

LEIDRAAD VOOR CULTUURSENSITIEVE DEMENTIEDIAGNOSTIEK IN DE GEHEUGENPOLIKLINIEK



Alzheimercentrum
Erasmus MC

VOORWOORD

Door toenemende diversiteit onder de 50-plussers die in Nederland wonen, treffen zorgprofessionals op de geheugenpolikliniek steeds vaker patiënten met een diverse achtergrond op het gebied van taal, cultuur, opleidingsniveau, geletterdheid, gezondheidsvaardigheden en/of kennis over dementie. Deze kenmerken hebben invloed op de diagnostiek van dementie (Goudsmit, M., Van Campen, J., Kylstra, W., & Aaronson, J., 2024) en kunnen leiden tot onderdiagnostiek (Nielsen, Vogel, Phun, Gade & Waldemar, 2011) wanneer hier in de werkwijze en de keuze van diagnostisch instrumentarium geen rekening mee gehouden wordt. In deze leidraad bieden wij informatie en advies ter bevordering van cultuursensitieve dementiediagnostiek voor zorgprofessionals die op geheugenpoliklinieken werken. Wij hopen hiermee bij te dragen aan de kennis en vaardigheden ten aanzien van dementiediagnostiek in een diverse populatie, aangeduid als de sleutel tot culturele competentie in de gezondheidszorg (Campinha-Bacote, 2002). Deze leidraad richt zich op de verschillende stappen in het diagnostisch proces op de geheugenpolikliniek, waarbij eventuele behandeling buiten beschouwing blijft.

In de afgelopen 20 jaar zijn speciale geheugenpoliklinieken voor patiënten met een migratieachtergrond opgericht in verschillende grote steden. In het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis - later OLVG - is sinds 2005 een geheugenpolikliniek voor ouderen met een migratieachtergrond. In samenwerking met het AMC wordt daar wetenschappelijk onderzoek gedaan naar cognitieve screening en prevalentie van dementie bij deze doelgroep. In 2015 is ook het Erasmus MC van start gegaan met een geheugenpolikliniek voor migranten. Op deze geheugenpolikliniek werken wij aan nieuw en aangepast cultuursensitief diagnostisch instrumentarium en een cultuursensitieve werkwijze. In deze leidraad leest u hier meer over. De ontwikkelingen op de geheugenpolikliniek voor migranten gaan hand in hand met onze onderzoekslijn *Towards a Universal Language: Intervention and Psychodiagnostic Assessment* (TULIPA, ZonMw, stichting Coolsingel). Binnen dit onderzoek werken we samen met geheugenpoliklinieken die ook een cultuursensitieve werkwijze hanteren en bijdragen aan de ontwikkeling van kennis en diagnostische instrumenten. Op deze wijze profiteren we van elkaars kennis en expertise.

De leidraad cultuursensitieve dementiediagnostiek is samengesteld op basis van ervaringen, kennis en kunde die wij de afgelopen jaren hebben opgedaan op de geheugenpolikliniek voor migranten in het Erasmus MC, in het wetenschappelijk onderzoek, evenals ervaringen van onze TULIPA partners. Wij hebben voor deze leidraad experts verspreid over heel Nederland bevroegd middels semi-structureerde interviews. Zo spraken wij zorgprofessionals verbonden aan de geheugenpoliklinieken van het Alzheimercentrum Erasmus MC en het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, het Haga Ziekenhuis in Den Haag, het Medisch Spectrum Twente in Enschede en het OLVG in Amsterdam (sinds 2023 STZ Expertisecentrum cognitieve stoornissen bij ouderen met een migratieachtergrond). Onze dank aan al deze collega's voor hun bijdrage aan deze leidraad is groot. Onze ervaringen en aanbevelingen van landelijke experts ondersteunen wij daarnaast met internationale wetenschappelijke literatuur. Op deze wijze leren wij van elkaars kennis en expertise. Deze samenwerking wordt verder vormgegeven in het kenniscentrum dementie en diversiteit.

N.B. Over de jaren is er sprake van veranderende terminologie. In de **appendix** vindt u een overzicht met hoe wij bepaalde terminologie duiden.

April (2024). Team geheugenpolikliniek voor migranten (Alzheimercentrum Erasmus MC)

INHOUDSOPGAVE

1	Achtergrondinformatie	04
1.1	Migratie in Nederland	04
1.2	(Voorkeurs)talen	04
1.3	Gezondheidsvaardigheden	04
1.4	Verklaringsmodellen van dementie	05
1.5	Benoemen van dementie en psychische aandoeningen	05
2	Werken met tolken	06
3	Het diagnostisch traject	08
3.1	Triage en voorbereiding van het eerste bezoek	08
3.2	Informereren van patiënt en mantelzorg(er)	08
3.3	Het eerste contact	08
3.4	Het onderzoeken van beperkingen in het dagelijks leven	09
3.4.1	Uitvragen van iADL, ADL en cognitieve functies	09
3.4.2	De heteroanamnese	09
3.4.3	Het onderzoeken van de hulpvraag	09
3.5	Familieanamnese	09
3.6	Comorbiditeit	10
3.7	Het onderzoeken van stemming, angst en neuropsychiatrische symptomen	10
3.8	Het neuropsychologisch onderzoek	11
3.8.1	Screening van de cognitieve functies	11
3.8.2	Het onderzoeken van opleidingsniveau en geletterdheid	11
3.8.3	Selectie van tests voor uitgebreid(er) neuropsychologisch onderzoek	12
3.8.4	Scoring en rapportage	15
3.9	De afname van het testmateriaal, normering en interpretatie	15
3.9.1	De tests afnemen	15
3.9.2	Werken met tolken tijdens het NPO	15
3.9.3	Monitoring van mogelijke beïnvloedende factoren	15
3.9.4	Scoring en rapportage	16
3.10	Overige onderzoeken	16
3.10.1	Lichamelijk onderzoek	16
3.10.2	Laboratoriumonderzoek en hersenscans	17
3.10.3	Ergotherapie	17
4	Het uitslaggesprek	18
5	Na de diagnose	18
6	Referenties en naslagwerk	19
7	Appendix	22
8	Colofon	23

1. Achtergrondinformatie

In deze leidraad zullen de verschillende stappen in het diagnostisch traject worden besproken, waarbij er voor elke stap wordt toegelicht op welke manier er aandacht kan worden besteed aan diversiteit. Voordat wij echter de diagnostiek in meer detail zullen bespreken, is het relevant om aandacht te besteden aan het onderwerp diversiteit zelf, gezien algemene kennis over diversiteit op het gebied van taal, cultuur, geletterdheid en gezondheidsvaardigheden bijdraagt aan een inclusieve of cultuurcompetente werkwijze.

1.1 Migratie in Nederland

Nederland heeft een rijke migratiegeschiedenis die in grofweg vier migratiestromen te onderscheiden is: migratie uit vroegere koloniën, arbeidsmigratie, migratie in het kader van familiehereniging en de komst van vluchtelingen/asielzoekers. Het aandeel migrantenouderen afkomstig uit vroegere Nederlandse koloniën, zoals Suriname en de Nederlandse Antillen, behelst 108.224 personen (ouder dan 55 jaar, CBS, 2019). Tussen 1950 en 1974 vond arbeidsmigratie plaats waarbij mensen uit landen als Italië, Spanje, Turkije en Marokko naar Nederland kwamen om te werken. De vaak laaggeschoolde arbeiders werden actief geworven in het land van herkomst, en kwamen veelal te werken in fabrieken, de industrie, mijnen en scheepsbouw. De gedachte was dat deze arbeiders na verloop van tijd terug zouden keren naar het land van herkomst waardoor er weinig aandacht was voor taalcursussen of inburgering vanuit de Nederlandse overheid (Bruquetas-Callejo, Garcés-Mascareñas, Penninx, & Scholten, 2007). Toen duidelijk werd dat deze groep zich permanent in Nederland zou vestigen, vond er ook migratie plaats in het kader van familiehereniging na 1974. In 2019 telde Nederland 56.444 Turkse migrantenouderen en 53.067 Marokkaanse migrantenouderen (ouder dan 55 jaar, CBS, 2019). Vanaf 1980 is daarnaast een migratiestroom te onderscheiden die vluchtelingen en asielzoekers omvat uit verschillende delen van de wereld, waaronder Syrië, Irak en Afghanistan.

1.2 (Voorkeurs)talen

De bovengenoemde migratiestromen brengen een diversiteit aan talen met zich mee. Bij veel migranten is Nederlands niet de voorkeurstaal en worden thuis met familie of kennissen een of meer andere talen gesproken. Binnen deze leidraad doen wij de aanbeveling om bij diagnostiek van dementie gebruik te maken van een professionele tolk. Hiervoor is het noodzakelijk om na te gaan wat de moeder- en/of voorkeurstaal van de patiënt is, gezien het afnemen van bijvoorbeeld cognitieve testen in de tweede taal invloed heeft op de prestaties (Nielsen, 2022). Het is belangrijk deze voorkeurstaal zo specifiek mogelijk te achterhalen. Neem bijvoorbeeld het 'Marokkaans', dat als taal op zich niet bestaat. Migranteng uit Marokko spreken Darija (Marokkaans-Arabisch) of Tamazight (een collectie aan talen die ook wel bekend staan onder de naam 'Berbers'), maar kunnen vaak ook Spaans en/of Frans spreken. Het Darija (Marokkaans-Arabisch) is niet uitwisselbaar met de Arabische taal zoals die bijvoorbeeld in het Midden-Oosten wordt gesproken. Dergelijke diversiteit binnen talen zijn binnen tal van bevolkingsgroepen te vinden. Ook bij patiënten die het Nederlands goed beheersen, zoals bijvoorbeeld Surinaamse mensen, kan het zinvol zijn om na te gaan wat de voorkeurstaal is. Mensen uit Suriname spreken een verscheidenheid aan Surinaamse talen, zoals het Sranantongo, Sarnami Hindoestani, Javaans en verscheidende marrontalen. Een belangrijk aandachtspunt bij twee- of meertalige patiënten is dat een bepaalde taal een groter aanzien kan hebben. Hierdoor kunnen patiënten mogelijk een taal verkiezen te spreken, ook als dit niet de taal is die zij het beste beheersen.

