

## **Een publiekscampagne om bewustwording over risicoreductie van dementie te verhogen: een pre-post studie**

**Auteurs:** Irene Heger, Sebastian Köhler, Martin van Boxtel, Marjolein de Vugt, Klaasjan Hajema, Frans Verhey, Kay Deckers

### **Samenvatting**

Deze studie betreft de evaluatie van een publiekscampagne geïnitieerd door het Alzheimer Centrum Limburg. Het doel was inwoners uit de provincie Limburg van middelbare leeftijd bewust te maken van de invloed van een gezonde leefstijl op het verminderen van de kans op dementie. Het campagne team gebruikte berichten via de massamedia en publieksactiviteiten, ondersteund met een campagnewebsite en mobiele applicatie (MijnBreincoach app). De gemeentes Roermond, Landgraaf en Brunssum voerden aanvullend een wijkgerichte campagne, waarbij lokale belanghebbenden werden betrokken bij de vormgeving en uitvoering. De campagne is geëvalueerd door middel van twee onafhankelijke steekproeven pre- en post-campagne. Op populatieniveau werd geen pre-post verschil geobserveerd in mate van bewustwording van het verminderen van het risico op dementie. In een aanvullende analyse bleek dat de groep mensen die na afloop van de campagne aangaven met de campagne in aanraking te zijn gekomen, zich meer bewust waren van het verminderen van het risico op dementie en vaker gemotiveerd rapporteerden te zijn voor gedragsverandering dan de groep mensen die niet in aanraking waren gekomen met de campagne. De wijkgerichte aanpak resulteerde in meer herkenning van campagnemateriaal en de mobiele applicatie. Gezonde voeding en fysieke activiteit werden vaker herkend na afloop van de campagne. Mentale activiteit werd zowel voor- als na de campagne het vaakst herkend als beschermend tegen dementie maar een toename werd niet geobserveerd na de campagne.

---

## **Raising awareness for dementia risk reduction through a public health campaign: a pre-post study**

### **Abstract**

This study evaluates a public health campaign initiated by the Alzheimer Center Limburg of Maastricht University. The aim was to increase awareness of the influence of a healthy lifestyle on lowering the risk of dementia in community-dwelling inhabitants of the Province of Limburg (aged 40 – 75 years). The campaign used mass media and public events, supported by a campaign website and mobile application (*MijnBreincoach app*). An additional district-oriented approach was chosen in the municipalities of Roermond, Landgraaf and Brunssum, in which local stakeholders were involved in the design and execution of campaign-related events. Population-level difference in awareness before and after the campaign was assessed in two independent samples. No pre-post difference was observed in the level of awareness of dementia risk reduction. An additional analyses in the post-campaign sample revealed that the group that reported to have heard of the campaign, was more often aware of dementia risk reduction and reported higher motivation for behavioural change than the group that had not heard of the campaign. The district-oriented approach resulted in better recognition of campaign-material and the mobile application. With regard to the individual lifestyle factors, healthy diet and physical activity were identified more often post-campaign. Cognitive activity was identified most often at both pre- and post-assessment, but there was no increase in awareness after the campaign

---

**Kernwoorden:** bewustwording, dementie, hersengezondheid, preventie, publiekscampagne

---

**Keywords:** Awareness, Brain health, Dementia, Prevention, Public health campaign

---

## Inleiding

Primaire preventie van dementie krijgt in toenemende mate internationale aandacht in wetenschap en beleid.<sup>1,2,3</sup> Uit steeds meer onderzoek blijkt dat leefstijlfactoren (waaronder fysieke inactiviteit en roken) en somatische aandoeningen (zoals diabetes en hypertensie) wereldwijd een aanzienlijke invloed hebben op het aantal mensen met dementie.<sup>2</sup> Deze inzichten hebben geleid tot de opzet van grootschalige gerandomiseerde gecontroleerde trials naar het effect van leefstijlinterventies op het vertragen dan wel voorkomen van cognitieve achteruitgang en dementie.<sup>4,5,6</sup> De *Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability* (FINGER) richtte zich op een vroegere levensfase ( $\geq 60$  jaar oud) dan andere interventiestudies ( $\geq 70$  jaar oud)<sup>5,6</sup> en was in 2015 de eerste trial die matig-positieve effecten op cognitief functioneren liet zien.<sup>4</sup> Leefstijlinterventies lijken dan ook het beste ingezet te kunnen worden bij mensen van middelbare leeftijd, om zo langdurige blootstelling aan risicofactoren en daaropvolgende breinschade te voorkomen.<sup>7</sup> Een veelbelovende ontwikkeling is de lancering van het World Wide (WW) FINGERS netwerk, een wereldwijd initiatief met als doel leefstijl-gebaseerde interventiestudies te harmoniseren en robuust bewijs te vinden dat leefstijlverandering dementie kan vertragen dan wel voorkomen.<sup>7</sup> Daarnaast is in verschillende cohortstudies uit landen met een hoog inkomen een dalende incidentie van dementie te zien, die naar alle waarschijnlijkheid verklaard wordt door verbeterde cardiovasculaire gezondheid en leefstijl en een hoger opleidingsniveau in vergelijking met 10-20 jaar geleden.<sup>8,9,10</sup>

De meeste mensen lijken zich echter nog onvoldoende bewust te zijn van de mogelijkheden om het risico op dementie te verlagen.<sup>11,12</sup> Een enquête uit 2017 liet zien dat slechts een minderheid (44%) van alle deelnemers uit de algemene bevolking (40-75 jaar;  $n=590$ ) zich hier bewust van was en dat slechts 20-25% vasculaire factoren associeerden met een verhoogd dementierisico.<sup>11</sup> Bewustwording creëren is daarmee een cruciale eerste stap voordat grootschalige gedragsinterventies geïmplementeerd kunnen worden.

