



Formulier Projectaanvraag ZonMw – Superdivers Dementievriendelijk Den Haag

I RELEVANTIE

1. Welk actueel praktijkprobleem in Den Haag?

Bestaand algemeen welzijns- en zorgaanbod lijkt niet voldoende aan te sluiten op de behoeften en wensen van thuiswonende migrantenouderen met dementie en hun mantelzorgers. Ook is er bij mensen met een migratieachtergrond een achterstand in kennis over dementie en weten zij moeilijk de weg naar hulpverlening te vinden. De vroege signalering van dementie is bij migrantenouderen in het algemeen moeilijker. Tekenende erop wijzen dat er iets aan de hand zou kunnen zijn, worden minder snel opgemerkt en eerder geschaard onder het feit dat men nu eenmaal ouder wordt. Dit maakt dat de diagnosestelling (te) lang op zich laat wachten en de benodigde ondersteuning en zorg, zowel door professionals als mantelzorgers, te laat ingeschakeld worden. Er is nog veel winst te behalen door kennis en bewustwording over dementie en risicofactoren te vergroten onder migrantenouderen en hun naasten.¹

De vraag om hierin verbeteringen aan te brengen komt van individuele burgers, van organisaties die de belangen van ouderen met een migratieachtergrond behartigen, (NOOM², SOC³, PAL⁴ EEKTA⁵) van individuele ouderen en hun families, van mantelzorgers, van professionals werkzaam in de stad⁶, van landelijke kennisinstituten (o.a. Pharos⁷ en Alzheimer Nederland⁸), maar ook van de beleidsadviseurs in de stad en vanuit de Haagse politiek (motie⁹). Het is kortom tijd om hiervan breed werk te maken. Wij stellen dan ook een praktijkontwikkeltraject voor.

Onderbouwing noodzaak

Oudere Hagenaars met dementie én met een migratieachtergrond maken minder gebruik van professionele zorg dan vergelijkbare ouderen zonder migratieachtergrond. In de superdiverse stad Den Haag groeit het aantal ouderen met een migratieachtergrond al jaren. Deze ouderen verschillen echter onderling meer van elkaar dan zij op elkaar lijken. Wij doen hen tekort door in algemene termen over hen te spreken. Uit onderzoek van neuropsycholoog Özgür Uysal-Bozkir¹⁰ (Universiteit van Amsterdam) blijkt dat migranten uit Marokko, Turkije en ouderen met een Surinaams-Hindoestaanse achtergrond drie tot vier keer vaker dementie krijgen dan andere Nederlandse ouderen.¹¹ Daarbij laat het onderzoek Kleurrijke Zorg¹² duidelijk zien dat de huidige voorzieningen niet voldoende aansluiten op behoeften en wensen van migrantengroepen.

Het is niet alleen noodzakelijk om aandacht te besteden aan de oudere migranten met dementie, maar zeker ook naar hun mantelzorgers. Mantelzorgers met een migrantenachtergrond hebben een grotere kans op overbelasting dan autochtone mantelzorgers, dit geeft Pharos: Expertisecentrum Gezondheidsverschillen aan. Net als andere mantelzorgers met een lage sociaaleconomische positie, zorgen zij relatief vaak alleen voor de hulpbehoevende en verlenen zij intensiever (meer uren) hulp. Vaak begint men al op jonge leeftijd met het bieden van mantelzorg en kan dit jaren duren. Migrantenvormelzorgers hebben vaak extra taken op het terrein van begeleiding naar, en tolken bij, gezondheidszorg en andere instanties. Oudere migranten beheersen de Nederlandse taal vaak minder goed of helemaal niet en hebben moeite een gesprek in het Nederlands te voeren/volgen. Daarnaast hebben veel van deze ouderen, mede door hun lage opleidingsniveau, moeite om zelf de

¹ Wilbrink, N., Kolste, R (2013). Ouderen over ondersteuning en zorg: kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg vanuit ouderenperspectief met extra aandacht voor kwetsbare ouderen, waaronder migrantenouderen. Utrecht: Pharos en Zorgbelang Nederland.

² <http://www.netwerknroom.nl/5-Dementie>

³ Stedelijke Ouderen Commissie

⁴ Platform Allochtone Ouderen Den Haag

⁵ Stedelijke Hindoestaanse Organisatie

⁶ Symposium dementie en culturele diversiteit, 14 september 2017: <http://docplayer.nl/55259051-Dementie-en-culturele-diversiteit.html>

⁷ <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/ouderen-en-gezondheid/dementie>

⁸ <https://signaleren.alzheimer-nederland.nl>

⁹ <https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/5837423/4/ID>

¹⁰ <http://www.uva.nl/content/nieuws/persberichten/2016/09/migranten-op-leeftijd-veel-vaker-dement-dan-nederlandse-ouderen.html>

¹¹ Deze bevindingen worden onderschreven door Max Stek, hoogleraar ouderenpsychiatrie in het VU medisch centrum en Wiesje van der Flier, hoogleraar aan het VUmc Alzheimercentrum.

¹² https://fsw.vu.nl/Images/Kleurrijke-zorg-rapport_tcm249-879552.pdf



regie te nemen en op een goede manier toegang te krijgen tot ondersteuning en zorg. Daarnaast kan hun belasting vergroot worden door onbekendheid met ziektebeelden. Zo zijn bijvoorbeeld veel (oudere) migranten onbekend met dementie als ziekte en zien zij het als een verschijnsel dat hoort bij het ouder worden. Soms is er ook sprake van schaamte, vanwege het vreemde gedrag van de dementerende. Daardoor wordt pas in een laat stadium hulp gezocht; dit leidt vaak tot grote belasting van de mantelzorger¹³.

