

SUPERDIVERS DEMENTIE VRIENDELIJK DEN HAAG

Rapportage van de bevindingen, activiteiten en producten

Een samenwerking van:

TAOFCARE

Divers Den Haag



Xtra
meetellen en meedoen

Stichting
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Inhoudsopgave

INLEIDING	3
Doel.....	3
Migranten ouderen en mantelzorgers	3
RESULTATEN	4
Opvallend.....	9
Onderliggende mechanismen	9
Input van de experts.....	10
OPLOSSINGSRICHTINGEN.....	11
Samenvatting resultaten startfase	11
Planfase.....	11
Input klankbordgroep	11
Oplossingsrichtingen	11
1. Persoonsgerichte aanpak – Sociale benadering	12
2. Hulpvraag achterhalen - formuleren	12
3. Visie op zorgen: informele zorg als aanvulling op formele zorg.....	12
4. Preventie.....	13
Pharos validering en prioritering.....	13
Aanbevelingen.....	17
Bijlagen	18
Bijlage 1: Topiclijsten Mantelzorgers en Ouderen	18
Bijlage 2: Aandachtspunten in gesprekken met professionals, studenten en vrijwilligers.....	28
Bijlage 3: Stappenplan diversiteit en de SBD.....	30
Bijlage 4: Topiclijst Superdivers klankbordgroep	32

INLEIDING

Opvattingen en ondersteuningsbehoeften ouderen en mantelzorgers

In Den Haag wonen veel inwoners (bijna 50%) met een migratieachtergrond. Uit onderzoek blijkt dat inwoners met een Marokkaanse, Turkse en Surinaams-Hindoestaanse achtergrond, als zij ouder worden, drie tot vier keer meer kans hebben op de ziekte dementie.

Daarnaast weten we dat bestaand algemeen welzijns- en zorgaanbod niet voldoende aansluit op de behoefte 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.

Doel

In de startfase van het project is het gesprek met migrantenouderen en achterhalen hoe zij aankijken tegen dementie, wat zij nodig hebben om met deze ziekte om te kunnen gaan en weke hulp zij willen en kunnen gebruiken. Aansluitend vertalen we de opbrengsten in praktische (nieuwe) maatregelen en voorzieningen.

Het doel was om behoeften en ondersteuningsvraag te achterhalen door middel van het gebruik van focusgroepen bij Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse ouderen in de Schilderswijk en Moerwijk. De verwachting is dat we hiermee kunnen achterhalen wat de hiaten in het aanbod van zorg en ondersteuning zijn.

Migranten ouderen en mantelzorgers

De Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse ouderen zijn gekozen als de drie migratieachtergronden. In Den Haag maken zij het grootste deel uit van de inwoners met een migratieachtergrond.

Rondom dementie en ondersteuning bij vermoedens van dementie/toenemend regieverlies is al veel geschreven in relatie tot ouderen en mantelzorgers met een migratieachtergrond. Diverse onderzoeken benoemen factoren die bijdragen aan dat ouderen met een migratieachtergrond laat worden gediagnostiseerd.

Daarnaast spelen praktische zaken een belangrijke rol, zoals taal, analfabetisme, informatievoorzieningen die niet aansluiten en beperkte kennis.

Over mantelzorgers is in de literatuur bekend dat zij een groter risico lopen op overbelasting. Dit is deels te verklaren door de vanzelfsprekendheid en de culturele en sociale verwachtingen die zij hebben omtrent zorg.

RESULTATEN

Focusgroepen

Data is verzameld door middel van focusgroepgesprekken en één-op-één interviews. De gesprekken zijn gehouden door de ouderenconsulenten van Xtra die deze gesprekken in de eigen taal hebben gevoerd.

De topiclijst is samengesteld in samenspraak met de ouderenconsulenten en beschikbare literatuur en is toegevoegd als bijlage (zie bijlage 1).

Met de topiclijst kunnen we iets zeggen over de volgende onderwerpen:

1. Gezondheidsvaardigheden;
2. Uitdagingen mantelzorger/ visie op waardig ouder worden;
3. Kennis en vaardigheden rond dementie;
4. Behoeften en voorkeur formele zorg vs. informele zorg

De uitkomsten bieden een onderlegger voor de volgende fases nagedacht wordt over mogelijke oplossingsrichtingen.

De resultaten van de focusgroep gesprekken gelden niet als generalisatie voor de gehele doelgroep. Wel worden de resultaten als leidraad gebruikt gedurende het project en wordt bij de klankbordgroep gepeild wat er realistisch en haalbaar is in termen van mogelijke oplossingsrichtingen.

Ouderen en mantelzorgers met een Marokkaanse migratieachtergrond

Dertig ouderen zijn gevraagd naar beleving, ervaring en wensen en behoeften rond de zorg, dan wel formeel dan wel informeel.

Gezondheidsvaardigheden:

Veel van deze ouderen vertrouwen volledig op hun kinderen. Dit komt door verschillende problemen, zoals taal, analfabetisme, niet goed kunnen uitleggen wat voor hulp zij nodig hebben.

Visie op waardig ouder worden

Zoals vroeger. Samen met mensen van de eigen cultuur dingen doen (Koran lezen, halal eten, bidden). Behoefte aan **herkenning en erkenning** van culturele waarden en normen.

Kennis en vaardigheden rondom dementie

Nihil. Geen kennis of begrip over de symptomen en niet in staat deze te begrijpen.

Analfabetisme en **taalbarrière** grootste bijdragers. Bovendien wordt kennis mond-tot-mond overgedragen en is er onduidelijkheid of de informatie klopt.

Formele zorg vs. informele zorg – behoefte en wensen

Veel ouderen geven aan enkel zorg van hun kinderen te willen, met name omdat zij zich hier prettiger bij voelen. Daarnaast geven ouderen aan dat ze het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen en in vertrouwde omgeving te blijven met mensen die ze kennen en weten wat ze wel en niet prettig vinden in huis. Thuiszorg wordt wel gebruikt, maar sluit niet aan bij de wensen of behoeften. Verwachtingen die ouderen hebben van bijv. de thuiszorg wijkt af van de zorg die geboden wordt.

"[...] verwachten andere soort hulp dan de hulp die wordt aangeboden. Zoals, hoge plafonds dweilen, Marokkaanse pannenkoeken bakken"

De wensen en behoeften van dertig mantelzorgers in de Schilderswijk en Moerwijk zijn in kaart gebracht.

Gezondheidsvaardigheden:

Mantelzorgers geven aan dat zij niet weten waar hulp gezocht en gevonden kan worden, en niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Als zij wel op de hoogte zijn van de mogelijkheden zetten zij deze nog niet in, omdat er niet over wordt nagedacht dat een deel van de zorg uitbesteed kan worden bij formele zorgaanbieders.

In één situatie was er wel hulp aanwezig bij de zorg voor de ouders, maar heeft deze stopgezet omdat er te weinig continuïteit en duidelijkheid werd geboden.

"Toen dacht ik, ik heb niks aan jullie. Als jij niet op tijd komt om te prikken en dan wordt ik toch alsnog gebeld. En dan had ik nog meer zorg. Dan moest ik achter hun aan. Toen dacht ik op een gegeven moment, als het toch op deze manier gaat kan ik het beter zelf doen."

Uitdagingen mantelzorger

Schaamte, tijdgebrek, taal en **vertalen** medische termen naar de voertaal van de ouder (vaak is de voertaal van de ouder de tweede taal en zijn zij deze minder machtig). De oplossing wordt gezocht in God die de zorgen verlicht.

Het **zorgplicht dilemma** is actueel voor de groep mantelzorgers en moet meegenomen worden naar de plan-fase om te kijken hoe hierop ingesprongen kan worden en hoe de ondersteuning van de mantelzorger eruit kan zien. Mantelzorgers geven aan dat ongeacht de eigen situatie, zij voor hun ouders zullen zorgen. Ook als dit betekend dat zij niet meer kunnen werken.

"Ik ben alleenstaande moeder, ik werk en ik zorg voor mijn moeder. Ik zou mijn werk eerder opgeven dan dat ik mijn moeder opgeef."

Het sociaal netwerk helpt niet altijd mee in de zorg voor de oudere en leveren daarmee vaker een last op dan een ontlasting. Een verdeling van de zorg die in balans is, is niet vanzelfsprekend en levert een **overbelasting** op van de mantelzorger.

"De familie komt één keer in het weekend lang op bezoek. Als ze op bezoek komen levert het extra werk op. Ik moet koken en bed klaarmaken omdat ze van ver komen. Ze komen mij niet ontlasten maar belasten. Ik heb geen vrije dagen, werk alle dagen en als bezoek komt heb ik extra werk."

Kennis en vaardigheden rondom dementie

Het ziekzijn, of de ervaring van het ziekzijn wordt benaderd vanuit een **religieus kader** als de symptomen van dementie zichtbaar worden. Kennis van het ziektebeeld en verloop van dementie zijn hierop gebaseerd.

Formele zorg vs. informele zorg

Formele zorg sluit niet aan omdat er **onvoldoende ruimte** is voor een cliëntgerichte oplossing die uitgaat van de grootste behoefte van zowel mantelzorgers als ouderen zelf, namelijk dat de zorg gericht moet zijn op het **voorkomen** van verplaatsing naar **woonzorgcentra**. Direct resultaat is dat er te laat hulp wordt ingeroepen waardoor dit de consequentie is dat ouderen op gesloten afdelingen van woonzorgcentra terecht komen.

Bekendheid sociale kaart

Er is geen tot weinig kennis van de sociale kaart. Veel informatie wordt overgebracht van **mond-tot-mond** en niet via de officiële kanalen van de communicatieafdeling van zorg- en welzijnsinstellingen.

