

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Opinie: Cross-culturele neuropsychologische diagnostiek bij volwassenen en ouderen op de geheugenpoli

- ▶ Sanne Franzen
- ▶ Esther van den Berg
- ▶ Janne M. Pappa

- **Samenvatting** — Sinds de jaren vijftig van de twintigste eeuw kent Nederland een toenemende diversiteit, onder andere vanwege de arbeidsmigratie in de jaren zestig en zeventig, de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 en door de komst van asielzoekers en vluchtelingen vanaf de jaren tachtig. Neuropsychologische diagnostiek bij mensen met een andere achtergrond kent uitdagingen op het gebied van taal, cultuur en opleiding. In dit artikel geven wij een overzicht van deze uitdagingen en daarnaast enkele handvatten voor de klinische praktijk op basis van wetenschappelijke literatuur en onze ervaringen binnen de migrantenpolikliniek van het Alzheimercentrum Erasmus MC.

Inleiding

In de afgelopen eeuw is de bevolking in Nederland steeds diverser geworden. De toename in culturele diversiteit begon met de onafhankelijkheid van Indonesië eind jaren veertig van de twintigste eeuw en werd gevolgd door een periode van arbeidsmigratie uit landen als Turkije en Marokko, maar ook Italië en Spanje, in de periode 1950-1974. Omdat de oorspronkelijke intentie was dat deze arbeidsmigranten uiteindelijk terug zouden keren naar het land van herkomst, was er destijds weinig aandacht voor integratie en het leren van de Nederlandse taal van deze groep (Van Mol & De Valk, 2016). De periode van arbeidsmigratie werd gevolgd door de onafhankelijkheid van Suriname in 1975, waarna een groot deel van de toenmalige bevolking (bestaande uit onder andere Hindoestaanse, creoolse, Javaanse en Chinese Surinamers) in de daaropvolgende vijf jaar naar Nederland verhuisde. In de jaren tachtig en negentig kwamen vluchtelingen en asielzoekers uit verschillende landen naar Nederland, zoals Iran, Irak,

Armenië, Eritrea en Somalië, maar ook Arameeërs (uit het Midden-Oosten) en mensen uit het voormalige Joegoslavië. In recente jaren zijn hier tevens vluchtelingen uit Syrië en seizoenswerkers van binnen de Europese Unie bij gekomen.

Met het ouder worden neemt de kans op cognitieve functiestoornissen toe. Sommige bevolkingsgroepen lopen meer risico op het ontwikkelen van cognitieve klachten, vanwege de hogere prevalentie van bijvoorbeeld beroerte (Kunst e.a., 2011), diabetes (Kunst e.a., 2011) en dementie (Parlevliet e.a., 2016). Op geheugenpoliklinieken zullen neuropsychologen mede daarom steeds vaker patiënten met een andere achtergrond tegenkomen. Het verrichten van neuropsychologisch onderzoek bij patiënten met een andere achtergrond vraagt om aanpassingen in de werkwijze en de keuze en rapportage van het instrumentarium. Wij illustreerden dit eerder al aan de hand van een casus uit onze dagelijkse praktijk (Franzen e.a., 2018). Het hebben van het juiste instrumentarium is echter onvoldoende om een sensitief neuropsychologisch onderzoek te verrichten bij mensen met een andere culturele, taalkundige en opleidingsachtergrond. Zo moet er ook rekening worden gehouden met verschillende culturele contextuele factoren die invloed kunnen hebben op het neuropsychologisch onderzoek, zoals migratiegeschiedenis, acculturatie, de testsituatie en de communicatiestijl (voor de geïnteresseerde lezer biedt het ECLETTIC-framework hier een informatieve uitwerking van (Fujii, 2018)).

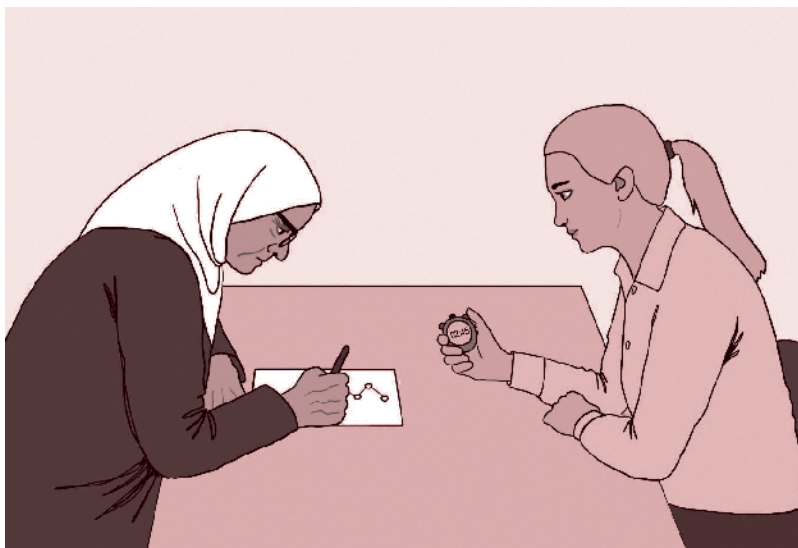
In dit artikel lichten wij enkele van deze factoren binnen de Nederlandse context verder toe en geven we praktische handvatten voor elke opeenvolgende stap in het neuropsychologisch onderzoek, gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur en onze eigen ervaring vanuit de migrantenpolikliniek van het Erasmus MC. Deze polikliniek werd eind 2015 geopend met als doel de (neuropsychologische) diagnostiek bij mensen met een andere achtergrond op het gebied van cultuur, taal en opleiding te verbeteren. In het kader van de TULIPA-studie (2017-2021) begon vervolgens een grootschalige landelijke samenwerking met als doel het samenstellen van een sensitieve neuropsychologische testbatterij voor een diverse doelgroep. Zelfs met geschikt instrumentarium is er echter geen kant-en-klare 'one-size-fits-all'-methode voor cross-culturele neuropsychologische diagnostiek. Het is belangrijk te benadrukken dat de variatie binnen groepen soms net zo groot of vele malen groter is dan die tussen bepaalde groepen.