In Amsterdam is onderzoek gedaan naar de mate van aansluiting van zorg en welzijn bij de behoefte van oudere migranten. Hieruit blijkt onder meer dat schriftelijke informatie niet toegankelijk is voor de doelgroep, zelfs niet als deze in de eigen taal is geschreven. Daarnaast verwachten zij dat aanbod van zorg naar hen toekomt, zij gaan hier niet zelf naar op zoek. Bovendien bestaat er binnen de doelgroep een taboe rond psychische en sociale problemen. Dit zou eveneens een rem kunnen vormen op het actief zoeken naar hulp bij dementie. Wel weet men de weg naar de huisarts goed te vinden, maar vervolgens heeft deze moeite met het achterhalen van de werkelijke hulpvraag. Het lijkt er wel op de huisarts zich in een sleutelpositie bevindt om deze groep de weg te wijzen naar passende zorg en ondersteuning¹⁴.

Bovenstaande wordt ook herkend door professionals uit het werkveld in Den Haag die veel met migrantenouderen en hun mantelzorg in aanraking komen, zoals ouderenconsulenten¹⁵ en casemanagers dementie.

Een rondvraag langs de 30 ouderenconsulenten en 15 casemanagers dementie levert de volgende informatie op over ouderen met een migratieachtergrond. Zij signaleren de groep en hun mantelzorgers vooral in de stadsdelen Centrum, Escamp, Segbroek en Laak. Het gaat om ouderen afkomstig uit Turkije, Marokko, Syrië, Irak en Suriname. Ouderen met een migratieachtergrond met dementie worden gesignaleerd in de Schilderswijk, Transvaal, Moerwijk, Laakkwartier, Spoorwijk, Bouwlust, Vrederust en Valkenboskwartier. De grootste groep wordt gesignaleerd in de Schilderswijk. Voor zowel ouderen als mantelzorgers geldt dat zij weinig kennis hebben over het ziektebeeld dementie, er wordt te laat hulp gezocht en er is weinig kennis van de sociale kaart. Mantelzorgers zoeken te laat hulp en maken geen gebruik van respijtzorgmogelijkheden. De ouderen wensen geen hulp van buitenaf, zij willen dat de kinderen alle zorgtaken op zich nemen. De doelgroep met dementie heeft behoefte aan regie, vertrouwen, iemand die dezelfde taal spreekt en hetzelfde gezicht. De mantelzorgers hebben behoefte aan een luisterend oor, praktische hulp en ondersteuning zoals cultuurspecifieke en flexibele dagopvang. Professionals hebben behoefte aan zorgvrijwilligers. De rondvraag leverde ook op dat zorg en welzijnsprofessionals behoefte hebben aan een sociale kaart met verschillende voorzieningen voor mantelzorgers met een migratieachtergrond.

Er is wel verschil tussen de verschillende migrantengroepen. Uit cijfers van het SCP¹⁶ blijkt dat de Surinaams Hindoestaanse groep meer dan Turkse en Marokkaanse ouderen/mantelzorgers gebruik maakt van thuiszorg en voorzieningen. Ook zijn zij de Nederlandse taal beter machtig.

PEP Den Haag heeft in 2018 een onderzoek uitgevoerd naar de ondersteuningsbehoefte van migrantenmantelzorgers in Den Haag¹⁷. Daaruit blijkt onder meer dat veel van de respondenten niet bekend zijn met de ondersteuningsmogelijkheden voor henzelf of voor hun naaste. Informatie en voorlichting over aandoeningen, hulp en ondersteuning, waar nodig in eigen taal, komt als wens uit het rapport naar boven.

Haagse situatie in de keten rond zorg en ondersteuning voor ouderen en mantelzorgers- 2017

De gemeente Den Haag en haar partners in het maatschappelijk domein richten zich met beleid voor mensen met geheugen- en/of regieverlies op alle kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers.

¹³ <http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet-mantelzorgers.pdf>

¹⁴ Suurmond J., Rosenmoller D.L., el Mesbahi H., Lamkaddem M., Essink-Bot M.L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly - A qualitative study. International Journal of Nursing Studies.

¹⁵ Sociaal werkers met specialisatie ouderen, in dienst bij een van de werkmaatschappijen van Xtra.

¹⁶ Presentatie Cultuursensitieve mantelzorgondersteuning van Dr. Ibrahim Yerden tijdens bijeenkomst op 9 november 2017 bij PEP Den Haag.
Den-Haag, 9 november 2017

¹⁷ <https://www.pepdenhaag.nl/var/downloads/var/mediamanager/files/rapport%20cultuursensitieve%20mantelzorg%20def.pdf>



Onderscheid naar doelgroepen wordt hierin niet gemaakt, diversiteit in al zijn aspecten is leidend. Het gaat om algemene en persoonsgerichte welzijns- en zorgvoorzieningen die moeten passen bij de individuele behoefte(n) van alle kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. Daarbij streeft de gemeente naar seniorvriendelijke en dementievriendelijke wijken en een voor diversiteit sensitieve stad. Met ouderenbeleid dat gericht is op vitaliteit; wat maakt een oudere gelukkig (kwaliteit van leven) en waarmee is hij geholpen¹⁸? De gemeente Den Haag is daartoe lid van het Deltaplan Dementie¹⁹ en is de eerste Age-Friendly City in Nederland²⁰ waar diversiteit en dementie speerpunten zijn.

