

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

Wat elke neuropsycholoog over diversiteit zou moeten weten: Geleerde lessen in de context van de geheugenpoli

- ▶ Miriam Goudsmit
- ▶ Jos van Campen
- ▶ Wytske Kylstra
- ▶ Justine Aaronson

- **Samenvatting** — *Achtergrond:* Er zijn steeds meer ouderen met een migratieachtergrond. Zij hebben vaker cognitieve problemen dan ouderen met een Nederlandse achtergrond, vanwege de vaak lagere sociaal-economische status en somatische comorbiditeit. Het is belangrijk dat neuropsychologen hun kennis en vaardigheden wat betreft de impact van culturele diversiteit op hun werk vergroten.
Methode: We bespreken aan de hand van onderzoeksliteratuur en onze ervaringen met een geheugenpoli voor ouderen met een migratieachtergrond de belangrijkste drempels: verschillen in taal, opleidingsniveau en culturele achtergrond.
Resultaten: We doen aanbevelingen over anamnese, cognitieve screening, neuropsychologisch onderzoek, uitvragen van psychische klachten en het adviesgesprek. Er is aandacht voor de keuze van testmateriaal, de communicatiestijl en het werken met tolken. Een casus illustreert dit.
Discussie/conclusie: Het is de verantwoordelijkheid van de neuropsycholoog én de instelling waar hij werkt om ook patiënten die van henzelf verschillen, een gelijke toegang tot neuropsychologische zorg te bieden.

Introductie

In Europa is sprake van ‘vergrijzing’: er zijn meer ouderen én steeds meer ouderen van 75 jaar en ouder (Europese Commissie, 2023). Momenteel heeft in Nederland ongeveer een op de tien ouderen van 55 jaar en ouder een migratieachtergrond (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2022).

In de komende dertig jaar zal het aantal mensen met een migratieachtergrond van de eerste en tweede generatie en het aantal landen van herkomst toenemen (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2020).

Oudere migranten verschillen onderling sterk wat betreft Nederlandse taalbeheersing, acculturatie, opleidingsniveau en inkomen. Om die reden wordt gesproken van 'superdiversiteit'. Veel oudere migranten hebben een lage sociaal-economische status, en dit hangt weer samen met een slechtere gezondheid en lagere levensverwachting (Marmot e.a., 2012). Zo komen cardiovasculaire ziekten, diabetes, dementie en cerebrovasculaire incidenten (CVA) (veel) vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond (Hilal & Brayne, 2022; Ikram e.a., 2014; Parlevliet e.a., 2016). Daarnaast is het risico op dementie hoger wanneer sprake is van traumatische levensgebeurtenissen (Severs e.a., 2023), wat vaker het geval is bij migranten (uit vluchtelingenlanden). Samenvattend kunnen we in de verouderende groep mensen met een migratieachtergrond relatief meer cognitieve problemen verwachten dan bij ouderen met een Nederlandse achtergrond, vanwege de vaak lagere sociaal-economische status en somatische comorbiditeit, waarbij traumatische levensgebeurtenissen deze kans nog verhogen.

Toch zijn ouderen met een migratieachtergrond ondervertegenwoordigd op geheugenpoliklinieken, in revalidatiecentra en in verpleeghuizen, zo blijkt uit Europees en Nederlands onderzoek (Canevelli e.a., 2022; Duran-Kıraç e.a., 2022). De verklaring hiervoor ligt waarschijnlijk bij een mismatch tussen vraag en aanbod. Aan de kant van de migranten en hun naasten is veelal sprake van het niet-herkennen van dementie als ziekte, beperkte gezondheidsvaardigheden en het niet-vinden van een passende interculturele persoonsgerichte zorg (Mukadam e.a., 2011; Rijkers e.a., 2011). Aan de kant van de zorgvoorzieningen en zorgverleners is vaak sprake van beperkte kennis over wensen en behoeften van deze patiëntgroep, communicatieproblemen door de taalbarrière en gebrek aan cross-culturele competenties van gezondheidszorgprofessionals (Duran-Kıraç e.a., 2022). Het aantal neuropsychologen en (revalidatie)artsen van biculturele afkomst is (nog) beperkt (Franzen e.a., 2021a en b; Busari, 2023); en ook geen garantie voor cultuursensitiviteit en -competentie buiten de eigen culturele context. Hoewel er meer geschikt testmateriaal voorhanden is dan twintig jaar geleden, is er nog altijd een beperkt arsenaal aan geschikte cognitieve screeningstests en normen (Franzen e.a., 2023; Gove e.a., 2021).

Bovengenoemd probleem leidde in de afgelopen jaren tot aanbevelingen van Alzheimer Europe en het European Consortium on Cross-cultural

Neuropsychology (ECCRON) om te investeren in het vergroten van cultuursensitieve vaardigheden bij gezondheidszorgprofessionals (Franzen e.a., 2022; Gove e.a., 2021). Ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderkent het belang van cultuursensitieve zorg (Tweede Kamer, 2022).

Het is dus hoog tijd dat alle neuropsychologen hun kennis en vaardigheden over de impact van culturele diversiteit op hun werkterrein vergroten. In de afgelopen twintig jaar deden wij vanuit een geheugenpolikliniek in Amsterdam ervaring op met ouderen met een migratieachtergrond. In dit artikel willen we deze 'geleerde lessen' graag delen met collega-neuropsychologen in diverse settings zoals het ziekenhuis, de revalidatiezorg, het verpleeghuis of de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Meer specifiek beantwoorden we de volgende vragen: hoe kun je cognitieve screening en neuropsychologisch onderzoek (NPO) optimaliseren voor een oudere populatie met een migratieachtergrond? Hoe houd je rekening met verschillen in taal, opleidingsniveau en culturele achtergrond bij de inrichting van het testonderzoek, de testkeuze, de interpretatie en de adviezen na een NPO? Allereerst bespreken we de achtergrondkenmerken van oudere migranten in Nederland. Daarna gaan we in op de toegang tot zorg, anamnesegeprek, cognitieve screening, neuropsychologisch onderzoek en adviesgesprek.

Achtergrondkenmerken van ouderen met een migratieachtergrond in Nederland

Zowel de herkomst als de migratiegeschiedenis van migrantenouderen in Nederland is heel divers. Ouderen uit Indonesië kwamen vaak na de dekolonisatie (vanaf 1945), ouderen uit Suriname en de Antillen vaak na de onafhankelijkheid van Suriname (1975). Ouderen van Turkse en Marokkaanse herkomst kwamen vaak als 'gastarbeider' vanaf de jaren zeventig van de twintigste eeuw naar Nederland. Er zijn relatief veel migrantenouderen uit China en Hong Kong. Er is ook een groep die als vluchteling naar Nederland kwam, waaronder uit Iran, Irak, Joegoslavië, Afghanistan, Syrië en recent Oekraïne (CBS, 2022). Tussen, maar ook binnen deze groepen zijn er grote verschillen in de mate van taalbeheersing, opleidingsniveau en culturele en religieuze gebruiken. Voor het neuropsychologisch onderzoek zijn met name taal (moedertaal, beheersing van het Nederlands), opleidingsniveau, eventueel analfabetisme en culturele verschillen van belang.

