

Het echtpaar Demir

Hoe om te gaan met dementie bij migranten en te communiceren met een patiënt en diens familie met een andere culturele achtergrond.



Maak kennis met de familie Demir

Murat Demir is eind jaren 70 van de vorige eeuw vanuit Turkije naar Nederland gekomen om te werken in de textielindustrie in Twente. Zijn vrouw Saziye en hun zoontje komen vier jaar later over. Het echtpaar krijgt in Nederland nog een dochter. De kinderen groeien op, trouwen en gaan uit huis.

Meneer Demir, nu 77, heeft tot aan zijn pensioen hard gewerkt, heeft veel lichamelijke klachten. Binnenkort krijgt hij een nieuwe knie. Hij kan bijna niet meer lopen en zit de hele dag in zijn stoel. Mevrouw Demir heeft altijd de huishoudelijke taken voor haar rekening genomen, maar naarmate hun beider leeftijd vordert, heeft meneer Demir ook wel eens boodschappen meegenomen als hij onderweg langs de winkel kwam. Nu hij fysiek niet veel kan, moet zij dat eigenlijk weer doen.

Hun dochter heet Esra (42 jaar). Ze komt vaak bij haar ouders. Ze merkt dat haar moeder, die inmiddels 73 is, de laatste tijd wat veranderd is. Ze is minder aanwezig dan vroeger, en ze was al nooit haantje de voorste. Als ze nu van zich laat horen, dan doet ze dat luidruchtig. Ze kan dan opeens flink van zich afbijten. Ogenschijnlijk zonder reden.

Esra maakt zich zorgen over de operatie en revalidatie van haar vader en hoe het de laatste tijd met haar moeder gaat. Ze bespreekt de situatie rond haar ouders met haar broer Deniz (47 jaar). Deniz, die minder vaak bij zijn ouders over de vloer komt, herkent het door Esra geschetste beeld eigenlijk niet. Dat moeder zich terugtrekt; zou dat komen omdat ze haar diabetes niet goed in de gaten houdt en daardoor haar medicijnen niet neemt als het nodig is? Nu vader naar het ziekenhuis moet, is het belangrijk dat moeder het redt in huis. Ze weten dat vader inmiddels degene is die ervoor zorgt dat hun moeder haar pillen en 's avonds insuline inneemt. Hoe moet dat als vader straks in het ziekenhuis ligt? Esra kan niet 24/7 moeders diabetes in de gaten houden.

Wat te doen? Zou de huisarts ervoor kunnen zorgen dat moeder Saziye haar medicijnen trouwer inneemt? Ze besluiten dat Esra met haar moeder naar de huisarts gaat.

Wat werkt bij het echtpaar Demir

Betty is de huisarts van het echtpaar Demir. Ze werkt samen met enkele andere zorgverleners in een gezondheidscentrum in een achterstandswijk. Deze morgen heeft ze mevrouw Demir op haar spreekuur, die samen met haar dochter Esra komt. Betty heeft verschillende patiënten die uit Turkije komen. Eerste generatie migranten, die lang niet allemaal goed Nederlands spreken. Er is er nog veel analfabetisme onder deze migranten. Van de Turkse en Marokkaanse vrouwen is zelfs 80 à 90 procent laaggeletterd of analfabeet. Betty weet ook dat mevrouw Demir analfabeet is. Analfabetisme heeft veel meer consequenties dan alleen niet kunnen lezen of schrijven. Wie dat nooit heeft geleerd, heeft bijvoorbeeld ook moeite met

- onderscheiden hoofd- & bijzaken
- plannen & overzicht houden
- zelfreflectie.

Meestal leidt dit ook tot beperkte gezondheidsvaardigheden, ofwel het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid en zorg. Dit maakt dat Betty een aantal zaken heeft geïntroduceerd in haar praktijk. Zo past ze de teach-backmethode toe, wordt er bij patiënten als mevrouw Demir vaker een dubbelconsult ingepland, heeft ze de laaggeletterdheid en taalbarrière in HIS genoteerd en heeft ze afspraken gemaakt met het achterstandsfonds om de tolkentelefoon te kunnen gebruiken. Door de jaren heen hebben Betty en haar collega's ook diverse trainingen gehad in cultuursensitieve communicatie en communicatie bij laaggeletterdheid.

Betty kent Esra ook goed. Ze komt vaker mee met een van de ouders en tot Esra trouwde en uit huis ging op haar 22^{ste} was Betty ook haar huisarts.

Middelen

- Zo herkent u laaggeletterdheid en maakt u het bespreekbaar (1)
- Beperkte gezondheidsvaardigheden en wat dat betekent voor u in de eerste lijn (2)
- Zo past u de teach-backmethode toe (3)
- Dubbelconsult (4)
- HIS: laaggeletterdheid en taalbarrière (5)
- Wat het achterstandsfonds ook bieden kan (6)
- Tolkentelefoon toch handig (7)
- Zo communiceert u met laaggeletterden (8)
- Training communicatie en beperkte gezondheidsvaardigheden (9)

Het eerste huisartsenconsult

Betty nodigt Saziye Demir en haar dochter uit te gaan zitten en vraagt Saziye wat ze voor haar kan doen. Saziye weet het niet zo goed. Esra neemt het woord en vertelt over haar vader en haar zorgen rond de knieoperatie. Over haar moeder die zo veranderd is en over vader die ervoor moet zorgen dat moeder haar medicijnen inneemt. Esra vraagt of er niet voor gezorgd kan worden dat moeder haar medicatie ook inneemt als vader straks naar het ziekenhuis moet.

Betty vindt het verhaal over Saziye Demir niet meteen duidelijk. Esra geeft veel informatie die Betty combineert met haar eigen observaties van Saziye. Ze vraagt zich af of de onduidelijkheid komt omdat ze zich, met haar Nederlandse wortels, niet helemaal in de Turkse leefwereld kan verplaatsen. Mist ze iets?

Betty is zich in het verleden ervan bewust geworden dat haar eigen culturele achtergrond ongemerkt haar werk beïnvloed. De patiënten met andere culturele achtergronden hebben haar bewust gemaakt van sommige culturele verschillen.

