
BENIM ILGILENECEK BIRINE IHTIYACIM VAR? WIE WIL ER MET MIJ ZORGEN?

Mantelzorgondersteuning binnen de Turkse cultuur
Afstudeerartikel MGZ-GGZ Hoge School van Amsterdam

Joke Melenhorst is momenteel werkzaam als ambulant Geriatrie verpleegkundige, voor het GOAC: Geriatrisch Observatie en Advies Centrum van de Rivas Zorggroep te Gorinchem.

Zorgen over zorg

Binnen mijn werk als SPV in opleiding kreeg ik te maken met de begeleiding van een Turkse dementerende man en diens familie. Ik merkte dat ik niets wist over opvattingen omtrent mantelzorg binnen de Turkse cultuur. Daarnaast zag ik bij de echtgenote en kinderen van deze man verschijnselen van overbelasting ontstaan. Het aantal Turkse ouderen zal de komende jaren sterk toenemen. Turkse 55-plussers zijn bovendien minder gezond: 30% heeft te maken met beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven (Schellingerhout, 2004). In 2003 bedroeg het aantal Turkse ouderen van 55 plus, 26.164 (7 % binnen de totale groep Turken). De prognose voor 2020 van het aantal Turkse ouderen bedraagt 64.902, dat is 14,4 %. Binnen deze groep wordt een toename van het aantal mensen met dementie verwacht van 431 naar 2082 in 2020. Dit is een toename van 382,7% (Baas & Bonenkamp, 2004). Veel dementerenden worden langzamerhand volledig zorgafhankelijk, zowel voor hun dagelijkse verzorging als voor hun welzijn. Verzorging van dementerenden vraagt veel van mantelzorgers en het risico op overbelasting van hen is hoog. Mijn verwachting is dat zorgverleners, waaronder SPV-en, de komende jaren vaker hulpvragen zullen krijgen van Turkse ouderen en hun mantelzorgers.

Binnen het huidige overheidsbeleid staat de vermaatschappelijking van de zorg centraal. Dit betekent dat ouderen langer thuis (moeten) blijven wonen. Er wordt steeds meer nadruk gelegd op ondersteuning vanuit informele hulpbronnen voor praktische, emotionele en materiële steun. De Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) sluit aan bij deze ontwikkeling. Mensen kunnen rekenen op professionele hulp maar moeten eerst in informele kring hun problemen proberen op te lossen. Als dit niet meer lukt dan moet men bij de gemeente kunnen aankloppen voor hulp of ondersteuning. Door het grotere beroep dat gedaan gaat worden op mantelzorgers kunnen zij zelf (potentiële) zorgvragers of cliënten worden. In de beleidsnota 'De mantelzorger in beeld' worden mantelzorgers voor mensen met psychiatrische problemen en allochtonen als specifieke risicogroepen genoemd om op in te spelen. Uit deze nota blijkt verder dat er bij allochtonen onbekendheid bestaat over het zorgaanbod en dat er bij zorginstellingen maar geringe kennis bestaat over de zorgvraag van allochtonen.

In dit artikel zal gekeken worden naar de zorgopvattingen over informele en formele steun die er bestaan binnen de Turkse cultuur. Met behulp van literatuuronderzoek en gesprekken met een Turkse ouderenadviseur en SPV-en die werken met Turkse vrouwen zullen de behoeften en knelpunten in kaart worden gebracht. Daarnaast zal de rol van de hulpverlener als mantelzorgondersteuner beschreven worden.

De in dit artikel gehanteerde definities van de begrippen Mantelzorg, Mantelzorgondersteuning en Dementie vindt u achterin.

Mantelzorg binnen de Turkse cultuur

In de hulpverlening is het noodzakelijk dat wordt nagegaan welke zorgpatronen zich binnen een systeem voordoen en hoe hierop geanticipeerd kan worden door hulpverleners. Zo vormt cultuur bijvoorbeeld een onderdeel van het totaal aan factoren die bepalen hoe mensen zorgen en verzorgd willen worden. Meer op microniveau vormen de levensbiografie en het bestaansperspectief van cliënten het uitgangspunt voor de zorgverlening. Ieder mens is uniek en men kan iemand niet reduceren tot een stereotype van zijn cultuur (Visser & De Jong, 2005). Afhankelijk van de manier waarop de rol van de familie bij ziekte en gezondheid gezien wordt, ontwikkelen zich zorgpatronen voor mantelzorgers. Deze zorgpatronen bepalen de verwachtingen die mensen hebben van de zorg van hun naasten en van professionals.

