

Verbeteren van zorg

Adviesrapport



Dementievriendelijke Leefomgeving

Door: Elisa de Jonge en David Damstra
Opdrachtgever: Dr. Ir. Ingrid Bakker

Titelpagina

Module: VPK-VVZ7. V020

Student: Elisa de Jonge
Studentennummer: S1114937
Klasnummer: VPV419
Mailadres: Elisa.de.Jonge@windesheim.nl

Student: David Damstra
Studentennummer: S1116272
Klasnummer: VPV419
Mailadres: David.Damstra@windesheim.nl

Stage docent: Sarah van der Goot
Mailadres: S.van.der.Goot@windesheim.nl

Opdrachtgever: Dr. Ir. Ingrid Bakker
Organisatie: Lectoraat Gezonde Samenleving, hogeschool Windesheim
Functie: Associate lector Gezonde Samenleving
Mailadres: I.Bakker@windesheim.nl

Stagebegeleider opstartfase: Marijke Hagedoorn
Organisatie: GGD Fryslân
Functie: Beleidsadviseur publieke gezondheid
Mailadres: M.Hagedoorn@ggdfryslan.nl

Stagebegeleider uitvoeringsfase: Francis Koornstra
Organisatie: Gemeente Súdwest-Fryslân
Functie: Beleidsadviseur
Mailadres: F.koornstra@sudwestfryslan.nl

Startdatum: 1 september 2020
Inleverdatum: 14 december 2020
Opleverdatum: Tussen 21 december 2020 en 15 februari 2021

Voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport ten behoeve van de module ‘verbeteren van zorg’ voor de opleiding HBO-verpleegkunde aan Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle. Dit adviesrapport is geschreven voor het project GO! Noord Nederland met als doel kwaliteitsverbetering door middel van het uitvoeren van kwaliteitsonderzoek. Het adviesrapport is geschreven in de periode van oktober 2020 tot en met december 2020.

In dit adviesrapport staat het thema ‘een dementievriendelijke leefomgeving’ centraal. Dit adviesrapport wordt geschreven met tweeledig doel:

1. Om de opdrachtgever en andere belangstellenden op de hoogte te stellen van het proces en de uitkomsten van het uitgevoerde onderzoek en verbetertraject.
2. Om examinatoren van de opleiding in de gelegenheid te stellen het uitgevoerde onderzoek en verbetertraject en de verslaggeving daarover te beoordelen en vast te stellen of er is voldaan aan de eisen die gesteld worden aan onderzoek op bachelorniveau.

Het onderzoek en het schrijven van het adviesrapport is uitgevoerd tijdens de coronacrisis (COVID-19). De coronacrisis heeft invloed gehad op het verloop van het onderzoek. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek was alleen digitaal contact tussen de verschillende organisaties en de onderzoekers. Het adviesrapport is met oplossingsgericht en creatief denken geschreven.

Het schrijven van dit adviesrapport is door de onderzoekers als een leerzame periode ervaren. De onderzoekers hebben zich kunnen ontwikkelen in hun kwaliteiten en de samenwerking. Hierdoor zijn de onderzoekers geslaagd in het schrijven van het adviesrapport. De onderzoekers willen graag de volgende mensen bedanken voor de bijdrage die ze hebben geleverd bij de totstandkoming van ons adviesrapport.

Ingrid Bakker (opdrachtgever lectoraat)
Marijke Hagedoorn (tijdelijke werkbegeleider GGD)
Sarah van der Goot (LWG-docent Windesheim)
Francis Koornstra (gemeente Súdwest-Fryslân)
Nelie de Visser (gemeente Súdwest-Fryslân)

Wij wensen u veel lees plezier toe,

David Damstra en Elisa de Jonge.

14-12-2020 te Zwolle

Samenvatting

Dementie is een hersenaandoening, er bestaan vele verschillende vormen van dementie. Ten gevolge van dementie treden veranderingen op in de hersencellen, dit tast het functioneren aan en heeft ziekteverschijnselen tot gevolg (Tilro & Vries, 2011). Dementie is een veel voorkomende progressieve hersenziekte, waarvan de prevalentie in Nederland zal toenemen. Zo ook in Wommels in de gemeente Súdwest-Fryslân. Er is onderzoek gedaan naar wat er nodig is om het dorp Wommels dementievriendelijker in te richten. In een dementievriendelijke omgeving worden mensen met dementie instaat gesteld om deel te blijven nemen aan het sociale leven.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het project GO! Noord Nederland. De GO! methode is een werkwijze waarin stapsgewijs onderzocht wordt met de lokale stakeholders hoe de leefomgeving gezonder ingericht kan worden, door slimme aanpassingen te doen in de buurt. Bij het GO! project wordt nauw samengewerkt met andere organisaties (GO! Noord Nederland, sd).

Het doel van dit adviesrapport is het schrijven van een advies voor een dorp als Wommels in de gemeente Súdwest-Fryslân. Het praktijkonderzoek is uitgevoerd in het dorp Koudum in dezelfde gemeente. In het advies worden aanbevelingen gegeven voor het creëren van een dementievriendelijke omgeving gegeven.

De volgende hoofdvraag is geformuleerd: Op welke manier kunnen de professionals de leefomgeving van het dorp Wommels in de gemeente Súdwest-Fryslân dementievriendelijker inrichten voor ouderen boven de 65 jaar oud die de diagnose dementie hebben?

Tijdens de dataverzameling is er wetenschappelijk literatuuronderzoek gedaan om de deelvragen te kunnen beantwoorden. Vervolgens zijn er semigestructureerde individuele interviews en een focusgroep interview afgenomen. De uitkomsten van deze interviews zijn getranscribeerd en vervolgens is er een coderingslijst opgesteld. Daarnaast is er een bezoek gebracht aan het dorp Koudum en is er tijdens dit bezoek geobserveerd op een dementievriendelijke fysieke leefomgeving.

De belangrijkste resultaten zijn als volgt de fysieke leefomgeving draagt bij aan de kwaliteit van leven van de mensen met dementie. Echter blijkt dat de zorgprofessionals hier nog onvoldoende kennis over hebben. Het ziektebeeld dementie wordt bewust en onbewust gestigmatiseerd door de sociale leefomgeving. In het literatuuronderzoek zijn verschillende interventies gevonden, hier zijn de zorgprofessionals al actief mee bezig. Daarnaast is dementie een maatschappelijk probleem, waarin de wijkverpleegkundige en de casemanager een rol kunnen spelen in de zorg voor de thuiswonende oudere met dementie.