Betty kijkt naar Esra als ze haar verhaal vertelt. Esra die beide culturen in zich verenigt. Esra is in Nederland geboren en getogen en heeft haar middelbare school afgerond. Ze beheerst de Nederlandse taal dan ook prima. Ze spreekt ook vanuit haar culturele achtergrond, een mix van de Nederlandse en de Turkse. Ze gebruikt haar uitgebreide Nederlandse woordenschat als het ware om haar Turkse wereld te schetsen. Is dat wellicht een reden dat Betty niet goed weet te duiden wat zich voor haar ogen afspeelt?

Ze richt zich tot Saziye en vraagt haar:

“Uw dochter maakt zich zorgen over u. Wat vindt u er zelf van?”

Waarop Saziye bevestigend knikt en zegt dat het met de diabetes niet goed gaat. Betty besluit dat onderzocht moet worden of de diabetes ontregeld is. Omdat het toch al bijna tijd is voor de driemaandelijke controle door de praktijkondersteuner (*NHG-richtlijn diabetes mellitus type 2 013*), spreekt ze af om die controle iets te vervroegen en om daarna een nieuwe afspraak bij haar te maken.

Middelen:

- Hoe uw eigen culturele achtergrond van invloed is op uw werk (10)
- Wat is goed om te weten over patiënten die hun culturele achtergrond als een mix ervaren (11)

Bij de POH

Meryem is de POH die Saziye Demir al enkele jaren ziet voor haar ouderdomsdiabetes. Ze heeft de uitslagen van de 4-puntsglucosedagcurve en het HbA1c. De controle verloopt verder zoals gebruikelijk. De diabetes is goed gereguleerd. Esra en Saziye zijn gerustgesteld.

Opnieuw een huisartsenconsult

Een maand later komen Esra en mevrouw Demir weer bij Betty. Esra vertelt dat haar moeder tijdelijk bij haar en haar gezin inwoont. Vader Murat is recentelijk geopereerd. De kinderen vonden het niet verantwoord dat moeder alleen in het huis zou blijven tijdens de knieoperatie en het herstel van vader. Het gaat nog steeds slecht met moeder, misschien zelfs slechter. Moeder is passief en reageert vaak boos als haar iets gevraagd wordt. Ook onthoudt ze niet waar de logeerkamer is en verdwaalt ze in het huis van haar dochter.

Het valt Betty nog meer dan tijdens het eerste consult op dat Saziye er niet helemaal bij is. Als ze haar vraagt hoe het met haar gaat, begint Saziye te huilen. Ze zegt dat het niet goed is in haar hoofd. Betty vermoedt nu dementie. Ze weet dat voor veel migranten terminologie als ‘vergeetachtigheid’ en ‘verlies van zelfsturing of regie’ geen gebruikelijke termen zijn. Ze heeft Esra er ook niet over gehoord de vorige keer. Bij migranten komt dementie relatief vaak voor. Soms is het lastiger om het te herkennen. Migrantenvrouw zelf zullen niet bij de huisarts melden dat zij de administratie niet meer kunnen bijhouden – dat doen de kinderen vaak al jaren voor ze – en wanneer ze de Nederlandse taal niet goed spreken, valt taalverlies vaak niet op.

Betty is daarom altijd extra alert op dementie:

- überhaupt bij oudere migranten
- bij onverwachte problemen met medicatie/therapieontrouw
- bij signalen van ruzie of onrust binnen de familie.

Ze heeft een lijstje met symptomen dat ze bij een vermoeden naloopt. Zo vraagt ze bijvoorbeeld hoe het gaat met het oplossen van alledaagse problemen:

“Saziye, doe je nog wel eens de boodschappen?” Saziye knikt en zegt van wel. “Weet je dan goed hoeveel eten je moet kopen?”

Om het gesprek over haar vermoeden van dementie soepeler te laten verlopen, wil ze eerst kijken of Saziye en Esra typische signalen van dementie zelf herkennen. Ze gebruikt daarvoor de tool Signaleren; korte filmpjes waarin acteurs scènes van ongeveer 1 minuut spelen waarin een signaal van dementie wordt uitgebeeld. Ze kiest twee filmpjes uit die passen bij Esra en Saziye. Betty laat een kort filmpje zien waarin een dochter in het Turks vertelt dat haar moeder zich vergist bij het eten koken. Daarna laat ze het filmpje zien waarin de

dochter boodschappen heeft gedaan omdat haar moeder dat vroeg en er later achter komt dat moeder alles al in huis had, zelfs veel meer dan ze nodig heeft.

Moeder Saziye is gestopt met huilen. Esra kijkt eerst verbaasd, dan beduusd. Moeder en dochter herkennen zich volledig in de twee korte filmpjes, zo blijkt. Betty legt uit dat ze wil onderzoeken of Saziye dementie heeft.

Dan vertelt Esra over een nichtje dat bij haar op bezoek is gekomen. Het nichtje werkt als arts in opleiding in een van de Rotterdamse ziekenhuizen. Ook het nichtje heeft tijdens dat bezoek aangekaart dat er een ziekte is die dementie heet. Esra weet er eigenlijk niets van. Omdat ze haar huisarts er niet over heeft gehoord, dacht ze niet dat het die onbekende ziekte kon zijn. Het lukt Esra op de een of andere manier op nu ze hoort dat haar moeder misschien deze ziekte heeft. Dat het vreemde gedrag van haar moeder vaker voorkomt, dat het ook bij anderen met die ziekte voorkomt.

De belasting bij mantelzorgers is vaak zeer hoog. Betty polst bij Esra hoe lang vader nog in het revalidatiecentrum zal blijven en hoe het daarna zal gaan. Esra vertelt dat als vader Murat weer thuis komt, moeder Saziye ook weer naar huis zal gaan. Dan zal ze iedere dag bij haar ouders langsgaan en voor hen koken. Ze zegt ook dat het niet het mantelzorgen is dat haar zwaar valt.

Wat ze moeilijk vindt, is het bespreekbaar maken van de ziekte van haar moeder. Haar eigen broer vond het onzin dat ze weer naar de huisarts gingen. Ook tantes en ooms reageerden afkeurend. De diabetes was toch in orde? De vergeetachtigheid wordt al snel afgedaan als iets wat er nou eenmaal bij hoort, terwijl Esra al een tijd van dichtbij meemaakt hoe haar moeder langzamerhand verandert in een vrouw die in veel opzichten niet meer op haar moeder lijkt. Esra wil het liefst een recept voor een medicijn. Dan hoeft ze niet met Deniz opnieuw het gesprek aan te gaan om serieuze aandacht voor haar moeder te bepleiten.