Dat het verminderen van het risico op dementie internationaal zowel onder wetenschappers als beleidsmakers een actueel thema is, wordt verder onderstreept door de publicatie van richtlijnen voor risicoreductie van dementie door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) in 2019.<sup>13</sup> In Nederland schreven 67 zorgprofessionals en wetenschappers in 2019 een ingezonden brief in het NRC aan minister Hugo de Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) waarin zij pleitten om meer te investeren in preventie van dementie.<sup>14</sup> In 2020 volgde de publicatie van de Nationale Dementiestrategie 2021-2030 van het ministerie van VWS.<sup>15</sup> Deze dementiestrategie lijkt een veelbelovende ontwikkeling te zijn voor het Nederlandse dementiebeleid. Tegelijkertijd valt op dat preventie ontbreekt als pijler in de strategie en bovendien wordt onvoldoende duidelijk welke financiële middelen worden toegekend, aldus Alzheimer Nederland in een reactie.<sup>16</sup> De vertaalslag van wetenschap naar een concreet beleid op het gebied van dementiepreventie lijkt in Nederland vooralsnog onvoldoende op gang te zijn gekomen.

Deze studie heeft als doel een publiekscampagne te evalueren gericht op het verhogen van de bewustwording rondom de mogelijkheden om het risico op dementie te verminderen bij mensen uit de algemene bevolking (40-75 jaar oud), om hopelijk een stap dichterbij te komen naar een concreet landelijk beleid op het gebied van dementiepreventie.

## Methoden

### **Ethische goedkeuring**

De *Ethics Review Committee Psychology and Neuroscience* (ERCPN) van Maastricht University keurde deze studie goed (referentienummer 177-07-03-2017). Alle deelnemers ontvingen een informatiebrief en tekenden een digitale toestemmingsverklaring. [Dit artikel is gebaseerd op een eerdere publicatie in BMJ Open.](#)<sup>17</sup>

### **De publiekscampagne (maart 2018-januari 2019)**

De doelgroep voor deze publiekscampagne omvatte alle inwoners van de provincie Limburg van 40-75 jaar oud (naar schatting 558,535 in totaal<sup>18</sup>). Het primaire doel was om bewustwording te verhogen over het verlagen van het risico op dementie. Een secundair doel was om mensen op de hoogte te stellen van de drie campagne speerpunten (zie hieronder).

Het Alzheimer Centrum Limburg (ACL) van Maastricht University en het Maastricht UMC+ ontwikkelde deze campagne in samenwerking met de GGD Zuid Limburg, de GGD Limburg-Noord en de vakgroep Health Promotion van Maastricht University. Een organisatie gespecialiseerd in het ontwikkelen van creatieve strategieën en designs (Zuiderlicht) ontwikkelde het campagnemateriaal (zie Bijlage 1) en de campagnewebsite.<sup>19</sup> Vanwege de relatief jonge doelgroep, als het gaat om een campagne ten aanzien van dementie (risicoreductie), koos het campagneteam bewust voor een positieve formulering ("We zijn zelf het medicijn" als slogan en "eet gezond", "beweeg regelmatig" en "blijf nieuwsgierig" als speerpunten). De MijnBreincoach app werd tegelijk met de campagne gelanceerd en is kosteloos te gebruiken voor het algemene publiek (zie Bijlage 2 voor details over de app). Voorafgaand aan de lancering presenteerde het campagneteam het materiaal aan belangrijke belanghebbenden in het project (Alzheimer Nederland, het cliëntpanel van het ACL, inwoners van de provincie Limburg). De GGD Zuid Limburg controleerde de inhoudelijke berichten en teksten uit de MijnBreincoach app op leesbaarheid. In de gehele provincie Limburg werd een grootschalige campagne gelanceerd (hierna: "de provinciale groep"). Daarnaast werden er drie specifieke wijken in Roermond (Hoogvonderen), Landgraaf (Schaesberg) en Brunssum (-Oost) uitgekozen (op basis van variërende socio-economische status en afwezigheid van andere publiekscampagnes) voor een aanvullende wijkgerichte aanpak (hierna: "de wijkgerichte groep"). De wijken stemden de campagne zo veel mogelijk af op de lokale wensen.

### **De voor- en nameting**

Om te voorkomen dat het invullen van de voormetingsvragenlijst mensen al zou aanzetten tot het opzoeken van informatie rondom dementie risicoreductie en dit bewustwording had verhoogd en/of mensen had gesensibiliseerd voor de campagne, werden er twee cross-sectionele, onafhankelijke metingen uitgevoerd: één pre-campagne (september 2017<sup>11</sup>) en één post-campagne (februari 2019). Een significante toename in bewustwording in de nameting had anders niet toegeschreven kunnen worden aan de campagne zelf. Sociaal-demografische gegevens, zelfgerapporteerde kennis over dementie en bewustwording over het verminderen van het risico op dementie werden zowel voorafgaand als na afloop van de campagne gemeten. Het campagneteam gebruikte tien (vertaalde) items van de *British Social Attitudes (BSA) survey*.<sup>22</sup> De nameting bevatte verder items over de blootstelling aan de campagne. Deze items werden pas na de items over bewustwording gepresenteerd om iemands opvattingen over de (on)mogelijkheden van het verminderen van het risico op dementie niet te beïnvloeden. De primaire uitkomstmaat was het verschil tussen voor- en nameting in het aantal mensen dat de stelling "Er is niets dat ik kan doen om de kans op dementie te verkleinen" verwierp. Voor de leesbaarheid van het artikel werd deze stelling met een positieve formulering gepresenteerd ("Dementie risicoreductie is mogelijk"). Secundaire uitkomstmaten waren pre-post verschillen in de herkenning van de drie speerpunten uit de campagne (fysieke activiteit, mentale activiteit en gezonde voeding).

