbaarlijke geheugen

Gedurende ons leven krijgen wij "informatie" aangereikt. Soms is het de bedoeling dat wij die informatie onthouden. Dit wordt ook wel leren genoemd. Leren is een ingewikkeld proces van verwerking van gegevens (informatie). De informatie vangen we op met behulp van onze zintuigen: ogen (zien), oren (horen), neus (ruiken), tong (proeven) en huid (voelen). Via de zenuwbaan gaat deze "opgevangen" informatie naar de hersenen. Daar vindt de verwerking van de informatie plaats.



Bekijk het filmpje 'Hoe werkt ons geheugen?' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

Niet alle informatie onthouden we. Wij "vergeten" veel. En dat is maar goed ook. Stel je voor dat we van ons hele leven zouden onthouden wat wij alle dagen gegeten hebben! Toch zijn er zaken die wij moeten leren. Zo'n leerproces begint als we baby zijn. Vervolgens komt de school- en vakopleiding. Wanneer we van baan veranderen, wanneer we verhuizen (waar zitten de lichtknopjes?) of een modernere wasmachine wordt aangeschaft. Daarnaast is er een stroom informatie zoals nieuwsberichten, de prijs van een doos lucifers. Informatie die we korte tijd vasthouden en dan vergeten, omdat het niet belangrijk is. Om iets te onthouden moeten we moeite doen, we moeten het inprenten.

Inprenting en inprentingsstoornissen

Met inprenting bedoelen we "het proces van vastleggen van nieuwe informatie in ons geheugen". Bij een geslaagde inprenting wordt de informatie opgeslagen in het korte termijn geheugen. Bij een inprentingsstoornissen is iemand niet meer goed in staat is om nieuwe informatie in het korte termijn geheugen op te slaan. Iets wat kort geleden gebeurd is, wordt niet of slecht herinnerd. Iemand weet dan niet wat die gisteren heeft gegeten, wat hij vanochtend heeft gedaan etc.

Als je nieuwe informatie niet meer kunt onthouden, dan ontstaan er problemen in het dagelijks functioneren. Bijvoorbeeld: men weet niet meer waar men zijn bril heeft neergelegd, of dat water is opgezet voor de thee, wat je zojuist hebt gegeten of je wel hebt gegeten, dat je een kleinkind hebt. Een inprentingsstoornis kan geleidelijk toenemen waardoor uiteindelijk geen nieuwe informatie meer wordt opgeslagen.

Korte-termijn geheugen

Het korte-termijn geheugen of geheugen voor recente gebeurtenissen "ligt" diep binnen de hersenen. Alle nieuwe informatie vanuit de zintuigen doorloopt dit systeem (voor kenners: het limbische systeem, zie eerder). Het korte-termijn geheugen is belangrijk voor het dagelijks leven. Bijvoorbeeld "heb ik het gas uitgedraaid?", "heb ik de deur op slot gedaan?", "heb ik mijn medicijnen al ingenomen?", "waar is mijn portemonnee?"

Dit korte-termijn geheugen is bijzonder gevoelig voor invloeden als vermoeidheid, gebrek aan slaap, geneesmiddelen- en alcoholgebruik en neerslachtigheid.

Lange-termijn geheugen

Vanuit het korte termijn geheugen worden bepaalde herinneringen opgeslagen in ons lange-termijn geheugen, in ons "archief". We kunnen deze weer uit ons geheugen halen = herinneren.

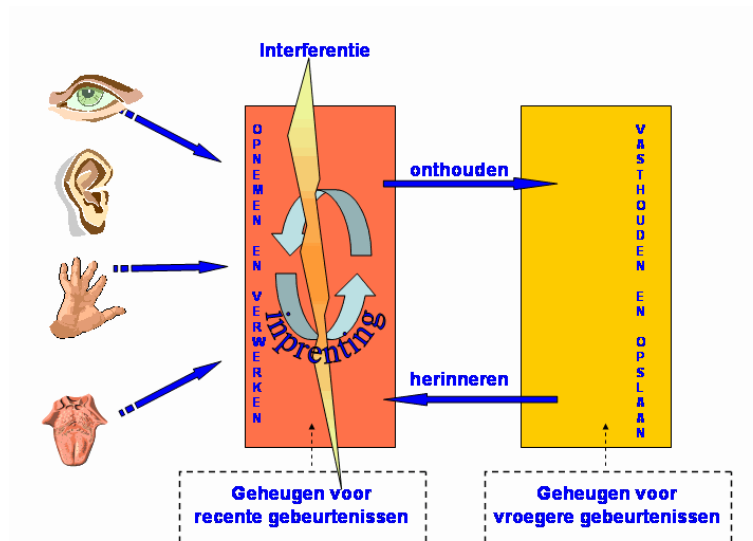
Ook dit ophalen uit het geheugen kan verstoord raken.

Geheugen en emoties

Emoties kunnen een belangrijke rol spelen bij het geheugen. Ze kunnen ervoor zorgen dat we ons iets heel goed onthouden maar ook voorkomen dat we ze herinneren (vooral bij nare / traumatische herinneringen).

Samengevat (zie ook het figuur onder):

- Een zintuig ontvangt een prikkel (bijvoorbeeld het lezen van deze tekst). Het zintuig (hier het oog) zet deze prikkel om in een elektrisch signaal, de zenuwen sturen het naar de hersenen. In de hersenen gaat het signaal naar een bepaald hersendeel en wordt daar "opgeslagen" (denk aan de neurotransmitters).
- Als we iets belangrijk vinden herhalen we dat voor onszelf zodat we het ons blijvend herinneren. Dat is feitelijk inprenten. Het wordt dan in ons (lange termijn) geheugen bewaard.
- Hoe meer herinneringen met andere herinneringen worden verbonden (ik weet nog goed toen we daar waren hebben we dit gedaan, we noemen dit associëren), hoe beter we iets kunnen onthouden en weer uit ons geheugen kunnen halen.
- Dit proces van inprenten kan gemakkelijk worden verstoord bijvoorbeeld doordat we schrikken, vermoeid zijn, sterke emoties of doordat we worden afgeleid.
- Is informatie eenmaal opgeslagen in ons lange termijn geheugen dan moeten we het er nog uit kunnen halen = herinneren. We kunnen ons geheugen helpen met herinneren door middel van foto's, liedjes, personen e.d. Het herinneren verloopt dan gemakkelijker. Bij bepaalde benaderingswijzen (levensboek, reminiscentie e.d.) maken we hiervan gebruik.



Brein-denken

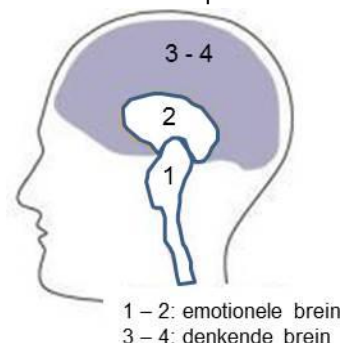
Door nieuwe inzichten in hoe hersenen functioneren, ontstaat er steeds meer inzicht in de werking van beschadigde hersenen.

Sociaal geriater Anneke van der Plaats heeft hier veel onderzoek naar gedaan. Zij deelt de werking van de hersenen in vier niveaus in.

Onderbrein – emotionele brein

De twee laagste niveaus vormen het emotionele brein, ook wel het onderbrein genoemd. Hier worden prikkels gesorteerd, geordend en afgeweerd. Op deze niveaus wordt vanuit reflexen en impulsen gereageerd.

- Niveau 1
Het eerste en meest simpele niveau in de hersenen is het niveau van de ongerichte bewegingen en van de enkelvoudige prikkel die binnenkomt. Op dit niveau kunnen neurologische stoornissen ontstaan: de verlammingen, het wel of niet voelen van een aanrakingsprikkel, de reflexen.
- Niveau 2
Op het tweede niveau worden vele prikkels samengevoegd tot bijvoorbeeld coördineren van handelingen, het gelijktijdig voelen van een aanraking, het vormen van een beeld van wat iemand ziet, hoort en voelt. Op dit niveau ontstaan stoornissen zoals apraxie en geheugen stoornissen.
Een belangrijke taak op dit niveau is het ordenen van binnenkomende prikkels. Dit is nodig om een beeld te krijgen van een situatie. Een mens kan niet alle prikkels uit zijn omgeving opnemen, want dan wordt het een chaos. Onrust ontstaat dan ook op dit niveau.



Bovenbrein - denkende brein

De twee hoogste niveaus vormen samen het cognitieve ofwel het denkende brein. Deze niveaus zorgen o.a. voor het abstracte denken, het ordenen, het organiseren, het tijdsbesef, het zelfinzicht, reflecterend vermogen en het willen en kiezen. Men wordt zich bewust van emoties.

- Niveau 3
Op het derde niveau komen de emoties die bij binnenkomende prikkels horen bewust aan bod. De betrokkene weet nu bewust wat hij voelt en kan bedenken wat hij met de emoties wil doen: ze uiten, ze binnenhouden, netjes reageren, etc. Hij heeft dus op dit niveau een keus. Emoties kleuren in hoge mate de prikkelverwerking. Op niveau 1 en 2 spelen ook emoties, maar ze worden op deze niveaus niet direct bewust gemaakt. Wanneer iemand op niveau 1 en 2 handelt, dan zijn deze handelingen vooral impulsief, intuïtief, of ondoordacht. Pas op niveau 3 en 4 kan worden nagedacht.
- Niveau 4
Op het vierde niveau komen allerlei hersenfuncties samen en kan iemand overgaan tot bewust plannen, bewust keuzes maken, verantwoordelijkheden nemen, inzicht in zichzelf krijgen, aanpassen aan bepaalde situaties, dingen aanvoelen, besef hebben van tijd, kritiek kunnen geven en verdragen. Nog meer ingewikkelde hersenfuncties bevinden zich hier: tijdsbesef (op tijd kunnen komen), motivatie (uit zichzelf aan een taak kunnen beginnen, volhouden en afmaken), plannen en organiseren, weloverwogen besluiten nemen, behoeftes kunnen uitstellen, geweten en verantwoordelijkheidsgevoel. etc. Bij aantasting of een ontwikkelingsstoornis op dit niveau, ontstaan psychiatrische stoornissen zoals

persoonlijkheidsstoornissen en zogenaamde karakterveranderingen.