Betty stelt voor dat Esra thuis met Deniz en haar ouders de test afneemt die bij de filmpjes van Signaleren hoort. Ook voor de vervolgspraak stelt ze voor samen met haar broer en ouders te komen. Betty zal dan de RUDAS en aanvullend daarop de IQCODE-N (*conform NHG-Standaard Dementie*) afnemen en besluiten of onderzoek bij de geheugenpoli nodig is. Deniz en Murat kunnen zo verdere vragen stellen. Ze drukt Esra op het hart terug te komen als ze vragen heeft. Dan zullen ze ook samen kijken wat er mogelijk is aan ondersteuning.

Middelen:

- Lijstje met symptomen om dementie bij migranten te herkennen (12)
- Signaleren-offline, losse korte filmpjes van 1 minuut om dementie bespreekbaar te maken (13)
- Uitleggen dat ze wil onderzoeken of Saziye dementie heeft (14)

- Overbelasting bespreekbaar maken bij laaggeletterden (15)
- SignaLeren-onlinetest die patiënten thuis kunnen afnemen (16)
- RUDAS en aanvullend daarop de IQCODE (17)
- Ondersteuning bieden aan mantelzorgers van migranten met dementie (18)

Deel 3

1) Zo herkent u laaggeletterdheid en maakt u het bespreekbaar [= gelijk aan eerdere pop up]

Het herkennen van laaggeletterdheid is belangrijk om te weten of het voor de patiënt nodig is om uw communicatie aan te passen en te kunnen aansluiten bij de manier van leren van de patiënt. Als de kennis en kunde van patiënten verbetert, zal hun zelfmanagement effectiever worden en preventief handelen toenemen.

Tips

Let op de volgende signalen van laaggeletterdheid:

Een patiënt

- vult geen formulieren in
- antwoordt niet adequaat
- gedraagt zich ongemakkelijk als hij/zij iets moet opschrijven of lezen
- komt vaak niet of te laat op de afspraak
- neemt medicatie niet goed in
- heeft moeite met het omschrijven van de klacht
- heeft moeite met het chronologisch presenteren van symptomen
- stelt weinig of geen vragen
- leest geen bijsluiters.

Voorbeeldzinnen

“Veel mensen vinden lezen en schrijven lastig. Heeft u moeite met lezen?”

“Hoe vaak helpt iemand u bij het lezen van brieven of folders?”

Bronnen

Bekijk hoe een huisarts uit Amsterdam-Noord een patiënt vraagt naar laaggeletterdheid in het filmpje ‘Laaggeletterdheid in de praktijk – de huisarts’ op:

<http://www.lezenenschrijven.nl/hulp-bij-scholing/laaggeletterdheid-en-gezondheid/>

Wilt u meer weten over laaggeletterdheid en hoe laaggeletterdheid is te herkennen?

Bekijk de factsheet laaggeletterdheid van Pharos:

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheidsvaardigheden/laaggeletterdheid-en-gezondheidsvaardigheden>

In de factsheet leest u over de relatie tussen laaggeletterdheid en gezondheid, over het vóórkomen en herkennen van laaggeletterdheid en enkele tips. Eén van de tips is om gebruik te maken van eenvoudig voorlichtingsmateriaal. In de factsheet staat waar u dit kunt vinden.

2) Beperkte gezondheidsvaardigheden en wat dat betekent voor u in de eerste lijn

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen. Er is een duidelijke samenhang tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een slechtere gezondheid.

Hoe herkent u een patiënt met beperkte gezondheidsvaardigheden?

- Niet volledig of onjuist ingevulde formulieren
- Niet komen op een afspraak
- Zich niet houden aan het behandelplan
- Een patiënt zegt zijn/haar medicijnen in te nemen, maar uit laboratorium onderzoek (signalen van de apotheek) blijkt dit niet het geval te zijn

NB: mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hoeven niet laaggeletterd te zijn. Soms zijn beperkte gezondheidsvaardigheden lastiger te herkennen.

Wat betekent dit voor u? U kunt het volgende doen:

- Veronderstel geen basiskennis van het lichaam
- Herhaal de belangrijkste punten
- Vraag de patiënt om het vertelde in eigen woorden te herhalen (teach back methode)
- Doe voor hoe medicatie moet worden ingenomen of hoe een oefening gedaan moet worden en vraag de patiënt dit na te doen (leren door doen)
- Gebruik getest visueel voorlichtingsmateriaal (ook digitaal)

Tips

Afspraken tussen huisarts en apotheker:

Noteer een extra regel op het recept. Gebruik bijvoorbeeld ETT - extra therapietrouw of de ICPC-code. Maak daarover goede afspraken in het FTO. Let op! Vraag toestemming aan de patiënt.

Wanneer beperkte gezondheidsvaardigheden samenhangen met laaggeletterdheid zijn de volgende tips van toepassing.

Neem laaggeletterdheid mee in het regulier overleg tussen de huisarts en apotheker en/of als agendapunt in het FTO.

Afspraken tussen huisarts/apotheker en andere eerstelijns zorgverleners:

Bespreek in het FTO op welke manier de wijkverpleegkundige betrokken kan worden bij registratie en uitwisseling. De wijkverpleegkundige kan het BEM-formulier van het IVM gebruiken (Beheer Eigen Medicatie). Aan het formulier zijn explicieter dan voorheen vragen toegevoegd rond laaggeletterdheid.

Spreek met de wijkverpleegkundige af dat hij/zij laaggeletterdheid doorgeeft aan de apotheek en huisartsenpraktijk. En registreer de patiënten ook in het HIS en AIS.

Afspraken tussen huisarts en tweedelijns:

Vermeld in de verwijfsbrief dat de patiënt laaggeletterd is of behoefte heeft aan duidelijke en eenvoudige uitleg. Vraag daarvoor wel toestemming van de patiënt. Laaggeletterden zelf geven aan dit plezierig te vinden.

