

Departement Gezondheidszorg

Bachelor in de verpleegkunde

Keuzetraject geriatrische verpleegkunde

**Zorg voor de allochtone bewoner met dementie
: aandachtspunten bij de verpleegkundige A-
handelingen.**

Eindwerk aangeboden tot het
behalen van het diploma van
bachelor in de verpleegkunde

door Sheila Petit

i.s.m. Mvr. Michèle Inghelbrecht
Dhr. Mario Cassimon

Academiejaar 2011 - 2012

Abstract

Zorg voor de allochtone bewoner met dementie : aandachtspunten bij de verpleegkundige A-handelingen.

Auteur : Sheila Petit

Opleiding : Bachelor verpleegkunde keuzetraject geriatrie – KHBO – Brugge

Promotoren : Mevr. Michèle Inghelbrecht, Dhr. Mario Cassimon

Plaats tewerkstelling : Pacheco Instituut , Grootgodshuisstraat 7, 1000 Brussel

Trefwoorden :

Allochtonen, dementie, Alzheimer dementie, leefstijlgerichte zorg, A-handelingen, verpleegkundige aandachtspunten, geriatrie, Moslim, Filippijnen, Marokkanen, bewoner woon- en zorgcentrum, eerstegeneratiemigranten, migranten, cultuursensitief.

Samenvatting :

Steeds meer zullen zorgverleners geconfronteerd worden met allochtone bewoners. Verschillende studies tonen aan dat binnen een periode van tien jaar het aantal oudere allochtonen met dementie zal verdubbelen. De zorg voor de allochtone oudere met dementie is cultuursensitief.

In dit onderzoek wordt nagegaan welke specifieke aandachtspunten dit met zich meebrengt voor de verpleegkundige en wel zeer gericht op verpleegkundige A-handelingen die ze steeds op eigen initiatief kan en mag toepassen.

Het onderzoek is gebaseerd op een literatuurstudie die door middel van zoekopdrachten in verschillende databases. Dit is aangevuld met de bespreking van een zestal casussen in een woon- en zorgcentrum alsook een panelgesprek met culturele bemiddelaars. Een bezoek aan een Nederlandse instelling speciaal voor Turkse en Indonesische bewoners zorgt voor een vergelijkend model. Het resultaat is een narratief betoog voor leefstijlgerichte zorg met praktische aandachtspunten. Het onderzoek besluit dat allochtonen met dementie een dubbele opgave is nml. allereerst de zorg voor quality Of Life bij de bewoner met dementie en daarbovenop de opdracht om de zorg aan te passen aan de eigen leefwereld van de migrant.

Woord vooraf

Zelf ben ik opgegroeid in een migrantenwijk in Antwerpen in de periode van 1975 tot 1986. Omringd door verschillende culturen boeide me toen al deze diversiteit. Tijdens mijn studies verpleegkunde realiseerde ik me meer en meer dat deze eerstegeneratiemigranten van toen (de ouders en grootouders van de toenmalige schoolvriendinnen en burens) ondertussen ergens de leeftijd van 70 jaar of ouder diende te hebben. Me afvragend hoe het met deze generatie ondertussen gesteld is, deed me ook stilstaan bij het feit dat ook deze mensen kunnen dementeren. Door de link te leggen met verpleegkunde resulteerde dit in een zoektocht naar het antwoord of onze zorgsector hiervoor rijp is en hoe praktische zaken hierbij opgelost worden.

Mijn interne promotor mevrouw Inghelbrecht, afdelingsverantwoordelijke van het keuzetraject geriatrie, kon mijn gedachtegang hierin volgen en steunde me in deze opdracht waarvoor mijn dank.

Verder was dit eindwerk nooit tot een goed einde kunnen komen zonder de hulp van een paar instellingen en hun medewerkers zijnde het Pacheco Instituut te Brussel en het verpleeghuis Raffy te Breda (NL). Hiervoor mijn speciale dank aan Dhr Cassimon en alle medewerkers van de afdeling waar ik stage mocht lopen. En aan mevrouw Lia Janssen, opleidingsverantwoordelijk bij Raffy.

Ook nog een dankwoord aan Hamida Chikhi die het mogelijk maakte om een panelgesprek te organiseren bij De Foyer in Brussel en het Vlaams parlementslid Kadja Zamouri.

Mijn appreciatie ook aan André Degen die mij taalkundig ondersteund heeft.

Tenslotte mijn dank aan mijn familie, partner en zoon voor het geduld en moreel steun die ze tijdens deze periode voor mij opbrachten.

Ik wens dan ook van ganser harte iedereen die verder nog heeft bijgedragen tot het welslagen van dit werk te bedanken voor alles.

Inhoudsopgave

Abstract.....	
Inhoudsopgave.....	
1. Inleiding.....	1
2. Methode.....	4
2.1 Zoektocht in bestaande wetenschappelijke literatuur	4
2.2 Onderzoek in praktijksituaties	6
3. Resultaten	8
3.1 Observeren, rapporteren en analyseren van verpleegproblemen: de praktische verpleegkundige zorg voor allochtone ouderen	8
3.1.1 <i>Risico op malnutritie als verpleegprobleem : Hyper- en hypocalorische voedingsgewoonten</i> ..	8
3.1.2 <i>Communicatie als verpleegprobleem</i>	10
3.1.4 <i>Risico op depressie als verpleegprobleem</i>	13
3.2. Het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en uitvoeren van de voorgeschreven behandeling	14
3.3 Allochtonen en het ziektebeeld dementie, Alzheimer-dementie, verwardheid.....	15
3.3.1 <i>Informereren van de patiënt en familie : het taboe over de ziekte</i>	15
3.3.2 <i>Allochtonen en visie over zorg</i>	16
3.4 Reminiscentie als bruggenbouwer voor de allochtone bewoner (met dementie). Een wijze van voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen met als doel behoud en verbetering van gezondheid	18
3.5 Palliatieve zorg , de zorg rond het levenseinde bij de allochtone bewoner en begeleiding bij het rouwproces.....	21
4. Discussie.....	23
4.1 Aandachtspunten bij het observeren, rapporteren en analyseren van verpleegproblemen .	23
4.2 Aandachtspunten bij het bijdragen aan de medische diagnose en uitvoeren van de voorgeschreven behandeling.....	24
4.3 Aandachtspunten bij informeren en adviseren van de bewoner en zijn familie	25
4.4 Aandachtspunten bij het voortdurend bijstaan van de patiënt, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van gezondheid beoogt.....	26
4.5 Aandachtspunten bij het verrichten van handelingen van palliatieve zorg en het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding van de verwerking van het rouwproces	27
5. Besluit	29
Bibliografie.....	31
Bijlagen.....	

1. Inleiding

Verpleegkundigen worden in het huidige tijdsgewricht geconfronteerd met een aantal maatschappelijke wijzigingen. Het is bekend dat onze maatschappij vergrijsst. Ook de immigrantenbevolking in ons land vergrijsst. We kunnen stellen dat allochtonen van de eerste naoorlogse migratiegolf ondertussen de leeftijd van 70 jaar en ouder bereiken. Deze groep bestond hoofdzakelijk uit Italianen en Polen die migreerden naar ons land omwille van een steenkoolprotocol dat destijds ondertekend werd te Rome. In de economisch welvarende jaren zestig werd de immigrantenpopulatie aangevuld door Spanjaarden, Grieken, Marokkanen en tenslotte Turken (Van Geertruyen, Talloen, & Keten, 2005). Als we ervan uit gaan dat deze migranten toen de leeftijd van twintig of ouder had, mogen we zeggen dat deze groep in de huidige tijd of zeer nabije toekomst deel uit kan maken van de bewonersgroep in onze woon- en zorgcentra. In 2004 is dit ongeveer 3,02% van het aantal in Vlaanderen wonende ouderen. De meeste zijn Italianen gevolgd door niet-Europeanen, zijnde Marokkanen en Turken. Hierbij zijn migranten die ondertussen de Belgische nationaliteit hebben niet meegerekend. Zodoende is het aantal hoogstwaarschijnlijk nog groter. Daarbij komen ook de migratiegolven van de jaren tachtig (gezinsherenigingen) en later de politieke en economische vluchtelingen, die ervoor zullen zorgen dat de groep van allochtone ouderen enkel maar zal aangroeien (Declerck, Wellens, & Demaerschalck, 2006).

Ook allochtone ouderen kunnen dementeren. In de komende tien jaar zal de groep van allochtone ouderen met dementie verdubbelen (Goudsmit M. , Parleviet, van Campen, & Schmand, 2011).

Kala et al. (2004) verklaarden door middel van hun studie Health, Aging and Body Composition (Health ABC) dat er een relatie bestaat tussen etniciteit en een lagere MMSE-score. Zo heeft de Afrikaanse en Latijns-Amerikaanse groep migranten een verhoogd risico om Alzheimer- of vasculaire dementie te ontwikkelen. Dit omwille van oa. een ongezonde levensstijl (ze roken namelijk meer), de genetische voorbestemdheid op hypertensie en een ongezonde voeding zorgt voor een verhoogd risico op diabetes mellitus. Factoren die allen het risico op Alzheimer dementie verhogen (Kala, Simonsick, Newman, Pope, Rubin, & Yaffe, 2004).

Uit een eerste epidemiologische studie van Dewallef et al. (2002) gaf deze aan dat 1,43% van de geïnstitutionaliseerde dementerende in België van vreemde origine was. Deze schatting was gemaakt naar aanleiding van een enquête in 19 instellingen. Ondertussen vinden ook allochtonen meer en meer de weg naar onze woon- en zorgcentra dankzij projecten en bewustwordingscampagnes bij deze bevolkingsgroep. Al is dit zeker niet evident, want vooral bij familieleden is de zorg voor de allochtone oudere een religieuze en morele plicht. Hierdoor verblijven de meeste zorgbehoevende allochtone ouderen nog steeds bij hun kinderen of andere familie (Talloen, 2007). De tendens dat deze ouderen meer en meer van onze instellingen gebruik maken wordt ook aangetoond door een studie van het Centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de Universiteit Leuven LUCAS (2006), waar er reeds sprake is van 9,2% allochtone residenten in een tiental Vlaamse instellingen. De gemiddelde leeftijd van deze bewoners is 80 jaar en het betreft een achtentwintigtal verschillende nationaliteiten, waarbij de grootste groep wordt gevormd door Italianen, Marokkanen en Turken (Declerck, Wellens, & Demaerschalck, 2006). Ook Talloen (2007) spreekt in deze periode over soortgelijke gemiddelden maar vermeldt erbij dat de diversiteit enkel zal toenemen door de nieuwe migrantengolf die we heden kennen vanwege economische of politieke vluchtelingen uit allerhande plaatsen.

Gezien de maatschappelijke evolutie waarbij een zeer recent rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation [WHO], 2012) spreekt over een verdubbeling op wereldschaal tussen nu en 2030 waarbij het aantal personen met dementie in 2030 op ongeveer 65 miljoen geschat wordt, zal dit voor de allochtone bevolking niet anders zijn. Het dementieplan van Vandeurzen (2010) bevestigt deze prognoses en benadrukt het belang van investeringen in vroegdiagnose, thuiszorg, maar ook de specifieke aandacht voor 'vergeten groepen', zoals de jongdementerende, de arme en de allochtone bevolking.