Dementie: functioneren op niveau 1 en 2

Vooraf de functies op niveau 1 hebben een duidelijke plek in de hersenen. De functies op niveau 2 beslaan bepaalde gebieden. Met niveau 3 en 4 zijn zoveel functies gemoeid dat er verbindingen binnen de gehele hersenen liggen. Dit betekent dat bij vrijwel iedere hersenbeschadiging, óók bij dementie, deze hogere niveaus zijn aangetast. Veel handelingen worden dan meer onbewust, reflexmatig en impulsief uitgevoerd.

Bij dementie zijn de hogere niveaus (3 en 4) aangetast. Cliënten met dementie functioneren vooral op de laagste twee niveaus.



Bij gezonde hersenen houdt het denkende brein het emotionele brein in bedwang. Bij beschadigde hersenen heeft het emotionele brein de overhand. Mensen met beschadigde hersenen reageren daarom veel meer vanuit reflexen, impulsen en intuïtie.

Ongeremd gedrag en reflexmatig reageren is kenmerkend.

Angst (vaak onredelijke) speelt een grote rol en deze wordt zo gauw omgezet in (ook onredelijke) agressie. Men wordt egocentrisch en verliest zelfinzicht. Ingewikkelde taken begrijpt men niet meer en men wordt overgevoelig voor kritiek. Ook emotionele stress vanuit de omgeving kan niet meer goed verwerkt worden. Iemand met een hersenbeschadiging kan zijn hersenen niet meer 'managen' en gaat dan reageren op niveau 1 of 2. Dit betekent dat wij demente mensen niet mogen beoordelen zoals wij dat met 'gewone' mensen doen. We kunnen hen hun gedrag niet kwalijk nemen.

Ingewikkelde taken als de ADL- en HDL worden niet meer begrepen (niveau 3 en 4). Het gaat hierbij om het verrichten van allerlei verschillende en fijnzinnige bewegingen en dan ook nog in een bepaalde volgorde.

Dit betekent dat wij niet altijd moeten willen, dat de cliënt zichzelf wast en aankleedt en netjes met mes en vork eet.

Dementie



Bekijk het filmpje 'Dementie een groeiend probleem' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

Enkele cijfers

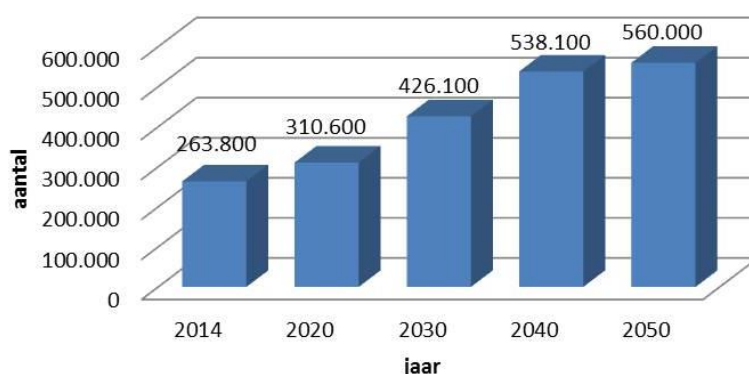
In Nederland hebben momenteel meer dan 260.000 mensen dementie, waaronder naar schatting 12.000 jonger dan 65 jaar. Van deze mensen met dementie wonen er ruim 80.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen. Dementie treft vooral de ouderen in onze samenleving.

Naarmate de leeftijd stijgt neemt de kans op dementie toe. Geschat wordt dat van alle mensen tussen de 65 en 69 jaar ongeveer 1,5% aan dit ziektebeeld lijdt. Van de mensen van boven de 80 jaar, heeft ruim 20% dementie en van de mensen boven de 90 jaar zelfs 40%.

Zoals grafiek 1 hieronder laat zien, groeit de komende jaren het aantal mensen met dementie van ruim 260.000 nu, naar ruim 426.000 in 2030. Dat is een toename van ruim 60% in 15 jaar. In 2050 wordt een piek bereikt en hebben ruim 560.000 mensen in Nederland dementie.

Grafiek 1: Prognose groei aantal mensen met dementie 2014 - 2050 (Bron: Alzheimer Nederland 2013).

Prognose groei aantal mensen met dementie



Ongeveer 70% van de mensen met dementie wordt thuis verzorgd. Opname in een verpleeg- of verzorgingshuis is meestal het gevolg van overbelasting van de mantelzorgers. Nu nog woont 65% van de cliënten met dementie samen met een partner, maar in 2030 is de verwachting dat nog maar 50% samenwoont. Dit betekent dat er een toenemend beroep zal worden gedaan op anderen (broers, zusters, kinderen) om hen dagelijks te verzorgen. Naar verwachting zal hierdoor het aantal opnames in verpleeg- en verzorgingshuizen toenemen.

Dementie of dementieel beeld?

Een proces van geestelijke achteruitgang, in de volksmond dementie genoemd, speelt zich af in de hersenen. Voor veel mensen is dementie een onbegrijpelijke - en daardoor moeilijk te aanvaarden - en ongeneeslijke aandoening. Maar wat bedoelen we, als we spreken van dementie? Is er altijd sprake van een hersenaandoening met aantoonbare hersenafwijkingen?

Het antwoord is nee. Een proces van geestelijke achteruitgang wordt niet altijd veroorzaakt door een vorm van dementie. Er zijn veel andere oorzaken die verschijnselen van dementie kunnen oproepen. Er

wordt daarom soms onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire dementie.

- Primair wil zeggen dat de dementie een direct gevolg is van het verlies van hersencellen (atrofie).
- Secundair wil zeggen dat het een gevolg is van andere ziekten of psychosociale omstandigheden.

Deze laatste zijn, mits tijdig onderkend, vaak behandelbaar. Indien de oorzaak niet wordt weggenomen, dan kan het beeld alsnog onomkeerbaar (= irreversibel) worden. In onderstaand overzicht staan oorzaken die een dementieel beeld tot gevolg hebben (secundaire dementie). Deze lijst is niet volledig.

Andere oorzaken die een beeld van geestelijke achteruitgang oproepen	
Vergiftigingen	Overmatig gebruik van alcohol (Korsakov), slaapmiddelen, koolmonoxide, kalmeringsmiddelen, ongunstige combinaties van medicijnen
Onvoldoende voeding	Tekorten aan bepaalde vitamines (B12), uitdroging
Bepaalde ziektes	Long- of blaasontsteking
Stoornissen in de werking van hormoonvormende organen	Schildklier, alvleesklier
Aandoeningen / ziektes van andere organen	Hart, longen, lever, nieren
Verstoring van zintuigfuncties	Gezichtsvermogen en gehoor
Aandoeningen van de hersenen	CVA, MS, Parkinson, hersentumor
Psychosociale oorzaken	Grote angst, eenzaamheid, depressie
Sociale oorzaken	Langdurige stress, lange over- of onderprikkeling.

We spreken van dementie (primaire dementie) indien er sprake is van:

- geheugenstoornissen in combinatie met één of meerdere van de volgende stoornissen:
 - Afasie (niet goed begrijpen van of kunnen uitdrukken in woord of schrift);
 - Apraxie (geen doelbewuste handelingen kunnen uitvoeren);
 - Agnosie (geen objecten kunnen herkennen);
 - Stoornis in uitvoerende functies (niet kunnen combineren, logische gevolgtrekkingen maken, organiseren, plannen maken, doelgericht handelen).
- een geleidelijke toename van de geestelijke achteruitgang.
- andere mogelijke oorzaken van het beeld (zie boven) door onderzoek zijn uitgesloten.

Mild Cognitieve Impairment (MCI)

Deze Engelse term betekent 'milde cognitieve stoornis'. Dat wil zeggen dat iemand problemen heeft met het geheugen of een andere hersenfunctie. MCI kan een voorstadium zijn van dementie, maar dit hoeft niet. De stoornissen zijn minder belemmerend voor het dagelijks leven dan bij mensen met dementie.

Bij een milde cognitieve stoornis is het dagelijks functioneren nagenoeg normaal. Dit in tegenstelling tot mensen met een diagnose dementie. Daarbij lopen mensen met een MCI een verhoogd risico op het krijgen van dementie. Dit is meestal de ziekte van Alzheimer.

Klachten

Mensen met een MCI hebben vaak last van geheugen- of taalproblemen. Maar er kunnen ook problemen zijn met het overzicht houden, of het uitvoeren van handelingen. Met wat extra moeite of "trucjes" zoals het gebruik van een agenda of briefjes lukt het nog wel aardig. De klachten zijn minder ernstig dan bij een dementie. Vaak gaat het om het vergeten van details van een gebeurtenis of handeling, terwijl mensen met dementie de hele gebeurtenis vergeten.

MCI en dementie

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een milde cognitieve stoornis een hoger risico hebben om na enkele jaren dementie te krijgen. Bij ongeveer 44% van de mensen worden de klachten ernstiger en kan binnen 5 jaar dementie worden vastgesteld. Er is echter ook een groep mensen waar de klachten stabiel blijven of verdwijnen.

Behandeling en oorzaken

Voor MCI bestaan geen medicijnen. Het is van belang te letten op risicofactoren zoals vitaminetekort, (verkeerd) medicijngebruik, depressie, burn-out of schildklierproblemen. De oorzaak van een MCI kan liggen in een voorstadium van de ziekte van Alzheimer, maar kan ook veroorzaakt worden door psychologische problemen zoals een depressie of burn-out. Daarom is regelmatige controle door een arts en eventueel een psycholoog raadzaam.