1.3 Gezondheidsvaardigheden

Health literacy (gezondheidsvaardigheden) behelst onder andere het vermogen om informatie over de gezondheidszorg, ziekte en gezondheid op te doen, te begrijpen en toe te passen voor het maken van gezondheidsbeslissingen (Ratzan & Parker, 2000). In het dagelijks leven hebben mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden moeite met het begrijpen van uitnodigingsbrieven, websites, het vinden van de weg in het ziekenhuis, gesprekken voeren met zorgverleners, uitleg en adviezen begrijpen en in de praktijk brengen ([Factsheet Pharos](#)). De gezondheidsvaardigheden van een persoon worden daarnaast beïnvloed door eerdere ervaringen met de gezondheidszorg. Voor patiënten die buiten Nederland zijn opgegroeid kan het referentiekader van hoe de gezondheidszorg is ingericht verschillen. Soms zullen mensen verwachtingen hebben van de zorg die niet overeenkomen met hoe de zorg in Nederland georganiseerd is of welke zorg er in Nederland geboden wordt. Als voorbeeld is het in Turkije niet ongebruikelijk om zelf te beslissen naar welke medisch specialist je gaat, zonder een huisarts als poortwachter.

1.4 Verklaringsmodellen van dementie

Binnen een diverse patiëntenpopulatie worden verschillende verklaringsmodellen voor dementie gehanteerd. Verklaringen, kennis en ideeën over ziekte en gezondheid zijn echter divers en bevatten een culturele component. Het is belangrijk dat zorgverleners zich realiseren dat binnen de Nederlandse gezondheidszorg veelal het biomedische of het meer holistische biopsychosociaal model worden gehanteerd. Het biomedische of medische model definieert gezondheid als de afwezigheid van ziekte en reduceert ziekte daarmee tot biologische processen. Het biopsychosociaal model is een uitbreiding van het biomedische model en houdt naast biologische factoren ook rekening met sociale en psychologische factoren en hun onderlinge samenhang.

Ziekte en gezondheid, en specifiek symptomen passend bij dementie, kunnen echter ook vanuit andere verklaringsmodellen worden gezien, bijvoorbeeld 1) vanuit een spiritueel perspectief—zoals bezetenheid door kwade geesten; 2) als ‘normale’ veroudering; of 3) verklaard worden vanuit een fysiek en mentaal zware levensgeschiedenis. Cultuursensitieve dementiezorg vergt kennis over deze verschillende verklaringsmodellen. In het eerste model worden de beperkingen die dementie met zich meebrengt gezien als het resultaat van kwade krachten, zoals hekserij of vloeken (Van Wezel et al. 2018). Dementie kan ook gezien worden als vergelding van zonden. In dergelijke gevallen is de meest voor de hand liggende behandeling bijvoorbeeld gebedsgenezing of zelfs een uitdrijving van de kwade geesten. In het tweede verklaringsmodel, van dementie als normale veroudering, worden de klachten van dementie geïnterpreteerd als een onvermijdbaar en ‘normaal’ onderdeel van het ouder worden, of als resultaat van zwaar werk. Cognitieve problemen worden niet gerelateerd aan een ziekte, maar gezien als onderdeel van de levensfase (Van Wezel et al., 2018). Om die reden wordt ook niet gedacht dat medisch specialistische hulp noodzakelijk is.

Symptomen kunnen door de toepassing van diverse verklaringsmodellen mogelijk niet of laat herkend worden. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat ouderen met een migratie-achtergrond circa 6 maanden langer cognitieve klachten hadden, voordat zij de geheugenpoli bezochten (Goudsmit et al., 2022). De ervaring leert dat bij mensen met een migratieachtergrond een geheugenpolikliniek bezoek vaker geïnitieerd wordt bij gedragsveranderingen in plaats van cognitieve symptomen. Het is dan ook belangrijk om aandacht te besteden aan de eerste signalen van dementie. Alzheimer Nederland heeft hier een aantal [video's](#) over gemaakt. Collega's van de Hogeschool Rotterdam hebben op basis van hun onderzoek 'Migranten met vergeetachtigheid en dementie' (ZonMw) om deze reden een signalenkaart ontwikkeld specifiek voor mensen met een migratieachtergrond ([Hogeschool Rotterdam](#)). Door het OLVG en Pharos werden [wachtkamerfilms](#) over dementie ontwikkeld, geschikt voor voorlichting en doorbreken van stigma in de huisartsenpraktijk.

'Als het referentiekader van de patiënt anders is dan het verwachtingsmanagement of referentiekader van de arts(...). Dan kan dat betekenen dat de patiënt medisch inhoudelijk misschien wel goed geholpen wordt, terwijl als je het aan de patiënt vraagt hij er misschien heel anders over denkt.'
(Internist ouderengeneeskunde)

1.5 Benoemen van dementie en psychische aandoeningen

Voor ziekten zoals dementie, stemmings-, angst- of persoonlijkheidsstoornissen, blijkt in veel talen geen goede, neutrale terminologie te bestaan, maar wordt in plaats daarvan gebruik gemaakt van omschrijvingen of negatief beladen termen als 'gek' (bijvoorbeeld bunama(k) in plaats van het minder bekende demans of 'Alzheimer' in het Turks). Door stigma, geringe kennis over dementie en het gebruikte verklaringsmodel, kan het zo zijn dat er in bepaalde talen überhaupt weinig of geen woorden zijn om dementie of verwante symptomen te omschrijven.

2. Werken met tolken

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) geeft vorm aan de behandelrelatie tussen een patiënt en een zorgprofessional (RIVM, 2023). In deze wet is onder andere opgenomen dat de patiënt de ‘opdrachtgever’ is tot zorg, maar ook dat de patiënt volledig wordt geïnformeerd over behandeling en bijbehorende risico’s. Dit dient te gebeuren op een wijze die begrijpelijk is voor de patiënt, waardoor er weloverwogen beslissingen kunnen worden genomen in het kader van diagnose en behandeling.

Om als patiënt een weloverwogen beslissing te kunnen nemen binnen het zorgproces en als zorgprofessional aan de WGBO te voldoen, dient in veel gevallen een taalbarrière overbrugd te worden. Het inzetten van een tolk kan dan een uitkomst bieden. In 2012 is de tolkenvergoeding in de zorg afgeschaft. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022) stelde dat het primair de verantwoordelijkheid van mensen zelf is om Nederlands te leren. In de praktijk betekent dit dat patiënten vaak familie of kennissen meenemen als tolk. Vanuit de sector GGZ is er veel werk verricht om tolken weer vergoed te laten worden vanuit de zorgverzekeraars. Inmiddels is het daarom weer mogelijk om een door de zorgverzekeraar vergoede tolk in te zetten bij patiënten van wie de zorg bekostigd wordt vanuit een GGZ DBC in het Zorgprestatiemodel. In het domein van de zorgverzekeringwet (Zvw) kan de inzet van een tolk bekostigd worden uit de tarieven of kunnen hierover extra afspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Niet alle ziekenhuizen zijn echter van deze beleidsregel op de hoogte.

Voor het correct uitvoeren van dementiediagnostiek is een professionele tolk wat ons betreft essentieel. Het inzetten van een professionele tolk kan onnodige diagnostiek voorkomen, over- of onderbehandeling tegengaan en uiteindelijk kostenbesparend zijn. Het inzetten van een informele tolk heeft gevolgen voor de diagnostiek. Een ander belangrijk probleem is dat men niet rechtstreeks met de patiënt kan communiceren zonder dat een andere belanghebbende deze communicatie beïnvloedt. Het is hierdoor niet te verifiëren of hetgeen er gezegd wordt ook daadwerkelijk in die woorden wordt overgebracht (zowel van de zorgverlener aan de patiënt als vice versa). Zo kan het gebeuren dat een informele tolk informatie van diens naaste weglaat vanwege schaamte of vanwege de inschatting dat de informatie die de patiënt wil geven irrelevant is. Ook kan het gestandaardiseerd afnemen van testen in het geding raken. Het verrichten van een neuropsychologisch onderzoek met behulp van een informele tolk raden wij, net als Europese collega’s (Franzen, 2022), af. In het Erasmus MC en de andere geheugenpoliklinieken voor migranten wordt dementiediagnostiek in de regel niet uitgevoerd zonder professionele tolk, tenzij hier een gegronde reden voor is (bijvoorbeeld wanneer een patiënt met wanen nadrukkelijk weigert om het onderzoek te ondergaan in aanwezigheid van een tolk omdat hij/zij deze niet vertrouwt).

*‘Zij (red. informele tolken) willen zelf ook dingen vertellen. Dat is ook heel belangrijk, maar ik denk wel.. ik wil niet een gesprek hebben met iemand over iemand anders.’
(Neuropsycholoog)*

Bij het inschakelen van een professionele tolk is het van belang om de tolk voorafgaand aan het onderzoek te instrueren over de procedure en het doel van het consult. De werkwijze op, en doelen van een geheugenpoli verschillen van de andere werkplekken waar sommige tolken ervaring op hebben gedaan, zoals in de rechtbank. In de rechtbank is het bijvoorbeeld van essentieel belang dat er geen enkele ruimte voor interpretatie mogelijk is en kan het meermaals herhalen van vragen of informatie gerechtvaardigd zijn, terwijl dit bijvoorbeeld bij de afname van geheugentests bij het neuropsychologisch onderzoek juist afdoet aan de betrouwbaarheid.

Als zorgprofessional in Nederland zal men vooral een beroep doen op het landelijke tolkenbureau Global Talk. De tolken die zij in dienst hebben, kunnen een online training volgen over (cultuursensitieve) dementiediagnostiek. Op deze wijze zijn zij beter voorbereid op het testonderzoek. Binnen het Erasmus MC wordt tevens gebruik gemaakt van in huis opgeleide zogenoemde ‘studenttolken’. Dit zijn biculturele, tweetalige HBO en WO studenten verpleegkunde, geneeskunde en psychologie, die naast het Nederlands (en vaak Engels) ook het Turks, Marokkaans-Arabisch (Darija) of Tamazight (ook wel bekend als Marokkaans-Berbers) vloeiend spreken. De studenttolken krijgen een training, waarin er expliciet aandacht wordt besteed aan wat een dag op de geheugenpolikliniek omhelst en waar zij op moeten letten bij het werk als tolk (zoals het letterlijk vertalen van wat een patiënt zegt, ook als het gezegde versprekingen bevat of informatie meermaals herhaald wordt). Meer tips over onder andere het werken met tolken kunt u vinden in dit [webinar](#).