Zodoende zullen onze woon- en zorgcentra (WZC) in de nabije toekomst meer en meer te maken krijgen met de allochtone medemens met dementie. Dit zal zich dan vertalen in zeer specifieke noden en behoeften van deze bewoners.

Deze noden en behoeften zullen ingevuld dienen te worden door de verpleegkundige die deze bewoners zal verzorgen. Deze verpleegkundige is op haar beurt weer onderworpen aan een beroepseigen wetgeving, namelijk de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen. In het bijzonder het "KB 78 van 31 maart 1967" waarbij in "Hoofdstuk I-ter "de zelfstandig uit te voeren activiteiten beschreven worden onder de A-handelingen.

Het zijn juist deze handelingen waar de verpleegkundige zelfstandig de zorg kan bepalen. Het is ook belangrijk even stil te staan bij de typische aandachtspunten die de zorg van

de allochtone bewoner met dementie met zich meebrengt en welke consequenties deze hebben op de uit te voeren A-handelingen :

- Het observeren, herkennen en vastleggen van de gezondheidsstatus, zowel fysisch als psychisch als op sociaal vlak.
- Het omschrijven van verpleegproblemen.
- Het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling.
- Het informeren en adviseren van de bewoner en zijn familie
- Het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt
- Het verrichten van handelingen van palliatieve zorg
- Het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding van de verwerking van het rouwproces.

De vraag die hier als relevant ervaren wordt is hoe en in welke mate door de verpleegkundige A-handelingen anders of aangepast uitgevoerd kunnen (of dienen te) worden om het comfort en de holistische aanpak optimaal te kunnen garanderen bij dit doelpubliek. Tevens wordt er gekeken op welke grenzen er gestoten wordt en in hoeverre deze een kwalitatieve holistische zorg beperken.

2. Methode

2.1 Zoektocht in bestaande wetenschappelijke literatuur

De eerste explorerende fase is de zoektocht naar relevante literatuur inzake zorg bij allochtonen met dementie. De Nederlandstalige zoekmachines die daarvoor geconsulteerd werden zijn : Vakbibliotheek en Libris. Ook werd er gezocht op internationale wetenschappelijke zoekmachines zoals ScienceDirect, Springerlink, PubMed, Invert en Academic Search Elite.

In deze databases werd er op zoek gegaan naar de volgende Engelse zoektermen : 'Elderly migrants, Migrants and dementia, Care and elderly migrants, ethnospecific residential care, Ethnicity and dementia, ethnic diversity and nursing, ethnogeriatrics'. Bij de Franstalige zoektermen plaatsen we 'Etnopsychiatrie, etnogériatrie, vieillesse, démence, immigration, soin'. De termen werden al dan niet in combinatie met elkaar gezocht. Bij de Nederlandstalige databanken werd er gezocht naar volgende termen : 'Migranten en dementie, residentiële zorg en allochtonen, allochtone en dementie, (multi-)culturele zorg en verpleegkunde, observeren rapporteren bij allochtonen, informeren en multiculturele zorg.' Ook hier werden er verschillende woordcombinaties gemaakt.

Er werd gezocht in het documentatiecentrum van Atlas (Atlasdoc) te Antwerpen. Dit is een informatiepunt van Atlas, het stedelijk centrum voor diversiteit en inburgering van de stad Antwerpen.

Bij de resultaten van deze zoekopdrachten werd er gespeurd naar relevante literatuur inzake verpleegkunde of verpleegkundige handelingen. Daarbij was het opvallend hoe weinig artikelen specifiek gingen over dit thema. In tabel 1 wordt een overzicht getoond van de gevonden resultaten. Deze resultaten zijn gefilterd op verpleegkundige thema's. Een tweede analyse werd ook gemaakt aan de hand van teksten over de bestaande zorg in het land van oorsprong van de allochtone bewoner. De weinige literatuur die hierover gevonden werd was ontoereikend en werd aangevuld door een extra vraagstelling die werd uitgevoerd bij de interviews in het praktische deel van het onderzoek (zie ook 2.2 en bijlage 1).

Zoektermen Databases	Zoekterm 1 : Ouderen Migranten/ Elderly migrants / Allochtone ouderen	Zoektermen 2 : Ethnogeriatrics / Etnospecific care / Etnogériatrie / Ethnicity residential care	Zoekterm 3 : Zoektermen 1-2 + A- handelingen/ Soin/ Care/ Nursing Care	Zoekterm 4 : Zoektermen 1-2 + Dementie/de mentia	Voorgaande Zoektermen 1-2 +3-4
Vakbibliotheek	50	0	3	22	1
Libris	44	0	1	8	2
Sciencedirect	3124	7313	529	219	2
Springerlink	2389	17	421	145	3
Pubmed	2461	304	86	19	1
Invert	43	0	5	19	0
Academic Search Elite	3579	500	619	129	7

Tabel 1 : Resultaten zoekopdrachten (maand augustus 2011)

2.2 Onderzoek in praktijksituaties

In een tweede fase is er een kwalitatief onderzoek opgesteld. Gezien het feit dat er gezocht wordt naar de toepassing van leefstijlgerichte zorg bij verpleegkundige A-handelingen is een case-studie de beste manier om gedetailleerde resultaten te bekomen (Nelissen, 2010). De selectie van een woon- en zorgcentrum is hier van belang gezien het feit dat er een minimum van allochtone bewoners met dementie aanwezig dient te zijn. Het expertisecentrum Dementie werd hiervoor gecontacteerd. Dit centrum bezorgde een lijst met instituten waar de hoogste populaties van allochtonen met dementie woonden. Na enkele telefonische contacten en e-mails met de verschillende woon- en zorgcentra werd er geopteerd voor de OCMW-instelling Pacheco te Brussel. Hier was op het moment van het onderzoek een belangrijk aandeel van allochtone bewoners met dementie aanwezig. Het instituut verzorgt hoofdzakelijk ouderen met psychiatrische en/of geriatrische problematiek. Hier werden niet-gestructureerde interviews afgenomen met familieleden van de bewoners. Tabel 2 geeft een overzicht van de nationaliteit van de bewoners en een overzicht van de relatie met de geïnterviewde naaste familieleden. Anderzijds worden er gerichte observaties opgenomen en vergeleken met de bestaande ervaringen uit de vakliteratuur.

Een WZC met enkel allochtone bewoners is in België niet bekend. In Nederland zijn er hiervoor wel instituten. Voor de volledigheid is er een bezoek gebracht aan het verpleegtehuis Raffy te Breda. Deze instelling is een verpleegtehuis dat zich richt op de Indonesische en Turkse ouderen. Er is hier een semigestructureerd interview afgenomen. Dit biedt ons de mogelijkheid om eventuele ideeën of andere manieren van aanpak te kunnen vergelijken. Rekening houdend met een ander sociaal zekerheidssysteem en andere manier van financiering zijn de zoektocht naar creatieve praktische oplossingen en het cultureel gericht benaderen hier vooral benadrukt in de vraagstelling.

In derde instantie is er in het kader van dit onderzoek contact opgenomen met 'De Foyer', een intercultureel bemiddelingskantoor te Brussel. Interculturele bemiddelaars zijn in eerste instantie bruggenbouwers tussen onze culturele (voor-)oordelen en de cultuur van de plaats van herkomst. Ze helpen hoofdzakelijk met het uitleggen van de referentiekaders van de zorgvrager in allerhande maatschappelijke contexten. Voor het onderzoek werd hier een panelgesprek gevoerd met elf interculturele bemiddelaars die hun persoonlijke ervaringen en visie inzake ouderenzorg en dementie wensten te delen. Er wordt hierbij getoetst aan de hand van de grenzen van ons verpleegkundig systeem, om de zorg zo ver mogelijk aan te passen aan de noden van de verschillende culturen.

	Naam (fictief)	Nationaliteit	Moedertaal	Tweede taal *	Leeftijd	Familie of mantelzorg?	M/V
Casus 1	Bewoner A	Filippijnen	Filippijns	Engels +	80 j	Ja (zus)	V
Casus 2	Bewoner B	Marokko	Arabisch	Frans ++	70 j	Neen	M
Casus 3	Bewoner C	Marokko	Berbers	-	81 j	Ja (dochter)	V
Casus 4	Bewoner D	Roemenië	Roemeens	-	83 j	Neen	M
Casus 5	Bewoner E.	Marokko	Marokkaans	Frans +	77 j	Ja (dochter)	M
Casus 6	Bewoner F.	Marokko	Berbers	Frans ++	73 j	neen	M

TABEL 2 : Overzicht besproken casussen

*(- = Geen andere taalkennis aanwezig dan de moedertaal, + = basiskennis is aanwezig van de vermelde tweede taal, ++ = voldoende kennis is aanwezig van de tweede taal om een conversatie te voeren.)

3. Resultaten

3.1 Observeren, rapporteren en analyseren van verpleegproblemen: de praktische verpleegkundige zorg voor allochtone ouderen

Zoals bemerkt kan worden, worden twee A-handelingen hier samengevoegd. Vanuit de praktijk werd er opgemerkt dat er moeilijk alleen geobserveerd en gerapporteerd kon worden zonder de analyse van het verpleegprobleem. Gezien de connectie bij deze handelingen worden hierna ook de resultaten samen onder een titel besproken

3.1.1 Risico op malnutritie als verpleegprobleem : Hyper- en hypocalorische voedingsgewoonten

Casus 1 :

Deze casus is gebaseerd op een dame geboren op de Filippijnen, mevrouw A.. Ze is 80 jaar en lijdt aan Alzheimer-dementie. Ze woont reeds een twintigtal jaar in België. Haar zus die een tiental jaar jonger is komt wekelijks 1 à 2 maal op bezoek. Mevrouw A. heeft geen kinderen en is ongehuwd. De zus is de enige houvast die mevrouw A. heeft in België. De nicht van mevrouw A. (dochter van de zus) woont in de V.S. Dit is de reden waarom de zus niet voltijds voor mevrouw A. kan zorgen en zo noodgedwongen verblijft in het WZC. Mevrouw A. en haar zus praten enkel een soort Filippijns, redelijk Engels, en slechts enkele woorden Frans. Communicatie met het verplegend en verzorgend personeel is op deze manier niet evident. Het uit handen geven van de zorg weegt mentaal zwaar op de zus. Ze uit dit door regelmatig opmerkingen te maken over de wijze van verzorging. Deze strookt volgens haar niet met de traditionele Filippijnse wijze van ouderenzorg. Deze zorg is hoofdzakelijk gebaseerd op hygiëne en voeding, waarbij de voeding hoofdzakelijk bestaat uit verse groenten, vers (exotisch) fruit, melkproducten en vis. De gebruikelijke oosterse gerechten zijn traditioneel sterk gekruid. Deze voedingsgewoonten vindt de zus niet terug in de aangeboden maaltijden in het WZC. De maaltijden die verstrekt worden zijn de traditionele broodmaaltijden en 's middags een warme maaltijd. Deze worden bereid door de centrale OCMW-keuken van Brussel.