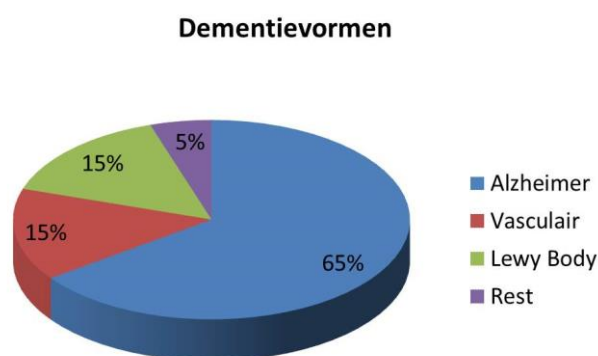


Bekijk het filmpje over de heer Atsma op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

Verschillende vormen van dementie

Er zijn verschillende vormen van dementie. In volgorde van veel naar weinig voorkomend:

- De ziekte van Alzheimer (ergens tussen de 60 tot 70%).
- De vasculaire dementie (ongeveer 15%).
- De Lewy body dementie (tot voor kort dacht men dat het om een klein percentage ging (kleiner dan 5%), maar er zijn onderzoeken die er op wijzen dat het om 15% kan gaan).
- Frontotemporale dementie (afgekort FTD) of de ziekte van Pick (ongeveer 5 – 10%).
- Ziekte van Huntington (ongeveer 1%).
- De Ziekte van Creutzfeldt-Jakob (minder dan 1%).



Al deze vormen van dementie worden hierna meer of minder uitgebreid behandeld.

Algemeen voorkomende problemen bij dementie

Geheugenproblemen

Deze variëren afhankelijk van de vorm van dementie. Het kan gaan om toenemende inprentingsstoornissen, het verloren gaan van herinneringen (afsterven van neuronen) of problemen

met het ophalen van herinneringen uit het geheugen.

Oriëntatieproblemen.

Deze zijn een gevolg van de inprentingsproblemen en het verloren gaan van herinneringen. Oriëntatieproblemen ontstaan altijd in de volgorde tijd, plaats, personen.

Om te weten welke dag het vandaag is, moet ik weten welke dag het gisteren was. Heeft men moeite met het vasthouden of zich oriënteren bij een tijdstip, dagen en maanden, dan spreekt men van **desoriëntatie in tijd**.

Zo ontstaat ook **desoriëntatie in plaats**, ook daar zijn markeringspunten nodig. Als ik ergens iemand wil opzoeken dan moet ik op zijn minst het adres onthouden. Wie vijftientig jaar naar zijn werk fietst, kan die weg wel dromen. Zo'n routinehandeling heeft niets te maken met het korte-termijn geheugen. Maar wie op vakantie is en de naam van het hotel of verblijfplaats niet onthoudt, vindt die zonder hulp niet meer terug, je verdwaalt.

Bij **desoriëntatie in persoon** herkent iemand geen namen en gezichten. Nieuwe mensen blijven nieuw en onbekend. Maar bekende mensen kunnen onbekend worden. Zo kan men eigen kinderen niet meer herkennen omdat in de eigen herinnering men het beeld heeft van het eigen kind zoals dit vroeger was.

Afname intellectuele vaardigheden

Het inzicht hebben in de eigen situatie en de rekenvaardigheid neemt af, teksten worden niet meer begrepen, men heeft moeite met het oplossen van problemen, het omgaan met geld moeilijker. Het lijkt wel de intelligentie aangetast wordt. Dementie raakt de gehele persoon: emoties, intelligentie, intuïtie, lichaam, geloof, hoop en liefde.

Andere mogelijk optredende verschijnselen bij dementie:

- *Emotionele stoornissen of affectabiliteit*
Er is minder controle over emoties. Men kan zonder duidelijke aanleiding boos, blij of verdrietig zijn.
Stemmingsstoornissen zijn vaak vroege symptomen van dementie. De stemming is vaak depressief en angstig. Trouwens, wie zou niet bang of verdrietig zijn wanneer hij/zij de omgeving als "vreemd" gaat beleven.
- *Stoornissen in het handelen als gevolg van apraxie, agnosie*
Aangeleerde vaardigheden gaan achteruit. Ingewikkelde zaken als rekenen, tekenen, schrijven, en alledaagse handelingen als aankleden, knopen dichtmaken, eten en toiletgang. Het uitvoeren van deze handelingen wordt onmogelijk, zonder dat er van verlamming sprake is. Men weet niet meer hoe en in welke volgorde men die handelingen moet verrichten. Dat wil zeggen dat de A.D.L. functies gestoord raken.
 - De stoornis in het praktisch handelen heet apraxie.
 - Wanneer de herkenning gestoord is, spreken we van agnosie. Deze agnosie gaat om zien, ruiken, horen en tasten. De zintuigen zijn intact maar het signaal wordt niet gekoppeld aan de juiste betekenis.
- *Stoornissen in de taal: afasie*
Het spreken kan moeilijk worden of eigenlijk: de taal. De zinnen worden gebroken, men heeft

moeite met het vinden van het juiste woord. Er ontstaat afasie.

- *Oordeels- en kritiekstoornissen*
Het inzicht in eigen functioneren wordt minder. Men weet niet hoe men op iets moet reageren of men reageert niet passend op de situatie. Bijvoorbeeld: lachen bij een overlijdensbericht. Een verkeerde beoordeling van een situatie heeft een ander (verkeerd?) gedrag tot gevolg.
- *Ziektebesef of ziekte-inzicht*
Soms is er geen besef van eigen falen. Bijvoorbeeld: "Hoe is het met uw geheugen?". "Prima".
- *Decorumverlies*
Gedragregels waaraan ieder van ons zich houdt, gaan verloren. Iemand kan zich verwaarlozen (kleding en uiterlijk), zich gaan uitkleden.
- *Hallucinaties en wanen*
 - Hallucinaties: iemand ziet, voelt, proeft of ruikt iets wat er niet is. Bij de persoon zelf is er echt sprake van een prikkel in de hersenen waardoor het voor de betrokkene echt is. Bijvoorbeeld iemand die beesten ziet.
 - Wanen: iemand denkt / beeldt zich in dat er iets gebeurt. Er is **geen sprake van een prikkel** in de hersenen, het gaat om gedachten, ideeën. Bijvoorbeeld: iemand die denkt dat hij bestolen wordt, dat hij afgeluisterd wordt.
- *Confabuleren en façade gedrag*
Dit is het opvullen van gaten in het geheugen met verhalen die niet of slechts gedeeltelijk kloppen met de werkelijkheid. Door deze verhalen probeert men de problemen met het geheugen te camoufleren en wordt ook (deels) een confrontatie hiermee vermeden. Bedenk wel dat dit een functie heeft voor de persoon zelf: het vermindert de angst.
- *Persevereren*
Men vertelt steeds hetzelfde, komt op hetzelfde onderwerp terug, geeft hetzelfde antwoord, vraagt hetzelfde. Dat zie je ook bij handelingen, zoals wrijven met de handen over tafelkleedjes, plukken aan de jurk e.d.
- *Karakterveranderingen*
Bepaalde karaktertrekken kunnen verscherpen of veranderen. Een verdraagzaam iemand kan agressief worden.
- *Agressie*
Agressief gedrag is vaak een reactie op onmacht en komt vooral voor aan het begin van het dementie proces. Men kan zich dingen niet meer herinneren, kan handelingen niet meer uitvoeren en raakt daardoor gefrustreerd.
- *Achterdocht*
De generatie die nu oud is, heeft tijdens haar leven geleerd dat geld en sleutels belangrijke zaken zijn in het leven. Ze hebben armoede gekend en geleerd dat bezittingen (een sleutel geeft toegang tot bezittingen en ook de mogelijkheid om die bezittingen veilig achter slot en grendel te bergen) belangrijk zijn. Dus deze voorwerpen gaat de cliënt met dementie veilig stellen door ze te verstoppert op veilige plaatsen. Door de inprentingsstoornis weet hij/zij niet meer waar ze zijn deze moeten dan wel gestolen zijn.

Het stellen van de diagnose

Dit gebeurt op basis van medisch en neuropsychologisch onderzoek, en diverse scantechnieken zoals CT- scan (computer- tomografie) of MRI scans (magnetische resonantie). De locatie en omvang geven, samen met andere onderzoekgegevens,:

- een indicatie of er sprake is van dementie en welke vorm van dementie.
- de mogelijke gevolgen van een NAH of andere hersenaandoeningen (tumor, bloedingen etc.).



CT-scanner



In de online kennisbank van onze website vind je meer informatie over verschillende scantechnieken.

De ziekte van Alzheimer



Bekijk het filmpje 'Erik Scherder over de ziekte van Alzheimer' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

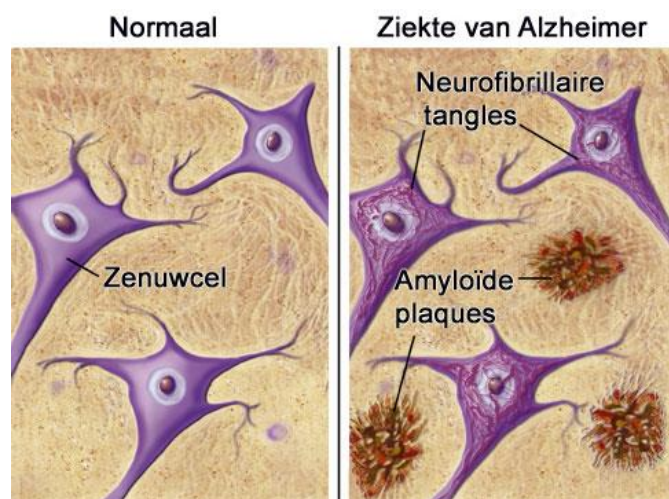


In 1906 ontdekte de Duitse arts Alois Alzheimer (illustratie links) kenmerkende veranderingen in het hersenweefsel van mensen die aan dementie waren overleden. Hij vond bij autopsie opvallende eiwitopgehopeningen buiten en rondom de hersencellen de zogenaamde amyloïde plaques (zie illustratie). Binnenin de hersencellen vond hij ook kluwen vezels, de zogenaamde neurofibrillaire tangles (= knopen). Deze problemen zorgen er voor dat hersencellen afsterven.