Wij constateren kortom:

- Een toenemend aantal mensen met dementie en een migratieachtergrond;
- Een naar verhouding beperkt en te laat gebruik van huidige voorzieningen in welzijn en zorg door deze ouderen en hun relaties;
- Een tekort aan kennis en zicht op wensen en behoeften van deze ouderen bij eerstelijns zorgmedewerkers zoals huisartsen, welzijnswerkers en vrijwilligers waardoor toegang tot en aansluiting op bestaande voorzieningen niet goed is;
- Tekort aan kennis bij de doelgroep zelf over bestaande voorzieningen waardoor men te weinig of te laat gebruik maakt van deze voorzieningen;
- Een tekort aan kennis en zicht op mogelijke andere en nieuwe voorzieningen die beter aansluiten op de wensen en behoeften van migrantenouderen met dementie en hun mantelzorgers.²¹
- Te weinig kennis om vroegtijdig met deze mensen in contact te komen.

Om het actuele Haagse praktijkprobleem aan te pakken kiezen wij de volgende uitgangspunten:

- a. Het perspectief van de thuiswonende migrantenouder met dementie en dat van hun mantelzorger staat centraal en vormt het vertrekpunt;
- b. Plaats van handeling is de wijk waar de migrantenouder met dementie woont, hier maken we gebruik van de inzet van (welzijn)professionals en vrijwilligers ter plaatse²², denk aan sociaal werkers, wijkverpleegkundigen, thuishulp, lokale winkeliers en de politie;
- c. We borgen de aanpak direct in de bestaande organisaties, werkverbanden en structuren;
- d. We spreken van een praktijkontwikkeltraject omdat we werken met al aanwezige professionals en vrijwilligers die aanpak en opbrengsten ontwikkelen, toepassen en na positieve evaluatie in hun handelingsrepertoire opnemen.

CIJFERS DEN HAAG

29% van de 65+ ers in Den Haag heeft een migratie achtergrond (= 21.460 mensen). Uit het onderzoek van neuropsycholoog Özgür Uysal-Bozkir volgt dat naar schatting 7.440 mensen in Den Haag behoort tot de groep migranten-ouderen met dementie. Deze groep groeit de komende jaren zo blijkt uit de Ouderenmonitor van Den Haag. Gemiddeld heeft 10% van de 65+ ers in Nederland dementie (bron: levenmetdementie.nl)

Om thuiswonende kwetsbare ouderen (vooral ook ouderen met geheugenverlies en/of dementie) en hun mantelzorgers dicht bij huis bij te staan is op wijkniveau een preventief netwerk (professionals en vrijwilligers) opgezet, Haags Ontmoeten²³, dat gericht is op ondersteuning bij o.a. een zinvolle en gelukkige daginvulling. Haags Ontmoeten is verbonden aan een breed palet algemene voorzieningen waardoor schakelen met bijvoorbeeld de Servicepunten XL, de ouderenconsulenten en andere sociaal werkers gemakkelijk is.

Stichting Transmurale Zorg²⁴, samenwerkingsverband van welzijn- en zorgaanbieders in regio Haaglanden, initieert en ondersteunt het netwerk dementie in de regio Haaglanden. Vanuit eerstelijns-zorgmedewerkers signaleert zij de behoefte aan meer kennis en ondersteuning in het diagnosticeren, vroegtijdig signaleren en begeleiden van migrantenouderen met dementie. De vraag om deze kennis komt onder meer tot uiting in een nog te organiseren congres rondom migranten en dementie in november 2018. De initiatiefgroep bestaat uit een Specialist Ouderengeneeskunde van HWW Zorg, Klinisch Geriater, internist ouderengeneeskunde Haga ziekenhuis, een huisarts van De Rubenshoek, beleidsadviseur van de welzijnsorganisatie, casemanager HWW Zorg en een programmaleider/

¹⁸ <http://www.voortgaaninverandering.nl>

¹⁹ <https://deltaplاندementie.nl/nl/gemeente-den-haag>

²⁰ <https://www.denhaag.nl/nl/zorg-en-ondersteuning/zorg-voor-elkaar/seniorvriendelijke-stad-den-haag.htm>

²¹ Symposium Dementie en Culturele Diversiteit, 14 september 2017

²² <http://www.superzorg.nu/doelgroepen/>

²³ <http://www.haagsontmoeten.nl/>

²⁴ <https://transmuralezorg.nl>



ketenregisseur van STZ. Er blijkt een duidelijk vraag van het professionele zorg en welzijnsveld te zijn naar mogelijkheden van passende en tijdige zorg en ondersteuning van migranten met de diagnose dementie. De samenwerkingsverbanden die er uit ontstaan en de opgedane kennis zullen van toegevoegde waarde zijn voor de implementatie van het voorliggende plan.

Divers Den Haag²⁵, een beweging van meer dan veertig organisaties in het sociaal domein die met elkaar nadenken over optimalisatie van de dienstverlening aan alle Haagse burgers, is initiatiefnemer van dit traject. Deze beweging neemt de superdiverse stad als leidend principe voor ontwikkeling van alle dienstverlening.

2. Aansluiting bij Programma Memorabel, programma Dementiezorg voor elkaar en subsidieoproep en ander onderzoek rond migranten ouderen

Het traject sluit aan bij prioriteit 4.1 van het programma Memorabel. "Zicht krijgen op de beleving, voorkeuren en behoeften van mensen met dementie, met het oog op vraaggerichte zorg en value based care, rekening houdend met het levensperspectief". Wij vullen deze prioriteit graag aan met zicht krijgen op beleving, behoeften en voorkeuren die gericht zijn op zo lang mogelijk thuis blijven wonen, vitaliteit en participatie in de directe omgeving van de migranten-oudere met dementie. Focus in dit traject ligt op de 'voorkant' van de keten: vroegtijdige signalering en ondersteuning in de directe omgeving van de thuiswonende ouderen. Bij deze 'voorkant' denken wij aan vrijwilligers, winkeliers, politie, thuishulp, wijkverpleegkundige, sociaal werker en huisarts.