Opvallend: Kennis, educatie, interventies die gericht zijn op de behoefte en wensen zichtbaar te maken voor mantelzorger en ouderen. Vaak onbekend omdat de oplossing gezocht wordt in religie.

Vraag: wat is de werkbare oplossing? Wat gebeurt er al en hoe kan er vanuit deze mechanismen een oplossing/interventie voort komen.

Conclusies:

- **Praktische punten**, zoals taal, verwachtingen rond zorg en ondersteuning zijn onduidelijk, overdracht van informatie rond ziekteverloop en ondersteuningsaanbod.
- **Religie** heeft een grote invloed op de beleving van ziekte en de acceptatie van noodzakelijke zorg.
- Zorg wordt **geaccepteerd** als dit ertoe leidt dat de oudere thuis kan blijven wonen en de hulp/ondersteuning aansluit op deze behoefte.

Ouderen en mantelzorgers met een Surinaams-Hindoestaanse achtergrond

Twee focusgroepgesprekken met ouderen geven het volgende beeld van de thema's.

Gezondheidsvaardigheden

De ouderen zijn **bekend** met de **toegang tot de zorg** via de huisarts of het WMO loket. Daarnaast zijn de meeste ouderen bekend met verpleeghuiscare, Stichting Alzheimer, en de beschikbaarheid van buddy's.

Visie waardig ouder worden

Autonomie, goede gezondheid en financiële onafhankelijkheid worden het vaakst genoemd als voorwaarden voor waardig ouder worden – vrij vertaald fijn ouder worden. Daarnaast geven zij aan dat er behoefte is aan rust, een vertrouwde omgeving met mensen die je begrijpen, aansluiting van je culturele behoefte binnen de zorg, en nog dingen kunnen ondernemen.

Kennis en vaardigheden rondom dementie

symptomen van dementie zijn in grote lijnen **bekend** (i.e. verwardheid, vergeetachtigheid, verdwalen) en zijn m.n. gebaseerd op eigen ervaring.

Formele zorg vs. informele zorg

Alle ouderen die hebben deelgenomen aan het onderzoek geven aan dat ze **bereid** zijn gebruik te maken van een vorm van **formele zorg**.

“Ik zou mijn dochter ook niet vragen om mij te verzorgen; zij hoeft zich niet op te offeren voor mij. Ik vind dat ouders vaak een grote claim leggen op hun kinderen. Terwijl er zoveel instanties zijn waar je hulp kunt krijgen.”

Een van de ouderen geeft er aan dat ze wel liever gebruik maakt van hulp van een van de kinderen als ze kan kiezen, maar als het echt niet kan wel open staat voor hulp vanuit een formele zorgaanbieder.

“Ik heb 3 kinderen. Ik vind dat ze verantwoordelijk zijn voor mij, maar ik dwing ze niet. Maar als ik een instantie benader voor hulp, dan worden ze boos. Ik krijg dan op me donder van ze. Ze zeggen dat ik hun altijd moet vragen om hulp.”

Ouderen willen pas gebruik maken van hulp als zij hulpbehoevend zijn (i.e. als dit lichamelijk niet meer gaat) en geven aan dat er wel behoefte zou zijn aan meer aansluiting met de eigen culturele achtergrond.

“De zorginstanties zijn wit. Ik wil dat ze meer multicultureel worden. De sociale kaart van de zorg is niet goed bekend bij onze ouderen, vandaar dat ze weinig gebruik van maken.”

De ouderen denken hier dan aan thuiszorg, hulp in het huishouden, verzorging, en om de kinderen te ontlasten. Daarbij is er wel sprake van **schaamte** (e.g. vinden het vervelend hulp nodig te hebben bij het douchen, door veranderende gezichten).

Zes Mantelzorgers zijn middels één-op-één interviews bevestigd.

Gezondheidsvaardigheden:

Mantelzorgers lijken in staat te zijn om wensen aan te geven en hulp in te schakelen als ze deze nodig hebben.

Uitdagingen Mantelzorger

Alle mantelzorgers geven aan dat er te weinig tijd is voor alles wat ze moeten doen aan zorg voor ouders, kinderen, werk, en huishouden.

"Je wilt continu bij ze zijn, maar dat kan niet. Je hebt je eigen leven. Eigen kinderen, eigen kleinkinderen, dus alles moet je combineren, dat is best wel pittig."

Mantelzorgers geven tot slot aan dat de **ondersteuning**, voor zover bekend bij de groep die is bevestigd, meer gericht is op de zorgvrager (oudere), en er weinig bekend is over de ondersteuning voor mantelzorgers.

Kennis en vaardigheden rondom dementie

Er is sprake van een **basiskennis** over dementie en het ziekteverloop. Vergeetachtigheid, verdwalen, eenzaamheid, verwardheid en isolement. Het herhalen van zinnen, moeilijk kunnen uiten van emoties.

Mantelzorgers geven aan dat ondanks dat ouders de Nederlandse taal machtig zijn, nu vervallen in een mix van Hindoestaans en Nederlands en daardoor niet meer altijd goed te begrijpen zijn voor zorgverleners.

Formele zorg vs. informele zorg

De behoefte aan ondersteuning is zeker aanwezig, maar centreert zich meer rond **aandacht** voor de ouders en **activiteiten** die aansluiten bij de culturele achtergrond en in mindere mate rond zorgtaken.

Mantelzorgers geven aan dat zorg moet **aansluiten** op de individuele behoeften van de client, waarbij rekening gehouden wordt met de culturele achtergrond, i.e. eten, wassen en douchen, communicatie met familie die zorgt voor de oudere. Sommige mantelzorgers voegen hieraan toe dat zij het prettig zouden vinden als de zorg verleend wordt door personeel met dezelfde culturele achtergrond, de verklaring die hier voor wordt gegeven is dat het meer rust geeft om de zorg los gelaten kan worden.

De zorg die geboden wordt, sluit niet aan. Echte zorg ziet er volgens de mantelzorgers anders uit. Dit met name omdat er behoefte is aan meer **persoonlijke aandacht** bij de formele zorg.

"Ik zie dat het aanbod niet aansluit op de wensen van mijn moeder. De zorg is niet compleet. Het is een mens, ze moet ook beweging hebben. Er moet met haar gesproken worden. Dat ze niet wordt afgezonderd van iedereen. Ik denk dan dat haar ziektes hierdoor erger worden".

De zorg voor ouders is een **plicht** en gaat gepaard met *schaamte* en *schuld* als dit niet lukt of als er ook behoefte is aan tijd voor de mantelzorger zelf. Formele zorg speelt hier nu niet voldoende op in, aldus mantelzorgers.

Communicatie met familieleden van de zorgvrager verloopt niet zoals mantelzorgers zouden willen. Meer afstemming met de thuiszorg. De zorg wordt immers door beide partijen verleent aan de oudere.

“Wat ik zou willen is dat de thuiszorg bijvoorbeeld niet alleen met mijn moeder communiceert, maar ook met haar omgeving, haar kinderen, haar familie. Terwijl zij iemand is met bepaalde behoeftes, beperkingen, betrek de familie erbij. De lijnen tussen de thuiszorg en de familie zouden dan kleiner en fijner zijn voor haar”

Opvallend: Wat opvalt is dat zorg wel wordt geaccepteerd, maar dat dit niet volledig aansluit bij de behoefte van de ondervraagde deelnemers. De behoefte ligt erg bij de **culturele beleving** als dit gevraagd wordt aan de mantelzorgers en volgens de ouderen is de wens voor een mate van **autonomie** en **zelfbeschikking** belangrijk.

Mantelzorgers geven aan **geen ontlasting** van de zorg te ervaren als ouders in het verzorgingstehuis zijn opgenomen. De zorgbehoefte bij zowel de ouder als mantelzorger blijft bestaan. De reden die zij hiervoor zelf aangeven is dat er onvoldoende ingesprongen wordt op de culturele behoefte van de oudere (i.e. eetgewoonten, persoonlijke aandacht, herkenning eigen culturele achtergrond).

Conclusies:

- Mantelzorgers en ouderen **missen aansluiting** van eigen culturele waarden en normen in de formele zorg.
- Grote behoefte aan **persoonlijke aandacht** en **activiteiten** die aansluiten bij de culturele beleving.

Ouderen en mantelzorgers met een Turkse achtergrond

Gezondheidsvaardigheden:

Veel van de ouderen zijn goed op de hoogte van de mogelijkheden van ondersteuning en zijn tevreden en blij met wat er te krijgen is in Nederland.

Het uitten van de zorgvraag en deze verduidelijken bij Nederlandse instanties is lastig. Zeker met de **taalachterstand**.

De bevroegde ouderen lijken zich erg bewust van wat er mogelijk is hebben eigen wensen en beeld op ziekte, maar **durven** dit **niet** aan te kaarten. Een van de ouderen in de focusgroep gaf aan dat hij wel graag een second opinion zou willen omtrent zijn diagnose dementie, maar dat hij klaar is met de artsen en niet meer wilt vragen.

Visie waardig ouder worden

Op een fijne manier ouder worden is door hulp en respect te krijgen van de omgeving.

“...voor mij is een gezonde leeftijd, gezinsleven, zonder druk, respectvol behandeling door familie kinderen en bureu.”

Kennis en vaardigheden rondom dementie

De kennis beperkt zich tot vergeetachtigheid, wel geven de ouderen aan dat zij zich veilig voelen bij de huisarts om problemen hieromtrent aan te kaarten.

Formele zorg vs informele zorg

Veel ouderen willen zo lang mogelijk **thuis blijven wonen**, maar zijn erg blij met de mogelijkheden die ze krijgen voor zorg en ondersteuning.