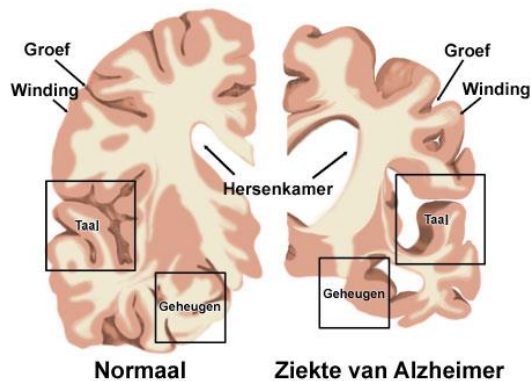
Tot op de dag van vandaag draagt deze vorm van

beschadiging van de hersenen zijn naam. Het waarnemen van deze plaques en tangles tijdens een autopsie van de hersenen, is nog steeds nodig om Alzheimer met 100% zekerheid vast te stellen.

Sinds het begin van deze eeuw is er veel onderzoek gedaan naar de oorzaak van het ontstaan van deze plaques en tangles in de hersenen. Tot op heden is de oorzaak echter niet gevonden.



Dwarsdoorsnede van de hersenen



Bij dementie sterven hersencellen in *grotere aantallen dan normaal af*. Dit wordt ook zichtbaar op hersenscans doordat de hersenen krimpen en de groeven (= sulci) in de hersenen wijder worden (zie illustratie).

Symptomen

De kenmerkende symptomen zijn

- Geleidelijke achteruitgang van geheugen: beginnend met vergeetachtigheid voor recente gebeurtenissen (inprenting verstoord, daarna ook het korte termijn geheugen), het moeilijker kunnen herinneren van gebeurtenissen van de afgelopen jaren (lange termijn geheugen) overgaand naar het verloren gaan van steeds meer herinneringen aan vroeger en daarmee ook wat men geleerd heeft (vaardigheden, denk aan apraxie etc. maar uiteindelijk ook de taal). Het begin is sluipend (toenemende vergeetachtigheid).
- Toenemende oriëntatieproblemen in de volgorde tijd, plaats en persoon. Oriëntatieproblemen gaan gelijk op met de geheugenproblemen omdat je voor een goede oriëntatie een goed geheugen nodig hebt.
- Achteruitgang intellectuele vaardigheden. Deze variëren van persoon tot persoon. In toenemende mate wordt iemand steeds meer afhankelijk van zijn omgeving om te kunnen functioneren en uiteindelijk geheel afhankelijk. Men wordt uiteindelijk geheel hulpbehoevend en overlijdt (meestal aan complicaties). Een dergelijk proces kan jaren duren.

Behandeling

Tot nu toe zijn er geen geneesmiddelen die Alzheimer kunnen voorkomen of stopzetten. Bij de behandeling van de ziekte staan daarom twee doelstellingen voorop:

- Behandeling van bepaalde symptomen, zoals gedragsstoornissen. Voor het bestrijden zijn verschillende middelen beschikbaar. Regelmatig worden hier nieuwe aan toegevoegd.
- Het afremmen van het ziekteproces.

In Nederland zijn drie middelen beschikbaar:

- Rivastigmine (Exelon),
- Galantamine (Reminyl) en
- Memantine (Ebixa).

Bij de eerste twee gaat het om zogenaamde acetylcholine esteraseremmers. Dat zijn stoffen die een die de werking van acetylcholine remmen en daardoor zorgen dat er meer tijd is voor de overdracht van informatie van de ene naar de andere hersencel. Zij hebben daardoor een positieve uitwerking op het geheugen vooral in de vroege stadia van Alzheimer.

Memantine vermindert de stof glutamaat in de hersenen. Bij hoge concentraties van deze stof wordt de signaaloverdracht tussen de neuronen verstoord. Het middel werkt positief bij probleemgedrag, zoals onrust of agressie.

Dit middel is geschikt voor mensen met een gemiddelde tot vergevorderde vorm van dementie.

Hoewel geen van deze medicijnen Alzheimer kunnen genezen, is een deel van de mensen in staat om in het dagelijks leven beter zelfstandig te functioneren. Vooral mensen in de beginfase van dementie (lichte tot matige vorm), hebben het meest baat bij de medicatie.

Een nadeel van deze medicijnen is dat er sprake is van bijwerkingen zoals misselijkheid, diarree en vermoeidheid.

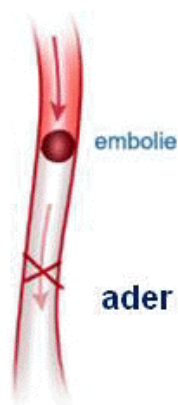


Opdracht: Alzheimer

1. Welke van de genoemde symptomen van de ziekte van Alzheimer, herken je in de praktijk? Wees zo concreet mogelijk in je antwoord.
 2. Zijn er ook symptomen bij cliënten waarbij je twijfelt of deze bij de ziekte van Alzheimer behoren? Welke symptomen zijn dat?
 3. Welke symptomen of gedragsveranderingen bij cliënten raken je het meest en hoe ga je daar mee om?
-

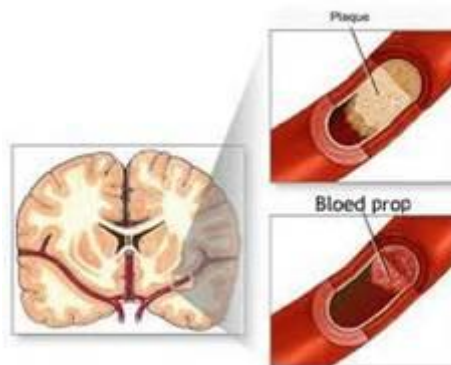
Vasculaire dementie

Deze vorm van dementie is de belangrijkste vorm naast de ziekte van Alzheimer. Deze vorm van dementie is namelijk een gevolg van een (beperkte vorm van) beroerte.



Een bloedstolseltje in een slagader wordt met de bloedstroom meegevoerd en kan in een (klein) bloedvat in de hersenen vast komen te zitten (zie illustratie links). Als dit bloedvat daardoor verstopt raakt (embolie), krijgt het er achter liggende weefsel geen vers bloed aangevoerd en sterft het af (zie illustratie rechts). Dit noemt men een herseninfarct.

Wanneer het een grote bloedprop is, die een grote ader afsluit, dan komt een groter stuk van de hersenen zonder bloed te zitten met alle gevolgen van dien (bijvoorbeeld een halfzijdige verlamming). We spreken dan van een beroerte.



Gaat het om meerdere kleine bloedstolseltjes, die een vaatje in de hersenen verstoppen, dan ontstaan kleine infarctjes met beperkte schade (voorheen sprak men daarom ook wel van multi-infarctdementie of MID). Als gevolg hiervan kunnen verschijnselen van dementie optreden.

Wisselvallig verloop

Het begin ervan is acuut, in tegenstelling tot de ziekte van Alzheimer die een sluipend begin kent. Het plotseling wegvallen van functies wijst dus op een vasculaire oorzaak.

Het verloop van de ziekte heeft een grillig karakter: er is sprake van stapsgewijze verslechtering (telkens als zich een infarct voordoet).

Het geestelijk verval doet zich in sprongen voor met daartussen fasen van stabiliteit of gedeeltelijk herstel (zaagtandverloop, zie illustratie).

Vaak wisselen de stoornissen in ernst, er zijn goede en slechte dagen. Tragisch is dat deze mensen langer het besef hebben van hun ziekte in tegenstelling tot de mens met Alzheimer.



Het blijkt dat vasculaire dementie vaker jongere personen treft (50 à 65 jaar). Sommigen spreken daarom van preseniele (voor de ouderdom) dementie. Vaak zijn het mensen met een voorgeschiedenis van hoge bloeddruk (hypertensie), suikerziekte (diabetes), hart- en vaatandoeningen, TIA's (herseninfarctjes) en beperkte CVA's (beroerte).

De hersenafwijkingen bij vasculaire dementie zijn duidelijk verschillend van die van Alzheimer:

- bij vasculaire dementie gaat hersenweefsel verloren doordat de bloedtoevoer afgesneden wordt,
- bij Alzheimer gaat hersenweefsel verloren door het ontstaan van de amyloïde plaques en neurofibrillaire tangles.

Symptomen

Uiteenlopende functies kunnen worden aangetast al naar gelang de plaats waar de beschadigingen in de hersenen optreden. Bij infarctjes in de hersenschors wordt vooral het geheugen getroffen. Er ontstaan leemten in het geheugen maar andere delen blijven intact. Het geheugen is dus niet gelijkmatig aangetast, maar er zitten 'gaten' in. Dat geldt ook voor het denken. Er is dus - zoals bij de ziekte van Alzheimer - geen sprake van afbraak van de gehele persoonlijkheid.

Evenwichts- en gezichtsstoornissen kunnen voorkomen, evenals neurologische uitvalsverschijnselen zoals verlammingen of krachtsvermindering in bepaalde spieren.

Neerslachtigheid en angst zijn dan vaak voorkomende verschijnselen. De persoon kan zeer emotioneel en agressief reageren.

Om de diagnose te kunnen stellen, gebruiken medici vaak de lijst van Hachinski. Hoe meer van onderstaande verschijnselen voorkomen, hoe groter de kans dat het om vasculaire demencie gaat:

- abrupt begin;
- sprongsgewijze achteruitgang;
- wisselende ernst van de symptomen;
- nachtelijke onrust;
- relatief goed bewaarde persoonlijkheid;
- depressieve stemming;
- lichamelijke klachten;
- emotionele labiliteit;
- verhoogde bloeddruk;
- reeds doorgemaakte CVA;
- focale neurologische verschijnselen (verlammingen, gezichtsstoornissen);
- tekenen van aderverkalking.