Met deze focus sluiten wij ook aan op het bouwen aan een dementievriendelijke samenleving (4.4) en op het verbeteren van de relatie tussen formele en informele zorg (4.5).

Binnen Memorabel zijn de volgende(onderzoeks)projecten interessant om verbinding mee te leggen en ervaring mee uit te wisselen: *Dementia in metaphors: towards shared understanding and decision-making in families of various cultural backgrounds*. Mogelijk levert dit project de informatie strategieën op die de huisartsen, casemanagers dementie maar ook ouderenconsulenten in Den Haag ook missen. De instrumenten die ontwikkeld zullen worden in het project *Taking care of caregivers* zijn uiteraard ook mogelijk om te gebruiken in Den Haag. Bovendien is het raamwerk dat ontwikkeld zal worden in het project *Bevorderen en behouden van positieve gezondheid van mensen met dementie en hun mantelzorgers door dementievriendelijke gemeenschappen* van belang om kennis van te nemen omdat ook Den Haag zich wil profileren als dementievriendelijke stad. Maar wat betekent dit voor wijken waar veel migranten wonen? Moet dit concept worden aangepast of sluit dit juist naadloos aan op hoe men omgaat met dementerende ouderen in deze gemeenschappen?

3. Opbrengsten

We werken aan opbrengsten die door de partners in de praktijk worden ontwikkeld en direct worden toegepast.

- Inzicht in de wensen en behoeften van mensen met dementie, specifiek gericht op informatie en (achterhalen) hulpvraag;
- Inzicht in hoe er op verschillende wijze naar de ziekte wordt gekeken, wat dementie betekent en hoe dat wordt 'gelabeld';
- Meer migrantenouderen met dementie in beeld bij welzijn en zorgorganisaties waardoor de doelgroep van migranten met dementie en hun mantelzorgers gezondheidsvaardig gemaakt kunnen worden en mantelzorgers op maat kunnen worden gesteund.
- Meer kennis en handelingsvaardigheid bij huisartsen en andere eerstelijnsmedewerkers over dementie en migrantenouderen;
- Meer kennis over (toegang tot) voorzieningen bij migrantenouderen;
- Betere samenwerking in de wijk met als doel tijdige toeleiding naar ondersteuning en zorg voor deze doelgroep;
- Meer migrantenouderen met dementie die (tijdig) gebruik maken van welzijn en zorg.

Benoemd in **mogelijke** middelen:

De nieuwe of aangepaste middelen, interventies en voorzieningen moeten duidelijk worden uit de behoeften en wensen van ouderen en hun relaties. Een indicatie van mogelijke middelen/interventies:

- Verdiepen van het kwaliteitskader, op basis van reeds bestaande kaders zoals door Pharos en Zorgbelang zijn opgesteld, dat gebruikt kan worden door aanbieders van welzijn en zorg;

²⁵ <http://www.diversdenhaag.nl>



- Ondersteuningsmateriaal (vorm nader te bepalen) gericht op communicatie en informatie strategieën voor huisartsen, POH'ers en andere professionals om beter aansluiting te vinden bij migrantenouderen met dementie en hun relaties ;
- Beschrijven en verspreiden van goede voorbeelden van sluitende wijknetwerken van 0^e, 1^e en 2^e lijn in Den Haag waarin aandacht voor oudere migranten en dementie gewaarborgd is.
- Een aanpassing, uitbreiding of nadere focus op dementie van de leergang diversiteit & sensitiviteit²⁶ voor professionals en (zorg)vrijwilligers in Den Haag;
- Nieuwe, aangepaste of betere bekendheid van bestaande activiteiten voor en met mantelzorgers en migrantenouderen.

4. Implementatie en borging

Door een aanpak te kiezen die gericht is op het versterken, verbreden, verdiepen en transformeren van het bestaande aanbod in welzijn en zorg voor ouderen met regieverlies, kiezen we ook voor een implementatie die direct vruchten afwerpt. Immers, de welzijnsprofessionals, (zorg)vrijwilligers, huisartsen, POH'ers en andere eerstelijns zorgwerkers zijn al verbonden aan bestaande organisaties, dan wel in netwerken die ingezet worden in de wijken waar migrantenouderen wonen. Ook door te kiezen voor een traject en niet voor een project (per definitie eindig) kiezen wij voor een werkwijze die implementatie vanaf de start 'in zich heeft'.

De *borging* van de transformatie van bestaand aanbod en aanpak wordt regulier gefaciliteerd door de kernpartners in dit traject:

- Stichting Transmurale Zorg (STZ) die welzijn- en zorgaanbieders in regio Den Haag²⁷ ondersteunt en voorziet van nieuwe kennis en inzichten.
- Xtra Welzijn, met een fijnmazig netwerk op buurtniveau en coördinatie van het netwerk Haags Ontmoeten. De huidige programmacoördinatoren vormen de spil van dit netwerk en krijgen hiermee ook een belangrijke rol bij het transformeren van werkwijzen.
- Divers Den Haag – een beweging van meer dan veertig organisaties in de stad, die werkt aan een superdiverse stad Den Haag waar alle burgers zich herkend en erkend voelen en de rol hebben die hen past.

Delen van opbrengsten en kennis

De trajectregisseur heeft in dit alles de rol om de transformatie van bestaand aanbod in beeld te brengen/te beschrijven zodat verspreiding via de volgende kanalen mogelijk wordt: lokaal via symposia, bestaande netwerkbijeenkomsten en tijdens de leergang diversiteit & sensitiviteit, landelijk via organisaties als NOOM en Pharos, Europees via het platform Age-Friendly Cities en het European Network on Intercultural Elderly Care (ENIEC). Ook publicaties in Denkbeeld, vakblad over dementie, zorgen voor verspreiding van opbrengsten. Uiteraard ook op de sites: dementiezorgvoorelkaar.nl, beteroud.nl, diversdenhaag.nl, xtra.nl en transmuralezorg.nl

5. Inbreng ervaringsdeskundigen en diversiteit

Het cliëntperspectief staat centraal, daarom starten we bij de migrantenouderen die we kennen uit de wijken. Voor het juiste perspectief gaan we intensief in gesprek met deze ouderen.