“...als het echt niet anders meer kan, moet ik naar bejaardenhuis verhuizen. Ik word goed behandeld, krijg goede zorg, maar ik wil toch in mijn eigen huis met mijn kinderen en kennissen samen wonen in mijn laatste jaren.”

De **afhankelijkheid** van de zorg wordt wel als een knelpunt ervaren, zeker in combinatie met de ervaren taalbarrière. Het organiseren van de ondersteuning en/of zorg word als lastig ervaren.

Taalbarrière, mond-tot-mond bekendheid zorgaanbod, vinden het lastig om informatie te vinden waar ze recht op hebben en wat er mogelijk is.

Opvallend:

Ouderen geven aan dat zij het liefst zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, maar wel bereid zijn om als het noodzakelijk is over te gaan naar verpleeghuiszorg.

Conclusies:

- Ouderen geven aan dat zij het liefst zo lang mogelijk **thuis** willen zo lang mogelijk thuis wonen, maar geven ook aan dat zij hun mantelzorgers niet willen overbelasten omdat ze zorg goed georganiseerd is in Nederland.

Opvallend

Geen van de groepen spreekt over de casemanagers dementie die het juist makkelijker en toegankelijker moeten maken om het zorgtraject in te kunnen met hun ouders en/of voor zichzelf. Verklaring kan zijn dat er pas op een later moment in het diagnostisch traject van een dementerende oudere een casemanager dementie wordt ingezet en dat deze nu niet in het zicht zijn van de groepen die zijn gesproken.

Haags ontmoeten – de behoefte aan activiteiten aanbod gericht op de eigen culturele doelgroep – wordt niet genoemd. Wat bijzonder is als je bedenkt dat activiteiten aanbod en eenzaamheid onder ouderen als grootste misser wordt gezien door de mantelzorgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen.

Deze punten kunnen meegenomen worden naar de plan-fase.

Onderliggende mechanismen

Internationale literatuur identificeert meerdere factoren die bijdragen aan dat de migrantenouderen en mantelzorgers weinig tot geen gebruik maken van de zorg- en welzijnsvoorzieningen.

Deze factoren door gebrek aan kennis over dementie bij ouderen en mantelzorgers met een migratie achtergrond, de betekenis die gegeven wordt aan ziekte en verwachtingen rond zorg en de beperkingen van de zorg en het systeem.

Culturele opvattingen over dementie. Een terugkerend thema in de literatuur is de migrantenfamilies die eigen culturele en religieuze opvattingen hebben over ziekten en psychosociale problemen die niet aansluiten op het biomedische verklaringsmodel voor ziekten.

Dementie wordt door sommige migrantenfamilies verklaart door **religieuze** en **spirituele**-overtuiging. De opvattingen zorgen ervoor dat er niet altijd hulp wordt ingeschakeld voor de symptomen. Voorbeelden van verklaringen zijn: een directe daad van God, of een voorbestemming. Oplossingen worden daarmee dan ook gezocht binnen het religieus kader, bijv. bij de Imam.

Schaamte en taboe spelen met name een rol bij de symptomen van dementie zoals desoriëntatie en ongeremdheid, als gevolg van de culturele opvattingen voor psychosociale problemen. De angst dat er sociale consequenties zijn verbonden aan het gedrag van de oudere, zoals stigma en sociale uitsluiting.

De vanzelfsprekendheid rond de zorg voor familie kan ook een belemmering in de vraag naar formele zorg. Zorg binnen de familie wordt gezien als een morele plicht die berust op een vanzelfsprekende loyaliteit en wederkerigheid in de ouder-kind relatie. Niet zelf kunnen zorgen voor familie of ouders, gaat gepaard met schaamte en sociale druk vanuit de gemeenschap.

De onbekendheid met het zorgaanbod en negatieve ervaringen met de zorg in Nederland weerhoudt families om professionele hulp in te schakelen. Mantelzorgers zijn bang dat de kwaliteit van zorg niet voldoende is en niet aansluit bij de behoefte van de oudere.

Input van de experts

Samen met de aangesloten experts zijn de uitkomsten besproken en zijn de volgende zaken besproken waar we rekening mee dienen te houden. De overlap met de al beschreven onderliggende mechanismen die hierboven zijn beschreven en de beschreven richting geven houvast voor de volgende fase.

De behoefte van ouderen en mantelzorgers om thuis te blijven is groot. Het eindpunt is het verpleeghuis. Het is belangrijk dat de oplossingsrichtingen uitgaan van het traject tot de verpleeghuiszorg.

Het religieus kader die een verklaring biedt voor het gedrag van de ouderen en het cultureel kader die een verklaring bieden voor de vanzelfsprekendheid om de zorg voor ouders op te pakken.

De druk op zowel ouderen als mantelzorgers ontstaat vanuit een sociaal perspectief door het onderbreken van de normale levensgang. Het gewone leven komt onder druk te staan. Vanuit dit perspectief kan ook gekeken worden naar de gebruikelijke sociale behoefte en deze aan te passen naar de zorgbehoefte.

Behoeften die buiten de scope liggen van het eigen perspectief zijn lastig te verwoorden. Daarom is het volgens Anne-Mei van belang dat er rekening mee gehouden wordt dat behoeftes en wensen pas zichtbaar worden door ervaringen. Daarnaast is er iemand nodig die de juiste vragen stelt om boven de eigen ervaring uit te stijgen en zo een idee te kunnen vormen over behoeften en wensen die buiten de eigen scope liggen.

In de context van dementie moet er rekening gehouden worden dat het diagnose traject, dat wat nodig is om specialistische hulp te krijgen, niet past in de culturele context. Zij geeft aan dat er daarom juist interventies in de wijk georganiseerd moeten worden die aansluiten bij het behoudt van de dagelijkse gang van zaken. Vereist een omgang in de professionele houding en een bredere blik dan alleen het somatische beeld.

Oplossingen waar aan gedacht kan worden zijn:

1. Aansluiten bij wat al wordt gedaan (denk aan helpen in verpleeghuis waar ouder zit)
2. Zichtbaar maken van verlening van zorg door kinderen als ouders in het verpleeghuis zitten – schaamte en sociale druk om voor ouders te zorgen.
3. Gelegenheid om mensen van de eigen cultuur samen te laten komen

OPLOSSINGSRICHTINGEN

Samenvatting resultaten startfase

De resultaten laten zien dat er sprake is van een behoefte die per persoon erg kan verschillen. Er zullen patronen zichtbaar zijn binnen de verschillende culturele achtergronden, maar ook onderling is er veel variatie. Thematiek passend bij de culturele achtergrond moet meegenomen worden in alle oplossingsrichtingen.

Daarnaast wordt duidelijk dat ondanks de vaak negatieve effecten op het eigen leven, dat mantelzorgers in dezelfde situatie dezelfde keuzes zouden maken.

De resultaten zijn samen met de experts Anne Mei The en Frans Hoogeveen besproken en leveren samen met de input van de klankbordgroep input voor de oplossingsrichtingen.

De mogelijke oplossingsrichtingen worden vervolgens voorgelegd aan de ervaringsdeskundigen. De uitkomsten van deze vorm van participatief onderzoek leveren de prioritering op.

Planfase

Initieel was het de intentie om naar aanleiding van de resultaten uit de startfase en de gesprekken met de klankbordgroep en experts is de volgende stap om te starten met de planfase. In deze fase zouden de ouderen, mantelzorgers, sleutelfiguren en professionals in de zorg en welzijn met elkaar in gesprek gaan over de resultaten en mogelijke oplossingsrichtingen. De rol die de zorg en welzijnsprofessionals spelen moet een belangrijke bijdrage leveren voor de oplossingsrichtingen. Echter, door de maatregelen is het samenbrengen van deze groep niet mogelijk gebleken. Daarom is er enkel gebruik gemaakt van de input van de experts vanuit de trajectgroep en de klankbordgroep.

Input klankbordgroep

Met de diverse personen uit de klankbordgroep zijn gesprekken gevoerd over de uitkomsten. Deze zijn uitgevraagd aan de hand van een topiclijst. Opgehaalde input is verwerkt in de uiteindelijke opschrijving van de resultaten.

Thuiszorg en wijkverpleging Royaal Thuis – Multiculturele organisatie Royaal Thuis bediend veel cliënten met een superdiverse achtergrond. Zij denken met ons mee en delen ervaringen uit de dagelijkse praktijk in het zorgen voor ouderen met dementie (en migratieachtergrond).

Dab Der – Turkse Alevitische Vereniging in de Schilderswijk – organiseren o.a. bijeenkomsten voor en met Turkse ouderen en mantelzorgers.

Haags Ontmoeten – Stads breed worden ontmoetingen georganiseerd in samenwerking met VVT en Welzijn voor ouderen uit de wijk. Deze wijkgerichte aanpak kent ook diverse groepen met eenzelfde migratieachtergrond.

Wat opvallend was is dat de resultaten die zijn opgehaald erg herkend worden door de klankbordgroep leden. Zij benadrukten allen dat de variatie binnen de verschillende doelgroepen eveneens groot is en zagen daarom een goede toevoeging van de persoonsgerichte aanpak.

Oplossingsrichtingen

Op basis van de **resultaten** zijn de volgende richtingen geformuleerd samen met de experts:

1. Persoonsgerichte aanpak – Sociale benadering

Het uitgangspunt bij deze oplossingsrichting wordt gezocht in het dagelijks leven. Het leven naast de pathologie en ziekte-ervaring, van de interne en externe leefwereld.