Het persoonlijk aanpassen van de maaltijden in de zin van meer kruiden, ander fruit, enz. is niet mogelijk. Hierdoor eet mevrouw A. niet zo veel. Bijkomend ongemak is dat mevrouw A. last heeft van haar gebit dat nog slechts bestaat uit twee onderhoektanden. Mevrouw A. heeft door een val de meeste van haar

voortanden verloren. Dit maakt bijten (en eten) pijnlijk. Er werd door de zus één maal gezorgd voor een tandprothese maar deze raakte zoek. Mevrouw A. weet niet meer waar ze deze gelaten heeft (Alzheimer-problematiek). De combinatie van deze twee problemen maakt dat mevrouw A. onvoldoende noodzakelijke voedingselementen tot zich neemt. Om deze tekorten aan te vullen, krijgt mevrouw A. bijvoeding in de vorm van Fortimel® en Forticrème®. Gezien het feit dat dit melkachtige producten zijn, lust mevrouw A. deze wel.

Casus 2

Een tweede casus is gebaseerd op een mannelijke bewoner uit Marokko. In het onderzoek wordt hij meneer B. genoemd. Meneer B. is 70 jaar, heeft geen kinderen en is ongehuwd. Hij heeft één broer (wonend in België), maar deze komt slechts zelden op bezoek. Meneer B. is een van de migranten die tijdens de migrantengolf van de jaren zeventig naar België is gekomen, om hier als arbeider aan te slag te kunnen. De communicatie met meneer verloopt redelijk vlot. Hij praat nog een aardig woordje Frans (opmerking : Bij de generatie van meneer B. komt dit vaker voor; deze generatie beleefde de kolonisatie door Frankrijk en leerde hierdoor reeds op zeer jonge leeftijd de Franse taal (Samaoli, Linblad, Amstrup, Mirza, & Patel, 2000)). De diagnose bij meneer B. is vasculaire demantie. Meneer B. at bij aankomst in het WZC ook slechts mondjesmaat. Het ging hierbij dan niet zo zeer om het feit of hij de voeding wel of niet lustte, maar om zijn argwaan of er mogelijk varkensvlees aanwezig was in het gerecht (voor moslims is varkensvlees onrein en mag daarom niet gegeten worden (De Foyer, 20 januari 2012)). Ook ging het om de wijze van eten. In de Maghreb-landen worden de meeste maaltijden gegeten met de rechterhand en brood. Mes en vork zijn niet gebruikelijk. Door eenvoudig bij elke maaltijd brood toe te voegen, maakt meneer B. zelf de link om met de rechterhand te eten. We merken op dat er enkel gegeten wordt met het rechterhand. De linkerhand is onrein en wordt gebruikt om je te wassen, de neus te snuiten of te urineren (De Foyer, 20 januari 2012). Als verpleegkundige is dit goed om te weten wanneer we de bewoner dienen te voeden. We reiken de voeding het beste aan met de rechterhand. Wanneer we dit met de linkerhand zouden aanbieden, kan dit leiden tot weigering van de maaltijd of zelfs tot agressie (bijv. het wegslaan van de voeding).

Casus 3 :

Bij deze casus gaat het niet zozeer over een tekort aan voedingsmiddelen, maar eerder aan een teveel of onevenwichtige voeding. Deze casus gaat over een Berber-dame uit Marokko, mevrouw C. Haar leeftijd is 81 jaar. Ze kwam een

twintigtal jaar geleden naar België door gezinshereniging met haar dochter en zoon die hier reeds woonden. Haar echtgenoot was een aantal jaren voordien overleden. Mevrouw C. lijdt aan Alzheimer-dementie, hartfalen en heeft diabetes mellitus type II. Tot voor drie jaar woonde ze steeds bij haar zoon. Maar door een onhoudbare thuissituatie door de symptomen van Alzheimer-dementie bracht de zoon haar naar het woon- en zorgcentrum. De dochter van mevrouw vindt dit een groot schandaal. Ze vertelt me bij haar dagelijkse bezoek dat dit zeer ongebruikelijk is in haar cultuur. Normaal zorgt de oudste zoon financieel voor de moeder, samen met zijn echtgenote die de verzorgende taken op zich neemt, zoals de dagelijkse hygiëne en voeding. De reden waarom het fout gelopen is kan haar dochter niet zeggen. "Het zijn privé zaken", zegt ze. Vast staat dat de dochter zich uitermate schuldig voelt voor de situatie waar haar moeder zich nu in bevindt. Om deze reden komt ze dagelijks op bezoek. De traditie wil ook dat ze zorgt dat haar moeder voldoende te eten krijgt. Bij de opname van mevrouw C. kon ze moeilijk wennen aan de warme middagmalen in het WZC. Dit werd aangegeven aan de dochter. Zo brengt de dochter nu dagelijks een warme (typisch Marokkaans gerecht) maaltijd mee in de loop van de namiddag. Ondertussen eet mevrouw C. een stevig ontbijt, 's middags en 's avonds een broodmaaltijd. Samen met de bijkomende maaltijd van de dochter is de energetische waarde van de voeding te hoog voor mevrouw C.. Daarbij komt dat dit zorgt voor onregelde glycemiewaarden. Het is ook moeilijk om aan de dochter te vragen de maaltijden niet meer aan te bieden, die ze naar eigen zeggen geeft 'om de schande (t.o.v. Allah) die haar broer veroorzaakt heeft wat goed te maken'. In het kader van de zorgplanning en de schema's om insuline toe te dienen worden de traditionele maaltijden van het WZC ('s morgens, 's middags en 's avonds) behouden. Organisatorisch wordt dit anders zeer complex.

3.1.2 Communicatie als verpleegprobleem

Casus 4 :

Met de casus van meneer D. wordt aangetoond dat communicatie een toegevoegd verpleegprobleem kan zijn. Deze resident is geboren in Roemenië en heeft de leeftijd van 83 jaar. Wanneer precies meneer D. naar België is gekomen, is niet duidelijk. Meneer D. werd een vijftal jaar geleden gediagnosticeerd met vasculaire dementie mede door een oorzakelijke ethylverslaving. Deze man spreekt Nederlands noch Frans en begrijpt slechts enkele woorden Frans. Tijdens de hygiënische zorgen maar ook op andere zorgmomenten is meneer D. telkens geagiteerd. Hij reageert boos bij iedere handeling die er wordt uitgevoerd. Hij roept dan zeer luid of vloekt (meestal in het Roemeens). In eerste instantie lijkt

het of hij gefrustreerd is, omdat bijna niemand hem begrijpt. Met een luide 'NON' uit hij zijn ongenoegen op de vragen die er gesteld worden. Het is begrijpelijk dat op deze manier zo goed als geen anamnese mogelijk is, mede ook omdat meneer D. geen familie (in België?) heeft. Er kan geen enkele bijkomende noodzakelijk informatie gevraagd worden aan naasten. De meeste communicatie met deze bewoner gebeurt via gebaren, afbeeldingen, het tonen van voorwerpen, enz. Door de dementie wordt elk aangeleerd ritueel ook snel weer vergeten en zo dient elke dag opnieuw alles met een minimum aan verbale communicatie te worden uitgelegd, een zeer vermoeiende en intensieve manier van verzorgen. Deelname aan dagactiviteiten wordt zonder enige verbale communicatie zeer moeilijk. Hierdoor bestaat het potentiële risico op verveling en bijkomend mogelijke depressie (zie ook 3.1.4). Anderzijds is er de frustratie die leidt tot agressie van de bewoner die zich compleet onbegrepen en onrechtvaardig behandeld voelt. Door deze taalbarrière heeft hij geen inspraak in de zorg.

Met mevrouw C. (zie casus 3) zijn er soortgelijke communicatieproblemen, maar dit wordt grotendeels opgelost omdat de familie dagelijks op bezoek komt. De meeste situaties kunnen via die weg opgelost worden. Al vermeldt de familie dat ze ook niet altijd begrijpt wat mevrouw C. wil zeggen. De dochter zei tijdens een van de interviews : "Mijn moeder spreekt in raadsels, ze praat over personen uit het verleden die ik zelf nooit gekend heb. Zelfs al versta ik haar taal, daarom begrijp ik niet altijd wat ze wenst te zeggen of te vragen." En toch vormen bepaalde raadselachtige verhalen soms het puzzelstukje dat ontbrak bij het verklaren van gedragingen bij de allochtone bewoner met dementie. Het zijn belangrijke schakels die we als verpleegkundige nodig hebben om de juiste interpretatie te kunnen maken. Het goed begeleiden van personen met dementie vraagt juist deze contextuele antwoorden.

Ook de literatuur vermeldt communicatie als potentieel verpleegprobleem: al bij de eerste anamnese is de taal een primaire barrière. Vele eerstegeneratiemigranten beheersen onze landstalen slechts matig of zeer gebrekkig. Daarbij komt dat door dementie de tweede of laatst aangeleerde taal vergeten wordt. (Samaoli, Linblad, Amstrup, Mirza, & Patel, 2000) En de vertaling door kinderen of naaste familie is niet altijd even eenvoudig. Een bijkomend probleem is dat onze wet op de privacy en het beroepsgeheim gerespecteerd dient te worden.

Vaak schamen de familieleden zich voor de toestand van de oudere en hebben hierdoor moeite met het benoemen van problemen. Een tweede obstakel is de

cultuurbarrière. De zorgvrager maar zeker ook diens familie heeft andere verwachtingen ten opzichte van de zorgverleners. Turkse en Marokkaanse ouderen zien hulpverleners als autoritair en zullen zo niet echt hun mening durven geven. Verder bestaat er de angst voor roddels in de eigen gemeenschap. Voor een goede (hetero-)anamnese is dan belangrijk een vertrouwensband te kunnen opbouwen met de bewoner en/of de familie. We benadrukken hierbij in onze gesprekken dat er een beroepsgeheim van de zorgverleners en eventuele tolken bestaat. Soms zijn er bijkomende communicatieproblemen in de vorm van analfabetisme of een zeer laag opleidingsniveau. (Goudsmit M. , Parleviet, van Campen, & Schmand, 2011)

3.1.3 Religie, rituelen en cultuurgebonden handelingen als verpleegprobleem

Casus 5 :

Deze casus gaat over meneer E., 77 jaar, een moslim uit Marokko. Meneer E., jaar, is reeds 30 jaar in België en heeft een dochter die hem af en toe een bezoekje brengt. Hij lijdt aan frontolobulaire dementie, hij bevindt zich in de sensorische fase (verzonken-ik). Vanwege een zeer slechte mobiliteit krijgt meneer E. dagelijks een bedbad.