De ervaringsdeskundigen vinden we o.a. bij de Centra voor Haags Ontmoeten, de reguliere welzijnsactiviteiten en bij de vertegenwoordigers van migranten- en levensbeschouwelijke organisaties in Den Haag. Wij organiseren vanaf de start van het traject een klankbordgroep die wordt samengesteld door partners uit en in samenwerking met Divers Den Haag.

II KWALITEIT

1. Plan van aanpak

Wij werken met een agile²⁸ werkwijze aan het verdiepen, versterken, vernieuwen en transformeren van de Haagse praktijk.

Doel traject

²⁶ <http://diversdenhaag.nl/leergang-diversiteit-en-cultuursensitiviteit>

²⁷ <https://transmuralezorg.nl/denhaag/Participanten>

²⁸ Agile werken in de zin van wendbaar en flexibel.



1. Vergroten van het bereiken van migrantenouderen en inzicht in beeld, opvattingen behoeften en wensen t.a.v. (ondersteuning bij) dementie.
2. Versterken van migrantenouderen met dementie en hun mantelzorgers: aanreiken van passende kennis en vaardigheden over dementie en voorzieningen en gericht op het taboe doorbreken.
3. Passend vraaggericht aanbod van welzijnsorganisaties, samenwerkende teams (welzijn en zorg) in de wijk en eerstelijnszorg (o.a. huisartsen) in Den Haag gericht op behoeften van migrantenouderen met dementie en hun relaties en effectieve toeleiding naar deze (bestaande) voorzieningen.

Aanpak

De focus ligt op twee stadsdelen waar veel migrantenouderen wonen: Centrum en Escamp, daarbij zullen we in eerste instantie kiezen voor de wijken Schilderswijk en Moerwijk. Dit zijn de wijken met een hoge concentratie ouderen met migratie achtergrond in de beide stadsdelen.

Per stadsdeel stellen we een team samen bestaande uit de programmacoördinator Haags Ontmoeten, een migrantenouder en/of mantelzorger, een sociaal-werker en een vertegenwoordiger van een eerstelijns zorgorganisatie uit een specifieke wijk/buurt. We sluiten zoveel mogelijk aan op bestaande netwerken in deze wijk/buurt. Per team wordt een aanspreekpunt bepaald.

START-FASE = 8 tot 10 maanden

A. Klantonderzoek

- **Inventarisatie:** bereiken van en contact leggen met migrantenouderen en mantelzorgers in Escamp en Centrum, met als doel om behoeften en ondersteuningsvraag te achterhalen. We kiezen er voor om ons te richten op tenminste de Turkse, Marokkaanse en Surinaams Hindoestaanse ouderen in Schilderswijk en Moerwijk. Door te richten op de drie grootste groepen, waarbij een daarvan minder/ geen taalproblematiek ervaart en er wel voorzieningen zijn, kan ook gekeken worden waar de hiaten in het aanbod/ondersteuning nu zitten.

We gaan als volgt aan de slag:

- Direct contact met zelforganisaties die zich richten op Turkse en Marokkaanse ouderen maar zeker ook door ons te richten op migranten ouderen en hun mantelzorgers zelf. We maken hier mogelijk gebruik van zwermmethodiek²⁹ en/of van wijkcontactpersonen³⁰ om direct in contact te komen met de doelgroep. Daarnaast maken we gebruik van ouderenconsulenten en casemanagers dementie die al ouderen en mantelzorgers uit de doelgroep in begeleiding hebben.
- In gesprek met behulp van focusgroepen, huiskamergesprekken etc.
- Per doelgroep twee focusgroepgesprekken een met ouderen zelf (verminderde regie). Dit steeds per wijk. Onderwerpen die tijdens de focusgroepgesprekken aan de orde komen zijn:
 - kennis en / of lacune in kennis van dementie,
 - kennis over zorg en ondersteuning rondom dementie,
 - welke informatiestrategie wensen deze ouderen en hun mantelzorgers (wat werkt)?
 - wat is een slimme manier van toeleiden? Tot wie wenden ouderen en hun mantelzorgers zich als eerste?
 - hoe zouden ouderen zelf het liefst ondersteund willen worden als hen dit overkomt.
 - welke ondersteuning hebben mantelzorgers nodig als zij voor hun ouders met dementie moeten zorgen?
- Voorafgaand aan de fase van behoeftebepaling wordt een werkplan gemaakt dat ingaat op de voorbereidingsfase, uitvoering en afronding van deze fase. STZ zal deze fase trekken, in nauw overleg met de betrokken medewerkers van Xtra.
- De focusgroepgesprekken worden voorbereid in samenwerking met de betrokken medewerkers van Xtra, dit betekent dat we samen optrekken bij het ontwikkelen van een topiclist en het uitvoeringsplan om deelnemers te werven.