In de discussie wordt besproken wat de validiteit en betrouwbaarheid heeft kunnen belemmeren en worden de methoden kritisch besproken. Het vooronderzoek heeft vertraging opgelopen, door het coronavirus heeft het onderzoek een ander verloop gekregen dan in vooraf was beoogd.

In de aanbevelingen wordt benoemd dat er nog vervolgonderzoek dient te worden uitgevoerd over de wensen, behoeften en belangen van mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Inhoudsopgave

Titelpagina.....	1
Voorwoord	2
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1: Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding	7
1.1.1 GO! Noord Nederland	7
1.2 Dementie en een Dementievriendelijke leefomgeving	8
1.2.1 Dementie.....	8
1.2.2 Dementievriendelijke omgeving	8
1.2.3 Gemeente.....	10
1.2.4 Cijfers dementie	10
1.3 Probleemstelling	11
1.4 Doelstelling	12
1.4.1 Korte termijn doel	12
1.4.2 Lange termijn doel:	12
1.5 Vraagstelling.....	13
1.5.1 Hoofdvraag.....	13
1.5.2 Deelvragen	13
1.6 Leeswijzer.....	13
1.7 Begripsdefiniëring	14
Hoofdstuk 2: Methode.....	15
2.1 Participatief actieonderzoek.....	15
2.2 Methode voor dataverzameling en analyse	17
2.2.1 Deelvraag 1.....	17
2.2.2 Deelvraag 2.....	19
2.2.3 Deelvraag 3.....	20
2.3 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid	20
2.3.1 Validiteit	20
2.3.2 Betrouwbaarheid	21
2.4.3 Bruikbaarheid	21
Hoofdstuk 3: Communicatie en Evaluatie	22
3.1 Communicatieplan	22

3.2	Betrokkenen.....	22
3.3	Evaluatie.....	22
Hoofdstuk 4:	Juridische en Ethische overwegingen	23
Hoofdstuk 5:	Resultaten	24
5.1	Resultaten bij deelvraag 1.....	24
5.2	Resultaten bij deelvraag 2.....	30
5.3	Resultaten bij deelvraag 3.....	34
Hoofdstuk 6:	Conclusie	39
Hoofdstuk 7:	Discussie.....	41
7.1	Validiteit en betrouwbaarheid.....	41
7.2	Discussie van methoden	41
7.2.1	Vooronderzoek.....	41
7.2.2	Literatuurstudie.....	42
7.2.3	Semigestructureerde Interviews.....	42
7.2.4	Focusgroep	43
7.2.5	Gebiedsanalyse in de vorm van observaties en bezoeken	43
7.3	Nieuwe inzichten	43
Hoofdstuk 8:	Aanbevelingen	44
8.1	Deskundigheidsbevordering	44
8.1.1	Zorgprofessionals	44
8.1.2	Gemeente.....	44
8.1.3	Preventie	44
8.2	GO! Noord Nederland	44
8.3	Vervolg onderzoek	45
8.3.1	Maatregelen.....	45
8.3.2	Belanghebbenden	45
Hoofdstuk 11:	Bijlage.....	51
Bijlage 1:	Zoekstrategie Literatuuronderzoek	51
Bijlage 2:	Beoordeling bronnen, Level of Evidence	53
Bijlage 3:	Proces- en effectevaluatie	73
Bijlage 4:	Randvoorwaarden en tijdsplanning.....	74
Bijlage 5:	Woordelijke transcriptie interview met Respondent 1	76
Bijlage 6:	Woordelijke transcriptie Focusgroep.....	86

Bijlage 7:	Woordelijke transcriptie interview met Respondent 2	98
Bijlage 8:	Woordelijke transcriptie interview met Respondent 3	107
Bijlage 9:	Woordelijke transcriptie interview met Respondent 4 en Respondent 5	116
Bijlage 10:	Woordelijke transcriptie interview met Respondent 6	125
Bijlage 11:	Interventies voor de fysieke omgeving	130
Bijlage 12:	Dorpsanalyse	131

Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de inleiding beschreven, in paragraaf 1.1 is de aanleiding van het onderzoek te lezen en in paragraaf 1.2 worden de uitkomsten van het literatuuronderzoek benoemd dat is uitgevoerd ter oriëntatie op het onderwerp dementie. Hierna worden de probleem- en doelstelling beschreven. Vervolgens wordt de vraagstelling met de hoofdvraag en de deelvragen geformuleerd. Daarnaast zijn in paragraaf 1.6 en 1.7 de leeswijzer en begripsdefiniëring te lezen.

1.1 Aanleiding

Ter oriëntatie op het te onderzoeken onderwerp is gebruik gemaakt van de gezondheidsmonitor van de GGD en van cijfers van het RIVM, het Fries Sociaal Planbureau (FSP) en andere documenten van de GGD over de incidentie en prevalentie van dementie, maar ook bewonersaantallen en bedragen over zorgkosten. Uit deze cijfers is gebleken dat dementie een belangrijk opkomend onderwerp is en dat het noodzakelijk is om aandacht te besteden aan dementievriendelijkheid. Vervolgens is er in overleg met de opdrachtgever vanuit het lectoraat Gezonde Samenleving van christelijke hogeschool Windesheim en de twee praktijkbegeleiders vanuit GGD Fryslân en de gemeente Súdwest-Fryslân, gekozen voor het onderwerp ‘dementievriendelijke leefomgeving’¹. Aansluitend is er een literatuuronderzoek gedaan naar het onderwerp. Tevens is er gekeken naar de prevalentie van dementie in de provincie Friesland en specifiek naar de gemeente Súdwest-Fryslân, vervolgens is er ingezoomd op het dorp Wommels.

Het aantal mensen met dementie neemt de komende jaren fors toe (Huijsman, Jansen, & Bolle, 2017), dit mede door de dubbele vergrijzing (PBL, 2019). Dementie is dan ook de meest voorkomende ziekte in Nederland en de belangrijkste doodsoorzaak (Poos, Gommer, & Rodriguez, 2020). Ook in de gemeente Súdwest-Fryslân zal het aantal mensen met dementie fors gaan stijgen (Alzheimer-Nederland, 2020). In een dementievriendelijke omgeving is het belangrijk om de mensen met dementie te laten meetellen in de samenleving.