De inzet van een sociaal benaderingsteam, samengesteld i.s.m. de klankbordgroep en ervaringsdeskundigen. Wie horen hierin en wat moeten zij aan vaardigheden bezitten. Het sociaal benaderingsteam gaat samen met de migrantenoudere en/of mantelzorger een kennismaking in waarbij aandacht is voor de persoon achter de klachten. Partners waarvan wij nu inschatten die zitting zouden moeten nemen in de sociale benaderingsteams zijn huisartsenpraktijk in de wijk, ouderenconsulent, casemanager dementie. Daaromheen kunnen meerdere partners en zorginstellingen worden toegevoegd, waaronder vrijwilligers en sleutelfiguren.

Uit onderzoek van Verwey en Jonker in Den Haag naar de mismatch in het zorgaanbod voor inwoners met een migratieachtergrond (Hamdi, Kocak, Bellaart, en van der Toorn, 2017) blijkt dat investeren in kennismaking, alvorens zorg geboden wordt voor inwoners van Nederland met een migratieachtergrond werkt. Het gaat hier om de **opbouw van het vertrouwen**.

In gezamenlijkheid kan dan op termijn achterhaald worden wat de behoefte is en hoe er tegemoet kan komen aan deze behoeften. Kennismaking en vertrouwen kweken staan voorop en vanuit het eigen sociale en culturele kader kan input gegeven worden aan zowel het sociaal benaderingsteam als aan de cliënt en/of mantelzorger.

Het stappenplan, en de verdere uitwerking van deze oplossingsrichting is bijgevoegd (zie Bijlage 3) in een aparte bijlage en is samengesteld in samenwerking met Anne Mei The en medewerkers van Tao of Care.

2. Hulpvraag achterhalen - formuleren

Door de taalbarrière van ouderen en soms ook van mantelzorgers, is het lastig om de vraag te formuleren die er is. Uit de resultaten met de Turkse migrantenouderen blijkt dat ouderen het lastig vinden aan te geven waar hulp bij nodig is t.g.v. taal.

Professionals uitrusten met vragen die gesteld kunnen worden aan migrantenouderen die aangeven hulp te willen, maar de behoeften en wensen niet duidelijk kunnen formuleren in de Nederlandse taal.

Het sociale benaderingsteam zou idealiter samen met migrantenouderen en mantelzorgers een dergelijke (hulp)behoefte of wens te formuleren.

Belangrijke partners zijn huisartsen. De huisartsenpraktijk in de Schilderswijk die erg actief is hiermee, is een goede samenwerkingspartner zijn.

3. Visie op zorgen: informele zorg als aanvulling op formele zorg

De visie op zorgen voor je ouders, de informele zorg, is vanzelfsprekend. Ouderdom en de bijkomende consequenties (fysieke en mentale achteruitgang) zijn vanzelfsprekend. In de Turkse taal is geen woord voor dementie, en biedt volgens zowel de klankbordgroep als de resultaten van de focusgroepen een verklaring voor de visie op ouderdom. Namelijk dat ouderdom erbij hoort en dat het dan logisch is dat je als kind de zorg op je neemt, ongeacht de consequenties.

Zorg kan echter worden opgedeeld in wat de professional kan bieden (formele zorg), en wat de mantelzorger kan bieden aan informele zorg. Het samengaan van formele en informele zorg en hoe dit gezien kan worden door de gemeenschap. Hoe kan iemand die gebruik maakt van zorg/maar ook zorg levert aan ouder ingezet worden om informatie te delen met anderen uit de gemeenschap. Hoe kunnen mantelzorgers die klaar zijn met zorgen helpen? Kunnen zij een rol op zich nemen om de huidige mantelzorgers te ondersteunen en is dit de juiste benadering. Participatief onderzoek kan inzicht bieden en prioritering aanleveren t.b.v. een mogelijke oplossingsrichting die gedragen wordt door de gemeenschap.

Visie op zorgen kan eveneens een oplossingsrichting zijn die geëxploreerd kan worden vanuit het sociaal benaderingsteam. Waar in dit geval een mogelijkheid zit is ook bij de VVT instellingen, om gezamenlijk met de contactpersoon van het verzorgingshuis te onderzoeken wat de mantelzorger zelf nog kan doen in de zorg (die vallen buiten de voorbehouden handelingen) en waar de professional in kan voorzien (m.n. medische zorg).

4. Preventie

In de aanvraag van Superdivers wordt als belangrijke reden om meer onderzoek te doen naar dementie vanuit de culturele context, omdat de kans bij ouderen met een migratieachtergrond 3 tot 4 keer groter is. Dat geeft op zichzelf al een belangrijke oplossingsrichting, zonder de resultaten van de startfase hierbij te betrekken, namelijk preventie.

Het hebben van een gezonde levensstijl wordt door meerdere experts en onderzoekers als een efficiënte preventieve methode gezien voor een tal van medische aandoeningen. Het rekken van de "onset", dan wel volledig voorkomen van dementie wordt mede door een gezonde levensstijl (voldoende beweging, gezond eten, zinvolle dagbesteding) positief beïnvloed.

De Gemeente en GGD zijn verantwoordelijk voor de preventieve programma's. In samenwerking met de gemeente willen we een overzicht samenstellen van de aanwezige programma's in de stad en welke specifiek gericht zijn op mensen met een migratieachtergrond. Daarnaast wordt er binnen het welzijn gewerkt met buurtsportcoaches die bijv. Vitality Walks organiseren (vanuit Leiden Academy) voor ouderen in de wijk i.s.m. ouderenconsulenten.

Vanuit het project kan dit een mooie oplossingsrichting zijn om meer mensen toe te leiden naar de aanwezige preventieve programma's in de stad en in de wijk.

Pharos validering en prioritering

Pharos heeft in opdracht van de projectleiding van Superdivers Dementievriendelijk Den Haag een validering en prioritering gemaakt van de ruwe data die is opgehaald bij de focusgroepen. Hier is voor gekozen nadat duidelijk werd dat het samenbrengen van groepen door de maatregelen en bijkomende factoren van de pandemie niet meer mogelijk zou zijn. Door een andere partij dan onze respondenten, interculturele ouderenconsulenten, actieve klankbordgroepleden en de trajectgroep experts te vragen om te kijken naar de aanwezige data.

“SUPERDIVERS VALIDERINGSRONDE

Carolien Smits, Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen

oktober 2021.

ACHTERGROND EN VERANTWOORDING:

Het ZonMw-gefinancierde project Superdivers Den Haag heeft tot doel oplossingsrichtingen te vinden voor de problematiek in Den Haag rond ouderen met een migratieachtergrond die leven met dementie. Het is bekend dat hun kans op de ziekte aanzienlijk hoger is dan dezelfde kans bij Nederlanders zonder migratieachtergrond. Het bestaande algemeen welzijns- en zorgaanbod sluit tegelijkertijd niet voldoende aan op de behoeften en wensen van thuiswonende migrantenouderen met dementie en hun mantelzorgers. Daarbij weten veel mensen met een migratieachtergrond weinig over dementie en weten zij moeilijk de weg naar hulpverlening te vinden.

Superdivers Den Haag beoogt in het gesprek (focusgroepen, interviews) met migrantenouderen te achterhalen hoe zij aankijken tegen dementie, wat zij nodig hebben om met deze ziekte om te gaan en welke hulp ze willen en kunnen gebruiken. Deze gespreksrondes met Turks, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse ouderen vormen een onderlegger voor de planfase waarin nagedacht over mogelijke oplossingsrichtingen.

Pharos draagt in deze projectfase met deze notitie bij aan een validering van de bevindingen en oplossingsrichtingen zoals beschreven in het rapport *Resultaten Superdivers* van 20 juli 2021. Dit is gebeurd door lezen en herlezen van de transcripten en verslagen van de focusgroepen en interviews. De thema's die hierin naar voren kwamen zijn verwerkt in een verzamelformulier. Deze bevindingen zijn vervolgens verwerkt in onderstaande resultaatbeschrijvingen. Daarbij is de lezing en vergelijking met de eerdere bevindingen uit bovengenoemd rapport pas gebeurd nadat de eigen analyse is beschreven. Dit om een zo neutraal mogelijke validering mogelijk te maken.

Achtereenvolgens komen aan bod:

- a. Thema's en oplossingsrichtingen voor de oudere Surinaams/Hindoestaanse Nederlanders;
- b. Thema's en oplossingsrichtingen voor de oudere en Turkse Nederlanders;
- c. Thema's en oplossingsrichtingen voor de oudere Marokkaanse Nederlanders;
- d. Een vergelijking met de bevindingen in het rapport *Resultaten Superdivers*;
- e. Afsluitende conclusies.

A. SURINAAMS/HINDOESTAANSE NEDERLANDERS:

- redelijk bekend met dementie en zorgaanbod.
- formele zorg en verpleeghuiszorg welkom, indien aansluitend. wel ambiguïteit wv familiezorg- professionele zorg
- mantelzorg wordt slecht gedeeld door kinderen, wrijving binnen families
- zwaarte van mantelzorg verlichten door respijtzorg
- trots op eigen inzet als mantelzorger, familiezorg is superieur
- de zorg is wit, slechte ervaringen met thuiszorg en verpleeghuiszorg (eten, personeelstekort, faciliteiten voor groep, diefstal). Thuiszorg moet meer communiceren met familie.
- respect en aansluiten bij de groep en de persoon
- uitleg omgaan met dementie

- financiële kwesties
- wij- zij (tav autochtonen)
- isolement als mantelzorger: 'zijn wij de enige zo?'