### **Het wervingsproces**

De provinciale groepen werden gerekruteerd uit deelnemers van een eerdere studie van de GGD Zuid Limburg (Gezondheidsmonitor 2016), die schriftelijke toestemming hadden verleend voor deelname aan toekomstige studies. Een aselechte groep (40-75 jaar) werd via een e-mailbericht benaderd voor deelname aan deze studie. De GGD Zuid Limburg (voor de Gemeente Landgraaf en Brunssum) en de Gemeente Roermond trokken voor de wijkgerichte metingen een aselechte groep uit de basisregistratie van potentiële deelnemers op basis van postcode en leeftijd, welke we benaderden met een schriftelijke brief.

### **Statistische analyses**

Om verschillen in sociaal-demografische gegevens en niveau van bewustwording over dementie risicoreductie te meten tussen de groepen (voormeting versus nameting, provincie versus wijken) werd er gebruik gemaakt van onafhankelijke t-toetsen en Chi<sup>2</sup> toetsen. Alle analyses zijn uitgevoerd in Stata (StataCorp, College station, TX, USA), met een significantieniveau van  $p \leq 0,05$  en tweezijdige toetsing.

## **Resultaten**

### **Demografische gegevens**

De responspercentages van de voor- en nameting waren vergelijkbaar (provincie voormeting 53,6%, nameting 54,8%; wijken voormeting 33,2%, nameting 32,2%). In Tabel 1 worden de totale groep en de twee subgroepen beschreven. De kenmerken van de drie afzonderlijke wijken worden beschreven in Bijlage 3. De totale groep in de voormeting was in hoge mate

vergelijkbaar met de totale nameting groep. De gemiddelde leeftijd was hoger in de wijkgerichte voormeting dan in de wijkgerichte nameting. De provinciale groep was zowel in de voormeting ( $\text{Chi}^2(2) = 29,57, p \leq 0,001$ ) als in de nameting ( $\text{Chi}^2(2) = 17,41, p \leq 0,001$ ) hoger opgeleid dan de wijkgerichte groep. In Tabel 2 worden de verschillende campagne uitingen opgesomd.

**Tabel 1. Kenmerken van de deelnemers in de voormeting en nameting, gestratificeerd naar campagnevorm**

Variabelen*	Totale groep (n=1,192)			Provinciale groepen (n=780)			Wijkgerichte groepen (n=412)		
	Voormeting (n=590)	Nameting (n=602)	p-waarde	Voormeting (n=381)	Nameting (n=399)	p-waarde	Voormeting (n=209)	Nameting (n=203)	p-waarde
Leeftijd (jaar); M (SD)	60,7 (8,8)	59,9 (8,8)	0,113	61,1 (8,9)	61,2 (8,8)	0,869	60,1 (8,6)	57,4 (8,3)	0,002
Leeftijdsgroep; n (%)			0,755			0,649			0,060
40 – 49	75 (13,0%)	91 (15,2%)		48 (12,9%)	52 (13,2%)		27 (13,2%)	39 (19,2%)	
50 – 59	170 (29,5%)	172 (28,8%)		101 (27,1%)	95 (24,1%)		69 (33,8%)	77 (37,9%)	
60 – 69	244 (42,3%)	246 (41,1%)		165 (44,2%)	174 (44,1%)		79 (38,7%)	72 (35,5%)	
70 – 75	88 (15,3%)	89 (14,9%)		59 (15,8%)	74 (18,7%)		29 (14,2%)	15 (7,4%)	
Aantal vrouwen; n (%)	269 (46,2%)	293 (48,7%)	0,398	164 (44,0%)	184 (46,1%)	0,549	105 (50,0%)	109 (53,7%)	0,483
Burgerlijke staat; n (%)			0,501			0,348			0,654
Getrouwd/ samenwonend	471 (80,5%)	478 (79,4%)		299 (79,5%)	321 (80,5%)		172 (82,3%)	157 (77,3%)	
Nooit getrouwd geweest	30 (5,1%)	34 (5,7%)		18 (4,8%)	18 (4,5%)		12 (5,7%)	16 (7,9%)	
Gescheiden	48 (8,2%)	61 (10,1%)		33 (8,8%)	43 (10,8%)		15 (7,2%)	18 (8,9%)	
Weduwe/wedu wnaar	36 (6,2%)	29 (4,8%)		26 (6,9%)	17 (4,3%)		10 (4,8%)	12 (5,9%)	
Opleidingsnive au <sup>†</sup> ; n (%)			0,846			0,579			0,890
Laag	101 (17,3%)	103 (17,1%)		46 (12,2%)	53 (13,3%)		55 (26,3%)	50 (24,6%)	
Midden	222 (38,0%)	238 (39,5%)		134 (35,6%)	153 (38,4%)		88 (42,1%)	85 (41,9%)	
Hoog	262 (44,8%)	261 (43,4%)		196 (52,1%)	193 (48,4%)		66 (31,6%)	68 (34,0%)	

Kennis van dementie (zelf-rapportage), n (%)			0,780		0,668			0,944
Goed	489 (84,5%)	506 (85,0%)		308 (83,2%)	335 (84,4%)		181 (86,6%)	171 (86,4%)
Onvoldoende	90 (15,5%)	89 (15,0%)		62 (16,8%)	62 (15,6%)		28 (13,4%)	27 (13,6%)

Afkortingen: M: gemiddelde; SD: standaarddeviatie; n: aantal mensen. \* Als gevolg van ontbrekende data tellen maximale waarden niet op; † Hoogst afgeronde opleiding, geclassificeerd als laag (geen opleiding, lager onderwijs, lager of voorbereidend beroepsonderwijs), midden (middelbaar algemeen voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs, hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs), en hoog (hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs).

