

Inhoud Dag 2 GVP

Anatomie van de hersenen	3
De grote hersenen of cerebrum	4
Limbisch systeem	5
Neuronen en neurotransmitters	6
Ons wonderbaarlijke geheugen	8
Inprenting en inprentingsstoornissen	8
Korte-termijn geheugen	8
Lange-termijn geheugen	8
Geheugen en emoties	9
Brein-denken	10
Dementie	12
Enkele cijfers	12
Dementie of dementieel beeld?	12
Mild Cognitieve Impairment (MCI)	13
Verschillende vormen van dementie	15
Algemeen voorkomende problemen bij dementie	15
Andere mogelijk optredende verschijnselen bij dementie:	16
Het stellen van de diagnose	17
De ziekte van Alzheimer	18
Symptomen	19
Behandeling	19
Opdracht: Alzheimer	20
Vasculaire dementie	21
Wisselvallig verloop	21
Symptomen	22
Behandeling	22
Opdracht: Vasculaire dementie	23
Lewy body dementie	24
Lewy bodies	24
Symptomen	24
Behandeling	25
Frontotemporale dementie (FTD)	26
Symptomen	26
Behandeling	27
De ziekte van Creutzfeldt-Jakob	28
Symptomen	28
Behandeling	28
De Ziekte van Huntington	29
Symptomen	29
Behandeling	30
Opdracht: Andere vormen van dementie	30
Alcohol en dementie: het syndroom van Korsakov	31
Symptomen	31
Prognose	31
Omgang	32
Downsyndroom en dementie	33
Erfelijke factor	33
Verschijnselen	33
De DSVH: DementieSchaal voor mensen met een Verstandelijke Handicap	33
Parkinson en dementie	34
Veranderingen in het bewegen	34
Dopamine	34
Behandeling	35

Opdracht: Korsakov, Down, Parkinson met dementie.....	35
Allochtonen en dementie.....	36
Dementie op jonge leeftijd	37
Actieve rol in de maatschappij	37
Symptomen	38
Bijlage: Signalen van dementie	39
Voeding en dementie.....	40
Sfeer bevorderende factoren, ambiance	41
Praktische tips.....	42
Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken.....	43
Fingerfood, geen hulp meer nodig bij het eten.....	44
Kookboek kleinschalig wonen	45
Opdracht: Voeding en koken	45
Niet aangeboren hersenletsel.....	46
Hersenletsel als gevolg van een CVA	46
Mogelijke gevolgen van een CVA/NAH	47
Omgaan met.....	50
Communicatiestoornis.....	50
Handelingsstoornis.....	50
Geheugenstoornis.....	51
Aandachtstoornis	51
Neglect	52
Persoonlijkheidsverandering	52
Denk aan PRET	53
Algemene omgangsadviezen.....	53
Opdracht: Beantwoord in drietallen de volgende vraag	54
Rouw- en verliesverwerking.....	55
Cognitieve hiërarchie.....	55
Executieve functies	56
Multiple sclerose (MS).....	58
Oorzaak	58
Symptomen	58
Diagnose.....	59
Behandeling.....	59
Gevolgen.....	59
Cijfers.....	60
Parkinson.....	61
Symptomen	61
Diagnose	63
Gevolgen.....	63
Behandeling.....	63
Cijfers.....	63
Delier.....	65
Verschijnselen	65
Mogelijke oorzaken.....	66
Diagnose	66
Behandeling en omgang.....	67
Opdracht: symptomen verwardheid/delier	68

E-learning dementie

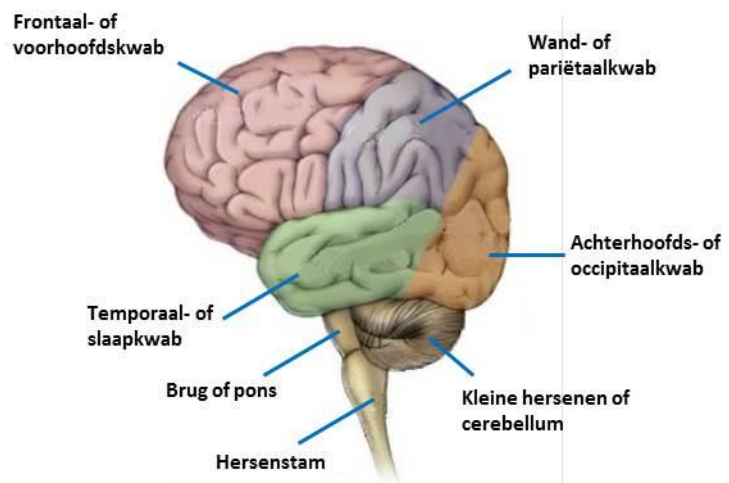
Tijdens deze lesdag ontvang je vakgerichte kennis omtrent gerontopsychiatrie. Veel theorie van deze lesdag heb je al opgedaan door de e-learning Dementie te volgen.

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.



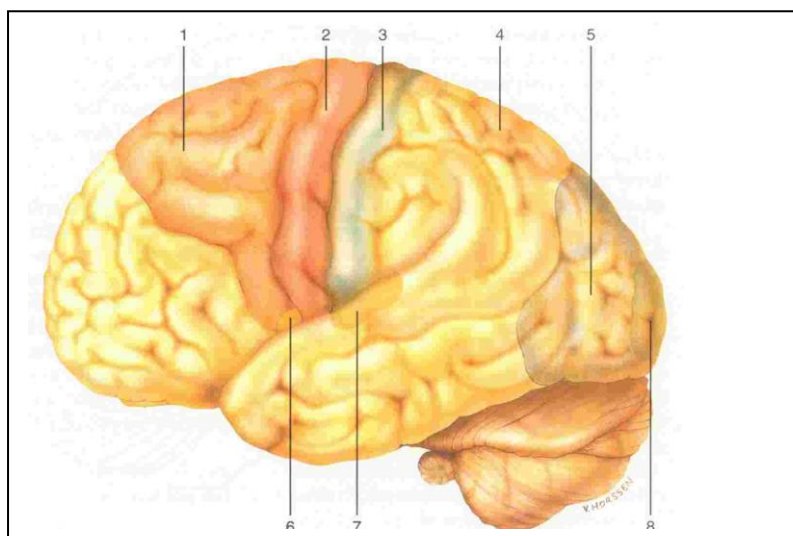
Verklarende woordenlijst

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 netvliezen 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 voorhoofdskwab	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 linkerkzijde 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.

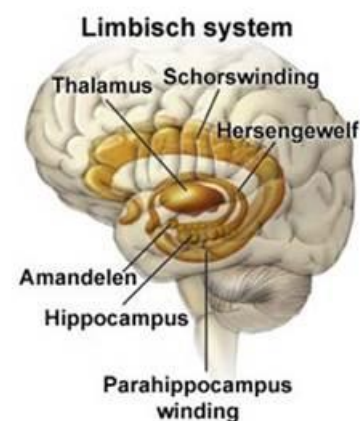
De niet-dominante hersenhelft (rechts) is het artistieke brein: emoties, ruimtelijke waarneming, totaliteit van beelden, verbeelding, kleur, dagdromen, begrip en waardering voor muziek / andere kunstuitingen (ritme) en sociaal gedrag. Dit gedeelte 'denkt' in beelden en gevoel.

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	limbsche 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 (nieuw)

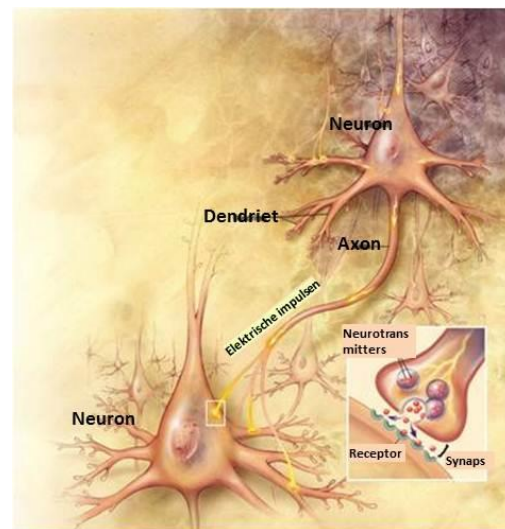
Log in met het wachtwoord: GVPopleiding

Ga naar **lesdag 2**

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.

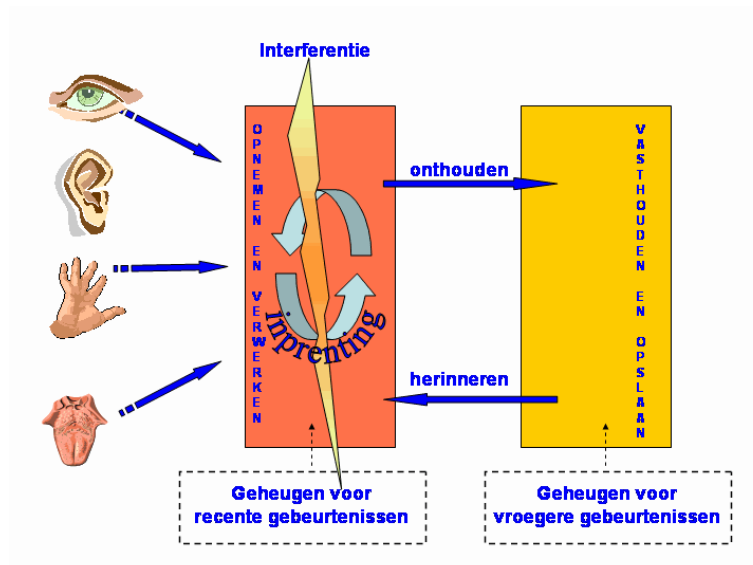
Ook dit ophalen uit het geheugen kan verstoord raken.

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

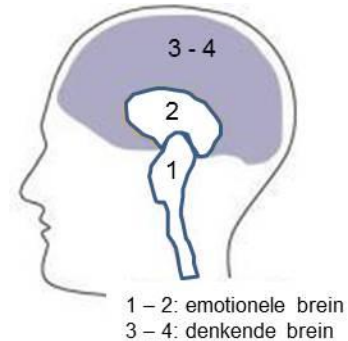
Door nieuwe inzichten in hoe hersenen functioneren, ontstaat er steeds meer inzicht in de werking van beschadigde hersenen.

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.

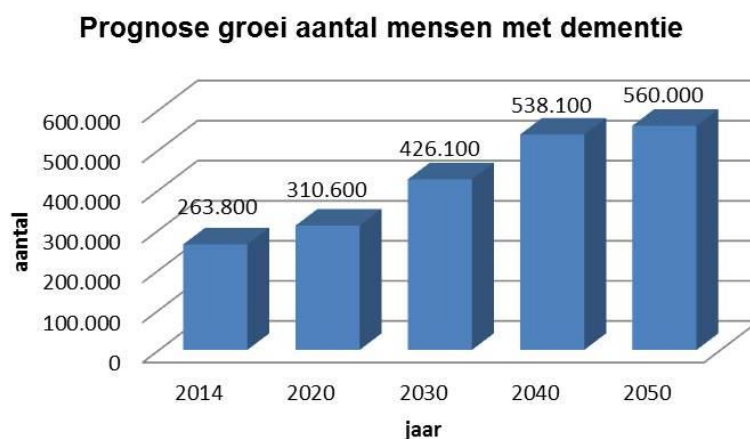
Enkele cijfers

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).



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.

De MMSE: Mini Mental State Examination

Let op!

Dit instrument geeft een indicatie voor mogelijke aanwezigheid van dementie. Het is geen diagnostiek, daarvoor is meer en aanvullend onderzoek nodig.

De MMSE is ontwikkeld om in korte tijd een indruk te krijgen van de cognitieve functies van een cliënt en is geschikt voor cliënten met een beginnende dementie. De test bestaat uit 11 vragen met een score van 0 tot 30. Het gaat om aspecten van het cognitief functioneren, vooral het geheugen en de taal. Het heeft de volgende onderdelen: oriëntatie in tijd en plaats, eenvoudige geheugentest, concentratie, taal, rekenen, handelingen uitvoeren en iets tekenen wat je gezien hebt. De MMSE test geen algemene kennis en lange-termijn geheugen. De test duurt ongeveer 10 minuten, zie de bijlage.



Opdracht: MMSE

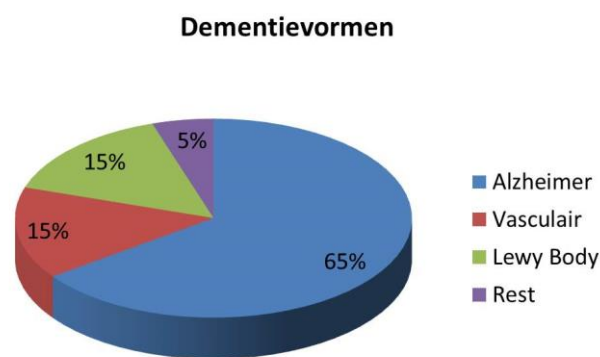
Neem de test bij elkaar af (zie bijlage). Bespreek kort wat je er van vond.

Score op MMSE	8 -23	4- 7	0 – 3	0 - 3
	Beginnende en milde dementie	Matige tot ernstige dementie	Ernstige dementie	Ernstige dementie
Fase van ik – beleving	Bedreigde – ik	Verdwaalde - ik	Verborgen – ik	Verzonken - ik
Stadium volgens Validerende benadering (Naomi Feil)	Lichte verwardheid	Verwardheid in tijd	Voortdurende beweging	Vegeteren

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 vijftig 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*
Gedragsregels 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



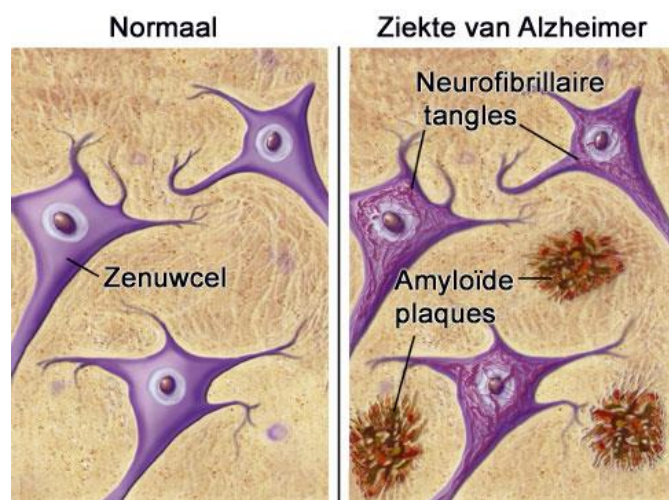
[Bekijk het filmpje 'Erik Scherder over de ziekte van Alzheimer'](#) op het GVP-gedeelte van de BTSG site.