Bronnen

<https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/>

http://www.pharos.nl/documents/doc/gezondheidsvaardigheden_in_de_eerste_lijn.pdf

http://www.pharos.nl/documents/doc/poh_geen_doorsnee_patiënt_gezondheidsvaardigheden.pdf

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/stappenplan-laaggeletterdheid-voor-uw-praktijk/samenwerking>

3) Zo past u de teach-backmethode toe [= gelijk aan eerdere pop up]

Om zeker te weten dat een patiënt begrepen heeft wat er besproken is, kunt u het beste vragen of de patiënt u kan uitleggen wat hij of zij moet doen. Dit is de zogenaamde teach-backmethode. De teach-backmethode houdt in dat u vraagt of de patiënt wil navertellen wat u heeft uitgelegd. Patiënten ervaren dit doorgaans niet als belerend of beledigend, maar juist dat ze serieus genomen worden.

Voorbeeldzinnen

“Ik wil weten of ik het goed heb uitgelegd. Kunt u mij vertellen wat u nu moet doen?”

“Ik wil zeker weten dat ik goed heb laten zien hoe het werkt. Kunt u voordoen hoe u straks thuis de inhalator gaat gebruiken?”

Tip

Kijk wat ex-laaggeletterde Dikkie zegt over de teach-backmethode:

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/ex-laaggeletterden-vertellen-hun-verhaal-video>

4) Dubbelconsult

Mensen die beperkte gezondheidsvaardigheden hebben of moeite met lezen en schrijven, ondersteunt u door meer uitleg te geven en meer te begeleiden. In een dubbelconsult heeft u hier meer tijd voor.

De ondersteuning kan bestaan uit:

- In uw verbale communicatie de patiënt het gevoel geven dat er geen haast is. De patiënt welkom heten, oogcontact maken, langzaam spreken, de inhoud beperkt houden, belangrijke punten herhalen, spreektaal gebruiken en tekeningen en (geteste) illustraties gebruiken helpen daarbij.
- Het in contact brengen van uw patiënt met andere organisaties binnen en buiten het medisch circuit die hem/haar verder kunnen ondersteunen. Denk aan maatschappelijk werk, zelforganisaties voor migranten en vrouwenorganisaties.
- Het stimuleren van uw patiënt gebruik te maken van voorzieningen en projecten in de samenleving.
- Teach-backmethode meerdere keren tijdens het consult inzetten.

Bron:

http://www.pharos.nl/documents/doc/gezondheidsvaardigheden_in_de_eerste_lijn.pdf

5) HIS: laaggeletterdheid en taalbarrière [= gelijk aan eerdere pop up]

Voor taalbarrière kunt u in de HIS onderstaande ICPC-codering invoeren:

- **Z04 sociaal – cultureel probleem**, deze gebruiken voor taalbarrière, omschrijving op de E-regel en episode aanpassen.

Voor laaggeletterdheid kunt u in de HIS onderstaande ICPC-codering invoeren:

- **Z07.01 analfabetisme**, ook gebruiken voor laaggeletterdheid (term ontbreekt bij deze code), omschrijving op de E-regel en episode aanpassen.

Vaak hebben laaggeletterden moeite om de uitleg van de huisarts of apotheker en de bijsluiter te begrijpen. Dat kan leiden tot therapie-ontrouw en verkeerd geneesmiddelgebruik. De KNMP en Pharos hebben een campagne gehouden met de titel: 'Kunt u dit even uitleggen?'. In het gelijknamige boek leest u persoonlijke verhalen van mensen die moeite hebben met lezen en wat zij hebben meegemaakt rond medicatiegebruik.

Tip

Indien er sprake is van laaggeletterdheid en taalbarrière beide coderingen gebruiken.

Bronnen

Voor meer informatie over wat te doen voor patiënten met laaggeletterdheid:

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/stappenplan-laaggeletterdheid-voor-uw-praktijk/samenwerking>

6) Wat het achterstandsfonds ook bieden kan

De verschillende achterstandsfonds in Nederland initiëren, stimuleren, ondersteunen en financieren projecten die bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor uw patiënten. Dit brengt steeds weer nieuwe mogelijkheden. In Utrecht wordt bijvoorbeeld in 2018 geëxperimenteerd met een consult van 1 uur om te zien of die investering zich terugbetaalt in minder korte consulten erna. Ook is er de mogelijkheid MDO of intervisie vergoed te krijgen. Dit kunt u bijvoorbeeld aanvragen als u in uw wijk uw zorg geschikter wilt maken voor patiënten die moeite met lezen en schrijven of beperkte gezondheidsvaardigheden hebben.

Heeft u ook een goed idee? Neem contact op met het achterstandsfonds voor uw praktijk.

Kijk op: <https://achterstandsfonds.nl/wijkzorg>

Bron:

<http://www.utrechtsfondsfondsachterstandswijken.nl/overzicht-projecten/uurgesprek/>

7) Tolken telefoon toch handig

De inzet van professionele tolken bij consulten met migranten wordt door huisartsen als positief ervaren wanneer het gaat om ernstige klachten, bijvoorbeeld bij dementie.

Vaak wordt mantelzorgers gevraagd te tolken. Dit is echter niet altijd wenselijk. Niet alleen kan de inhoud van het gesprek ongeschikt zijn voor een zoon of dochter om over te tolken, ook kan het emotioneel zwaar zijn voor een mantelzorger om te tolken. Een mantelzorger uit Gouda zei achteraf dat ze het als dubbel zo zwaar had ervaren toen zij moest tolken voor haar ouders. Ze had daardoor geen ruimte voor haar eigen emoties rondom de dementie van haar vader.

<https://www.huisarts-migrant.nl/telefonische-tolkdienst-statushouders-huisarts-start/>

<https://www.stichtingfha.nl/ondersteuning/deel-gratis-ondersteuning-zonder-aanmelding/tolkentelefoon/>

8) Zo communiceert u met laaggeletterden [= gelijk aan eerdere pop up]

Laaggeletterdheid betekent vaak dat patiënten ook vaardigheden missen om hoofdzaken van bijzaken te onderscheiden. Tijdens een consult presenteert een patiënt triviale zaken – het hondje van de buurvrouw dat is overleden – en ongeordend de klachten.

Veel mensen die laaggeletterd zijn, hebben moeite met:

- spreken/begrijpen, lezen, schrijven, rekenen
- abstraheren, hoofd- en bijzaken onderscheiden
- samenvatten, categoriseren
- plannen, zelfreflectie
- een tweede taal kunnen leren.