²⁹ <https://www.zebrawelzijn.nl/doc/zebra/Toolkit%20Dementie%20in%20verschillende%20culturen%2023032015.pdf>

³⁰ Wijkcontactpersonen zijn getrainde vrijwilligers die zich richten op bewoners die zelf de weg naar hulp en ondersteuning niet goed kunnen vinden. De wijkcontactpersonen zijn werkzaam in Moerwijk en Laak en worden begeleid door een sociaal werker van MOOI. <https://www.stichtingmooi.nl/nieuws/certificering-wijkcontactvrouwen-laak..>



- De uitvoering van de focusgroepgesprekken wordt gedaan door STZ, de projectleider van STZ kan de focusgroepen zelf leiden of een externe gespreksleider hiervoor inzetten.
 - De analyse van de output focusgesprekken wordt door gedaan door STZ in samenwerking met de projectleider Xtra en eventueel ondersteund door een extern bureau bijvoorbeeld Pharos. het Expertisecentrum Gezondheidsverschillen. Aan Pharos is deze vraag vooraf voorgelegd en zij staan hier positief tegenover
 - Deelnemers aan de focusgroep gesprekken worden aangeleverd en vooraf geïnformeerd over het doel van deze gesprekken.
 - In kaart brengen aanbod van (gebruik van) voorzieningen voor (migranten)ouderen met dementie en hun mantelzorgers in beide stadsdelen, o.a. door gebruik te maken van (cijfer)materiaal van bijvoorbeeld de GGD en gemeente Den Haag etc. De sociale kaart van Den Haag per wijk geeft een redelijk goed beeld van het huidige aanbod. Dit onderdeel van het onderzoek zal parallel lopen aan de focusgroepen. In de focusgroepen kan het huidige aanbod ook gecheckt worden op bekendheid. Het is namelijk goed mogelijk dat de ondersteuning voor de doelgroep er wel is maar dat de doelgroep de wegen niet kent om deze ook te krijgen.
- B. Spiegelen van behoeften en vragen** van migrantenouderen en hun mantelzorgers (klantonderzoek) en het bestaande aanbod aan voorzieningen, hun werkwijze en activiteiten.
- Dialoogbijeenkomsten met bijvoorbeeld casemanagers, huisartsen, programma coördinatoren Haags Ontmoeten, POH'ers etc. met de doelgroep.
 - Omschrijven van 'de mismatch' tussen vraag en aanbod, in woorden die door (migranten)ouderen zelfgekozen zijn.

PLAN-FASE = 2 maanden

Bedenken oplossingen om de mismatch op te vullen in samenwerking met de doelgroep en de aanbieders van zorg en ondersteuning.

Een methodiek die gebruikt kan worden om tot gedragen oplossingen te komen met betrokkenheid van de doelgroep en de professionals zijn Samenkracht Ateliers³¹. De Samenkracht Ateliers gaan uit van activerende dialogen tussen mensen uit een bepaalde doelgroep of wijk en professionals. In een serie van 3 gespreksronden rond om een bepaald thema, komen de ideeën die mensen hierover hebben aan de orde en wordt ook de stap gemaakt naar het maken van plannen. De informatie die is opgehaald uit de focusgroep gesprekken kan als basis dienen om vandaar uit tot de juiste oplossingsrichting te komen en taken te verdelen.

DO-FASE = 8-10 maanden

- C. Aan de slag met de ideeën/oplossingen** (minimaal vijf) om de mismatch te voorkomen in samenwerking met migrantenouderen en hun relaties.
- De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de gekozen oplossing komt zo niet alleen te liggen bij de 'aanbieders' maar ook bij de doelgroep zelf. Zij denken en ontwerpen mee vanaf de start en bepalen zelf hun rol hierin.

Op dit moment wordt de Samenkracht ateliers als methodiek geëvalueerd binnen het project Haags Ontmoeten. Afhankelijk van de uitkomst zullen we er al dan niet voor kiezen om met de methodiek aan de slag te gaan. Naast de methodiek van Samenkracht staat Pharos, het Expertisecentrum Gezondheidsverschillen positief tegenover het ondersteunen in de deze fase. Pharos is expert in het structureren van de opgeleverde data en kan hier methodieken voor aandragen. Pharos kan ondersteunen bij het concretiseren van de interventies die uit de data (analyse focusgroepen en beschrijving bestaand aanbod) zijn gekomen. Daarnaast kan Pharos gevraagd worden bij het prioriteren, met welke interventies gaan we wel aan de slag en met welke niet en wat is een gewenste volgorde daarin.

Mogelijke oplossingsrichtingen die aan de orde zouden kunnen komen zijn:

- werven en opleiden van ervaringsdeskundige (ex) mantelzorger;

³¹ <http://www.samenkracht.nu/index.php?pagina=43>



- Uitvoering/aanpassing 'Vaardig in Zelfzorg' om doelgroep 1^e generatie migranten zelf meer handvatten te geven in het signaleren en bespreekbaar maken van dementie;
- Passende opvang en respijtzorg mogelijkheden uitbreiden en/of beter bekend maken bij de doelgroep.
- (Na-)scholing zorg en welzijnsmedewerkers op ondersteuningsbehoefte en toeleidingswegen doelgroep.
- Andere samenwerkingsvormen zorg en welzijn in de wijk waardoor einddoelgroep adequater kan worden ondersteund.

CHECK-FASE = 3 maanden

- D. **Evaluatie van het experimenteren** met de nieuwe ideeën die voorzien behoeften van deze kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. Voor de evaluatie zullen we weer kiezen om een aantal focusgroepen en spiegelgesprekken te organiseren. Op deze manier krijgen we helder wat de experimenten de eind doelgroep (dementerenden/mantelzorgers) en de betrokken professionals hen hebben gebracht.

ACT-FASE = 2 maanden

- E. **Aanpassen van aanbod** van voorzieningen op basis van de evaluatie.