Vooral het abrupte begin, het wisselend beloop, een vroeger CVA en de focale neurologische symptomen wijzen in de richting van een vasculaire demencie.

Met technieken als het EEG (elektro-encefalogram) en de CT-scan kunnen vasculaire infarcten zichtbaar worden gemaakt. Voor kleinere infarcten is men aangewezen op de MRI-scan, die de hersenen scherper in beeld brengt.

Behandeling

Ook vasculaire demencie is ongeneeslijk. De gemiddelde levenskans bedraagt zes jaar terwijl dat in het geval van de ziekte van Alzheimer – meestal - langer is. Behandeling is niet eenvoudig. Bij een infarct gaat immers een stuk hersenweefsel definitief verloren. De behandeling richt zich op het voorkomen van herhalingen van deze infarctjes. Dat kan door een eventueel bestaande hartaandoening aan te pakken want die kan bloedstolseltjes veroorzaken. Arteriosclerose is feitelijk niet te behandelen. Het gaat vooral om preventie, voorkomen dat er in de slagaders vet- en kalkaanzetting ontstaat.

Vasculaire demencie en Alzheimer kunnen gelijktijdig optreden. De behandelingsmogelijkheden en vooruitzichten zijn dan slechter dan bij alleen vasculaire demencie.



Bekijk het filmpje 'Wat is vasculaire dementie?' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.



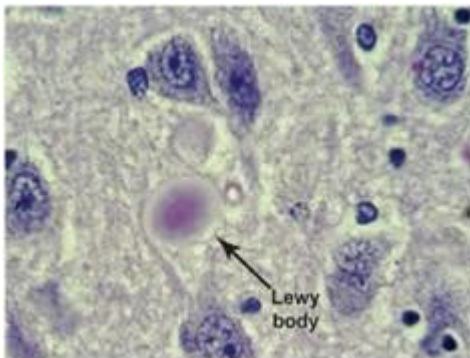
Opdracht: Vasculaire dementie

1. Aan welke symptomen herken je vasculaire dementie?
 2. Zijn er (denk je of weet je) cliënten met deze vorm van dementie die je kent? Licht je antwoord toe.
 3. Welke gedragsadviezen geef je aan je collega's als het gaat om de omgang?
-

Lewy body dementie

Deze vorm van dementie is vernoemd naar de ontdekker dr. Friedrich H. Lewy. Tot voor kort werd deze ziekte als een zeldzame vorm van dementie beschouwd. De laatste jaren zijn er aanwijzingen dat deze vorm van dementie meer voorkomt dan werd gedacht. Mogelijk gaat het wel om 15 tot 20% van de vormen van dementie. Het zou daarmee de derde (na vasculaire dementie) of wellicht tweede meest voorkomende vorm van dementie zijn. Dat zou neerkomen op tussen de 27.000 en 54.000 mensen met deze vorm van dementie. Meer mannen dan vrouwen krijgen deze vorm van dementie en het kan beginnen vanaf 50 jaar.

Lewy bodies



Lewy bodies (zie afbeelding) zijn abnormale eiwitverdichtingen in hersencellen. Hierdoor wordt zowel de dopamine (relatie met Parkinson) als acetylcholine productie verstoord. Nieuwe technieken in het onderzoek van hersenweefsel hebben de opsporing van Lewy bodies mogelijk gemaakt.

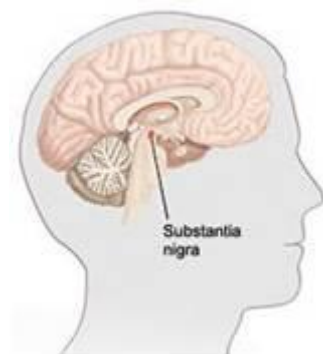
Lewy bodies worden echter ook aangetroffen bij de ziekte van Parkinson met name in de substantia nigra. Dit is een klein, in de hersenstam gelegen gebied (zie illustratie) dat te maken heeft met bewegingscontrole.

Tot slot worden bij een kwart van de mensen met Alzheimer

Lewy bodies aangetroffen, niet alleen in de hersenstam maar ook verspreid over de hersenschors.

De oorzaak van het ontstaan van Lewy bodies is nog onbekend.

Net als de andere vormen van dementie is deze vorm van dementie pas definitief vast te stellen bij autopsie.



Symptomen

- In het begin wordt geklaagd over de achteruitgang van het geheugen. Er zijn problemen met de concentratie en er zijn aandachtsstoornissen.
- Kenmerkend zijn de schommelingen in de geestelijke achteruitgang en de verschijnselen van parkinsonisme zoals tremor, stijfheid, langzame beweging, een gebogen postuur en een afwijkende manier van lopen.
- Mensen met deze vorm van dementie zijn vaak overgevoelig voor antipsychotica.
- Benoemproblemen, maar het geheugen en het uitvoeren van handelingen blijven meestal lange tijd goed.
- Al vroeg in het ziekteproces kunnen visuele hallucinaties (meestal levendige niet op de waarheid berustende beelden, zoals het zien van mensen en dieren) optreden.
- De mate van dementie en de verschijnselen van parkinsonisme kunnen sterk van dag tot dag variëren. Veel mensen hebben wisselende perioden van verwardheid. De verwardheid wordt gekenmerkt door geheugen- en oriëntatie stoornissen, wisselende aandacht en concentratie, onrust en soms "plukken" aan dekens of kleding.
- Ook kunnen andere symptomen van geestelijke achteruitgang en depressiviteit optreden.



Overgevoeligheid voor antipsychotica en verschijnselen van parkinsonisme.

Behandeling

De levensverwachting vanaf het ontstaan van de symptomen is 5 tot 6 jaar en er bestaat nog geen specifieke behandeling.



Bekijk het filmpje 'Lewy body dementie' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

Frontotemporale dementie (FTD)



Bekijk het filmpje 'Ontregeld' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.



Synoniemen zijn 'de ziekte van Pick' en 'frontaalkwabdementie'. Bij deze aandoening wordt vooral het voorste gedeelte van de hersenen, de frontaal- of voorhoofdkwab en de temporaal- of slaapkwab aangetast (zie illustratie).

De aandoening begint meestal tussen het 50^e en 60^e levensjaar. De mens met FTD maakt in het begin een normale indruk. Naarmate de dementie vordert, veroorzaakt de aantasting van de hersenen veranderingen in het gedrag en het contact met anderen.

De oriëntatie in tijd en ruimte, het geheugen en de visueel-ruimtelijke functies zijn intact. Ingewikkelde handelingen, als autorijden zijn gevaarlijk doordat de persoon wordt afgeleid, stoplichten negeert of te snel of langzaam rijdt.

De oorzaak van deze vorm van dementie is tot nu toe onbekend.

Net als bij Alzheimer, verloopt de ontwikkeling van FTD langzaam en progressief. Ook hier heeft de mens geen inzicht in zijn situatie. De gedragsveranderingen verschillen in ernst en aard.

Het stellen van de juiste diagnose is lastig. Artsen worden soms op het verkeerde been gezet doordat de persoonlijkheidsveranderingen en gedragsstoornissen vaak psychiatrisch aandoen. Wat veel problemen oplevert voor de omgeving.

Met moderne scantechnieken kan het afsterven van hersencellen in de frontaalkwab worden aangetoond. Aanvullend neuropsychologisch en psychiatrisch onderzoek is belangrijk voor het stellen van de diagnose.

Symptomen

- Opvallend is het voorkomen van ontremming. Dit uit zich in ongepast gedrag naar de omgeving (schelden, luid becommentariëren van andermans uiterlijk, stelen e.d.) en is vaak een eerste symptoom.
Het eetpatroon kan veranderen in gulzigheid of overmatig snoepen wat vaak leidt tot aanzienlijke gewichtstoename. Men handelt impulsief wat tot gevaarlijke situaties kan leiden.
- Verder opvallend is het obsessief-compulsieve gedrag: extreem vasthouden aan tijden (maaltijden, koffie e.d.), het gefixeerd zijn op bepaalde activiteiten (legpuzzels maken, tellen van voorwerpen, verzamelen van dingen) en patronen of schema's.
Het uit zich vaak in ongedurigheid of rusteloosheid: voortdurend heen en weer lopen in huis of buitenshuis volgens vaste routes.
- Verlies van initiatief en onverschilligheid vooral in de begin fase, of juist overdreven uitgelaten, claimend of opdringerig worden.
De emotionele onverschilligheid t.a.v. ingrijpende levensgebeurtenissen zoals overlijden van familie of geboorte van kleinkinderen is vaak bijzonder pijnlijk.

-
- Inzicht in de eigen situatie ontbreekt. Men is overtuigd dat anderen er voor verantwoordelijk zijn wanneer iets niet goed gaat.
 - De zelfverzorging gaat meestal sterk achteruit. Vervuiling kan worden voorkomen door dagelijkse aansporing door de verzorger.
 - Verlies van taalvaardigheid kan optreden door achteruitgang van de temporale- of slaapkwabben.

Behandeling

Er is geen genezende behandeling. Bepaalde verschijnselen – vooral gedragsveranderingen – kunnen met medicijnen worden beïnvloed.

De omgang moet gericht zijn op het bieden van ordening en structuur. Impulsief gedrag wordt door gebeurtenissen die van het dagelijkse patroon afwijken gestimuleerd. Elke verandering van situatie wordt door de persoon als onveilig en bedreigend ervaren.

De ziekte van Creutzfeldt-Jakob

Vernoemd naar twee Duitse neurologen, H.G. Creutzfeldt en A.M. Jakob. Zij beschreven de ziekte voor het eerste aan het begin van de vorige eeuw.