Taal

Een belangrijke eerste drempel in het contact met patiënten met een migratieachtergrond is de taalbarrière. Ongeveer 40% van de Nederlanders van Turkse en Marokkaanse afkomst (eerste en tweede generatie) heeft moeite met Nederlandse spreekvaardigheid. Voor Surinaamse en Antilliaanse ouderen geldt dit in veel mindere mate (5 tot 10%). Voor ouderen van andere afkomst kan de mate van Nederlandse taalbeheersing sterk verschillen (Schellingerhout, 2004). Bij patiënten met dementie zien we vaak een achteruitgang van later verworven talen zoals het Nederlands (Goth & Strøm, 2018).

Opleiding

Meer dan 50% van de Turkse mannen en 80% van de Turkse vrouwen, en 80% van de Marokkaanse mannen en meer dan 90% van de Marokkaanse vrouwen van 55 jaar en ouder hebben geen enkele opleiding afgerond, dus ook geen lagere school (Schellingerhout, 2004). Recentere cijfers van jongere Nederlanders (vijftien tot 65 jaar) van Turkse en Marokkaanse komaf laten zien dat ruim 30% geen of alleen basisonderwijs heeft gevolgd; dit is 16% en 15% voor Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders en 6% bij mensen die in Nederland geboren zijn (Sociaal Cultureel Planbureau, 2016). Veel migranten zijn 'laaggeletterd' in zowel hun eigen taal als het Nederlands: zij kunnen wel lezen en schrijven, maar niet goed genoeg om volledig mee te kunnen doen in de samenleving (Pharos, 2023). Het lage opleidingsniveau heeft vrijwel altijd sociale oorzaken, zoals armoede, en hoeft niet gepaard te gaan met een lagere intelligentie.

Analfabetisme

Een deel van de ouderen met een migratieachtergrond kan helemaal niet lezen en schrijven en is dus analfabeet, dat wil zeggen dat zij 'niet (met begrip) kunnen lezen en/of schrijven van een eenvoudige zin over zijn/haar dagelijks leven' (UNESCO, 2005). Wat betreft ouderen weten we dat 17% van de Turkse ouderen en 36% van de Marokkaanse ouderen niet kan lezen in de eigen taal of in het Nederlands; deze getallen zijn voor vrouwen nog prominenter (33% versus 62%) (Schellingerhout, 2004).

Voor de neuropsycholoog is het van belang om door te vragen of een patiënt analfabeet is, omdat dit van grote invloed is op de prestaties op bijna alle neuropsychologische tests. Het proces van leren lezen en schrijven versterkt bepaalde cognitieve vaardigheden (zoals het kunnen onderscheiden van klanken en het visueel scannen in de geleerde leesrichting) en veroorzaakt een afname van andere vaardigheden (zoals *mirror invariance*, het herkennen van een figuur onafhankelijk van de visuospatiële oriën-

tatie) (Dehaene, 2013; Huettig & Mishra, 2014). Daarnaast geldt dat bijna alle mensen die analfabeet zijn ook (zeer) laag opgeleid zijn. Hoger opgeleide en meer geletterde mensen zijn over het algemeen beter in rekenen, fluency-taken, visuospatiële vaardigheden, verbaal geheugen, benoemen, abstract redeneren en tijdsoriëntatie (Ardila e.a., 2010). Ten slotte zijn hoger opgeleiden beter op de hoogte van wat 'tests' zijn, wat het idee erachter is en welke strategieën bruikbaar zijn in het maken van de tests, ook wel *test-wiseness* genoemd (Ardila e.a., 2010).

Cultuur

Ook culturele verschillen spelen een grote rol bij het afnemen van cognitieve tests, omdat cultuur voor een groot deel bepaalt welke vaardigheden van belang worden geacht in een maatschappij (Franzen e.a., 2022; Greenfield, 1997). Het idee om cognitieve vaardigheden te meten met behulp van tests is op zichzelf een 'WEIRD' idee, waarbij WEIRD staat voor 'Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic' (Henrich e.a., 2010). Testmateriaal is veelal ontwikkeld en genormeerd op 'WEIRD' samples, die niet universeel generaliseerbaar zijn. Het is niet in alle culturen normaal om samen met een testafnemer in één ruimte te zijn, waarbij diegene op een formele en gestandaardiseerde wijze vragen stelt waar hij of zij overduidelijk het antwoord al op weet (Greenfield, 1997). Ook multiplechoicevragen worden niet altijd begrepen (Greenfield, 1997). Het meten van prestatievaliditeit is een voorbeeld van een construct dat mogelijk moeilijk om te zetten is naar niet-WEIRD culturen. Er is bijzonder weinig onderzoek naar validiteit van dit soort taken bij oudere migranten, waardoor uitslagen op deze tests moeilijk te interpreteren zijn.

Cultuur beïnvloedt ook (visuele) informatieverwerking en kennis. Oost-Aziatische (vaker collectivistisch georiënteerde) personen kijken meer dan westerse (meer individualistische) personen naar de objecten in hun context en de relaties daartussen (zogenaamde holistische informatieverwerking), terwijl westerse mensen meer aandacht besteden aan de categorisering van de losse objecten (Park & Huang, 2010). Ook is snelheid op cognitieve tests erg afhankelijk van cultuur (Al-Jawahiri & Nielsen, 2021). Cultuur beïnvloedt ook de kennis van objecten; zo herkennen niet alle ouderen van Marokkaanse of Turkse afkomst een foto van een tennisbal in een eerdere pilotversie van de cross-culturele dementie-screening (CCD); zij zagen deze aan voor een citroen. Naast de *biases* die besloten liggen in de testsituatie en het testmateriaal, is ten slotte nog van belang dat de context van de patiënt wordt meegewogen bij de interpretatie. Zo zal een patiënt die achterdochtig is vanuit onbekendheid met de testsituatie, mogelijk niet naar volle vermogen presteren. Fujii (2018)

geeft een mooi raamwerk hoe deze context systematisch geordend en op waarde geschat kan worden, onder andere door rekening te houden met opleiding, geletterdheid, cultuur, communicatie, maar bijvoorbeeld ook intelligentie (wat als intelligent wordt gezien, verschilt per cultuur). Alleen kennis over culturen is niet voldoende, ook een niet-oordelende attitude en bewustzijn van de eigen achtergrond is nodig om een cultureel competente neuropsycholoog te zijn (Alzheimer Europe, 2018).

Psychische klachten Cultuur heeft invloed op de wijze van klachtpresentatie ('idioms of distress'). Ouderen van Turkse en Marokkaanse komaf rapporteren vaker gemengde somatische en depressieve klachten dan ouderen van Nederlandse afkomst (Sempértegui e.a., 2019) en ook meer psychische klachten (Ikram e.a., 2014) én vaker eenzaamheidsklachten (Van Tilburg & Fokkema, 2021).