Dit onderzoek valt binnen het GO! Noord Nederland project dat wordt uitgevoerd in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Het lectoraat Gezonde Samenleving van de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle is opdrachtgever voor dit onderzoek en partner van het consortium dat betrokken is bij het GO! Noord Nederland project. In dit consortium zitten onder andere medewerkers vanuit het RIVM, Veiligheidsregio Groningen, GGD Groningen, GGD Fryslân, GGD Drenthe, Hanzehogeschool Groningen, Christelijke Hogeschool Windesheim, Gemeente Westerkwartier, Gemeente Súdwest-Fryslân, Gemeente Smallingerland, Gemeente Ooststellingwerf, Gemeente Emmen (GO! Noord Nederland, sd). Binnen dit project wordt er gewerkt met de GO! Methode.

1.1.1 GO! Noord Nederland

De GO! methode is een werkwijze waarin stapsgewijs samen met inwoners de leefomgeving in kaart wordt gebracht en wordt onderzocht hoe deze succesvol gezonder gemaakt kan worden. Dit wordt bereikt met slimme aanpassingen in de openbare ruimte. De lokale karakteristieken van het dorp zijn daarbij leidend. In dit proces wordt er nauw samengewerkt tussen GO!, lokale gemeenten en dorpsbewoners (stakeholders). Dit gebeurt aan de hand van de zes stappen van GO! (GO! Noord Nederland, sd). In de eerste stap wordt er een overzicht gemaakt van belangrijke thema's en maatschappelijke ontwikkelingen in de leefomgeving en gezondheid op basis van gegevens van onder andere de provincie, GGD en gemeente. In de tweede stap wordt een dorpsprofiel samengesteld met

¹ Een dementievriendelijke (leef)omgeving stelt mensen met dementie in staat om zo lang mogelijk betrokken te blijven bij het leven in de samenleving (Kay, Bail, & Neville, 2018)

lokale informatie en cijfers over verschillende onderwerpen. Dit kunnen onderwerpen zijn zoals: bevolking, woningbouw, gezondheid, leefstijl, sociale interactie, veiligheid, hygiëne, schone omgeving, verschillende voorzieningen, inrichting van omgeving en groen & milieu. Bij de derde stap gaan medewerkers van GO! in gesprek met een geselecteerde groep stakeholders om over lokale kansen en bedreigingen voor verbetering van de leefomgeving te praten. Deze bespreking worden gevoerd aan de hand van een dorpsplattegrond en het dorpsprofiel. In de vierde stap wordt er door medewerkers van GO! een overzicht gecreëerd van verschillende interventies. Dit overzicht is gemaakt op basis van de input van de stakeholders. Deze interventies van maatregelen hebben als doel om de leefomgeving van het dorp gezonder in te richten. In de vijfde stap worden de keuzemogelijkheden voorgelegd aan de gemeente en maakt deze in samenspraak met de stakeholders een keuze welke interventie uitgevoerd wordt in het dorp. Bij de zesde stap wordt de interventie geëvalueerd en het effect op de gezondheid gemeten (Alphen, et al., 2017).

1.2 Dementie en een Dementievriendelijke leefomgeving

Om het onderwerp dementievriendelijke leefomgeving verder te definiëren is er literatuuronderzoek gedaan naar wat een dementievriendelijke omgeving is. Ook is er gekeken naar de incidentie en prevalentie van dementie op landelijk, provinciaal en gemeentelijk niveau.

1.2.1 Dementie

Dementie is een verzamelnaam voor verschillende hersenaandoeningen. Als gevolg van deze hersenaandoening treden er veranderingen op in de hersencellen waardoor deze niet meer goed functioneren. Als gevolg daarvan ontstaan symptomen die gekenmerkt worden door combinaties van stoornissen in cognitie, stemming en/of gedrag. Dementie is een progressieve ziekte. Mensen met dementie doorlopen vier verschillende fasen van dementie, oplopend qua ernst. Namelijk het pre-diagnostisch stadium, het ambulant ondersteunend stadium, het gehospitaliseerde stadium en als laatste het terminale stadium (Tilro & Vries, 2011). Voor mensen met de diagnose dementie is structuur erg belangrijk. Een heldere en overzichtelijke lay-out van de ruimte/omgeving zijn van belang voor de oriëntatie (Vliet, Overmars-Marx, & Felix, 2012). Er is nog niet veel bekend over de zorgbehoeften en zorgervaringen van mensen met dementie. Er is meer informatie beschikbaar over de zorgbehoefte en -ervaringen van mantelzorgers. Mensen met dementie blijven door het veranderde overheidsbeleid zo lang mogelijk thuis wonen dit omdat de langdurige zorg betaalbaar moet blijven, kwaliteit van leven gezien wordt als een belangrijk item en de samenleving moet veranderen door meer naastenliefde te tonen (Francke, et al., 2018).

1.2.2 Dementievriendelijke omgeving

Zeventig procent van de mensen met dementie woont nog thuis (Arts, 2018). Mede door het veranderde overheidsbeleid is het de verwachting dat deze aantallen fors zullen stijgen, naar verwachting met tien procent (Arts, 2018). De overheid is in 2016 gestart met de campagne 'Samen dementievriendelijk'. Deze campagne had het doel om Nederland dementievriendelijker te maken en richtte zich op burgers en bedrijven. Er werd beoogd om de kennis over dementie in de samenleving te vergroten. Daarnaast ook om tips en adviezen te geven waarmee betrokkenen mensen met dementie en hun naasten de hulp en steun kunnen bieden die er in hun dagelijks leven nodig is (Hoogeveen, 2016).

Een dementievriendelijke omgeving stelt de mensen met dementie zo lang mogelijk in staat om actief betrokken te blijven bij het gewone dagelijkse leven. Mensen met dementie worden in staat gesteld om te blijven bijdragen als een gewaardeerd en actief lid van de sociale leefomgeving. Mensen met

dementie worden zo lang mogelijk in staat gesteld om thuis te wonen, zo nodig met ondersteuning (Kay, Bail, & Neville, 2018). De inwoners en lokale partijen uit de sociale leefomgeving werken samen aan initiatieven om de levenskwaliteit van mensen met dementie te vergroten en te voorkomen dat zij in een isolement raken. Het is belangrijk om het taboe op dementie te doorbreken en positieve beeldvorming te creëren (Arts, 2018). Het doel van een dementievriendelijke leefomgeving is het verminderen van het sociale stigma rondom dementie. Dit houdt in dat het leven met dementie wordt genormaliseerd en erkend als een invaliderende aandoening (Kay, Bail, & Neville, 2018).