F. **Delen van opbrengsten**

De opbrengsten en ervaringen worden beschreven, ontworpen en gedeeld tijdens bijeenkomsten van het Netwerk Dementie Haaglanden. In deze fase zal ook een symposium worden georganiseerd waarin de resultaten van het traject worden gedeeld. Tevens zal de leergang die Divers Den Haag verzorgt in samenwerking met Haagse Hogeschool op basis van de opbrengsten verder worden ontwikkeld. Een artikel over de resultaten van het traject zal gepubliceerd worden in Denkbeeld, vakblad over dementie, en in andere relevante tijdschriften. Op deze manier kan de regio ook profiteren van de opgedane kennis en ervaring. Daarnaast is er nauw contact met Pharos en zullen we contacten onderhouden met de eerder beschreven projecten van Memorabel om elkaar wederzijds te kunne voeden. Met Pharos zal de afspraak worden gemaakt dat relevante producten (bijv. toolkits) ook beschikbaar komen via hun website.

Xtra Welzijn zal de kennis delen en verspreiden onder alle ouderenconsulenten. Hun taak is advies en informatie geven aan de doelgroep ouderen en hun mantelzorgers die vragen hebben over zorg, wonen en welzijn. Zij kunnen de kennis op deze manier dus ook verspreiden naar de doelgroep. Hetzij in individuele gesprekken, hetzij in voorlichtingsbijeenkomst in moskeeën, zelforganisaties of woongroepen. De programma coördinatoren van Haags Ontmoeten zullen het zelfde doen richting de zorgpartners in de wijk waarmee zij samenwerken.

Xtra is host van de website Haagseouderen.nl. Een website die momenteel wordt vernieuwd. De kennis en producten zullen ook via dit platform worden verspreid. Een andere website die we kunnen benutten die door mantelzorgers wordt gebruikt is www.denhaagmantelzorg.nl.

Stichting Transmurale Zorg is een regionale organisatie. De kennis die is opgehaald in de betrokken stadsdelen wordt daarna gedeeld met alle buurgemeenten die eveneens zijn aangesloten bij Stichting Transmurale Zorg en het regionale netwerk dementie.

Een groot deel van de te betrekken partijen zijn ook elders in de regio gevestigd (woningbouw, politie, zorgpartners, vrijwilligersorganisaties, koepels van scholen). Ook op landelijke schaal kunnen resultaten gedeeld worden.

Stichting Transmurale Zorg participeert in het Vitale Delta programma waarin hogescholen uit Leiden, Den Haag en Rotterdam en vele andere partners uit zorg en welzijn, bedrijven en gemeenten samenwerken aan vitaliteit en gezondheid van de burgers.

Landelijk zullen we de opbrengsten via verschillende kanalen kunnen delen en toegankelijk maken zoals via het kennisplein van www.dementiezorgvoorelkaar.nl en andere landelijke kennispleinen zoals www.BeterOud.nl. De beleidsadviseur van Xtra is lid van de landelijke branche werkgroep ouderenwerk van Sociaal Werk Nederland. Op deze wijze kan zij de kennis delen naar andere welzijnsorganisaties in het land.



Kennis over het proces zal worden samengevat in factsheets en verspreid worden via de genoemde websites. Daarnaast zullen vlogs gemaakt worden met daarin de verschillende stakeholders aan het woord over wat het project hen gebracht heeft en hoe het hun beeld over dementie veranderd heeft. De ontwikkelde tools zullen eveneens gedeeld worden via genoemde kanalen.

STZ is via het landelijke netwerk Dementie Netwerk Nederland en lid van Dementie voor Zorg Elkaar. STZ kan via het landelijk netwerk DNN kennis verspreiden. Keten coördinatoren uit alle regio's zijn lid van DNN.

G. Permanent herhalen van dit proces

Deze manier van werken zal onderdeel worden van de reguliere werkwijze van professionals die in samenspraak met de doelgroep vraag en aanbod op natuurlijke wijze en wijkgericht op elkaar afstemmen.

2. Toegevoegde waarde

Door de brede netwerkaanpak ontstaat direct draagvlak en borging van de opbrengsten die tijdens het traject worden gerealiseerd. De aanpak sluit ook goed aan op de do's en dont's uit het rapport Kleurrijke Zorg³²; een participatieve werkwijze, echte aandacht voor verhalen en beleving van migrantenouderen, stimuleren collectieve verantwoordelijkheid, welzijn en zorgpraktijk als proces benaderen.

3. Haalbaarheid

We vragen bestaande organisaties en groeperingen om betrokkenheid en deelname van migranten ouderen en hun relaties. Denk hierbij aan organisaties als Haags Ontmoeten, SOC, PAL, wijkverpleegkundigen/casemanagers, Xtra Welzijn, PEP Den Haag etc. Divers Den Haag stimuleert hierbij dat deelnemende organisaties ook daadwerkelijk participeren in de wijken van de twee stadsdelen.

4. Trajectgroep

Trajectstructuur

Ook voor de trajectstructuur sluiten we aan bij de bestaande werkgroepen en programmacommissies. Hiermee is extra inzet van vele partijen in een nieuwe stuurgroep niet noodzakelijk. Wij stellen voor om de Programmacommissie Dementie³³ van Stichting Transmurale Zorg te laten functioneren als **stuurgroep**. Daarnaast initiëren wij **een klankbordgroep** met vertegenwoordigers vanuit zorg en welzijn en de migrantendoelgroep. De klankbordgroep wordt minimaal bij iedere fase/stap in het traject betrokken.

De **projectgroep** bestaat uit medewerkers van de twee uitvoerende organisaties Stichting Transmurale Zorg en Xtra Welzijn.

Taakverdeling & verantwoordelijkheid

1. Uitvoering en hoofdaanvrager (bestuursverantwoordelijke)

Xtra Welzijn, inclusief de vrijwilligers, (zelf)organisaties en de eerstelijnsmedewerkers (o.a. huisarts) in de wijken vormen de uitvoeringskern. Zij werken in de wijken waar migrantenouderen wonen en voeren de (focus)gesprekken, de nieuwe oplossingen en contacten met migrantenouderen uit.