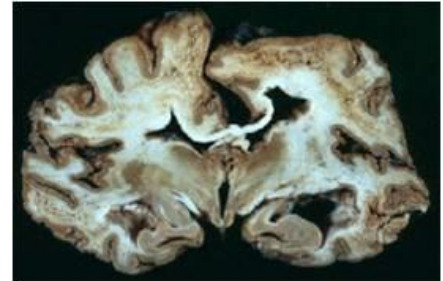
Het is een ongeneeslijke hersenziekte, waarbij de hersencellen in snel tempo afsterven.

Deze ziekte wordt veroorzaakt door een eiwit (prion), dat normaal in het lichaam aanwezig is maar door verandering van vorm allerlei ziekteverschijnselen veroorzaakt.

Kenmerkend is de versponzing van de hersenen. Zie illustratie.

In tegenstelling tot Alzheimer, komt Creutzfeldt-Jacob vaak al op relatief jonge leeftijd voor, tussen het 50^e en 60^e jaar.

Het is een zeldzame aandoening; één op elke 500.000 tot 1.000.000 mensen. In Nederland zijn er tussen de 10 en 20 mensen, een zeer laag aantal dus. Een aantal dat vrij constant blijft.



De diagnose kan pas met zekerheid na het overlijden worden gesteld. Vergelijkbare ziekten komen voor bij onder meer schapen (scrapie) en runderen (BSE of gekkekoeienziekte). Begin jaren '80 kreeg een aanzienlijk aantal mensen in Groot-Brittannië een nieuwe variant van de ziekte als gevolg van het eten van met BSE besmette producten.

Symptomen

- De ziekte verloopt snel. De helft van alle mensen overlijdt binnen een half jaar. Vaak ten gevolge van een longontsteking. Over het algemeen is een jaar nadat de ziekte zich openbaart bijna elke cliënt overleden. Bij een klein aantal duurt het twee jaar, bij hoge uitzondering langer.
- Er ontstaan problemen met de besturing van de ledematen met als gevolg een soort 'dronkenmansloop'. Ook wordt de spraak trager of onduidelijker.
- De ziekte begint vaak met wat vage, psychische veranderingen. Die lijken in het begin op overspannenheid of neerslachtigheid.
Binnen enkele weken treden geheugenstoornissen op en krijgt de persoon in kwestie bovendien problemen met de verwerking van alles wat hij ziet.
In een later stadium doen zich spierschokken voor, worden armen en benen stijver, treedt incontinentie op en kan de cliënt niet meer bewegen en spreken. Waarschijnlijk is hij zich dan niet meer bewust van zijn omgeving en beperkingen.
- Er kunnen psychotische verschijnselen optreden zoals hallucinaties met als gevolg angst.

Behandeling

Aan de oorzaak van deze ziekte is niets te doen, wel kan iets worden gedaan om het leed te verzachten. Bijvoorbeeld door goede verpleging en het tegen gaan de spierschokken met behulp van medicijnen.

De Ziekte van Huntington



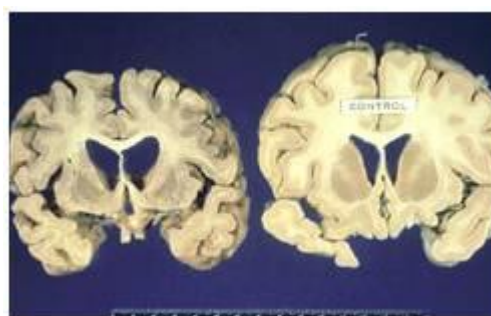
De ziekte van Huntington (genoemd naar de Amerikaanse huisarts die het voor het eerste beschreef, zie afbeelding) is een erfelijke hersenaandoening die de hersendelen aantast die belangrijk zijn voor het aansturen van bewegingen en voor de verstandelijke vaardigheden. De eerste symptomen openbaren zich meestal tussen het 35^e en 45^e levensjaar, maar kunnen ook eerder of later optreden.

Symptomen zijn onwillekeurige bewegingen (chorea) die langzaam verergeren, verstandelijke achteruitgang en een verscheidenheid van psychische symptomen.

De ziekte leidt gemiddeld na een achttiental jaren tot de dood, meestal door bijkomende oorzaken zoals longontsteking. De jeugdvorm begint doorgaans in de tienerjaren. Deze vorm kenmerkt zich, in plaats van door onwillekeurige bewegingen, vooral door spierstijfheid.

De ziekte van Huntington wordt veroorzaakt door een afwijkend gen op het 4^e chromosoom. Indien één van de ouders het afwijkende (Huntington) gen heeft, dan heeft elke zoon of dochter 50% kans de ziekte te erven. Bij diegenen, die het Huntington-gen hebben geërfd, zal de ziekte zich openbaren als zij lang genoeg leven.

In de meeste westerse landen komt de ziekte voor bij 7 tot 10 op de 100.000 mensen. Dit betekent dat in Nederland circa 1.300 mensen aan de ziekte van Huntington lijden.



Rechts normale hersenen en links door de ziekte van Huntington aangetaste hersenen.

De diagnose is vaak moeilijk te stellen. De symptomen worden soms ten onrechte toegeschreven aan Parkinson, Multiple sclerose, Schizofrenie, Epilepsie of dronkenschap.

Symptomen

- Ongewilde, soms sierlijk uitziende bewegingen over het gehele lichaam. Cliënten lijken vaak rusteloos en zenuwachtig. Deze subtiele bewegingen worden gevolgd door bewegingsonrust in het gezicht en de ledematen, kleine vrij snelle bewegingen of rukjes, een grimas, dronkenmansgang en vermindering van het evenwichtsgevoel. In een later stadium grove, doelloze en onwillekeurige bewegingen van de ledematen, het hoofd en daarna ook van de romp.
- Er is sprake van een combinatie van lichamelijke en psychische symptomen waarbij voor buitenstaanders vooral de lichamelijke symptomen als eerste worden waargenomen.
- Het spreken en slikken kan ernstige problemen gaan opleveren.
- In een later stadium kunnen voortschrijdende verstandelijke achteruitgang, agressie en/of emotionele labiliteit en soms wanen of hallucinaties voorkomen.



Behandeling

Het is op dit moment niet mogelijk om de ziekte te genezen of zelfs het verloop af te remmen. Diverse medicijnen kunnen verlichting geven van de onwillekeurige bewegingen of de geestelijke symptomen.



Opdracht: Andere vormen van dementie

1. Er zijn een aantal vormen van dementie die minder voorkomen. Wat vind je belangrijk om over deze vormen van dementie aan je collega's te vertellen? Motiveer je antwoord.
 2. Ben je deze vormen van dementie in je werk wel eens tegengekomen? Zo ja, wat waren de belangrijkste problemen in de omgang met deze cliënt(en)?
-

Alcohol en dementie: het syndroom van Korsakov



Het syndroom van Korsakov werd aan het eind van de negentiende eeuw voor het eerst beschreven door de Russische arts Sergei Korsakov (zie illustratie). Deze ziekte wordt veroorzaakt door langdurig alcoholgebruik (wat in Rusland toen veelvuldig voorkwam) in combinatie met slechte voeding waardoor een gedeelte van de hersenen wordt aangetast. Met name het vitamine B1 (thiamine)-gebrek is verantwoordelijk voor het ontstaan. Vitamine B1 is te vinden in volkoren en graanproducten, groenten, aardappelen, peulvruchten, noten en varkensvlees. Bij normaal gebruik van deze producten neemt het lichaam voldoende vitamine B1 op.

Alcoholisten ontwikkelen vaak slechte voedingsgewoonten. Ze eten te weinig en niet gezond. Hierdoor ontstaan voedingstekorten. Bij aanhoudend gebrek aan B vitaminen kan zich het Korsakov-syndroom ontwikkelen.

In de acute fase treden door het alcoholmisbruik stoornissen in de leverfunctie op. De cliënt kan in een delirium raken. Ook kunnen er als gevolg van afwijkingen van het zenuwstelsel, afwijkende oogbewegingen en loopstoornissen ontstaan. Na korte tijd raakt de cliënt uitgeput en uitgedroogd en bij uitblijven van behandeling sterft hij.

Na medische behandeling stopt het ziekteproces, maar de schade is onomkeerbaar. Er blijven ernstige restverschijnselen over.

Symptomen

- Geheugenverlies, met name inprentingsstoornissen.
Vooral dingen die kort geleden zijn gebeurd, kan de cliënt zich niet meer herinneren. De cliënt kan iets meestal niet langer dan 20 a 30 seconden onthouden. Hierdoor raakt de cliënt gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon.
Herinneringen aan gebeurtenissen die langer geleden hebben plaatsgevonden, blijven vaak beter bewaard. Hoewel cliënte met Korsakov zich bepaalde gebeurtenissen dus nog kunnen herinneren, hebben ze problemen om deze gebeurtenissen in chronologische volgorde te plaatsen.
- Ontkennen van geheugenproblemen.
Gaten in het geheugen worden opgevuld met fantasieverhalen (confabuleren). De verhalen zijn zo waarschijnlijk dat iedereen denkt dat er met het geheugen niets aan de hand is.
- Is niet in staat het dagelijks leven in te richten.
Dat maakt de cliënt onzeker en faalangstig. De een reageert apathisch, trekt zich terug, neemt geen initiatief. De ander wordt agressief.
- Oriëntatieproblemen in tijd en plaats.
De cliënt leeft in chaos en heeft moeite zich aan te passen aan een nieuwe omgeving. Het herkennen van personen blijft het langst intact, maar ook dat kan op den duur verstoord raken.
- Intellectuele vaardigheden en begrip blijven relatief goed intact.
- Geen progressieve ziekte wanneer gestopt wordt met drinken.

Prognose

Wanneer gestopt wordt met drinken blijven de cognitieve stoornissen stabiel of worden zelfs minder. Bij ongeveer twintig procent van de mensen is er zelfs verbetering te verwachten. Eenzelfde percentage laat niet of nauwelijks herstel zien. De grootste groep ligt hiertussen in: ze vertoont enige verbetering maar blijft restverschijnselen vertonen.