Neuropsychologisch onderzoek

Vorbereiding van het cultuursensitief neuropsychologisch onderzoek

Ter voorbereiding is het belangrijk om na te gaan of iemand het Nederlands als voorkeurstaal heeft en zo nee, welke taal en/of welk dialect iemand precies spreekt. Er worden bijvoorbeeld verspreid over Noord-Afrika en het Midden-Oosten verschillende dialecten van het Arabisch gesproken, die onderling niet inwisselbaar zijn. Een Marokkaanse patiënt kan (naast Nederlands) het Darija (Marokkaans-Arabisch), verschillende Berbertalen (die tot voor kort niet geschreven werden), maar ook Frans of Spaans spreken. Twee- of meertalige patiënten kunnen sommige talen als prestigieuzer ervaren dan andere en geven daardoor soms aan dat ze beide talen even goed beheersen, terwijl dit niet altijd zo is. Vraag aan patiënten bijvoorbeeld welke taal zij thuis spraken toen ze opgroeiden en welke taal zij nu spreken met familie en kennissen. Ook bij patiënten die het Nederlands goed beheersen, zoals veel Surinaamse patiënten, kan het zinvol zijn na te gaan wat de voorkeurstaal is. Een sensitieve manier om hiernaar te vragen is bijvoorbeeld: 'Ik weet dat er in Suriname verschillende talen worden gesproken en dat sommige Surinaamse mensen zelfs meerdere talen spreken. Hoe is dat bij u?'

Nadat de voorkeurstaal is vastgesteld kan er – als er financiering voor is – een tolk worden aangevraagd. Vervolgens kan de patiënt geïnformeerd worden over de afspraak. Het is bij sommige patiënten belangrijk rekening te houden met mogelijke laaggeletterdheid – 80 à 90% van de vrouwelijke Turkse en Marokkaanse eerstegeneratiearbeidsmigranten hebben bijvoorbeeld geen formele opleiding afgerond (Schellingerhout, 2004). Een uitnodigingsbrief is zodoende voor sommigen moeilijk te lezen, ook als deze in de eigen taal is opgesteld. Het kan de moeite lonen om informatie in eenvoudige taal mee te sturen (taalniveau B1 of lager), het liefst ondersteund door afbeeldingen. Een voorbeeld hiervan is de informatiefolder over dementiediagnostiek (Alzheimercentrum Erasmus MC, 2019), waarbij het onderdeel 'Neuropsychologisch onderzoek' wordt uitgelegd met een afbeelding (zie Figuur 1).



Neuropsychologisch onderzoek

Yasmina heeft haar bril en gehoorapparaat meegenomen. Dat is belangrijk.

Yasmina krijgt een onderzoek om te kijken waarom ze veel dingen vergeet.

Dit noemen we een neuropsychologisch onderzoek.

Eerst moet Yasmina vragen beantwoorden.

Daarna maakt ze oefeningen en puzzels.

Yasmina moet bijvoorbeeld plaatjes onthouden.

Sommige testen zijn moeilijk.

FIGUUR 1 Voorbeeld van een afbeelding en de bijbehorende uitleg uit de informatiefolder van het Alzheimercentrum Erasmus MC

In onze ervaring helpt het om patiënten (of mantelzorgers) voorafgaand aan de afspraak te bellen om te vragen of zij vragen hebben over hun afspraak. Dit creëert ten eerste de gelegenheid om na te gaan of de afspraak daadwerkelijk ontvangen en begrepen is. Daarnaast hebben zowel patiënten als mantelzorgers vaak geen beeld bij het neuropsychologisch onderzoek en biedt dit de kans om hen voor te bereiden op de duur van het onderzoek en praktische aspecten, zoals het meenemen van een bril. Ook is het fijn om patiënten op de hoogte te stellen van de eventuele aanwezigheid van een professionele tolk. Vaak vermelden wij daarbij dat de tolk aanwezig is als extra oren en ogen voor de neuropsycholoog, bijvoorbeeld

om mee te luisteren naar veranderingen in de taal, en expliciet niet omdat wij twijfelen aan de vertaalcapaciteiten van de heteroanamnese die soms meekomt als informele tolk.