Het getuigt van respect om van tevoren toestemming te vragen aan de patiënt en mantelzorger voor de aanwezigheid van de tolk en hierbij tevens uitleg te geven omtrent de vertrouwelijke aard van het gesprek. Het is goed om er alert op te zijn dat sommige gemeenschappen in Nederland klein en nauw verweven zijn. De Kaapverdise gemeenschap in Rotterdam woont bijvoorbeeld bijna geheel in één wijk in de stad – waardoor het kan voorkomen dat een tolk en een patiënt elkaar (via kennissen) kennen en een patiënt zich daardoor mogelijk minder veilig of op zijn/haar gemak voelt. Vaak vermelden wij dat de tolk aanwezig is als een extra paar oren en ogen voor de arts, verpleegkundige of neuropsycholoog, bijvoorbeeld om mee te luisteren naar veranderingen in de taal, en expliciet niet omdat wij twijfelen aan de vertaalcapaciteiten van de naaste die soms meekomt als informele tolk.

‘Soms zijn mensen wat terughoudend rondom de tolk. Dat ze bang zijn dat ze de tolk kennen, dat de tolk iets doorvertelt. Dan vertellen we altijd dat het gaat om geheimhoudingsplicht en dat soort dingen.’

(Neuropsycholoog)

3. Het diagnostisch traject

3.1 Triage en voorbereiding eerste bezoek

Binnen verschillende geheugenpoliklinieken in Nederland zijn zorgpaden ontwikkeld waarbinnen aangepaste diagnostiek wordt vormgegeven. Een zorgpad kan ingevuld worden voor de eigen stad of regio (klik [hier](#) voor een zelf in te vullen voorbeeld van een zorgpad). Eén van de kenmerken waarop triagering plaatsvindt voor cultuursensitieve diagnostiek is de mate waarin iemand de Nederlandse taal beheerst. Ook kennis over de mate van opleiding/scholing—met name of mensen kunnen lezen en schrijven—draagt bij aan een goede voorbereiding. In het aanmaken van het verwijzingsproduct in Zorgdomein, een digitaal platform voor het verbinden van zorgprofessionals en het verwijzen van patiënten, kan expliciet worden aangegeven op welke manier er rekening gehouden wordt met diversiteit en welke voorwaarden er worden gesteld aan de verwijzing (zoals het vermelden van patiëntkenmerken als geletterdheid en opleidingsniveau).

'Je kan iemand die niet naar school is geweest beter niet een afspraak geven om 10:15 uur, maar om 10:00 uur. Dat is duidelijker.'
(Klinisch psycholoog)

3.2 Informeren van patiënt en mantelzorg(er)s

Bij laaggeletterdheid kan het moeilijk zijn voor een patiënt en/of diens naaste om de uitnodigingsbrief goed te kunnen begrijpen, ook als deze in eigen taal is opgesteld. Om de zorg ook voor mensen met laaggeletterdheid goed te organiseren, kunnen er verschillende dingen overwogen worden. Zo kan het, om misverstanden en no shows (niet verschijnen op een afspraak) te voorkomen, de moeite waard zijn om informatie in eenvoudige taal toe te sturen (taalniveau B1 of lager volgens het Europees Referentiekader (Nederlandse Taalunie, 2008)). Het liefst wordt deze informatie ondersteund door afbeeldingen die voor zich spreken. Een voorbeeld hiervan – en vrij verkrijgbaar – is de informatiefolder over dementiediagnostiek [‘Heeft Yasmina dementie of niet?’](#) (Alzheimercentrum Erasmus MC, 2019), waarin middels een beeldverhaal, opgesteld in samenwerking met Pharos, wordt toegelicht hoe dementiediagnostiek in zijn werk gaat.

Een andere mogelijkheid is om patiënten of mantelzorgers de week voorafgaand aan de afspraak te bellen om te vragen of zij nog vragen hebben over hun afspraak. De ervaring leert dat dit twee voordelen heeft: het aantal no shows kan worden teruggedrongen en tegelijkertijd is er een mogelijkheid om na te gaan of de informatie daadwerkelijk ontvangen en begrepen is. Patiënten en mantelzorgers zullen vaak geen duidelijk beeld hebben bij onderzoeken op de geheugenpolikliniek en een dergelijk telefoontje biedt tevens de kans om hen voor te bereiden op de inhoud en de duur van de onderzoeken. Ook is er ruimte om aandacht te besteden aan de praktische aspecten, zoals het nemen van een bril, medicatieoverzicht en een nauw betrokken mantelzorg(er).

3.3 Het eerste contact

Uit ervaringen van zorgprofessionals blijkt dat enige kennis over de geografie van veel voorkomende migratielanden en culturele kennis (bijvoorbeeld feestdagen) kunnen bijdragen aan het eerste contact. Ook kan gebruik gemaakt worden van het Cultureel Interview ([Pharos, 2012](#)), vrij te verkrijgen via de website van Pharos of het Cultural Formulation Interview (Rohloff, van Dijk, & Groen, 2022). Dit is een hulpmiddel om het gesprek aan te gaan over leefwerelden en culturele achtergrond. Dit kan helpen om een brug te slaan tussen individuen uit verschillende culturen met bijvoorbeeld vragen als ‘Waar bent u geboren?’ en ‘Met welke taal bent u opgegroeid?’. Het doel van het stellen van dergelijke vragen is niet alleen om feitelijke informatie te verzamelen; de vragen zijn vooral zinvol om de patiënt beter te leren kennen en als zorgprofessional een oprechte en gemeende interesse te tonen. **Hierbij is een reflectie op de eigen cultuur als zorgprofessional ook van belang.**

'Het gaat er ook om dat je je bewust bent van je eigen cultuur, van je eigen normen en waarden. Dat je weet dat het mogelijk voor een patiënt anders zou kunnen zijn. Op het moment dat je dat inziet, kun je een brug bouwen.'
(Klinisch geriater)

3.4. Het onderzoeken van beperkingen in het dagelijks leven

3.4.1 Uitvragen van iADL, ADL en cognitieve functies

Het uitvragen van de cognitieve functies in relatie tot dagelijkse activiteiten kan bij ouderen met een diverse achtergrond soms een uitdaging zijn, bijvoorbeeld omdat zij op sommige vlakken mogelijk altijd al afhankelijk waren; denk hierbij aan de financiële administratie bij mensen die ongeletterd zijn of het Nederlands niet goed beheersen. Ook worden sommige taken overgenomen vanwege comorbide lichamelijke problemen (bv. pijnklachten). In de anamnese kan het zinvol zijn om in kaart te brengen wat iemand zoal doet op een dag. Daarbij kan het uitvragen van de Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) of cognitieve functies dan op specifieke kenmerken worden aangepast. Een patiënt die aangeeft praktiserend moslim te zijn, kan je bijvoorbeeld vragen naar het vinden van de weg naar de moskee (oriëntatie), het volgen van de khutbah/choetba—preek—(taal/concentratie/mentale snelheid), of het herkennen van mensen uit de gemeenschap (gnosis). Daarnaast kan het zinvol zijn om bij navraag naar de oriëntatie in tijd specifiek te vragen naar de vrijdag, een dag die voor praktiserende moslims extra belangrijk is, vergelijkbaar met de zondag bij praktiserende Christenen. Een voorbeeld uit het ergotherapie onderzoek verricht tijdens diagnostiek in het OLVG is het zetten van Marokkaanse thee. Het kost soms tijd om te achterhalen welke activiteiten of tijdsbestedingen voor de specifieke patiënt relevant zijn om te bevragen.

3.4.2. De heteroanamnese

Naast de patiënt zelf is vanzelfsprekend ook de naaste een belangrijke bron van informatie. Hoewel het waarschijnlijk op alle geheugenpoliklinieken gebruikelijk is om de patiënt te vragen een naaste mee te nemen, is het bij deze doelgroep extra belangrijk om na te gaan welke relatie deze persoon heeft tot de patiënt en welke rol deze persoon vervult in de zorg voor de patiënt. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een patiënt naar ziekenhuisafspraken veelal de naaste of de contactpersoon meeneemt die het beste Nederlands spreekt, terwijl deze persoon misschien niet het meeste weet over het functioneren thuis. Het kan zodoende zinvol zijn om na te vragen welke personen er betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt en eventueel een aanvullende heteroanamnese te verrichten bij een naaste die mogelijk meer zicht heeft op het dagelijks functioneren van de patiënt. Het cognitief functioneren kan ook op gestandaardiseerde wijze worden uitgevraagd middels een zogenaamde ‘informantvragenlijst’, waarbij naasten worden gevraagd om de achteruitgang in de afgelopen 10 jaar te beoordelen: de Informant Questionnaire for Cognitive Decline in the Elderly; (IQCODE, Jorm, 2004). Uit onderzoek in Nederland blijkt dat de IQCODE goed bruikbaar is in deze populatie én van aanvullende voorspellende waarde is naast een cognitieve screeningstest (Goudsmit, Van Campen, Franzen, Van Den Berg, Schilt & Schmand, 2021).

3.4.3 Het onderzoeken van de hulpvraag

Naast het vergaren van informatie over het cognitief functioneren en het functioneren in activiteiten van het dagelijks leven, is het ook van belang om na te gaan welke hulpvragen er spelen bij de patiënt en diens naaste(n). Het komt soms voor dat er niet zozeer vragen zijn omtrent de diagnose, maar vooral op het gebied van zorg of het omgaan met veranderingen in het gedrag. Ook kan het zijn dat de patiënt en diens naaste verwezen zijn door een zorgprofessional, zonder dat zij zelf een duidelijke hulpvraag hebben. Door expliciet stil te staan bij de hulpvraag kan de hoeveelheid en het soort diagnostische handelingen beter worden afgestemd op de persoon.

3.5 Familieanamnese

Op een geheugenpolikliniek wordt in het kader van dementiediagnostiek vaak nagevraagd of dementie of andere neurologische (of psychiatrische) aandoeningen bij een patiënt in de familie voorkomen, om dit mee te nemen binnen de differentiaaldiagnose met betrekking tot genetische vormen van dementie. Soms zal het moeilijk te achterhalen zijn of er dementie in de familie voorkomt, bijvoorbeeld omdat dementie enkele decennia geleden nog weinig bekendheid genoot, omdat er geen voorhande diagnostiek beschikbaar was, omdat er niet wordt gesproken over ziekte in de familie, of omdat de levensverwachting in het land van herkomst laag was. Mogelijk kan het helpen de vraag breder stellen dan alleen te vragen naar (een vorm van) dementie en ook bijvoorbeeld na te gaan op welke leeftijd de ouders van een patiënt zijn overleden. Tevens kan het zinvol zijn er alert op te zijn dat consanguïniteit (trouwen met een bloedverwant familielid) in sommige groepen vaker voorkomt (Anwar, Khyatti, & Hemminki, 2014), waardoor het risico op (anderszins meer zeldzame) autosomaal-recessieve aandoeningen verhoogd is.