Wanneer er niet tijdig gestopt wordt met drinken kan het Korsakov-syndroom overgaan in alcoholdementie. Hiervan is sprake als ook herinneringen uit het verre verleden en de intellectuele vaardigheden zijn aangedaan. Het verpleeghuis is steeds vaker het eindstation voor mensen met Korsakov.

Op sociaal gebied kan de cliënt niet goed meer functioneren. Zij lijden vaak een teruggetrokken en

geïsoleerd bestaan. Omdat ze bijvoorbeeld afspraken vergeten en confabuleren vinden anderen hen onbetrouwbaar. Door de ziekte kan de cliënt situaties en risico's niet goed beoordelen. Hij leeft door de inplantingsstoornis van moment tot moment en kan zijn gedrag niet plannen. Op financieel gebied zijn er doorgaans veel dingen fout gelopen.

Hoewel mensen met Korsakov normaal intelligent zijn, gaat er veel mis. Kenmerkend is de passiviteit. Spontaan ondernemen ze niets en ze raken zo gemakkelijk in een isolement. Als ze vervolgens gedwongen worden iets te ondernemen is dat vaak zo bedreigend dat ze agressief reageren.

Omgang

Steekwoorden bij de omgang zijn de zogenaamde 5 K's (met veel c's): concreet, kort, consequent, continu en creatief. Gezien hun geheugen- en oriëntatieproblemen en hun faalangst hebben mensen met Korsakov baat bij een gestructureerde omgeving en een gestructureerde dagindeling. De cliënt kan geleerd worden een agenda te gebruiken waarin dagelijkse bezigheden worden opgeschreven. Faalangst en gevoelens van machteloosheid dienen voorkomen te worden. Het heeft geen zin de cliënt te wijzen op bijvoorbeeld 'gaten' in het geheugen. Hierdoor kan deze zich betrappt voelen. Beter is het om de verhalen van de betrokkene aan te vullen met juiste informatie en de cliënt zo in de juiste richting te sturen. Een tegemoetkomende en meegaande houding werkt vaak beter dan een van aandrang. Het is goed om aan te sluiten bij activiteiten die de cliënt zonder problemen uit kan voeren. In de juiste ondersteunende omgeving blijken mensen met Korsakov tot meer in staat te zijn dan vaak gedacht wordt.

In Nederland hebben ongeveer 800.000 mensen een alcoholprobleem, in de zin dat er sprake is van alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Bij ongeveer een derde gaat het om zware drinkers (meer dan 50 glazen per week drinken). Van deze zware drinkers ontwikkelt een klein deel (ongeveer 3%) uiteindelijk een syndroom van Korsakov. Nederland telt ongeveer 8.000 van deze mensen. Dit aantal lijkt de laatste jaren toe te nemen. Een bijzondere risicogroep is de groep thuislozen.



Website: <http://www.korsakovkenniscentrum.nl/>



Bekijk de rapportage van 'Een vandaag'

Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 1**

Downsyndroom en dementie

Bij mensen met het Downsyndroom komt de ziekte van Alzheimer relatief vaak voor. Onderzoek wijst uit dat elf procent van de 40-49 jarigen met het Downsyndroom de ziekte van Alzheimer heeft, en dat dit percentage elke tien levensjaren verdubbelt (bijvoorbeeld 44% van de mensen van 60 - 70 jaar).

De eerste verschijnselen openbaren zich soms al rond het 40^e levensjaar, al wordt het niet altijd herkend. De diagnose dementie bij iemand met een verstandelijke beperking is moeilijk te stellen door de verstandelijke beperking.

De levensverwachting van mensen met Downsyndroom is de afgelopen honderd jaar spectaculair toegenomen: ongeveer de helft van hen wordt tegenwoordig zestig jaar of ouder. Daarmee neemt het aantal mensen met het down-syndroom en dementie echter ook snel toe.



Erfelijke factor

Mensen met Downsyndroom hebben een extra chromosoom 21. Op dit chromosoom zit een gen dat verband houdt met de stofwisseling van een bepaald eiwit in de hersenen. Door een fout in dit gen wordt dit eiwit niet afgebroken, waardoor het zich ophoopt in de hersenen (de zogenaamde amyloïdplaques). In de hersenen van mensen met de ziekte van Alzheimer zien we erg veel van deze plaques.

Verschijnselen

De eerste symptomen van de ziekte van Alzheimer bij mensen met het Downsyndroom zijn meestal geheugenproblemen, minder actief en sneller vermoeid zijn en traagheid in denken en doen.

Met het beloop van de ziekte treden de volgende verschijnselen op: minder interesse voor allerlei zaken, sufheid overdag, achteruitgang van ADL, minder verstaanbaar spreken, oriëntatieproblemen, inprentingstoornissen en onzekere motoriek.

In een later stadium verergeren symptomen als oriëntatie- en geheugenstoornissen, taalverlies, apraxie, agnosie en epileptische verschijnselen.

Uiteindelijk treedt bedlegerigheid op, problemen met slikken, volledige incontinentie en ernstige epilepsie, leidend tot totale afhankelijkheid.

Bij ouderen met een verstandelijke beperking duurt het ziekteproces vanaf de diagnose tot het overlijden gemiddeld minder dan vijf jaar.

De DSVH: DementieSchaal voor mensen met een Verstandelijke Handicap

Deze gedragsbeoordelingsschaal is een hulpmiddel bij de diagnostiek van dementie bij volwassenen met een verstandelijke handicap. De DSVH wordt door gedragsdeskundigen ingevuld op basis van een gestructureerd interview met één of twee informanten die de persoon goed kennen.



Je kunt meer informatie over deze schaal vinden op <http://testweb.bsl.nl/tests/dsvh/>

Parkinson en dementie



Bekijk het filmpje 'Wat is parkinson-dementie?' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.



Parkinson kenmerkt zich door stoornissen in het bewegen waarvan het beven van vingers en handen wellicht het meest bekend zijn. De ziekte is vernoemd naar de ontdekker, de arts James Parkinson (zie illustratie). Het begin van de ziekte ligt doorgaans tussen de 50 en 65 jaar.

Het is een zeldzame aandoening; ongeveer 0,1% van de bevolking wordt erdoor getroffen. De kans om de ziekte te krijgen neemt toe met het ouder worden en van de mensen ouder dan 65 jaar lijdt ongeveer 1% aan de ziekte. De gemiddelde ziekte duur is acht jaar, maar kan variëren van één tot dertig jaar.

Onderzoek heeft laten zien dat de stoornissen in het bewegen ontstaan door celverlies in bepaalde dieper gelegen delen van de hersenen. Deze hersendelen zijn onder andere belangrijk bij het in gang zetten van bewegingen. Ook heeft men in die hersengebieden zogenaamde Lewy-bodies gevonden. Waardoor het celverlies en de Lewylichaampjes ontstaan, is niet bekend. Wel staat vast dat de ziekte slechts in enkele gevallen erfelijk is.

Veranderingen in het bewegen

Bewegingsstoornissen zijn kenmerkend. Vingers en handen die vooral in rust hevig beven en trage bewegingen. Ook ontstaat er zogenaamde bewegingsarmoede (hypokinesie). Dit kan zich uiten in een starre, vlakke gezichtsuitdrukking, een monotone stem en een stijve lichaamshouding. Bij het lopen worden pasjes kleiner en schuifelend en gaat het bovenlichaam voorover hellen. Het schrijven wordt moeilijker omdat de letters kleiner worden.

Naast veranderingen in het bewegen komen depressieve gevoelens voor en veranderingen in het denken. Als deze veranderingen zo ernstig zijn dat ze het dagelijks functioneren belemmeren, spreekt men van dementie.

Uit onderzoeken komt naar voren dat 35 tot 55% van de mensen met Parkinson een vorm van dementie ontwikkelt.

Bij een deel van deze groep lijken de verschijnselen op die van Alzheimer.

Er zijn stoornissen in het inprentings- en leervermogen, problemen met het uiten en begrijpen van taal en het uitvoeren van dagelijkse handelingen wordt moeilijker, zoals brood smeren of schoenveters strikken.



Dopamine

Parkinson vordert langzaam en is niet te stoppen. Wel zijn medicijnen ontdekt die het bewegen (tijdelijk) verbeteren. Door het celverlies in de hersenen ontstaat er een tekort aan een stof in de hersenen: dopamine. Deze stof is onder andere belangrijk bij het bewegen. De gebruikte medicijnen kunnen het tekort aan deze stof tijdelijk opvangen. Op termijn wordt het gebrek aan dopamine zo groot dat de medicijnen het niet langer kunnen compenseren.

Behandeling

Er zijn nog geen medicijnen bekend die de geestelijke achteruitgang kunnen stoppen. Vaak wordt met de toediening van dopamine gestopt omdat daardoor verwardheid en hallucinaties kunnen toenemen. Met het vorderen van de ziekte wordt iemand in toenemende mate hulpbehoevend. Men raakt de controle over het lichaam kwijt, wat tot lichamelijke complicaties kan leiden. Uiteindelijk dient men geheel verzorgd te worden en lukt zelfstandig eten niet meer.



Ga naar: www.parkinson-vereniging.nl/parkinson.html of ga naar onze online kennisbank voor meer informatie



Opdracht: Korsakov, Down, Parkinson met dementie

1. Beargumenteer waarom mensen met deze ziektes wel / niet begeleid of opgevangen zouden kunnen worden door de organisatie waarvoor je werkt.
 2. Wat is eigenlijk het verschil tussen Parkinson en Parkinsonisme en wat betekent dat voor de omgang?
-

Allochtonen en dementie¹

Onder de 260.000 mensen met dementie in Nederland zijn 28.000 van allochtone afkomst. Dat is 10% van het aantal mensen met dementie.