Oplossingsrichtingen:

- erkennen van de waarde van familie­zorg en mantel­zorg
- erkennen en waarderen van levens­loop
- ondersteunen van delen van mantel­zorg (in­for­meren en empow­erment)
- zorgen voor positieve ervaringen met formele zorg: cultuursensitief, taal (bij dementie) en goede communicatie
- wij-zij en wantrouwen overstijgen, mantel­zorgers zijn een ingang, evenals zorg­ver­leners met eigen achter­grond
- aandacht voor financiën, complexiteit en dynamiek van thuis­situa­tie

B. TURKSE NEDERLANDERS:

- niet helemaal onbekend met dementie en de zorg
- Taal:
- belang van Turkstalige zorg­ver­leners
- kinderen tolken maar dat heeft beperkingen
- analfabetisme, digibetisme
- religie; koran lezen
- problemen met vervoer

Oplossingsrichtingen:

- voorlichting, zorg en ondersteuning in eigen taal (korte filmpjes)
- ingangen vinden via mantel­zorgers, zorg­ver­leners uit zelfde cultuur, getrainde sleutelpersonen dementie
- ingang via eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid
- en via erkennen van de waarde van familie­zorg en mantel­zorg
- materialen aanpassen, niet alleen talig, ook video en beeld­ver­halen
- praktische problemen oplossen (vervoer, financiële bijdragen)
- ingang: mantel­zorgers, huisarts, imam/ moskee
- het delen van mantel­zorg bevorderen
- kinderen niet laten tolken
- erkennen en waarderen van levens­loop

C. MAROKKAANSE NEDERLANDERS:

- dementie niet zo bekend, dit geldt ook voor de zorg­ver­lening
- psychische aspecten/problemen worden niet geaccepteerd, taboe
- religie, bidden en koran lezen zijn belangrijk, kunnen helpen. God beloont familie­zorg
- analfabetisme (ook in eigen taal)/ taalkwesties
- vertrouwen op arts (maar ook wantrouwen)
- wantrouwen van Nederlandse zorg en zich afzetten tegen Nederlandse oplossingen
- zorg­ver­lening door de juiste sekse
- illegaliteit van familie staat oplossingen in de weg

Oplossingsrichtingen:

- niet-talige voorlichting, die via-via verspreid kan worden; in eigen taal (video, beeld­ver­halen)

- gericht op hele familie
- en die liefst geen wrijving tussen betrokkenen oproept
- erkennen van de waarde van familie­zorg en mantel­zorg
- erkennen en waarderen van levens­loop
- delen van mantel­zorg bevorderen
- ingangen vinden via mantel­zorgers, zorg­verleners uit zelfde cultuur, getrainde sleutel­personen dementie
- via religie: inhoudelijk en religieuze instanties/sleutel­personen
- ingang via medische/somatische aspecten

EEN VERGELIJKING MET DE BEVINDINGEN IN HET RAPPORT RESULTATEN SUPERDIVERS

De bevindingen zoals hierboven beschreven en in het rapport *Resultaten Superdivers* overlappen elkaar aanzienlijk. In beide rapporten worden verschillen en overeenkomsten binnen en tussen de groepen ouderen beschreven. De thema's zijn zeer vergelijkbaar tussen de rapportages. Belangrijke kwesties centreren blijkbaar rond de bekendheid met dementie en de Nederlandse zorg, de visie en de ervaringen met mantel­zorg en formele zorg, de (veranderende) visie op en wrijving rond familie­zorg, de erkenning van eigen persoonlijke en culturele waarden en van mantel­zorg. Religie speelt vaak een grote rol, als mentale en sociale steun en moreel kader. De ouderen en hun mantel­zorgers willen dat de ouderen goed (thuis) ouder kunnen worden. De gezondheidsvaardigheden sluiten niet aan bij wat in Nederland nodig is om goed gebruik te kunnen maken van passende zorg. Voor sommige groepen vormen het niet beheersen van de Nederlandse taal en analfabetisme een groot probleem. Daarnaast zijn er veel praktische belemmeringen zoals de beschikbaarheid van passend vervoer. De kwaliteit van de Nederlandse zorg wordt niet altijd gewaardeerd: de zorg is onvoldoende persoons­gericht en respectvol, de samenwerking met de familie faalt regelmatig en de communicatie is moeizaam. Dit gaat samen met een wij-zij-ervaring.

De hierboven beschreven oplossings­richtingen sluiten aan bij die van de experts in de *Resultaten Superdivers*. Het is belangrijk aan te sluiten bij de persoonlijke visie, kennis en ervaring van de ouderen en mantel­zorgers; bij dat wat al wordt gedaan in de wijken; de familie­zorg te erkennen en te ondersteunen, inclusief het delen van de mantel­zorg. Taalproblemen moeten worden ondervangen, met tolken en met informatie die visueel geboden wordt en via vertrouwde kanalen. Huisartsen, sleutel­personen en zorg­verleners uit de eigen cultuur zijn daarbij belangrijke ingangen.

AFSLUITENDE CONCLUSIES

De project­titel Superdivers Den Haag is met recht gekozen, zo blijkt achteraf. De diversiteit onder Haagse ouderen met een migratie­achtergrond is zeer groot. Dat geldt ook voor de dynamiek die gezien is: kennis en visies op ziekte en zorg zijn soms ambigu en blijven veranderen. De validering onderschrijft de eerder getrokken conclusies. De gedrevenheid van ouderen, mantel­zorgers, sleutel­personen en project­leden om voor goede ondersteuning te zorgen is groot. De bevindingen verdienen dan ook een vervolg waaraan zij allemaal bijdragen. “

Aanbevelingen

Door het uitblijven van de uitvoering van de geformuleerde oplossingsrichtingen, zou het zonde zijn als de opgehaalde informatie en input van partijen, de doelgroep en experts niet te gebruiken voor een mogelijk vervolg waar de uitvoering van de oplossingsrichtingen centraal staan. Een van de belangrijkste punten om een dergelijk vervolg in te zetten is dat de partijen die essentieel zijn voor de invoering, uitvoering en implementatie van de oplossingsrichtingen van het begin betrokken worden en een inspanningsverplichting hebben t.o.v. de uitkomsten.

Het betrekken van de ervaringsdeskundigen is enorm belangrijk voor het proces en de slagingskans van een oplossingsrichting. We onderschrijven het belang van een gemeenschapsgedreven (*community-driven*) oplossingsrichting, maar moeten ook rekening houden met hoe de ervaringsdeskundigen het best betrokken kunnen worden. Verloop van de ervaringsdeskundigen is hoog en het blijvend betrekken van de doelgroep verdient een speciale laagdrempelige aanpak. We bevelen aan dat er gebruik gemaakt blijft worden van professionals die al het vertrouwen van de ervaringsdeskundigen hebben en deze relatie kunnen inzetten.

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijsten Mantelzorgers en Ouderen

De inhoud van de focusgroep zijn ingedeeld op doelgroep, namelijk Mantelzorgers en Migrantenouderen. Belangrijk is dat het hier gaat om mantelzorgers die zorgen voor hun dierbare met toenemend regieverlies of dementie.

Benodigdheden:

- Dictafoon/opname app werktelefoon
- Flip-over + markers
- Voorwerp/foto
- Kaartjes om te categoriseren (bijlage 6)
- Post-its (Sociale netwerk vraag) + pennen

Voor de start van elke focusgroep is het van belang om te herhalen dat er geen goede of foute antwoorden zijn, herhaal dat alles wat hier gezegd wordt vertrouwelijk is en benadruk ook dat iedereen de informatie binnen de focusgroep houdt. Geef aan dat niemand verplicht is tot antwoorden als iemand zich hier niet comfortabel bij voelt. Vraag na of iedereen dit begrijpt en of ze zich comfortabel voelen

Fase 1:

Start met een foto of voorwerp om voor te leggen.

Werkinstructie:

Kies voorafgaand aan de bijeenkomst een foto of voorwerp uit die iets kan oproepen bij de doelgroep mantelzorgers. Dit mag van alles zijn, zolang het maar kan refereren naar het onderwerp van de Focusgroep: mantelzorger zijn voor een familielid met chronische vergeetachtigheid.

Leg het voorwerp/foto voor aan de groep en geef iedereen de tijd om hier wat van te vinden. Ga de groep rond en vraag wat het bij hen oproept als ze naar de foto kijken. Belangrijk is dat iedereen aan het woord komt en dat iedereen de ruimte krijgt om te antwoorden. Het is belangrijk om het algemeen te houden.

Doel: de groep laten nadenken over het concept "mantelzorg"

Fase 2:

Vraag 1:

Als ik denk aan chronische vergeetachtigheid dan denk ik aan...

Werkinstructie:

Stel de vraag en schrijf de uitkomsten op een flipover en maak een mind-map. Probeer terwijl de deelnemers hun punten benoemen te categoriseren wat je hoort, dit is afhankelijk van de termen die je hoort.

Het gemakkelijkst is een onderverdeling te maken op wat wordt aangegeven en of deze passen binnen de kenmerken van dementie. Als ze passen bij de kenmerken van dementie zet je ze dichtbij de term "vergeetachtigheid".

Alzheimer Nederland houdt de volgende 10 kenmerken aan:

- 1. Gebeurtenissen of dingen vergeten;*
- 2. Problemen met dagelijkse handelingen;*
- 3. Vergissen van tijd en plaats;*
- 4. Taalproblemen;*
- 5. Kwijtraken van spullen;*
- 6. Slecht beoordelingsvermogen;*
- 7. Terugtrekken uit sociale activiteiten;*
- 8. Verandering in gedrag en karakter;*
- 9. Onrust;*
- 10. Problemen met het zien.*

Doel: achterhalen of de deelnemers in staat zijn om kenmerken van dementie te herkennen (gezondheidsvaardigheden).