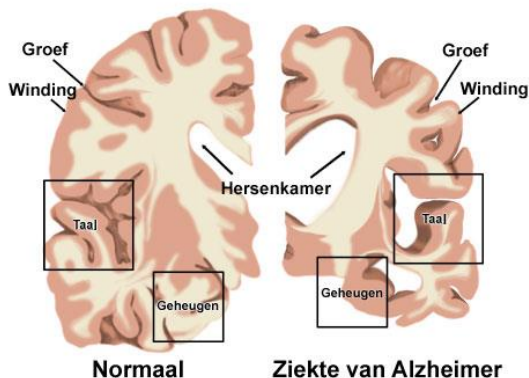
In 1906 ontdekte de Duitse arts Alois Alzheimer (illustratie links) kenmerkende veranderingen in het hersenweefsel van mensen die aan dementie waren overleden. Hij vond bij autopsie opvallende eiwitopbouwingen buiten en rondom de hersencellen de zogenaamde amyloïde plaques (zie illustratie). Binnenin 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.

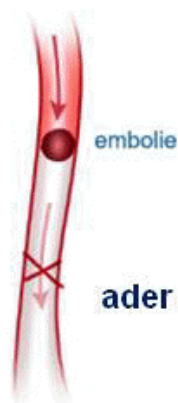


Opdracht: Alzheimer

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?
-

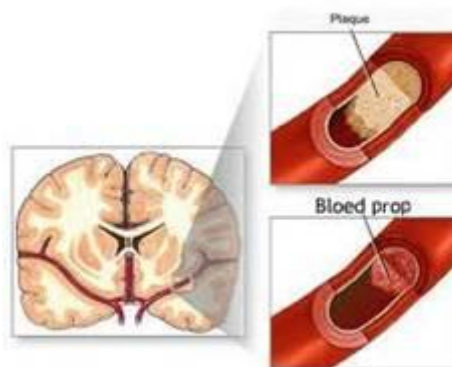
Vasculaire dementie

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 demantie 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 demantie.

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



[Bekijk het filmpje 'Wat is vasculaire dementie?'](#) op het GVP-gedeelte van de BTSG site.



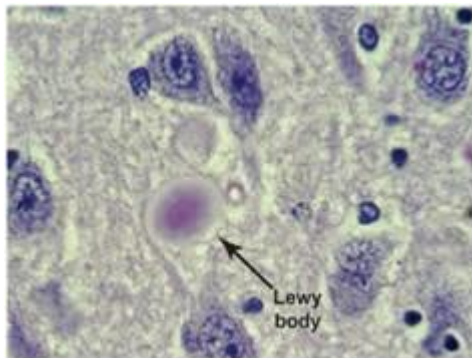
Opdracht: Vasculaire dementie

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.

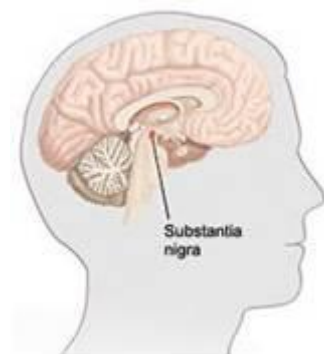
Lewy bodies worden echter ook aangetroffen bij de ziekte van Parkinson met name in de substantia nigra. Dit is een klein, in de hersenstam gelegen gebied (zie illustratie) dat te maken heeft met bewegingscontrole.

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.

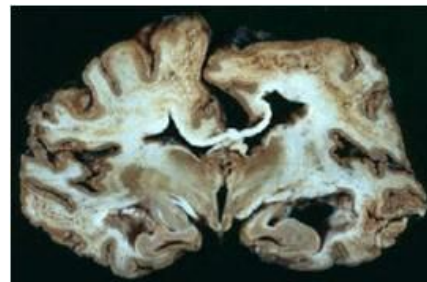
Het is een ongeneeslijke hersenziekte, waarbij de hersencellen in snel tempo afsterven.

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



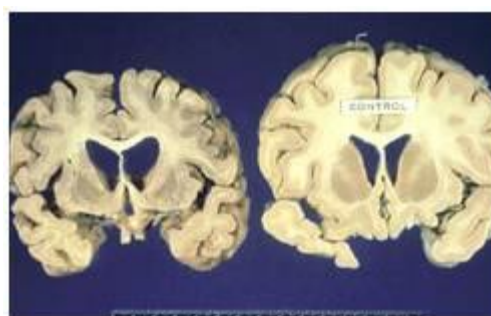
De ziekte van Huntington (genoemd naar de Amerikaanse huisarts die het voor het eerste beschreef, zie afbeelding) is een erfelijke hersenaandoening die de hersendelen aantast die belangrijk zijn voor het aansturen van bewegingen en voor de verstandelijke vaardigheden. De eerste symptomen openbaren zich 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 uitzierende 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 inprentingsstoornis 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'](#)

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 ziekteduur 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?
-

Alloctonen en dementie¹

Onder de 260.000 mensen 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 alloctonen met dementie stijgt ruim twee keer zo snel als het aantal autoctonen met dementie. Dit heeft als oorzaak dat alloctonen in Nederland steeds ouder worden. De eerste generatie niet-westerse alloctonen 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 autoctonen 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 autoctonen met dementie.

Bij alloctonen 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 alloctonen 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 alloctonen zijn er onderlinge verschillen per nationaliteit / cultuurgroep hoe men hiermee omgaat.

Dementie bij alloctonen

- Volgens Alzheimer Nederland groei 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 alloctonen, 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 slaaproblemen.

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.

Voeding en dementie



[Bekijk het filmpje 'Ondervoeding bij ouderen'](#)

Maaltijden spelen een belangrijke rol. Goed en gezond eten (en drinken) zorgen voor een gezond lichaam. Maaltijden zijn aangename momenten waarin we sociale contacten leggen en versterken. Wat en hoeveel we eten wordt door twee factoren bepaald:

- Lichamelijk: ons lichaam geeft zelf aan dat het 'honger' heeft waardoor we gaan eten.
- Omgeving: de omgeving waarin we de maaltijden gebruiken is belangrijk. Geuren en beelden hebben invloed op wat en hoeveel we eten. Het oog wil ook wat... En door de geur van vers gebakken brood krijgen we bijvoorbeeld meer trek. Het water loopt ons dan in de mond.

De lichamelijke factor

Ouderen hebben een minder goed werkend verzadigingsmechanisme: ze 'voelen' soms niet dat ze honger hebben. Bij ouderen met dementie kan het ertoe leiden dat ze geen 'voldaan gevoel' meer hebben, het blijven eten komt verhoudingsgewijs minder vaak voor. Omdat dit verzadigings mechanisme niet meer goed werkt zijn cliënten kwetsbaarder voor ondervoeding en dus vatbaar voor ziekten. Het is daarom belangrijk een extra stimulans vanuit de omgeving te geven, zodat cliënten goed eten.

Cliënten met een ernstige ziekte, dementie, depressie of slikproblemen hebben een verhoogd risico op ondervoeding.

Niet altijd is bekend wat iemand lekker vindt, of hoe dit verandert in de loop van iemands leven. Om problemen te voorkomen is het van belang om (de ontwikkeling van) het eetpatroon en het gewicht van cliënten systematisch te volgen, zodat je op tijd kunt ingrijpen. Minder ondervoeding, eten in een gezellige en rustige omgeving en meer keuzemogelijkheden is mogelijk maar dat vraagt inzet van alle betrokkenen. Een van de mogelijkheden om het goed eten te bevorderen is een gezellige ambiance.

Wist je dat bij 1 op de 3 cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen sprake is van ondervoeding en/of uitdroging?



Een groot misverstand is de gedachte dat iemand die bedlegerig is of gehandicapt, weinig voedingsstoffen nodig heeft. Dat is maar gedeeltelijk waar zoals uit bovenstaande grafiek blijkt.

De omgevingsfactor

Kleuren, geuren, consistentie en portiegrootte, gezelschap, geluiden (muziek) en aankleding van de

omgeving hebben positieve invloed op de hoeveelheid die iemand eet. Onderzoek toont aan dat bij extra aandacht voor de omgeving waarin wij eten, we het eten lekkerder vinden en meer gaan eten.

Twee factoren zijn daarbij van belang:

- De grootte van het tafelgezelschap.
- De gezelligheid van de eetomgeving.

Gezelligheid kent geen tijd (en doet meer eten). Wanneer maaltijden worden gehouden in een gezellige sfeer, eet men meer, blijft hun gewicht stabiel, houden zij kwaliteit van leven en fijne motoriek. Dus: gezellige sfeer tijdens de maaltijd heeft een positief effect op het welzijn van de cliënt.

Sfeer bevorderende factoren, ambiance

Een gezellige sfeer creëren tijdens de maaltijd berust op een aantal principes. Met als doel om van de maaltijd een belangrijk moment van de dag te maken, in rust en een aangename sfeer.

1. Keuzemogelijkheden

Let op de hoeveelheid eten die een cliënt gewend is. Zelf opscheppen is het best, als dit kan. Lukt dit niet dan kan een (te) vol bord afschrikken en men kan boos worden bij een te kleine portie. Meestal is zelf kiezen beter. Bij sommigen is dat lastig (ga hier niet te snel van uit!) of niet meer mogelijk.

2. Aankleding van de tafel

Een mooi aangeklede tafel geeft het gevoel dat een maaltijd belangrijk is. Een tafellaken, volledig servies en bestek, een glas en kan met water maakt het herkenbaar als thuis.



Vergelijk de linker en rechter foto

Sfeer door aankleding van de tafel

3. Gedrag van personeel

Druk rondlopend personeel leidt af en verstoort de maaltijd. Het gevoel van druk en haast staat in contrast met de rust die je wilt creëren en dit kan overslaan op cliënten.

4. Gedrag van tafelgenoten

De sfeer tijdens de maaltijd hangt af van het gedrag van de tafelgenoten. Een maaltijd is een gezamenlijke activiteit met sociale gedragsregels. Bij sommige cliënten moeten deze weer gereactiveerd worden, zoals respect voor elkaars eetritme en tafelmanieren. Afspraken over de

sfeer kunnen ruimte en rust scheppen tijdens de eetmomenten.

5. Omgevingsactiviteiten

Tijdens de maaltijden gaan de zorg en facilitaire activiteiten gewoon door. Laat die zo weinig mogelijk van invloed zijn op de maaltijd van de cliënt. Organiseer ze zoveel mogelijk buiten de ruimte waar gegeten wordt.

Praktische tips

Enkele tips voor een rustige en gezellige ambiance:

- Maaltijdvoorziening
 - De warme maaltijd
 - wordt in schalen op tafel geserveerd.
 - cliënt kan zien en kiezen wat hij op zijn bord wil (met hulp).
 - keuze uit twee groenten, vlees en aardappelen.
 - controleer temperatuur.
 - zelf laten scheppen of uitserveren op een bord.
 - niet te grote porties.
 - extra drinken aanbieden.
 - Broodmaaltijden:
 - cliënt kiest zelf wat hij op brood wil. Geen van te voren gesmeerde boterhammen, maar zelf aan tafel klaar maken.
 - potten thee of koffie (en herkenbaar!).
- Aankleding
 - Tafellaken op tafel.
 - Glazen (geen plastic bekertjes), alleen indien noodzakelijk speciale drinkbekers.
 - Bordjes (geen drievaksbord) al dan niet aangepast.
 - Volledig bestek, al dan niet aangepast.
 - Plantje of bloemetje op tafel.
 - Achtergrondmuziek (of juist niet).
 - Servetten (als 'slabber' alleen het daarvoor bedoelde materiaal gebruiken).
 - Afhankelijk van cultuur/religie een moment stilte vragen voor en na de maaltijden.
 - Zorg eventueel voor mogelijkheden om het eten warm te houden.
- Cliënten
 - Pas starten met de maaltijd wanneer iedereen aan tafel zit.
 - Cliënten niet storen tijdens de maaltijden.
 - Cliënten krijgen alleen een 'slab' als dat niet anders kan.
 - Als iemand minder eetlust heeft, alternatieven aanbieden.
- Personeel
 - Een verzorgende / voedingsassistent / vrijwilliger zit mee aan tafel.
 - Personeel vraagt bewust wat de cliënt wil eten, niet uitgaan van 'gewoonlijk'.
 - Hetzelfde personeel blijft aanwezig tijdens de hele maaltijd, geen personeelwisseling ten gevolge van pauzes of wisseling van diensten.
 - De medewerker is tijdens de maaltijd actief betrokken met wat er aan tafel gebeurt.
 - De medewerkers delen medicatie vóór de maaltijd uit.
 - De medewerkers, familie en vrijwilligers die tijdens de maaltijd aanwezig zijn, moeten op positieve manier bijdragen aan de ambiance.
 - Laat cliënten voor de maaltijd naar de toilet gaan

- Voer geen andere werkzaamheden uit in de huiskamer tijdens de maaltijd.
 - Neem voldoende tijd voor een maaltijd.
- Ruimte
- Geen andere activiteiten dan het eten in de huiskamer tijdens de maaltijd.
 - Tijdens de maaltijd is de ruimte afgesloten voor familie en andere disciplines. Uitzondering: wanneer het noodzakelijk is de cliënt te observeren tijdens de maaltijd of wanneer familie helpt tijdens de maaltijd. In beide gevallen is de persoon aanwezig bij aanvang van de maaltijd en blijft tot het einde.
 - Gedurende maaltijden staan de maaltijdkarren, medicijnkarren, dossierkar, lege rolstoelen en rollators uit het zicht.
 - Direct na de maaltijd wordt alles opgeruimd.
 - Voldoende verlichting is noodzakelijk.



Vergelijk de linker en rechter foto

Personeel is aanwezig, er is rust, er staan schalen op tafel

Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken

Het is algemeen bekend dat cliënten met dementie beter eten wanneer de maaltijd niet in bulk maar in schalen wordt opgediend. Dit lukt niet bij iedere cliënt. Sommigen willen niet eten of drinken, draaien hun hoofd weg, houden de mond dicht of weren je af. In 2009 is de richtlijn omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van cliënten met dementie' ontwikkeld.