Als gevolg van de vergrijzing stijgt dit aantal in 2030 naar zo'n 60.000 (toename van meer dan 100%). Het aantal allochtonen met dementie stijgt ruim twee keer zo snel als het aantal autochtonen met dementie. Dit heeft als oorzaak dat allochtonen in Nederland steeds ouder worden. De eerste generatie niet-westerse allochtonen die in de jaren '60 en '70 naar Nederland zijn gekomen, zullen in de komende 15 jaar sterk vergrijzen.



Het merendeel van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door naaste familie en/of omgeving. Voor autochtonen is dit 70%. In allochtone kring woont 99% van de mensen met dementie thuis of bij familie.

Uit onderzoek blijkt dat 82% van de mantelzorgers van iemand met dementie overbelast is of risico loopt op overbelasting. Als de mantelzorger de ondersteuning van iemand met dementie niet meer aan kan, is dat een belangrijke reden voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. De belasting van de allochtone mantelzorger is nog hoger dan bij autochtone mantelzorgers onder andere door onbekendheid met dementie en een geringer bereik van zorg- en welzijnsvoorzieningen. 1% van de mensen van Marokkaanse afkomst en 7% van de mensen van Turkse afkomst maken gebruik van thuiszorg tegenover 16% van de mensen van autochtone afkomst. De overbelasting die dit tot gevolg heeft, uit zich niet in verpleeghuisopname.

Minder dan 1% van de mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst met dementie woont in een verpleeghuis tegenover 30% van de autochtonen met dementie.

Bij allochtonen is als gevolg van het taalprobleem en de andere cultuur waarin men is opgegroeid, dementie moeilijker vast te stellen. Opleidingsniveau, schaamte en het niet herkennen van de klachten als symptomen van een ziekte, zijn andere factoren. Door een late diagnose krijgen zij ook pas later in het ziekteproces ondersteuning.

Bij allochtonen is dus veel aandacht nodig voor de mantelzorgers. Daar komt bij dat er onbekendheid is met dementie en een taboe ligt op dergelijke aandoeningen.

Tussen de verschillende groepen allochtonen zijn er onderlinge verschillen per nationaliteit / cultuurgroep hoe men hiermee omgaat.

Dementie bij allochtonen

- Volgens Alzheimer Nederland groeit 5 x zo snel.
- Meer onbekendheid met ziektebeeld.
- Vergeetachtigheid wordt gezien als normale veroudering.
- Communicatie-, generatie-, cultuurverschillen.
- Ouderen verwachten dat kinderen eigen leven opzij zetten
- Intensievere zorggewoonten niet berekend op langdurige zorg.
- Blijven verwachten dat de ziekte morgen beter wordt.
- Taboe op bespreken dementie, kanker, dood.
- Onbekend met ondersteuningsmogelijkheden.
- Andere culturele achtergrond / zorgverleners.

¹ Bron: Alzheimer Nederland, Cijfers en feiten over dementie en allochtonen, maart 2014.

Dementie op jonge leeftijd



Bekijk het filmpje 'Dementie op jonge leeftijd: 10 signalen' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.



Bekijk het filmpje 'Weet je dat niet meer?' op het GVP-gedeelte van de BTSG site.

In Nederland zijn naar schatting 12.000 mensen met dementie jonger dan 65 jaar. Dementie op jonge leeftijd begint meestal op een leeftijd tussen 40 en 65 jaar.

Vaak vallen veranderingen in het gedrag meer op dan de problemen met het geheugen. Op het werk gaat het mis of het werk komt niet meer af. Ook thuis merkt men veranderingen op, zoals in het gedrag of met de taal. Ook het huishouden kan een probleem worden. Deze veranderingen worden meestal niet direct herkend als verschijnselen die bij een dementie horen. Ze worden vaak geweten aan overspannenheid (stress, burn-out), depressie en relatieproblemen.

De veranderingen in de hersenen van mensen met dementie op jonge leeftijd zijn dezelfde als bij oudere mensen met dementie. Het ziekteproces gaat meestal wel sneller en problemen met de taal (afasie), de motoriek (apraxie) en de herkenning (agnosie) treden eerder en vaak in ernstiger mate op. Net als bij dementie op oudere leeftijd is de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende vorm van dementie. Zeldzamere vormen van dementie (zoals frontotemporale dementie, vasculaire dementie en Lewy body dementie) komen echter meer voor dan bij oudere leeftijdsgroepen. Doordat jonge mensen met dementie lichamelijk over het algemeen fit zijn, hebben ze de neiging zichzelf beter in te schatten dan ze in werkelijkheid zijn en geven ze de regie over hun leven niet gemakkelijk uit handen. Daarnaast beseffen jong dementerende mensen vaak beter dat ze ziek zijn. Gevoelens van machteloosheid en frustratie zijn daarom veel heftiger.

Actieve rol in de maatschappij

De problemen worden vaak niet herkend, en kunnen leiden tot veel onzekerheid en onbegrip. Jonge mensen met dementie vervullen nog andere rollen in de maatschappij en beseffen vaak beter dat ze ziek zijn. Vaak geeft de beginperiode veel onzekerheid en spanningen thuis.

Het besef dat het veranderde gedrag door de ziekte komt, en de persoon hier niets aan kan doen, geeft duidelijkheid en wat rust bij de familie.

Het verliesproces waar een jong iemand met dementie mee te maken krijgt is ingrijpend. Zij spelen vaak nog een actieve rol in de maatschappij. Zij zullen niet snel hun positie als kostwinner en opvoeder willen opgeven, noch rollen en verantwoordelijkheden zoals geldzaken of autorijden, willen verliezen.

Symptomen

De symptomen bij dementie op jonge leeftijd zijn dezelfde als bij dementie op oudere leeftijd. Opvallend is echter dat de problemen met het geheugen vaak niet op de voorgrond staan.

Er zijn 10 signalen die kunnen wijzen op dementie op jonge leeftijd:

1. Moeite met het opnemen en verwerken van nieuwe informatie.
2. Wisselingen in stemming of juist onverschilligheid.
3. Overzicht verliezen in drukke situaties zoals op het werk (bij complexe situaties) of in het huishouden.
4. Gedragsveranderingen zoals ontremming en/of initiatiefverlies (apathie).
5. Niet plus gevoel bij naasten.
6. Vermindering van de woordenschat en problemen met het vinden van woorden.
7. Stoornissen in het gebruik van apparaten.
8. Karakterverandering.
9. Verandering van rollen op het werk en in het gezin.
10. Behandeling van klachten heeft geen effect.



Opvallend: het geheugen kan vaak nog redelijk goed zijn.

Bijlage: Signalen van dementie

TIEN SIGNALEN VAN DEMENTIE

1. Vergeetachtigheid

Een van de meest voorkomende symptomen is het vergeten van nieuwe informatie. Andere signalen zijn: het vergeten van belangrijke data of gebeurtenissen, dezelfde vraag telkens opnieuw stellen en afhankelijk zijn van spiekbriefjes of familie voor dingen die voorheen zonder hulp onthouden werden.

2. Problemen met dagelijkse handelingen

Gewone dingen gaan steeds moeilijker. Denk aan hobby's en financiën regelen. Ook zaken die gepland moeten worden of in een bepaalde volgorde uitgevoerd, leveren problemen op. Zoals koffie zetten of een maaltijd bereiden.

3. Vergissingen met tijd en plaats

Het is normaal als iemand even niet weet welke dag het is of waarom hij naar de keuken liep. Maar bij beginnende dementie gebeurt dit steeds vaker. Het besef van tijd wordt minder en uren lijken soms minuten. Ook het vinden van de weg wordt moeilijker. Iemand met dementie vergeet soms waar hij is en hoe hij daar gekomen is.

4. Taalproblemen

Met dementie kan het moeilijk zijn om een gesprek te volgen. Iemand kan midden in een gesprek stoppen met praten en niet meer weten hoe hij verder moet of het voorgaande herhalen. Hij kan eenvoudige woorden vergeten en komt steeds moeilijker op namen. Bijvoorbeeld "waar is dat ding voor mijn haar?" als hij naar een kam zoekt. Praten gaat ook minder vloeiend.

5. Kwijtraken van spullen

Hij kan spullen op vreemde plekken leggen, bijvoorbeeld een portemonnee in de koelkast of etenswaren in de linnenkast. Hij raakt spullen kwijt en kan niet meer achterhalen waar hij ze gelaten heeft.

6. Slecht beoordelingsvermogen

Bij dementie wordt het steeds lastiger om situaties in te schatten en keuzes te maken. Iemand met dementie kan aanbiedingen slecht inschatten en grote sommen geld uitgeven. Ook bij het doen van boodschappen kan hij teveel kopen of spullen kopen die niet nodig zijn.

7. Terugtrekken uit sociale activiteiten

Hij kan problemen ondervinden bij hobby's en sport en het voeren van gesprekken. Hij trekt zich vaker terug en onderneemt minder dan voorheen. Ook kan hij urenlang voor de televisie zitten en veel langer slapen dan gewoonlijk. Voor een buitenstaander lijkt het luiheid of gebrek aan interesse. Maar het is een soort faalangst. Als hij niets doet, kan hij ook niets fout doen.

8. Veranderingen in gedrag en karakter

Het kan gebeuren dat zijn gedrag en karakter veranderen. Dat hij verward, achterdochtig, depressief of angstig wordt. Zonder duidelijke aanleiding wisselt zijn stemming: het ene moment rustig en opeens verdrietig of kwaad. Hij kan soms dingen doen die hij vroeger nooit deed.

9. Onrust

Een van de symptomen van dementie is onrust. Daardoor lijkt het of hij telkens iets zoekt, moet opruimen of iets anders moet doen. Dit constante gevoel van onrust en de neiging te lopen leidt vaak tot slaapproblemen.

10. Problemen met zien

De hersenen krijgen moeite met het verwerken van hetgeen iemand met dementie ziet. Zo kan hij problemen krijgen bij het inschatten van afstanden.