De tolk

Bij het inschakelen van een professionele tolk is het van belang om de tolk voorafgaand aan het neuropsychologisch onderzoek te instrueren over de procedure en het doel van het neuropsychologisch onderzoek. Soms heeft de tolk alleen ervaring met vertalen in een andere context; in de rechtbank, waar veel gebruikgemaakt wordt van tolken van vertaalbureaus, is het bijvoorbeeld van essentieel belang dat er geen enkele ruimte voor interpretatie mogelijk is en kan het meermaals herhalen van vragen of informatie gerechtvaardigd zijn, terwijl dit bij de afname van geheugentests bij het neuropsychologisch onderzoek juist afdoet aan de validiteit. Het is raadzaam de tolk minimaal te informeren dat je veranderingen in (bijvoorbeeld) de taal en het geheugen in kaart probeert te brengen en dat het dus belangrijk is om letterlijk te vertalen – inclusief versprekingen van de patiënt – en informatie niet ongevraagd te herhalen gedurende het testonderzoek. Het kan helpen om het testmateriaal van tevoren aan de tolk te laten zien. Ook het vragen van toestemming aan de patiënt voor de aanwezigheid van de tolk is belangrijk (indien mogelijk zonder dat de tolk daarbij aanwezig is). Sommige gemeenschappen in Nederland zijn klein en nauw verweven – de Kaapverdische gemeenschap in Rotterdam woont bijvoorbeeld bijna geheel in één wijk in de stad – waardoor het kan voorkomen dat een tolk en een patiënt elkaar (via kennissen) kennen en een patiënt zich daardoor mogelijk niet veilig of vertrouwd voelt.

Indien er geen financiering mogelijk is voor een professionele tolk, zal men misschien genoodzaakt zijn gebruik te maken van een informele tolk, veelal een familielid. Een professionele tolk wordt in de internationale literatuur echter sterk aangeraden (Franzen e.a., 2020), omdat deze de patiënt in staat stelt zelf te communiceren – indien nodig ook in afwezigheid van de mantelzorger wanneer het gevoelige onderwerpen betreft, zoals (ernstige) somberheidsklachten. Ook kan het gebeuren dat de informele tolk informatie van zijn naaste weglaat omdat hijzelf (ten onrechte) inschat dat deze informatie niet relevant zal zijn, of vanwege schaamte. Indien er enkel een informele tolk aanwezig is, is het extra belangrijk om uitleg te geven over het doel en de werkwijze van het neuropsychologisch onderzoek en wat er van deze persoon verwacht wordt.

Het anamnesegeprek

Een bruikbaar hulpmiddel bij de anamnese zijn de vragen uit het Cultureel Interview (Rohlof e.a., 2002) of het Cultural Formulation Interview (Groen & Van Dijk, 2020), gesprekshulpmiddelen die kunnen helpen om een brug te slaan tussen individuen uit verschillende culturen. Uit eigen ervaring blijkt het te werken om je te verdiepen in de geografie van het land van herkomst en hierop terug te komen in het gesprek: je toont direct interesse in de patiënt. Het cultureel interview biedt onder andere ruimte om kennis te nemen van de wensen, behoeften en gewoonten van de patiënt, maar ook om te verkennen met welke woorden patiënten en mantelzorgers de klachten benoemen en beschrijven. Voor sommige concepten, zoals dementie en depressie, blijkt in veel talen geen goede, neutrale terminologie te bestaan, maar wordt er in plaats daarvan gebruik gemaakt van omschrijvingen of negatief beladen termen als ‘gek’ worden (bijvoorbeeld *bunama(k)* in plaats van het minder bekende *demans* of *Alzheimer* in het Turks).

Het uitvragen van de cognitieve functies in relatie tot dagelijkse activiteiten kan bij ouderen met een andere achtergrond soms een uitdaging zijn, omdat zij op sommige vlakken misschien altijd al afhankelijk waren (bijvoorbeeld op het vlak van financiële administratie bij mensen die ongeletterd zijn of het Nederlands niet goed beheersen), of omdat hun zaken uit handen worden genomen zonder dat dit een cognitieve oorzaak heeft (bijvoorbeeld vanwege lichamelijke klachten). In de anamnese kan het zinvol zijn om naar bepaalde activiteiten te vragen die relevant zijn bij patiënten met specifieke kenmerken. Een patiënt die aangeeft praktiserend moslim te zijn, kan men bijvoorbeeld met betrekking tot het moskeebezoek vragen naar het vinden van de weg (oriëntatie), het volgen van de preek (concentratie/mentale snelheid), of het herkennen van mensen uit de gemeenschap (gnosis). Soms is enige aanvullende kennis van belang. Zo kan het bij praktiserende moslims zinvol zijn te vragen naar hoe het gaat met het uitvoeren van het gebed en dan specifiek of patiënt in staat is te onthouden hoe vaak hij of zij bepaalde handelingen binnen het gebed al heeft doorlopen – het islamitische gebed kent op verschillende momenten van de dag een verschillend aantal iteraties van voorgeschreven handelingen. Veel patiënten met beginnende geheugenproblemen in het kader van de ziekte van Alzheimer lijken de Koranteksten zelf wel goed te kunnen reproduceren. Daarnaast kan het zinvol zijn om bij navraag naar de oriëntatie in tijd specifiek te vragen naar de vrijdag, een dag die voor praktiserende moslims extra belangrijk is (vergelijkbaar met de zondag bij prakti-