Vraag 2:

Wat is het eerste dat in jullie opkomt, als jullie denken aan hulp bij de zorg voor je familie?

Werkinstructie:

Het is van belang dat je dit goed begeleid en goed in de gaten houdt waar mensen op reageren. Ga geen inhoudelijke discussie aan over ervaringen, maar houdt het algemeen. Het gaat nu immers over zorgen voor je familie en de ondersteuning waar de deelnemers als eerst aan denken, niet of je behoefte hebt aan ondersteuning (dit kan in de volgende vraag mooi naar voren komen).

Doel: inventariseren wat de deelnemers als hulp zien of ervaren, dit kan meer zijn dan alleen formele zorg, juist ook informele zorg!

Fase 3:

Vraag 3:

Ik zou gebruik maken van hulp bij de zorg voor mijn familie [antwoorden op "Mee eens"; "Niet mee eens"].

Werkinstructie:

Je hebt nu een overgang om een iets directere vraag te stellen waarbij de deelnemers nog niet echt de diepte in hoeven, maar wel hun persoonlijke mening mogen geven.

Turf/houdt bij op een flip-over wat iedereen heeft gezegd ["mee eens"/"niet mee eens"] en probeer dan de discussie aan te gaan waarom mensen dit antwoord hebben gegeven. Ga nog niet te veel in op die mensen die geen hulp zouden willen, voorkom dat mensen gaan verwijten, en zorg dat iedereen zich veilig en comfortabel voelt om antwoord te geven.

Bij het uitvragen over waarom iemand het eens is met de stelling overgaan op WANNEER de behoefte ontstaat om hulp te krijgen, WAT/van WIE (voor soort) hulp gewenst is en of bekend is WAAR ze de hulp kunnen vragen. Dit moet inzicht geven in de timing van het ontstaan van een mogelijke hulpvraag, waar behoefte aan is en .

NB. *Hulp mag alles zijn, hulp is ook af en toe even mogen kletsen met vriendinnen, dus het gaat hier nog niet om formele zorg. Wel is het fijn als we dit in kaart kunnen brengen en onder de deelnemers op de flip-over te schrijven wat voor soort hulp gewenst zou zijn. Daarna kan aan de hand van de opgeschreven punten gevraagd worden of de deelnemers weten waar die hulp/ondersteuning te vinden worden.*

Vraag 4:

Wat vinden jullie van de mogelijkheden voor formele hulp die er zijn?

Werkinstructie:

Je hebt bij de vorige vraag geïnventariseerd wat de mening is van het gebruik maken van ondersteuning of hulp bij het zorgen voor dierbaren. Nu wil je graag weten wat ze vinden van de formele zorg en ondersteuning die er worden aangeboden in de wijk (en Nederland) aan vormen van ondersteuning voor mensen die zorgen voor hun naasten.

Gebruik hierbij voorbeelden van ondersteuning die in de wijk aanwezig zijn of bekend zijn en deze te sorteren op een schaal van "ja hier zou ik graag gebruik van maken – naar nee hier wil ik geen gebruik van maken".

Daarna ga je in discussie over de aansluiting van het aanbod op de wensen en behoeften en kun je vragen naar waarom dingen wel/niet aansluiten.

Fase 4:

Vraag 5:

Hoe combineer je de zorg voor je familie met je andere taken?

Werkinstructie:

Gebruik hiervoor de kaartjes (bijlage 6) en deel uit aan alle deelnemers en vraag ze om de kaartjes te categoriseren op hoeveelheid tijd die ze hier aan besteden. Leg de nadruk op **oplossingen** en eigen regie. Praat over hoe de verdeling is, zijn ze tevreden, is het lastig, is er een gevoel dat het allemaal wel lukt of juist niet.

Optioneel: Je kan de kaarten op volgorde leggen van hoe de tijdsverdeling er in een ideale situatie uitziet. Je kan dit dan gebruiken om te vragen naar wat kan worden gedaan om die ideale situatie te realiseren.

[Categorieën: gezin, werk, huishouden, zorg dierbare, school, vrije tijd, tijd voor jezelf, voeg nog kaarten toe als hier behoefte aan is]

Doel: inzicht geven wat voor een behoefte er is en of ondersteuning verlichting biedt of juist niet. Daarnaast kan het inzicht geven of deelnemers mogelijk overbelast zijn. Het kan een gesprek openen om te praten over hoe de tijd verdeeld wordt, waar tegenaan gelopen wordt en wat **oplossingen** zijn.

Tijd: max. 20 min.

Vraag 6:

Hoe ziet je netwerk eruit rondom de zorg voor je familie?

Werkinstructie:

Laat iedereen zijn eigen netwerk in kaart brengen met behulp van post-its/of evt. andere beschikbare middelen zoals poppen. Bij het in kaart brengen van het eigen netwerk instrueren om de afstand tot henzelf aan te geven [dichtbij vs. ver weg].

Voeg na deze opdracht nog de optie toe om aan te geven hoe de formele hulp zich bevindt t.o.v. de mantelzorgger en de naaste voor wie ze zorgen. [alleen van toepassing als er geen formele zorg is benoemd]

Vraag vervolgens om te motiveren **waarom** de formele hulp zich op die plek bevindt. Hieruit kan verder uitgevraagd worden wat hen tegenhoudt om de hulp in te zetten [geldt alleen als de groep, of deelnemers van de groep, aangeeft dat de formele hulp veraf staat].

Vervolg zie volgende pagina.

... vervolg werkinstructie vraag 6

Gebruik hiervoor de flipover [schrijf op wat de deelnemers aangeven]. Wees alert op verschillende redenen waarom deelnemers liever geen gebruik maken van hulp, zoals **schaamte, loyaliteit, wantrouwen zorg, taal, gebrek aan sensitiviteit bij zorgaanbieders, verwachtingen over wat zorg biedt**. Als deze dingen worden aangegeven probeer dan te achterhalen waarom dit zo wordt gezien (denk hierbij m.n. aan wantrouwen, gebrek aan sensitiviteit en verwachtingen), en hoe deze punten overbrugt kunnen worden. Blijf de groep prikkelen om met oplossingen te komen, of met suggesties het anders te doen.

Tijd: max. 20 min.

Fase 5:

Besluit de focusgroep met volgende vragen.

Bij alle drie de vragen is het van belang dat je goed inschat of alle deelnemers inbreng hebben gegeven, ook als mensen stiller zijn betekend dit nog niet dat ze het eens zijn met wat wordt gedeeld op dat moment.

Vraag 7:

Als jullie iets zouden kunnen veranderen aan de hulp die beschikbaar is, wat zou dat dan zijn?

Werkinstructie:

Is inventariserend, en geeft deelnemers een kans om nog punten toe te voegen.

Vraag 8:

Klopt het dat deze punten [benoem de punten die naar voren zijn gekomen bij de vragen die je hebt gesteld] het belangrijkste zijn of zouden jullie daar nog iets aan willen toevoegen?

Werkinstructie:

Het geeft je als gespreksleider de kans om in te schatten of iedereen zich kan vinden in de belangrijkste uitkomsten en als dit niet het geval is dan kan er nog een nuance worden aangebracht.

Vraag 9:

Hebben we iets belangrijks gemist over familiezorg in de discussie?

Werkinstructie:

Het sluit je gesprek af, maar geeft een laatste opening om nog toevoegingen te maken.

De inhoud van de focusgroep zijn ingedeeld op de doelgroep, namelijk Mantelzorgers en Migrantenouderen. Belangrijk is dat het hier gaat om mantelzorgers die zorgen voor hun dierbare met toenemend regieverlies of dementie.

Fase 1:

Start met een foto of voorwerp om voor te leggen.

Werkinstructie:

Kies voorafgaand aan de bijeenkomst een foto of voorwerp uit die iets kan oproepen bij de doelgroep mantelzorgers. Dit mag van alles zijn, zolang het maar kan refereren naar het onderwerp van de Focusgroep: ouder worden en meer zorg nodig hebben.

Leg het voorwerp/foto voor aan de groep en geef iedereen de tijd om hier wat van te vinden. Ga de groep rond en vraag wat het bij hen oproept als ze naar de foto kijken. Belangrijk is dat iedereen aan het woord komt en dat iedereen de ruimte krijgt om te antwoorden. Het is belangrijk om het algemeen te houden.

Doel: de groep laten nadenken over het concept zorg, ouder worden, ondersteuning nodig hebben/krijgen, toenemend regieverlies.

Fase 2:

Vraag 1:

Gelukkig en fijn ouder worden betekend voor mij...

Werkinstructie:

Waardig ouder worden, invulling geven aan je eigen leven zijn van groot belang in de waarneming van geluk/kwaliteit van leven voor ouderen. Door uit te vragen wat waardig ouder worden is voor de deelnemers kan dit een aanleiding bieden de hulp en ondersteuning te zien vanuit dit perspectief en kan het dienen als een onderlegger.

Het is belangrijk dat je probeert de uitkomsten van deze vraag probeert te integreren bij het doorvragen bij de andere vragen. Bijv. door te vragen: "Hoe heeft fijn ouder worden een plek..." ... bij ondersteuning, ... bij het thema chronische vergeetachtigheid, ... in de keuze wel of geen gebruik te willen maken van hulp, ... waarom hulp niet aansluit, enz.

Schrijf steekwoorden op een flip-over, zodat het makkelijker is deze punten mee te nemen bij de vervolgvragen.

Doel: *Perspectief van de ouderen meenemen, in plaats van te redeneren vanuit het zorgaanbod. Basis leggen voor de volgende vragen.*

Vraag 2:

Als ik denk aan chronische vergeetachtigheid, dan denk ik aan...