Aan de hand van 5 stappen kun je op gestructureerde manier achterhalen wat de oorzaak van het afweergedrag is:

1. Constateren dat er sprake is van een probleem
2. Verzamelen van gegevens (bijvoorbeeld met vocht en voedingslijst)
3. Nader onderzoek uitvoeren door gerichte observaties
4. Plan van aanpak opstellen en uitvoeren
5. Evalueren resultaten tijdens werkoverleg of MDO

Mogelijke oorzaken van afweergedrag:

- Kauw- en slikstoornissen (slecht passend gebit, droge mond (medicatie!)).

- Stoornissen als apraxie, agnosie e.d.
- Pijn (zie project STA OP) of stress (drukke omgeving, roepende medeciënten e.d.)
- Problemen door geestelijke achteruitgang, zoals niet begrijpen wat er gebeurt, niet herkennen van eten, een depressie
- Onoplettendheid van medewerkers zoals geen hulp bieden als dit nodig is, verkeerd tempo van aanbieden van eten, te heet of te koud (door veranderde smaakbeleving!).



[Download 'Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken'](#)

Ga naar de GVP pagina op de BTSG site.

Fingerfood, geen hulp meer nodig bij het eten

Met fingerfood behouden mensen met dementie hun zelfstandigheid en waardigheid! Helpen bij het eten hoeft niet meer. Voor de meeste mensen met dementie komt er een moment dat ze het bestek niet meer (altijd) herkennen. 'Gevoerd worden', is dan hun lot.

Met fingerfood, oftewel 'eten met je handen' kunnen mensen met dementie langer hun zelfstandigheid en waardigheid behouden. Het kan ook een oplossing zijn voor mensen die niet de rust hebben om aan tafel te zitten, maar bijvoorbeeld wel lopend willen eten.



Fingerfood

Het concept is heel eenvoudig en draait om eten en drinken dat mensen goed herkennen en zonder bestek kunnen consumeren.

Een warme maaltijd bestaat dan uit beetgare stukjes groenten, vlees en bijgerechten - zoals spruitjes, gehaktballetjes en gekookte aardappelen in stukjes - en soep en dessert in een drinkbeker. Het ontbijt bijvoorbeeld uit een in stukjes gesneden dubbele boterham. En voor tussendoor stukjes fruit of koek.

Waar moet je op letten bij fingerfood?

Het is belangrijk dat het eten herkenbaar is. Voor de huidige generatie betekent dat dus: geen tapas en andere hippe hapjes. In feite kunnen bijna alle traditionele gerechten ook als fingerfood worden bereid. Een ander ding waar op gelet moet worden is kleur. Omdat het gezichtsvermogen bij dementie vaak afneemt, moeten de kleuren contrastrijk zijn. Dat betekent: kleurrijk eten op een wit bord en donkere placemat.

Doelgroep

Fingerfood is handig voor cliënten die niet meer weten hoe ze het bestek moeten gebruiken. Het bestek wordt overigens wel bij het bord gelegd - als optie - en soms wordt een vork of lepel ineens wel weer herkend en gebruikt. Fingerfood is overigens ook geschikt voor mensen die te onrustig zijn om aan tafel te zitten. Zij krijgen een kommetje met eten dat ze al lopend of op een zelf gekozen plek kunnen opeten.



De cliënten die fingerfood krijgen genieten over het algemeen weer van het eten en kunnen weer zelf hun eigen tempo bepalen. Het blijkt dat ze ook langer aan tafel blijven zitten en tegen de verwachting in, nemen andere cliënten er geen aanstoot aan.

Een goede introductie van fingerfood , zowel bij medewerkers als familie, is belangrijk.

“Eten om niet te vergeten” biedt naast recepten die de hersenfunctie stimuleren ook informatie over de leefwereld van cliënten met dementie en hoe mantelzorgers en personeel ervoor kunnen zorgen dat zij voldoende eten en drinken binnenkrijgen. Uitgebreider wordt beschreven wat cliënten met dementie afleidt bij het eten en hoe dit opgelost kan worden.

Eten om niet te vergeten; Lekker koken voor (dementerende) ouderen, Luuk Eliëns, Rachelle Elshout, Iris de Groot; uitg. Kosmos, Utrecht, 2013; ISBN 978 90 215 5272 9; 112 blz.; € 14,95.

Een tweede boekje, “Eten en drinken bij dementie”, behandelt hetzelfde thema maar richt zich op de setting van een verpleeg- of verzorgingshuis en is bedoeld voor verzorgenden. De auteurs leggen daardoor wat andere accenten.

Eten en drinken bij dementie, Jeroen Wapenaar, Lisette de Groot; uitg. Reed Business Education, Amsterdam, 2013; ISBN 978 90 352 3539 7; 88 blz.; € 12,95.

Kookboek kleinschalig wonen

Het Kookboek kleinschalig wonen is ontwikkeld door Swinhove Groep. Zij ziet het kookboek als een manier om cliënten te activeren en hen actief te betrekken bij de dagelijkse gang van zaken. Het kookboek bevat recepten voor hoofdgerechten en tussendoortjes, zoals zij die van huis uit gewend zijn. Zoals hete bliksem, rijstebrij en snert. De recepten met duidelijke foto's en werkbeschrijving zijn bedoeld voor woongroepen van 8 personen.

Het boek maakt het gemakkelijk om in een woongroep samen met de bewoners een weekmenu samen te stellen. En, met de handige boodschappenlijstjes is het ook snel duidelijk wat er gekocht of besteld moet worden.

De filosofie van Swinhove Groep is: 'Eten is het belangrijkste gedeelte van de dag, veel plezier bij het koken en vergeet niet: ZORG GAAT DOOR DE MAAG!'



Download 'Kookboek kleinschalig wonen'

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 7**



Opdracht: Voeding en koken

Sfeer is mede bepalend voor het eetgedrag van cliënten. Kijk eens naar de sfeer bij jouw cliënten.

1. Welke mogelijkheden zie je om de sfeer tijdens de maaltijden te bevorderen. Hanteer de lijst met praktische tips.
2. Met welke vormen van afweergedrag tijdens het eten heb jij wel eens te maken. Wat doe je dan?
Of: Wat doe je om afweergedrag te voorkomen?
3. Welke voor- en nadelen zie je als het gaat om mee koken door familie?
4. Hoe reëel schat jij het in dat familie mee gaat koken?

5. Welke mogelijkheden zie je om dit meer te stimuleren?

Niet aangeboren hersenletsel

NAH is een afwijking of beschadiging van de hersenen die na de geboorte door ziekte of andere oorzaken is ontstaan, met soms grote - soms voor anderen onzichtbare - gevolgen voor de manier waarop de getroffene en zijn/haar naasten hun leven kunnen leven.

Jaarlijks worden 140.000 mensen getroffen door hersenletsel, waarvan 10.000 mensen het niet overleven en 40.000 mensen blijvende beperkingen overhouden aan het hersenletsel.

Voorbeelden hiervan zijn een beroerte (CVA), een hersentumor, zuurstoftekort door hartfalen / verdrinking / vergiftiging, Multiple Sclerosis (MS) en meningitis (hersenvliesontsteking).



Bekijk het filmpje 'NAH: feiten en getallen'

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**



Bekijk het filmpje 'Overprikkeling bij NAH: zelf ervaren door simulatie'

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Hersenletsel als gevolg van een CVA

Een CVA wordt ook wel een beroerte genoemd. Er zijn twee soorten beroertes:

1. Herseninfarct

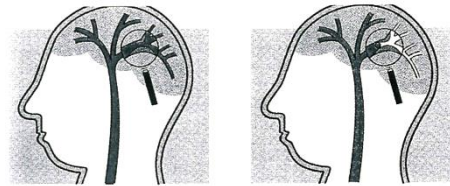
80% van de beroertegevallen is een herseninfarct. Een herseninfarct wordt veroorzaakt door een *verstopping van een bloedvat* (bloedpropje of een dichtgeslibd bloedvatje), waardoor een deel van de hersenen te weinig bloed krijgt en afsterft. Het beschadigde deel van de hersenen wordt het infarct genoemd.

Er zijn 4 soorten infarcten te onderscheiden:

- **TIA:** (Transient Ischemisch Attack): 20 tot 40% van alle beroertes wordt voorafgegaan door kortdurende verschijnselen: TIA. Dit is een voorbijgaande aanval (binnen 24 uur zijn de verschijnselen verdwenen) door belemmering in de bloedtoevoer. Deze voorboden kunnen zich soms meerdere malen herhalen voordat een beroerte ontstaat. Een TIA valt niet onder CVA.
- **RIND:** Reversible Ischemisch Neurological Deficit: als de persoon na 24 uur, maar binnen 6 weken na een infarct volledig is hersteld, wordt hiervan gesproken. Ook een RIND valt niet onder CVA.
- **Progressief CVA:** het herstel is niet volledig, de verschijnselen zijn nog niet meteen volledig aanwezig en nemen gedurende korte tijd na het ontstaan van het infarct zelfs nog enigszins toe.
- **Compleet CVA:** de verschijnselen zijn blijvend en meteen volledig aanwezig, ze kunnen na kortere of langere tijd wel enige verbetering vertonen.

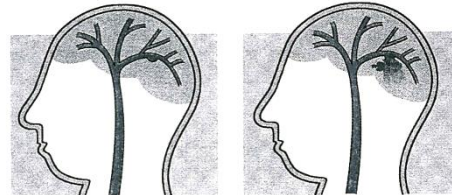
2. Hersenbloeding

20% van alle beroertegevallen zijn hersenbloedingen. Een hersenbloeding treedt op als gevolg *van een lek in een hersenbloedvat*. Een dergelijk lek kan ontstaan door een zwakke plek in de bloedvatwand, waardoor bloed de hersenen instroomt.



Herseneninfarct

Er is een indeling in soorten hersenbloedingen op basis van meest diepgelegen tot de meer oppervlakkige bloedingen:



Hersenbloeding

- Intracerebrale bloedingen: bloedingen, diep of oppervlakkig, in het hersenweefsel.
- Extracerebrale bloedingen: een bloeding tussen het hersenweefsel en het spinnenwebvlies.
- Subduraal hematoom: een bloeding tussen het spinnenwebvlies en het harde hersenvlies.
- Epiduraal hematoom: een bloeding tussen het harde hersenvlies en het schedeldak.



Bekijk het filmpje 'Wat is een beroerte?'

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Mogelijke gevolgen van een CVA/NAH

De gevolgen zijn afhankelijk van het deel van de hersenen dat is beschadigd en de hoeveelheid weefsel dat is beschadigd in de hersenen.

Lichamelijke gevolgen

- Hemiplegie (geen beweging meer mogelijk) / hemiparese (nog wel beweging mogelijk) aan een kant van het lichaam.
- Gevoelsstoornissen: vrijwel altijd aan de kant van de verlamming. Welk gevoel verminderd is (pijn, warmte, koude, houding, beweging, tast), is per persoon verschillend.
- Hemianopsie: het gedeelte van het gezichtsveld aan de kant van de verlamming is uitgevallen. Dit komt niet door de ogen, maar door de hersenbeschadiging.
- Slikstoornissen
- Incontinentie of niet goed uit kunnen plassen.
- Obstipatie, meestal als gevolg van het minder bewegen.
- Schouderpijn in de verlamde schouder.
- Epilepsie: de grootste kans hierop bestaat in de eerste maanden na de CVA.

Cognitieve gevolgen

- Aandachts- en concentratiestoornissen: vertraagde snelheid van informatieverwerking, tragere denksnelheid, moeilijkheden met het concentreren.
- Geheugenstoornissen: informatie niet (goed) meer kunnen oproepen, problemen in de opslag van informatie in het korte-termijn-geheugen en/of het lange-termijn-geheugen, problemen bij het oproepen van opgeslagen informatie, voorwerpen of gezichten niet meer kunnen herkennen (agnosie).
- Stoornissen in de planning en uitvoering van doelgerichte activiteiten: geen overzicht hebben of ervaren, waardoor werkzaamheden of taken niet goed (of helemaal niet meer) uitgevoerd kunnen worden. Moeite met eenvoudige dagelijkse activiteiten en vooruit denken (plannen).

Communicatiestoornissen

- Taalstoornissen: moeite hebben met het vinden van woorden, problemen met het vormen of begrijpen taal (afasie), gebruik van vreemde woorden en zinnen, gebruik van lange zinnen of te veel praten.

Emotionele gevolgen

- Primaire emotionele gevolgen zijn het directe resultaat van het hersenletsel. Er kunnen zich persoonlijkheidsveranderingen voordoen: rem op emoties is weg, niet meer kunnen nuanceren, asociaal gedrag, vloeken, agressie, snel huilen, een geprikkelde stemming, depressies en overspannenheid. Snel moe, gevoelig voor licht, drukte en lawaai.
- Secundaire emotionele gevolgen: somberheid, rouw, verlieservaring als gevolg van verlies van een functie of de 'oude' manier van leven.

Gedragsmatige gevolgen

- Verstoorde controle over eigen gedrag: impulsiviteit, rusteloosheid, ongeduld, niet in staat zijn tot spontaniteit en flexibiliteit.
- Niet in staat zijn te leren van ervaringen.
- Catastrofe-reactie: een sterk emotionele reactie, vooral bij confrontatie met dingen die niet goed gaan. De cliënt kan echter ook onverschillig reageren.
- Vermindering van zelfredzaamheid (dit kan leiden tot het afhankelijk gedrag en weinig initiatief vertonen) en niet voor vol aangezien worden: frustraties, woede-uitbarstingen, gevoelens van machteloosheid en depressiviteit.