Toegang tot zorg

Ondanks het veel voorkomen van risicofactoren voor cognitieve stoornissen bij mensen met een migratieachtergrond, zijn zij vaak ondervertegenwoordigd bij geheugenpoliklinieken (Canevelli e.a., 2022), verpleeghuizen (Ministerie van Volksgezondheid, 2020) en vermoedelijk ook bij revalidatie-instellingen. Eigen onderzoek (Goudsmit e.a., 2022) toonde aan dat ouderen met een migratieachtergrond pas na een langere periode van klachten de geheugenpoli opzoeken, op een gemiddeld jongere leeftijd, met iets meer neuropsychiatrische en depressieve klachten.

De ervaren drempels tot de zorg liggen op verschillende niveaus: bij zowel de patiënt en de naasten als bij zorgaanbieders en het zorgsysteem (Bradford e.a., 2009). Ten eerste het niveau van patiënten en naasten: zij hebben vaak beperkte kennis van dementie en andere hersenaandoeningen of weten niet dat er hulp of revalidatie beschikbaar is (Mukadam e.a., 2011; Vanzella e.a., 2021). Soms speelt er schaamte of angst voor stigma, of vindt men dat de zorg binnen de familie opgelost dient te worden (Mukadam e.a., 2011; Rijkers e.a., 2011). Daarbij kan het verwachten van discriminatie (ongelijke behandeling bijvoorbeeld op basis van culturele achtergrond of geloof) ook zorgen voor een hogere drempel tot het vragen van zorg (Kenning e.a., 2017; Pharos, 2022). Zo bleek uit Engels onderzoek dat in Afrikaanse en Caribische gemeenschappen soms wordt gedacht dat dementie niet voorkomt onder hun eigen groep ('Black don't do dementia') en dat geheugenklachten geen reden zijn om naar de huisarts te gaan (Berwald e.a., 2016). Ten tweede speelt op het niveau van de zorgaanbieders dat zij weinig kennis hebben van cross-cultureel werken, dat

ook zij een taalbarrière ervaren, dat er vaak beperkte cognitieve tests beschikbaar zijn en weinig kennis over hoe behandelingen kunnen aansluiten bij mensen met een andere culturele achtergrond (Franzen e.a., 2021a en b; Grandpierre e.a., 2018; Nielsen e.a., 2011). Ten derde is een probleem op het niveau van het zorgsysteem dat tolken niet overal vergoed worden, ondanks de in 2014 verschenen *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg* (Pharos, 2014 en 2022), waarin staat dat zorgverleners te allen tijde de plicht hebben om goede zorg te verlenen, en dus zo nodig een tolk moeten inschakelen.

Neuropsychologen kunnen deze drempels slechten door cultureel competent te zijn. Wat zijn culturele competenties? Deze worden gevormd door een trias van attitude, kennis en vaardigheden. Van belang zijn een persoonsgerichte attitude (empathie, respect en nieuwsgierigheid), kennis over de relatie tussen ziekte en etnische of sociaal-culturele factoren (zoals onbekendheid van het ziektebeeld dementie in sommige culturele groepen of de hogere kans op diabetes bij ouderen met een migratieachtergrond) en ten slotte (communicatie)vaardigheden (Seeleman e.a., 2009). De neuropsycholoog dient dus met een empathische, respectvolle houding veel uitleg te geven over hoe een hersenaandoening onderzocht en behandeld kan worden, rekening te houden met verschillen in communicatie en taal en zo nodig een tolk in te schakelen. Op instellingsniveau is van belang dat verschillen tussen (groepen) mensen erkend worden (diversiteit), daar ook rekening mee wordt gehouden (inclusiviteit) en patiënten gelijkwaardig behandeld worden. Zo kan een ziekenhuis erkennen dat sommige groepen ouderen weinig Nederlands spreken en daarmee rekening houden door tolken in te schakelen om zo een gelijkwaardig niveau van zorg te kunnen bieden.

Werken met tolken

Het is de verantwoordelijkheid van de neuropsycholoog om in te schatten of een (fysiek aanwezige) professionele tolk noodzakelijk is of dat kan worden volstaan met een informele tolk, zoals een familielid. Wij pleiten in het algemeen voor een live aanwezige tolk, gezien de complexe aard van het neuropsychologisch onderzoek. De tolk kan vooraf kort geïnstrueerd worden over de aard en het doel van het onderzoek (Haralambous e.a., 2018) en na afloop kan kort worden nabesproken wat de observaties waren. Voor patiënten is vaak van belang dat de tolk gebonden is aan een geheimhoudingsplicht. Voor een uitgebreidere bespreking en adviezen ten aanzien van tolken, verwijzen we naar de aanbevelingen van ECCRON (Nielsen e.a., aangeboden ter publicatie) of het hoofdstuk van Fujii e.a.

(2022). De vergoeding van tolken in Nederland verschilt per domein van het zorgstelsel.

Anamnese en heteroanamnese

In het gesprek over de klachten is het van belang rekening te houden met mogelijk beperkte kennis over dementie, CVA en andere cognitieve stoornissen en veel uitleg te geven, bijvoorbeeld aan de hand van metaforen. Ga na wat de patiënt nog zelf kan door navraag te doen naar de dagelijkse levensverrichtingen. Probeer aan te sluiten bij de eigen communicatiestijl. De meeste Nederlanders communiceren vrij direct (dit wordt ook wel laag-contextcommunicatie genoemd: de verbale boodschap telt). In veel culturen gaat het meer om non-verbale communicatie, dus om wat níét gezegd wordt (hoog-contextcommunicatie, andere zaken dan de verbale boodschappen 'spreken'). Een te directe communicatiestijl kan door mensen afkomstig uit een cultuur met een meer indirecte wijze van communiceren als onbeleefd of kinderachtig worden ervaren.

Cognitieve screening

In veel centra vindt getrapte diagnostiek plaats waarbij eerst een cognitieve screeningstest wordt afgenomen en pas op indicatie een neuropsychologisch onderzoek. De wereldwijd meest gebruikte screeningstest Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein e.a., 1975) is weliswaar in veel talen beschikbaar, maar niet erg geschikt voor patiënten die analfabeet zijn (Ardila e.a., 2010). Van de psychometrisch sterkere Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Nasreddine e.a., 2005) is een versie ontwikkeld voor analfabeten, 'MOCA-Basic' (Julayanont e.a., 2015), maar deze is tot op heden nog niet gevalideerd in Nederland. De kloktekening is ondanks het minder verbale karakter over het algemeen ook niet geschikt voor mensen met een migratieachtergrond, met name bij een lage of afwezige opleiding (Maestri e.a., 2023).