De professionals werkzaam bij Xtra en betrokken bij dit project zijn als volgt:

- ouderenconsulenten met expertise over de migranten ouderen, zij staan in direct contact met de oudere migranten maar ook met hun mantelzorgers. Zij wijzen hen de weg naar de juiste ondersteuning.
- programma coördinatoren Haags Ontmoeten Stadsdelen Centrum en Escamp: zij zijn verbinder tussen zorg, welzijn en het informele veld in de wijken op het terrein van ouderen en mantelzorgers met regieverlies.
- Beleidsadviseur: lid van de projectgroep. Coördineert intern de taakverdeling tussen de verschillende medewerkers die betrokken zijn bij dit project en betrekken de juiste

³² https://fsw.vu.nl/nl/Images/Kleurrijke-zorg-rapport_tcm249-879552.pdf

³³ In de Programmacommissie Dementie zijn vertegenwoordigd: VVT, GGZ, Ziekenhuizen, Welzijn, gemeente Den Haag, huisartsenvereniging en Alzheimer Nederland



samenwerkingspartners. Daarnaast is de beleidsadviseur intern projectleider en aanspreekpunt voor STZ.

2. *Kennis & expertise*

De experts Frans Hoogeveen, specialist dementiezorg, voormalig lector Psychogeriatric aan de Haagse Hogeschool, en hoofdredacteur van Denkbeld, en Anne-Mei The, hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie aan de UVA verbinden zich aan dit traject als inhoudelijk experts. Zij kunnen in elke fase van het traject worden geraadpleegd over inhoudelijke en methodologische vraagstukken.

3. *Trajectregie*

Deze is belegd bij de Stichting Transmurale Zorg. Deze partner heeft regie in de zin van het initiëren, voorbereiden, verzamelen, samenbrengen en bundelen van informatie en partijen, het initiëren van bijeenkomsten en het beschrijven en delen van kennis en opbrengsten. Dit laatste in nauwe samenwerking met de experts. Het leveren van inhoudelijke input en benodigde data is nadrukkelijk belegd bij Xtra, vrijwilligers, zelforganisaties en de eerste lijn. Deze organisaties afspraken over wie welke input levert. Vertegenwoordigers van deze organisaties hebben vanuit het bestuur mandaat en tijd om inhoudelijk op afgesproken tijdstippen een bijdrage te leveren aan het traject. Over de juiste input stemmen zij tijdig af met de eigen achterban en zo nodig de eigen bestuurder.

4. *Klankbordgroep*

Adviesfunctie en toetsing

- Henk Kruithof, klinisch Geriater bij Parnassia,
- Ali Lahdidioui, internist ouderengeneeskunde, Haga Ziekenhuis
- Geert Labots, internist ouderengeneeskunde, Haga Ziekenhuis
- Paul Uitewaal, huisarts Gezondheidscentrum de Rubenshoek

De klankbordgroepleden hebben allen met grote regelmaat te maken met de doelgroep en de zorgverlening aan de doelgroep.

Deze groep zal worden aangevuld met vertegenwoordiging uit de doelgroep migrantenouderen, en hun mantelzorgers. Sureya Polat, casemanager dementie evenals Lucia Baboelal, voorheen manager van een zorginstelling en nu actief als bestuurder in diverse belangenorganisatie hebben zich daarvoor beschikbaar gesteld. Karima El Yassini, mantelzorger is gevraagd.

5. *Adviseurs – gevraagd en ongevraagd advies gedurende dit traject*

Divers Den Haag, initiatiefnemer van dit traject. Divers Den Haag is een beweging van organisaties en werkverbanden in de stad binnen het sociale domein die werk willen maken van diversiteitsbeleid in Den Haag. Het is geen organisatie, het bestaat bij de energie die de deelnemende organisaties erin steken. Divers Den Haag initieert, brengt bij elkaar, motiveert en confronteert als we denken dat dit nodig is. Daarom stimuleren we organisaties om samen op te trekken om bijeenkomsten te organiseren, organiseerden we het lijsttrekkersgesprek, verzorgen we de leergang, spreken we met stakeholders in de stad, etc. Ook zagen ze de kans van de ZonMw call en namen daarin het initiatief om partijen bij elkaar te brengen. Divers Den Haag zijn vooral de deelnemende organisaties en dat zijn er veel. Xtra neemt deel, Parnassia, Royaal Thuis, de gemeente Den Haag, de SOC, Mentorschap Haag en Rijn, Humanitas, etc. Veel partijen die deelnemen aan Divers Den Haag zullen straks binnen de realisatie van de call het verschil maken en daarmee zou je kunnen zeggen is Divers Den Haag vertegenwoordigd. Divers Den Haag volgt de voortgang, geven advies wanneer dat wenselijk is en denkt graag mee als zaken vlot getrokken moeten worden. Daarnaast is er een rol in het integreren van de kennis die wordt opgehaald tijdens die traject in de leergang diversiteit en sensitiviteit die Divers Den Haag in samenwerking met de Haagse Hogeschool organiseert.

Productgroep Participatie van Gemeente Den Haag. De productgroep Participatie voert het ouderenbeleid uit in Den Haag. Het is van belang dat het ouderenbeleid aansluit bij alle Hagenaars en gevoed wordt door de praktijk. Daarom volgen ze en steunen ze dit traject, mede vanuit de Programmacommissie Dementie, tevens stuurgroep van dit traject.

De adviseurs wordt om advies gevraagd bij de belangrijke mijlpalen uit het traject. O.a. het verspreidings- en implementatieplan, de oplossingsrichtingen die naar voren komen, e.d