Werkinstructie:

Stel de vraag en schrijf de uitkomsten op een flipover en maak een mind-map. Probeer terwijl de deelnemers hun punten benoemen te categoriseren wat je hoort, dit is afhankelijk van de termen die je hoort. Houdt het dus algemeen, geen grote discussie aangaan over persoonlijke ideeën.

Het gemakkelijkst is een onderverdeling te maken op wat wordt aangegeven en of deze passen binnen de kenmerken van dementie. Als ze passen bij de kenmerken van dementie zet je ze dichtbij de term "vergeetachtigheid". Wat betekenen deze punten voor hen en zien ze de gevolgen van deze kenmerken, of is er weinig kennis over geheugenverlies en de gevolgen bekend bij de deelnemers.

Alzheimer Nederland houdt de volgende 10 symptomen aan:

1. Gebeurtenissen of dingen vergeten;
2. Problemen met dagelijkse handelingen;
3. Vergissen van tijd en plaats;
4. Taalproblemen;
5. Kwijtraken van spullen;
6. Slecht beoordelingsvermogen;
7. Terugtrekken uit sociale activiteiten;
8. Verandering in gedrag en karakter;
9. Onrust;
10. Problemen met het zien.

Doel: Inventariseer hoe ouderen dementie zien en wat is er bekend over de problemen geassocieerd met geheugenverlies (gezondheidsvaardigheden).

Vraag 3:

Wat is het eerste wat in je opkomt als je denkt aan hulp voor jezelf als dat je niet meer zelf lukt?

Werkinstructie:

Als in de vorige vraag het gesprek gaat over de mogelijke gevolgen van geheugenverlies (toenemend regieverlies) is dat een mooie manier om daarop in te haken met deze vraag. Van wie zouden ze het liefst ondersteuning krijgen, waarom en hoe zou dat er dan uit zien. Kan er ook formele zorg worden ingezet of juist niet? De connectie kan ook nog gelegd worden met de uitkomsten van de eerste vraag over **fijn ouder** worden. Creëer een veilige omgeving waarin ideeën gedeeld kunnen worden.

Doel: inventariseren wat hulp is en wordt ervaren als hulp.

Fase 3:

Vraag 4:

*Ik zou gebruik maken van hulp bij de zorg die ik nodig heb.
[antwoorden op "Mee eens"; "Niet mee eens"]*

Werkinstructie:

Je hebt nu een overgang om een iets directere vraag te stellen waarbij de deelnemers nog niet echt de diepte in hoeven, maar wel hun persoonlijke mening mogen geven.

Turf/houdt bij op een flip-over wat iedereen heeft gezegd ["mee eens"/"niet mee eens"] en probeer dan de discussie aan te gaan waarom mensen dit antwoord hebben gegeven. Ga nog niet te veel in op die mensen die geen hulp zouden willen, voorkom dat mensen gaan verwijten, en zorg dat iedereen zich veilig en comfortabel voelt om antwoord te geven.

Bij het uitvragen over waarom iemand het eens is met de stelling overgaan op WANNEER de behoefte ontstaat om hulp te krijgen, WAT/van WIE (voor soort) hulp gewenst is en of bekend is WAAR ze de hulp kunnen vragen. Dit moet inzicht geven in de timing van het ontstaan van een mogelijke hulpvraag, waar behoefte aan is en .

NB. *Hulp mag alles zijn, hulp is ook af en toe even mogen kletsen met vriendinnen, dus het gaat hier nog niet om formele zorg. Wel is het fijn als we dit in kaart kunnen brengen en onder de deelnemers op de flip-over te schrijven wat voor soort hulp gewenst zou zijn. Daarna kan aan de hand van de opgeschreven punten gevraagd worden of ze weten waar ze die hulp/ondersteuning kunnen vragen.*

Doel: *inventariseren van behoefte, wensen als het gaat om hulp, en om de eventuele mismatch.*

Tijd: *max. 20 min.*

Fase 4:

Vraag 5:

Hoe ziet je netwerk eruit rondom de zorg die je ontvangt?

Werkinstructie:

Laat iedereen zijn eigen netwerk in kaart brengen met behulp van plaatjes/of evt. andere beschikbare middelen zoals poppen. Bij het in kaart brengen van het eigen netwerk instrueren om de afstand tot henzelf aan te geven [dichtbij vs. ver weg].

Voeg na deze opdracht nog de optie toe om aan te geven hoe de formele hulp zich bevindt t.o.v. de oudere.

Vraag vervolgens om te motiveren **waarom** de formele hulp zich op die plek bevindt. Hieruit kan verder uitgevraagd worden wat hen tegenhoudt om de hulp in te zetten [geldt alleen als de groep, of deelnemers van de groep, aangeeft dat de formele hulp veraf staat].

Gebruik hiervoor de flipover [schrijf op wat de deelnemers aangeven]. Wees alert op verschillende redenen waarom deelnemers liever geen gebruik maken van hulp in de zorg, zoals **schaamte, loyaliteit, wantrouwen zorg, taal, gebrek aan sensitiviteit bij zorgaanbieders, verwachtingen over wat zorg biedt**. Als deze dingen worden aangegeven probeer dan te achterhalen waarom dit zo wordt gezien (denk hierbij m.n. aan wantrouwen, gebrek aan sensitiviteit en verwachtingen), en hoe deze punten overbrugt kunnen worden. Blijf de groep prikkelen om met oplossingen te komen, of met suggesties te komen het anders te doen.

Tijd: max. 20 min.

Fase 5:

Besluit de focusgroep met volgende vragen.

Bij alle drie de vragen is het van belang dat je goed inschat of alle deelnemers inbreng hebben gegeven, ook als mensen stiller zijn betekend dit nog niet dat ze het eens zijn met wat wordt gedeeld op dat moment.

Vraag 6:

Als jullie iets zouden kunnen veranderen aan de hulp die beschikbaar is, wat zou dat dan zijn?

Werkinstructie:

Is inventariserend, en geeft deelnemers een kans om nog punten toe te voegen. Stel sowieso de eerste vraag omdat het wellicht nog een conclusie kan geven voor de vraag uit fase 4.

Vraag 7:

Klopt het dat deze punten [benoem de punten die naar voren zijn gekomen bij de vragen die je hebt gesteld] het belangrijkste zijn of zouden jullie daar nog iets aan willen toevoegen?

Werkinstructie:

Het geeft je als gespreksleider de kans om in te schatten of iedereen zich kan vinden in de belangrijkste uitkomsten en als dit niet het geval is dan kan er nog een nuance worden aangebracht.

Vraag 8:

Hebben we iets belangrijks gemist in de discussie?

Werkinstructie:

Het sluit je gesprek af, maar geeft een laatste opening om nog toevoegingen te maken.

Bijlage 2: Aandachtspunten in gesprekken met professionals, studenten en vrijwilligers.

De data uit de focusgroepen en gesprekken met experts hebben geleid tot informatie die gebruikt kan worden in gesprekken met professionals, studenten en vrijwilligers.

DOEL:

- a. Welke haakjes in het dagelijks leven kun je (als professional) benutten in de ondersteuning van mantelzorgers en mensen met dementie en een migratieachtergrond. 'Kijken en luisteren' is een haakje in het dagelijks leven.
- b. Beweging op gang brengen in de visie op hoe om te gaan met mensen met dementie en een andere achtergrond.

GESPREEKSONDERWERPEN

Mensbeeld

Hoe kijken we naar mensen?

'Nederland is een land met een grote diversiteit van mensen. Qua achtergrond, geloof, liefdesovertuiging en meer. Binnen deze diversiteit is er veel diversiteit. Als professional hebben we de behoefte om mensen te clusteren in groepen. 'De Turkse oudere'. 'Turkse ouderen willen ...'

Als we het hebben over een client kan dit een mevrouw van 70 zijn met dementie en een historische geschiedenis in 2 landen. In Turkije en Nederland. I.p.v. de Turkse oudere. Door te gaan clusteren op achtergrond heeft dit als gevolg dat je bevooroordeeld bent in je handelen. Want niet alle Turkse ouderen hebben dezelfde wensen en behoeften. Het is een misvatting om te denken dat een Turkse zorgverlener een klik heeft met alle ouderen met een Turkse achtergrond. Belangrijk om te investeren in kennismaken. Alvorens je zorg kan bieden. Het opbouwen van vertrouwen. Waar het om gaat is dat je je voor een andere cultuur kan openstellen, op de hoogte bent van de leefwereld van je client en je kan inleven. Het gaat om het loslaten van eigen normen en waarden. De oudere kan vanuit het eigen sociale en culturele kader input geven over goede zorg.

Persoonsgerichte zorg; de mens is meer dan zijn ziekte

Mensen met dementie wonen na de diagnose nog gemiddeld 8 jaar zelfstandig voordat zij in een verpleeghuis worden opgenomen. In deze periode is het belangrijk om de juiste ondersteuning te bieden waarbij we kijken naar de behoeften en verlangens van de oudere met dementie en zijn naasten. Als mensen zich prettig voelen kunnen zij langer thuis wonen. We dienen te kijken naar de meervoudige identiteit van de oudere, waarbij we aandacht hebben voor blokkades als taal, achtergronden, je thuis voelen bij 'soortgenoten'. Je doet mensen tekort als je ze in groepen plaatst op basis van enkel achtergrond of dementie. Je brengt mensen terug naar 1 identiteit.