**Tabel 2. Uitingen gedurende de publiekscampagne (maart 2018 - januari 2019)**

Lokale betrokkenheid en steun	Meer dan 140 "campagnevrienden" (gemeentes, gezondheidscentra, bedrijven) hebben de campagneboodschap en het campagnemateriaal verspreid en activiteiten georganiseerd
	Distributie van 35,000 campagnefolders en >1,000 campagneposters (op >400 locaties binnen de provincie Limburg)
	Organisatie van >1 publieke activiteit per week (n=52)
Campagnewebsite	Meer dan 10,000 websitebezoekers
	Het online campagnemateriaal werd >5,500 keer gedownload
Media	>65 media-uitingen (bijvoorbeeld item in de Limburger)
	Tweets over de campagne hebben >200,000 mensen bereikt
	Berichten op Facebook hebben >15,000 mensen bereikt
Mobiele applicatie	De MijnBreincoach app is 9,000 keer gedownload
	De GGD en het Ministerie van VWS hebben de MijnBreincoach app toegevoegd als aanbeveling voor gezondheidsapplicaties (www.ggdappstore.nl; www.zorgvannu.nl)

### **Blootstelling aan de publiekscampagne**

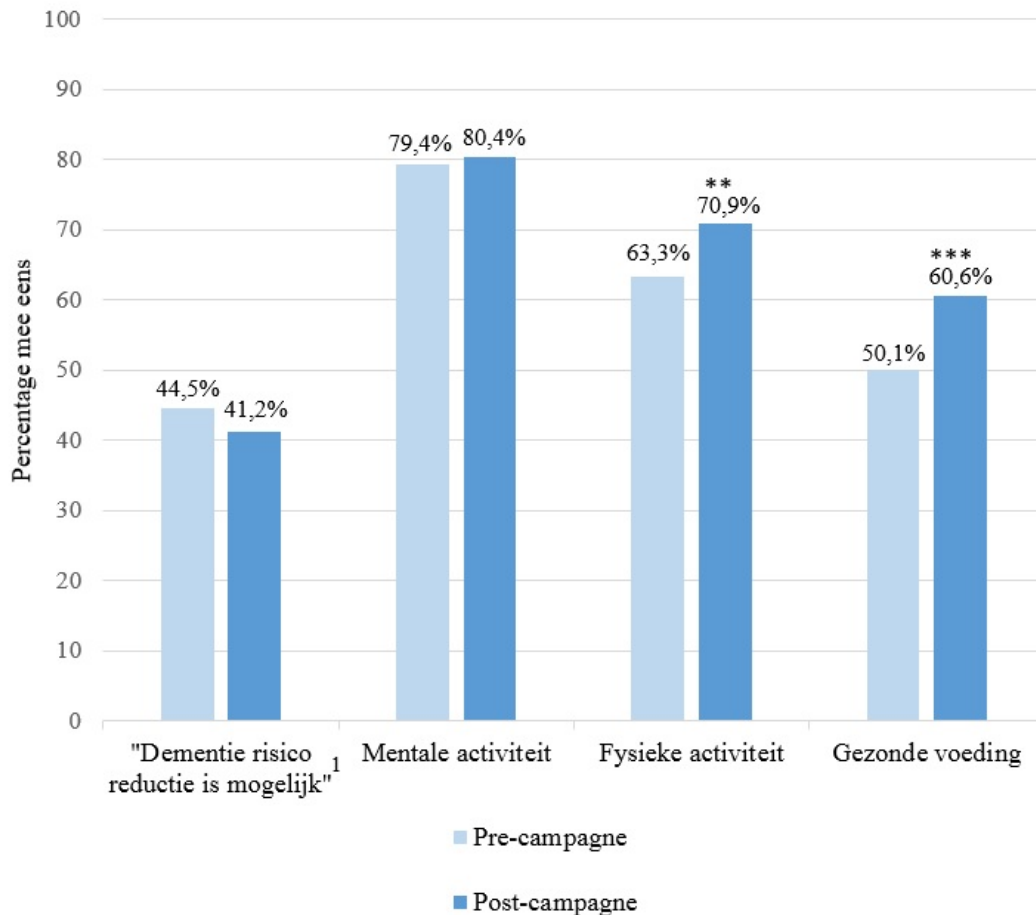
Van alle deelnemers aan de nameting (n=602), gaf 20,0% aan op de hoogte te zijn van de campagne, 21,8% van het eHealth platform, en 29,8% herkenden het campagnemateriaal. Vrouwen waren vaker op de hoogte over het eHealth platform (27,5% vs. 16,3%;  $\chi^2(1) = 9,75, p=0,002$ ) en herkenden het campagnemateriaal vaker (34% vs. 25,8%;  $\chi^2(1) = 4,23, p=0,040$ ) dan mannen. Lager opgeleide deelnemers herkenden het campagnemateriaal vaker dan hoger opgeleiden (33,5% vs. 25,1%;  $\chi^2(1) = 4,28, p=0,039$ ).