De moslims interpreteren ieder op zich de leer van de Koran als het woord van Allah. Vooral bij moslims wordt hun levensstijl zeer sterk beïnvloed door dit geloof. Deze gelovigen handelen veelal vanuit wat de Koran beschrijft als reine en onreine handelingen, dingen, dieren. Na elke onreine handeling of elk contact met iets onreins dienen ze wat de islam beschrijft als kleine reiniging uit te voeren. Het is het wassen van de handen, de onderarmen, het hoofd en de voeten. De grote reiniging, die gelijk staat aan het nemen van een bad, heeft plaats na seksueel contact, een kraambed of menstruatie . Binnen deze context van ritueel reinigen is het zeer moeilijk om onze gebruikelijke hygiënische zorgen te kaderen.

Zeker als het gaat over het toedienen van een bedbad. Dit zit als het ware ergens tussen de grote en de kleine reiniging in. Wat er wel kan geobserveerd worden bij meneer E., is dat hij bij het heel uitgebreid wassen van de handen, de voeten en het hoofd veel ontspanner is. Waarschijnlijk zijn het juist deze wasrituelen die bij meneer E. herinneringen oproepen die hem ontspannen.

Ook bij de moslimdame mevrouw C. (zie ook casus 3) was er plots een probleem vanwege een misinterpretatie van een ritueel. Op een ochtend werd er een uitgebreide mondhygiëne uitgevoerd. Deze verliep op zich zeer vlot, ware het niet

dat we haar mond hadden gereinigd met Hextril® ontsmettend mondwater. Deze dame die anders constant praat, was nu plots de hele ochtend zwijgzaam. Ze maakte gebaren waaruit duidelijk werd dat ze niet mocht praten. Maar om welke reden? Had ze pijn? Na navraag bij haar dochter bleek dat het om een strafritueel ging. Er blijkt een rituele reiniging te bestaan waarbij de mond wordt gewassen met water en zeep, wanneer men iets slechts of kwetsends gezegd heeft. De mondhygiëne die we die ochtend hadden toegepast deed haar waarschijnlijk terugdenken aan een moment in het verleden waar ze dit ook had beleefd. En dan diende te zwijgen.

De twee casussen tonen dat zeker bij allochtonen met dementie rituelen niet onderschat mogen worden. Zij kunnen psychologische en gedragsymptomen bij dementie (BPSD) uitlokken. Dit spanningsveld tussen gewoonten, rituelen en onze verpleegkundige protocols kunnen zodoende als potentieel verpleegprobleem worden beschouwd.

3.1.4 Risico op depressie als verpleegprobleem

Een mogelijk bijkomend verpleegprobleem bij dementie is depressie. Bij de allochtone bewoner is hierop nog een extra verhoogd risico vanwege het gebrek van communicatie met medebewoners en zorgverleners (Goudsmit M. , Parleviet, van Campen, & Schmand, 2011).

Als verpleegkundige dienen we hiervoor extra alert te zijn en de juiste observaties hierover te rapporteren. Ook het gebrek aan gepaste cultuurspecifieke dagactiviteiten kan maken dat de bewoner zich uitgesloten voelt en hierdoor depressief wordt.

Casus 6 :

Een casus van een Marokkaanse bewoner meneer F. was hiervan een duidelijk voorbeeld. Meneer F. is 73 jaar, een bewoner met dementie en had een psychiatrisch verleden. Deze bewoner lag uitermate veel in bed, waardoor hij decubituswonden aan de voeten kreeg. Deze bewoner had ook de hele dag niets om handen, kreeg geen bezoek, en verveelde zich zodoende mateloos. Hij lag in bed tot het ontbijt geserveerd werd. Hij was moeilijk te motiveren om zich te wassen (wat uitzonderlijk is bij een moslim). Onmiddellijk na het eten ging hij op zoek naar een leegstaand bed om te 'rusten'. Alleen tegen de avond ging hij wat in de gangen wandelen of zich in een ligzetel zetten. Nadien weigerde hij dan zijn nachtkleding aan te trekken en ging slapen in zijn kleding die hij overdag ook aan had gehad. De aangeboden dagactiviteiten interesseren hem niet. Hoewel deze bewoner een aardig woordje Frans spreekt, communiceert hij weinig of niet met

medebewoners of het verplegend personeel. Het zijn deze observaties die ertoe kunnen leiden dat er doelgericht een verpleegplan kan opgesteld worden. Dit zou dan eventueel in samenspraak met de ergotherapeut, arts, psycholoog of psychiater kunnen worden aangepakt.

3.2. Het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en uitvoeren van de voorgeschreven behandeling

De allochtone bewoner met dementie is er niet altijd even gemakkelijk van te overtuigen dat hij de voorgeschreven behandeling therapietrouw moet volgen. Ofwel is er geen ziektebesef, ofwel wordt medicatie gezien als een verdovend of vergiftigend middel. Bij mevrouw C. (casus 3) was dit het geval. Telkens als er medicatie werd aangeboden, was ze ervan overtuigd dat men de bedoeling had haar te vergiftigen. Met gebaren deed ze teken dat ze buikpijn had. De enige manier om haar te overtuigen de medicatie te nemen, was haar dochter te vragen haar te vertellen dat het de dokter was die ze had voorgeschreven en dat zij deze medicatie gehaald had in de apotheek. De buikklachten waren misschien terecht. Bij de medicatie bevond zich Movicol[®], een laxerend middel. Eén van de bijwerkingen zijn buikklachten. Als verpleegkundige is het dan niet eenvoudig te achterhalen of de bewoonster de klacht ge- of misbruikt om de rest van de medicatie niet te hoeven nemen. Of het is een communicatieprobleem, waarbij er eerder onbegrip is over de reden waarom ze deze dient te nemen. Gezien de taalbarrière kan de verpleegkundige haar dit ook niet uitleggen.

Bij casus 5, meneer E., was er sprake van een zekere overreactie op pijn. Vanwege trombosegevaar draagt meneer E. therapeutische steunkousen. Na de ochtendzorg worden deze aangebracht. Telkens als ze worden aangebracht roept meneer E. luid "Au". Wanneer er dan gevraagd wordt waar het pijn doet, zegt hij dat zijn benen gebroken zijn. Letterlijk vertelt hij : "Mes jambes sont complètement cassées..." Na afloop van het aantrekken van de kousen zijn er dan geen klachten meer. Het blijkt dus dat de eerste sensatie van het aantrekken die waarschijnlijk als nijpend ervaren wordt, beschreven wordt als het gebroken zijn van beide benen.

Het zeer fysiek uiten van pijn is eigen aan zuiderse culturen. Alle emoties worden veel nadrukkelijker geuit dan in onze westerse cultuur.

Het verwoorden van klachten gebeurt anders bij allochtonen. Men spreekt dan van 'Het vuur zit in me' of wanneer men vraagt of ze iets goed zien, of alles oké is, antwoorden ze vlug met 'een beetje', terwijl ze bedoelen dat alles in orde is. Ze doen dit om het boze oog niet uit te dagen door te positief te reageren. Volgens het geloof zou men anders het lot kunnen uitdagen. (Bollen, Jeunen, Kurda, Maurissen, & Schalenbourg, 2004)

3.3 Alloctonen en het ziektebeeld dementie, Alzheimer-dementie, verwardheid

3.3.1 Informeren van de patiënt en familie : het taboe over de ziekte

Niet zelden heerst er in sommige islamitische en oosterse culturen een taboe over ziek zijn. Wat voor onze cultuur normaal is, is soms bij een andere cultuur onbespreekbaar. Vooral ongeneeslijke ziekten en psychische problematiek wordt niet uitgesproken tegenover de bewoner of patiënt. Meestal wordt er dan meer indirect taalgebruik gehanteerd. Het is dan ook belangrijk als verpleegkundige rekening te houden met deze taboes (Declerck, Wellens, & Demaerschalck, 2006). Volgens één van de Marokkaanse culturele bemiddelaars zou men zelfs nooit een diagnose of gevolg van diagnose direct aan de patiënt of bewoner mee moeten delen. Men communiceert in de eerste plaats met de kinderen die op hun beurt beslissen of dit wordt doorgegeven aan de patiënt of bewoner. Wanneer er besloten wordt de diagnose of behandeling aan de zorgvrager te melden zal dit ook telkens gebeuren, mits men genuanceerd taalgebruik bezigt. In het geval van dementie zal men niet het woord dementie gebruiken, maar veelal spreken van vergeetachtigheid door ouderdom. (De Foyer, 20 januari 2012)

Soms is het stellen van persoonlijke vragen ongepast, zowel aan de zorgvrager als aan de naasten en dient er eerst een uitvoerig kennismakingsgesprek te zijn gevoerd, alvorens de bewoner of zijn omgeving vertrouwelijke en veelal noodzakelijke informatie voor de zorg prijsgeeft. (Goudsmit M. , Parleviet, van Campen, & Schmand, 2011)

Tevens is het noodzakelijk de mantelzorgers van de bewoner te informeren over de ziekte dementie en zijn gevolgen. De verpleegkundige kan informeren dat zorg om een dementerende zeer intensief is, maar ook dat respectvolle en vriendelijke omgang noodzakelijk is. Informatieve folders kunnen hierbij helpen om het ziektebeeld te verduidelijken, al is er slechts een zeer beperkt aanbod van deze folders opgesteld in andere talen dan het Nederlands of Frans. In Nederland bestaat ook 'Het Alzheimer theehuis' (noot: een vergelijkbaar initiatief als de Belgische dementiecafés waar mantelzorgers en familieleden lotgenoten kunnen treffen en ervaringen kunnen uitwisselen), deze worden georganiseerd in het Turks en Arabisch. (Goudsmit M. , Parleviet, van Campen, & Schmand, 2011)

Een bijkomend probleem is de juiste objectieve observatie van de ziektebeelden, assessments of de afnamemogelijkheden van tests, zoals bijvoorbeeld de MMSE, frailty-score, etc. Deze tests zijn gemaakt in de Nederlandse, Franse of Engelse

taal en volgens Westerse denkpatronen. Het niet begrijpen van de opdrachten of (verzwegen) analfabetisme kan de score negatief beïnvloeden (Kala, Simonsick, Newman, Pope, Rubin, & Yaffe, 2004).

3.3.2 Allochtonen en visie over zorg

In de eerste plaats is het vooral de familie die de zorg wenst te dragen voor de dementerende zorgvrager. Dit vinden we in bijna elke niet-westerse cultuur terug. Oorspronkelijk was dit ook zo in onze Westerse cultuur, maar de samenleving paste zich aan aan de economische en individuele noden waarbij de meeste gezinnen noch de tijd noch de ruimte meer hebben om te zorgen voor een dementerend familielid. De migrantenbevolking bekijkt dit alsof we onze ouderen opbergen in WZC en er niet voor willen zorgen. Dit wordt nog ondersteund door de weinige kennis die ze bezitten over onze intramurale zorg alsook de gebrekkige zorg die er soms is in het land van herkomst. Deze stigma's maken dat opname in een woon- en zorgcentrum als een schande ervaren wordt (Baas, 2008). Deze stelling werd me bevestigd door de meeste interculturele bemiddelaars. Een Roemeense cultureel bemiddelaar voegde eraan toe dat er zelfs nog eerder gezocht zou worden om permanent een verzorgende te laten inwonen, om de zorg te garanderen dan de persoon met dementie naar een tehuis te brengen. Weliswaar maakte ze daarbij de opmerking dat lonen van zorgkundigen in het land van herkomst zeer laag zijn en dat zo deze wijze van zorg betaalbaar blijft. Ze begreep ook dat in België een soortgelijke zorg slechts weggelegd is voor de welbegoeden uit onze samenleving (De Foyer, 20 januari 2012).