serende christenen). Hoewel dergelijke kennis geenszins vereist is, kan dit wel helpen om specifieke cognitieve processen beter in kaart te brengen.

Het direct vragen naar en vrijuit spreken over stemmingsproblematiek of andere (neuro)psychiatrische symptomen is niet voor iedereen in elke situatie vanzelfsprekend (bijvoorbeeld in aanwezigheid van familieleden). Bij sommige patiënten kan het helpen om eerst navraag te doen naar meer algemeen geaccepteerde klachten, zoals vermoeidheid, pijn of een gespannen gevoel in spieren of lichaam, alvorens te verkennen of patiënten weleens een ‘hoofd vol gedachten’ hebben, of ‘zich zorgen maken’ of ‘verdrietig’ zijn. Het is daarbij belangrijk niet te vergeten dat nuance regelmatig verloren gaat in het vertaalproces.

De selectie van het testmateriaal

Naast het verkennen van de culturele en taalkundige achtergrond, is het van groot belang gedegen onderzoek te doen naar de opleiding die iemand heeft genoten en de mate van geletterdheid, omdat het bekend is dat (on)geletterdheid een sterk effect heeft op de prestaties op het neuropsychologisch onderzoek (zie bijvoorbeeld Ardila e.a., 2010). Het is hierbij zinvol niet alleen te kijken naar het formele niveau van opleiding, maar ook de kwaliteit van de opleiding in ogenschouw te nemen. Het blijkt bijvoorbeeld op onze polikliniek dat mensen die de lagere school hebben afgerond desondanks niet altijd voldoende hebben leren lezen en schrijven. Hiertegenover staan mensen die initieel geen toegang hadden tot onderwijs, maar zichzelf op latere leeftijd lees- en schrijfvaardigheden eigen hebben gemaakt. Op onze migrantenpolikliniek zijn wij daarom bezig met de ontwikkeling van een instrument om geletterdheid te meten. Het kan verder nuttig zijn om geletterdheid op zo'n manier te onderzoeken dat die zo min mogelijk schaamte oproept. Formuleer de vraag bijvoorbeeld als: ‘veel mensen hebben niet de kans gehad om naar school te gaan, hoe was dat voor u?’, waarmee het niet hebben van een opleiding tot norm wordt gemaakt. Bij het normeren is het noodzakelijk rekening te houden met het feit dat de (voormalige) duur van de basisschool niet hetzelfde hoeft te zijn als in Nederland; volgens het onderwijssysteem van Turkije voldoet vijf jaar *İlköğretim Okulu* aan een Verhage niveau 2, terwijl in Marokko het (*Madrasa*) *Ibtidaiya* bijvoorbeeld zes jaar duurt.

Op basis van het opleidingsniveau en in het bijzonder het vermogen om te lezen en schrijven, kan een testprotocol worden opgesteld. Voor enkele cognitieve domeinen zijn er in Europa al relatief veel cross-culturele instrumenten aanwezig, zoals voor het geheugen (Franzen e.a., 2020), terwijl er voor andere domeinen in feite nog geen enkel geschikt

instrument beschikbaar is, zoals voor de sociale cognitie en de taal (benoemen). Tabel 1 (zie p. 22) verschaft een overzicht van enkele cross-culturele neuropsychologische tests die door experts in Europa gebruikt worden voor diagnostiek (Franzen e.a., 2020). Voor sommige domeinen, in het bijzonder de sociale cognitie is het nog sterk de vraag of het mogelijk is deze functie cross-cultureel te meten: zelfs in Europa geboren personen uit verschillende landen verschillen sterk van elkaar in hun vermogen om (verondersteld universele!) emoties op gezichten te kunnen herkennen (Quesque e.a., 2020). Onderzoek uit het buitenland laat verder zien dat prestatievaliditeitstests zoals de TOMM mogelijk niet valide zijn bij mensen uit andere culturen dan de populatie waarvoor deze oorspronkelijk ontworpen zijn en waarop deze gevalideerd zijn.

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

Bij het gebruik van vragenlijsten om naast de cognitieve functies ook factoren als stemming, angst of coping in kaart te brengen, is het belangrijk om te bedenken dat rechtstreeks vertaalde vragenlijsten regelmatig geen recht doen aan de oorspronkelijke meetpretentie. Zowel de exacte vertaling van de concepten uit deze vragenlijsten als de betekenis hiervan in andere culturen kan verschillen. Van sommige vragenlijsten, zoals de 15 item Geriatric Depression Scale (Uysal-Bozkir e.a., 2017), zijn onder Nederlandse migrantenouderen gevalideerde vertaalde versies beschikbaar. Terughoudendheid is nodig in het gebruik van (informeel) vertaalde vragenlijsten waarvan de validiteit en betrouwbaarheid niet is onderzocht.