*‘De hulpvraag doet zich soms ook pas voor op het moment dat niet de patiënt zelf, maar de direct betrokkenen, de omgeving, tegen problemen aanlopen.’
(Klinisch geriater)*

3.6 Comorbiditeit

Bij dementie diagnostiek van ouderen met een migratieachtergrond is het belangrijk om oog te hebben voor mogelijke comorbiditeit. Goudsmit et al. (2022) vonden dat mantelzorgers van ouderen met een migratieachtergrond meer neuropsychiatrische symptomen bij hun naaste rapporteerden dan de mantelzorgers van in Nederland geboren ouderen. Voorbeelden hiervan zijn: depressieve symptomen, verandering in de eetlust, agitatie, agressie en ontremming, alsmede afwijkend motorisch gedrag (Goudsmit et al., 2022). Daarnaast hebben ouderen met een migratieachtergrond vaker comorbide, chronische aandoeningen die tevens een risicofactor zijn voor dementie, zoals diabetes mellitus, hypertensie, obesitas en cardiovasculaire ziekten. Diabetes mellitus komt bijvoorbeeld bij 47% van de migrantenpopulatie voor in vergelijking met 26% van in Nederland geboren personen (Parlevliet et al., 2016). Ouderen met een migratieachtergrond die de geheugenpolikliniek bezoeken hebben over het algemeen dus een ander profiel van (neuro)psychiatrische en somatische comorbiditeit. Deze verschillen kunnen mogelijk verklaard worden door een combinatie van genetische- en psychosociale factoren (bijv. sociaaleconomische status, opleidingsniveau, mate van acculturatie; Goudsmit et al., 2022). Comorbiditeit maakt het moeilijker om te beoordelen of er naast de psychiatrische- of andere somatische aandoening die kan resulteren in cognitieve klachten sprake is van een neurodegeneratieve aandoening.

3.7 Onderzoeken van stemming, angst en neuropsychiatrische symptomen

Het uitvragen van stemming en angst in de praktijk is soms uitdagend, omdat niet iedereen het makkelijk vindt om open over deze klachten te spreken. Dit is niet specifiek voor één cultuur, maar kan bij elke patiënt voorkomen. Dit kan echter versterkt worden wanneer er familieleden tijdens de afspraak aanwezig zijn. Patiënten zijn dan misschien voorzichtiger met het delen van wat zij ervaren, bijvoorbeeld omdat de familie niet op de hoogte is van wat er bij de patiënt speelt en hij/zij de familie niet wil belasten. Ook kan een patiënt vanuit spiritueel of religieus perspectief zich niet (negatief) willen uitlaten over stemming en angst, omdat dit mogelijk iets kan zeggen over de mate van acceptatie van het lot dat iemand is toegekend. Het is soms moeilijk om hiermee om te gaan als zorgprofessional. Het strekt in elk geval ter aanbeveling om mogelijkheden te creëren om de patiënt te spreken in afwezigheid van diens naaste. Ook kan er gebruik gemaakt worden van vragenlijsten, mits die echter gevalideerd zijn. Een voorbeeld zijn in Nederland gevalideerde vertalingen van de Geriatric Depression Scale-15 (Uysal-Bozkir, Hoopman, & De Rooij, 2016). Zie ook sectie 3.8.4.

'Het belang van een combinatie met psychiatrie is groter, omdat er veel angst- en of stemmingsstoornissen meespelen.'
(Neuropsycholoog)

3.8 Het neuropsychologisch onderzoek

3.8.1. Screening van de cognitieve functies

Over het algemeen zijn gangbare screeningsinstrumenten zoals de Mini-Mental State Examination (MMSE) en Montreal Cognitive Assessment (MoCa) niet geschikt om te gebruiken bij mensen met een laag opleidingsniveau en/of geletterdheid vanwege het grote beroep dat deze instrumenten doen op schoolse vaardigheden en kennis (Van de Vorst et al., 2021; Zwart et al. 2015), met als gevolg vals-positieve testresultaten. Een volledig neuropsychologisch onderzoek is niet bij iedereen nuttig en noodzakelijk. Het kan helpen om eerst een screeningsinstrument te gebruiken. Een screeningsinstrument dat speciaal ontwikkeld is voor een multiculturele, oudere populatie is de Rowland Universal Dementia Assessment Scale, afgekort de RUDAS (Goudsmit et al., 2018; Storey et al. 2004). De RUDAS is een valide cognitief screeningsinstrument voor dementie, met een sensitiviteit en specificiteit van 74% bij een afkapwaarde van 22 punten (max. score 30). Deze screeningstest bestaat uit de onderdelen geheugen, visuospatieële oriëntatie, praxis, visuoconstructie, oordeelsvermogen en taal. De RUDAS is beschikbaar in een Nederlandse, Arabische, Turkse en Hindi versie. Hoe de RUDAS afgenomen behoort te worden is te bekijken in de instructiefilm van OLVG, beschikbaar op de website van het Trimbos-instituut onder het kopje "[Meetinstrumenten voor de ouderenpsychiatrie](#)". Ook zijn hier scoreformulieren en een scoringshandleiding en vertalingen van de RUDAS te vinden. Het kan voorkomen dat patiënten aangeven bepaalde onderdelen niet te kunnen voltooien; zo zullen er mensen zijn die nooit boodschappen doen of niet bekend zijn met het scenario zoals beschreven bij het onderdeel oordeelsvermogen. Ook komt het voor dat mensen aangeven de kubustekening niet te kunnen voltooien omdat zij nooit naar school zijn geweest. Hoewel het belangrijk is om na te gaan of men voldoende gemotiveerd is voor het onderdeel en begrijpt waarom de test wordt verricht, is het in dergelijke gevallen soms zinvol het subonderdeel te staken en niet verder aan te dringen om frustratie te voorkomen.

De Cross-Culturele Dementie Screening (CCD, Goudsmit et al., 2014) is een screeningsbatterij waarmee bij niet-Nederlands sprekende ouderen gescreend kan worden op cognitieve stoornissen. De batterij bestaat uit meerdere onderdelen en de instructies zijn in verschillende talen als audio-opname beschikbaar, zodat deze middels een afnameprogramma gestandaardiseerd kan worden afgenomen bij mensen die verschillende talen spreken. Regelmatig is afname met een tolk desondanks noodzakelijk om aanvullende instructies te geven of vragen te kunnen stellen wanneer een patiënt de test niet begrijpt. Er zijn drie subtests: een geheugentaak (Objectentest; directe en uitgestelde herkenning), de Zon-Maantests (benoemselheid en responsinhibitie) en de Stippentest (snelheid en verdeelde aandacht). De Objectentest heeft de beste voorspellende waarde voor de diagnose dementie (Goudsmit et al., 2017). De CCD Stippentest subtest B wordt in de praktijk minder vaak (succesvol) afgenomen dan de andere subtests van de CCD (Franzen et al., 2023). Vaak hebben patiënten één of meerdere hints nodig (bv. ≥ 1 hint bij 78%; ≥ 2 bij 63%, en ≥ 5 bij 28%). Ook wordt de CCD Stippentest subtest B vaak niet voltooid (42%) (Franzen et al., 2023). Het wordt soms waargenomen dat patiënten het aantal afgedrukte stippen eerst individueel gaan tellen in plaats van dat automatisering van dit proces heeft plaatsgevonden. Dit beïnvloedt waarschijnlijk de validiteit van deze taak in sommige doelgroepen. Vanwege de moeilijkheden die soms ontstaan bij de Stippentest verkiezen wij vaak het interpreteren van de percentielscores van de individuele testen boven het gebruik van de totale risicoscore op dementie. De CCD kan gezien worden als een tweede-staps screeningsinstrument. De afname dient te gebeuren door een getrainde afnemer (evt. gespecialiseerd verpleegkundige), de interpretatie altijd door een (neuro)psycholoog.

3.8.2 Het onderzoeken van opleidingsniveau en geletterdheid

Voor het neuropsychologisch onderzoek is het van groot belang gedegen onderzoek te doen naar de opleiding die iemand heeft genoten en de mate van geletterdheid. Het is bekend dat (on)geletterdheid een sterk effect heeft op de prestaties op het neuropsychologisch onderzoek (Ardila et al., 2010). Het is hierbij zinvol niet alleen te kijken naar het formele niveau van opleiding, maar ook de kwaliteit van de opleiding in ogenschouw te nemen. Het blijkt bijvoorbeeld op onze polikliniek dat mensen die de lagere school hebben afgerond desondanks niet altijd voldoende hebben leren lezen en schrijven. Hiertegenover staan mensen die initieel geen toegang hadden tot onderwijs, maar zichzelf op latere leeftijd lees- en schrijfvaardigheden eigen hebben gemaakt. Op onze migrantenpolikliniek zijn wij daarom bezig met de ontwikkeling van een instrument om geletterdheid te meten. Houd bij het inschatten van de opleiding en duur rekening met het feit dat de (voormalige) duur van de basisschool niet hetzelfde is als in Nederland; volgens het vroegere onderwijssysteem van Turkije voldoet vijf jaar ilköğretim Okulu aan een Verhage (1964) niveau 2, terwijl in Marokko het (Madrassa) Ibtidaiya zes jaar duurt. Het strekt ter aanbeveling aan de tolk te vragen om de naam van het opleidingsniveau voor je uit te schrijven, zodat je het later nog kan terugzoeken (het [Nuffic](#) heeft hier bijvoorbeeld nuttige conversietabellen voor, hoewel deze niet altijd volledig toereikend zijn bij oudere patiënten). In de context van mensen met een migratieachtergrond is het belangrijk om te onthouden dat er verschillende redenen kunnen zijn voor ongeletterdheid, waaronder financiële of geografische barrières tot het volgen van onderwijs. Ongeletterdheid is in de meeste gevallen niet indicatief voor laagbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking.

De mate van geletterdheid en scholing beïnvloeden ook de test-wiseness van een patiënt, gedefinieerd als het vermogen om de kenmerken en het achterliggende idee van een test en het doel van de testsituatie te begrijpen (Rogers & Yang, 1996). Als een patiënt niet test-wise is, heeft hij of zij mogelijk een ander beeld van het doel van bijvoorbeeld cognitieve screening of het neuropsychologisch onderzoek. Het kan zijn dat patiënt zich dan niet serieus genomen voelt, omdat de testen die worden gedaan als 'spelletjes' kunnen overkomen (Aghvinian et al., 2021). De percepties bij gestandaardiseerde testprocedures kunnen ook variëren. Indien voor een taak iets zo snel mogelijk moet worden gedaan, kan het zijn dat patiënten hier juist de tijd voor nemen, met als achterliggende gedachte dat patiënten liever een taak goed volbrengen, dan (te) snel en met mogelijke fouten.