### **Verschillen in bewustwording voorafgaand en na afloop van de publiekscampagne (totale groep)**

Figuur 1 geeft een pre-post vergelijking weer van het percentage deelnemers dat het eens was met de stelling dat risicoreductie van dementie mogelijk is en het percentage deelnemers dat de drie campagnespeerpunten herkende. Er werd geen verschil geobserveerd in de primaire uitkomstmaat ( $\chi^2(1) = 1,27, p=0,260$ ). Mentaal actief blijven werd zowel in de voormeting (79,4%) als in de nameting (80,4%) het vaakst herkend als beschermend tegen dementie, zonder significant pre-post verschil ( $\chi^2(1) = 0,17, p=0,677$ ). Er was wel een toename in herkenning van de factoren fysieke activiteit (7,6% toename;  $\chi^2(1) = 7,48, p=0,006$ ) en gezonde voeding (10,5% toename;  $\chi^2(1) = 12,37, p\leq 0,001$ ). Hoger opgeleide deelnemers waren zich meer bewust van dementie risicoreductie dan lager opgeleide deelnemers (voormeting:  $\chi^2(2) = 53,46, p\leq 0,001$ ; nameting:  $\chi^2(2) = 24,15, p\leq 0,001$ ). De mate van bewustwording van dementie risicoreductie was na de campagne

gemiddeld 8% lager bij mannelijke deelnemers ( $\text{Chi}^2(1) = 3,89, p=0,049$ ), terwijl ze gezonde voeding juist vaker herkenden in vergelijking met de voormeting ( $\text{Chi}^2(1) = 10,99, p=0,001$ ). Het niveau van bewustwording van dementie risicoreductie bleef hetzelfde in vrouwelijke deelnemers ( $\text{Chi}^2(1) = 0,09, p=0,770$ ), deelnemers jonger dan 65 jaar oud ( $\text{Chi}^2(1) = 0,78, p=0,377$ ), en deelnemers van 65 jaar of ouder ( $\text{Chi}^2(1) = 1,46, p=0,227$ ).

**Figuur 1. Vergelijking van de pre-campagne (n=590) en post-campagne (n=602) groepen**



Percentages geven weer hoeveel mensen het eens waren met de stelling dat dementie risicoreductie mogelijk is, en hoeveel mensen de drie speerpunten uit de campagne correct herkenden. Maximumwaarden en percentages komen niet overeen vanwege missende waarden. <sup>1</sup> Originele stelling die aan deelnemers werd gepresenteerd: "Er is niets dat ik kan doen om de kans op dementie te verkleinen". \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

#### **Verschillen tussen de twee campagnevormen**

Deelnemers uit de wijkgerichte groep herkenden het campagnemateriaal vaker dan deelnemers uit de provinciale groep (35,2% vs. 26,8%;  $\text{Chi}^2(1) = 3,92, p=0,048$ ). Voor zowel de provinciale (47,1% naar 40,5%;  $\text{Chi}^2(1) = 3,39, p=0,066$ ) als de wijkgerichte campagne (39,9% naar 42,7%;  $\text{Chi}^2(1) = 0,33, p=0,565$ ) was er geen sprake van een significant pre-post verschil in de mate van bewustwording van dementie risicoreductie. Vergeleken met de voormeting, werd mentaal actief blijven niet vaker herkend als beschermend tegen dementie in de nameting, zowel in de provincie (79,9% naar 81,8%;  $\text{Chi}^2(1) = 0,43, p=0,510$ ) als in de wijken (78,5% naar 77,7%;  $\text{Chi}^2(1) = 0,04, p=0,844$ ). Alleen in de provinciale groep was er een significante toename te zien in herkenning van fysieke activiteit (65,6% naar 73,3%;  $\text{Chi}^2(1) = 5,14, p=0,023$ ). Zowel in de provinciale (51,7% naar 62,3%;  $\text{Chi}^2(1) = 8,23, p=0,004$ ) als in de wijkgerichte groep (47,3% naar 57,4%;  $\text{Chi}^2(1) = 3,99, p=0,046$ ) zagen we een toename aan herkenning van gezonde voeding. De mate van bewustwording van dementie risicoreductie in deelnemers met een laag opleidingsniveau in de provinciale groep is significant toegenomen (17,7% toename;  $\text{Chi}^2(1) = 4,18, p=0,041$ ).