De fysieke omgeving speelt ook een belangrijke rol in een dementievriendelijke leefomgeving. Uit onderzoek blijkt dat ouderen met dementie beperkt zijn in het zelfstandig gebruik van de buitenomgeving, beperkter dan ouderen zonder dementie. Vaak zijn mensen met dementie beperkt tot het lopen van korte afstanden vanaf hun woning. Uit onderzoek blijkt dat de mensen met dementie zich minder bewust zijn van veranderingen in hun omgeving, dit suggereert dat de hersenontwikkeling of zelfs invulling van een gebied hun bewegwijzering zou kunnen belemmeren. Door te focussen op de behoefte van mensen met dementie met ruimtelijke oriëntatie- en kortetermijngeheugenproblemen, zou de leefbaarheid en toegankelijkheid van de leefomgeving voor mensen met dementie kunnen verbeteren. Dit zodat er een fysieke omgeving ontstaat die mensen met dementie kunnen begrijpen, navigeren en gebruiken. Het aanpassen van de fysieke leefomgeving moet helpen om gevoel van isolatie en angstgevoelens te verminderen (Mitchell, Burton, & Raman, 2007).

De impact van dementie is financieel gezien groot. Dementie is met meer dan 5 miljard euro per jaar een van de duurste ziekten in ons land met bovendien de sterkste jaarlijkse kostenstijging (Deltaplan Dementie, 2017). Door de dubbele vergrijzing stijgt het aantal mensen met dementie de komende jaren flink (Deltaplan Dementie, sd). In 2012 is er berekend dat het Deltaplan Dementie tot 2020 een positief effect mag verwachten van 3,1 miljard euro. Zelfs kleine verbeteringen in effectiviteit kunnen door de grote schaal tot forse besparingen leiden. Door het dementievriendelijk inrichten van de leefomgeving kunnen mensen met dementie langer thuis wonen, dit levert een besparing van ruim 9 miljoen euro door de samenwerkingen tussen zorg en welzijn is het effect een kostenreductie van 1,6 tot 2,9 miljoen euro (Deltaplan Dementie, 2017).

Door vergrijzing en het langer thuis blijven wonen hebben ouderen met dementie meer comorbiditeit en complexere hulpvragen. Het vergt kennis en vaardigheden van de verpleegkundige om mensen met dementie en hun netwerk goed te begeleiden gedurende het ziekteverloop. De zorg moet goed gecoördineerd worden, zodat de samenwerking tussen de verschillende disciplines en het netwerk goed verloopt. De zorg moet worden afgestemd op het individu. De zorgbehoefte zal de verpleegkundige vaststellen door middel van klinisch redeneren, preventie en het versterken van het zelfmanagement van het netwerk. De verpleegkundige houdt zich dus niet alleen bezig met curatieve zorg, maar heeft een verbindende rol tussen de sectoren, wonen, zorg en welzijn (Huijsman, Jansen, & Bolle, 2017).

Veel mensen met dementie krijgen mantelzorg, bijvoorbeeld van hun echtgenoot, partner of kinderen. In een dementievriendelijke leefomgeving is het ondersteunen van deze mantelzorgers een belangrijk aspect. Deze ondersteuning zou in de vorm van respijtzorg kunnen plaatsvinden² (Kay, Bail, & Neville, 2018).

² Zie 1.7 begripsdefiniering voor onbekende begrippen

1.2.3 Gemeente

Door het toenemende aantal mensen met dementie en mantelzorgers zal de gemeente vaker te maken krijgen met burgers die een beroep willen doen op voorzieningen die bekostigd worden vanuit de wet Maatschappelijke Ondersteuning. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat zeventig procent van de professionals die namens de gemeente in gesprek gaan met burgers met een hulpvraag, zeer regelmatig te maken hebben met burgers met geheugen- of oriëntatieproblemen zoals mensen met dementie. Er wordt verwacht dat als mensen met dementie langer thuis blijven wonen ze ook langer gebruik zullen maken van voorzieningen die vergoed worden vanuit de wet maatschappelijke ondersteuning (Francke, et al., 2018).

Er is onderzoek gedaan naar wat een dementievriendelijke gemeente inhoudt. Dit is een gemeente waarin er aandacht is voor de situatie waarin mensen met dementie en hun mantelzorgers verkeren. Inwoners en lokale partijen werken daarin samen aan allerlei initiatieven die de kwaliteit van leven van deze kwetsbare mensen vergroot. De kennis van burgers wordt in deze gemeente vergroot en ontmoetingen tussen mensen met en zonder dementie worden georganiseerd. Op deze wijze kan het stigma dat rust op de diagnose dementie worden doorbroken. De mensen met dementie kunnen dan veilig en langer thuis blijven wonen (Francke, et al., 2018).

1.2.4 Cijfers dementie

Als onderdeel van de brede oriëntatie is er onderzoek gedaan naar dementie in Nederland, Friesland en Súdwest-Fryslân. Met deze cijfers is er een beeld gecreëerd over de prevalentie van dementie, de verwachte groei van dementie onder de Nederlandse bevolking en stijging in de zorgkosten die gepaard gaan met de verwachte groei.

Dementie in Nederland

Binnen Nederland zijn er momenteel 260.000 mensen met de diagnose dementie. De meest voorkomende vorm van dementie is Alzheimer met een percentage van zeventig procent (Alzheimer-Nederland, 2019). Door de dubbele vergrijzing zal het aantal mensen met dementie alleen maar toenemen. Het CBS heeft een schatting gemaakt dat er in het jaar 2040 ongeveer 520.000 mensen zullen zijn met de diagnose dementie. Dit zal uiteindelijk oplopen tot een aantal van 620.000 in het jaar 2050 (ABF Research, 2020).