3.8.3 Selectie van tests voor uitgebreid(er) neuropsychologisch onderzoek

Bij de keuze van het instrumentarium is het van belang alert te zijn op specifieke testelementen die niet voor alle patiënten geschikt zijn. Zo kunnen tests met zwart-witte lijntekeningen bij laagopgeleide patiënten beter vermeden worden, omdat van deze doelgroep bekend is dat zij dergelijke afbeeldingen minder goed kunnen benoemen (Reis, Petersson, Castro-Caldas, & Ingvar, 2001; Reis, Faísca, Ingvar, & Petersson, 2006) én onthouden (Franzen et al., 2019). Gekleurde tekeningen of foto's kennen dit nadeel niet (Reis et al., 2006; Franzen et al., 2019). Ook abstracte symbolen en elementen die schoolse vaardigheden vereisen (lezen/schrijven/rekenen) kunnen beter vermeden worden. Bovendien is het goed om te weten dat in sommige culturen iets zo snel mogelijk én zo goed mogelijk doen niet wederzijds verenigbaar is; het is het één of het ander (Ardila, 2005). Daarnaast wordt de prestatie op non-verbale (intelligentie)tests zoals de Raven Progressive Matrices, die op het eerste oog juist geschikt kunnen lijken voor patiënten die het Nederlands onvoldoende beheersen, vaak sterk beïnvloed door de culturele en opleidingsachtergrond (Gonthier, 2022; Rosselli & Ardila, 2003). In [dit webinar](#) wordt extra aandacht besteed aan cultuursensitieve neuropsychologische diagnostiek bij dementie.

Op basis van het opleidingsniveau en in het bijzonder het vermogen om te lezen en schrijven, kan een testprotocol worden opgesteld. Voor enkele cognitieve domeinen zijn er in Europa al relatief veel cross-culturele instrumenten aanwezig, zoals voor het geheugen (Franzen et al., 2020), terwijl er voor andere domeinen in feite nog geen enkel geschikt instrument beschikbaar is, zoals voor de sociale cognitie. Tabel 1 toont de tests die in Nederland gebruikt worden in de TULIPA batterij en die bruikbaar zijn in veel situaties. Voor sommige domeinen, in het bijzonder de sociale cognitie is het nog sterk de vraag of het mogelijk is deze functie cross-cultureel te meten: zelfs in Europa geboren personen uit verschillende landen verschillen sterk van elkaar in hun vermogen om (verondersteld universele!) emoties op gezichten te kunnen herkennen (Quesque et al., 2022). Onderzoek uit het buitenland laat verder zien dat prestatievaliditeitstests zoals de Test of Memory Malingering (TOMM) mogelijk niet valide zijn bij mensen uit andere culturen dan de populatie waarvoor deze oorspronkelijk ontworpen en waarop deze gevalideerd is. In het TULIPA onderzoek hebben wij ons zodoende vooral gericht op andere instrumenten dan de TOMM, namelijk de Coin-in-the-Hand test. Het duiden van een lage prestatie op deze Coin-in-the Hand test in het licht van de andere cognitieve testen blijkt echter niet altijd eenvoudig. De TULIPA-testbatterij berust hoofdzakelijk op visueel testmateriaal; dit kan zodoende problemen opleveren bij de beoordeling van patiënten met een visuele beperking. Daarnaast kan er bij alle patiënten, ook bij patiënten zonder visuele beperking, interferentie optreden van de verschillende visuele testen (Franzen et al., 2023).

Tabel 1. Neuropsychologische- en prestatietaken in de TULIPA-testbatterij

Kernbatterij	Cognitief domein	Omschrijving	Geschatte afnameduur	
RUDAS	Algemeen cognitief functioneren	Screeningstest die de globale cognitie meet o.b.v. geheugen, lichaamsoriëntatie, praxis, visuoconstructie, oordeelsvermogen en taal	20 min	Gratis te verkrijgen via Trimbos
CCD Objectentest (subtesten A & B)	Geheugen	Onmiddellijke en uitgestelde herkenning van foto's gepresenteerd in een raster met afleiders	30 min (volledige CCD)	Bohn, Stafleu & van Loghum Beschikbare talen: <ul style="list-style-type: none"> • Nederlands • Turks • Marokkaans Arabisch (<i>Darija</i>) • Marokkaans Berbers (<i>Tamazight</i>) • Surinaams (<i>Sranantongo & Sarnami Hindustani</i>)
• CCD Zon-Maantest subtest A	Verwerkingssnelheid & aandacht	Achtereenvolgens benoemen van zonnen en manen op papier; score gebaseerd op tijd gecorrigeerd voor het aantal fouten		
• CCD Zon-Maantest subtest B	Executief functioneren	Achtereenvolgens antoniemen van zonnen en manen noemen (d.w.z. zon=maan); score gebaseerd op tijd gecorrigeerd voor het aantal fouten		
• CCD Stippentest subtest A	Verwerkingssnelheid & aandacht	Verbind rechthoeken met een toenemend aantal stippen in oplopende volgorde met een potlood		
• CCD Stippentest subtest B	Executief functioneren	Vergelijkbaar met subtest A, maar patiënten moeten wisselen tussen zwarte en witte items		
Woordvloeiendheid (Dieren en Eten)	Taal & executief functioneren	Patiënten noemen zoveel mogelijk dieren en eetbare dingen in 1 minuut	2 min	Geen testmaterialen nodig
Visuele Associatie Test-Foto-versie	Geheugen	Patiënten moeten visueel gepresenteerde stimuli onthouden die doorgaans niet worden geassocieerd met de stimulus waaraan ze gekoppeld zijn	5 – 10 min	Uitgeverij Hogrefe

Aanvullende testen

Kernbatterij	Cognitief domein	Omschrijving	Geschatte afnameduur	
Screeener van geletterdheid	Lezen/schrijven	Screeningsinstrument dat academische prestaties in kaart brengt door middel van de beoordeling van fonologisch bewustzijn, receptieve taalvaardigheden en taalproductie	5 – 10 min	(Ten tijde van huidig schrijven nog niet beschikbaar)
Five Digit Test – Reading	Verwerkingsnelheid & aandacht	Patiënten moeten een reeks van 50 gedrukte cijfers benoemen (cijfers tussen 1-5)	10 min (volledige FDT)	Uitgeverij Hogrefe
Five Digit Test – Counting	Verwerkingsnelheid & aandacht	Patiënten moeten een reeks van 50 gedrukte sterretjes tellen (aantal sterretjes per vierkant tussen 1-5)		
Five Digit Test – Choosing	Executief functioneren	Patiënten moeten een incongruent aantal cijfers tellen, bijv. drie vijven		
Five Digit Test – Shifting	Executief functioneren	Vergelijkbaar met “Choosing”, maar schakel over op lezen in plaats van tellen als het item gemarkeerd is		
Stroop kaarten 1, 3, 4 (Turks)	Verwerkingsnelheid & aandacht	Lees kleuren gedrukt in zwart (1); noem gekleurde stippen (3); noem kleur van neutrale, niet-kleurige woorden gedrukt in kleur (4)	10 min (volledige Stroop)	Bilnot batterij, Turkije
Stroop kaarten 2, 5 (Turks)	Executief functioneren	Lees woorden gedrukt in een incongruente kleur (2); noem de kleur van incongruente kleur-woorden (5)		
Recall of Pictures Test – Benoemen	Taal	Benoemen van 10 items gepresenteerd als gekleurde lijntekeningen	1 min	Bij ons gratis op te vragen
Recall of Pictures Test – Herkenning	Geheugen	Incidentele, onmiddellijke en uitgestelde herinnering en herkenning van 10 gekleurde lijntekeningen	15 min (incl. delay)	
Corsi Block Tapping Test	Werkgeheugen	Reproduceer bloktik-reeksen van toenemende lengte; omvat een voorwaartse- en achterwaartse conditie	5 – 10 min	Niet meer formeel uitgegeven, soms wel via andere wijze online te bestellen
Coin in the Hand Test	Prestatievaliditeit	10-item prestatievaliditeitstest waarbij de patiënt zich moet herinneren in welke hand een muntje is geplaatst terwijl hij een schijnafleidingstaak uitvoert	5 min	Geen testmaterialen nodig
Stick Design Test	Visuospatiëel & constructie	Kopiëren van een luciferconfiguratie met vier lucifers	5 min	Bij ons gratis op te vragen
Clock Reading Test	Visuospatiëel & constructie	Lees de tijd op 12 wijzerplaten zonder cijfers	5 min	Bij ons gratis op te vragen
Naming Assessment in Multicultural Europe	Taal	Benoemen van 60 gekleurde foto's	5 – 20 min	Bij ons gratis op te vragen

Noot. Overgenomen uit Franzen et al. (2023).

3.8.4 Psychologische vragenlijsten

Bij het gebruik van vragenlijsten om naast de cognitieve functies ook factoren als stemming, angst of coping in kaart te brengen, is het belangrijk om te bedenken dat rechtstreeks vertaalde vragenlijsten regelmatig geen recht doen aan de oorspronkelijke meetpretentie. Zowel de exacte vertaling van de concepten uit deze vragenlijsten als de betekenis hiervan in andere culturen kan verschillen. Van sommige vragenlijsten, zoals de 15 item Geriatric Depression Scale (Uysal-Bozkir et al., 2016), zijn onder Nederlandse migrantenouderen gevalideerde vertaalde versies beschikbaar. Terughoudendheid is nodig in het gebruik van (informeel) vertaalde vragenlijsten waarvan de validiteit en betrouwbaarheid niet is onderzocht.

3.9 De afname van het testmateriaal, normering en interpretatie

3.9.1 De tests afnemen

Als patiënten nog niet eerder kennismake met een formele testsituatie is hun test-wisness mogelijk beperkt. Een deel van de patiënten zal niet begrijpen waarom het neuropsychologisch onderzoek nodig is, of hoe het bijdraagt aan de bredere diagnostiek. Soms helpt het om het onderzoek te vangen in een goede metafoor, bijvoorbeeld door het neuropsychologisch onderzoek te vergelijken met een (jaarlijkse) APK van de auto. Door uit te leggen dat we alle onderdelen gaan beoordelen – ook de onderdelen die op het oog goed functioneren – is het soms mogelijk meer begrip op te brengen voor de afname van ogenschijnlijk eenvoudige, of ‘kinderlijke’ neuropsychologische tests. In onze ervaring kan het daarbij ook helpen om van tevoren expliciet te benoemen dat sommige patiënten bij het zien van de tests zeggen dat zij toch zeker niet ‘gek’ zijn, omdat de tests er eenvoudig uit kunnen zien, maar dat deze voor ons van groot belang kunnen zijn. Een expliciet voorbeeld geven van wat er weleens misgaat op een test, zoals van een patiënt die door hemispatieel neglect de helft van de stimuli over het hoofd ziet, kan voor een patiënt soms goed verhelderen waarom wij dergelijke tests uitvoeren.