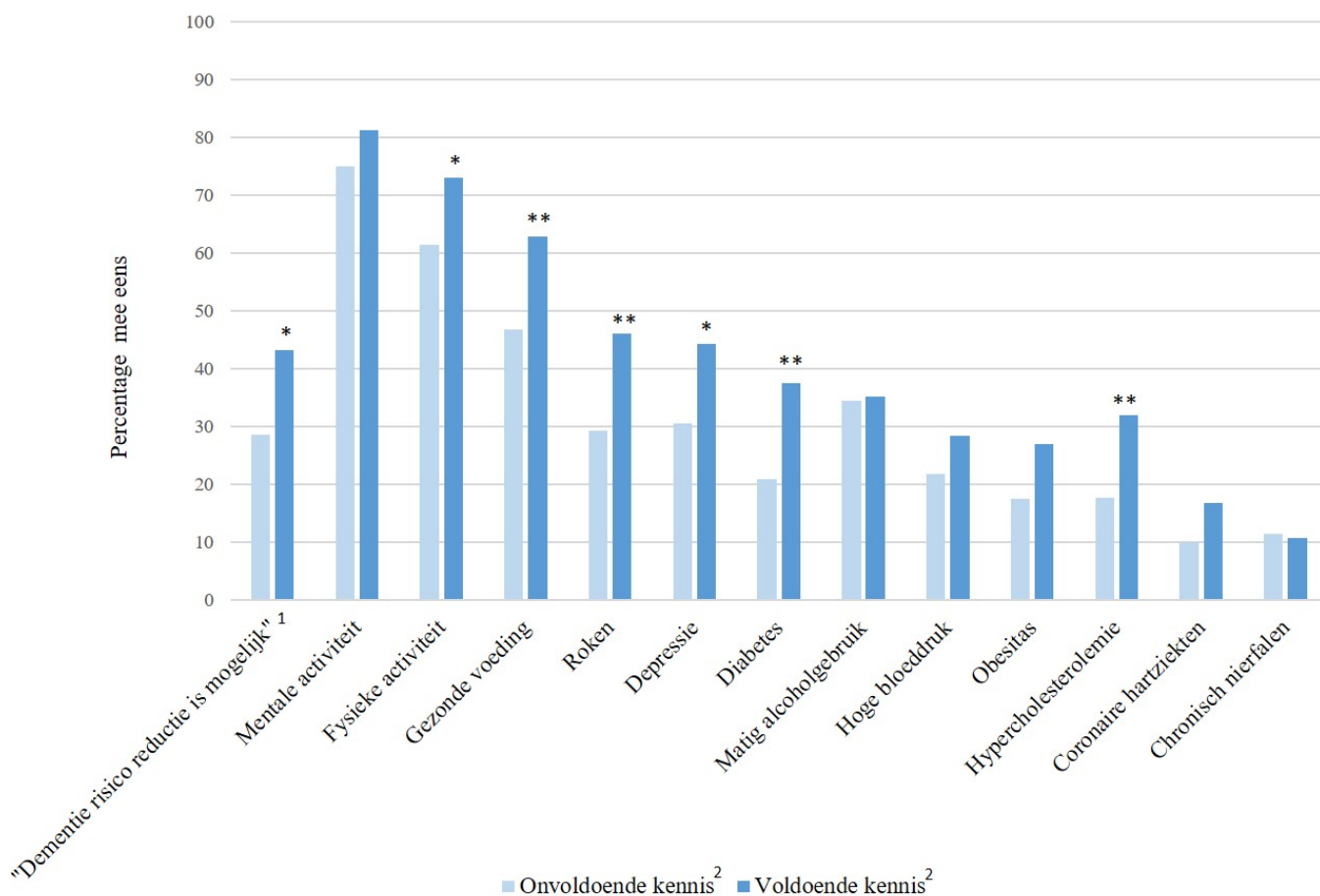
***Blootstelling aan de campagne en niveau van bewustwording in de totale nameting groep (n=602)***

Vervolgens werd gekeken of er verschil was tussen deelnemers die wel en die niet in aanraking waren gekomen met de campagne. Deelnemers die wel in aanraking waren gekomen met de campagne waren zich meer bewust van risicoreductie van dementie dan deelnemers die dit niet waren (51,4% vs. 37,9%;  $\text{Chi}^2(1) = 6,52, p=0,011$ ). Hetzelfde gold voor deelnemers die de MijnBreincoach app kenden (54,8% vs. 36,6%;  $\text{Chi}^2(1) = 12,39, p \leq 0,001$ ). Meer dan een derde (37,2%) van alle deelnemers uit de nameting gaf aan zich meer bewust te zijn dat leefstijl invloed heeft op de hersengezondheid en 30,4% gaf aan (hersens)gezonder te zijn gaan leven.

***Zelfgerapporteerde kennis van dementie***

In Figuur 2 wordt de mate van bewustwording van dementie risicoreductie gepresenteerd van deelnemers uit de nameting, afgezet tegen zelfgerapporteerde algemene kennis over dementie. Deelnemers met (zelfgerapporteerde) redelijke tot goede kennis over dementie, waren zich meer bewust van risicoreductie dan deelnemers die aangaven onvoldoende algemene kennis te hebben ( $\text{Chi}^2(1) = 6,48, p=0,011$ ). Hetzelfde gold voor de herkenning van de LIBRA factoren fysieke activiteit ( $\text{Chi}^2(1) = 4,59, p=0,032$ ), gezonde voeding ( $\text{Chi}^2(1) = 7,32, p=0,007$ ), roken ( $\text{Chi}^2(1) = 8,18, p=0,004$ ), depressie ( $\text{Chi}^2(1) = 5,44, p=0,020$ ), diabetes ( $\text{Chi}^2(1) = 8,31, p=0,004$ ), en hypercholesterolemie ( $\text{Chi}^2(1) = 6,60, p=0,010$ ).

**Figuur 2. Mate van bewustwording van dementie risicoreductie afgezet tegen zelfgerapporteerde algemene kennis over dementie**



Percentages geven weer hoeveel mensen het eens waren met de stelling dat dementie risicoreductie mogelijk is, en hoeveel mensen de dementie risicofactoren herkenden. Maximumwaarden en percentages komen niet overeen vanwege missende waarden.

<sup>1</sup> Originele stelling die aan deelnemers werd gepresenteerd: "Er is niets dat ik kan doen om de kans op dementie te verkleinen". <sup>2</sup> Zelfgerapporteerde algemene kennis over dementie, verdeeld in onvoldoende kennis ("gering", "geen", "weet ik niet") en voldoende kennis ("uitstekend", "goed", "redelijk"), \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

### Het eHealth platform

Geanonimiseerde gebruikersgegevens lieten zien dat de MijnBreincoach app meer dan 13,300 keer is gedownload door mensen uit de algemene bevolking. De gemiddelde leeftijd van deze groep was 57 jaar (SD 14,3; 18-94 jaar), 68% was vrouw en 76% was hoger opgeleid. Ongeveer 36% ( $n=4,755$ ) van deze groep maakte een account aan en vulde de uitgebreide vragenlijst in. Ruimte voor verbetering was het hoogst voor fysieke activiteit, gezond (Mediterraan) dieet en mentale activiteit. Dit waren ook de drie campagne speerpunten en deze factoren werden ook het meest gekozen door deelnemers voor de dagelijkse notificaties in de app.