TABEL 1 Overzicht van enkele in Europa gebruikte, gepubliceerde cross-culturele neuropsychologische instrumenten*

Test	Cognitieve functie(s)
Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	Globale screening
Multicultural Cognitive Examination	Globale screening
Aangepaste Mini Mental State Examination	Globale screening
Aangepaste Montreal Cognitive Assessment	Globale screening
Cross-Culturele Dementiescreening (CCD)	Uitgebreide screening
European Cross-Cultural Test Battery (Nielsen e.a., 2018): ▶ RUDAS ▶ Recall of Pictures Test (RPT) ▶ Enhanced Cued Recall ▶ Semi-complex figure ▶ Picture Naming (RPT) ▶ Animal and supermarket fluency ▶ Color Trails Test ▶ Five Digit Test ▶ Serial threes ▶ Copying of simple figures ▶ Clock Drawing Test ▶ Clock Reading Test	Uitgebreide testbatterij: ▶ Globale screening ▶ Geheugen ▶ Geheugen ▶ Geheugen ▶ Taal ▶ Taal/executieve functies ▶ Aandacht/executieve functies ▶ Aandacht/executieve functies ▶ Executieve functies ▶ Visuoconstructie ▶ Visuoconstructie ▶ Visuospatiële vaardigheden
TNI-93	Geheugen
TMA-93	Geheugen
WHO/UCLA adaptatie RAVLT	Geheugen
Modified Visual Association Test	Geheugen
TFA-93	Executieve functies
Cross-Linguistic Naming Test	Taal
Stick Design Test	Visuoconstructie

*Tests die nog in ontwikkeling waren in 2020: EMBRACED batterij, screening voor geletterdheid, cross-culturele benoemtaak.

De afname van het testmateriaal, normering en interpretatie

Als patiënten nog niet eerder kennisgemaakt hebben met een formele testsituatie is hun *test-wisness* mogelijk beperkt. Een deel van de patiënten zal niet begrijpen waarom het neuropsychologisch onderzoek nodig is, of hoe het bijdraagt aan de bredere diagnostiek. Soms helpt het om het onderzoek te vangen in een goede metafoor, bijvoorbeeld door het neuro-

psychologisch onderzoek te vergelijken met een (jaarlijkse) APK van de auto. Door uit te leggen dat we alle onderdelen gaan beoordelen – ook de onderdelen die op het oog goed functioneren – is het soms mogelijk meer begrip op te brengen voor de afname van ogenschijnlijk eenvoudige, of ‘kinderlijke’ neuropsychologische tests. In onze ervaring kan het daarbij ook helpen om van tevoren expliciet te benoemen dat sommige patiënten bij het zien van de tests zeggen dat zij toch zeker niet ‘gek’ zijn, omdat de tests er eenvoudig uit kunnen zien, maar dat deze voor ons van groot belang kunnen zijn. Een expliciet voorbeeld geven van wat er weleens misgaat op een test, zoals van een patiënt die door hemispatieel neglect de helft van de stimuli over het hoofd ziet, kan voor een patiënt soms goed verhelderen waarom wij dergelijke tests uitvoeren.

Het zal regelmatig voorkomen dat er twijfel ontstaat of een patiënt de instructie goed begrepen heeft. In dergelijke gevallen kan het zinvol zijn om gebruik te maken van de terugvraagmethode (uitgewerkt door het kennisinstituut voor laaggeletterdheid, Pharos, 2020). In plaats van te vragen of iemand het begrepen heeft, waar vaak uit beleefdheid standaard ‘ja’ op wordt geantwoord, kan het zinvol zijn om de volgende vraag te stellen: ‘Ik wil graag weten of ik het wel goed heb uitgelegd. Zou u mij misschien kunnen vertellen wat ik (ongeveer) gezegd heb?’ Deze wijze van vragen legt het probleem bij de zorgprofessional in plaats van bij het begrip van de patiënt en geeft direct de mogelijkheid om na te gaan welke aspecten verdere uitleg behoeven.