Gevolgen van hersenletsel	
De linker hersenhelft	De rechter hersenhelft
<p><u>Lichamelijke gevolgen:</u> Hemiplegie / hemiparese rechts (gehele / gedeeltelijke verlamming van de rechter lichaamsszijde, tevens spelen verhoogde spierspanning en gevoelsstoornissen een rol). Uitval van het gezichtsveld aan de rechterkant van beide ogen.</p> <p><u>Cognitieve gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agnosie: het niet meer kunnen herkennen van voorwerpen, geluiden of gezichten, hoewel de zintuigen wel werken; • Neglect rechts: minder aandacht voor de door de beroerte aangedane lichaamsszijde en de ruimte daar omheen; • Afasie: moeilijkheden met taal: spreken, taalbegrip, lezen, schrijven. De mate van afasie kan erg verschillend zijn per persoon; • Dysartrie: onduidelijke spraak, doordat de spieren voor het spreken (tong, wang, lippen) zijn verlamd. Hierdoor worden de woorden vervormd en minder verstaanbaar. Dit kan ook komen doordat de ademhaling en de stem niet goed samenwerken, zachtere stem, hikkende spraak met onverwachte pauzes; • Apraxie: de cliënt weet niet meer goed hoe hij moet handelen; • Moeite hebben met het onthouden van de volgorde van gebeurtenissen; • De begrippen links en rechts worden verwisseld; • Rekenen: zelfs simpele sommen kunnen problemen opleveren. <p><u>Emotionele gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebrekkig zelfvertrouwen en somberheid, afgewisseld met machteloze woede. <p><u>Gevolgen voor gedrag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Langzaam, onzeker en angstig gedrag, doordat de cliënt zich goed bewust is van wat er aan de hand is; • Neiging zich terug te trekken en afname initiatief. 	<p><u>Lichamelijke gevolgen:</u> Hemiplegie / hemiparese links (gehele / gedeeltelijke verlamming van de linker lichaamsszijde, tevens spelen verhoogde spierspanning en gevoelsstoornissen een rol). Uitval van het gezichtsveld aan de linkerkant van beide ogen.</p> <p><u>Cognitieve gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agnosie: het niet meer kunnen herkennen van voorwerpen, geluiden of gezichten, hoewel de zintuigen wel werken, ook is soms het ruimtelijk voorstellingsvermogen verminderd; • Neglect links: minder aandacht voor de door de beroerte aangedane lichaamsszijde en de ruimte daar omheen; • Stoornissen in waarnemen en denken; • Onduidelijke spraak; • Verkeerd inschatten van tijd; • Geen / verminderd ziekte-inzicht. <p><u>Emotionele gevolgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veranderd gevoel voor humor; • Vlakke emoties, waardoor de cliënt onverschillig overkomt. <p><u>Gevolgen voor gedrag:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen of verminderd ziekte-inzicht => overmoedig en riskant gedrag, ongevoeligheid voor correcties of adviezen; • Impulsiviteit en gejaagdheid => ziet er onrustig en chaotisch uit. Er kan geen structuur en orde aangebracht worden.

Omgaan met...

Communicatiestoornis

Mensen met een CVA in de linker hersenhelft hebben vaak een taalstoornis. Zij hebben moeite om taal te begrijpen of om zich door middel van taal uit te drukken. We spreken dan van een afasie.

Minder bekend is dat ook mensen met een CVA in de rechter hersenhelft moeite met taal kunnen hebben. Het gaat hierbij niet zozeer om de feitelijke informatie van de taal als wel om zaken daar omheen.

Iemand heeft bijvoorbeeld moeite met het leggen van verbanden en het trekken van conclusies uit complexe boodschappen, zoals uit de krant. Dubbelzinnigheid wordt onjuist beoordeeld. Uitspraken worden (te) letterlijk opgevat waardoor iemand feiten soms (onbedoeld en onbewust) niet helemaal goed kan onthouden en weergeven. De persoon kent bijvoorbeeld wel alle details maar niet de juiste verbanden. De clou van een mop of de 'moraal van een verhaal' wordt niet begrepen.

Ondersteuning kan worden geboden door:

- de stoornis te (h)erkennen;
- geobserveerde veranderingen niet beschuldigend, te bespreken;
- bij het geven van informatie kort, bondig en concreet te zijn;
- verbanden uit te leggen;
- dubbelzinnigheid en onduidelijkheid te vermijden;
- voorzichtig te zijn met grapjes en ironische opmerkingen;
- na te gaan of informatie begrepen is;
- gerichte vragen te stellen. Zo nodig gesloten vragen waarop met één woord geantwoord kan worden.

Handelingsstoornis

Wanneer na een hersenaandoening het handelen niet meer doelmatig verloopt en dit niet verklaard kan worden door motorische, aandachts-, waarnemings- of geheugenstoornissen, spreken wij van een apraxie. Er kan echter wel sprake zijn van een combinatie van stoornissen. Zo komt apraxie vaak voor in combinatie met afasie (taalstoornis).

Een ernstige vorm van apraxie is die waarbij de persoon geen idee meer heeft hoe een activiteit uitgevoerd moet uitvoeren (ideatoire apraxie). Iemand weet bijvoorbeeld niet meer in welke volgorde handelingen gedaan moeten worden. Voorwerpen worden onjuist gehanteerd. Iemand heeft moeite met aankleden, eten bereiden, koffie zetten. Soms zijn er vooral problemen met het uitvoeren van een beweging op verzoek (ideomotorische apraxie). Vaak lukt dit wel als automatische reactie.

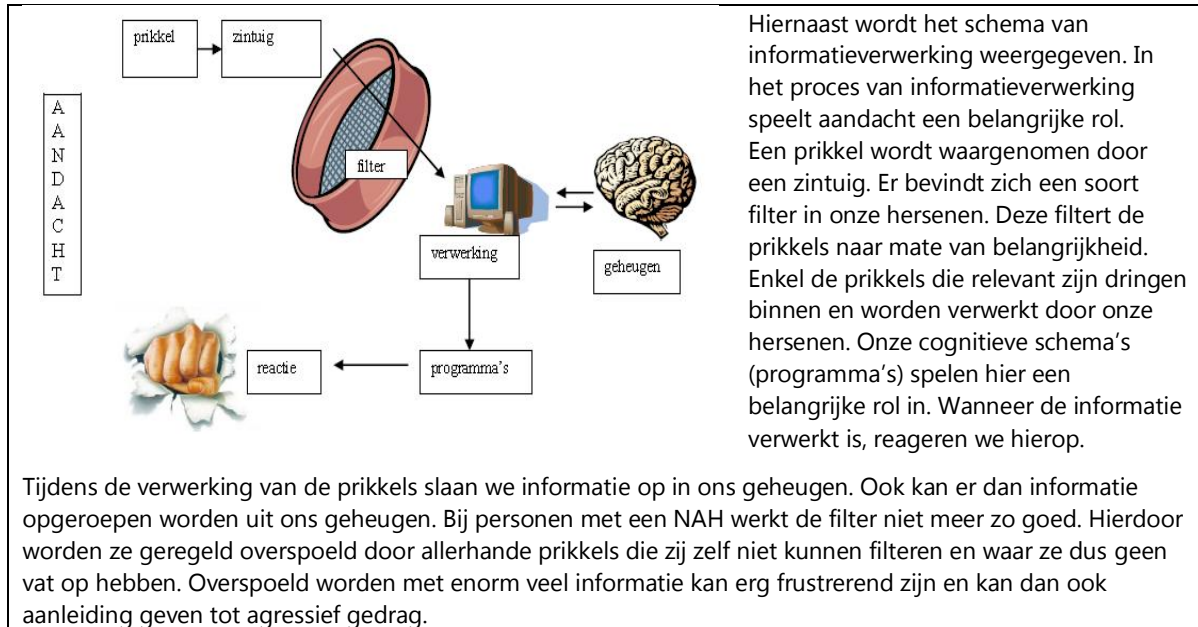
Apraxie kan een storende rol spelen bij het aanleren van nieuwe handelingen of het opnieuw leren van vaardigheden.

Nagegaan moet worden wat wel en niet helpt. Bijvoorbeeld door:

- het opdelen van een handeling in kleine stappen;
- vereenvoudigen van handelingen;
- handelingen voordoen;
- handelingen verbaal begeleiden met korte, concrete aanwijzingen;
- voorwerpen in volgorde klaarleggen;
- een 'checklist' van handelingen maken;
- een serie plaatjes/foto's van de handelingen in volgorde aanbieden;
- automatische handelingen uitlokken en gebruik maken van bekende gewoonten;
- zo nodig de handeling met de eigen handen begeleiden;
- meer tijd geven (maar niet eindeloos aan laten modderen).

Geheugenstoornis

Bij mensen met NAH ontbreekt vaak de mogelijkheid om bepaalde zaken nog te begrijpen. Ze kunnen bepaalde informatie niet goed meer verwerken en daardoor hebben ze geen inzicht in een bepaalde of de eigen situatie.



Het opnemen van informatie vereist dat deze aandachtig wordt waargenomen, herkend en verwerkt. De werking van het geheugen wordt onder andere beïnvloed door emoties, vermoeidheid, interesse en sommige medicijnen. Wanneer iemand vooral moeite heeft met het spontaan ophalen van informatie kunnen herinneringsprikkel, zoals voorwerpen of foto's, of meer- keuzevragen hierbij helpen.

Het geheugen 'trainen' door bijvoorbeeld veel uit het hoofd te leren blijkt weinig effectief te zijn. Het is beter de aandacht te richten op het toepassen van strategieën die helpen de aanwezige geheugencapaciteit zo effectief mogelijk te gebruiken. Een probleem hierbij is dat iemand met NAH vergeet dat zij / hij vergeet. Dit kan gemakkelijk leiden tot misverstanden of wantrouwen. Verder roept vergeetachtigheid soms frustratie, irritatie, onzekerheid of angst om de greep te verliezen op. Een mens heeft zijn geheugen nodig om te weten waar hij is en waarom, hoe hij ergens moet komen, wat hij moet doen, welke datum het is etc.

Het geheugenproces kan worden ondersteund door:

- informatie te doseren en (zo nodig vaak!) te herhalen;
- de op te nemen informatie te ordenen;
- gebruik te maken van routines en gewoontes;
- gebruik te maken van hulpmiddelen als agenda, notitieblok, memorecorder (In een 'geheugenboek' kunnen - op een geordende manier - alle te onthouden zaken opgeschreven worden. De gewoonte om dingen op te schrijven - en terug te lezen! - moet wel worden geleerd); herinneringsprikkel zoals memobriefje, wekker, alarmhorloge.

Aandachtstoornis

Een veel voorkomende stoornis in de informatieverwerking is de aandachtstoornis: men is sneller afgeleid, de aandacht kan niet lang worden vastgehouden en/of men kan niet op meerdere dingen tegelijkertijd letten. Een enkele keer kan de aandacht juist niet goed losgemaakt worden van iets en blijft te lang 'klevende'.

Een volgen van groepsgesprek wordt dan lastig tot onmogelijk. Voor anderen gaat de ondertiteling van de televisie te snel. Het verrichten van complexe activiteiten als bijvoorbeeld koken of deelnemen aan het verkeer, wordt lastig. Deze vragen per definitie een verdeling van de aandacht over veel dingen tegelijk. Hier kan dan gemakkelijk iets fout gaan.

Begeleiding

Er moeten niet te veel afleiders zijn. Zo is het voor de cliënt in een drukke ruimte, waar veel personen aanwezig zijn, de radio of TV aanstaan, erg moeilijk om een gesprek te volgen.

De hoeveelheid te verwerken informatie moet gedoseerd worden door bijvoorbeeld niet te snel en te lang te praten. Het is belangrijk voldoende tijd voor alles te nemen en te voorkomen dat er gehaast moet worden.

Dubbeltaken dienen vermeden te worden. Zo kun je beter geen instructie of uitleg geven tijdens een handeling die de cliënt moeite kost, ook geen gezellig babbeltje. De cliënt kan óf luisteren óf de aandacht bij de handeling houden, óf lopen óf praten, maar kan niet twee dingen combineren.

Om mentale overbelasting te voorkomen – merkbaar wanneer de cliënt meer fouten gaat maken - is het belangrijk om regelmatig te pauzeren.

Het richten van de aandacht zo nodig te ondersteunen door hoorbare (naam zeggen), zichtbare (opvallende sticker) of voelbare (aanraken) prikkels.

Neglect

Het komt vaker voor bij hersenletsel in de rechter hersenhelft (wanneer iemand dus links hemiplegisch is) dan in de linker hersenhelft.

Neglect kan onder meer onderstaande gevolgen hebben:

- botsen tegen deurposten of andere obstakels;
- klem komen te zitten met een hand, arm of rolstoelwiel zonder dit op te merken;
- een lichaamshelft vergeten te wassen of kleden;
- slechts één helt van een bord leegeten;
- problemen met lezen of klokkijken;
- bij bezoek of een groepsgesprek de aandacht slechts naar één kant richten;
- verdwalen (allerlei herkenningspunten aan één zijde worden gemist).

De mate van neglect kan per zintuig verschillen en is niet steeds constant. Zo kan het sterker optreden bij vermoeidheid, een drukke of onbekende omgeving of een meer complexe taak, zoals deelname aan het verkeer. Vaak trekken afleidende prikkels van de andere kant de aandacht als het ware nog sterker weg.

De cliënt is zich van zijn verwaarloosde zijde niet bewust. Die kant bestaat als het ware niet.

Het is dan belangrijk om de cliënt - en diens omgeving - uit te leggen wat er aan de hand is.

Wanneer een cliënt beseft dat bijvoorbeeld de linkerkant wordt vergeten, wordt dit toch lang niet altijd gecompenseerd. Steeds moet de cliënt geholpen worden de aandacht bewust naar de verwaarloosde zijde te richten. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat dit zowel voor de cliënt als omgeving niet te frustrerend wordt.

Persoonlijkheidsverandering

Deze zijn soms zo subtiel dat alleen de partner of gezinsleden het verschil merken. In andere gevallen zijn ze heel duidelijk. De cliënt is zich meestal niet bewust van deze veranderingen in gedrag en emotie. De cliënt reageert anders dan voorheen en bepaalde karaktertrekken kunnen versterkt zijn.

Veel voorkomende persoonlijkheidsveranderingen zijn:

- prikkelbaarheid, ongeduld;

- emotionele labiliteit, snel optrede boos- of triestheid;
- impulsiviteit;
- chaotisch gedrag of juist traagheid;
- zelfoverschatting of juist angstige voorzichtigheid;
- gebrek aan initiatief;
- egocentrisme: de persoon kan zich niet meer verplaatsen in anderen;
- verminderd ziekte-inzicht, soms ontkent de cliënt dat hij iets mankeert (anosocognosie);
- onverschilligheid;
- depressiviteit of juist overdreven opgewektheid.

Probeer met de cliënt te bespreken wat er mogelijk veranderd is zonder in een welles-nietes discussie te belanden. Ga na hoe je samen zo goed mogelijk met de persoonlijkheidsveranderingen kunt omgaan. Duidelijke afspraken geven structuur en bieden houvast. Met ingrijpende veranderingen in negatieve zin is het moeilijk om ook nog positieve aspecten te zien. Toch is het goed om juist positieve ontwikkelingen te benadrukken.