### Discussie

In deze paper worden de resultaten beschreven van de eerste Nederlandse publiekscampagne gericht op het verhogen van bewustwording over het verminderen van het risico op dementie aan de hand van leefstijlfactoren. Het is over het geheel genomen niet gelukt om een toename in bewustwording op populatieniveau te bewerkstelligen. Echter, twee van de drie campagnespeerpunten ("eet gezond" en "beweeg regelmatig") werden vaker herkend na afloop van de campagne. Mensen die op de hoogte waren van de campagne of het eHealth platform, waren na afloop meer bewust van het verminderen van het risico op dementie. Deelnemers uit de wijkgerichte campagne herkenden het campagnemateriaal vaker dan deelnemers uit de provinciale campagne.

Het feit dat de mate van bewustwording van het verminderen van het risico op dementie niet is toegenomen op



populatie-niveau kan verschillende redenen hebben. Allereerst maakte deze campagne, in tegenstelling tot een succesvolle publiekscampagne in Ierland,<sup>23</sup> niet structureel gebruik van nationale massamedia. Het zou dan ook kunnen dat deze campagne onvoldoende bereik had om veranderingen op populatie-niveau te meten. Verder was onze stelling om de primaire uitkomstmaat te meten vrij complex (De stelling was *“Er is niets dat ik kan doen om mijn kans op dementie te verlagen”*). Een simpele, positief geformuleerde stelling was voor dit onderzoek wellicht meer geschikt geweest. De stelling was overgenomen uit de BSA survey<sup>22</sup> uit het Verenigd Koninkrijk, om zo de twee landen te kunnen vergelijken. Het feit dat vrouwen vaker aangaven het campagnemateriaal te herkennen en het eHealth platform bezocht te hebben, is in lijn met eerdere studies die laten zien dat vrouwen meer deelnemen aan gezondheidscampagnes<sup>24</sup>. Dit vertaalde zich echter niet in een toename in mate van bewustwording van vrouwelijke deelnemers.

Sterke punten van deze studie zijn de uitgebreide pre-post metingen, waarbij verschillende items werden gebruikt om bewustwording te meten. Verder is er gebruik gemaakt van grote, onafhankelijke steekproeven. Sterke punten van de publiekscampagne zelf zijn de consultatie van inhoudelijke experts en, in overeenstemming met de WHO richtlijnen<sup>13</sup>, het betrekken van meerdere dementierisicofactoren tegelijkertijd en de multidisciplinaire samenwerking met belanghebbenden. De betrokkenheid van belanghebbenden in het uitdragen van de campagneboodschap heeft tijdens de campagne gezorgd voor een “sneeuwbaaleffect” (zie Tabel 2). De laatste sterkte van deze studie is het flexibele design, waardoor het mogelijk was om de campagne-strategie gaandeweg aan te passen op basis van nieuwe inzichten. Deze studie had echter ook beperkingen. Zo konden mensen die de Nederlandse taal niet machtig waren of geen toegang hadden tot het Internet niet deelnemen. Daarnaast kan het feit dat de provinciale groepen hadden deelgenomen aan een eerdere studie en hadden aangegeven interesse te hebben in vervolgonderzoek hebben geleid tot een voorselectie van deelnemers met een interesse in wetenschappelijk onderzoek en gezondheid.

### **Aanbevelingen voor vervolgstudies**

In het algemeen kan gezegd worden dat betrokkenheid van de samenleving een belangrijke factor is in het succes van een publiekscampagne. Een belangrijke observatie tijdens de uitvoer van deze campagne was dan ook dat het – als gevolg van gelimiteerde middelen – eerder een uitdaging was om alle enthousiaste “campagnevrienden” te bereiken en te voorzien van campagnemateriaal, dan dat het een uitdaging was om hen in de eerste plaats te enthousiasmeren. Onze studie laat zien dat deelnemers met voldoende zelfgerapporteerde algemene kennis over dementie ook beter op de hoogte zijn over risicoreductie van dementie. Een van de aanbevelingen is dan ook om dit soort campagnes op te nemen in een brede dementiecampagne of een brede gezondheidscampagne, gezien de overlappende risicofactoren met hart- en vaatziekten en diabetes. Verder is het van belang om gezondheidsvoorlichting meer op maat aan te bieden aan verschillende subgroepen (bijvoorbeeld gebaseerd op opleidingsniveau, leeftijd, geslacht, risicoprofiel). De specifieke wensen, behoeften en barrières van deze subgroepen om bezig te gaan met een (hersens)gezonde leefstijl dienen daarom ook verder onderzocht te worden. Ondanks dat onze studie liet zien dat, vergelijkbaar met eerdere studies,<sup>25,26</sup> hoogopgeleide deelnemers zich meer bewust waren van risicoreductie van dementie dan laagopgeleide deelnemers, werd er juist een toename in bewustwording gezien in de lager opgeleide (provinciale) groep. Onze campagne was dan ook bewust vormgegeven met het oog op verschillen in kennis en sociaaleconomische status (bijvoorbeeld door alle inhoudelijke teksten te laten controleren op leesbaarheid door experts van de GGD). Wat verder opviel tijdens de campagne was dat de publieksactiviteiten vooral bezocht werden door het oudere deel van de doelgroep (60-75 jaar oud), ondanks inspanningen om een jong publiek te trekken. Het bereiken van deze jongere doelgroep met een boodschap over de mogelijkheden van dementiepreventie is belangrijk en dient verdere aandacht te krijgen. Als laatste dient genoemd te worden dat het veranderen van complexe en ingesleten gedragingen lastig is en onvoldoende gerealiseerd zal zijn als gevolg van deze publiekscampagne. Tot op zekere hoogte is dit geprobeerd met de mobiele applicatie MijnBreincoach, maar de focus van deze campagne en de metingen was bewustwording en niet gedragsverandering.