3.9.2 Werken met tolken tijdens het NPO

In het omgaan met een taalbarrière raden wij voor het neuropsychologisch onderzoek aan alleen gebruik te maken van een professionele tolk (zie ook sectie 2. Werken met tolken). Afname van het NPO in de tweede (of zelfs derde of vierde taal) kan invloed hebben op de betrouwbaarheid en validiteit. In de meeste gevallen is het wenselijk dat de tolk live en direct vertaalt. Er zijn echter uitzonderingen, bv. bij de afname van een woordvloeiendheidstest of bv. bij de herinnering op een geheugentaak. In dergelijke situaties is het niet wenselijk dat de gedachtestroom van de patiënt tijdelijk onderbroken wordt. Zorg dat er tijdens deze onderdelen papier klaar ligt zodat de tolk (zonder dat de patiënt ziet wat hij/zij opschrijft) mee kan schrijven en schrijf zelf fonetisch mee zodat je door de tolk gemiste items nog kan navragen. De tolk zal immers misschien niet gewend zijn aan de stroom woorden van een woordvloeiendheidstest. Zorg er tevens bij benoemtaken als de Naming Assessment in Multicultural Europe (NAME, Franzen et al. 2023) voor dat de tolk het precieze antwoord opschrijft en bespreek eventueel kort na als het NPO klaar is. In onze ervaring komt het regelmatig voor dat patiënt bijvoorbeeld een bovenbegrip noemt en dat de tolk enkel zegt dat de patiënt het goede antwoord heeft gegeven. Laat de tolk ook weten dat je geïnteresseerd bent in eventuele fonologische versprekingen. Uitgebreide aanbevelingen voor neuropsychologisch onderzoek met een tolk zijn te lezen in het artikel van het Europees Consortium voor Cross-Culturele Neuropsychologie (ECCroN; Nielsen et al., 2024).

3.9.3 Monitoring van mogelijke beïnvloedende factoren

Bijkomende negatieve invloeden op het NPO die vaak waargenomen worden tijdens het testonderzoek zijn een mogelijke suboptimale inzet (29-50%), vermoeidheid (29%) en depressieve kenmerken (37-57%) (Franzen et al., 2023). Maar ook angst, fysieke pijn en sensorische beperkingen (e.g. visus, gehoor) beïnvloeden een neuropsychologisch onderzoek. Bij alle patiënten is het belangrijk om dergelijke factoren te monitoren tijdens het onderzoek, door bijvoorbeeld te vragen of de patiënt moe is of een pauze nodig heeft, aangezien deze factoren impact kunnen hebben op de bereidheid van de patiënt om (aanvullende) tests te ondergaan en op de algemene ervaring met neuropsychologische tests (Franzen et al., 2023).

‘Als ik merk dat het moeizaam verloopt en ik de indruk heb dat het door de motivatie komt, dan bespreek ik dat ik zie dat dingen me opvallen. Niet zo zeer om iemand te confronteren of beschuldigen. Helemaal niet eigenlijk. Meer om ook de ruimte te geven aan mensen om daarover te kunnen vertellen. Hoe ze zelf zien hoe hun prestatie tot stand is gekomen.’

(Klinisch neuropsycholoog)

3.9.4 Scoring en rapportage

In het kader van scoring en rapportage verwijzen wij voor enkele suggesties rondom het opstellen van een verslag voor patiënten met een migratieachtergrond graag naar ons eerdere casuïstiekartikel in Tijdschrift voor Neuropsychologie (Franzen, Van Den Berg, & Papma, 2018). Daarnaast willen wij hier twee aspecten verder toelichten. Ten eerste is het belangrijk om te onthouden dat bij sommige patiënten de exacte geboortedatum en dus de leeftijd onbekend is – de geboortedatum zal dan vaak starten met 1 januari of 1 juli. Dit heeft te maken met minder exacte registratie van geboortes in het land van herkomst destijds, ofwel met regels rondom immigratie waarbij het soms gunstiger was om een jongere leeftijd op te geven. Bij de normering kan het zodoende zinvol zijn een breder leeftijdsbereik in het achterhoofd te houden. Ten tweede zullen voor veel patiënten helaas geen geschikte normen aanwezig zijn die passend zijn bij de combinatie aan kenmerken van de specifieke patiënt. Vaak wordt er bij gebrek aan andere mogelijkheden voor gekozen om normen te gebruiken van een andere, zo veel mogelijk vergelijkbare doelgroep, bijvoorbeeld laagopgeleide oudere Turkse in plaats van laagopgeleide oudere Marokkaanse patiënten. Het is belangrijk de gebruikte normen goed te onderbouwen en expliciet te beschrijven in het verslag. Daarnaast kan het zinvol zijn om meer zicht te krijgen op de invloed van verschillen in het herkomstland door de scores te normeren ten opzichte van verschillende groepen – bijvoorbeeld door een Irakese patiënt te vergelijken met zowel de Nederlandse, Turkse als Marokkaanse beschikbare normen. Indien de verschillen tussen de normgroepen groot zijn, is het waarschijnlijk dat meer voorzichtigheid in de interpretatie benodigd is. Meer informatie omtrent de normgegevens is op te vragen via het Alzheimercentrum Erasmus MC.

*‘Dat (red. weinig normgegevens) zorgt ervoor dat je toch ook kwalitatief moet kijken naar de resultaten en niet alleen op het kwantitatieve kunt varen.’
(Neuropsycholoog)*

3.10 Overige onderzoeken

Bij het verrichten van lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, een hersenscan of ergotherapie is het belangrijk goede uitleg te geven over het onderzoek en wat er met het onderzoek getracht wordt aan te tonen dan wel uit te sluiten. Het is noodzakelijk om zo goed mogelijk aan te sluiten bij het niveau van gezondheidsvaardigheden van de patiënt en de mantelzorger.

3.10.1 Lichamelijk onderzoek

Voor patiënten kan lichamelijk onderzoek worden ervaren als indringend. De kwetsbaarheid van de patiënt dient tijdens het lichamelijk onderzoek met uiterste zorgvuldigheid en aandacht benaderd te worden. Hierbij is het belangrijk om uitleg te geven over waarom patiënten zich tot hun ondergoed moeten uitkleden bij onderzoek naar motorische klachten bij bijvoorbeeld parkinsonisme. Als het door een taalbarrière lastiger is om de motoriek uit te vragen, dan kan het lichamelijk onderzoek ook dienen als mogelijkheid om dit te observeren.

*‘Ik moet zeggen als ik er nu over nadenk, dan bedenk ik me wel dat dames met veel lagen kleding je eigenlijk de neiging hebt tussen kiertjes heen te kijken bij lichamelijk onderzoek. Ik denk wel dat je in sommige gevallen makkelijker iets mist. Daar zit misschien wel een zeker verschil tussen.’
(Internist ouderengeneeskunde)*

3.10.2 Laboratoriumonderzoek en hersenscans

Uit onderzoek blijkt dat patiënten soms kunnen denken dat afgenomen bloed niet opnieuw door het lichaam wordt aangevuld (Kowal, Greenwood & McWhirter, 2015; Boahen et al., 2013). Het is belangrijk goede uitleg te geven over het doel van het bloedonderzoek en hoe het werkt.

Het verrichten van een hersenscan kan een toegevoegde waarde hebben bij het onderzoeken van de onderliggende oorzaak van een dementie (zie hiervoor de verschillende medische richtlijnen, zoals die van de Federatie voor Medisch Specialisten, 2021). Een normale of afwijkende scan kan dan gevolgen hebben voor het verdere beleid of differentiaal diagnostiek. Het geven van een goede uitleg hoe een dementiediagnose tot stand komt is hierbij belangrijk, omdat een patiënt soms de bevindingen op de hersenscan zal zien als leidend en mogelijk meer gewichtig dan de uitslagen op het neuropsychologisch onderzoek. Ook kan het zijn dat in sommige gevallen juist niet voor een MRI of CT wordt gekozen. In dit geval gaat het om patiënten die in een vergevorderd stadium van dementie de polikliniek bezoeken.

'Het kan ook zijn dat er niet voor een MRI wordt gekozen, want mensen zijn vergevorderd. Je wacht dan eerst nog even het NPO af.'
(*Neuroloog*)

3.10.3 Ergotherapie

In sommige ziekenhuizen wordt de werkwijze voor ergotherapeutisch onderzoek naar beperkingen in de ADL en iADL aangepast aan de culturele achtergrond van de patiënt. Een informatieve beschrijving is te vinden in het artikel 'Ouder worden ver van thuis' (Berendsen et al., 2009). Eventueel kan bij de ergotherapeuten van OLVG Amsterdam informatie worden opgevraagd over dit onderwerp.

'Soms vraag ik ook weleens naar het bidden en hoe dat gaat.'
(*Klinisch geriater*)

4. Het uitslaggesprek

Bij een uitslaggesprek hebben in Nederland opgeleide artsen en neuropsychologen veelal geleerd om zich te primair te richten op de behoeften, wensen en drijfveren van de individuele mens. Sommige patiënten zullen echter uit meer collectivistische culturen komen, waar juist de harmonie van de groep vooropstaat. Ter illustratie: op de afdeling Neurologie van een groot ziekenhuis in Ankara, Turkije, werd de diagnose dementie regelmatig meegedeeld aan een of meer van de familieleden, op wie werd vertrouwd dat zij, op een voor de familie zo prettig mogelijke wijze, de patiënt op de hoogte zouden stellen. Het spreekt voor zich dat deze werkwijze sterk verschilt van de regels en normen in de Nederlandse situatie. Naast verschillen in individualisme/collectivisme, bestaan er zoals besproken ook andere verklaringsmodellen voor ziekte dan het biomedische perspectief dat in Nederland gemeengoed is (Van Wezel et al., 2016). Door hier navraag naar te doen is het mogelijk om psycho-educatie te bieden die beter aansluit bij wat iemand weet en gelooft over hersenaandoeningen. Ten laatste kan de wijze waarop slecht nieuws, zoals een ongunstige prognose, wordt gedeeld, sterk variëren tussen culturen. Sommige patiënten zullen het gevoel hebben onnodig bruusk of bot te worden toegesproken wanneer er gezegd wordt dat er geen hoop is op genezing; sommige patiënten geven aan dat er ten slotte altijd de mogelijkheid bestaat op een (Gods)wonder. Ook is het in veel culturen gebruikelijk om 'tussen de regels door' de boodschap te lezen (ook wel hoog-contextcommunicatie genoemd) en wordt een dergelijk directe boodschap zodoende als onnodig kwetsend gezien. In de regel adviseren wij in ieder geval trouw te blijven aan de beroepscode en de patiënt van de nodige informatie te voorzien, maar tijdens het gesprek bewust te blijven van deze mogelijke verschillen in communicatiestijlen. Uiteraard kan de patiënt vooraf worden gevraagd of hij de uitslag van de onderzoeken wil weten, hij of zij heeft ook het 'recht op niet-weten'.