Een gesprek tussen huisarts en patiënt kan op het oog soepel verlopen, terwijl achteraf blijkt dat de patiënt er weinig van begrepen heeft. Dit kan tot frustratie en een onprettig gevoel leiden zowel bij huisarts als bij patiënt. Patiënten die zich veilig en op hun gemak voelen, zullen eerder aangeven dat zij woorden niet begrijpen of de uitleg nog eens willen horen. In de communicatie met laaggeletterden is de non-verbale communicatie daarom erg belangrijk.

Tips

- Wees concreet: uitleg rondom medicatie als ‘drie maal daags’ is soms moeilijk te begrijpen. Beter is het in zo’n situatie om aan te sluiten bij de belevingswereld van de patiënt. Bijvoorbeeld: ‘na het ontbijt’, ‘na het avondeten’ en ‘na het bidden’.
- Gebruik non-verbale uitingen: een warme begroeting, patiënt op zijn gemak stellen, knikken, maak oogcontact
- Neem de tijd, praat langzaam
- Hanteer eenvoudig taalgebruik
- Pas de teach-backmethode toe
- Gebruik afbeeldingen
- Instrueer vaardigheden door voor te doen, na te laten doen en te herhalen.

Bronnen

Handig zijn de checklists van de LHV ‘LHV-checklist communicatie op maat van laaggeletterden’ en het ‘Werkplan laaggeletterdheid in de huisartsenpraktijk’ van de Landelijke Achterstandsfondsen.

<https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid><https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid>

In het Werkplan is veel praktische informatie te vinden. Bijvoorbeeld hoe een afsprakenkaartje er uitziet dat getest is onder laaggeletterden. De uitgebreide toolkit helpt u uw praktijk en de zorg die u verleent toegankelijker te maken voor laaggeletterden. U treft er heldere uitleg en advies, ook over de praktijkinrichting en rondom medicatie.

<http://www.zel.nl/wp-content/uploads/2014/09/Werkplan-Laaggeletterdheid-in-de-huisartsenpraktijk.pdf>

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

Van den Muijsenbergh & E. Oosterberg (red.). ‘Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk’ is een uitgave van Pharos en het NHG. ISBN: 978-90-5793-265-6; 406

p.:

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/zorg-voor-laaggeletterden-migranten-en-sociaal-kwetsbaren-in-de-huisartsenpraktijk>

9) Meer informatie over cultuursensitief werken in verschillende trainingen [= gelijk aan eerdere pop up]

Pharos biedt voor huisartsen en praktijkondersteuners verschillende trainingen aan waarin cultuursensitief werken aan bod komt. In de trainingen 'Effectief communiceren met laaggeletterden', 'Interculturele competenties – communicatie rondom zorg en ziektebeleving' en 'GGZ-problematiek bij migranten in de huisartspraktijk' krijgt u kennis en vaardigheden aangeboden die bruikbaar zijn in de zorgverlening aan zowel autochtone Nederlanders, als Nederlanders met een migrantenachtergrond. Zo krijgt u:

- inzicht in de mogelijkheden van uw patiënten om de informatie, adviezen en vragen te begrijpen
- gelegenheid om te oefenen in communiceren met laaggeletterden met medewerking van een acteur
- inzicht in het laten aansluiten van de communicatie op de mogelijkheden van uw cliënt
- vaardigheid in het herkennen van laaggeletterden in uw praktijk
- gelegenheid te oefenen met de teach-backmethode.

Bron

Heeft u belangstelling voor een *incompany* aanbod? Neemt u dan contact op via training@pharos.nl of (030) 234 98 00.

Meer informatie over trainingen van Pharos kunt u vinden op:

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/trainingen>

10) Hoe uw eigen culturele achtergrond van invloed is op uw werk

Wie in Nederland een opleiding tot huisarts heeft gevolgd is hoogst waarschijnlijk WEIRD: Western Educated Industrialized Rich Democratic. Veel migranten hebben andere verwachtingen van zorg. Dit botst soms in de spreekkamer. Artsen-in-opleiding leren bijvoorbeeld op het gebied van autonomie om:

- Eerst alles te bespreken met de patiënt. Daarna eventueel met familie. → Veel (kinderen van) migranten willen hun ouders zorgen besparen en daarom (eerst) het gesprek met de arts hebben.
- Niet over de patiënt te spreken zonder zijn/haar toestemming. → Veel (kinderen van) migranten zien een grote rol voor mantelzorgers, ook in het bespreken met artsen wat het beste is voor de patiënt.
- Alles duidelijk en eerlijk te vertellen. → Uit onderzoek (Voorhees et al. 2009) komt naar voren dat de intentie van artsen om de prognose bij kanker te bespreken sterk per land verschilt:

De diagnose vertellen in

- Nederland: 98%
- België: 67%
- Italië: 46%

Ongeneeslijke ziekte vertellen in

- Nederland: 92%
- België: 42%
- Italië: 11%.

- Praten over naderende sterven. → Veel migranten geven aan dat patiënten geen hoop ontnomen mag worden: *'Wonderen kunnen gebeuren'*. Op een sensitieve manier kunt u benadrukken dat een situatie ernstig is en dat de patiënt niet moet wachten met de dingen te gaan doen die hij nog graag wil doen.

Het helpt in gesprekken om je bewust te zijn van je eigen culturele bagage.

Tip

Bekijk de film 'Ik heb een dokter in Marokko' over de beleving van ziekte en dood in andere culturen.

Bron

Voorhees J, Rietjens J, Onwuteaka-Philipsen B, Deliëns L, Cartwright C, Faisst K, Norup M, Miccinesi G, van der Heide A. Discussing prognosis with terminally ill cancer patients and relatives: a survey of physicians' intentions in seven countries. *Patient Educ Couns* 2009; 77: 430-436.

- <http://www.dokterinmarokko.nl/>
- www.huisarts-migrant.nl/palliatieve-zorg
- www.pharos.nl/palliatievezorg

11) Wat is goed om te weten over patiënten die hun culturele achtergrond als een mix ervaren

Zonen en dochters van migranten ervaren regelmatig te leven tussen twee culturen en dit voelt voor hen als een mixcultuur. Er is als het ware sprake van een alternerende identiteit,

die meebeweegt met context en omstandigheden. Een culturele mix biedt uiteraard tal van voordelen, maar kan ook ertoe leiden dat iemand klem komt te zitten.