De graduele verschillen in zorgopvattingen tussen culturen en verschillende generaties zijn op een continuüm te plaatsen waarop men drie posities kan onderscheiden (De Jong et al., 2004):

1. Zorg is familieplicht. Zorg is een plicht en een familieaangelegenheid. Vreemden kunnen of mogen geen zorg verlenen.
2. Nood breekt wet. Hulp van huisartsen is gewoon, maar tegenover gebruik van zorgvoorzieningen zoals thuiszorg bestaat nog veel reserve. Dit gebeurt pas als de nood hoog is en alternatieven niet voorhanden zijn.
3. Familie en professionals geven zorg. Zorg is deels een verantwoordelijkheid van de overheid. Men heeft recht op hulp van beroepskrachten wanneer men zwaar zorgafhankelijk wordt.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat de zorgverwachtingen van Turkse ouderen en hun mantelzorgers gebaseerd zijn op de Turkse traditie, maar dat er wel verschuivingen plaatsvinden. Dit werd bevestigd door Ayse Nazli, Turkse Ouderen-adviseur en tevens ervaringsdeskundige met betrekking tot het verlenen van mantelzorg aan een dementerende ouder. Bij de autochtone bevolking zie je een verschuiving van positie twee naar drie en bij de allochtone bevolking een verschuiving van positie één naar twee. De eerste generatie Turkse allochtonen verwacht zorg van hun kinderen. Deze kinderen, de tussengeneratie die in het kader van gezinshereniging naar Nederland is gekomen en de tweede generatie van kinderen die hier geboren zijn, hebben de traditie en waarden meegekregen en willen daar ook naar handelen, maar doordat de omstandigheden veranderd zijn is dit niet altijd realiseerbaar. Deze generatie lijkt op weg naar positie drie. Zorgopvattingen van autochtonen en allochtonen kunnen dus verschillen, maar ook tussen allochtone groepen bestaan verschillen (Moree, 2003). Bij het voorbereiden van een passend hulpaanbod moet men op de hoogte zijn van de achtergrond en behoeften van de mantelzorger en inschatten wat de culturele afstand is tot de bestaande voorzieningen.

Traditionele zorgopvattingen binnen de Turkse cultuur

In de Turkse zorgtraditie bestaat een zorgplicht voor de kinderen ten opzichte van de ouders, vanuit het wederkerigheidsprincipe en vanuit de Islam. De netwerken van Turkse ouderen zijn vooral op de familie gericht. Men kent geen andere zorg dan zorg door familieleden. De familie woont onder een dak met meerdere generaties. Ideaalbeelden van zorg zijn verankerd in een bredere culturele context. Ze zijn gerelateerd aan leeftijd, sekse en verwantschap, en ze beïnvloeden huwelijkspraktijken, eergevoel en schaamte (Yerden, 2000). Als ouderen zorg nodig hebben verwachten zij deze in eerste instantie van hun partner. Het zorgen voor elkaar is belangrijker dan de verzorging door de kinderen (Yerden, 2000). Meestal is de centrale mantelzorger dus de vrouwelijke partner of schoondochter, als de partner niet meer in staat is om de zorg te verlenen.

Ouderen genieten binnen de familie respect en gezag. Op basis hiervan kunnen ze macht uitoefenen over de kinderen en aanspraak maken op verzorging. De termen Bakim en Yardim zijn belangrijke begrippen binnen deze zorg. Bakim = zorgen, het betekent de totale verantwoordelijkheid voor iemands zorg dragen. Iemand die geen familie is kan geen Bakim geven. Bakim behelst de huishoudelijke en lichamelijke verzorging en het voeden van de oudere. Traditioneel wordt verwacht dat Bakim gegeven wordt door de oudste zoon en zijn vrouw (gelin) waarbij de gelin de zorgtaken uitvoert. Door haar huwelijk heeft ze de zorgplicht gekregen en moet ze gehoorzamen aan haar man en schoonouders (Yerden, 2000). Van een getrouwde dochter wordt geen zorg verwacht omdat ze bij de familie van haar man hoort. Ze kan haar ouders wel helpen, wanneer zij vaak hulp nodig hebben (Yerden, 2000). Yardim = doen zorgen. Het betreft vaak praktische zaken, zoals boodschappen doen, financiële zaken regelen of tolken en het georganiseerd krijgen dat er gezorgd wordt. Het heeft een tijdelijk karakter. Yardim kan door burens en verwanten worden gegeven, maar in de praktijk wordt dit vaak door de zonen gegeven (Yerden, 2000). Yerden maakt onderscheid tussen huishoudelijke zorg, zorg voor voedsel en lichamelijke zorg. Met name bij lichamelijke verzorging is de relatie tussen zorgvrager en mantelzorger complex omdat schaamtegevoelens daarbij een rol spelen. De zoon dient te zorgen voor zijn vader en de schoondochter voor haar schoonmoeder. Tussen partners speelt schaamte echter geen rol, waardoor zij lichamelijke zorg aan elkaar kunnen geven. Huishoudelijke taken en zorgen voor voedsel zijn taken die traditioneel door vrouwen behoren te worden gedaan (Yerden, 2000). Als de kinderen niet voor hun ouders zorgen wordt dit gezien als een schande en wordt de eer van de familie aangetast. Juist omdat de informele zorg vanzelfsprekend en met respect voor de oudere moet worden verleend, is er geen overleg over de hulpvraag en de mogelijkheden van de mantelzorger.