Naast een stijging in incidentie zal er ook een stijging in zorgkosten plaatst vinden. De zorguitgaven voor dementie bedroegen in het jaar 2017 9,1 miljard euro. Dit komt overeen met 10,3% van de totale zorguitgaven in de Nederlandse gezondheidszorg en 36,0% van de zorguitgaven voor psychische stoornissen (Plasmans, Ramjiawan, Vonk, & Wilk, 2019). De zorgkosten voor dementie zullen ieder jaar met 2,7 procent stijgen (Alzheimer-Nederland, 2019). Deze zorgkosten zullen in het jaar 2040 ongeveer 15,6 miljard bedragen (Rijksoverheid, 2019). De stijging van de zorgkosten heeft te maken met verschillende factoren. In Nederland is sprake van dubbele vergrijzing. Hierdoor bevinden relatief veel mensen zich in de laatste levensfase, in deze levensfase worden de meeste zorgkosten gemaakt. Daardoor is de zorg in een vergrijzende maatschappij duurder (Baldewsing, 2013) en (Ministerie van VWS, 2012). Dit in combinatie met het toenemen incidentie van dementie zal de zorgkosten erg opvoeren.

Dementie in Friesland

In 2020 zijn er binnen Friesland 12.000 mensen gediagnosticeerd met dementie, men verwacht dat dit in het jaar 2050 zal oplopen tot 24.000 mensen (ABF Research, 2020). Het specifiek aantal mensen dat in 2015 was gediagnosticeerd met dementie binnen Friesland was 11.109 (Witte & Hoekstra, 2018). In datzelfde jaar waren er 3.260 mensen in Friesland met een zorgzwaartepakket (ZZP) 5 indicatie. Bij een ZZP 5 hoort de volgende beschrijving: 'Beschermd wonen met intensieve dementiezorg' Voor deze mensen is er dusdanig veel zorg nodig dat ze in een intramuraal setting leven (CBS, 2020).

Daarnaast is er nog een ZZP voor mensen met ernstige mate van dementie in combinatie met gedragsproblemen. Namelijk ZZP 7. De volgende diagnoses worden hier ook bij ingedeeld:

- Volwassenen met ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel
- Mensen met Korsakov
- Ouderen met complexe lichamelijke problematiek in combinatie met actieve psychiatrische problematiek
- Ouderen die als gevolg van doof-blindheid op latere leeftijd specifieke zorg nodig hebben

Het aantal afgeven ZZP 7 indicaties bedroeg in het jaar 2015 775. Dit geeft geen nauwkeurig beeld van de mensen met dementie die onder dit ZZP vallen (CBS, 2020). Uit de cijfers van 2015 kan worden geconcludeerd dat zeventig procent van de Friese bevolking thuis woonde, wat ook is bevestigd door het Fries Sociaal Planbureau.

Dementie in gemeente Súdwest-Fryslân

Binnen de gemeente Súdwest-Fryslân zijn momenteel 1.700 mensen gediagnosticeerd met dementie, dit is 8,3 procent van de bevolking in deze gemeente (Witte & Hoekstra, 2018). Naar verwachting zal dit cijfer in 2050 stijgen naar 3.400 mensen (ABF Research, 2020).

In het dorp Wommels wonen 2.325 mensen, waarvan 570 mensen ouder dan 65 jaar (CBS, 2020). Er zijn geen duidelijke cijfers over het aantal mensen met de diagnose dementie in het dorp Wommels. In het dorp Wommels staat het verpleeghuis de Nij Stapert van zorgorganisatie Patyna. De Nij Stapert heeft 54 aanleunwoningen en 32 bedden in een woonvorm. Van dit aantal cliënten zijn er 14 bekend met de diagnose dementie. Naar verwachting is er ook een aantal ouderen met de diagnose dementie die thuiszorg ontvangen, of niet in beeld zijn bij een zorginstantie. Echter is het niet gelukt om deze gegevens te verkrijgen (Patyna, sd).

1.3 Probleemstelling

In oriënterende gespreken met de gemeente en de GGD is naar voren gekomen dat er in het dorp Wommels binnen de gemeente Súdwest-Fryslân op dit moment nog niet vanuit de landelijke campagne 'Samen dementievriendelijk' naar een dementievriendelijke (leef) omgeving is gekeken. Uit cijfers blijkt dat er binnen dertig jaar een verdubbeling zal optreden van het aantal mensen met dementie binnen de gemeente Súdwest-Fryslân (ABF Research, 2020). De gemeente en de GGD zien graag hoe ze de (leef)omgeving in het dorp Wommels, één van de deelnemende dorpskernen binnen GO! Noord Nederland dementievriendelijk kunnen inrichten. Omdat het wegens lokale omstandigheden niet mogelijk was het praktijkonderzoek in Wommels uit te voeren is in overleg met de gemeente en de GGD besloten dit in Koudum te doen. Zowel Wommels als Koudum zijn plattelandsdorpen in de gemeente Súdwest-Fryslân en op relevant geachte aspecten vergelijkbaar.

De nadruk in dit onderzoek ligt op een dementievriendelijk leefomgeving voor mensen van 65 jaar of ouder met dementie. Hier is voor gekozen omdat het ziektebeloop van mensen met dementie onder de 65 jaar anders is dan die van mensen met dementie boven de 65 jaar. Mensen met dementie boven de 65 jaar hebben sneller last van geheugenproblemen, oriëntatie problemen en concentratieproblemen. Er ontstaan problemen bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen en men heeft een verminderd inschattingsvermogen (Nevid, Rathus, & Greene, 2016).

Daarnaast ervaren ouderen sneller problemen met hun fysieke conditie. Ouderen met dementie zijn gevoeliger voor acute en chronische ziekten (Mitchell & Burton, 2010). Door hun hoge leeftijd zijn zij kwetsbaarder. Hun zelfzorg en voedingspatroon zijn vaak zo slecht dat er een verhoogde kans op ziekte bestaat. Daarnaast is het risico op polyfarmacie groter. Een persoon met dementie zal niet snel aangeven dat hij ergens last van heeft waardoor schijnbaar onschuldige problemen grote gevolgen kunnen hebben. Bewegen is van belang om het lichamelijk welbevinden van iemand met dementie te bevorderen (Tilro & Vries, 2011).

Dementie is sinds 2015 doodsoorzaak nummer één (Poos, Gommer, & Rodriguez, 2020). In het jaar 2019 zijn meer dan 16.269 mensen overleden ten gevolge van dementie (Poos, Gommer, & Rodriguez, 2020). In het jaar 1996 zijn er 4.451 mensen overleden aan dementie. In de afgelopen jaren is het sterftecijfer alleen maar toegenomen (Poos, Meijer, Willemse, Gommer, & Rodriguez, 2020).