In de huisartsenpraktijk helpt inzicht in de moeilijke kanten ervan om meer begrip te hebben voor patiënten die klem zitten tussen de krachten van meerdere culturen. Het voelt soms of zij een keuze moeten maken tussen deze twee culturen en dat is zwaar en kan eenzaam voelen. Door het bespreekbaar te maken en vragen te stellen laat je zien dat je iemand begrijpt. Het is een vorm van *outreaching* werken, die helpt om een lastig onderwerp bespreekbaar te maken. Zonen en dochters van migranten ervaren regelmatig veel druk vanuit de familie. In de Nederlandse samenleving kijken we vaak op individualistische wijze naar gezondheid en gezondheidszorg; een zogeheten ik-cultuur. In veel andere culturen is sprake van een wij-cultuur. Islamitisch geestelijk verzorger bij het Radboudumc in Nijmegen Saida Aoulad Baktit legt uit dat een sterke wij-cultuur voor mantelzorgers van patiënten die gaan sterven veel contact met de familie betekent. *‘Ziekenhuismedewerkers hebben soms moeite met al die mensen op bezoek. Dat verandert als je uitlegt dat ziekenbezoek een religieuze plicht is voor een moslim. Zeker als een patiënt ongeneeslijk ziek is; een naaste mag je niet alleen laten sterven.’* Als zoon of dochter krijg je toch vaak mee dat zorgverleners moeite hebben met zoveel bezoek. Het voelt soms of zij een keuze moeten maken tussen deze twee culturen en dat is zwaar en kan eenzaam voelen.

Voorbeeldzinnen

“Ik kan me voorstellen dat je familie goede dementiezorg wil, maar dat je niet altijd weet wat er moet gebeuren en wat medisch gezien het beste is. Wil je dat ik een keer met je meedenk?”

“Je vader/moeder is geboren in een ander land dan jij. Dat kan soms beslissingen voor jou als zoon/dochter lastig maken als je ziet dat je vader/moeder andere verwachtingen heeft van dementiezorg. Kan ik je helpen?”

Voorbeeld uit de praktijk

Mantelzorgers met een migratieachtergrond raken sneller overbelast. Een huisarts die veel patiënten heeft met een andere culturele achtergrond legt uit dat hij regelmatig een spanningsveld ziet tussen ‘zorgen voor’ en activeren. Het inzicht dat actief zijn en bewegen vaak een herstelproces bevordert of complicaties uitstelt, leidt vaak tot advies aan de mantelzorgers om vooral de zieke te laten bewegen en de dagelijkse dingen zoveel mogelijk zelf te laten doen. De mantelzorgers vinden dit soms moeilijk, want vanuit de culturele achtergrond verwacht de familie juist een bevestiging van de ‘ziekenrol’, waarin iemand goed verzorgd moet worden, rust moet krijgen en niets zelf hoeft te doen. Mantelzorgers bevinden zich al snel in een spagaat en dat geeft een gevoel van machteloosheid.

Tip

Bekijk de korte filmpjes (variërend van 0:54 tot 1:37 min) op Dementiezorg voor Elkaar waar

trainer en adviseur Kaveh Bouteh tips geeft voor cultuursensitieve dementiezorg. In het vierde filmpje geeft hij bijvoorbeeld antwoord op de vraag: wat adviseer je een zorgverlener die vindt dat de Moluks-Nederlandse mantelzorger van een cliënt overbelast lijkt?

<https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/actueel/bijeenkomstenoverzicht/kaveh-bouteh-geeft-advies-cultuursensitief-communiceren/>

Wil je samen met andere collega's met wie je samenwerkt aan de slag om dementiezorg aan migranten en hun mantelzorgers te verbeteren? Dementiezorg voor Elkaar biedt gratis adviestrajecten. Verschillende adviseurs bij Dementiezorg voor Elkaar hebben expertise op het gebied van cultuur sensitieve dementiezorg:

<https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/>

Bronnen

<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/radboudumc-loopt-voorop-in-cultuursensitief-communiceren/>

Zie ook het rapport: Op zoek naar weerkaatst plezier; Samenwerking tussen mantelzorgers vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad van Tonkens et al. (2008):

https://pure.uva.nl/ws/files/1115844/66495_300013.pdf

12) Lijstje met symptomen om dementie bij migranten te herkennen

Nu de eerste generatie migranten vergrijst, neemt het aantal mensen met dementie snel toe. In 2014 had van het aantal Nederlanders met dementie 10 procent een migratieachtergrond. Door de vergrijzing is dat in 2018 al verdubbeld. In 2030 is in de G4 één op de drie mensen met dementie een oudere migrant, zo is de verwachting.

Verhoudingsgewijs groeit het aantal mensen met dementie sneller onder migranten. Toch is er sprake van onderdiagnose. Dementie wordt vaak niet herkend. Eerste generatie migranten komen minder snel op consult bij de huisarts met klachten over het geheugen omdat *'vergeetachtigheid nou eenmaal erbij hoort'*. Huisartsen waren – zeker in het verleden – geneigd om vragen te stellen die wat minder op de migrantendoelgroep van toepassing waren. Of patiënt nog zelf het eten bereidde? Of patiënt nog de administratie bijhield? De oudere migrant wordt vaak van alles uit handen genomen, waardoor dergelijke taken al lang niet meer tot het reguliere tijdverdrijf horen.

Wanneer de patiënt bijvoorbeeld regelmatig vergeet zijn insulinespuit bij zich te hebben naar het koffiehuis, wordt ook niet meteen aan dementie gedacht. Therapie-ontrouw is sowieso een groot probleem bij veel patiënten, niet alleen de migrantenpatiënten.

Symptomen die u kunt toetsen om dementie bij migranten te herkennen (afkomstig van de anderhalvelijnsoli):

- alledaagse problemen oplossen, zoals hoeveel eten er gekocht moet worden
- andere mensen niet vertrouwen (bijvoorbeeld denken dat ze van hem/haar stelen)
- de weg vinden/zelfstandig naar buiten gaan (de weg naar winkel of moskee vinden)
- spreken en verstaan van de Nederlandse taal
- spreken en woorden vinden in zijn/haar moedertaal
- uitvoeren van bepaalde rituelen (zoals bidden)
- het houden van overzicht
- het hebben van goede manieren (groeten, netjes eten)
- het verhaal kunnen volgen op televisie
- onthouden waar spullen in huis liggen
- weten wanneer familieleden of vrienden voor het laatst op bezoek zijn geweest.