Pas wanneer de informele zorg tekortschiet, bij zeer grote zorgbehoefte of bij bedlegerigheid van de oudere, doet men een beroep op formele hulp. Er bestaat nog een grote onbekendheid met de mogelijkheden van de zorg. Het imago van zorginstellingen is slecht en er spelen gevoelens van eer en schande in de eigen gemeenschap (De Graaff & Francke, 2002).

Het formele zorgaanbod sluit niet aan op de vraag (Yerden, 2003). Turkse ouderen maken dan ook nauwelijks gebruik van thuiszorg, GGZ of verzorgingshuizen en verpleeghuizen (Schellingerhout, 2004). Men maakt wel gebruik van huisarts, ziekenhuizen en maatschappelijk werk en intermediairs (vaak ouderadviseur en voorlichter in eigen taal en cultuur). Veel Turkse ouderen hebben wel eens van de GGZ gehoord, maar weten niet wat de GGZ voor hen zou kunnen doen (De Vries & Smits, 2003). Door de taalbarrière zijn ze volledig afhankelijk van hun kinderen om in contact te komen met formele instanties. Ongeveer 30% van de zelfstandig wonende Turkse ouderen ontvangt informele hulp vanuit hun persoonlijk netwerk (Schellingerhout, 2004).

Behoeften en knelpunten binnen de mantelzorgverlening

Het traditionele gezag van de ouders is onder druk komen te staan doordat de tweede en derde generatie zich emanciperen en aanpassen aan Nederlandse normen. Veel Turkse vrouwen uit de tweede generatie zijn gaan participeren in het arbeidsproces en moeten dan werk, zorg voor eigen gezin en de zorg voor de oudere combineren. Vooral wanneer de ouderen toenemend afhankelijk of bedlegerig worden, zijn er meer spanningen in het traditionele zorgsysteem (Yerden, 2000). Praten over dergelijke spanningen om steun te verkrijgen, of zorg te delen is niet gebruikelijk. Het verlenen van zorg is een vanzelfsprekendheid en moet gewoon gebeuren. Hierdoor heeft de centrale mantelzorger geen kans om over haar draaglast en draagkracht te spreken en

ontvangt zij weinig erkenning en emotionele steun van de familie en de sociale omgeving. Vrouwen hebben nog weinig zeggenschap over de zorg die ze verlenen. De oudere man of diens zoon bepalen wat zij moeten doen. Er ligt nog een taboe op het praten over de zorgverdeling. Daar komt nog bij dat ouderen de Nederlandse taal vaak niet beheersen waardoor de mantelzorger er een extra taak bij krijgt doordat zij moet tolken.

Turkse mantelzorgers maken nog weinig gebruik van professionele ondersteuning. Ze zijn vaak niet op de hoogte van de mogelijkheden van zorg- en welzijnsvoorzieningen maar bovenal is het imago van zorginstellingen slecht. Daarnaast is de eigen bijdrage een belangrijke financiële belemmering omdat de ouderen vaak een laag inkomen hebben (Schellingerhout, 2004). De professionele instellingen in Nederland werken vraaggericht. Men verwacht dat de cliënt een duidelijke hulpvraag formuleert en assertief is. Omdat in de Nederlandse samenleving tegenwoordig een sterke waarde wordt toegekend aan de mening van de patiënt over de te verlenen zorg, doet zich hier een probleem voor. Turkse ouderen, maar ook hun mantelzorgers zijn niet altijd assertief en formuleren niet zo gemakkelijk een hulpvraag. De communicatiestijl van de Turkse ouderen is niet assertief men gaat eerder uit van vanzelfsprekendheden en verwacht praktische oplossingen. In de Turkse cultuur getuigt het immers van zorgzaamheid om ouderen alles uit handen te nemen (Moree, 2003). Hierdoor kan het gebeuren dat professionele zorg niet gerealiseerd kan worden. Door de niet-outreachinge aanpak van de instellingen is er geen contact met de Turkse mantelzorgers. Daarbij ontbreekt het vaak aan interculturele kennis en vaardigheden bij de hulpverleners (de Jong et al., 2004).

Binnen de Turkse cultuur wordt dementie als onderwerp nog nauwelijks besproken. Dementie wordt gezien als ouderdomsaandoening. Indien de ziekte binnen een familie voorkomt, dan houdt men dit doorgaans ook binnen de familie. Soms wordt er een beroep gedaan op de imam, maar men komt niet snel met problemen naar buiten omdat men bang is voor roddel binnen de eigen gemeenschap (Nazli, 2006). De verzorging van dementerenden is zowel lichamelijk als geestelijk erg zwaar. Deze grote zorglast kan leiden tot gezondheidsproblemen bij de mantelzorger, spanningen binnen het sociaal netwerk en tot slechtere zorg voor de dementerende. Mantelzorgers die te lang doorgaan zonder hulp in te schakelen kunnen zelfs zo overbelast raken dat zij zelf een beroep moeten doen op de hulpverlening. Veel opnames van dementerenden in instellingen komen door crisissituaties in de mantelzorg. Turkse mantelzorgers hebben deels met dezelfde problemen te maken als autochtone mantelzorgers. Zoals eerder genoemd spelen bij hen echter nog een aantal specifieke problemen een rol waardoor zij een verhoogd risico lopen overbelast te raken.