Het best onderzochte dementiescreeningsinstrument voor migrantenpopulaties is de Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) (Storey e.a., 2004). De RUDAS laat in een review van 26 studies over vierduizend participanten goede diagnostische eigenschappen zien voor het opsporen van dementie (Nielsen & Jørgensen, 2020), zelfs voor mensen zonder enige of weinig opleiding. De RUDAS is in het Nederlands vertaald en gevalideerd (Goudsmit e.a., 2018). Ook voor parkinsondementie en cognitieve stoornissen bij multiple sclerose (MS) zijn er aanwijzingen dat de RUDAS een geschikte screeningstest kan zijn (Delgado-Álvarez, Díez-

Cirarda, e.a., 2023). De in Nederland ontwikkelde Cross-culturele demen-tiescreeningstest (CCD), die meerdere cognitieve domeinen in kaart brengt (geheugen, executief functioneren en tempo) is oorspronkelijk ge-valideerd voor dementie (Goudsmit e.a., 2017); daarnaast blijkt uit Spaans onderzoek dat de test goed onderscheid kan maken tussen alzheimerde-mentie, parkinsondementie en cognitieve stoornissen bij MS (Delgado-Álvarez e.a., 2022). Een wat uitgebreidere cognitieve screeningstest voor dementie en lichte cognitieve stoornissen (MCI) bij alzheimer en de ziekte van Parkinson, waarvan ook normgegevens beschikbaar zijn voor klei-ne groepen van verschillende etnische achtergrond, en voor mensen die analfabeet zijn, is de Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB) (Delgado-Álvarez, Nielsen, e.a., 2023; Nielsen e.a., 2019).

Er is nog weinig bekend over de validiteit van cognitieve screenings-tests na CVA in populaties met een migratieachtergrond. In een systema-tische review werd nagegaan in hoeverre (naast de al bekende MMSE en MOCA) de voor CVA ontwikkelde Oxford Cognitive Screen (OCS; (Demey-ere e.a., 2015)) geschikt is. De conclusie is dat het instrument enerzijds veelbelovend is, maar dat culturele aanpassingen aan inhoud en cut-off nodig zijn, met name in minder 'WEIRD' populaties (Gangaram-Panday e.a., 2023).

Ten slotte is het toevoegen van een informantvragenlijst bij de naasten bevorderlijk voor de detectie van cognitieve stoornissen. Zo vergroot de Informant Questionnaire for Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) (Jorm, 2004) de diagnostische nauwkeurigheid als deze naast de RUDAS wordt gebruikt (Goudsmit e.a., 2021). De Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC) combineert cognitieve testvragen met het oordeel van patiënt en familie en is ook efficiënt en valide in het opsporen van MCI en dementie (Jørgensen e.a., 2019).

Neuropsychologisch onderzoek

Wanneer uitgebreider neuropsychologisch onderzoek gewenst is, is aller-eerst van belang om rekening te houden met de hierboven beschreven barrières in taal, opleidingsniveau en culturele achtergrond. Het ECLEC-TIC framework (Fujii, 2018) geeft hiervoor een basis. Daarnaast zijn de verwijsvraag en de zorgvraag richtinggevend. Voor sommige domeinen, zoals geheugen en taal (benoemen), zijn er inmiddels geschikte tests. Voor andere domeinen (onder andere sociale cognitie en prestatievalidi-teit) is geschikt materiaal nog volop in ontwikkeling (Franzen e.a., 2020). Voorzichtigheid is geboden bij het inzetten van 'non-verbale' tests, waar-van vaak wordt gedacht dat deze geschikter zijn voor populaties waar een

taalbarrière bestaat. Zo blijkt dat cognitief gezonde, laagopgeleide migranten in Denemarken in de gestoorde range presteren op de WAIS-IV subtest Matrix Redeneren (Nielsen & Staios, 2023). Voor een actueel overzicht van alle geschikte tests verwijzen we naar:

- ▶ *Monodisciplinaire richtlijn Neuropsychologisch Onderzoek bij Lichte Cognitieve Stoornissen (MCI) en dementie* (NIP, 2019), speciaal het supplement ‘Cross-culturele diagnostiek’.
- ▶ ‘Systematic review’ van Franzen en collega’s (Franzen e.a., 2020).
- ▶ Beschrijving van de testbatterij zoals gebruikt in de TULIPA-studie (Franzen e.a., 2023)
- ▶ Artikel over cross-culturele neuropsychologische diagnostiek bij volwassenen en ouderen op de geheugenpoli (Franzen e.a., 2021b).

Psychische klachten

Het goed in kaart brengen van andere psychische (met name depressieve) klachten bij deze populatie is van belang, omdat deze klachten vaak voorkomen en de cognitieve prestaties kunnen beïnvloeden. Een veelgebruikte en adequaat vertaalde klachtenlijst voor depressieve klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen is de GDS-15 (Geriatric Depression Scale) (Folstein e.a., 1975; Uysal-Bozkir e.a., 2013). In onze klinische praktijk wordt deze lijst vaak mondeling afgenomen met behulp van een tolk. Voor het verder exploreren van psychische klachten kan gebruik worden gemaakt van het Cultural Formulation Interview (Groen & Van Dijk, 2020), waarin onder andere aandacht is voor de culturele definitie van het probleem, de oorzaak, de rol van culturele identiteit en de invloed op coping, hulpzoekgedrag en voorkeuren in de behandelrelatie.

Aanvullend onderzoek

Soms verhinderen de barrières in taal, cultuur en opleiding, maar ook de reguliere stoorfactoren (zoals onvoldoende prestatievaliditeit, psychiatrische problematiek) een heldere inschatting van het cognitief functioneren met een neuropsychologisch onderzoek (NPO). Het is te overwegen om dan aanvullend onderzoek in te zetten. Bij dementie of CVA kan dan gedacht worden aan beeldvormend onderzoek van de hersenen, zoals een MRI of CT-scan. Hierbij geldt echter ook dat normgegevens veelal verzameld zijn in WEIRD populaties, en dat aanvullende normen gewenst zijn (Tan e.a., 2020).

Er zijn daarnaast steeds meer meertalige logopedisten, die specifiek (video)voorlichtingsmateriaal hebben ontwikkeld. Ook ergotherapeu-

tisch onderzoek kan cultuursensitief uitgevoerd worden, bijvoorbeeld door de patiënt op Turkse wijze thee te laten zetten (Berendsen e.a., 2009). Dit is soms extra relevant, omdat familieleden van patiënten met cognitieve stoornissen uit meer collectivistische culturen sneller geneigd zullen zijn taken uit handen te nemen, waardoor adequate inschatting van het functioneren moeilijker is. Indien cognitieve screening, NPO en aanvullend onderzoek onvoldoende duidelijkheid opleveren (door gebrek aan passende normgegevens), is het aan te raden om na enige tijd het NPO te herhalen, waardoor de patiënt met zijn eigen eerdere niveau kan worden vergeleken.

Adviesgesprek

Voor de nabespreking is vaak extra tijd nodig, omdat er meer onbekendheid is met het zorgsysteem (Grandpierre e.a., 2018). Het is raadzaam de familie te betrekken bij de adviezen. Kinderen van ouderen met een migratieachtergrond zijn vaker overbelast. Anderzijds zijn zij vaak trots op de zorg die zij hun ouder kunnen geven. Het is zaak als zorgprofessional oog voor deze beide kanten te hebben en om hulpvragen aan te moedigen (Ahmad e.a., 2020). In het adviesgesprek kan gebruikgemaakt worden van de terugvraagmethode om op een elegante manier na te vragen of de uitleg is begrepen (Talevski e.a., 2020).