Tip

In het praktijkverbeterprogramma Dementiezorg voor Elkaar wordt gratis advies geboden aan professionals die samenwerken om dementiezorg te verbeteren. Zo heeft bijvoorbeeld een samenwerkingsverband van huisartsen en een geheugenpoli die werken voor dezelfde patiëntenpopulatie een adviestraject aangevraagd om het signaleren van dementie bij migranten in de wijk te verbeteren. Een adviseur van Dementiezorg voor Elkaar adviseert hen bij het tot stand brengen van kortere lijnen in de wijk en het maken van werkafspraken. Wilt u ook een gratis adviestraject? Ga naar: <https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/>

Bronnen

Parlevliet et al. 2018. Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten. *Huisarts en wetenschap*, 61(1), 20-25.

Goudsmit et al. 2011. Dementiediagnostiek bij oudere migranten op de geheugenpolikliniek: obstakels en oplossingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 42(5), 204-214.

13) SignaLeren-offline, losse korte filmpjes van 1 minuut om dementie bespreekbaar te maken

Met de tool SignaLeren, ontwikkeld door Alzheimer Nederland, is het mogelijk dementie te bespreken met migranten. De tool bevat korte filmpjes (duur ongeveer 1 minuut) waarin signalen van dementie worden uitgebeeld. Verschillende acteurs, een kleinzoon en zijn opa,

een dochter en haar moeder en een echtpaar spelen scènes in het Turks, Marokkaans-Arabisch, Berbers en Nederlands. Voor veel migranten is het zien van de scènes prettig, omdat het herkenning oproept en daardoor dementie normaliseert en bespreekbaar maakt. In de offline versie kunt u kiezen uit 10 korte filmpjes.

Bron

<https://www.alzheimer-nederland.nl/informatie-brochure/talen>

14) Uitleg geven over dementie en diagnostiek

Er is nog veel onbekendheid met dementie bij migranten. Veel informatie over dementie, bijvoorbeeld op websites of in folders, is te talig en ingewikkeld. Er zijn op dit vlak twee taken te vervullen: uitleg geven over de ziekte dementie en uitleg geven over het diagnostisch onderzoek dat gaat plaatsvinden.

Aan de migrantenpoli in het Erasmus MC wordt gewerkt aan het ontwikkelen van psycho-educatie aan migranten na de diagnose dementie. Tevens ontwikkelen en testen zij een beeldverhaal dat huisartsen in Rotterdam aan hun patiënten kunnen geven zodat ze zich kunnen voorbereiden op het diagnostisch onderzoek. Ook vanuit het MC Slotervaart wordt gewerkt aan informatie aan patiënten en hun mantelzorgers die huisartsen kunnen geven voorafgaand aan onderzoek.

Het is prettig voor patiënten en hun mantelzorgers als verschillende zorgverleners (uit de huisartsenpraktijk, uit het ziekenhuis, bij mensen thuis) uitleg geven over dementie. Herhaling van de boodschap op verschillende manieren draagt bij aan begrip. Alleen als er begrip is, kunnen mensen zelf vragen stellen.

Voorbeeldzinnen

Deze (voorlopige) tekst komt uit de folder die ontwikkeld wordt door het MC Slotervaart:

“Als u soms wat vergeet, hoort dat bij het ouder worden. Als u steeds vaker wat vergeet, kan het ook dementie zijn. Dementie is een ziekte van de hersenen.

Dit zijn de klachten van dementie:

- *moeite om op woorden te komen.*
- *de weg kwijt raken.*
- *niet meer met apparaten kunnen omgaan.*

Mensen met dementie worden soms sneller boos of hebben minder vertrouwen. Als u dementie heeft, werken de hersenen minder goed. De ziekte van Alzheimer is een vorm van dementie. Iedereen kan dementie krijgen, maar de kans is groter als u ouder bent.”

Voorbeelden uit de praktijk

Een casemanager uit Overijssel vertelde hoe moeilijk het is voor sommige families als er zo'n onbekendheid is met dementie. Zo was er bijvoorbeeld een familie die de uitslagen kreeg van de dementiediagnostiek in het ziekenhuis. Als reactie op de uitslagen van uitgebreide tests die waren gedaan, waarmee ook de diagnose dementie werd gesteld, gaf de familie aan vooral erg te zijn geschrokken van het 'nierfalen'. De casemanager nam daarom na de diagnose extra de tijd om uitleg te geven over dementie.

Een huisarts die in haar praktijk veel migranten als patiënt heeft, merkte dat veel patiënten en mantelzorgers pas echt begrijpen dat dementie een ziekte is, als ze het woord 'hersenschade' noemt.

14) Overbelasting bespreekbaar maken bij laaggeletterden

Ouderen die laaggeletterd zijn, hebben doorgaans een slechtere gezondheid. Veelal kun je bij 55+ al spreken van een oudere, als de oudere een lage sociaaleconomische positie heeft. Mantelzorgers met een migratieachtergrond hebben een grotere kans op overbelasting dan autochtone mantelzorgers. Net als andere mantelzorgers met een lage sociaaleconomische positie, zorgen zij relatief vaak alleen voor de hulpbehoevende en verlenen zij intensiever (meer uren) hulp. Oudere migranten beheersen de Nederlandse taal vaak minder goed of helemaal niet. Zij hebben doorgaans moeite zelf de regie te nemen en toegang te krijgen tot ondersteuning en zorg. Mantelzorgers hebben vaak extra taken als tolken en begeleiden naar zorg en ondersteuning. Ook is er extra belasting door onbekendheid met ziekten, zoals dementie, en onbekendheid met het zorgaanbod.

Een goede vertrouwensrelatie is erg belangrijk. Juist omdat mantelzorg vaak als 'gewoon' wordt ervaren, maakt dat er weinig over gesproken wordt. Mantelzorgers voelen zich vaak niet gezien. Als een huisarts of vertrouwde verpleegkundige of andere zorgprofessional vraagt hoe het gaat, biedt dat een opening.