Om tegemoet te komen aan de verwachtingen van de zorg voor de allochtone oudere, dienen we vooral te denken aan de dagbesteding van deze bewoners. De familie en de zorgvrager heeft veelal een andere levenswijze. De bewoner met dementie die terugvalt op zijn kennis uit het verleden zal teruggrijpen op deze waarden en normen. Het zich thuis voelen in een tehuis zal dus vooral afhangen van de mogelijkheden om een deel van zijn culturele herkomst terug te vinden en te kunnen beleven. Belangrijk is dat de zorgvoorziening zich hiervan bewust is en zich realiseert dat bepaalde woon- en leefwensen sterk kunnen afwijken van het bekende plaatje. Ook het informeren van de familie en het duidelijk vastleggen van eventuele mogelijkheden is hierbij zeer belangrijk (Baas, 2008).

Volgens een rapport van Ovallo (2005) is er duidelijk een vraag naar een ruimer zorgaanbod, maar vinden de allochtonen onze huidige welzijnszorg koel en onpersoonlijk. Als belangrijkste reden hiervan noemen ze de vele personeelwissels die het moeilijk maken om een vertrouwensrelatie op te

bouwen. In een rusthuissetting hebben allochtone ouderen veelal angst voor een geprogrammeerd leven in een onbekende omgeving.

3.4 Remiscentie als bruggenbouwer voor de allochtone bewoner (met dementie). Een wijze van voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen met als doel behoud en verbetering van gezondheid

In een publicatie van Talloen (2007) wordt er verwezen naar een remiscentieproject met Turkse senioren. David Talloen (2007) merkt op dat allochtone ouderen, meer nog dan autochtone ouderen, sterke overgangen moeten maken in hun leven. Veelal is er sprake van trauma's vanwege heimwee naar het land van herkomst. Bij de oudere komt daar het terugkeerdilemma bij. Vele allochtonen hadden zichzelf voorgenomen op latere leeftijd terug te keren, maar omdat de eigen (klein-)kinderen in België opgegroeid zijn en hier een leven hebben opgebouwd, gebeurt dit zelden. Remiscentie kan deze cultuurkloof dichten (Talloen, 2007).

Daarbij komt dat remiscentie als therapie bij allochtonen met dementie zeer efficiënt kan zijn. Het is juist het tekort aan herkenningpunten in onze westerse zorg die de bewoner met dementie onrustig kan maken. Remiscentie is hierbij de ideale brug. We denken hierbij dan aan een videofilm, foto's, muziek of een middagmaal dat geserveerd wordt in een thema van een van de landen van herkomst. Zowel de zorgverstrekker als de jongere generatie leert hierbij de traditionele gebruiken en tradities kennen (Talloen, 2007). Maar ook kwaliteit van leven van de bewoner gaat omhoog. Belevingsgerichte zorg is hierbij het sleutelwoord. Remiscentie, maar ook *validation*, snoezelen en muziektherapie behoren hiertoe. (Schölzel-Dorenbos & de Lange, 2005) (opmerking : validation is een benaderingsvorm waarbij aangesloten wordt bij de belevingswereld van de bewoner; het inleven in de gedachten en gevoelens van de bewoner met dementie staan centraal).

Het verpleegtehuis Raffy biedt aangepaste zorg aan uitsluitend Indonesische en Turkse bewoners. Het aangeboden verblijf in het tehuis is volledig aangepast aan deze bevolkingsgroepen. Zo is het interieur volledig in de stijl van het land van herkomst. Weliswaar voldoet het ook aan de Nederlandse veiligheids- en hygiënormeringen. Het interieur dat op deze wijze aangepast wordt, is een vorm van remiscentie op zich. Ook de voeding, beleving van religie en mogelijkheden om zich te kunnen uitdrukken in de eigen taal geven de bewoner het gevoel opgevangen te zijn in zijn eigen culturele omgeving.

Bij het verpleegtehuis Raffy in Breda wordt bij deze belevingsgerichte zorg extra complementaire zorg gevoegd. Het is als het ware een combinatie van snoezelen,

muziektherapie en reminiscentie in de vorm van 'Therapeutic Touch' (TT). Bij Raffy wordt deze vorm van therapie bij de dementerende bewoners vooral gebruikt wanneer de bewoner psychologische en gedragsymptomen bij dementie (BPSD) vertoont. Door op zeer relaxerende wijze de energiestromen van de persoon terug te harmoniseren, wordt de bewoner rustiger. De combinatie met aangepaste muziek, geuren en TT-massage maakt dat deze vorm van therapie zeer nauw aansluit bij het door ons gekende snoezelen. De muziek en geuren kunnen hierbij een vorm van reminiscentie zijn (Janssen, 4 januari 2012).

Een voorbeeld uit de praktijk was een validation-gesprek met mevrouw C. (casus 3). Deze dame spreekt hooguit een tiental woorden Frans en verder uitsluitend Berbers. Ze begrijpt het officiële Foucha-Arabisch wel. Op een namiddag was mevrouw C. zeer geagiteerd. Vanwege hartfalen dient mevrouw C. zich rustig te houden. De onrustige periodes starten meestal na het dagelijkse bezoekje van de dochter. Het gedrag bestaat dan vooral uit zeer luidruchtig en boos praten, bijna roepen. Een manier om mevrouw C. dan rustiger te maken is een gesprek met haar te beginnen. Natuurlijk is dit niet evident, wanneer je als verpleegkundige geen Berbers praat. De ervaring leert dat wanneer de intonatie van mevrouw C. geïmiteerd werd en de mimiek werd aangepast en de verpleegkundige een paar woordjes Arabisch (zoals ja = Naàm, neen = la) sprak, dit al voldoende was om mevrouw C. zich begrepen te laten voelen. Ze deed als het ware een heel verhaal in monoloogvorm. De verpleegkundige knikte daarbij bevestigend. Wanneer de intonatie van het verhaal triest was, reageerde zij hierop door met een spijtige blik op de lip te bijten. Wanneer de toon echt vrolijk werd, werd er meegeglimlacht. Op het einde werd het gesprek afgesloten door in het Frans te zeggen dat het etenstijd was. Mevrouw C. begreep dit, waarop ze glimlachend ook het gesprek afrondde en ging eten. Het was als het ware validation zonder woorden.

Een andere praktijkervaring was snoezelen met meneer B.. Meneer B. vertoont fysiek niet-agressief gedrag. Dit uit zich in de wens om telkens op stap te gaan. Maar omdat hij aan krachtverlies in de benen lijdt, resulteert dit telkens in een valpartij. Er was er een snoezelsessie georganiseerd voor meneer B., om hem wat te laten relaxen. Om het snoezelen wat meer leefstijlgericht uit te voeren, was er geopteerd voor een hammam (opmerking : Hamman staat in het Arabisch gelijk aan baden, niet enkel stoombaden) die werd nagebootst in het Parker-bad (massagebad met hydrostralen). Er werd aan het water een etherische olie toegevoegd van oranjebloesem (een typische Marokkaanse bloemengeur). Op de

achtergrond werd Arabische muziek gespeeld en na afloop van het baden was er een zoete muntthee voorzien. Mede onder begeleiding van de ergotherapeut werd meneer B. gestimuleerd om het wassen van aangezicht en bovenlichaam zelf uit te voeren. Na afloop was hij zichtbaar rustiger en meer ontspannen.

3.5 Palliatieve zorg, de zorg rond het levenseinde bij de allochtone bewoner en begeleiding bij het rouwproces

In de praktijk kon dit deel niet gestaafd worden door een casus. Vanuit het panelgesprek met De Foyer (20 januari 2012) kon wel worden begrepen dat dit een gevoelig onderwerp is. Het wordt zeker niet uit de weg gegaan. Maar er heerste een welbepaalde unanimiteit dat palliatieve zorg hoofdzakelijk een familiekwestie is waarbij de zorg hoofdzakelijk thuis bij de naasten verloopt. Bij de start van het onderwerp was er wat verwarring en palliatieve zorg werd verward met euthanasie. Een misverstand dat regelmatig te horen is bij ouderen of hun familie. Volgens De Foyer (20 januari 2012) is euthanasie in geen geval bespreekbaar. Daar waren alle panelleden het over eens.

Met de definitie van palliatieve zorg in het achterhoofd, namelijk integrale zorg voor de patiënt (bewoner) bij wie vanuit medisch oogpunt geen genezing meer wordt verwacht, en waarbij het doel is om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te beogen voor deze zorgvrager en zijn naasten, mogen we stellen dat elke persoon met dementie recht heeft op palliatieve zorg, ook de allochtone bewoner met dementie. De bedoeling is uiteindelijk de persoon te begeleiden in of naar zijn laatste levensfase (van den Brink & Adlim, 2009).

Gezien het feit dat vooral in niet-westerse culturen de familie/gemeenschap een van de belangrijkste factor is bij het ouder worden, dienen deze naasten vanaf het begin te worden betrokken bij de palliatieve zorg. De grote uitdaging bij allochtone familieleden is het bespreekbaar maken van de palliatieve zorg. Of palliatieve zorg altijd bespreekbaar is bij allochtonen, hangt vooral af van religie en is zeer cultuurgebonden. Zorg op maat is hier vooral zorg volgens referentiekader. Het referentiekader dat we hier dienen te bekijken is hoe mensen omgaan met ziekte, gezondheid en de dood. Allochtonen gaan niet enkel op zoek naar biomedische verklaringen, maar schrijven ziekte of dood ook regelmatig toe aan God/Allah, het boze oog of karma. (Koppenol-van Hooijdonk & de Graaf, 2010) Zo zegt de dochter van mevrouw C. (casus 3) ook dat Allah wel een reden zal hebben waarom haar moeder dementie heeft. Alleen Hij weet welke opdracht Hij ons daarmee geeft. Zoals reeds eerder werd aangegeven door interculturele bemiddelaars van De Foyer (20 januari 2012), is het niet ongebruikelijk dat de bewoner zelf niet op de hoogte is van zijn diagnose. Deze wordt ter bescherming van hemzelf verzwegen door de familieleden.

Een tweede belangrijk aspect is de vertrouwensrelatie tussen alle leden van het multidisciplinaire team en de naasten van de zorgvrager. Ook hier speelt communicatie weer een grote rol. Vanwege mogelijke taalbarrières wordt er ook

aangeraden gebruik te maken van tolken. Palliatieve zorg is reeds een zeer gevoelige materie en misverstanden dienen zoveel als mogelijk te worden uitgesloten (van den Brink & Adlim, 2009).