Casus

Meneer B. is een tachtigjarige man van Marokkaanse herkomst. Hij is verwezen naar ons expertisecentrum door de huisarts met de vraag: is er sprake van depressie of beginnende dementie? Patiënt is zelf bang om alzheimer te hebben.

Patiënt is niet naar school geweest, werd geacht mee te werken op het land van zijn ouders in de bergen in Noord-Marokko. Hij is op zijn 21ste naar Nederland gekomen, werkte eerst in een staalfabriek en later als schoonmaker. Hij heeft daarnaast als vrijwilliger in de moskee gewerkt. Hij heeft zichzelf leren lezen en schrijven. Zijn vrouw kwam enkele jaren later over uit Marokko en zij kregen acht kinderen, van wie er een is overleden. De moedertaal van patiënt is Noord-Berbers, maar hij sprak vrij goed Nederlands; de meegekomen dochter vertelt dat dit de afgelopen drie jaar minder is geworden. Hij zoekt zowel in het Berbers, Arabisch als Nederlands meer naar woorden. Verder is patiënt meer teruggetrokken en soms plots emotioneel sinds het overlijden van zijn vrouw anderhalf jaar geleden. Ook is hij de afgelopen

maanden meerdere keren verdwaald op weg naar huis vanaf de supermarkt. Op een globale cognitieve screeningstest (RUDAS), afgenomen bij het eerste bezoek aan de geheugenpoli, scoort patiënt 21/30 (net onder het afkappunt). Na het eerste bezoek wordt besloten tot aanvullende diagnostiek, waaronder een NPO, een MRI van de hersenen en een consult bij de neuroloog.

Bij het NPO met een tolk, waarin onder andere de CCD en taken uit het TULIPA-protocol worden afgenomen, zien we een traditioneel geklede man die in de communicatie vriendelijk is en niet gespannen. Het werktempo is wisselend en patiënt lijkt zich niet erg te haasten bij tijdsgebonden tests. Instructies moeten vaak meerdere keren herhaald worden. Bij testonderzoek blijkt een voldoende prestatie op de eenvoudige, maar een onvoldoende prestatie op de moeilijkere prestatievaliditeitstaak. Het is onduidelijk of dit daadwerkelijk wijst op een verminderde inzet, aangezien deze test niet gevalideerd is voor ongeletterde ouderen. Daarnaast zijn er geheugenstoornissen en is de score op een (voor deze groep gevalideerde) benoemtaak op de rand van normaal. Aandacht, tempo, executief functioneren en visuoconstructie zijn voldoende. Op een stemmingsvragenlijst blijken veel somberheidsklachten (GDS-15: score 8). Op de IQCODE wordt een hoge mate van cognitieve achteruitgang gerapporteerd door dochter. Op een MRI van de hersenen worden corticale atrofie graad 1 en mediaal-temporaal-kwabatrofie graad 3 beiderzijds gezien.

Op het multidisciplinair MDO wordt geconcludeerd dat er ondanks stoorfactoren (aanwijzingen voor stemmingsproblematiek, mogelijk gebrekkige inzet of beperkte test-wisness, beperkt testarsenaal) wel aanwijzingen zijn voor geheugenstoornissen en mogelijk enige benoemstoornissen, die in combinatie met het beeldvormend onderzoek verdacht zijn voor een amnestische MCI. Patiënt wordt geadviseerd na een jaar terug te komen voor herhalingsonderzoek. Vanwege verdenking depressie wordt hij verwezen naar een GGZ-instelling die cultuursensitieve zorg biedt en patiënten thuis kan bezoeken.

Samenvatting en adviezen

Onze samenleving (en dus ook de patiënten die de neuropsycholoog tegenkomt in de dagelijkse praktijk) wordt toenemend diverser. Er is sprake van diversiteit in culturele achtergrond, maar ook in taal, sociale status en opleidingsniveau. Het is de verantwoordelijkheid van de neuropsycholoog én de instelling waar zij of hij werkt om ook patiënten die van

henzelf verschillen, een gelijke toegang tot neuropsychologische zorg te bieden.

Op grond van het bovenstaande komen we tot de volgende aanbevelingen voor de praktijk:

- 1 Wees je bewust van de diversiteit in taal, cultuur, opleiding van je doelpopulatie en van je eigen culturele achtergrond. Streef een inclusieve en cultuursensitieve benadering na. School medewerkers in cultuursensitieve kennis, vaardigheden en attitude. Het is nodig deze kennis te blijven vernieuwen, bijvoorbeeld als gevolg van de recente komst van Oost-Europese of Syrische ouderen.
- 2 Streef naar diversiteit (in de opleiding) van zorgprofessionals; voor neuropsychologen met een andere culturele achtergrond zijn bepaalde culturele competenties (zoals een open houding naar andere culturen en kennis van andere culturen) vanzelfsprekender aanwezig. Bovendien is het belangrijk dat de zorgprofessionals een afspiegeling vormen van de maatschappij, zodat patiënten zich meer gezien voelen in zorginstellingen (Busari, 2023; zie ook <https://www.codingcollectief.nl/>).
- 3 Houd rekening met de invloed van belangrijke achtergrondvariabelen (zoals opleidingsniveau, geletterdheid, taalbeheersing, culturele achtergrond) bij het kiezen en afnemen van tests, en interpreteren van resultaten van cognitieve screening en neuropsychologisch onderzoek. Gebruik hierbij bijvoorbeeld het raamwerk van Fujii (2018).
- 4 Heb aandacht voor gelijkwaardige toegang tot zorg. Geef uitleg over de werking van het zorgsysteem. Zorg dat er geen sprake is van institutionele discriminatie. Verruim je blik naar buiten de muren van de instelling, naar (toekomstige) patiënten in het verzorgingsgebied. Hoe kan de geheugenpoli, de revalidatiezorg, de verpleeghuiszorg en de neuropsychiatrie toegankelijker worden en beter aansluiten bij zorgvragen? In onze ervaring is het zinvol om daarover contact te hebben met zorgprofessionals in de eerste lijn (bijvoorbeeld huisartsen, praktijkondersteuners), maar ook met (toekomstige) patiënten door voorlichtingsbijeenkomsten in het eigen centrum of in buurthuizen.

Wetenschap

Vanuit onze ervaring is de klinische praktijk een uitstekende leverancier van relevante onderzoeksvragen. We hebben breed toepasbare interculturele tests nodig, die valide zijn in verschillende culturen, maar wel de relevante onderliggende kwaliteit voldoende meten (Franzen e.a., 2022). Er zijn niet alleen passende tests voor deze populatie nodig, maar ook adequate validatie en normen voor bestaande, inmiddels vertaalde tests.

We moedigen wetenschappers in het veld van de neuropsychologie aan om inclusief onderzoek te doen, dat wil zeggen, om bij geen enkele wetenschappelijke studie groepen uit te sluiten op grond van taalbeheersing of culturele achtergrond.