Een casus uit de dagelijkse praktijk

Ayse is een Turkse vrouw van 40 jaar, oudste dochter uit een gezin met 2 zonen en 2 dochters. Ze moet haar aandacht verdelen over haar gezin, en de zorg voor haar ouders en haar werk. Haar moeder heeft allerlei gezondheidsklachten en haar vader is soms erg in de war. Hij dwaalt overdag en ook 's nachts. Hij is al een paar keer teruggebracht door de politie. De dagelijkse verzorging verloopt problematisch. Steeds vaker lukt het haar moeder niet om hem te helpen bij het douchen en hij plast overal in huis en in het portiek. Ayse woont vlak bij hen en wordt vaak gebeld door haar moeder. Vader loopt regelmatig bij haar binnen en is steeds vaker boos. Ze weet niet goed hoe ze met hem om moet gaan en durft hem niet tegen te spreken. Ze slaapt de laatste tijd slecht en piekert veel. Ze is snel geprikkeld en heeft steeds vaker ruzie met haar man. Hij wil op vakantie naar Turkije, maar ze kan haar ouders nu toch niet in de steek laten.

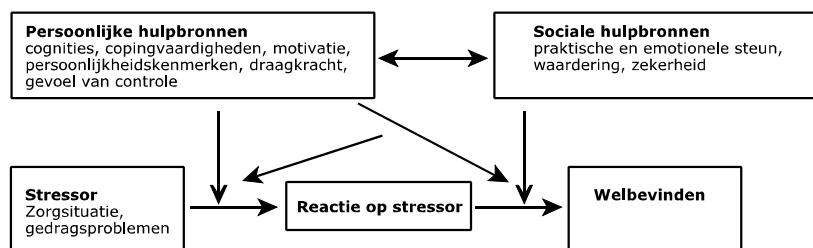
Hoe moet het nu verder? Binnen haar familie bestaat onenigheid over de zorg. Haar jongste broer heeft zich teruggetrokken, hij wil dat vader opgenomen wordt in een tehuis. Ayse zou zich schamen als ze dat zouden doen. Ze is bang voor het gepraat binnen de Turkse gemeenschap. Ze weet niet waar ze terecht kan voor ondersteuning. Ze heeft wel eens gehoord van thuiszorg of dagopvang, maar dat kunnen haar ouders vast niet betalen van hun AOW. Uiteindelijk gaat ze naar de huisarts. Deze schakelt de SPV in om de situatie in kaart te brengen en hulpverlening op gang te brengen.

Preventie en vroegsignalering van gezondheidsklachten bij mantelzorgers

Overbelasting van de mantelzorger ontstaat wanneer de draaglast voor de mantelzorger zwaarder is dan de draagkracht. Signalen van overbelasting kunnen zich lichamelijk, psychisch en gedragsmatig uiten (Buijsen, 1996):

- lichamelijk: verhoogde hartslag, hoofdpijn, duizeligheid of hyperventilatie, verhoogde bloeddruk, vermoeidheid of pijnklachten in nek, schouder of rug.
- psychisch: schaamte- en schuldgevoelens, slechte concentratie, vergeetachtigheid, slaapproblemen, piekeren, (irreële) angst, ontevredenheid, snel geëmotioneerd zijn.
- gedragsmatig: rusteloosheid, chaotisch, onverdraagzaam, agressie, verwaarlozing, meer roken en drinken, gebruik van kalmerende of stimulerende middelen.

Het Trimbos instituut heeft de Preventie-op-Maat methodiek ontwikkeld voor mantelzorgers van depressieve ouderen. Deze methodiek gaat uit van de relatie tussen stress, coping en welbevinden. Persoonlijke en sociale hulpbronnen blijken



een belangrijke rol te spelen bij de ervaren belasting van de mantelzorger.

Theoretisch model van de relatie tussen stress, coping en welbevinden, Duzijn et al., 2000, pagina 11

Stressoren

Er zijn een aantal stresserende factoren te benoemen die van invloed zijn op de belasting van mantelzorgers;

- Gedragproblemen die kunnen ontstaan bij de dementerende zoals achterdocht, nachtelijke onrust, agressie, decorumverlies, afhankelijk gedrag, aandachtlopend gedrag, agitatie, zwerven, stemmings- en persoonlijkheidsveranderingen.
- Fysieke achteruitgang en verminderde zelfredzaamheid bij de dementerende.
- Afname van sociale contacten, ontbreken van sociale steun, onbegrip bij mensen in de omgeving, de mate van erkenning van belasting door andere familieleden en een gebrekkige communicatie hierover.