'De patiënt vooraf vragen of het inderdaad klopt dat het goed is dat ik alles met dochter bespreek en niet direct met haar.'
(Internist ouderengeneeskunde)

5. Na de diagnose

Conform de richtlijn Dementie (Federatie Medisch Specialisten, 2021) dient er niet alleen aandacht te zijn voor ziektediagnostiek, maar ook voor zorgdiagnostiek. Steeds meer casemanagers zijn geschoold om cultureel diverse patiënten te bedienen. Daarnaast deed men in OLVG in Amsterdam ervaring op met het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten voor mantelzorgers van (recent) gediagnosticeerde patiënten in het ziekenhuis. Zij konden daar professionals uit de wijk en de stad ontmoeten en vragen stellen. Daarnaast wordt in Amsterdam samengewerkt met zogenaamde 'sleutelpersonen'—vrijwilligers die ervaringsdeskundig zijn (bv. kind van een ouder met dementie)—en zonder verwijzing families van patiënt met dementie wegwijs kunnen maken in de mogelijkheden voor zorg.

6. Referenties en naslagwerk

- Aghvinian, M., Santoro, A. F., Gouse, H., Joska, J. A., Linda, T., Thomas, K. G. F., & Robbins, R. N. (2021). Taking the Test: A Qualitative Analysis of Cultural and Contextual Factors Impacting Neuropsychological Assessment of Xhosa-Speaking South Africans. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 36(6), 976–980. <https://doi.org/10.1093/arclin/acia115>
- Alzheimercentrum Erasmus MC (2019). Heeft Yasmina dementie of niet? Geraadpleegd op 04-08-2023 van <https://www.erasmusmc.nl/-/media/erasmusmc/pdf/1-themaspecifiek/alzheimercentrum/dwd-heeft-yasmina-dementie-of-niet-v3.pdf>
- Anwar, W. A., Khyatti, M., & Hemminki, K. (2014). Consanguinity and genetic diseases in North Africa and immigrants to Europe. *European journal of public health*, 24 Suppl 1, 57–63. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku104>
- Ardila A. (2005). Cultural values underlying psychometric cognitive testing. *Neuropsychology review*, 15(4), 185–195. <https://doi.org/10.1007/s11065-005-9180-y>
- Ardila, A., Bertolucci, P. H., Braga, L. W., Castro-Caldas, A., Judd, T., Kosmidis, M. H., Matute, E., Nitrini, R., Ostrosky-Solis, F., & Rosselli, M. (2010). Illiteracy: the neuropsychology of cognition without reading. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 25(8), 689–712. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq079>
- Berendsen, B., de Geus, E., Jonker, S., Kaldenbach, A., & Poerbodipoero, S. (2009) Ouder worden ver van thuis. *Ergotherapie*, 2, 30-32.
- Boahen, O., Owusu-Agyei, S., Febir, L. G., Tawiah, C., Tawiah, T., Afari, S., & Newton, S. (2013). Community perception and beliefs about blood draw for clinical research in Ghana. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 107(4), 261–265. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trt012>
- Bruquetas-Callejo, M.M., Garcés-Mascareñas, B., Penninx, R. & Scholten, P.W.A. (2007). Policymaking related to immigration and integration. The Dutch Case. *IMISCOE Working paper*, 15, 1-37.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181 – 184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). Migrantenouderen in Nederland. Geraadpleegd op 04-08-2023 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2019/migrantenouderen-in-nederland/2-herkomst-migrantenouderen>
- Federatie Medische Specialisten. (2021). Richtlijn Dementie. Geraadpleegd op 04-08-2023 van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/diagnostiek_dementie/diagnostische_criteria/dementie.html
- Foronda, C., Baptiste, D., & Ousman, K. (2016). Cultural Humility: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>.
- Franzen, S., on behalf of the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN) (2022). Cross-cultural neuropsychological assessment in Europe: Position statement of the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN). *The Clinical neuropsychologist*, 36(3), 546–557. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1981456>
- Franzen, S., van den Berg, E. & Papma, J.M. (2018). Neuropsychologische diagnostiek bij niet-Westerse migranten. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 13(1), 59-67.
- Franzen, S., van den Berg, E., Kalkisim, Y., van de Wiel, L., Harkes, M., van Bruchem-Visser, R. L., de Jong, F. J., Jiskoot, L. C., & Papma, J. M. (2019). Assessment of Visual Association Memory in Low-Educated, Non-Western Immigrants with the Modified Visual Association Test. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 47(4-6), 345–354. <https://doi.org/10.1159/000501151>
- Franzen, S., van den Berg, E., Goudsmit, M., Jurgens, C. K., van de Wiel, L., Kalkisim, Y., Uysal-Bozkir, Ö., Ayhan, Y., Nielsen, T. R., & Papma, J. M. (2020). A Systematic Review of Neuropsychological Tests for the Assessment of Dementia in Non-Western, Low-Educated or Illiterate Populations. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 26(3), 331–351. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000894>
- Franzen, S., van den Berg, E., Bossenbroek, W., Kranenburg, J., Scheffers, E. A., van Hout, M., van de Wiel, L., Goudsmit, M., van Bruchem-Visser, R. L., van Hemmen, J., Jiskoot, L. C., & Papma, J. M. (2023). Neuropsychological assessment in the multicultural memory clinic: Development and feasibility of the TULIPA battery. *The Clinical neuropsychologist*, 37(1), 60–80. <https://doi.org/10.1080/13854046.2022.2043447>
- Franzen, S., van den Berg, E., Ayhan, Y., Satoer, D. D., Türkoğlu, Ö., Genç Akpulat, G. E., Visch-Brink, E. G., Scheffers, E. A., Kranenburg, J., Jiskoot, L. C., van Hemmen, J., & Papma, J. M. (2023). The Naming Assessment in Multicultural Europe (NAME): Development and Validation in a Multicultural Memory Clinic. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 29(1), 92–104. <https://doi.org/10.1017/S135561772100148X>

- Gonthier C. (2022). Cross-cultural differences in visuo-spatial processing and the culture-fairness of visuo-spatial intelligence tests: an integrative review and a model for matrices tasks. *Cognitive research: principles and implications*, 7(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s41235-021-00350-w>
- Goudsmit, M., van Campen, J., Schilt, T., Hinnen, C., Franzen, S., & Schmand, B. (2018). One Size Does Not Fit All: Comparative Diagnostic Accuracy of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale and the Mini Mental State Examination in a Memory Clinic Population with Very Low Education. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 8(2), 290–305. <https://doi.org/10.1159/000490174>
- Goudsmit, M., Uysal-Bozkir, Ö., Parlevliet, J. L., van Campen, J. P., de Rooij, S. E., & Schmand, B. (2017). The Cross-Cultural Dementia Screening (CCD): A new neuropsychological screening instrument for dementia in elderly immigrants. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 39(2), 163–172. <https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1209464>
- Goudsmit, M., van Campen, J., Franzen, S., van den Berg, E., Schilt, T., & Schmand, B. (2021). Dementia detection with a combination of informant-based and performance-based measures in low-educated and illiterate elderly migrants. *The Clinical neuropsychologist*, 35(3), 660–678. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1711967>
- Goudsmit, M., van de Vorst, I., van Campen, J., Parlevliet, J., & Schmand, B. (2022). Clinical characteristics and presenting symptoms of dementia - a case-control study of older ethnic minority patients in a Dutch urban memory clinic. *Aging & mental health*, 26(11), 2277–2284. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1963416>
- Helberg-Proctor, A., Meershoek, A., Krumeich, A., & Horstman, K. (2016). Ethnicity in Dutch health research: situating scientific practice. *Ethnicity & Health*, 21(5), 480-497. <https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1093097>
- Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., & Döpp, C. (2020). Zorgstandaard Dementie: Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers. Geraadpleegd op 04-08-2023 van <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Dementie+2020.pdf>.
- Jorm, A.F. (2004). The Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): a review. *International Psychogeriatrics*, 16(3), 275 – 293. <https://doi.org/10.1017/s1041610204000390>
- Kowal, E., Greenwood, A., & McWhirter, R. E. (2015). All in the Blood: A Review of Aboriginal Australians' Cultural Beliefs About Blood and Implications for Biospecimen Research. *Journal of empirical research on human research ethics : JERHRE*, 10(4), 347–359. <https://doi.org/10.1177/1556264615604521>
- Macionis, J.J., & Plummer, K. (2008). *Sociology: a global introduction*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). Tolken in de zorg – een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten. Geraadpleegd op 04-08-2023 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/09/06/tolken-in-de-zorg-een-overzicht-van-huidige-inzet-financiering-en-knelpunten>
- Nederlandse Taalunie (2008). *Gemeenschappelijk Europees Referentiekader voor Moderne Vreemde Talen: Leren, Onderwijzen, Beoordelen*. Geraadpleegd van <https://taalunie.org/publicaties/34/gemeenschappelijk-europees-referentiekader-voor-moderne-vreemde-talen>
- Nielsen, T. R. (2022). Cognitive Assessment in Culturally, Linguistically, and Educationally Diverse Older Populations in Europe. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 37, 1533317522117006.
- Nielsen, T. R., Vogel, A., Phung, T. K., Gade, A., & Waldemar, G. (2011). Over- and under-diagnosis of dementia in ethnic minorities: a nationwide register-based study. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(11), 1128–1135. <https://doi.org/10.1002/gps.2650>
- Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., van Campen, J. P., Kok, R. M., Ter Riet, G., Schmand, B., & de Rooij, S. E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(9), 1040–1049. <https://doi.org/10.1002/gps.4417>
- Quesque, F., Coutrot, A., Cox, S., de Souza, L. C., Baez, S., Cardona, J. F., Mulet-Perreault, H., Flanagan, E., Neely-Prado, A., Clarens, M. F., Cassimiro, L., Musa, G., Kemp, J., Botzung, A., Philippi, N., Cosseddu, M., Trujillo-Llano, C., Grisales-Cardenas, J. S., Fittipaldi, S., Magrath Guimet, N., ... Bertoux, M. (2022). Does culture shape our understanding of others' thoughts and emotions? An investigation across 12 countries. *Neuropsychology*, 36(7), 664–682. <https://doi.org/10.1037/neu0000817>
- Ratzan, S.C., & Parker, R.M. (2006). Health-literacy – identification and response. *Journal of Health Communication*, 11, 713-715, DOI: 10.1080/10810730601031090.
- Reis, A., Petersson, K. M., Castro-Caldas, A., & Ingvar, M. (2001). Formal schooling influences two- but not three-dimensional naming skills. *Brain and cognition*, 47(3), 397–411. <https://doi.org/10.1006/brcg.2001.1316>
- Reis, A., Faisca, L., Ingvar, M., & Petersson, K. M. (2006). Color makes a difference: two-dimensional object naming in literate and illiterate subjects. *Brain and cognition*, 60(1), 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2005.09.012>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023). *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Geraadpleegd op 04-08-2023 van <https://www.rivm.nl/cpt/kwaliteit-wet-en-regelgeving/wetgeving/wgbo>.