Voorbeeldzinnen

- *“Hoe voelt ú zich?”*
- *“Hoe is úw gezondheid?”*
- *“Bent u blij met het leven zoals het is?”*
- *“Hoeveel tijd kost het zorgen?”*

- *“Heeft u ondersteuning nodig? Kan ik met u meedenken? Heeft u vragen?”*

15) SignaLeren-onlinetest die patiënten thuis kunnen afnemen

SignaLeren is een online test met filmpjes en vragen in het Turks, Marokkaans-Arabisch, Berbers en Nederlands over de meest voorkomende signalen van dementie. Mantelzorgers, familie, mensen met (mogelijke) dementie en zorgverleners kunnen de test gebruiken om dementie te herkennen en samen dementie bespreekbaar te maken. Dit draagt er aan bij om sneller goede zorg en ondersteuning te regelen. De test is ontwikkeld door Alzheimer Nederland.

Bron:

<http://signaleren.alzheimer-nederland.nl/>

16) RUDAS en aanvullend daarop de IQCODE

De RUDAS is een korte cognitieve screeningstest op dementie, geschikt voor analfabeten en/of migranten. De MMSE, de MOCA of de CCE (een cognitietest voor anderstaligen) zijn niet geschikt voor mensen die niet of niet goed kunnen lezen en schrijven.

De RUDAS is ontwikkeld in Australië en sinds 2018 beschikbaar in Nederland. De RUDAS is onderzocht en gevalideerd voor gebruik bij Turkse- en Marokkaanse-Nederlanders.

Via deze link kunt u het scoreformulier downloaden:

<https://assets.nkop.nl/docs/52904a27-1b2e-4682-aa12-48e486b7b977.pdf>

Verschillende huisartspraktijken hebben de RUDAS nu in gebruik genomen. Zij hebben een eerste keer geoefend met het afnemen. We adviseren voorafgaand aan het gebruik in uw eigen praktijk, het afnemen te oefenen. Onderstaande instructievideo kan hierbij behulpzaam zijn:

Video met instructie over de afname:

<https://www.swslhd.health.nsw.gov.au/acrs/RUDASvideo.html>

RUDAS scoreformulier: <https://www.dementia.org.au/resources/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas>

RUDAS handleiding:

https://www.dementia.org.au/sites/default/files/20110311_2011RUDASAdminScoringGuide.pdf

Nederlands: <https://assets.nkop.nl/docs/11e4299d-72db-4a63-93c2-949dbb0a684c.pdf>

RUDAS combineren met IQCODE (*NHG-standaard Dementie*) geeft een betere voorspelkracht. IQCODE is een screeningstest die kan worden afgenomen bij een mantelzorger die de patiënt minimaal 10 jaar kent.

IQCODE handleiding:

https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument344/464_1_N.pdf

IQCODE formulier:

http://www.psychiatrienet.nl/system/subcategories/pdf1s/000/053/211/original/IQCODE-N_vragenlijst.doc.pdf?1396886000

IQCODE Screening dementie: cutoff van 3,3-3,8 (afhankelijk van setting).

Optimale cutoff in geheugenpoli-populatie: 3,66 (sensitiviteit 85%, specificiteit 74%, Youden index 0,59).

Bronnen

The Rowland Universal Dementia Assessment Scale: A Multicultural Cognitive Assessment Scale Storey, Rowland, Basic, Conforti & Dickinson (2004). *International psychogeriatrics*, 16 (1), 13-31.

Goudsmit, M., van Campen, J., Schilt, T., Hinnen, C., Franzen, S., & Schmand, B. One size does not fit all: Comparative diagnostic accuracy of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale and the Mini Mental State Examination in a very low educated multicultural memory clinic population. Aangeboden voor publicatie.

17) Geheugenpoli voor migranten en een anderhalvelijnspoli

Een geriater en een neuropsycholoog zijn in het Amsterdamse MC Slotervaartziekenhuis een speciaal dementiesprekuren begonnen voor migranten met geheugenproblemen. Hun reguliere geheugenpoli in het ziekenhuis bleek minder geschikt en kende een te hoge drempel voor migranten. Inmiddels zijn er meerdere migrantenpoli's in het land.

Om met name de oudere migrant eerder te zien en juist te kunnen diagnosticeren zijn de zorgverleners uit het Slotervaartziekenhuis ook een anderhalvelijnspoli begonnen. Een spreekuur bij de huisartsenpraktijk zodat geriater en neuropsycholoog dicht bij huis de patiënt kunnen zien.

Er is grote winst te behalen door eerder tijdens het beloop van de dementie de diagnose te stellen, zoals dat ook in de Zorgstandaard dementie staat: de winst van het weten.

- Allereerst voor de behandeling. Er is helaas nog geen genezing mogelijk, maar de patiënt is wel beter te begeleiden op zijn ziektepad met een duidelijke diagnose in de hand.
- De behoefte aan pillen is zeer groot, weten betrokken zorgverleners. Neuroleptica worden in het land van herkomst vaak laagdrempelig en hooggedoseerd voorgeschreven. Het mogelijk gevolg is dat de oudere Parkinsonistisch en kwijlend in de stoel zit. Maar alles liever dan een vader of moeder voor wie men zich moet schamen omwille van het gedrag. Daarom is het van groot belang dat de omgeving van de patiënt weet wat er met vader of moeder aan de hand is, zodat die omgeving adequaat op hem of haar kan reageren. Ontremd of verward gedrag bijvoorbeeld is in betere banen te leiden door de juiste wijze van reageren.
- Voor de mantelzorgers tenslotte, is de diagnose van groot belang. Overbelasting van mantelzorgers omdat mensen thuis blijven (in)wonen terwijl ze eigenlijk 24/7 zorg nodig hebben, komt regelmatig voor.

18) Ondersteuning bieden aan mantelzorgers van migranten met dementie

Tip

Gebruik enkele vragen uit de gesprekslijst 'Zorgen doe je Samen' om in gesprek te gaan met de mantelzorger. Deze gesprekslijst is gebaseerd op het Culturele Interview en ontwikkeld voor verpleegkundigen en verzorgenden om meer over de cliënt met dementie te weten te komen en de samenwerkingsrelatie met de mantelzorger te versterken.

Bronnen

Printversie gesprekslijst:

<http://www.pharos.nl/documents/doc/gesprekslijst%20zorgen%20doe%20je%20samen.pdf>

Printversie handleiding:

<http://www.pharos.nl/documents/doc/handleiding%20gesprekslijst%20zorgen%20doe%20je%20samen.pdf>