- Veranderingen in de relatie tot de oudere/omkering in rolpatronen; de dementerende is geen steun of toeverlaat meer voor de partner of kinderen moeten voor hun ouder zorgen. Dit geeft gemis aan intimiteit en verlies van hun dierbare en van hun toekomstdromen (Factsheet Mantelzorg en Dementie, 2005) Door de ziekte is de normale ouder-kind of partnerrelatie verdwenen.
- Gebrek aan motivatie/plichtsgevoel.
- Gebrek aan eigenwaarde en zelfvertrouwen, beperkte copingvaardigheden
- Slechte gezondheid van de mantelzorger; mantelzorgers met een als slecht ervaren gezondheid zijn meer belast dan mantelzorgers die aangeven dat hun gezondheid zeer goed is (De Boer, 2005).
- Gebrekkige communicatie met professionele zorgverlening (Duzijn et al., 2000) Bijvoorbeeld over het niet op de gewenste manier uitvoeren van taken.

Sociale hulpbronnen: sociale steun

Sociale steun heeft een positief effect op de individuele reactie op een stressor en op het daaraan gekoppelde welbevinden. Als er geen waardering of begrip vanuit het sociale netwerk en/of vanuit hulpverleners wordt gegeven aan de mantelzorger, werkt dit negatief op de draagkracht. Sociale steun vormt een buffer tegen de negatieve effecten van stress (Van Mierlo, 2004)

Er zijn vier vormen van sociale steun:

- Praktische steun: een helpende hand, iemand die de verzorging een middag overneemt
- Emotionele steun: begrip en vertrouwen ontvangen
- Waarderingsgerichte steun: iemand laat zijn waardering blijken in woord of gebaar
- Netwerksteun: iemand laat blijken dat u erbij hoort (Buijssen, 1996).

Persoonlijke hulpbronnen

Bij persoonlijke hulpbronnen kan gedacht worden aan motivatie, copingvaardigheden en cognities.

Als de mantelzorger over copingvaardigheden beschikt om het gedrag van de zorgvrager te kunnen accepteren en hanteren, dan zal de mantelzorger stress hanteerbaarder kunnen maken en een evenwicht weten te vinden tussen draagkracht en draaglast. Draagkrachtbevorderende factoren zijn tevredenheid over zichzelf als verzorger, eigenwaarde, zingeving en zelfvertrouwen. Factoren die negatief kunnen werken zijn gevoelens van machteloosheid, het niet kunnen accepteren van de ziekte, of moedeloosheid. Bij een positieve motivatie is men gedreven om het vol te houden, maar als er sprake is van een negatieve motivatie dan ervaart de mantelzorger de zorg als noodgedwongen en heeft het een negatief effect op de draagkracht (Duijnstee, 1994).

Mantelzorgers beschouwen zichzelf niet snel als zorgvragers. Ze onderkennen de behoefte aan ondersteuning niet bij zichzelf. Toch blijkt dat de nood hoog is als men eenmaal de stap gezet heeft om hulp te zoeken (De Boer, 2005). Het is dus van belang om in contact te komen met hen en op basis van de individuele beleving van de mantelzorger een ondersteuningsaanbod te kunnen bieden, waarbij de persoonlijke hulpbronnen en de sociale hulpbronnen versterkt worden, zodat zij de zorg voor de dementerende beter en langer kunnen volhouden. Hierbij is van belang dat niet de inzichten van de professionele hulpverlening maar die van de mantelzorger de richting van de ondersteuning aangeeft. Dit moet een belangrijke leidraad zijn voor op te zetten preventieve interventies voor de doelgroep (Duzijn et al., 2000). Het meest effectief zijn interventies waarin ondersteuning, informatie en advies, uitwisseling van ervaringen en een methodische aanpak van sociale steun binnen het primaire sociale netwerk centraal staan (Duzijn et al., 2000).

De rol van de hulpverlener

Binnen het huidige overheidsbeleid staat de vermaatschappelijking van de zorg centraal. Het zo lang mogelijk verzorgen van (dementerende) ouderen thuis, kan alleen slagen als mantelzorgers niet afhaken en er passende ondersteuning wordt geboden vanuit zorg- en welzijnsinstellingen. Door de invoering van de WMO komt de eindverantwoordelijkheid voor de ondersteuning van kwetsbare burgers bij de gemeente te liggen. Gemeenten moeten zorgen voor een goed aanbod van voorzieningen en veel aandacht besteden aan de voorlichting. Hierbij zullen hulpverleners aandacht moeten vragen voor beleid gericht op specifieke groepen mantelzorgers, zoals allochtone mantelzorgers, want ook zij hebben recht op zorg op maat.

Om mantelzorgondersteuning te kunnen bieden zullen hulpverleners in contact moeten komen met de Turkse mantelzorgers. Dit is in de huidige beroepspraktijk nog nauwelijks het geval, blijkt uit de literatuur. Turkse mantelzorgers raadplegen eerder de huisarts dan de GGZ (Schellingerhout, 2004). Vooral de huisarts heeft een signalerende en verwijzende rol. Via hem zal de bereikbaarheid van Turkse ouderen vergroot en verbeterd kunnen worden. Hij zal hierbij ondersteund moeten worden door andere professionals. Hulpverleners zullen outreachend te werk moeten gaan en de samenwerking moeten zoeken met sleutelfiguren binnen de Turkse gemeenschap en zelforganisaties om in contact te kunnen komen met Turkse ouderen (Nazli, 2006).