- Roes, M., Uribe, F.L., Peters-Nehrenheim, V., Smits, C., Johannessen, A., Charlesworth, G., Parveen, S., Mueller, N., Jones, C.H., Thyrian, R., Monsees, J., & Tezcan-Güntekin, H. (2022). Intersectionality and its relevance for research in dementia care of people with a migration background. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 287-291. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02058-y>
- Roger, W.T., & Yang, P. (1996). Test-wisenes: its nature and application. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(3). <https://doi.org/10.1027/1015-5759.12.3.247>
- Rohlof, H., van Dijk, R., & Groen, S. (2022) Het Cultural Formulation Interview. In: *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*. Amsterdam: Boom
- Rosselli, M., & Ardila, A. (2003). The impact of culture and education on non-verbal neuropsychological measurements: a critical review. *Brain and cognition*, 52(3), 326–333. [https://doi.org/10.1016/s0278-2626\(03\)00170-2](https://doi.org/10.1016/s0278-2626(03)00170-2)
- Storey, J. E., Rowland, J. T., Basic, D., Conforti, D. A., & Dickson, H. G. (2004). The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *International psychogeriatrics*, 16(1), 13–31. <https://doi.org/10.1017/s1041610204000043>
- Uysal-Bozkir, O., Hoopman, R., & de Rooij, S.E. (2016). Translation and validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15) among Turkish, Moroccan and Surinamese older migrants in the Netherlands. In: *Health status of older migrants in the Netherlands: Cross-cultural validation of health scales*. Ongepubliceerd proefschrift.
- Van Dijk, R., H. Beijers & S. Groen, (2012). *Het Culturele Interview - In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context Deel 1: Praktijkervaringen*. Utrecht: Pharos.
- Van Wezel, N., Francke, A. L., Kayan Acun, E., Devillé, W. L., van Grondelle, N. J., & Blom, M. M. (2018). Explanatory models and openness about dementia in migrant communities: A qualitative study among female family carers. *Dementia (London, England)*, 17(7), 840–857. <https://doi.org/10.1177/1471301216655236>
- Van de Vorst, I.E., van Campen, J.P.C.M., Moll van Charante, E.P., Schmand, B.A. & Goudsmit, M. (2021) Screening op demantie bij eerstegeneratiemigranten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 165, D5425.
- Van den Muijsenbergh M.E.T.C., Quarsie, J, Burgers J.S. Agyemang, C. (2021). Onderscheid naar etnische afkomst Hoe doen we dat in de gezondheidszorg? Geraadpleegd op 04-08-2023 van <https://www.ntvg.nl/artikelen/onderscheid-naar-etnische-afkomst>.
- Verhage, F. (1964). *Intelligentie en leeftijd: Onderzoek bij Nederlanders van twaalf tot zevenenzeventig jaar*. Proefschrift. Assen: Van Gorcum.
- Zwart, L. A., Goudsmit, M., van Campen, J. P., Rijkers, C. J., & Wind, A. W. (2015). Het gebruik van de MMSE als screeningsinstrument voor demantie bij oudere Turkse en Marokkaanse migranten [Using the MMSE as a cognitive screener among Turkish and Moroccan migrants]. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 46(1), 28–36. <https://doi.org/10.1007/s12439-014-0105-1>

7. Appendix

Persoonsgerichte zorg is zorg die afgestemd is op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. Persoonsgerichte zorg is het uitgangspunt van de Zorgstandaard Dementie (Huijsman et al., 2020), waarbij beschreven wordt dat zorgverleners zich bij het bieden van deze zorg verdiepen in het perspectief van de patiënt en uitgaan van zijn of haar mogelijkheden. Binnen de zorgstandaard wordt expliciet aandacht besteed aan de zorg voor mensen met een migratieachtergrond gezien dit een aangepaste manier van werken vraagt.

Cultuursensitieve zorg is onderdeel van persoonsgerichte zorg. Het is een proces waarbij zorgprofessionals meer bewustwording creëren over eigen culturele kaders en de culturele kaders van patiënten. Het actief bemerken van verschillen biedt mogelijkheden om persoonsgerichte zorg te bieden die voldoet aan de verwachtingen van de patiënt en zo gebracht wordt dat het ook in de gehanteerde belevingswereld past. Recent publiceerde Pharos (Expertisecentrum gezondheidsverschillen) een visiedocument rondom cultuursensitief werken. Kernelementen voor cultuursensitief werken zijn volgens Pharos (2023):

1. Besef en kennis over cultuur en hoe dit van invloed kan zijn op de behandelrelatie;
2. Zelfkennis over de eigen culturele bagage en hoe dit van invloed is op jouw handelen als zorgprofessional (reflexiviteit);
3. De interactie kan nooit los gezien worden van de maatschappelijke context en geschiedenis;
4. Een nieuwsgierige houding;
5. Vaardigheden om een gesprek over de invloed van cultuur aan te gaan;
6. Lef hebben en kwetsbaarheid tonen; de setting creëren waarin ongemak benoemd kan worden.

(Sociaal-) Culturele achtergrond wijst op normen, waarden, gewoonten en gebruiken, of een specifieke groep waarmee iemand zich identificeert (Macionis & Plummer, 2008). Het gaat om het betekenis geven aan de wereld vanuit het perspectief van een groep waar het individu (actief) in deelneemt.

Etniciteit is de (dynamische) sociaal-culturele identiteit van een bevolkingsgroep of volk, en kan factoren omvatten als tradities en religie (Helberg-Proctor, Meershoek, Krumeich, & Horstman, 2016; Van Den Muijsenbergh, Quarsie, Burgers, & Agyemang, 2021). Er is tegenwoordig een grote verscheidenheid aan etniciteit te onderscheiden, omdat men steeds vaker gerekend kan worden tot meer dan één etniciteit.

Etniciteit is dynamisch en zodoende veranderlijk. Denk hierbij aan de (klein)kinderen van de eerste generatie arbeidsmigranten in Nederland die in een andere sociale context worden groot gebracht. Deze groep neemt steeds meer de culturele elementen van het land waarin ze zijn opgegroeid over.

Migratieachtergrond als aanduiding is van toepassing op mensen die zelf zijn gemigreerd (eerste persoon die in Nederland is geboren en beide ouders ook, maar waarvan ten minste één grootouder elders is geboren wordt gerekend als persoon met een Nederlandse achtergrond). N.B. vanaf 2022 gebruikt het CBS de termen 'migrant' en '(in Nederland geboren) kinderen van migranten'. Er wordt niet langer gesproken over een Westerse of niet-Westerse afkomst, maar een indeling op basis van werelddelen en veelvoorkomende immigratielanden wordt gehanteerd (CBS, 2022).

Met **diversiteit** willen wij de verscheidenheid tussen mensen aanduiden. In deze leidraad hebben wij het in de context van diversiteit over verschillen in sociaal-culturele achtergrond, etniciteit, migratieachtergrond, maar bijvoorbeeld ook over taal, mate van geletterdheid, opleidingsniveau en mate van gezondheidsvaardigheden. Hierbij is het van belang om ook de grote diversiteit binnen sociaal-culturele groepen te benadrukken.

Intersectionaliteit houdt in dat sociale ongelijkheid zich voordoet op basis van een veelvoud aan factoren die invloed op elkaar uitoefenen (Roes et al., 2022). Denk hierbij aan factoren zoals geslacht, culturele achtergrond, sociaal economische status, religie of gender. Deze factoren staan niet op zichzelf, maar beïnvloeden elkaar. In de context van dementie kan de uitkomst van een combinatie van factoren ertoe leiden dat een persoon minder goed zijn weg kan vinden binnen het zorgsysteem.

Reflexiviteit en cultural humility

Het sociologische concept **reflexiviteit** (in het Engels reflexivity) staat voor het bewustzijn van de wijze waarop – in dit geval - de zorgprofessional door diens uiterlijke kenmerken, status, manier van spreken en handelen, de interactie met een patiënt beïnvloedt. 'Cultural humility' is het reflecteren op het eigen handelen, kennis hebben over de eigen cultuur en daarbij de eigen cultuur niet als superieur beschouwen (Foronda, Baptiste, & Ousman, 2016).

8. Colofon

Leidraad voor cultuursensitieve dementiediagnostiek in de geheugenpolikliniek

Uitgave

Alzheimercentrum Erasmus MC

Auteurs

Lazaar, N., Franzen, S., Van Den Berg, E., Van Bruchem-Visser, R.L., & Papma, J.M.

Met medewerking van

Goudsmit, M. (OLVG)

Van Campen, J.P.C.M. (OLVG)

Lahdidioui, A. (Haga Ziekenhuis)

Wester, V. (Erasmus MC)

De Jong, F.J. (Erasmus MC)

Overeijnder, A. (Erasmus MC)

Contact

n.lazaar@erasmusmc.nl

Postbus 2040, 3000CA Rotterdam

Intern postadres Ee2291

www.alzheimercentrumerasmusmc.nl

Financiering

Dit project werd ondersteund door ABOARD, een samenwerking tussen ZonMw en Health~Holland, Topsector Life Sciences & Health.

Vormgeving

Silva Concepts

Info@ezsilva.com



Alzheimercentrum
Erasmus MC