Afscheid nemen van een familielid is bij oosterse en zuiderse culturen heel teatraal. De hele familie dient te waken en te rouwen, waarbij er soms ook echt luid emotioneel wordt en het verdriet samen wordt beleefd. Het huis Raffy te Breda laat weten dat het hiervoor een speciaal protocol heeft, waarbij zelfs de hele familie kan blijven slapen in de studio van de bewoner. Er worden dan matrassen en ligzetels voorzien, zodat een maximum aan familieleden kan overnachten samen met de stervende. Verder wordt er een Imam of boeddhistische monnik bij geroepen, om het stervensritueel te begeleiden. De imam zorgt ook voor de nodige spirituele en emotionele opvang van familieleden. De verpleegkundigen geven op dat moment ook de meeste zorg (met uitzondering van medische bijstand) en begeleiding uit handen aan de imam (Janssen, 4 januari 2012).

4. Discussie

Indien alle resultaten overlopen worden bij de 6 verschillende A-handelingen en zijn er vier topics die telkens terugkeren in de zorg bij de allochtone bewoner met dementie ongeacht zijn land van herkomst. Deze vier elementen vormen ook de basis van elke cultuur. Het betreft de communicatie (taal), het gezin (de naasten), de beleving van ziekte en religie/rituelen. Vanuit deze visie kan er per handeling een aantal aandachtspunten benoemd worden. De verpleegkundige handelingen van observeren, rapporteren en analyseren van verpleegproblemen wordt als een geheel genomen. De aandachtspunten bij deze handelingen zijn praktisch moeilijk van elkaar los te koppelen.

4.1 Aandachtspunten bij het observeren, rapporteren en analyseren van verpleegproblemen

Het grote verschil met de autochtone bewoner is de manier waarop deze in het leven staat met zijn persoonlijke afkomst en verleden. Om juist en accuraat te observeren en te rapporteren dient er eerst een inventarisatie gemaakt te worden van de culturele achtergrond van de bewoner. Als verpleegkundige is het dan niet enkel belangrijk een genogram op te stellen of de medische achtergrond te bestuderen maar ook een inventaris op te stellen van het land van herkomst, de taalkennis (eventueel geschreven taalkennis), de religie, gebruikelijke rituelen, reden van plaatsing in WZC (familiale, financiële, onhoudbare thuissituatie, etc.). Deze inventaris zal later helpen om een gepast verpleegplan op te stellen dat hiermee rekening houdt bij het opsporen naar aanwezige of potentiële verpleegproblemen (Booy, Rundervoort, & Staarman, 1996)(Dencheva, 2011). Bijlage 2 toont een voorbeeld van een verpleegplan opgesteld volgens de inventarisatie. Praktisch kan deze inventarisatie mee opgenomen worden in de anamnese van de bewoner. De benodigde informatie kan in eerste instantie gevraagd worden aan de naasten of familie. In tweede instantie - bij het ontbreken van familie - kan dit gevraagd worden aan de sociale dienst of maatschappelijk assistente die de bewoner of persoon begeleidt. Mogelijke vragen in de anamnese kunnen hierbij zijn:

- Religie : zijn er bepaalde religieuze rituelen die de bewoner wenst uit te voeren? Is de bewoner bijgelovig?
- Voedingsgewoonten: wat is de gebruikelijke wijze van eten? Met de rechterhand en brood of met bestek, chopsticks? Is de persoon vegetarisch, veganist ? Zijn er bepaalde voedingsmiddelen die om religieuze redenen niet mogen genomen worden? (Bv : moslims eten geen varkensvlees , schaaldieren, garnalen, paardevlees, of

vlees van dieren dat door vallen, wurgen, slaan, natuurlijke dood is verkregen of vlees van dieren die door andere dieren zijn gedood (Hopstaken & de Meer, 2006)) Neemt de bewoner deel aan vasten, ramadan?

-Vragen over hygiënische zorgen: Zijn er bepaalde badrituelen (manier, tijdstip, reden waarbij hygiënische zorgen noodzakelijk zijn?) Bepaalde handelingen die niet mogen uitgevoerd worden? (bv. bezwaren tegen een verpleger van het andere geslacht, aanwezigheid van andere bewoner/bewoonster?)

- Slaapgewoonten: staat de bewoner vroeg op om te bidden?

- Taal: Welke taal/talen spreekt, begrijpt, schrijft, leest de bewoner? Wat is de meest gebruikelijke manier van communiceren? Praat de bewoner gewoonlijk luid of eerder zacht? Is er een tolk nodig? Of intercultureel bemiddelaar? Praat de bewoner tegen zichzelf (of hoort hij stemmen?).

Wanneer het niet mogelijk is om een antwoord te bekomen op deze vragen en de bewoner het zelf niet kan duidelijk maken, rest er de methode van 'trial and error'.

Een voorbeeld van een mogelijke vertaling van de ADL-vragenlijst kan gevonden worden onder bijlage 3 (Ramzi, & Doumit, 2009). Zo zouden de meeste standaard vragenlijsten met meerkeuze vragen éénmailg door een tolk vertaald kunnen worden. Ook dit kan helpen in het opstellen van een standaard anamnese vragenlijst en helpt in de communicatie .

4.2 Aandachtspunten bij het bijdragen aan de medische diagnose en uitvoeren van de voorgeschreven behandeling

Hierbij wordt er vooral rekening gehouden met de ziektebeleving van de bewoner. Dementie wordt door de niet-westerse culturen vooral gezien als wat vergeetachtig te zijn. Het hoort bij oud worden. Juiste informatie bezit de omgeving niet echt. Het woord 'dementie' bestaat bijvoorbeeld niet in het Arabisch. Het taboe rond deze ziekte uit zich vooral in het feit dat familieleden beschaamd zijn over het gedrag dat de dementerende vertoont. Bij de naaste omgeving is dementie meestal niet bespreekbaar. De familie benoemt het eerder als 'bezeten, gek, of gewoon wat vergeetachtig door shock' (Dewallef, 2001).

Als de diagnose dementie eenmaal gesteld is, wordt het correct informeren en begeleiden van de familie een belangrijke taak van de verpleegkundige. Vooral het bijstaan in de omgang met bepaalde gedragingen is dan in hoge mate noodzakelijk. Benadrukken dat het een ziekte is met medische oorzaken en de daaruit volgende gedragingen stelt de omgeving meestal gerust en maakt dat ze met meer begrip kan omgaan met haar dierbare.

Anderzijds is er onbegrip. Onbegrip vanwege het feit er geen medicijn voor is, terwijl het toch een ziekte is. Ook dit soort vragen dient door de verpleegkundige te worden

verklaard. Anders dreigt er de perceptie te ontstaan dat alle gegeven medicatie toch nutteloos is. En daarmee wordt de therapietrouw in gevaar gebracht.

Een handig hulpmiddel is de 'Beeldwijzer Thuiszorg - Hoe kan ik u helpen?' (Dencheva, 2011). Dit is een ringmap met kaarten waarin de meest gebruikte woorden in de zorg uitgebeeld staan in de vorm van pictogrammen. Die kunnen dan eventueel aangevuld worden met vertalingen in het Arabisch, Turks of in een andere taal. Dit hulpmiddel kan gebruikt worden in de eerste fases van dementie. In een later stadium worden de pictogrammen meestal ook niet meer begrepen.

In haar bijdrage aan de diagnose dient de verpleegkundige ook de vertaalster te worden van de ziektebeleving. Allochtone zorgvragers gaan vanuit hun cultuur soms 'dramatiseren'. Ze uiten emoties in veel sterkere mate dan autochtone bewoners. Ook pijnbeleving is anders; volgens de verschillende culturen krijgt het begrip pijn een andere betekenis (Akpınar, 2010). Ook verwacht de allochtone bewoner die ziek is (of de familie) een behandeling of medicatie. Een afwachtende observerende houding van de arts wordt niet altijd geaccepteerd en dient uitvoerig door de verpleegkundige te worden uitgelegd.

Bij gebruik van MMSE-testen of andere schriftelijke testen die dienen tot de diagnose van dementie dient de verpleegkundige er zich van te vergewissen of het weigeren van een test een cognitieve oorzaak heeft of dat het is vanwege een taalbarrière dan wel vanwege analfabetisme. Deze verschillende oorzaken zijn van belang bij de diagnose alsook bij de behandeling en dienen daarom gemeld te worden aan de behandelende arts.

In het westerse zorgdenken wordt uitgegaan van de stelregel 'rust roest' of 'use it or lose it', waarbij de verpleegkundige zoveel mogelijk probeert de bewoner te stimuleren tot dagelijkse activiteiten (ADL-activiteiten). Oosterse culturen daarentegen gaan eerder uit van een passiviteit van ouderen. De ouderen dient rust gegund te worden. Deze ouderen zijn wijs maar moe. Iedereen zorgt voor de ouderen, zodat deze nog zo weinig mogelijk hoeven te doen, behalve het doorgeven van wijsheid (VU Medisch centrum, 2009).

4.3 Aandachtspunten bij informeren en adviseren van de bewoner en zijn familie

Het begeleiden, informeren en adviseren van de bewoner met dementie zelf, zeker wanneer de taalbarrière groot is, kan een probleem zijn. Hierbij kan er misschien beroep gedaan worden op verpleegkundigen die de taal (deels) beheersen. Wanneer het echt noodzakelijk is kan er een tolk of cultureel bemiddelaar ingeschakeld worden. Maar soms kan zelfs een medebewoner van dezelfde nationaliteit behulpzaam zijn met het vertalen van een woord of een zinnetje.

Mits de wet op de patiëntenrechten in acht wordt genomen, kan er, wanneer de bewoner wilsonbekwaam is, een vertrouwenspersoon worden aangewezen. Deze wordt aangeduid volgens de volgorde die in de wet bepaald is, zijnde partner/echtgenoot, het meerderjarige kind, ouder, broer/zus, en in de laatste plaats de beroepsbeoefenaar (Nijs, 2002). Gezien het feit dat bij de allochtone familie de gewoonte bestaat informatie eerst door te geven aan elkaar i.p.v. aan de bewoner in kwestie, dient te verpleegkundige zich eerst te vergewissen van het feit of deze wijze van werken niet in strijd is met de bovenvermelde wet. Pas wanneer er sprake is van wilsonbekwaamheid, kan er overgegaan worden tot het verschaffen van de informatie aan de vertrouwenspersoon. Mocht er geen sprake zijn van wilsonbekwaamheid (bv. in een vroeg stadium van dementie) dan dient de wet gerespecteerd te worden en dient men het verzoek van de familie om als eerste de medische informatie te bekomen te weigeren. Hier kan de verpleegkundige als bemiddelaar opkomen voor de rechten van de resident en informatief de wet toelichten aan de familie.