Denk aan PRET

Gezonde mensen kunnen ook op een punt komen dat ze geïrriteerd raken als de 'energie' op is, en al helemaal als die mentale activiteit gevuld was met geluid. Het lijkt dan alsof je geen radio of tv of dergelijke meer kunt verdragen.

Bij cliënten met een NAH is dat vele malen érg. De mentale energie is al na korte tijd op. Om rust te brengen is een strategie ontwikkeld die helpt om meer rust in hun situatie te brengen: de PRET-strategie.

- **P**auzeren
Een leven met hersenletsel kost veel energie. Zorg voor voldoende pauzes en onderbrekingen. Ga zorgvuldig om met de hoeveelheid beschikbare energie van de cliënt. Regelmatig een korte pauze is beter dan één lange pauze.
- **R**ustige omgeving
Zorg voor een voor de cliënt rustige omgeving. Zo wordt voorkomen dat de cliënt te veel prikkels krijgt, waardoor deze (snel) vermoeid raakt en klachten ernstiger kunnen worden.
- **E**én ding tegelijk
Knip zaken op in kleinere stappen. Laat taken één voor één uitvoeren. Meerdere dingen tegelijk vragen aandacht en concentratie wat er niet altijd meer is.
- **T**empo
Stem jouw tempo af op dat van de cliënt als het gaat om geven van informatie, gelegenheid voor reageren en verwerken van informatie etc. In een rustiger tempo blijkt vaak meer mogelijk te zijn. Dit werkt motiverend voor de cliënt en medewerker.

Algemene omgangsadviezen

Voor een aantal veel voorkomende symptomen volgen een aantal adviezen om met de eerder genoemde beperking in de praktijk om te kunnen (leren) gaan:

- Traag tempo / moeheid
Houd bij dagindeling en speciale plannen rekening met het trage (denk)tempo. Wissel activiteiten regelmatig af met pauzes, gun de cliënt / jezelf de tijd.

- **Aandacht en concentratie**
Werk bij voorkeur in een rustige omgeving. Deel taken op in stukken en laat de cliënt niet te lang achter elkaar 'werken'. Breng structuur aan in de dag, neem voldoende de tijd en las regelmatig pauzes in. Kijk op welk deel van de dag de cliënt het beste een bepaalde activiteit kan doen.
- **Geheugen**
Oefenen het geheugen door verschillende technieken te oefenen. Maak gebruik van geheugensteuntjes, vereenvoudig de informatie (selecteer de bronnen) en streep belangrijke informatie aan.
- **Planning en structuur**
Zorg voor een dagelijks / wekelijks vast patroon / ritme, maak een volgorde waarin activiteiten uitgevoerd worden, vermijd chaotische situaties, kies bij voorkeur bekende activiteiten, stop met activiteiten die niet lukken en probeer ze later nog eens.
- **Oriëntatie**
Geef voorwerpen een vaste plaats en breng vaste volgordes en ritmes aan in dagelijkse handelingen en activiteiten, bedenk oriëntatiesteuntjes.
- **Waarnemen**
Leg dingen op dezelfde plek, help de cliënt door feedback te geven (deze is zich er niet van bewust dat dingen over het hoofd worden gezien).

Tips om de communicatie te bevorderen.

- Zorg voor een rustige omgeving, waarin zo min mogelijk afleiding is.
- Neem de tijd voor een gesprek.
- Behandel niet meer dan een onderwerp tegelijk.
- Bouw geheugensteuntjes in vanwege gebrekkig geheugen of van abstract denken.
- Begin een gesprek door terug te gaan naar wat vorige keer besproken is.
- Vat regelmatig samen.
- Gebruik hiervoor de woorden van de cliënt en pas visueel materiaal toe: foto's, pictogrammen en een agenda.
- Ga flexibel om met de planning van de gesprekken, vanwege het voortdurend wisselend beeld in vaardigheden, kennis en stemming van de cliënt.
- Wees creatief om toch aansluiting te krijgen.
- Plan contacten op goede momenten van de cliënt.
- Een gesprek met maximaal 3 personen, vanwege een mogelijk gebrek aan overzicht.
- Gebruik de mantelzorg als communicatiemiddel.
- Voor het welbevinden van de mantelzorg en daarmee indirect dat van de cliënt is aandacht en goede zorg voor hen belangrijk.
- Trek een lijn en wees consequent en kom afspraken na. Wees eenduidig in de communicatie.
- Belangrijk is dat de professionals onderling de communicatie goed afstemmen.



Opdracht: Beantwoord in drietallen de volgende vraag

Wat is voor jou goede communicatie?



Bekijk het filmpje 'Omgaan en begeleiden van cliënten met NAH'
<https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 2**

Rouw- en verliesverwerking

Het oplopen van NAH is een heftige gebeurtenis. En zorgt, in veel gevallen, voor een breuk in de levenslijn. Vaak wordt deze breuk geassocieerd met verlies. Er verandert veel door het hersenletsel en iemand kan zich een ander persoon voelen dan voor het hersenletsel. Veel mensen met NAH rouwen dan ook om diegene die ze niet meer zijn. Ook naasten kunnen gevoelens van rouw ervaren.

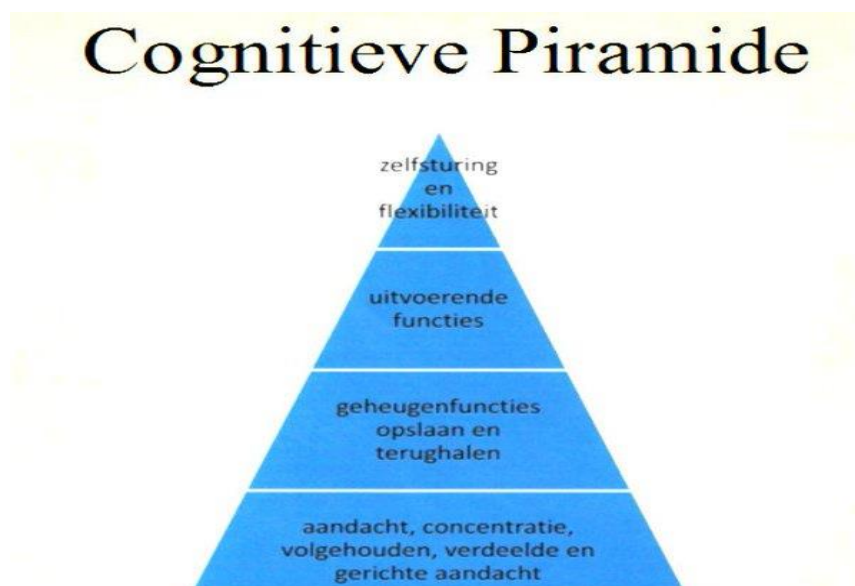
Omgaan met verlies is iets waar veel mensen met hersenletsel en hun naasten mee te maken krijgen. Bij alle vormen van verlies gaat men een rouwproces door.

In dit rouwproces kan je verschillende fasen herkennen.

- Ontkenning: "Het komt allemaal weer goed".
- Boosheid: "Waar ik heel boos over werd..."
- Onderhandelen en vechten: "Ik wil niet dat jullie terugkijken, ik heb nu een heel nieuw leven.....".
- Verdriet: "Het hoeft niet meer van mij".
- Aanvaarding: ik heb leren accepteren dat ik niet meer kan werken.

Cognitieve hiërarchie

Hoe de samenwerking tussen de belangrijkste overkoepelende functies van het brein verloopt, wordt zichtbaar aan de hand van onderstaand schema, waarin de verschillende functies in een piramide worden weergegeven: de Cognitieve Piramide.



Het begint bij de waarneming: alles wat je ziet, hoort, voelt, ruikt en proeft wordt door de hersenen geregistreerd en verwerkt. Om je hier echt bewust van te zijn moet je wel je aandacht ergens op kunnen richten, anders zou er geen onderscheid gemaakt worden tussen belangrijke en onbelangrijke

prikkels die binnenkomen in je brein. Het geheugen speelt een belangrijke rol, zodat je relevante prikkels, gebeurtenissen en ervaringen kunt vastleggen en opslaan.

En eindigt bij de executieve ofwel uitvoerende functies

Executieve functies

Cognitie, emoties, gedrag worden aangestuurd door een ingebouwd controlesysteem van de hersenen, de zogenaamde executieve functies. Executieve functies zijn grotendeels verankerd in de voorste delen van de hersenen, de frontaalkwabben.

Deze hersenfuncties zorgen ervoor dat iemand zijn gedachten, emoties, reacties en handelen afstemt op wat een bepaalde situatie van de persoon vraagt. Ze zorgen ervoor dat iemand op de juiste manier op het juiste moment reageert en in de juiste mate. Kortom, executieve functies regelen het starten, stoppen en doseren van gedrag.

Bij veel hersenaandoeningen is de afstemming tussen de situatie en iemands gedachten, emotionele reacties en gedragingen verandert. De executieve functies sturen dan het gedrag in onvoldoende mate aan.

Gedragsveranderingen als gevolg van executieve stoornissen komen het meest voor bij NAH en zijn het meest uitgebreid van aard. Er zijn ook typische gedragsveranderingen die ontstaan na een beschadiging in de rechterhersenhalft. Deze vertonen veel overlap met de veranderingen bij executieve ontregeling, maar ze hoeven daar niet per se een gevolg van te zijn.

Een persoon met letsel in de rechterhersenhalft kan emotioneel ontremd zijn, agressief reageren of juist overdreven blij zijn. Hij heeft vaak geen zicht op de eigen problemen en beseft de ernst van de situatie niet; hij overschat zijn mogelijkheden. Hij kan impulsief handelen en daarmee gemakkelijk fouten maken. In gezelschap vertoont hij ongepast gedrag, hij kan reacties van anderen niet goed inschatten en vat alles letterlijk op, waardoor bijvoorbeeld humor hem ontgaat. Ook is hij vaak egocentrisch.

Wie niet weet dat dit gedrag veroorzaakt wordt door een hersenaandoening, denkt dat hij te maken heeft met een lastig, eigenwijs en onbuigzaam mens.

Beschadigingen in de linkerhersenhalft leiden vaak tot angstig en voorzichtig gedrag en soms tot passiviteit. Vaak is er sprake van afasie (niet goed kunnen spreken en/of begrijpen), waardoor iemand niet meer goed kan communiceren.

De persoon voelt zich eenzaam en onbegrepen en kan zich niet goed uiten. Ook het (talige) geheugen kan aangetast zijn waardoor de persoon niet goed op woorden en namen komt, dingen niet goed kan benoemen en verhalen niet goed kan terugvinden in zijn geheugen. Deze beperkingen leiden vaak tot depressieve gevoelens en de neiging zich terug te trekken uit het sociale leven. Veelal is de persoon zich goed bewust van zijn beperkingen. Wie niet weet dat dit gedrag voortkomt uit schade in de hersenen, kan denken dat iemand lui is en zijn best niet doet.

Dat gedragsveranderingen het directe gevolg zijn van een hersenaandoening en blijvend zijn, is aanvankelijk vaak onduidelijk. De omgeving denkt dat het een psychische reactie op het gebeurde is, die wel zal bijtrekken. Soms wordt pas na lange tijd duidelijk dat de gedragsveranderingen direct samenhangen met de aandoening en nooit meer overgaan. Verbetering is dan alleen nog mogelijk door te leren er zo goed mogelijk mee om te gaan.

Alle eerder binnengekomen en opgeslagen informatie wordt gebruikt en toegepast om besluiten te kunnen nemen en zo goed mogelijk te kunnen reageren op alles wat er om je heen gaande is. Ten gevolge van hersenletsel kan deze 'cognitieve piramide' zwakke plekken gaan vertonen. Afhankelijk van waar in de hiërarchie er iets mis gaat, zijn de symptomen en consequenties verschillend en soms moeilijk te onderscheiden.

Over het algemeen geldt: hoe lager in de piramide het probleem ontstaat, hoe groter de consequenties. De 'fundering' wordt dan als het ware aangetast.

Als er bijvoorbeeld in de basis, de waarneming, iets niet goed functioneert, maar dit niet direct opvalt, kan het lijken alsof iemand zijn aandacht ergens niet bij kan houden of geheugenproblemen heeft. Dit terwijl het feitelijk veroorzaakt wordt door een zintuiglijk probleem, iemand ziet of hoort niet goed en kan daardoor de informatie niet goed opnemen.

Ook is het denkbaar dat iemand een aandachtsprobleem overhoudt aan het hersenletsel, met als gevolg dat het geheugen minder goed functioneert. Een aandachtsprobleem wordt dan ten onrechte voor een geheugenprobleem aangezien. Voor de behandeling en het leren omgaan met de gevolgen van het letsel helpt het als kan worden achterhaald wat de exacte reden is (waar de 'bron' zit) van bepaalde symptomen, zoals de veelvoorkomende aandachts- en geheugenproblemen.

Multiple sclerose (MS)



Bekijk het filmpje 'Multiple Sclerose'
<https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 2**

Multiple sclerose (MS) is een ziekte waarbij de bescherm- en isolatielaag rondom de zenuwen in de hersenen, ruggenmerg en oogzenuwen (het centrale zenuwstelsel) is beschadigd. Hierdoor kunnen onder andere problemen ontstaan met lopen, voelen en zien.

Oorzaak

De oorzaak van MS is onbekend, maar een paar stukjes van de puzzel hebben we wel. Zo speelt de stof *myeline* een belangrijke rol bij MS. Myeline vormt een isolatielaag rondom de zenuwen in het centraal zenuwstelsel. Deze laag zorgt ervoor dat zenuwen prikkels snel en efficiënt doorgeven.

Het immuunsysteem

Bij MS heeft het immuunsysteem een abnormaal sterke reactie op myeline. Hierdoor wordt de myeline afgebroken en kunnen de zenuwen de prikkels niet goed doorgeven.

Verlies van cellen

Bepaalde steuncellen (glia-cellen) in de hersenen, de *oligodendrocyten*, zijn verantwoordelijk voor de aanmaak van myeline. Tijdens MS is er sprake van verlies van de oligodendrocyten. Dit resulteert in het dunner worden of zelfs het verlies van de myeline laag rondom de zenuw. Deze cellen in het centrale zenuwstelsel proberen de schade aan de myeline laag te herstellen. Bij beginnende MS lukt dit meestal. Daarom zijn de klachten van MS in deze fase vaak tijdelijk. Bij langer bestaande MS raken deze cellen uitgeput en mislukt het herstel op steeds meer plaatsen. Er ontstaan littekens of 'plaques', die hard aanvoelen. Vandaar de naam multiple sclerose: 'harde plekken op meerdere plaatsen' (multiple = meervoudig; sclera = hard).