In het kader van scoring en rapportage verwijzen wij voor enkele suggesties rondom het opstellen van een verslag voor patiënten met een migratieachtergrond graag naar ons eerdere casuïstiekartikel in *Tijdschrift voor Neuropsychologie* (Franzen e.a., 2018). Daarnaast willen wij hier twee aspecten verder toelichten. Ten eerste is het belangrijk om te onthouden dat bij sommige patiënten de exacte geboortedatum en dus de leeftijd onbekend is – de geboortedatum zal dan vaak starten met 1 januari of 1 juli. Bij de normering kan het zodoende zinvol zijn een breder leeftijdsbereik in het achterhoofd te houden. Ten tweede zullen voor veel patiënten helaas geen geschikte normen aanwezig zijn die passend zijn bij de combinatie aan kenmerken van de specifieke patiënt. Vaak wordt er bij gebrek aan andere mogelijkheden voor gekozen om normen te gebruiken van een andere, zo veel mogelijk vergelijkbare doelgroep, bijvoorbeeld laagopgeleide oudere Turkse in plaats van laagopgeleide oudere Marokkaanse patiënten. Het is belangrijk de gebruikte normen goed te onderbouwen en expliciet te beschrijven in het verslag. Daarnaast kan het zinvol zijn om meer zicht te krijgen op de invloed van verschillen in

het herkomstland door de scores te normeren ten opzichte van verschillende groepen – bijvoorbeeld door een Iraakse patiënt te vergelijken met zowel de Nederlandse, Turkse als Marokkaanse beschikbare normen. Indien de verschillen tussen de normgroepen groot zijn, is het waarschijnlijk dat meer voorzichtigheid in de interpretatie benodigd is.

Het uitslaggesprek

Bij een uitslaggesprek hebben in Nederland opgeleide neuropsychologen veelal geleerd om zich te primair te richten op de behoeften, wensen en drijfveren van de individuele mens. Sommige patiënten zullen echter uit meer collectivistische culturen komen, waar juist de harmonie van de groep vooropstaat. Ter illustratie: op de afdeling Neurologie van een groot ziekenhuis in Ankara, Turkije, werd de diagnose dementie regelmatig meegedeeld aan een of meer van de familieleden, op wie werd vertrouwd dat zij, op een voor de familie zo prettig mogelijke wijze, de patiënt op de hoogte zouden stellen. Het spreekt voor zich dat deze werkwijze sterk verschilt van de regels en normen in de Nederlandse situatie. Naast verschillen in individualisme/collectivisme, bestaan er ook andere verklaaringsmodellen voor ziekte dan het biomedische perspectief dat in Nederland gemeengoed is (Fazil e.a., 2006; Van Wezel e.a., 2018). Bij dementie kunnen stoornissen in de cognitieve functies ook worden uitgelegd vanuit een spiritueel perspectief, zoals bezetenheid door kwade geesten, als ‘normale’ veroudering, of verklaard kunnen worden vanuit een fysiek en mentaal zware levensgeschiedenis. Door hier navraag naar te doen is het mogelijk om psycho-educatie te bieden die beter aansluit bij wat iemand weet en gelooft over hersenaandoeningen. Ten laatste kan de wijze waarop slecht nieuws, zoals een ongunstige prognose, wordt gedeeld, sterk variëren tussen culturen. Sommige patiënten zullen het gevoel hebben onnodig bruusk of bot te worden toegesproken wanneer er gezegd wordt dat er geen hoop is op genezing; sommige patiënten geven aan dat er ten slotte altijd de mogelijkheid bestaat op een (Gods)wonder. Ook is het in veel culturen gebruikelijk om ‘tussen de regels door’ de boodschap te lezen (ook wel hoog-contextcommunicatie genoemd) en wordt een dergelijk directe boodschap zodoende als onnodig kwetsend gezien. In de regel adviseren wij in ieder geval trouw te blijven aan de beroepscode en de patiënt van de nodige informatie te voorzien, maar tijdens het gesprek zich bewust te blijven van deze mogelijke verschillen in communicatiestijlen.

Het uitleggen van specifieke cognitieve functies kan lastig zijn wanneer men niet direct in dezelfde taal kan communiceren met patiënt en familie, maar ook vanwege de abstracte aard van sommige neuropsychologische

logische concepten. Goede metaforen om specifieke cognitieve processen uit te leggen kunnen hierbij helpen. Denk bijvoorbeeld aan een voetbalcoach die een elftal onder zijn hoede heeft, of een moeder die een groot gezin aanstuurt, om meer uitleg te geven over frontale/executieve functies, en gebruik bijvoorbeeld de snelweg – met ongelukken op belangrijke knooppunten en het gebruik van sluiproutes om deze verkeersinfarcten te omzeilen – als een metafoor voor de mentale snelheid en het omgaan met vasculaire schade in het brein.