Het zorgaanbod zal toegankelijker gemaakt moeten worden. Hiervoor is nodig dat hulpverleners kennis hebben van interculturele aspecten en aansluiten op zorgpatronen die leven bij Turkse zorgvragers en hun systeem. Dit vraagt dat de hulpverlener actief het contact aangaat, aansluiting zoekt en aanspreekbaar is, als mens en als hulpverlener. Via contact, betekenisgeving en het erkennen van iemand kan men uitkomen bij het ontwikkelen van motivatie en een verandering in gang zetten.

In het kader van deze sociaal -psychiatrische zorg, kan de SPV zich richten op het versterken van het te ondersteunen sociale netwerk, waardoor zij kan bevorderen dat de sociale steun die de mantelzorger ontvangt, vergroot kan worden. De interventies kunnen gericht zijn op het individu, het systeem of op sociale strategieën. Het gaat hierbij om het geven van informatie, advies en emotionele steun (Venneman & Morsman, 2004). Daarnaast kan de SPV consultatie en advies geven aan huisartsen, uitvoerende hulpverleners en andere eerstelijnsdisciplines en participeren in overlegorganen.

Aanbevelingen voor de rol van de SPV in de praktijksituatie

De SPV moet rekening houden met het taboe op het onderwerp dementie en zal de voorlichting altijd op een persoonlijke manier, in kleine kring bij de oudere of mantelzorger thuis, moeten geven. Dit speelt vooral bij de eerste en tweede generatie Turken (Baas, 2004).

Streven naar cultureel passende zorg zal altijd dilemma's en vragen met zich meebrengen (Moree, 2003). De SPV moet zich daarom bewust zijn van eigen persoonlijke en professionele waarden en normen en een cultuursensitieve houding hebben.

Bij het voorbereiden van een passend hulpaanbod moet de SPV op de hoogte zijn van de zorgopvattingen die leven binnen de Turkse cultuur en vervolgens aansluiten bij de opvattingen van de zorgvrager en zijn systeem en ondersteuning op maat bieden.

Om dit methodisch te doen kan de SPV gebruikmaken van een verpleegkundige theorie, zoals het Neuman Systems Model. Dit model is gebaseerd op de systeemtheorie, stress-copingtheorie en de preventietheorie.

Hierdoor is deze theorie heel geschikt om de draagkracht/draaglast van de mantelzorger in kaart te brengen en ondersteuning op maat te bieden. De SPV kan de persoonlijke en sociale hulpbronnen van de mantelzorger beïnvloeden door gerichte interventies uit te voeren op individueel niveau of op groepsniveau:

- Via huisbezoeken, eventueel samen met een tolk of Turkse ouderenadviseur, de persoonlijke hulpbronnen van de Turkse mantelzorger in kaart brengen en versterken door diens kennis, attitude en vaardigheden om met het gedrag van de dementerende om te gaan, te verbeteren door middel van het geven van voorlichting en advies.
- De sociale hulpbronnen beïnvloeden door voorlichting en advies te geven over de ziekte dementie en over de mogelijkheden van ondersteuning (emotioneel en praktische steun) in de Nederlandse situatie. Deze voorlichting kan schriftelijk gegeven worden door folders in eigen taal in de huisartsenpraktijken en mondeling tijdens het huisbezoek of in de vorm van huiskamerprojecten, wijkgericht, waarin de SPV kan participeren als inhoudsdeskundige.
- Lotgenotencontact kan gestimuleerd worden door middel van het organiseren van aparte voorlichtingsbijeenkomsten voor vrouwen en mannen. Deze bijeenkomsten kunnen het beste ingebed worden in al bestaande activiteiten in een moskee of buurtcentrum (Baas, 2004). Het sociale steunsysteem kan op deze manier worden versterkt.
- Binnen de Turkse vrouwengroepen die draaien in de GGZ kan het thema zorgen voor een oudere met dementie introduceren.
- Deskundigheidsbevordering bij andere professionele hulpverleners zoals thuiszorg- of dagopvangmedewerkers, consultatie geven en het gesprek aangaan over samenwerking en communicatie tussen de mantelzorger en de hulpverleners.

Conclusies en aanbevelingen

Door middel van literatuuronderzoek en gesprekken met SPV-en en een Turkse ouderenadviseur zijn de traditionele zorgopvattingen binnen de Turkse cultuur en de behoeften en knelpunten van Turkse mantelzorgers binnen de Nederlandse situatie in kaart gebracht. Met behulp van het stress-coping model is de relatie tussen stress, coping en welbevinden van de mantelzorger beschreven. Vervolgens is de rol van de hulpverlener beschreven en zijn er interventies benoemd waarmee de SPV een bijdrage kan leveren aan mantelzorgondersteuning.