Zenuwcellen kunnen er niet goed tegen dat de myeline laag ontbreekt. Ze worden ziek en verdwijnen uiteindelijk. Dit verlies is voor het centrale zenuwstelsel heel moeilijk te repareren. De betreffende persoon merkt dit als een steeds verdere achteruitgang, zonder verbetering.

Genen

Hoewel MS niet erfelijk is, zijn er wel genen (stukjes DNA) die betrokken zijn bij het ontstaan van de ziekte. Tot nu toe blijken dit steeds genen te zijn die te maken hebben met de werking van het immuunsysteem, een voorbeeld hiervan is het HLA-gen. Als er een verandering in dit gen plaats vindt is de kans groter dat MS wordt ontwikkeld.

Omgevingsfactoren

Sommige genen hebben dus te maken met MS. Toch krijgen de meeste mensen met deze genen geen MS. Er is nóg iets nodig voor iemand MS krijgt, waarschijnlijk iets in de omgeving waar iemand opgroeit. Ook de levensstijl kan een rol spelen. Omgevingsfactoren die vermoedelijk de kans op MS groter maken zijn onder andere het Epstein-Barr virus (veroorzaker van de ziekte van Pfeiffer), roken en vitamine-D gebrek.

Symptomen

De symptomen van MS zijn heel verschillend. Het hangt er maar net vanaf in welke zenuwbaan de

myeline laag beschadigd is. Veel voorkomende verschijnselen zijn slecht zien, tintelingen, krachtsverlies, evenwichtsstoornissen en problemen met plassen, stoelgang en seks. Lichte stoornissen van het geheugen en het denken vallen minder op, maar zijn niet minder hinderlijk. Moeheid is een veel voorkomend en erg invaliderend verschijnsel.

Kenmerkend voor MS is dat de verschijnselen in het begin in aanvallen komen. Dit is zo omdat een beschadiging van de myeline laag in korte tijd ontstaat, maar het lichaam tijd nodig heeft om de beschadiging te herstellen. De aanvallen noemt men 'relapses' of 'schubs', de herstelfase de 'remitting phase'. Men spreekt daarom van relapsing-remitting MS.

Na verloop van jaren heeft het lichaam steeds meer moeite de myeline laag te herstellen en verdwijnen er steeds meer zenuwcellen. De verschijnselen van MS nemen geleidelijk toe, zonder herstel. Dit is de progressieve fase van MS. In ongeveer 10% van de gevallen begint MS met de progressieve fase ('primair progressieve MS').

Diagnose

De diagnose MS kan lastig zijn omdat de symptomen wisselen en soms lijken op die van andere ziektes. Ook is er geen eenvoudige test die zekerheid geeft, zoals bij suikerziekte.

Een groep internationale deskundigen adviseert de diagnose MS te stellen als er bewijs is van minstens twee aanvallen van bij MS passende verschijnselen, waarbij minstens twee verschillende plaatsen van het centrale zenuwstelsel betrokken zijn. Dit noemt men de 'McDonald criteria' voor MS.

In de praktijk zal bijna altijd een MRI-scan van de hersenen en/of het ruggenmerg gemaakt worden om de diagnose MS te bevestigen en andere ziektes uit te sluiten. Ook wordt vaak bloedonderzoek verricht om andere ziektes uit te sluiten. Onderzoek van het hersenvocht ('liquor') kan de diagnose MS ondersteunen, maar is niet altijd nodig volgens de McDonald criteria. Om hersenvocht te verkrijgen is een ruggenprik nodig.

Behandeling

Genezing van MS is niet mogelijk. Wel is het mogelijk de duur van invaliderende aanvallen te verkorten door prednison te geven, meestal via een infuus gedurende drie tot vijf dagen. Een aanval herstelt met deze behandeling overigens niet vollediger dan zonder behandeling.

Met medicijnen met als werkzame stof Glatirameer-acetaat of Interferon-beta is het mogelijk de kans op nieuwe aanvallen en het ontstaan van invaliditeit iets te verminderen. Er zijn ook nog andere medicijnen beschikbaar die effectiever zijn. Het nadeel van deze medicijnen is dat er een grotere kans op ernstige bijwerkingen is waardoor deze medicijnen meestal geen eerste keus zijn. De komende jaren zullen er meer medicijnen beschikbaar komen, maar ook hiermee zal genezing niet mogelijk zijn. Verder zijn er medicijnen die symptomen van MS kunnen verzachten, bijvoorbeeld middelen tegen spasticiteit of een overprikkelbare blaas.

Niet alleen medicijnen zijn van belang. Veel mensen met MS hebben baat van behandelingen door de revalidatiearts en therapieën zoals fysiotherapie, ergotherapie of logopedie.

Gevolgen

De gevolgen van MS zijn zeer divers en kunnen leiden tot problemen bij zelfverzorging, mobiliteit, arbeid en vrijetijdsbesteding. Het verloop van MS is bij iedere persoon anders en moeilijk te voorspellen. Invaliditeit kan jaren uitblijven maar de ziekte kan soms ook erg snel verlopen. MS is vrijwel nooit een dodelijke ziekte. Gemiddeld is de levensverwachting slechts enkele jaren verkort. Bij de meeste mensen met MS verloopt de ziekte in periodes van verbeteringen en verslechtingen.

Cijfers

In Nederland komt MS voor bij ongeveer 1 op de 1000 inwoners. Nederland telt dus ongeveer 17.000 mensen met MS. De ziekte komt tweeënhalve keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. MS treft vooral jonge mensen tussen 20 en 50 jaar; in 90% van de gevallen begint de ziekte tussen het 15e en 50e levensjaar.

Bron: Hersenstichting.

Parkinson



Bekijk het filmpje 'Wat is de ziekte van Parkinson?'

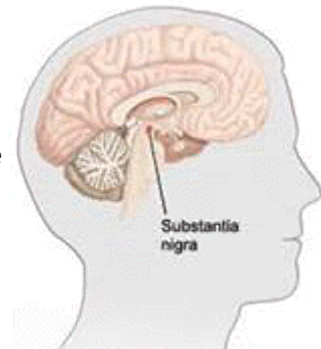
<https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Bij de ziekte van Parkinson is sprake van een afbraakproces van zenuwcellen in een gebied van de middenhersenen: de substantia nigra (zie illustratie rechts). Dit deel van de hersenen is van groot belang voor het soepel laten verlopen van (spier)bewegingen en de coördinatie. Door het ziekteproces wordt er onvoldoende dopamine aangemaakt. Dopamine is een stof die nodig is om zenuwimpulsen van de ene zenuwcel op de andere over te brengen. Cellen die dopamine produceren sterven langzaam af. Door het dopaminetekort wordt de aansturing van spierbewegingen aangetast en gaan armen en benen beven. Tegelijkertijd worden spieren stijf, waardoor lichaamsbewegingen moeilijker op gang komen.



Er zijn geen factoren bekend die het risico van het optreden van Parkinson bevorderen. Er is geen aantoonbaar verband met het beroep dat iemand uitoefent, noch met voeding, het gebruik van alcohol of het hebben van stress. Ook is erfelijkheid niet vastgesteld. Het kan dus iedereen overkomen. In sommige gevallen is de oorzaak van Parkinsonachtige verschijnselen wel bekend. Bijvoorbeeld een beschadiging als gevolg van een zware hersenschudding of een hersenontsteking (encefalitis). Ook vergiftigingen met zware metalen (zoals kwik, cadmium, mangaan en lood), bestrijdingsmiddelen (tegen onkruid of insecten) of koolmonoxyde kunnen leiden tot beschadigingen van de hersenstam en dus Parkinsonachtige verschijnselen tot gevolg hebben. Ook sommige medicijnen (neuroleptica) kunnen een dergelijk negatief effect hebben.

Symptomen

Beven (tremor)

Het beven is misschien wel het meest opvallende verschijnsel van Parkinson. Daarmee is het, althans voor de buitenstaanders, het bekendste verschijnsel van deze ziekte geworden. Geheel buiten de wil om treedt een ritmische beving van een aantal spieren op, meestal van één of beide handen. Het duidelijkst is het beven wanneer de handen ontspannen zijn en niet ergens voor gebruikt worden. Dit wordt rusttremor genoemd. Zodra de hand een doelgerichte beweging gaat maken verdwijnt of vermindert het beven. Tijdens de slaap is het beven niet aanwezig. Onder invloed van emoties kan het beven verergeren.

Hoewel het beven het meest in het oog springende verschijnsel is, heeft niet iedere persoon met Parkinson er last van. In ongeveer één op drie gevallen is er geen tremor. Er is dan alleen sprake van spierstijfheid en trage bewegingen.

Spierstijfheid (rigiditeit)

Aanvankelijk beperkt de stijfheid zich voornamelijk tot de spieren van de ledematen, vooral de armen.

De armen zijn dan stijf en voelen zwaar aan. Later breidt de stijfheid zich uit tot de andere spieren van het lichaam. Die stijfheid ontstaat doordat de spieren voortdurend een beetje aangespannen zijn. Voordat een beweging kan plaatsvinden, moet die stijfheid eerst overwonnen worden. Dat kost tijd en energie. Dit betekent dat de beweging traag op gang komt en dat het vaak veel moeite kost om iets te doen dat anders zo gemakkelijk ligt. Met die stijfheid hangt ook de vrij kenmerkende houding van de mensen met Parkinson samen: een stramme en voorovergebogen houding en lopen met schuifelende en kleine pasjes. De spierstijfheid kan ervaren worden als spierzwakte. Dit is echter niet zo. Een beweging moet bewuster uitgevoerd worden en kost meer moeite, aangezien eerst de stijfheid overwonnen moet worden. Ook is er sprake van een verminderd uithoudingsvermogen waardoor de vermoeidheid sneller kan toeslaan.

Bewegingstraagheid (hypokinesie)

Een belangrijk gevolg van de spierstijfheid is de bewegingstraagheid, ook wel hypokinesie genoemd. Deze beïnvloedt een groot aantal alledaagse bewegingen en is samen met de spierstijfheid ook verantwoordelijk voor de kenmerkende houding van een persoon met Parkinson.

De traagheid gaat een belemmering vormen bij het uitvoeren van gewone dagelijkse handelingen. Eten en aankleden gaan bijvoorbeeld steeds meer tijd in beslag nemen. De bewegingen die normaal automatisch worden verricht, moeten nu allemaal als doelbewuste en aparte bewegingen worden uitgevoerd. Kleine en fijne bewegingen zijn het moeilijkst zoals het los- of vastmaken van kleine knoopjes, het omdoen van een das, het vastmaken van een beha-sluiting of het strikken van schoenveters.

Heen-en-weer bewegingen worden ook moeilijker bijvoorbeeld het roeren in een pan, het hanteren van een schroevendraaier, het opwinden van een horloge of het strijken van wasgoed.

Door de voorovergebogen houding kan het speeksel zich voor in de mond verzamelen en uit de mond lopen ("kwijlen"). Dat kan zeer vervelend zijn en een sociale handicap vormen. Door een stoel te kiezen, waarbij het hoofd wat meer achterover leunt en door bijvoorbeeld de televisie wat hoger te plaatsen, zodat men het hoofd wat naar achteren moet houden, neemt de kans op kwijlen af. Het komt echter ook voor dat de vorming van speeksel bij de ziekte van Parkinson juist minder wordt. Er kunnen zelfs klachten over een droge mond ontstaan.

Veranderingen aan de huid

De functie van de talg- en zweetklieren kan verstoord raken. Dat kan dan leiden tot een toenemende productie van huidsmeer, waardoor vooral de gezichtshuid opvallend vet kan zijn. Ook kunnen er klachten zijn over een toenemende transpiratie. Het omgekeerde (een afgenomen of geheel afwezige transpiratie) is echter ook mogelijk.

Oogklachten

De werking van de oogspieren, die de ogen in alle richtingen moeten draaien, raakt bij de ziekte van Parkinson een beetje gestoord. Vooral het dichtbij zien (bijvoorbeeld om te lezen) wordt dan moeilijker. Het beeld wordt wat wazig of men gaat dubbelzien. Een leesbril kan dit probleem oplossen. Doordat het knippen met de ogen afneemt, bestaat de kans dat de ogen gaan uitdrogen. Oogknippen is namelijk nodig om het traanvocht regelmatig over de oogbol te verdelen. Te droge ogen kunnen makkelijk ontsteken of geïrriteerd raken. Druppelen met 'kunsttranen' (methylcellulose-oogdruppels) kan helpen.

Darm- en blaaswerking

Obstipatie (constipatie, trage stoelgang) is een veel voorkomende klacht. De spieren van de dikke darm worden, net als andere spieren, trager in hun werking. Het slijmvlies van de dikke darm krijgt

daardoor langer de gelegenheid vocht aan de ontlasting te onttrekken. Zorgdragen voor een goede stoelgang is dan ook erg belangrijk. Een vezelrijk dieet is een probaat middel. Ook de blaaspier kan zich minder snel en minder krachtig samentrekken. Dat betekent dat de urinelozing minder snel op gang komt en al weer kan ophouden voordat de blaas helemaal leeg is. Daarnaast kan de blaaspier zich moeilijker ontspannen, zodat men eerder aandrang krijgt. Het gevolg van dit alles is dat men vaker naar het toilet moet, langzamer plast en per keer kleinere hoeveelheden uitplast.

Vermoeidheid

Doordat veel spieren continu aangespannen zijn, wordt er veel energie verbruikt. Ook het uitvoeren van 'gewone' bewegingen kost meer energie dan bij gezonde mensen. Het spreekt vanzelf dat men door het grotere energieverbruik sneller vermoeid raakt.

Stemming

Bij de meeste klachten en ziekten spelen stemming en emotie een grote rol. Het is niet zozeer dat de klacht of de ziekte oorzaak van de stemmingsverandering is, maar veel meer de manier waarop men het hebben van de klacht of ziekte verwerkt. De wetenschap dat men lijdend is aan een chronische ziekte zoals Parkinson, kan depressiviteit veroorzaken. De toenemende hulpbehoefendheid en daarmee de afhankelijkheid van anderen kan de stemming ook negatief beïnvloeden. Angst voor een nog verdere achteruitgang kan voor extra ongerustheid zorgen. Het gevoel van eigenwaarde kan aangetast worden als gevolg van schaamte voor eigen functioneren en bewegen.