Door zowel in de wetenschap als in de praktijk rekening te houden met superdiversiteit, kan inclusieve en gelijkwaardige neuropsychologische diagnostiek voor allen realiteit worden.

Verantwoordingsnoot

Jos van Campen en Miriam Goudsmit zijn auteurs van de Cross-culturele dementiescreening (CCD) en ontvangen hiervoor jaarlijks royalties.

We bedanken Ben Schmand voor zijn waardevolle suggesties op dit manuscript.

Relevante websites en links

- ▶ Zorgstandaard dementie; doelgroep ouderen met een migratieachtergrond: <https://zorgstandaarddementie.nl/specifieke-doelgroepen/ouderen-met-migratieachtergrond/>
- ▶ Zorgstandaard Generieke Module Diversiteit van AKWA; <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit/samenvatting>
- ▶ De Nederlandse versie en instructie van de RUDAS is beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/kennis/ouderenpsychiatrie-nkop/meetinstrumenten-ouderenpsychiatrie/>
- ▶ Boek met casestudies, onder andere volgens het ECLECTIC model: Irani, F. (2022). *Cultural diversity in neuropsychological assessment: Developing understanding through global case studies*. Routledge.
- ▶ Roman over de Marokkaanse moeder van Benzakour die na een herseninfarct wordt opgenomen in een Nederlandse zorginstelling: Benzakour, M. (2013). *Yemma*. De Geus.
- ▶ Tolken inschakelen: <https://www.zoschakeltueentolkin.nl/> en <https://www.johannes-wier.nl/bijzondere-dossiers/tolken-in-de-zorg-en-sociaal-domein/>
- ▶ Vergoeding tolken: de vergoeding van de kosten voor tolken voor zorg en ondersteuning aan anderstaligen is in beweging. Er zijn tijdelijke regelingen voor de ggz op basis van declaratie bij zorgverzekeraars. Voor ziekenhuiszorg zijn tolkenkosten op dit moment onderdeel van de tarieven. De Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten pleit samen met het NIP, de KNMG en andere beroepsorganisaties en Patiëntenfederatie Nederland voor een landelijke op-

lossing zodat alle professionals in de zorg en het sociale domein snel een tolk in kunnen zetten wanneer dat nodig is om goede zorg te bieden. Het ministerie van VWS werkt aan de uitvoering van een Tweede Kamermotie die vraagt om een oplossing voor de financiering van de zorg en het sociale domein. In de nieuwe Richtlijn Dementie in wording (NVKG) wordt ook aandacht besteed aan de inzet van tolken.

- ▶ Inclusief onderzoek doen: <https://www.pharos.nl/infosheets/inclusief-onderzoek/>
- ▶ Meertalige logopedisten: zoeken op logopedist in eigen taal via: <https://www.meertaligelogopedie.com/mlnkaart/>
- ▶ Video's over slikproblemen in het Turks en Marokkaans: <https://www.youtube.com/watch?v=P kudZpVqsC8>
- ▶ Video's over parkinson in diverse talen; <https://www.youtube.com/watch?v=MojJEHLasbQ&list=PLzob12I-EdBt5Bjo19RQ7UCNQUIbjuvwx>
- ▶ Eenvoudige uitleg over afasie: https://www.youtube.com/watch?v=df5_Hshf1Sc

Miriam Goudsmit klinisch psycholoog, OLVG STZ Topklinisch Expertisecentrum Cognitieve problematiek bij ouderen met een migratieachtergrond (OLVG), afdeling psychiatrie en medische psychologie, Amsterdam, e-mail: m.goudsmit@olvg.nl.

Jos van Campen klinisch geriater, OLVG STZ Topklinisch Expertisecentrum Cognitieve problematiek bij ouderen met een migratieachtergrond (OLVG), afdeling klinische geriatrie, Amsterdam.

Wytske Kylstra klinisch neuropsycholoog, OLVG STZ Topklinisch Expertisecentrum Cognitieve problematiek bij ouderen met een migratieachtergrond (OLVG), afdeling psychiatrie en medische psychologie, Amsterdam.

Justine Aaronson klinisch neuropsycholoog, OLVG STZ Topklinisch Expertisecentrum Cognitieve problematiek bij ouderen met een migratieachtergrond (OLVG), afdeling psychiatrie en medische psychologie, Amsterdam.

Literatuur

Ahmad, M., Van den Broeke, J., Saharso, S., & Tonkens, E. (2020). Persons with a migration background caring for a family member with dementia: Challenges to shared care. *The Gerontologist*, *60*(2), 340-349. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz161>.

Al-Jawahiri, F., & Nielsen, T. R. (2021). Effects of acculturation on the cross-cultural neuropsychological test battery (CNTB) in a culturally and linguistically

diverse population in Denmark. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *36*(3), 381-393. <https://doi.org/10.1093/arclin/aczo83>.

Alzheimer Europe (2018). *The development of intercultural care and support for people with dementia from minority ethnic groups*. Alzheimer Europe. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_ethics_report_2018.pdf.

Ardila, A., Bertolucci, P. H., Braga, L. W., Castro-Caldas, A., Judd, T., Kosmidis, M. H., Matute, E., Nitrini, R., Ostrosky-Solis,