1.4 Doelstelling

Het doel van dit adviesrapport is het schrijven van een advies voor het dorp Wommels in de gemeente Súdwest-Fryslân. Er is praktijkonderzoek uitgevoerd in het dorp Koudum zoals in hoofdstuk 1.6 Leeswijzer te lezen is. Het advies en aanbevelingen worden geschreven over hoe een dementievriendelijke omgeving kan worden gecreëerd in een plattelandsdorp zoals Wommels. Het advies zal bestaan uit een aantal interventies die in een dergelijk dorp kunnen worden geïmplementeerd. Bij het schrijven van deze adviezen wordt er rekening mee gehouden dat de GO! aanpak bij het implementeren nog niet is gestart.

1.4.1 Korte termijn doel

Er wordt een adviesrapport geschreven met daarin aanbevelingen voor het creëren van een dementievriendelijke leefomgeving.

1.4.2 Lange termijn doel:

Er wordt onderzoek gedaan naar de wijze waarop de aanbevelingen kunnen worden geïmplementeerd binnen de gemeente Súdwest-Fryslân. Daarnaast wordt er onderzocht of de interventies kunnen worden opgenomen in de RIVM-maatregeldatabase die wordt gebruikt voor het GO! Noord Nederland project.

1.5 Vraagstelling

1.5.1 Hoofdvraag

Op welke manier kunnen de professionals de leefomgeving van het dorp Wommels in de gemeente Súdwest-Fryslân dementievriendelijker inrichten voor ouderen boven de 65 jaar oud die de diagnose dementie hebben?

1.5.2 Deelvragen

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

Vraag 1:

Wat is er nodig om de fysieke leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum) dementievriendelijker te maken?

Vraag 2:

Wat is er nodig om de sociale leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum) dementievriendelijker te maken?

Vraag 3:

Welke rol kunnen de zorgprofessionals innemen in het dementievriendelijk maken van de leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum).

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 1.7 staat de tabel met de begripsdefiniëring beschreven. In hoofdstuk 2 worden de methoden van het onderzoek uitgewerkt. In hoofdstuk 3 wordt de communicatie en evaluatie beschreven. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de ethische juridische aspecten genoemd. In hoofdstuk 5 worden de resultaten uitgewerkt. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 en 7 de discussie en conclusie besproken. In hoofdstuk 8 wordt het implementatieplan beschreven door middel van aanbevelingen. Ten slotte worden er nog verschillende bijlagen toegevoegd.

Binnen het onderzoek is er voor gekozen om het veldonderzoek in het nabijgelegen dorp Koudum uit te voeren in plaats van Wommels. Hier is voor gekozen door de gemeente Súdwest-Fryslân. Ten gevolge van COVID-19 zijn alle werkzaamheden rondom GO! Noord Nederland stilgelegd. De gemeente wil voorkomen dat er verwarring ontstaat in het dorp Wommels doordat er een onderzoek wordt gedaan vanuit GO! Noord Nederland. De eerste lokale bijeenkomst vanuit het project GO! Noord Nederland heeft namelijk nog niet plaatsgevonden. De gemeente heeft voorgesteld om het veldonderzoek in het dorp Koudum plaats te laten vinden. Koudum is een vergelijkbaar met Wommels, het heeft geografisch gezien dezelfde ligging binnen de gemeente Súdwest-Fryslân. Koudum is een vergelijkbaar dorp met Wommels, het is een plattelandskern, het aantal inwoners en de verhouding inwoners van jong en oud is nagenoeg gelijk en de bewoners zijn actief betrokken. Daarnaast is Koudum betrokken bij het project de Vitale Regio, dit project houdt zich bezig met dementievriendelijke leefomgeving in vijf plattelandskernen binnen Súdwest-Fryslân. De verwachting is dat de uitkomsten van het praktijkonderzoek dat wordt uitgevoerd in zowel Koudum kunnen worden gebruikt als in Wommels.

1.7 Begripsdefiniëring

Begrip:	Definitie:
Dementie	Is de naam voor een combinatie van symptomen (een syndroom), waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer (Zelman, Dafnis, Raymond, Holidaway, & Mulvihill, 2017).
Respijtzorg	Een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven (Zitvast, 2018).
Curatieve zorg	De zorg die zich richt op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke aandoeningen (Jochems & Joosten, 2012).
Zelfmanagement	Zorgverleners richten zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen met chronische gezondheidsproblemen (zorgvragers). Daarbij is het doel hun dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en welzijn te behouden of verbeteren. Zelfmanagement van zorgvragers gaat vooral over 'zelf bepalen', niet alleen over 'zelf doen' (Straalen & Schuurmans, 2016).
Comorbiditeit	Comorbiditeit is het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon (Jochems & Joosten, 2012).
Incidentie	De incidentie van een aandoening in een specifieke populatie het relatieve aantal nieuwe gevallen van die aandoening per tijdseenheid (Jochems & Joosten, 2012).
Prevalentie	De prevalentie van een ziekteverschijnsel of aandoening in een bepaalde populatie is het voorkomen op een bepaald moment uitgedrukt als proportie van de populatie (Jochems & Joosten, 2012).
Intramuraal	Het verblijf in een instelling of thuis met zorg die vergelijkbaar is met zorg in een instelling (Straalen & Schuurmans, 2016).
Klinisch redeneren	De vaardigheid om eigen observaties en interpretaties te koppelen aan medische kennis (Straalen & Schuurmans, 2016)
Polyfarmacie	Polyfarmacie is het chronisch gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen (McFadden, 2017).

Hoofdstuk 2: Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode besproken. In paragraaf 2.1 wordt de onderzoeksmethode toegelicht. Vervolgens worden de dataverzamelmethode per deelvraag uitgewerkt. Daarna worden de randvoorwaarden en de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid uitgewerkt. In paragraaf 2.5 is de data-analyse beschreven.

2.1 Participatief actieonderzoek

Op basis van de vraagstellingen en de werkwijze binnen GO! Noord Nederland is het duidelijk geworden dat het antwoord op de vragen niet alleen verkregen kan worden door het bestuderen van wetenschappelijke literatuur. De vragen kunnen alleen beantwoord worden als er samen wordt gewerkt met lokale professionals.