Diagnose

De diagnose wordt gesteld aan de hand van de symptomen, niet door middel van een (hersenscan). De eerste verschijnselen beginnen in de regel tussen 50 en 70 jaar, met de grootste kans tussen 70 en 80 jaar.

Gevolgen

Parkinson is een *progressieve* aandoening, een ziekte die verergert na verloop van tijd. Naarmate mensen met Parkinson ouder worden, stijgt de kans op het krijgen van dementie. Ze zijn ook vatbaar voor het krijgen van een depressie.

Ongeveer 50% van de mensen met Parkinson krijgt last van vermoeidheid. Meestal is het al vroeg in de ziekte en blijft de vermoeidheid hardnekkig bestaan. Soms wordt de vermoeidheid niet goed onderkend als op zichzelf staand symptoom, omdat vooral de motorische symptomen worden gezien. Net als bij de andere hersenaandoeningen versterken depressieve symptomen en vermoeidheid elkaar.

Behandeling

De behandeling is vooral gericht op de motorische problemen. Fysiotherapie helpt om soepeler te kunnen bewegen, logopedie helpt bij de spraakproblemen en ergotherapie biedt ondersteuning om de gewone dagelijkse bezigheden langer zelfstandig te kunnen uitvoeren.

Er vindt veel wetenschappelijk onderzoek plaats naar de ziekte van Parkinson. Hierdoor zijn al meerdere medicijnen beschikbaar, die zich vooral richten op het aanvullen van het dopaminetekort, zoals Levodopa (vaak kortweg dopa genoemd). Een *hersenoperatie* (zie foto) kan ervoor zorgen dat het beven en de stijfheid minder worden, maar daartoe wordt vooral besloten als het overmatige beven niet meer door de medicijnen wordt tegengegaan.

Cijfers

De ziekte van Parkinson is een relatief veel voorkomende hersenaandoening. Naar schatting lijden 44.000 in Nederland aan de ziekte van Parkinson. Het begint meestal op latere leeftijd (tussen vijftigste en zestigste jaar), en treft dus vooral ouderen. Toch is een klein deel van de mensen met Parkinson, ongeveer 10%, jonger dan veertig jaar.

Bron: hersenstichting



Bekijk het filmpje '10 tips voor goede Parkinsonzorg'

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Delier



Bekijk het filmpje 'Verschijnselen delier'

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 2**

Een delier is een stoornis waarbij de hersenen tijdelijk niet in staat zijn om alle prikkels samen te voegen tot een logisch samenhangend beeld van de werkelijkheid. De stoornis kan uren tot dagen duren. Als gevolg van een delier gedraagt de cliënt zich verward, angstig, onrustig, of in geval van een stil delier, apathisch en initiatief loos. Het bewustzijn is wisselend gestoord: perioden van verwardheid worden afgewisseld met heldere momenten. De cliënt is moeilijk aanspreekbaar en ruikt of hoort dingen die er niet zijn (hallucinaties), of wordt gehinderd door irreële ideeën waar hij niet vanaf te brengen is (wanen). De oorzaak is altijd een of meerdere lichamelijke (somatische) aandoeningen. Als deze worden verholpen, zal het delier verdwijnen.

Het is niet bekend hoeveel mensen in een thuisituatie of intramuraal een delier krijgen. In een gemiddeld ziekenhuis krijgt bijna 35% van de 65-plussers een delier. Dit komt neer op zo'n 60.000 mensen per jaar. Daarnaast geldt: hoe hoger de leeftijd, hoe hoger het risico. Hoewel het een verschijnsel van voorbijgaande aard is, overlijdt 25% binnen een jaar na het doormaken van een delier.

Verschijnselen

De verschijnselen van een delier wisselen gedurende de dag. Meestal verergeren de symptomen in de avond en nacht, waardoor cliënten met een delier (deliranten) niet goed slapen. Overdag kan de verwardheid minder zijn of helemaal verdwijnen. Vaak weet een cliënt overdag niet meer wat hij de voorgaande nacht heeft gedaan. Bij delirante cliënten is het bewustzijn vaak verlaagd. De cliënt is minder helder dan normaal, is moeilijk aanspreekbaar en gauw afgeleid. Een delirante cliënt kan ook ontzettend alert zijn en op alle prikkels reageren. Dit kan ertoe leiden dat de cliënt geïrriteerd, onrustig, agressief en onhandelbaar wordt. Een delirante cliënt is vergeetachtig en onthoudt vaak niet wat er wordt gezegd.

Herinneringen zijn vaak slechts brokstukken van wat er gebeurt. Het lange termijngeheugen is meestal intact. Gebeurtenissen uit het verleden spelen vaak vervormd een rol in de psychotische belevingen tijdens het delirium. Vertrouwde personen worden niet herkend. Het gevoel van tijd en plaats is verloren. Waanideeën of hallucinaties kunnen voorkomen. Vaak zijn de hallucinaties zeer levensecht, kleurrijk en angstaanjagend. Delirante cliënten zijn meestal achterdochtig. Ze zijn in hun wanen vaak bezig met de dood. Soms hebben ze de vaste overtuiging dat ze vergiftigd of vermoord worden en dat mensen in hun naaste omgeving in het complot zitten. Deze waarnemingsstoornissen komen 's nachts meer voor, wanneer zintuiglijke prikkels minder sterk zijn.

Naast onrustig gedrag kunnen delirante cliënten ook zeer geremd en apathisch gedrag vertonen en in een diepe slaaptoestand raken. Een cliënt met een stil delier kan ook hallucinaties hebben. Hij kan dan angstig worden, maar kan het niet uiten. Het kan zelfs zijn dat je als verzorgende of familie er niets van merkt. In hun verwardheid kunnen dergelijke cliënten zichzelf schade toebrengen, bijvoorbeeld omdat ze niet meer weten dat ze in bed moeten blijven liggen, of niet begrijpen dat ze een infuus in hebben. Ze hebben de neiging te gaan plukken aan de lijnen of de dekens.

Bij delirante cliënten kan de stemming sterk wisselen. Hun emoties wisselen snel. Soms zijn ze radeloos, dan weer apathisch, angstig of somber, soms zijn ze vijandig en geprikkeld, en heel soms

zijn ze euforisch.

Mogelijke oorzaken

Het woord delier roept bij veel mensen associaties op met een alcoholverslaving, maar de aandoening kan ook voorkomen bij mensen die niet of nauwelijks alcohol drinken. Meestal is het een samenspel van factoren, dat bij de ontwikkeling van een delier een rol speelt.

- Hersenletsel
 - hersenschudding,
 - NAH,
 - dementie.

- Eerder doorlopen delier
Cliënten hebben meer kans opnieuw een delier te krijgen onder soortgelijke omstandigheden.

- Lichamelijke oorzaken
 - suikerziekte (diabetes mellitus) die niet goed onder controle is, kanker, een hartinfarct,
 - ondervoeding,
 - koorts,
 - uitdroging,
 - ontstekingen aan urinewegen of longen,
 - gebrek aan slaap,
 - cliënten in de terminale fase,
 - een operatie of ongeval, zoals een gebroken heup of hersenschudding.

- Medicatie
 - overmatig medicijngebruik of juist het stoppen van (langdurig gebruikte) medicatie.
 - opiaten, slaappillen, geneesmiddelen tegen parkinson of hartritmestoornissen en antidepressiva, vormen een risicofactor.

- Ontwenning
Als iemand gewend is aan overmatig gebruik van alcohol of kalmeringsmiddelen en daar opeens meer stopt, kan zich bij hem een delier ontwikkelen.

- Verhuizing

- Zintuiglijke beperkingen
Ook slechtzienden en slechthorenden vormen risicogroepen als er geen (goede) bril of gehoorapparaat gebruikt wordt.

Diagnose

Vaak wordt een delier door de wisselende symptomen niet of niet tijdig herkend. Overdag wil een cliënt nog wel eens rustig en helder zijn, de symptomen zijn dan volledig afwezig. Dat kan zorgverleners op het verkeerde been zetten: ze merken niets vreemds en denken dat er niets aan de hand is. Ook worden deliersymptomen bij cliënten soms niet onderkend, omdat het (onterechte) idee bestaat dat de cliënt wel vaker in de war is. Een delier wordt ook vaak aangezien voor dementie of een depressie.

Een hulpmiddel om te bepalen of er sprake is van een delier is de DOS (Delirium Observatie Screening)- schaal. Deze wordt in ziekenhuizen veel gebruikt. Een andere schaal is de Delier-O-Meter.



Je kunt in de online kennisbank meer informatie vinden over Delier en de DOS-schaal

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) actualiseerde haar richtlijn voor het voorkomen, tijdig herkennen en behandelen van delier, en de nazorg. De richtlijn bevat tevens een mooie tabel met onderscheidende kenmerken delier - dementie - depressie.

	<i>Delier</i>	<i>Dementie</i>	<i>Depressie</i>
aard	bewustzijnsstoornis	geheugenstoornis	somberheid en / of geen interesse
begin	acuut (in uren tot dagen)	sluipend (in maanden tot jaren)	geleidelijk (meestal in enkele weken)
beloop	symptomen fluctueren over het etmaal (doorgaans meer uitgesproken in avond en nacht)	stabiel over het etmaal, progressief in de tijd	dagschommelingen: doorgaans zijn de klachten 's morgens erger dan 's avonds
bewustzijn	(afwisselend) gedaald of hyperalert	ongestoord, in laatste stadium verstoord	ongestoord
aandacht	gestoord	in beginstadium ongestoord	kan gestoord zijn door interesseverlies
oriëntatie	fluctuerend	gestoord (afhankelijk van ernst dementie)	ongestoord
spraak	onsamenhangend	moeite met vinden van woorden	ongestoord / monotoon
denken	ongeorganiseerd	verarmd	ongestoord
geheugen	kortetermijngeheugen gestoord	korte- en later ook langetermijngeheugen gestoord	intact, maar soms gestoord t.g.v. gestoorde aandacht en concentratie
hallucinaties en wanen	doorgaans aanwezig (meestal visuele hallucinaties)	doorgaans afwezig behalve in latere stadia	doorgaans afwezig (behalve bij psychotische depressie)
hulpmiddelen	Delirium Observatie Screening Schaal	Mini-Mental State Examination	Geriatrische Depressie Schaal (GDS 15)

Behandeling en omgang

De behandeling van een delier richt zich op drie zaken:

- Behandeling van de somatische aandoening.
De cliënt wordt door de arts onderzocht op uitlokkende factoren, zoals het bestrijden van infecties, het verbeteren van de samenstelling van het bloed, of het aanpassen van medicatie.
- Behandeling van het delier zelf.
Met medicatie worden vaak de onrust, angst, waanideeën en hallucinaties bestreden.

- Verwardheid bestrijden met ondersteunende maatregelen
Zoals een klok om het besef van tijd te verbeteren. Het besef van realiteit wordt verbeterd door vertrouwde voorwerpen, personen of foto's in de buurt. Houd eventuele bril of gehoorapparaat bij de hand. Geef voorlichting aan de familie en zorg ervoor dat de cliënt goed eet of drinkt.

Praktische tips

- Gebruik duidelijke korte zinnen.
- Maak kenbaar wat je komt doen.
- Geef aan welke dag het is en welk tijdstip.
- Stel eenvoudige keuzevragen. Dus niet: "Wat wilt u drinken?", maar bijvoorbeeld: "Wilt u koffie?"
- Beschrijf de realiteit als de verwarde cliënt deze fout interpreteert, maar doe dit niet bestraffend.
- Communiceer over alledaagse voorvallen in de directe omgeving.
- Geef het aan als je weggaat, wanneer je terugkomt of wie er na jou komt.
- Zoek oogcontact en raak de cliënt aan.
- Zorg voor een aantal herkenbare oriëntatiepunten, zoals bekende en vertrouwde voorwerpen, bijvoorbeeld foto's en kleding.
- Probeer een gevoel van veiligheid te bieden door bijvoorbeeld te troosten en in te gaan op onrustige en/of verwarde gevoelens te corrigeren.



Opdracht: symptomen verwardheid/delier

1. Welke symptomen die bij verwardheid/delier kunnen voorkomen, herken je in de praktijk?
2. Geef aan welke gedragingen je het meest lastig vindt?

Beoordelingsschalen voor depressie

GDS-8: Geriatrische Depressie Schaal

Deze schaal bestaat uit 8 verschijnselen die kunnen duiden op depressie. Het is een verkorte versie van een langere schaal die uit 30 verschijnselen / vragen bestaat. Op elk verschijnsel geef je aan of dat wel of niet voorkomt. De GDS-8 schaal wordt sinds 2010 vaak gebruikt als instrument voor risicosignalering van depressie in het kader van Verantwoorde zorg. Wanneer 3 of meer van de 8 verschijnselen voorkomen zou dit kunnen duiden op depressie.

Cornell Scale

De Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) is een beoordelingsschaal voor depressie bij matige tot ernstige dementie. De 19 beschreven gedragingen, kenmerkend voor depressie (zie ook lesdag 3) waaruit deze beoordelingsschaal bestaat, zijn onderverdeeld in 5 subschalen:

- stemmingsgerelateerde kenmerken (angst, verdriet, prikkelbaarheid),
- gedragsstoornissen (agitatie, interesseverlies),
- lichamelijke kenmerken (eetlust, gewichtsverlies, energieniveau),
- cyclische functies (stemmingsschommelingen, slapen, wakker worden) en
- stoornissen in gedachten inhoud (zelfwaardering, pessimisme, doodswens)

De schalen worden gescoord op basis van een gesprek met de cliënt of door observatie (door GVP, verpleegkundige/verzorgende of partner/familielid). Een score hoger dan 8 op de schaal zou duiden op lichte depressiviteit en een score hoger dan 12 op matige/ernstige depressiviteit.

[De 'Cornell scale for depression in dementia'](#) kun je downloaden op de GVP pagina van de BTSG site.

Observeren van pijn bij dementie

De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat pijn een onderschatte oorzaak is van onbegrepen gedrag bij cliënten en dat het vaker voorkomt dan gedacht.