- F., & Rosselli, M. (2010). Illiteracy: The neuropsychology of cognition without reading. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(8), 689-712. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq079>.
- Berendsen, B., De Geus, E., Jonker, S., Kaldenbach, A., & Poerbodipoera, S. (2009). *Over de worden ver van thuis. Ergotherapie*.
- Berwald, S., Roche, M., Adelman, S., Mukadam, N., & Livingston, G. (2016). Black African and Caribbean British communities' perceptions of memory problems: 'We don't do dementia.'. *PLoS ONE*, 11(4), e0151878. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151878>.
- Bradford, A., Kunik, M. E., Schulz, P., Williams, S. P., & Singh, H. (2009). Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: Prevalence and contributing factors. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 23(4), 306-314. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181a6bebc>.
- Busari, J. (2023). Diversiteit en inclusie in de opleiding tot revalidatiearts. <https://www.revalidatie.nl/ntr/diversiteit-en-inclusie-in-de-opleiding-tot-revalidatiearts/>.
- Canevelli, M., Cova, I., Remoli, G., Bacigalupo, I., Salvi, E., Maestri, G., Nicotra, A., Valletta, M., Ancidoni, A., Sciancalepore, F., Cascini, S., Bargagli, A. M., Pomati, S., Pantoni, L., Vanacore, N., ImmiDem Study Network, & Group, I. S. (2022). A nationwide survey of Italian Centers for Cognitive Disorders and Dementia on the provision of care for international migrants. *European Journal of Neurology*, 29(7), 1892-1902. <https://doi.org/10.1111/ene.15297>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 9 mei). 7. Conclusie. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/migrantenouderen-in-nederland/7-conclusie>.
- Dehaene, S. (2013). Inside the letterbox: How literacy transforms the human brain. *Cerebrum: the Dana Forum on Brain Science*, 2013(7), 7.
- Delgado-Álvarez, A., Delgado-Alonso, C., Goudsmit, M., García-Ramos, R., Gil-Moreno, M. J., Valles-Salgado, M., Díez-Cirarda, M., Zamarrón-Cassinello, M. D., Matias-Guiu, J., & Matias-Guiu, J. A. (2022). Validation of the cross-cultural dementia screening test in Alzheimer's disease and Parkinson's disease. *Frontiers in Psychology*, 13, 1043721. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1043721>.
- Delgado-Álvarez, A., Díez-Cirarda, M., Delgado-Alonso, C., Hernández-Lorenzo, L., Cuevas, C., Valles-Salgado, M., Montero-Escribano, P., Gil-Moreno, M. J., Matias-Guiu, J., García-Ramos, R., & Matias-Guiu, J. A. (2023). Multi-disease validation of the RUDAS for cognitive screening in Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and multiple sclerosis. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 91(2), 705-717. <https://doi.org/10.3233/JAD-220907>.
- Delgado-Álvarez, A., Nielsen, T. R., Delgado-Alonso, C., Valles-Salgado, M., López-Carbonero, J. I., García-Ramos, R., Gil-Moreno, M. J., Díez-Cirarda, M., Matias-Guiu, J., & Matias-Guiu, J. A. (2023). Validation of the European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB) for the assessment of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease and Parkinson's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2023.1134111>.
- Demeyere, N., Riddoch, M. J., Slavkova, E. D., Bickerton, W.-L., & Humphreys, G. W. (2015). The Oxford Cognitive Screen (OCS): Validation of a stroke-specific short cognitive screening tool. *Psychological Assessment*, 27(3), 883-894. <https://doi.org/10.1037/pas0000082>.
- Duran-Kıraç, G., Uysal-Bozkır, Ö., Uittenbroek, R., Van Hout, H., & Broese van Groenou, M. I. (2022). Accessibility of health care experienced by persons with dementia from ethnic minority groups and formal and informal caregivers: A scoping review of European literature. *Dementia*, 21(2), 677-700. <https://doi.org/10.1177/14713012211055307>.
- Europese Commissie (2023, 6 juli). De gevolgen van de demografische veranderingen in Europa. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_nl#:~:text=Op%201%20januari%20

- 2021%20maakten,aan%20gezondheidszorg%20en%20langdurige%20zorg.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). 'Mini-mental state': A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
- Franzen, S., European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN), Watermeyer, T. J., Pomati, S., Papma, J. M., Nielsen, T. R., Narme, P., Mukadam, N., Lozano-Ruiz, Á., Ibanez-Casas, I., Goudsmit, M., Fasfous, A., Daugherty, J. C., Canevelli, M., Calia, C., Van den Berg, E., & Bekkhus-Wetterberg, P. (2022). Cross-cultural neuropsychological assessment in Europe: Position statement of the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN). *The Clinical Neuropsychologist*, 36(3), 546-557. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1981456>.
- Franzen, S., Papma, J. M., Van den Berg, E., & Nielsen, T. R. (2021a). Cross-cultural neuropsychological assessment in the European Union: A Delphi expert study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 36(5), 815-830. <https://doi.org/10.1093/arclin/acaao83>.
- Franzen, S., Van den Berg, E., Bossenbroek, W., Kranenburg, J., Scheffers, E. A., Van Hout, M., Van de Wiel, L., Goudsmit, M., Van Bruchem-Visser, R. L., Van Hemmen, J., Jiskoot, L. C., & Papma, J. M. (2023). Neuropsychological assessment in the multicultural memory clinic: Development and feasibility of the TULIPA battery. *The Clinical Neuropsychologist*, 37(1), 60-80. <https://doi.org/10.1080/13854046.2022.2043447>.
- Franzen, S., Van den Berg, E., Goudsmit, M., Jurgens, C. K., Van de Wiel, L., Kalkisim, Y., Uysal-Bozkir, Ö., Ayhan, Y., Nielsen, T. R., & Papma, J. M. (2020). A systematic review of neuropsychological tests for the assessment of dementia in non-western, low-educated or illiterate populations. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 26(3), 331-351. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000894>.
- Franzen, S., Van den Berg, E., & Papma, J. (2021b). *Opinie: Cross-culturele neuropsychologische diagnostiek bij volwassena en ouderen op de geheugenpoli*. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 16(1), 14-28.
- 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. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1435826>.
- Fujii, B., Santos, O., & Della Malva, L. (2022). Interpreter-assisted neuropsychological assessment: Clinical considerations. In: *Understanding cross-cultural neuropsychology, 1st edition*. Routledge.
- Gangaram-Panday, S. G., Zhou, Y., & Gilbert, C. R. (2023). Screening for post-stroke neurocognitive disorders in diverse populations: A systematic review. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2237676>.
- Goth, U., & Strøm, B. (2018). Language disintegration: Communication ability in elderly immigrants with dementia. *The Lancet Public Health*, 3(12), 563. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30184-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30184-1).
- Goudsmit, M., Uysal-Bozkir, Ö., Parlevliet, J. L., Van Campen, J. P. C. M., De Rooij, S. E., & Schmand, B. (2017). The Cross-Cultural Dementia Screening (CCD): A new neuropsychological screening instrument for dementia in elderly immigrants. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(2), 163-172. <https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1209464>.
- Goudsmit, M., Van Campen, J., Franzen, S., Van den Berg, E., Schilt, T., & Schmand, B. (2021). Dementia detection with a combination of informant-based and performance-based measures in low-educated and illiterate elderly migrants. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(3), 660-678. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1711967>.
- Goudsmit, M., Van Campen, J., Schilt, T., Hinnen, C., Franzen, S., & Schmand, B. (2018). One size does not fit all: Comparative diagnostic accuracy of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale

- and the Mini Mental State Examination in a memory clinic population with very low education. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 8(2), 290-305. <https://doi.org/10.1159/000490174>.
- Goudsmit, M., Van de Vorst, I., Van Campen, J., Parlevliet, J., & Schmand, B. (2022). Clinical characteristics and presenting symptoms of dementia: A case-control study of older ethnic minority patients in a Dutch urban memory clinic. *Aging & Mental Health*, 26(11), 2277-2284. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1963416>.
- Gove, D., Nielsen, T. R., Smits, C., Plejert, C., Rauf, M. A., Parveen, S., Jaakson, S., Golan-Shemesh, D., Lahav, D., Kaur, R., Herz, M. K., Monsees, J., Thyrian, J. R., & Georges, J. (2021). The challenges of achieving timely diagnosis and culturally appropriate care of people with dementia from minority ethnic groups in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(12), 1823-1828. <https://doi.org/10.1002/gps.5614>.
- Grandpierre, V., Milloy, V., Sikora, L., Fitzpatrick, E., Thomas, R., & Potter, B. (2018). Barriers and facilitators to cultural competence in rehabilitation services: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2811-1>.
- Greenfield, P. M. (1997). You can't take it with you: Why ability assessments don't cross cultures. *American Psychologist*, 52(10), 1115-1124. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.10.1115>.
- 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* (pp. 215-227). Boom/de Tijdstroom.
- Haralambous, B., Tinney, J., LoGiudice, D., Lee, S. M., & Lin, X. (2018). Interpreter-mediated cognitive assessments: Who wins and who loses? *Clinical Gerontologist*, 41(3), 227-236. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1398798>.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *The Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 61-83; discussion 83-135. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>.
- Hilal, S., & Brayne, C. (2022). Epidemiologic trends, social determinants, and brain health: The role of life course inequalities. *Stroke*, 53(2), 437-443. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.032609>.
- Huettig, F., & Mishra, R. K. (2014). How literacy acquisition affects the illiterate mind – A critical examination of theories and evidence. *Language and Linguistics Compass*, 8(10), 401-427. <https://doi.org/10.1111/lnc3.12092>.
- Kram, U. Z., Kunst, A. E., Lamkaddem, M., & Stronks, K. (2014). The disease burden across different ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands, 2011-2030. *European Journal of Public Health*, 24(4), 600-605. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt136>.
- Jørgensen, K., Nielsen, T. R., Nielsen, A., Waldorff, F. B., Høgh, P., Jakobsen, S., Gottrup, H., Vestergaard, K., & Walde- mar, G. (2019). Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC)-Validation of a new dementia case-finding instrument integrating cognitive assessment with patient and informant report. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1724-1733. <https://doi.org/10.1002/gps.5188>.
- Jorm, A. F. (2004). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): A review. *International Psychogeriatrics*, 16(3), 275-293. <https://doi.org/10.1017/S1041610204000390>.
- Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrun- grojn, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthum- chinda, K., Hongsawat, J., Suwichanara- kul, P., Thanasirorat, S., & Nasreddine, Z. S. (2015). The Montreal Cognitive Assessment-Basic: A screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2550-2554. <https://doi.org/10.1111/jgs.13820>.
- Kenning, C., Daker-White, G., Blakemore, A., Panagioti, M., & Waheed, W. (2017). Barriers and facilitators in accessing dementia care by ethnic minority groups: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Psychiatry*, 17(1), 316. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1474-0>.

- Maestri, G., Nicotra, A., Pomati, S., Canevelli, M., Pantoni, L., & Cova, I. (2023). Cultural influence on clock drawing test: A systematic review. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 29(7), 704-714. <https://doi.org/10.1017/S1355617722000662>.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., & Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8).
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2022, 19 april). Bevolking 2050 in beeld. Drukker, diverser en dubbelgrijs. Rapport | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/07/bevolking-2050-in-beeld-drukker-diverser-en-dubbelgrijs>.
- Mukadam, N., Cooper, C., & Livingston, G. (2011). A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/gps.2484>.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.
- Nederlands instituut voor psychologen NIP (2019). *Monodisciplinaire richtlijn Neuropsychologisch Onderzoek bij Lichte Cognitieve Stoornissen (MCI) en dementie*.
- Nielsen, T., Franzen, S., Watermeyer, T., Jiang, J., Calia, C., Kjaergaard, D., Bothe, S., Mukadam, N. on behalf of the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN) (aangeboden ter publicatie). *Interpreter-mediated neuropsychological assessment: Clinical considerations and recommendations from the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN)*.
- Nielsen, T. R., & Jørgensen, K. (2020). Cross-cultural dementia screening using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale: A systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 32(9), 1031-1044. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000344>.
- Nielsen, T. R., Segers, K., Vanderaspolden, V., Beinhoff, U., Minthon, L., Pissioti, A., Bekkhus-Wetterberg, P., Bjørkløf, G. H., Tsolaki, M., Gkioka, M., & Waldemar, G. (2019). Validation of a European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB) for evaluation of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 144-152. <https://doi.org/10.1002/gps.5002>.
- Nielsen, T. R., & Staios, M. (2023). Clinical utility of WAIS-IV Matrix Reasoning among adult low educated recent immigrants: A note of caution. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 38(6), 976-982. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad006>.
- Nielsen, T. R., Vogel, A., Riepe, M. W., De Mendonça, A., Rodriguez, G., Nobili, F., Gade, A., & Waldemar, G. (2011). Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: A European Alzheimer's Disease Consortium survey. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 86-95. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000955>.
- Park, D. C., & Huang, C.-M. (2010). Culture wires the brain: A cognitive neuroscience perspective. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 5(4), 391-400. <https://doi.org/10.1177/1745691610374591>.
- Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., Van Campen, J. P., Kok, R. M., Ter Riet, G., Schmand, B., & De Rooij, S. E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: A cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(9), 1040-1049. <https://doi.org/10.1002/gps.4417>.
- Pharos (2014). Kwaliteitsnorm anderstaligen in de zorg. <https://www.pharos.nl/kennisbank/kwaliteitsnorm-tolkgebruik-bij-anderstaligen/>.
- Pharos (2022). Discriminatie en gezondheid: Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat

- we hieraan kunnen doen. <https://www.pharos.nl/discriminatie-in-de-zorg-gezondheid/>.
- Pharos (2023, 21 augustus). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>.
- Rijkers, C., Campen, J., & Goudsmit, M. (2011). 'Niet iedereen hoeft het te weten'. Dementiebeleving bij Marokkaanse ouderen in Amsterdam. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 2, 80-89.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Publicatie Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Seleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43(3), 229-237. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x.
- Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., Baliatsas, C., & Bekker, M. H. J. (2019). Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 247, 134-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.060>.
- Severs, E., James, T., Letrondo, P., Løvland, L., Marchant, N. L., & Mukadam, N. (2023). Traumatic life events and risk for dementia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 23(1), 587. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04287-1>.
- Storey, J. E., Rowland, J. T. J., Basic, D., Conforti, D. A., & Dickson, H. G. (2004). The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): A multicultural cognitive assessment scale. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 13-31. <https://doi.org/10.1017/s1041610204000043>.
- Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLoS One*, 15(4), e0231350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>.
- Tan, C. H., Hilal, S., Xu, X., Vrooman, H., Cheng, C.-Y., Wong, T. Y., Venketasubramanian, N., & Chen, C. (2020). MRI markers of mixed pathology and cognitive impairment in multiethnic Asians. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 73(4), 1501-1509. <https://doi.org/10.3233/JAD-190866>.
- Tweede Kamer (2022). Kamerbrief over beleidsnota cultuursensitieve zorg: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-8f46ae4ee392b39cde77966e487e019ff549e5f8/pdf>.
- UNESCO (2005). *Education for all: Global monitoring report*. <http://www.unesco.org/>.
- Uysal-Bozkir, Ö., Parlevliet, J. L., & De Rooij, S. E. (2013). Insufficient cross-cultural adaptations and psychometric properties for many translated health assessment scales: A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(6), 608-618. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.12.004>.
- Van Tilburg, T. G., & Fokkema, T. (2021). Stronger feelings of loneliness among Moroccan and Turkish older adults in the Netherlands: In search for an explanation. *European Journal of Ageing*, 18(3), 311-322. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00562-x>.
- Vanzella, L. M., Oh, P., Pakosh, M., & Ghisi, G. L. M. (2021). Barriers to cardiac rehabilitation in ethnic minority groups: A scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(4), 824-839. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01147-1>.