Op basis van deze informatie wil ik een aantal conclusies trekken en aanbevelingen doen voor de toekomst:

- Er is sprake van een gering bereik van Turkse mantelzorgers door de zorg- en welzijnsvoorzieningen, door onbekendheid bij de doelgroep en door afwezigheid van een out-reachende aanpak van de instellingen. Daarbij spelen culturele en taalbarrières, en het taboe op de ziekte dementie een rol. De Turkse mantelzorgers komt nauwelijks in contact met hulpverleners van de GGZ. Bereikbaarheid van de dementerende Turkse ouderen en hun mantelzorgers moet veel meer aandacht krijgen, temeer daar het aantal Turkse ouderen met dementie fors zal toenemen in de komende jaren en er binnen het huidige overheidsbeleid juist steeds meer nadruk gelegd wordt op ondersteuning vanuit informele hulpbronnen. Ondersteuning van de Turkse mantelzorgers door hulpverleners is dus van groot belang. Belangrijke sleutelfiguren uit de eigen gemeenschap zoals imams en huisartsen kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Het onderwerp dementie moet uit de taboesfeer worden gehaald en bespreekbaar worden gemaakt. SPV -en die werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk zouden hier een rol in kunnen hebben.

Samenwerking met andere professionals en een actieve, outreachende werkwijze van de instellingen zijn hierbij noodzakelijk.

- De zorgopvattingen van Turkse mantelzorgers zijn gebaseerd op de Turkse traditie, maar zijn wel aan veranderingen onderhevig. Het traditionele gezag van ouders en de vanzelfsprekendheid van de zorg is onder druk komen te staan, doordat de tweede en derde generatie zich emanciperen en aanpassen aan Nederlandse normen. De zorgopvattingen van Turkse ouderen zijn nog grotendeels gebaseerd op oude tradities, maar hun kinderen zullen minder makkelijk aan de verwachtingen van hun ouders kunnen en willen voldoen. Bij het voorbereiden van een passend hulpaanbod moet de hulpverlener zich op de hoogte stellen van de zorgopvattingen die leven bij Turkse mantelzorgers en aansluiten bij de individuele beleving van de mantelzorger. Hierbij moet aandacht zijn voor de communicatie en taakverdeling binnen de families en gericht zijn op samenwerking tussen de mantelzorger en de professionele hulpverleners.
- De SPV heeft een rol bij de preventie en vroegsignalering van psychische klachten. Turkse mantelzorgers lopen een verhoogd risico op overbelasting doordat ze een gebrek aan inzicht hebben in aanbod en mogelijkheden van ondersteuning door Nederlandse zorginstellingen. Daarnaast hebben de instellingen een slecht imago en vormt de financiële situatie van Turkse ouderen een reden om af te zien van ondersteuning. De SPV kan overbelasting bij de mantelzorger signaleren en emotionele steun, informatie en advies geven over de omgang met dementerenden en over de mogelijkheden van ondersteuning in de Nederlandse situatie. Op deze manier kan ze de persoonlijke hulpbronnen van de mantelzorger en het sociale steunsysteem versterken en de kans op overbelasting verkleinen. Hierdoor kan de mantelzorger de zorg voor de dementerende beter en langer volhouden, waardoor opname uitgesteld kan worden.
- Zorginstellingen zijn slecht toegankelijk voor Turkse ouderen en hun mantelzorgers. De zorgverlening is niet belevingsgericht, door verschillen in gebruiken en visie op zorg. Van hulpverleners mogen we verwachten dat zij een bijdrage leveren aan het proces van interculturalisatie binnen de zorg door aandacht te vragen voor allochtone ouderen en hun mantelzorgers en deel te nemen aan het ontwikkelen van beleidsplannen voor de toekomst. De toegankelijkheid van de instellingen zal vergroot moeten worden, omdat de vraag zal toenemen, gezien de toename van het aantal Turkse ouderen met dementie en de zorgverlening zal belevingsgericht, cultuurspecifiek moeten zijn. De communicatie en samenwerking tussen mantelzorgers en professionele hulpverleners moet verbeteren door deskundigheidsbevordering en consultatie aan andere hulpverleners (thuiszorg, dagopvang).
- Samenwerking op gemeentelijk niveau met andere professionele instanties zoals steunpunten Mantelzorg en Turkse instanties is gewenst, om wonen, welzijn en zorgbeleid, met elkaar te verbinden en aanbevelingen te kunnen doen voor de toekomst, in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De SPV kan vanuit de GGZ een deelnemer zijn aan dit overleg als inhoudsdeskundige op het gebied van omgaan met dementerende ouderen.
- Binnen het landelijk Dementieprogramma, dat gericht is op uitbreiding en verbetering van de hulpverlening aan dementerenden en hun familieleden op regionaal niveau, zal er aandacht moeten zijn voor de wensen en ondersteuning van allochtone ouderen en hun mantelzorgers. Belangenbehartiging en medezeggenschap van allochtonen via Alzheimer Nederland en LOT/vereniging van mantelzorgers, moet gestimuleerd worden, zodat de wensen van hen meegenomen worden in toekomstig beleid.