4.4 Aandachtspunten bij het voortdurend bijstaan van de patiënt, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van gezondheid beoogt

Bij personen met dementie uit zich dit vooral in 'Quality Of Life' (QOL). Vooral het beperken van gedragstoornissen is een van de belangrijkste doelen van de verpleegkundige. Bij de allochtone bewoner met dementie komen gedragstoornissen ook voort uit cultuurgebonden basisbehoeften, zoals aangepaste voeding, reinigingsrituelen, religieuze beperkingen, enz. De behandeling van deze gedragstoornissen kan zowel medicamenteus dan wel niet-medicamenteus zijn. Als verpleegkundige A-handelingen zijn het de niet-medicamenteuze behandelingen die de verpleegkundige zelf kan uitvoeren. De meest voor de hand liggende behandelingen zijn hierbij validation, reminiscentie, snoezelen en belevingsgericht werken. Op zich wordt er uiteraard in eerste instantie gezocht naar de oorzaak van het gedragsprobleem. Wanneer dit vanuit een pijnsensatie komt, dient er eerst voor pijnstilling te worden gezorgd. Moeilijker wordt het wanneer er gezocht dient te worden naar een cultuurgebonden behoefte. De verpleegkundige kan dan goed gebruik maken van de inventarisatie die bij de anamnese werd opgesteld. De inventaris kan als een soort checklist gebruikt worden. Zo kan er dan doelgericht een mogelijke actie volgen.

Een tweede belangrijk aspect bij QOL is de dagactiviteit. Verveling kan voor depressieve stemmingen zorgen, zeker bij de oudere met dementie. Het zich onnuttig voelen is daar mede de oorzaak van. Bij allochtone ouderen met dementie is deze problematiek nog

groter, omdat de meeste dagactiviteiten voorzien zijn op onze westerse gebruiken of cultuur en dagactiviteiten organiseren enkel voor 1 of 2 personen organisatorisch niet altijd haalbaar is. Als verpleegkundige hebben we vlug de neiging van tevoren te bepalen aan welke activiteiten ze wel of niet kunnen deelnemen omdat ze misschien niet goed begrepen wordt door de bewoner of misschien medebewoners die liever geen allochtonen zien deelnemen aan deze activiteit. Meestal berust de beslissing op vooroordelen. Het aanbieden van elke mogelijkheid tot activiteit zou de regel dienen te zijn. Verder kan soms met eenvoudige aanpassingen de activiteit toch aansluiten bij de eigen levensstijl. Bijvoorbeeld tijdens een koffie- en taartnamiddag zou voor muntthee met amandelgebak gezorgd kunnen worden. Of, bij het voorlezen van de dagelijkse krant, zou aan een van de familieleden die op bezoek komt gevraagd kunnen worden een krant uit het land van herkomst mee te nemen. En, als de bewoner daar cognitief nog toe in staat is, zouden we hem mee kunnen laten lezen. Misschien zouden we voor alle bewoners een Indische avond kunnen organiseren, waarbij de autochtone bewoners nieuwe muziek, eten (hapjes, finger-food), cultuur kan leren kennen en de Indische bewoner kan genieten in een vertrouwde omgeving.

4.5 Aandachtspunten bij het verrichten van handelingen van palliatieve zorg en het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding van de verwerking van het rouwproces

Bij palliatieve zorg wordt er in eerste plaats gedacht aan pijnbestrijding in welke vorm dan ook, hetzij fysieke, hetzij psychische pijn. Gezien het feit dat allochtonen pijn anders uiteten, dient de verpleegkundige hiermee rekening te houden. De allochtone bewoner gebruikt ook pijn om andere klachten te verwoorden zoals bijvoorbeeld geen eetlust hebben. Hij of zij zou dan kunnen zeggen dat hij/zij pijn in de buik heeft, terwijl er bedoeld wordt dat er maagklachten, nausea zijn en dat hij/zij hierdoor niet wenst te eten. Fysieke pijnen uit de allochtone bewoner met dementie meestal door middel van beeldspraak. Hij zal zeggen dat er iets stuk is of gebroken. Ons ervan vergewissen of er inderdaad iets gebroken is, is een eerste observatie, maar daarnaast is het raadzaam, om gebruik te maken van een Doloplus-schaal, wanneer er sprake is van pijn. Deze Doloplus-schaal gaat vooral uit van gedragsindicatoren die veel minder cultuurgebonden zijn. Het aannemen van een comforthouding, de mimiek en weerstand bij bepaalde handelingen of bescherming van pijnlijke zones zijn menselijke reflexen en zodoende intercultureel.

Onze westerse levensvisie benadrukt vooral tijdens de palliatieve periode ook de autonomie van de cliënt. Dit is veelal in strijd met de meer paternalistische visies en familiale zorgdruk van niet-westerse culturen. Voor de verpleegkundige is hier de taak weggelegd om hier duidelijke informatie te verstrekken aan de familie en

vertrouwenspersonen en inzicht te hebben in de al dan niet haalbare wensen van de familie om bepaalde zorgen (alsnog) geven. Het al dan niet toedienen van voeding of vocht is een mogelijk discussiepunt. Het achterwege laten van vochttoediening of voedsel is meestal in strijd met de religieuze plicht die zorg voor het familielid voorschrijft.

Er dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat, zeker in de laatste stervensfase, het mogelijk is dat de ganse familie langskomt en aanwezig wenst te blijven. Dit kan zeer belastend zijn voor zowel de bewoner die palliatieve zorg krijgt als voor de rest van de residenten van de afdeling. De oplossing hiervoor is hierover goede afspraken te maken met de naasten van de bewoner om zo mogelijke ergernissen tijdens de laatste fase te vermijden. Er kan bijvoorbeeld gevraagd worden hoeveel bezoek ze verwachten, om zo in samenspraak een haalbare verdeling te maken van zowel bezoektijdstoppen als het aantal mogelijke bezoekers per periode. Wanneer de infrastructuur dit toelaat, is het aan te raden de bewoner te verplaatsen naar een ruime eenpersoonskamer, eventueel meer afgelegen van de leefruimten van de medebewoners om zo de privacy te kunnen waarborgen en de hinder te minimaliseren. Ideaal is een ruimte waar plaats voorzien is voor rooming-in voor een paar familieleden.

Verder zijn er de religieuze of spirituele wensen. Ook deze kunnen het best bij aanvang van een palliatieve zorg geïnventariseerd worden. Zo kan er navraag gedaan worden of er een bepaalde geestelijk dienaar gewenst is. We denken aan een imam, boeddhistische priester, etc. De verpleegkundige kan ook informeren naar mogelijke stervensrituelen. Vragen aan familieleden wat er gepast is of wat absoluut vermeden dient te worden. Om deze informatie op te vragen, is het aan te raden steeds over een hypothetische casus te praten, niet over de bewoner zelf. De dood van een familielid is meestal niet bespreekbaar (De Foyer, 20 januari 2012).

Uit de resultaten van het onderzoek is duidelijk ook gebleken dat wanneer de bewoner gestorven is, de imam of andere religieuze dienaar zorgt voor alle (spirituele) nazorg. Zodoende rest de verpleegkundige dan nog enkel zich respectvol en discreet op de achtergrond op te houden en wanneer nodig een luisterend oor te bieden aan naasten.

5. Besluit

Als verpleegkundige dienen we ervan uit te gaan dat zorg niet beïnvloed wordt door ras, nationaliteit of politieke dan wel godsdienstige overtuiging. Op de vraag of deze verschillen aangepaste zorg vragen, kunnen we enkel positief antwoorden na afloop van dit onderzoek. De hierboven besproken resultaten en aandachtspunten bevestigen dit. De beperkingen die ervaren werden waren vooral van organisatorische aard. Deze hangt op haar beurt af van de visie of de missie van de instelling. Zoals we konden zien in het verpleeghuis Raffy te Breda, was alle zorg aangepast volgens de cultuur van de bevolkingsgroep die er woonde. Maar in deze instelling woonden slechts twee verschillende culturen. Een multicultureel woon- en zorgcentrum dat voor elke bevolkingsgroep een aangepaste zorg heeft, lijkt een utopie. Men kan onmogelijk verwachten dat iedere verpleegkundige voor elke bevolkingsgroep een aangepaste zorg kan aanbieden. Enkel de taalbarrière zorgt hier reeds voor een dilemma. We kunnen moeilijk alle talen uit de hele wereld praten en begrijpen. Maar mits men over de juiste anamnese beschikt, samen met wat creativiteit en kleine aanpassingen kan er wel gezorgd worden voor een meer leefstijlgerichte zorg, zodat iedere bewoner zich er een beetje thuis voelt. Zoals het onderzoek laat zien, kan leefstijlgerichte zorg met eenvoudige aandachtspunten al verwezenlijkt worden.

Voor wat betreft de bewoner met dementie concluderen we dat de ziekte op zich een toegevoegd probleem is. Niet alleen voelt de allochtoon zich ontworteld, omdat hij buiten zijn geboorteland verblijft, hij verdwaalt daarbij ook nog eens in zichzelf. Door leefstijlgerichte zorg pogen we hier en daar een klein houvast te bieden in dat grote doolhof van dementie. Dit houvast is nodig zowel bij de bewoner zelf als bij de familie. Het toepassen van cultuurgebonden, leefstijlgerichte zorg vraagt bijzondere kennis van de verpleegkundige. De opleiding verpleegkunde benadrukt hierbij de holistische visie van de zorg. Maar hier is meer voor nodig dan enkel de competentie empathie, de kennis over gedragsproblemen bij dementie of een respectvolle benadering. Kennis van de culturele achtergrond van de bewoner is evengoed noodzakelijk, waarbij we ons ook moeten verdiepen in de gebruiken die deze met zich meebrengt. Al bestaat de valkuil culturele verschillen te gaan generaliseren en elke Marokkaan als moslim te gaan behandelen, terwijl er bijvoorbeeld ook christenen in dit land wonen. Of misschien is de persoon volledig geïntegreerd in onze samenleving en heeft hij/zij onze gebruiken overgenomen.

Om praktische redenen beperkte het onderzoek zich tot een paar bevolkingsgroepen, namelijk de Marokkaanse, Filipijnse, Roemeense en Hongaarse. Zodoende is dit

onderzoek niet representatief voor alle migranten en is er zeker verder onderzoek nodig om de beschreven tendensen te kunnen veralgemenen.

Gezien de huidige maatschappelijke evolutie waarbij vluchtelingen vandaag de dag van bijna elk werelddeel afkomstig zijn, zal er in de toekomst nog meer diversiteit in de zorg nodig zijn. Talloen (2007) verwijst nu reeds naar studies die deze tendensen bevestigen. Cultuursensitieve zorg staat duidelijk nog in de kinderschoenen. Verder onderzoek is zeker nodig om haar te optimaliseren en te verbeteren. Want uiteindelijk wordt een goed pad pas gevormd door erop te lopen.