### **Conclusie**

Deelnemers die blootgesteld waren aan de campagne waren zich meer bewust van het verminderen van het risico op dementie en rapporteerden vaker bereid te zijn tot gedragsverandering. Er werd echter geen toename in bewustwording geobserveerd op populatie-niveau. Maximalisering van het bereik van campagnes lijkt dan ook essentieel voor toekomstig

succes, en de hoop is dan ook dat deze *proof-of-concept* studie een aanzet is om de krachten te bundelen en er een nationale publiekscampagne in het verschiet ligt.

#### **Dankbetuigingen**

De auteurs danken alle deelnemers van deze studie, evenals de GGD's van Zuid Limburg en Limburg-Noord en de gemeente Roermond voor het uitsturen van de vragenlijsten. Ook danken ze Zuiderlicht, Betawerk, Sananet, de afdeling Health Promotion van Maastricht University, Alzheimer Nederland, de Hersenstichting, Actiecentrum Limburg Positief Gezond en alle andere "campagnevrienden" voor hun bijdrage aan dit project.

Overheden/fondsen: deze studie is financieel ondersteund door de Provincie Limburg (registratienummer: SAS-2015-04931) en de Health Foundation Limburg (geen registratienummer).

---

#### **Auteurs**

##### ***Irene Heger***

Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University  
Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

*corresponderend auteur*

E-mail: [irene.heger@maastrichtuniversity.nl](mailto:irene.heger@maastrichtuniversity.nl)

##### ***Sebastian Köhler***

Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University  
Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht

##### ***Martin van Boxtel***

Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University  
Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

##### ***Marjolein de Vugt***

Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University  
Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

##### ***KlaasJan Hajema***

GGD Zuid Limburg, Postbus 33, 6400 AA Heerlen  
GGD Zuid Limburg

##### ***Frans Verhey***

Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University  
Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

##### ***Kay Deckers***

Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University  
Alzheimer Centrum Limburg, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

e-mail: [kay.deckers@maastrichtuniversity.nl](mailto:kay.deckers@maastrichtuniversity.nl)

---

#### **Literatuurlijst**

1. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet

- Commission. Lancet 2020;396:413-446.
2. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. Lancet Neurol 2014;13:788-794.
  3. Lincoln P, Fenton K, Alessi C, et al. The Blackfriars Consensus on brain health and dementia. Lancet 2014;383:1805-1806.
  4. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. Lancet 2015;385:2255-2263.
  5. Moll van Charante EP, Richard E, Eurelings LS, et al. Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2016;388:797-805.
  6. Andrieu S, Guyonnet S, Coley N, et al. Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. Lancet Neurol 2017;16:377-389.
  7. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. Nat Rev Neurol 2018;14:653-666.
  8. Prince M, Ali G-C, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu Y-T. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. Alzheimer's research & therapy 2016;8:23-23.
  9. Roehr S, Pabst A, Luck T, Riedel-Heller SG. Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. Clinical epidemiology 2018;10:1233-1247.
  10. Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chêne G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. N Engl J Med 2016;374:523-532.
  11. Heger I, Deckers K, van Boxtel M, et al. Dementia awareness and risk perception in middle-aged and older individuals: baseline results of the MijnBreincoach survey on the association between lifestyle and brain health. BMC Public Health 2019;19:678.
  12. Cations M, Radisic G, Crotty M, Laver KE. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. PLoS One 2018;13:e0196085.
  13. *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. 2019, World Health Organization: Geneva.
  14. *Laten we de duurste ziekte aanpakken – dementie*, in *NRC Handelsblad*. 2019: Amsterdam.
  15. Nationale dementiestrategie. 2020; Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/09/21/nationale-dementiestrategie>. [Geraadpleegd op 26-01-2021].
  16. Reactie Alzheimer Nederland op nationale strategie dementie van ministerie van VWS. 2020; Beschikbaar op: <https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/reactie-alzheimer-nederland-op-nationale-strategie-dementie-van-ministerie-van-vws>. [Geraadpleegd op 26-01-2021].
  17. Heger I, Köhler S, van Boxtel M, et al. Raising awareness for dementia risk reduction through a public health campaign: a pre-post study. BMJ Open 2020;10:e041211.
  18. Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) Statline. Beschikbaar op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/03759ned/table?dl=26570>. [Geraadpleegd op 12-09-2019].
  19. Maastricht University. Campaign website Beschikbaar op: <https://www.wezijnzelfhetmedicijn.nl/>. [Geraadpleegd op 19-12-2019].
  20. Maastricht University. Online platform MijnBreincoach Beschikbaar op: <https://www.mijnbreincoach.eu/>. [Geraadpleegd op 19-12-2019].
  21. Deckers K, van Boxtel MP, Schiepers OJ, et al. Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. Int J Geriatr Psychiatry 2015;30:234-246.
  22. Marcinkiewicz A, Reid S, *Attitudes to dementia: Findings from the 2016 British Social Attitudes survey* 2016, NatGen Social Research: London.
  23. Hickey D, *The impact of a National Public Awareness Campaign on Dementia Knowledge and Help-seeking Intention in Ireland*. 2019: Dublin: Health Service Executive.

24. Compernelle S, De Cocker K, Lakerveld J, et al. A RE-AIM evaluation of evidence-based multi-level interventions to improve obesity-related behaviours in adults: a systematic review (the SPOTLIGHT project). *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014;11:147.
25. Luten KA, Dijkstra A, de Winter AF, Reijneveld SA. Developing a community-based intervention for Dutch older adults in a socioeconomically disadvantaged community. *Health Promot Int* 2019;34:567-580.
26. Eakin EG, Bull SS, Glasgow RE, Mason M. Reaching those most in need: a review of diabetes self-management interventions in disadvantaged populations. *Diabetes Metab Res Rev* 2002;18:26-35.