Kader 1 Fictieve voorbeeldcasus

Dhr. B. is een Pakistaanse man geboren in Karachi (de grootste stad van Pakistan), die is verwezen voor neuropsychologisch onderzoek met de vraag of er sprake kan zijn van een dementie. Voor aanvang van de afspraak is goed uitgevraagd welke taal patiënt het beste beheerst. In Pakistan worden meerdere talen gesproken, waarbij de eerste taal, het Urdu, maar door een kleine minderheid wordt gesproken als moedertaal en bijvoorbeeld het Punjabi, Pastho en Sindhi veel gesproken worden. Patiënt blijkt opgegroeid te zijn met het Urdu, hoewel hij ook het Punjabi beheerst, en thuis met zijn vrouw het Urdu te spreken. Hij wordt geïnformeerd over het aanstaande NPO. Hij geeft toestemming voor de aanwezigheid van een tolk die Urdu spreekt. Bij het bezoek geeft hij bij de anamnese aan dat hij graag cricket kijkt op tv, maar bemerkt dat hij snel afgeleid raakt. Ook kan hij een snelle commentaarstem niet meer goed volgen. Hij is daarnaast gestopt met autorijden omdat hij het verkeer niet goed meer kon overzien en hij soms te laat reageerde op onverwachte situaties op de weg. Zijn vrouw bemerkt daarnaast dat hij weinig initiatief toont, meer sturing nodig heeft en dat hij zich terugtrekt in groot gezelschap (bijvoorbeeld bij feestdagen). Voor we van start gaan met het NPO stellen we enkele aanvullende vragen die relevant zijn voor de selectie van het instrumentarium, de scoring en normering. De exacte geboortedatum van patiënt is niet bekend, maar een van zijn vroegste herinneringen is van de dag dat Pakistan onafhankelijk werd verklaard in 1947 – hij is zodoende vermoedelijk rond de 78 jaar. In Pakistan heeft hij het lager onderwijs doorlopen en daar leren lezen en schrijven. Hij blijkt (Latijnse) letters en cijfers te kunnen onderscheiden van willekeurige symbolen en maakt hooguit enkele kleine spelfouten bij het schrijven van een zin in zijn moedertaal. Hij kan vlot tellen tot 20. Patiënt heeft na zijn komst naar Nederland in 1987 gewerkt als monteur. We nemen en-

kele tests af van de Cross-Culturele Dementiescreening (CCD) en vullen deze aan met enkele tests uit Europa, zoals uit de Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB). We vergelijken zijn prestaties met leeftijdsgenoten uit de Marokkaanse, Turkse en Nederlandse doelgroep (voor de CCD) en Pakistaanse mensen (voor de CNTB-taken). Patiënt blijkt ten opzichte van alle groepen evident traag te zijn en er zijn stoornissen in de executieve functies. Het geheugen blijft iets achter ten opzichte van de Nederlandse normgroep, maar is vergelijkbaar met die van Marokkaanse en Turkse leeftijdsgenoten met een vergelijkbare opleiding. Er is met name een vertraagde inprenting, terwijl patiënt eenmaal ingeprente informatie wel goed vasthoudt. Op de MRI-scan is uitgebreide vasculaire schade te zien, waaronder een oud herseninfarct en vasculaire schade ten gevolge van chronische (cardio)vasculaire problematiek. Bij multidisciplinair overleg wordt de diagnose vasculaire dementie gesteld. Bij het uitslaggesprek leggen we meer uit over de hersenen. Ook trekken we de vergelijking met een verkeersinfarct (voor het oude infarct) en een langere reistijd door verlaging van de snelheid vanwege slecht wegdek op bepaalde trajecten (witte stofschade).

Conclusie

Het neuropsychologisch onderzoek op de geheugenpolikliniek bij patiënten die een diverse achtergrond hebben wat betreft cultuur, taal en opleidingsniveau, kan gebaat zijn bij het toepassen van specifieke technieken en methoden, zoals het goed voorbereiden van het neuropsychologisch onderzoek door het sensitief uitvragen van de taalbeheersing en de (kwaliteit van de) opleiding, het goed instrueren van de tolk en het geven van sensitieve uitleg voorafgaand aan en na afloop van het onderzoek. Om een cultuur-sensitieve werkwijze meer te verankeren in de praktijk van de neuropsycholoog, zou volgens ons het veld mogelijk geholpen zijn bij de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard voor neuropsychologische diagnostiek bij mensen met een diverse achtergrond (bijvoorbeeld in samenwerking met de Centrale Commissie Culturele Diversiteit & Psychologie en Sectie Neuropsychologie van het NIP, alsmede de Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie), vergelijkbaar met de recent ingevoerde Generieke Module Diversiteit (2020) binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Sanne Franzen Afdeling Neurologie, Alzheimercentrum Erasmus MC, Rotterdam, e-mail: s.franzen@erasmusmc.nl.

Esther van den Berg Afdeling Neurologie, Alzheimercentrum Erasmus MC, Rotterdam.

Janne M. Papma Afdeling Neurologie, Alzheimercentrum Erasmus MC, Rotterdam.