Pijn als gevolg van een slecht passend gebit (vandaar de laatste jaren meer aandacht voor mondzorg), van harde stoelen of te lang moeten zitten (ga eens een uur in dezelfde houding op een stoel zitten).

Pijn als oorzaak wordt onderschat omdat een cliënt vaak niet kan aangeven dat hij / zij pijn heeft. Hij kan dit alleen uiten in gedrag.

Ook blijkt uit onderzoek dat ouderen met dementie minder pijnstillers krijgen dan ouderen zonder dementie, ook al hebben zij een heupfractuur, kanker of gewrichtsaandoeningen. Kennelijk is men terughoudend om hen pijnmedicatie te geven.

Er is veel aandacht voor meetinstrumenten om pijn op te sporen in kaart te brengen en te volgen zoals de PACSLAC ('Pain Assessment Checklist for Seniors with severe Dementia', zie hiernaast) en de PAINAID (Pain Assessment In Advanced Dementia, zie bijlage).

Belangrijk bij het gebruik van deze meetinstrumenten, is observeren (het vermijden van interpretaties).

PACSLAC

Gelaat Aanwezig

Uitdrukking van pijn

Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'

Werkbouwen fronsen

Grimas

Rimpels in het voorhoofd

Kreunen of kermen

Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder meer beweging)

Pijnlijke plek aanraken en vasthouden

Pijnlijke plek beschermen

Terugtrekken

Verzet / afweer

Verbale agressie

Fysieke agressie (bijv. mensen of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)

Geërgerd (geagiteerd)

Achteruitdeinzen

Niet aangeraakt willen worden

Niet coöperatief / weerstand tegen zorgverlening

Sociaal emotioneel / stemming

Nors / prikkelbaar

Schreeuwen / krijsen

Donkere blik

Verdrietige blik

Geen mensen in de buurt laten komen

Ontsteld (ontdaan)

Blozend, rood gelaat

Rusteloos

Stappenplan

Zogenoemde 'comfort-interventies' (zoals snoezelen, remi-niscentie of aanpassen van de dagstructuur) worden nog te weinig gebruikt bij onbegrepen gedrag. Dat is jammer, omdat deze interventies vaak beter werken dan medicatie. Om zorgverleners te ondersteunen bij een stapsgewijze beoorde-ling van onbegrepen gedrag en bij begeleiding en behande-ling is in de Verenigde Staten een protocol ontwikkeld. Dit is bedoeld om:

- Onbegrepen gedrag nauwkeuriger te beoordelen bij cliënten die dit niet meer goed verbaal duidelijk kunnen maken (cliënten met gevorderde dementie).
- Een betere en meer op het individu toegesneden behande-ling te bieden van zowel pijnklachten als probleemgedrag. Omdat pijn vaak voorkomt en de behandeling relatief eenvoudig is, neemt pijnbestrijding een belangrijke plaats in in het protocol.

De nadruk bij deze methode ligt ook op analyse van de meest voorkomende oorzaken van onbegrepen gedrag.

De methode is gebaseerd op het zogenaamde 'unmet-need-model' (denk aan de behoeftemodellen van lesdag 2). Dit model gaat ervan uit dat het vermogen van een demente cliënt om zijn behoeften en zijn ongemakken te communiceren achteruitgaat, naarmate de dementie vordert.

Behoeften waaraan niet wordt voldaan maakt de cliënt dan kenbaar via zijn gedrag, bijvoorbeeld door onrust, zorg weigeren, huilen en afzondering zoeken. Dit gedrag wordt door de omgeving vaak niet begrepen als uiting of symptoom van ongemak, pijn of ander leed. En gedrag dat niet wordt herkend als uiting van ongemak en/of pijn (en dus ook niet adequaat wordt behandeld), kan weer leiden tot ander, vaak negatief gedrag.

STA OP!

Dit protocol is ver-taald en bewerkt voor de Nederlandse situatie en heeft als naam gekregen: STA OP! (STAPsgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn bij dementie de baas!).

Belangrijk startpunt van STA OP! is het herkennen en signa-leren van gedragsveranderingen en onbegrepen gedrag. Bij cliënten met dementie bij wie door het (multidisciplinaire) team onbegrepen gedrag of gedragsveranderingen zijn vast-gesteld, wordt stapsgewijs (zie kader 'Stappenplan') gekeken of voor dit gedrag een verklaring te vinden is, zodat tijdig met een juiste behandeling kan worden beginnen.

De PACSLAC, PAINAID en een handleiding met de titel 'Ouderen en pijn.

Tips voor verpleegkundigen kun je downloaden via de BTSG site op de GVP pagina.

Opdracht: pijn als oorzaak van onbegrepen gedrag

1. In hoeverre denk jij dat pijn wel eens een rol speelt bij onbegrepen gedrag bij jouw cliënten? Waarop baseer je dat idee?
2. Denk je dat er voldoende aandacht is voor pijn binnen de organisatie waarvoor jij werkt?

Meer besef en begrip voor dementie

Staatssecretaris Van Rijn (VWS) wil het besef en het begrip van Nederlanders voor dementie vergroten. Hij wil dat mensen beter en eerder doorhebben wat er aan de hand is als iemand het even niet meer weet in de supermarkt of bijvoorbeeld zonder bestemming in de bus stapt. Het streven is dat een miljoen mensen binnen 5 jaar beter bekend raken met dementie en dat toepassen in hun baan en bestaan. Het gaat om bijvoorbeeld familieleden, winkelpersoneel en buschauffeurs.

Nog te veel kalmerende middelen gebruikt bij dementie


Driekwart van de artsen geven aan dat het gebruik van psychofarmaca (kalmerende medicijnen) bij mensen met dementie kan worden verminderd. De invoering van de richtlijnen voor professioneel omgaan met onbegrepen gedrag is nog altijd niet goed geslaagd. Dit blijkt uit het onderzoek van de Monitor Woonvormen Dementie van het Trimbos-instituut dat alle trends van de zorg bij dementie in kaart brengt (augustus 2015).

Uit de monitor blijkt dat er geen afname is van psychofarmaca. Hoewel de negatieve effecten bekend zijn, geldt dit voor alle typen psychofarmaca (slaapmiddelen, benzodiazepines, neuroleptica/antipsychotica en antidepressiva). In de deelnemende woonvoorzieningen kreeg in 2013/2014 nog altijd 1 op de 4 bewoners met dementie een antipsychoticum voorgeschreven. Ook blijkt dat lang niet altijd eerst het onbegrepen gedrag geanalyseerd wordt en psychosociale interventies ingezet worden, zoals in de richtlijnen is beschreven. De onderzoekers concluderen: 'Het lijkt er dus op dat invoering van de richtlijnen voor professioneel omgaan met onbegrepen gedrag in de praktijk nog altijd niet goed is geslaagd. Dit is een verontrustende uitkomst. Gerichte campagnes, concrete maatregelen en een cultuurverandering lijken nodig om het gebruik van psychofarmaca verder terug te dringen.'



Bijlage: MMSE

Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination © RM Kok, FRJ Verhey, 2002	
Naam cliënt: Datum invullen: Naam invuller: Ik ga u enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijke antwoorden te geven.	
noteer antwoord	Score
1. a. Welk jaar is het? b. Welke seizoen is het? c. Welke maand van het jaar is het? d. Wat is de datum vandaag? e. Welke dag van de week is het?	(0-5)
2. a. In welke provincie zijn we nu? b. In welke plaats zijn we nu? c. Wat is de naam van dit ziekenhuis / deze instelling? d. Wat is de naam van deze afdeling? Of: Wat is mijn naam? e. Op welke verdieping zijn we nu?	(0-5)
3. Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen. (Noem "appel, sleutel, tafel", neem 1 seconde per woord), (1 punt voor elk goed antwoord tot een maximum van 3), (herhaal maximaal 5 keer tot de cliënt de drie woorden weet).	(0-3)
4. Wilt u van de 100 zeven aftrekken en van wat overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? (Herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd, elk juist antwoord een punt tot een maximum van 5) of Wilt u het woord "'worst" achterstevoren spellen?	(0-5)
5. Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist. (Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-3)
6. Wat is dit? En wat is dat? (Wijs een pen en een horloge aan. Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-2)
7. Wilt u de volgende zin herhalen: "Nu eens dit en dan weer dat ". (Eén punt als de complete zin goed is).	(0-1)
8. Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat? (papier met daarop in grote letters: "Sluit uw ogen").	(0-1)
9. Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? (Eén punt voor iedere goede handeling).	(0-3)
10. Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? (Eén punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde heeft en betekenis heeft).	(0-1)

11.	<p>Wilt u deze figuur natekenen? (Figuur achterop dit papier. Eén punt als figuur geheel correct is nagetekend. Er moet een vierhoek te zien zijn tussen de twee vijfhoeken)</p>		(0-1)
TOTALE TEST SCORE:			(0-30)

Bijlage: Stappenplan voor het opstellen van een Plezierige-Activiteiten-Plan (PAP)

STAP 1: Wanneer je vermoedt dat een cliënt depressief is, observeer dan een week lang zijn depressieve klachten of verschijnselen. Vraag bij collega's na (bijvoorbeeld bij de overdracht of een cliëntenoverleg) en bij familie of zij ook depressieve klachten of verschijnselen zien en - zo ja - welke. Vul daarna op formulier 1 het "Plezierige-Activiteiten-Plan" punt 2 in (waaruit blijkt dat de cliënt soms depressief is?).

STAP 2: Bedenk wat je wilt bereiken met de cliënt. Een begeleidingsdoel kan bijvoorbeeld zijn "de cliënt heeft geen angstige gezichtsuitdrukking meer" of "de cliënt huilt niet meer elke dag". Schrijf ook je begeleidingsdoel(en) in het "Plezierige-Activiteiten-Plan" (punt 3).

STAP 3: Ga nu op zoek naar informatie over het heden, verleden en mogelijke plezierige activiteiten voor de cliënt: dit doe je door formulier 2 "Levensloop, voorkeuren en plezierige activiteiten in heden en verleden" in te vullen. Vul daarna onderdeel I van het "Plezierige-Activiteiten-Plan" in (informatie over de cliënt).

STAP 4: Je hebt nu doelen bedacht (stap 2) en informatie verzameld over de cliënt (stap 3). Bedenk vervolgens (a) plezierige activiteiten voor hem, (b) manieren waarop je piekeren van de cliënt kunt voorkomen en (c) wat je kunt doen als een cliënt toch piekert. Vul vervolgens de overgebleven onderdelen op het "Plezierige-Activiteiten-Plan" in (punt 4 en 5).

STAP 5: Bespreek het "Plezierige-Activiteiten-Plan" met betrokken collega's en familieleden en spreek af wie de plezierige activiteiten op welk moment uitvoert.

STAP 6: Breng voor, tijdens en na de plezierige activiteit het gedrag van de cliënt in kaart op het "Observatieformulier Reacties op Plezierige Activiteiten" (formulier 3).

STAP 7: Als een cliënt door non-verbale of verbale reacties aangeeft de activiteit niet prettig te vinden, overleg dan met collega's en familie hoe je het "Plezierige-Activiteiten-Plan" kunt bijstellen.

STAP 8: Als een cliënt in bepaalde situaties meer piekert of somber is dan anders, dan begeleid je hem op de manier zoals je beschreven hebt in het "Plezierige-Activiteiten-Plan" bij punt 5.

STAP 9: Nadat je twee weken de cliënt begeleid hebt met het "Plezierige-Activiteiten-Plan", bekijk je systematisch al zijn reacties zoals beschreven in het Observatieformulier Reacties op Plezierige Activiteiten (formulier 3). Kijk systematisch wat er in andere onderdelen van het dossier van de cliënt staat over zijn reacties op onderdelen uit het "Plezierige-Activiteiten-Plan". Beschrijf de resultaten van je evaluatie bij punt 6 van het "Plezierige Activiteiten -Plan".

Waar nodig pas je (opnieuw) het plan aan, in overleg met collega's en familie.

Bijlage: PAINAID

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal.	Incidentele moeizame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luidruchtige moeizame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheye-Stokes-ademhaling.	
Onrustgeluiden	Geen.	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Herhaaldelijk angstig uitroepen. Luid kreunen of kermen. Huilen.	
Gezichtuitdrukking	Glimlachend of nietszeggend (neutraal, ontspannen).	Droevig. Bang. Fronsen.	Grimas.	
Lichaamstaal	Ontspannen.	Gespannen. Overstuur op en neer stappen, ijsberen. Zenuwachtig bewegen	Verstard. Gebalde vuisten. Opgetrokken knieën. Wegtrekken of wegduwen. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten.	Afgeleid of gerustgesteld door stem of aanraking.	Onmogelijk te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	
Totaal score				

De score varieert van 0 tot 10 waarbij
 0 staat voor geen pijn
 1 - 3 voor milde pijn
 4 - 6 matige pijn
 7 - 10 ernstige pijn.

Bijlage: Meetinstrumenten

Gedragsobservatie- instrumenten

(Veel documenten hiervan kan je downloaden van de BTSG site, via de GVP pagina. Log in om deze documenten te zien).

Brede inventarisatie van gedrag

- Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP)

Ernst van dementie

- Global Deterioration Scale (GDS)

Delier

- Delier Observatie Schaal (DOS)
- GIP: subschalen Bewustzijnsstoornissen en Doelloos repetitief gedrag

Achterdocht

- GIP: subschaal achterdochtig gedrag

Angst

- GIP: subschaal Angstig gedrag NPI: subschaal Angst

Agressie

- GIP: subschaal Opstandig gedrag BOP: subschaal Agressiviteit

Agitatie

- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Apathie/agressie

- GIP: subschaal Rusteloos gedrag

Apathie/onverschilligheid

- GIP: subschaal Apathisch gedrag

Ontremming

- GIP: subschaal Decorumverlies en Doelloos repetitief gedrag

Pijn

- Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)
- PAINAID

Cognitie

- GIP: subschalen Incoherent gedrag, Geheugenstoornissen en Gedesoriënteerd gedrag

Stemming

- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)
- GIP: subschaal Zwaarmoedig of verdrietig gedrag

Sociaal functioneren

- GIP: subschalen Niet-sociaal gedrag en Afhankelijk gedrag

Tests en vragenlijsten

Cognitie

- Mini Mental State Examination (MMSE)

Stemming

- Geriatric Depression Scale: GCD-30, GDS-15, GDS-8 ¹

Angst

- Hamilton Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale

Draaglast Mantelzorg

- Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)