Visies op dementie zijn er genoeg, 2 elementen hebben ze doorgaans gemeen:

Het medisch domein staat centraal en mensen met dementie wordt niets gevraagd. Mensen met dementie worden niet meer als mens gezien, omstanders vullen het beeld in van mensen van dementie. Je bent de zielige patiënt met dementie die achteruitgaat. Je wordt niet meer aangesproken op wat jou maakt maar op je ziekte, dit zorgt dat je sneller achteruitgaat maar ook je zelfvertrouwen verliest. *'Ze praten over me, in plaats van met me'*

Het zit blijkbaar in ons dat we voor de ander denken.

De sociale benadering rust op 3 pijlers:

Als professional stel je jezelf continue de vraag 'weet ik hier genoeg van' en 'kan ik daarbij helpen'?

1. Het medisch domein: er verandert iets bij mij
2. Het psychologische domein: hoe ga ik er mee om
Er verandert iets in het hoofd van mij of mijn naaste: hoe ga ik hier mee om?
3. Het sociale domein: hoe vormt dit mijn relaties.
Welke gevolgen heeft dit voor mijn sociale relaties?

Wees bewust: Wat maakt het leven met dementie nog wel de moeite waard?

Wat geeft kwaliteit aan jou leven?

Tip: film Intouchables. Het leven van de verlamde Philippe verandert door verzorger Driss die hem niet als ziek en zielig benadert, maar als persoon. Hij gaat in op de onvervulde behoefte te genieten van het leven.

Goede zorg

"Ouderdom komt met gebreken. Minder goed kunnen lopen of vergeetachtig worden, het hoort er allemaal bij. Het is bijna vanzelfsprekend. Net als mantelzorg. Als je vader of man vergeetachtig wordt dan zorg je voor hem. Dit doe je als mantelzorger vaak vanuit liefde, het is vanzelfsprekend. In veel culturen en families is het vanzelfsprekend om voor je naaste te zorgen. Het liefste zo lang mogelijk binnen de familie, maar soms is het door taal ook lastig om uit te leggen wat je nodig hebt. Of is niet duidelijk wat de mogelijkheden zijn.

Professionele ondersteuning kan helpend zijn, maar wat kunnen we in gezamenlijkheid doen zodat je als mantelzorger vanuit liefde kunnen blijven zorgen zonder overbelast te raken?"

Goede zorg wordt bepaald door de onderlinge relaties tussen mensen.

Het gaat over goed kijken en luisteren wat goede zorg thuis is en welke haakjes er zijn voor contextuele oplossingen.

De netwerkkaart of ecogram is een goed hulpmiddel:

Breng de belangrijke sociale contacten van de oudere en mantelzorger in kaart:

- Praktische zaken (P): wie helpt jou en wie help jij met praktische zaken
- Gezelschap (G): met wie doe je graag leuke dingen
- Advies en uitwisselen (A): wie geeft jou advies en wie vraag je om advies
- Emotionele steun (E): met wie deel je dingen die voor jou belangrijk zijn
- Met wie zou je weer contact willen?

Haakjes in dagelijks leven die we kunnen benutten om een bijdrage te leveren aan gezond en gelukkig oud worden.

- Bewegen
- Het hebben van een dagelijks doel
- Gezond (en lekker) eten en verminder stress
- Samen eten en drinken
- Ontmoet gelijkgestemden
- Familie en geliefden op de 1^e plaats
- Zorg voor een goede vriendenkring/ voldoende sociale contacten

'De mens is een sociaal wezen dat alleen in een gemeenschap zijn volmaaktheid kan vinden'

Aristoteles

Bijlage 3: Stappenplan diversiteit en de SBD

Oplossing en stappen gericht op de ondersteuningsbehoeften van migrantenouderen en mantelzorgers vanuit het perspectief van de Sociale benadering

SOCIALE BENADERING DEMENTIE

In het geval van dementie spreken we vaak over de medische consequenties die er zijn voor de patiënt. Echter in de sociale benadering worden twee andere domeinen die invloed ondervinden, te weten het psychologische en sociale domein. De benadering is een zienswijze die de patiënt in het bredere perspectief plaatst en niet alleen aandacht besteed aan het medische domein, maar zich juist ook ondersteuning bieden, behoeften en wensen uitvragen op het psychologische en sociale domein. Het draagt bij aan het ondersteunen van mensen met dementie (en hun naasten) in de veranderingen die zij doormaken in de sociale en psychologische context ([website Anne Mei, sociale benadering dementie](#)).

TOEPASSING BINNEN SUPERDIVERS

Gezien de nauwe betrokkenheid van Anne Mei The als expert bij dit project, is het een kans om te kijken hoe de sociale benadering uitgewerkt kan worden in een van de oplossingsrichtingen.

De resultaten van de startfase laten zien dat er een sterke behoefte is bij de deelnemende migrantenouderen en hun mantelzorgers aan persoonsgerichte zorg. Dat er gekeken wordt naar de individuele behoefte en situatie van ondersteuning en zorg.

De sociale benadering sluit zeker bij aan, en kan indien gewenst aangepast worden naar de thematiek die past bij de culturele achtergrond. Denk hierbij aan uiting van culturele waarden d.m.v. tradities en rituelen, en religieus belijden en begrip.

In samenspraak met Anne Mei The is besproken dat een mogelijkheid is om een sociaal benaderingsteam op te zetten die samen met de oudere en/of mantelzorger (afhankelijk van de behoefte) het proces door kan gaan op een manier die passend is voor de cliënt/patiënt op het sociaal en psychologische domein.

STAPPENPLAN

Wat is er voor nodig om een goed werkend sociaal benaderingsteam op te zetten en wie nemen hier plaats in? Dit zijn verschillende belangrijke punten die uitgezocht dienen te worden.

Het stappenplan ziet er als volgt uit:

1. Het **doel** en de **rollen** van het sociaal benaderingsteam **uitwerken**;
Wat is de juiste consistentie van een sociaal benaderingsteam, wat is de rol die zij moeten uitvoeren, hoe wordt dit uitgevoerd en hoe kunnen we de methodiek inzetten.
2. Bepalen **waar** het sociaal benaderingsteam wordt **opgezet**;
De projectgroep bekijkt waar de randvoorwaarden om een soepele opstart van een sociaal benaderingsteam de meeste kans van slagen heeft. Voorwaarden hierbij zijn: betrokkenheid stadsbrede ouderenconsulent, huisartsenpraktijk die actief is in een van de wijken (Schilderswijk of Moerwijk), casemanager dementie, actieve

sleutelfiguren en betrokkenheid vanuit de community.

3. Bepalen **welke** professionals, vrijwilligers, en/of sleutelfiguren hierin plaats nemen en wat ieders rol is vanuit de sociale benadering;
4. **Evaluëren** en **spiegelen** wat werkt en niet werkt, waar nodig aanpassingen doorvoeren die de punten uit de evaluatie kunnen worden geconcludeerd; De evaluatie wordt gedaan i.s.m. Anne Mei The, de projectgroep, professionals, ervaringsdeskundigen en de klankbordgroep.
5. Op basis van de informatie bepalen of er een **tweede** team opgericht dient te worden en de stappen 1 tot 4 doorlopen.
De professionals evalueren eigen inzet, daarnaast wordt bekeken of de behoefte van de ouderen/mantelzorgers op een juiste manier opgepakt worden door middel van deze benadering

DOEL EN ROLLEN LEDEN SOCIALE BENADERING DEMENTIE

Rollen en doelen die gekoppeld zijn aan deze doelen en hoe hangen deze samen met de sociale benaderingsteams die bekend zijn.

Doelen – kostenplaatje inschatting kunnen maken – aanvullende aanvraag doen bij een fonds doen. Implementatie.

Materiaal en trainingen – de periode van uitvoering, wat is hier verstandig.

Werkgroep opzetten – uren gaan al naar het plan van Pharos – Voor wie en door wie. Anders kan we laten

Wat is het plan van aanpak en bij social trials en financiering (kostenplaatje), welke mensen willen we voor de verschillende achtergronden vragen.

Bijlage 4: Topiclijst Superdivers klankbordgroep

Input van professionals die werken met de ervaringsdeskundigen – bereidheid en expertise om zich in te zetten voor het project Superdivers Dementievriendelijk Den Haag.

SUPERDIVERS DEMENTIEVRIENDELIJK DEN HAAG:

Het project richt zich op het in kaart brengen van wensen en behoeften van migrantenouderen en mantelzorgers met toenemend regieverlies. Na het inventariseren van de wensen en behoeften willen we graag met zorg en welzijnsprofessionals schakelen om te kijken hoe er voldaan kan worden aan de behoeften, of het aanbod al bestaat, en hoe het huidige aanbod hierop aangesloten kan worden in samenspraak tussen de ervaringsdeskundigen en de professionals.

Hoe ziet het zorgaanbod rond demente ouderen er nu uit in Den Haag, t.g.v. de coronacrisis?

- a. Is de zorg voor de ouderen in de regio veranderd sinds de coronacrisis?
- b. Zijn kwetsbare ouderen die eerder in beeld waren uit beeld geraakt?
- c. Ben je als professional in staat ouderen en mantelzorgers bij te staan in deze tijd?
- d. Kan je voldoen aan de gewenste ondersteuning waar ouderen en mantelzorgers behoefte aan hebben?
- e. Ben je als professional in deze tijd in staat om extra tijd te besteden aan bijv. projecten als Superdivers Dementievriendelijk Den Haag?

Mocht je niet aanwezig kunnen zijn bij de digitale bijeenkomst, willen we je vragen om de vragen per mail te beantwoorden zodat wij een beeld kunnen opbouwen van de mogelijkheden die we hebben.

Stuur je reactie a.u.b. voor de bijeenkomst naar

natascha.ulehake@transmuralezorg.nl