Op basis hiervan is er gekozen voor Participatief actieonderzoek, afgekort PAO. Deze vorm van onderzoek is ontstaan vanuit de wens naar een methode voor maatschappelijke en beroepspraktijk gerelateerde vraagstukken. De thema's hebben doorgaans maatschappelijk relevantie en zijn een combinatie van kennis en actie. Binnen deze vorm van onderzoek werken de onderzochten en onderzoekers samen. Binnen het onderzoek wordt er stapsgewijs samen met inwoners de leefomgeving in kaart gebracht en onderzocht hoe deze succesvol gezonder gemaakt kan worden. Besluiten worden genomen op basis van wetenschappelijk onderbouwde interventies en de wensen vanuit de bewoners (Migchelbrink, 2019).

Participatief actieonderzoek binnen het onderzoek is erop gericht om feitelijke kennis te verkrijgen van de inwoners binnen de leefomgeving. Daarnaast is het ook gericht op de ervaring van bewoners over hun leefomgeving. Uiteindelijk wordt op basis hiervan een aanpassing gemaakt waardoor een gedragsverandering wordt bewerkstelligd. Het doel is dus niet alleen om kennis te ontwikkelen om de leefomgeving in kaart te brengen, maar ook om kennis te ontwikkelen om de leefomgeving te veranderen. De kennis die wordt verzameld, is bestemd voor de deelnemers. Deelnemers beschikken door Participatief actieonderzoek over inzicht in hun handelen en/of leefomgeving in de onderzochte situaties. En tegelijkertijd over kennis voor het veranderen/verbeteren van hun handelen en/of leefomgeving. Participatief actieonderzoek leidt tot verandering en empowerment van de deelnemers (Migchelbrink, 2019).

Zoals hierboven al is benoemd wordt er binnen GO! Noord Nederland gewerkt via de methode van participatief actieonderzoek. Omdat de wens bestaat dit onderzoek goed te laten aansluiten op de GO! Noord Nederland methode is er het besluit genomen om volgens de Participatief actieonderzoek methode te werken.

Veranderstrategie

Aansluitend op participatief actieonderzoek is er gekozen voor de empirische-rationele strategie als veranderingsstrategie. Binnen deze strategie gaat men ervanuit dat mensen hun gedrag veranderen als zij inzien dat verandering om de een of andere reden gewenst is. Organisaties en mensen zijn te veranderen door overtuiging, rationele besluitvorming een inbreng van kennis door experts, specialisten, leidinggevend en managers (Migchelbrink, 2019).

Dit onderzoek heeft als doel om door middel van kennis over een dementievriendelijke leefomgeving, de betrokken partijen bewust te maken van de noodzaak tot verandering. Door het informeren over het belang tot verandering en het doen van een aanbeveling is de hoop dat er verandering plaatsvindt. Tijdens het onderzoek worden de betrokkenen meegenomen en op de hoogte gehouden van de acties,

bevindingen en conclusies tijdens het onderzoek. Binnen het onderzoek worden casemanagers, wijkverpleegkundigen en beleidsmedewerkers van de gemeente Súdwest-Fryslân als populatie beschouwd.

Onderzoekspopulatie

Tijdens het onderzoek zijn er twee dataverzamelmethode toegepast om onder professionals informatie te verzamelen. Namelijk semigestructureerde interviews en een focus groeps gesprek. Er is gebruik gemaakt van een selecte steekproef door actief professionals te benaderen. Bij het benaderen van professionals zijn er richtlijnen gegeven vanuit de gemeente Súdwest-Fryslân wie er wel/niet benaderd mochten worden. Daarnaast was er een te kort aan tijd en middelen om het juiste betrouwbaarheidsniveau te behalen van 95%. De steekproef is daarom niet representatief voor de gehele gemeente Súdwest-Fryslân.

Er is gebruik gemaakt van de quotumsteekproef. Er zijn actief respondenten benaderd die aan twee of meer inclusiecriteria voldeden. De gevraagde respondenten waren afkomstig uit de lijst die vanuit Súdwest-Fryslân is opgesteld. Als er respondenten benaderd werden die niet in deze lijst waren opgenomen is er voordien contact geweest met de gemeente Súdwest-Fryslân.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Werkervaring met cliënten die de diagnose dementie hebben	Geen werkervaring met cliënten die de diagnose dementie hebben
Kennis over het ziektebeeld dementie	Geen kennis over het ziektebeeld dementie
Wonend en/of werkend in een Friese plattelandsgemeente	Wonend en/of werkend in een andere gemeente en/of in een stad

De volgende respondenten zijn benaderd:

Individuele interview:

- 1 Casemanager
- 3 beleidsmedewerkers met verschillende functies
 - o Beleidsadviseur gezondheid
 - o Medewerker van afdeling Ruimtelijke Ordening
 - o Medewerker van de afdeling Ruimtelijke Kwaliteit
- 1 medewerker van het RIVM en tevens onderzoeker binnen het GO! Noord Nederland project
- 1 senior onderzoek van het Fries Sociaal Planbureau

Focusgroep:

- 2 casemanagers
- 2 wijkverpleegkundigen
- 1 beleidsmedewerkers van gemeente Súdwest-Fryslân
- 1 projectleider van de vitale regio

In overleg met de gemeente Súdwest-Fryslân is besloten om professionals te benaderen in plaats van dorpsbewoners met dementie. Hier is voor gekozen omdat het GO! Noord Nederland project vertraging had opgelopen en nog niet was gestart. De gemeente wilde het risico op miscommunicatie over het GO! Noord Nederland project onder de dorpsbewoners voorkomen.

Dataverzameling en analyse

Binnen dit onderzoek is ervoor gekozen om gebruik te maken van een mixed-method-aanpak. Een combinatie tussen een kwalitatieve en een kwantitatieve onderzoeksmethode. Als kwalitatieve en kwantitatieve methoden beide adequaat en zinvol worden uitgevoerd, kan het leiden tot een volledig beeld van de werkelijkheid (Boer, 2016).