Gebruikte literatuur

- Baas, N., Naar een cultuurspecifiek dementie-aanbod, Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Brabants Ondersteunings instituut Zorg, Tilburg, 2004
- Baas N. & A. Bonenkamp, Wat is er anno 2003 bekend over dementie in vijf niet-Nederlandse culturen, Brabants Ondersteunings instituut Zorg, Tilburg, 2004
- Boer de A., Kijk op informele zorg, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2005.
- Buijssen, H. & P. Cuijpers, Zorgen voor een ander. Een boek voor mantelzorgers. Teleac: Utrecht, 1996
- Duijnste, M., Het verhaal achter de feiten. Over de belasting van familieleden van dementerenden, Intro: Baarn, 1996
- Duzijn, B., P. van Lammeren & F. van Mierlo, Mantelzorg zonder zorgen? Methodiekontwikkeling en procesevaluatie van het Preventie-op-maat aanbod voor mantelzorgers van depressieve ouderen, Trimbos-instituut Utrecht, 2000
- Factsheet Mantelzorg en dementie, een zorg op zich, Expertisecentrum Informele Zorg, 2005
- Graaff, de F. M. & A.L. Francke, Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland, Verpleegkunde 2002 -17, nr 3 Blz 131 - 139.
- Jong, de Y., W. van Lier & M. Moree, Zorg inkleuren, Ondersteuning van zorg in allochtone families, NIZW/EIZ, Utrecht, 2004
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorg nabij; een notitie over mantelzorgondersteuning, 2001
- Mierlo van F., Sociale Psychiatrie, Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie, Hoofdstuk 4, Lemma BV, Utrecht, 2005
- Moree M., De allochtone mantelzorg bestaat niet, Nieuwsbrief Thuis in familie zorg, 2003
- Schellingerhout R., Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2004
- Venneman, B.J.M. & M. Morsman, Beroepsdeelfprofiel Sociaal-Psychiatrisch verpleegkundige, AVVV Utrecht, 2004
- Visser, M. & A. de Jong, Cultuur en zorg. Een interculturele benadering van zorg in de verpleging, Coutinho, Bussum, 2005
- Vries, de W. & C.Smits, Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen, Trimbos-instituut, Utrecht, 2003
- Yerden I., Blijf je in de buurt, Zorg bij zorgafhankelijke Turkse ouderen, Aksant, Amsterdam, 2003
- Yerden I., Zorgen over zorg, Traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland, het Spinhuis, Amsterdam, 2000

Geraadpleegde literatuur

- Gezondheidsraad, Rapport Vergrijzen met ambitie, 2005
- Mantelzorg in de Turkse cultuur. Zorg aan chronisch zieke Turkse ouderen in Nederland, GGD Rotterdam e.o., Primo nh. Rotterdam, juni 2005
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, beleidsnota De Mantelzorg in beeld, 2005.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, beleidsnota Mantelzorg en Allochtonen - visie en voorstellen, 2001
- Timmermans J.M., Mantelzorg Over de hulp van en aan mantelzorgers, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2003

Definities

Mantelzorg

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid geeft als definitie van mantelzorg "zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door een of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgrelatie voortvloeit uit de sociale relatie".

Dementie

Dementie kenmerkt zich door een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren en door stoornissen in het geheugen, taal, denken, waarnemen, redeneren en handelen. Het begint meestal met geheugenverlies.

Later worden dagelijkse handelingen en praten moeilijker en raakt het tijdsbesef verstoord. Gedrag en karakter kunnen ook veranderen. Het proces van achteruitgang is traag en zorg kan jaren achtereen nodig zijn. Dementie is een verzamelbegrip. De meest voorkomende vormen zijn Alzheimer en Multi-infarct-Dementie. Daarnaast zijn er zeldzamere vormen zoals Lewy body dementie en de ziekte van Huntington (Factsheet Mantelzorg en Dementie, EIZ, 2005).

Dementie binnen de Turkse cultuur

Turkse ouderen praten niet makkelijk over psychische klachten en ontkennen ze ook. Er heerst nog een taboe op. Dementie zien ze als ouderdomsaandoening. Vergeetachtigheid en gedragsstoornissen zien ze als onvermijdelijk bijverschijnsel van de ouderdom, waartegenover men machteloos staat. Ze omschrijven iemand met dementie als een persoon met geheugenverlies, die weer kind wordt en geen binding met de wereld meer heeft. Zo iemand moet verzorgd worden door de partner en/of familie (W de Vries, C Smits, Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen, Utrecht, Trimbo, 2003 : 26).

Mantelzorgondersteuning

Ondersteuning van mantelzorg bestaat uit alle diensten die gericht zijn op vermindering van de draaglast en vergroting van de draagkracht van de mantelzorger. Als vormen van ondersteuning bestaan:

- Informatie, advies en emotionele steun: over omgaan met dementie, training in zorgvaardigheden en lotgenotencontact.
- Praktische hulp: maaltijd-en boodschappenservice, klussendiensten en tijdelijke overname van zorg (respijtoorzieningen).
- Materiele steun: fiscale en verlofregelingen
- Medezeggenschap en belangenbehartiging: via Alzheimer Nederland en LOT/vereniging van mantelzorgers (Factsheet Mantelzorg en Dementie, EIZ, 2005).