Literatuur

- Alzheimercentrum Erasmus MC (2019). Heeft Yasmina dementie of niet? Naar de geheugenpoli in het ziekenhuis. Geraadpleegd van: <https://www.erasmusmc.nl/-/media/ErasmusMC/PDF/1-Themaspecifiek/Alzheimercentrum/DWD-Heeft-Yasmina-dementie-of-niet-V3.pdf?la=nl-NL>.
- Ardila, A. (2005). Cultural values underlying psychometric cognitive testing. *Neuropsychology Review*, 15(4), 185-195. doi: 10.1007/s11065-005-9180-y.
- Ardila, A., Bertolucci, P.H., Braga, L.W., Castro-Caldas, A., Judd, T., Kosmidis, M.H., ... & Rosselli, M. (2010). Illiteracy: The neuropsychology of cognition without reading. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(8), 689-712.
- Fazil, Q., Wallace, L.M. & Hussain, A. (2006). An exploration of the explanatory models of illness amongst Pushtuun families living in the UK who are high attenders in general practice. *Diversity and Equality in Health and Care*, 3, 171-181.
- Franzen, S., Van den Berg, E., Kalkisim, Y., Van de Wiel, L., Harkes, M., Van Bruchem-Visser, R.L. e.a. (2019). Assessment of visual association memory in low-educated, non-western immigrants with the modified Visual Association Test. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 47(4-6), 345-354. doi: 10.1159/000501151.
- Franzen, S., Van den Berg, E. & Papma, J.M. (2018). Neuropsychologische diagnostiek bij niet-westerse migranten. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 13(1), 59-67.
- Franzen, S., Papma, J.M., Van den Berg, E. & Nielsen, T.R. (2020). Cross-cultural neuropsychological assessment in the European Union: A Delphi expert study. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Online voorpublicatie. doi.org/10.1093/arclin/aca083.
- Fujii, D.E.M. (2018). Developing a cultural context for conducting a neuropsychological evaluation with a culturally diverse client: The ECLECTIC framework. *The Clinical Neuropsychologist*, 32(8), 1356-1392. doi: 10.1080/13854046.2018.1435826.
- Generieke Module Diversiteit (2020). Geraadpleegd van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_751c37f0-15af-4c4a-9cf9-705bd-d72ba2f_diversiteit__authorized-at_27-09-2018.pdf.
- Groen, S. & Van Dijk, R. (2020). De Culturele Formulering: Een contextuele benadering van psychische klachten. In: J. de Jong & R. van Dijk (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Amsterdam: Boom/de Tijdstroom.
- Kunst, A.E., Stronks, K. & Agyemang, C. (2011). Non-communicable diseases. In: R. Bernd, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict & M. McKee (red.), *Migration and health in the European Union* (pp. 101-120). Maidenhead, Engeland: Open University Press.
- Mol, C. van & De Valk, H. (2016). Migration and immigrants in Europe: A historical and demographic perspective. In: B. Garcés-Mascreñas & R. Penninx (red.), *Integration processes and policies in Europe. IMISCOE Research Series* (pp. 31-55). Cham: Springer.
- Nielsen, T.R., Segers, K., Vanderaspolden, V., Bekkhus-Wetterberg, P., Minthon, L., Pissioti, A., ... & Waldemar, G. (2018). Performance of middle-aged and elderly European minority and majority populations on a Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB). *The Clinical Neuropsychologist*, 32(8), 1411-1430.

- Parlevliet, J.L., Uysal-Bozkir, O., Goudsmit, M., Van Campen, J.P.C.M., Kok, R.M., Ter Riet, G., ... de Rooij, S.E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in The Netherlands: A cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(9), 1040-1049. doi: 10.1002/gps.4417.
- Pharos (2020). *De terugvraagmethode*. Geraadpleegd van: <https://www.pharos.nl/infosheets/laageletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/>.
- Quesque, F., Coutrot, A., Cox, S., De Souza Cruz, L., Baez, S., Cardona, J.F., ... & Bertoux, M. (2020). Culture shapes our understanding of others' thoughts and emotions: An investigation across 12 countries. Artikel toegevoegd voor publicatie. doi: 10.31234/osf.io/tg2ay.
- Reis, A., Faisca, L., Ingvar, M. & Petersson, K.M. (2006). Color makes a difference: Two-dimensional object naming in literate and illiterate subjects. *Brain and Cognition*, 60(1), 49-54. doi: 10.1016/j.bandc.2005.09.012.
- Reis, A., Petersson, K.M., Castro-Caldas, A. & Ingvar, M. (2001). Formal schooling influences two- but not three-dimensional naming skills. *Brain and Cognition*, 47(3), 397-411. doi: 10.1006/brcg.2001.1316.
- Rohlf, H., Loevy, N., Sassen, L. & Helmich, S. (2002). The cultural interview. In: R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlf (red.), *Cultuur, classificatie en diagnose: Cultuursensitief werken met de DMS-IV* (pp. 251-260). Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Rosselli, M. & Ardila, A. (2003). The impact of culture and education on non-verbal neuropsychological measures: A critical review. *Brain and Cognition*, 52(3), 326-333. doi:10.1016/S0278-2626(03)00170-2.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Uysal-Bozkir, Ö., Hoopman, R. & De Rooij, S.E. (2017). Translation and validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15) among Turkish, Moroccan and Surinamese older migrants in the Netherlands. In: Ö Uysal-Bozkir, *Health status of older migrants in the Netherlands* (Niet gepubliceerd proefschrift, pp. 80-96).
- Wezel, N. van, Francke, A.L., Kayan Acun, E., Devillé, W.L., Van Grondelle, N.J. & Blom, M.M. (2018). Explanatory models and openness about dementia in migrant communities: A qualitative study among female family carers. *Dementia*, 17(7), 840-857. doi: 10.1177/1471301216655236.