Bibliografie

- Akpinar, A. (2010, maart 1). *holistische visie rond pijnbeleving in de transculturele zorg*. Opgeroepen op 12 januari, 2012, van 2010pijn.akpinar.pdf: www.nvkvv.be/file?fle=185593
- Baas, N. (2008). *Dementie; ook onder allochtonen*. Tilburg : stichting ZET .
- Bollen, K., Jeunen, R., Kurda, B., Maurissen, A., & Schalenbourg, C. (2004). *Interculturele zorg op maat*. Rekem : PZO.
- Booy, E., Rundervoort, M., & Staarman, J. (1996). *Kleurrijk verplegen en verzorgen*. Zaventem : Bohn Stafleu Van Loghum.
- V.U. Medisch centrum (2009), Wynants & Van bronkhorst filmproducties. (Producent),VU Medisch centrum (Regisseur). *Kleurrijke zorgpaden* [Film]. Nederland.
- Declerck, A., Wellens, N., & Demaerschalck, M. (2006). *De ontwikkeling van een vormingsprogramma over de zorg voor allochtone ouderen in rust- en verzorgingstehuizen*. Lucas. Leuven: LUCAS .
- Dencheva, E. (2011). *Hoe kan ik u helpen? Beeldwijzer Thuiszorg*. Gent : Intercultureel netwerk Gent vzw.
- Dewallef, L. (2001). *De zorg voor dementerende migranten*. (pp. p.78-86). Leuven: KUL.
- Dewallef, L., Pang, L., De Lepeleire, J., Ylieff, M., Fontaine, O., Leman, J., et al. (2002). *Hoeveel dementerende migranten verblijven er in onze verzorgingstehuizen? Tijdschrift voor geneeskunde*, 58, p. 1478, 1481.
- Foyer, De. (2012 - 20-januari). *cultureel bemiddelaars*. (S. Petit, interviewer)
- Goudsmit, M., Parleviet, J., van Campen, J., & Schmand, B. (2011). *dementiediagnostiek bij oudere migranten in de geheugenpolikliniek: obstakels en oplossingen*. *Tijdschrift Gerontologie Geriatrie*, 42, p. 204-214.
- Hopstaken, Y., & de Meer, B. (2006, 12 6). *www.ziekenverzorgende.nl*. Opgeroepen op 15, 2012, van www.ziekenverzorgende.nl: <http://verzorgende.fol.nl/allochtone/scriptie-allochtone-zorgvrager.htm>
- Janssen, Lia. (2012 - 4-januari). *Zorg te huize Raffy te Breda*. (S. Petit, Interviewer)
- de Jong, J., Ekkerink, J., Touma, I., & Koopmans, R. (2005). *De laatste fase van dementie bij een groep verpleeghuispatiënten : prevalantie en kenmerken*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36, p. 80-84.
- Kala, M., Simonsick, E., Newman, A., Pope, S., Rubin, S., & Yaffe, K. (2004). *Black and white differences in cognitive function test scores : What explains the difference?*. *American Geriatric Soc.*, p. 2120-2127.
- Koppenol-van Hooijdonk, M., & de Graaf, F. (2010). *Cultuursensitieve palliatieve zorg*. In B. Wanrooij, A. de Graeff, R. Koopmans, C. Leget, J. Prins, K. Vissers, et al., *palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk* (pp. p.297 - 310). Hoofddorp: Bohn Stafleu van Loghum.

- Nelissen, J. (2010). Culturally sensitive care for multi-cultural elderly people. In P. Swanborn, *Case-study's; wat, wanneer en hoe?* (p. 76). Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Nijs, H. (2002). De wet betreffende de rechten van de patiënt. R.W.
- Ovallo. (2005). *Vergrijzing... een kleurrijk gegeven*. Brussel: BWR.
- Ramzi, N., & Doumit J. (2009). Validity and reliability of the Arabic version of Activities of the Daily Living (ADL). *BioMedCentral (BMC) Geriatric* , 11
- Samaoli, O., Linblad, Amstrup, K., Mirza, N. R., & Patel. (2000). Vieillesse, démence et immigration . Paris , France : L'Harmattan.
- Schölzel-Dorenbos, C., & de Lange, J. (2005). Verschillen in perspectief tussen mensen met dementie en zorgverleners. *Denkbeeld* , 17, p.6-8.
- Talloen, D. (2007). *Zorg voor allochtone ouderen*. Mechelen: Kluwer.
- van den Brink, P., & Adlim, T. (2009). *interculturele palliatieve zorg*. Opgeroepen op 14 november 2011 op www.actizkleurrijkezorg.nl: www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?requestid=c10e9eb3-82fe-403e...
- Van Geertruyen, G., Talloen, D., & Keten, Y. I. (2005). *BME-elders in the province of East-Flanders (Belgium)*. . Leeds: SEEM II .
- Vandeurzen, J. (2010). *Naar een dementievriendelijk Vlaanderen*. Vlaamse regering , Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Brussel: Vlaamse regering .
- World Health Organization - WHO. (2012). *Dementia : a public health priority*. WHO. Geneva: WHO-press .

Bijlagen

Bijlage 1 : Vragenlijst ten behoeve van de interviews aan Lia Janssen van het verpleeghuis Raffy te Breda (NL) en de interculturele bemiddelaars van De Foyer te Brussel.

Bijlage 2.1 : Verpleegplan voor allochtone bewoners of patiënten

Bijlage 2.2 : Verpleegplan voor allochtone bewoners of patiënten

Bijlage 3 : Voorbeeld van ADL- vragenlijst in het Arabisch

Bijlage 1 : Vragenlijst tbv interview bij Verpleeghuis Raffy en De Foyer.

- 1 *Is dementie bespreekbaar bij de allochtone bevolking of heerst hierop (nog) een taboe? Is het bekend als ziekte beeld bij deze groep van de bevolking?*
- 2 *Welke zorg wordt er in principe door de familie voorzien voor dementerende familieleden? Is ons zorgsysteem gekend? Vinden ze de weg naar onze woon- en zorgcentra, geriatische diensten in het ziekenhuis?*
- 3 *Welke zorg wordt er verondersteld door de allochtone bevolking in onze WZC terug te vinden? Hoe zouden we de zorg meer op maat van hun levensbeschouwing kunnen geven?*
- 4 *Is palliatieve zorg bekend bij de allochtone bevolking? Wat is mogelijk, op welk deel van palliatieve zorg heerst een taboe? Is palliatieve zorg bespreekbaar met mantelzorgers, of familie?*
- 5 *Welke initiatieven neemt de overheid om professionele zorg bij de allochtone bevolking te stimuleren(lees : bekend te maken) en via welke weg bereikt deze informatie de doelgroep?*
- 6 *Is er specifieke hulp en ondersteuning voorzien voor mantelzorgers? .Welke?*
- 7 *Weet u van bestaan af van meetinstrumenten typisch voor allochtone ouderen? (cfr. MMSE, Katz, VAS, Barthelscore,...)*
- 8 *Welke typische zorgen zijn er anders in vergelijking met een traditioneel verpleeghuis, WZC? Hoe heeft u deze nood (H)erkent? **
- 9 *Bestaan er in België, Brussel woon- en zorgcentra of afdelingen (cfr. thuiszorg) die aangepast zijn aan allochtonen doelgroepen? ***

* vraag enkel gesteld aan Verpleeghuis Raffy te Breda

**vraag enkel gesteld aan De Foyer te Brussel

Bijlage 2.1 : Verpleegplan tbv allochtone cliënt

Verpleegprobleem 1: Communicatie

Verpleegdoel : Betere communicatie en begrip van de cliënt/bewoner
 Vertrouwen van de cliënt/bewoner bevorderen
 Cliënt/bewoner begrijpt de verpleegkundige

Actieplan : - Tolk inhuren of contact opnemen met een intercultureel bemiddelaar
 - Werken met pictogrammen
 - Verpleegkundige bijscholen in de taal of gebruiken van de allochtonen cliënt/bewoner
 - Ervaringen rapporteren, successen noteren en de wijze van communicatie herhalen
 - Overleg met familieleden wanneer mogelijk
 - Eventueel vertaling vragen aan medebewoner die dezelfde taal spreekt
 - Allochtone verpleegkundige raadplegen of laten helpen bij de communicatie
 - Moeilijk zinnen en vragen vermijden, niet teveel informatie in één gesprek, vragen waarbij "JA/NEEN"-antwoorden mogelijk zijn
 - Kijken naar de cliënt/bewoner zijn mimiek

Verpleegprobleem 2 : Beperking van religie/rituelen

Verpleegdoel : Zoveel als mogelijk eigen rituelen laten behouden
 Tijd voorzien voor gebed/ritueel
 Gewoonten inplannen in dagstructuur
 Rekening houden met eetgewoonten, Ramadan, wasrituelen
 Zorgen voor een evenwichtige voeding binnen de gewoonten van de cliënt/bewoner

Actieplan : - Verpleegkundige informeert zich naar de gewoonten en gebruiken bij de allochtone bewoner of familie
 - Informeren naar was-, eet- of gebedsgewoonten
 - Wanneer communicatie moeilijk is eventueel informeren bij imam of intercultureel bemiddelaar
 - Respecteren van de gebruiken van de cliënt/bewoner

Bijlage 2.2 : Verpleegplan tbv allochtone cliënt

Verpleegprobleem 3 : Risico op depressie/verveling

Verpleegdoel : Verveling/depressie vermijden
 Cliënt/bewoner voelt zich thuis op de afdeling
 Cliënt/bewoner heeft vertrouwen in de zorgverleners

Actieplan : - Aangepaste dagactiviteiten voorzien of dagactiviteiten een
 weinig aanpassen zodat deze herkenbaar is voor de allochtone
 bewoner/cliënt
 - Ook wanneer de activiteit niet aangepast is aan de cultuur
 van de allochtone bewoner/cliënt de activiteit aanbieden
 - Bespreekbaar maken van depressie/verveling
 - Snoezelen, reminiscentie, validation aanpassen aan de
 cultuur van de bewoner/cliënt

Bijlage 3 : ADL-vragenlijst in Arabisch (Ramzi & Doumi, 2009)

Appendix A

(ADL)	نشاطات الحياة اليومية	ضع دائرة حول العلامة المتعلمية
		ADL01 - انتقالاً جسدياً
1	- استقلالية تامة	
1/2	- مساعدة جزئية	
0	- مساعدة على الآخرين	
		ADL02 - ارتداء الملابس
1	- استقلالية تامة في ارتداء الملابس وإزالتها	
1/2	- سؤال أول أو جوب ولكن مع حاجة للمساعدة في إتقان الحذاء	
0	- مساعدة على الآخرين	
		ADL03 - الذهاب إلى المدرسة
1	- استقلالية تامة الذهاب إلى المدرسة، خلق الملابس وارتداء إزالتها	
1/2	- وجوب مرافقة أو حاجة للمساعدة في خلق وارتداء إزاحة الملابس	
0	- لا يستطيع الذهاب بمفرده	
		ADL04 - إطفاء إلتكاف
1	- استقلالية تامة	
1/2	- بحاجة للمساعدة	
0	- طرح القرائن	
		ADL05 - إجلس ابوال والبرؤ
1	- القدرة على التحكم	
1/2	- سلس في بعض الأحيان	
0	- سلس كامل	
		ADL06 - وجبت الطعام
1	- تناول الطعام بمفرده	
1/2	- بحاجة للمساعدة لقطع اللحم أو كشير الفاكه	
0	- مساعدة تامة	

المجموع : ____/6

0 point: Very dependent
 1-5 points: Partially dependent
 6 points: Totally independent