Daarnaast wordt ook onderscheid gemaakt in dataverzamelingstechnieken. De eerste methode die wordt toegepast is het uitvoeren van literatuurstudies. Als tweede is er gekozen voor fieldresearch om gegevens te verzamelen en te analyseren. Bij fieldresearch moet data verzamelen en analyseren in een zo natuurlijk mogelijke alledaagse setting. Dit levert het beste beeld van de werkelijkheid en waarborgt de validiteit in het onderzoek (Benders, 2020).

2.2 Methode voor dataverzameling en analyse

Hieronder wordt de dataverzamelmethode per deelvraag toegelicht.

2.2.1 Deelvraag 1

Vraag 1: Wat is er nodig om de fysieke leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum) dementievriendelijker te maken?

Bij het beantwoorden van de deelvragen zijn er verschillende methodieken gebruikt, hieronder zullen de methoden die zijn gebruikt voor het beantwoorden van deelvraag 1 worden toegelicht.

Literatuuronderzoek:

Tijdens het onderzoek is er een literatuuronderzoek gedaan. Het literatuuronderzoek heeft verschillende functies gehad. Zo is er gebruik gemaakt van literatuurstudie om het onderwerp te verhelderen en de aanwezige kennis aan te vullen. Door het bestuderen van de literatuur is er beter inzicht ontstaan in wat een dementievriendelijke leefomgeving is en waar dit mee samenhangt. Door middel van literatuurstudie is de kennis verbreed en wordt een éézijdig blik voorkomen (Migchelbrink, 2019). De literatuur is gezocht aan de hand van verschillende zoektermen, daarna zijn de gevonden studies beoordeeld aan de hand van in- en exclusiecriteria. Deze zijn te vinden in bijlage 1. In bijlage 2 zijn beoordeling over de level of evidence te vinden. De belangrijkste bronnen die zijn gebruikt in de literatuur van het resultaten hoofdstuk zijn in deze formulieren beoordeeld.

Het literatuuronderzoek is gedaan middels de methode van Evidence Based werken, dit is het expliciet, zorgvuldig en oordeelkundig gebruik maken van het huidige beste bewijsmateriaal (bewijs en evidence), om beslissingen te nemen over goede zorg of behandeling. Dit impliceert het integreren van de individuele kennis en ervaring van de behandelaar en de individuele waarden. Het doel van Evidence Based is het kwalitatief goede zorg bieden (Hoegen, Verhoef, Munten, & Kuiper, 2020).

Analyse van literatuur

Het literatuuronderzoek is individueel en in eigen woorden samengevat. Deze samenvattingen door de onderzoekers met elkaar vergeleken en verwoord. De overeenkomende teksten zijn gebruikt in dit onderzoek. De literatuur is op deze wijze geanalyseerd om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Evidence Based heeft overeenkomsten met Participatief actieonderzoek. In Evidence Based werken wordt meer kennis verzameld dan bij Participatief actieonderzoek het geval is. Het subject is bij Evidence Based werken geen medeonderzoeker. De principes van Participatief

actieonderzoek geven aan dat het bij dit type onderzoek niet alleen draait om kennis om de werkelijkheid te begrijpen maar ook om kennis om de werkelijkheid te veranderen (Migchelbrink, 2019).

Observaties en bezoeken:

Door middel van een bezoek wordt de praktijk geobserveerd. Observeren is het zonder inbreuk te maken op de gedragingen van de onderzochten, zorgvuldig en aandachtig waarnemen van gedragingen van individuen en groepen mensen. In dit geval gaat het om het observeren van de indeling van het dorp, waarbij gelet wordt op de architectuur, leesbaarheid en begrijpbaarheid van het dorp. Het is een samengestelde dataverzamelingstechniek die verschillende technieken combineert. Het biedt de mogelijkheid om te waarnemen (Migchelbrink, 2019).

Het observeren van de praktijk wordt gedaan door middel van een bezoek aan het dorp Koudum. Tijdens het bezoek is er gewandeld door het dorp en zijn verschillende gebouwen zoals de tandartspraktijk, bakkerij, kerk en supermarkt bekeken. De inwoners en activiteiten in het dorp zijn geobserveerd. Daarnaast is er uitvoerig gekeken naar de dementievriendelijkheid van de fysieke kenmerken in het dorp. Het bezoek is gedaan door twee onderzoekers waardoor de bevindingen konden worden vergeleken, dit draagt bij aan de validiteit. Er zijn foto's en aantekeningen gemaakt van waarnemingen en na het bezoek is er direct een verslag gemaakt waarin de bevindingen zijn beschreven. Voorafgaand aan het bezoek is literatuuronderzoek gedaan, hierdoor was duidelijk waar op gelet diende te worden (Migchelbrink, 2019).

Semigestructureerde interviews:

Binnen dit onderzoek is ervoor gekozen om interviews af te nemen, dit biedt de mogelijkheid om in gesprek te gaan met de stakeholders. Op deze manier kunnen kennis, feiten, opvattingen, ervaringen en gevoelens rondom het thema dementievriendelijke leefomgeving besproken worden. Door de onderzoekers is er gekozen voor een semigestructureerd interview. Binnen deze vorm wordt structuur aangebracht door het gebruik van een interviewschema met van te voren opgestelde, algemeen geformuleerde, vragen, waarvan afgeweken mag worden. Dit biedt de mogelijkheid voor de onderzoekers om door te kunnen vragen op specifieke onderwerpen die binnen het interviewschema aanbod komen. Er is gekozen voor deze vorm van interviewen omdat deze vorm veel ruimte over laat aan de ondervraagde om persoonlijke opvattingen en belevingen te delen. Zo kunnen problemen goed worden uitgediept, is er ruimte om een persoon uitgebreid te bevragen en kunnen er makkelijker linken worden gelegd tussen oorzaak en gevolg (Migchelbrink, 2019).

Interview schema

Dit is een van tevoren vastgestelde lijst die in de loop van het interview aan de orde moeten komen. De volgorde van de onderwerpen, de formulering van de vragen en de formulering van de antwoorden liggen niet vast. Dit biedt de mogelijk om door te vragen. Echter moet deze lijst nog ontwikkeld worden. Onderwerpen die hierin opgenomen zullen worden zijn:

- Ervaring met dementie
- Ervaring met dementievriendelijke leefomgeving
- Kijk en visie op een dementievriendelijke leefomgeving
- Voorwaarden voor een dementievriendelijke leefomgeving in Wommels
- Ervaring van wijkverpleegkundige met zorg gerelateerde preventie

Focusgroep:

Er is gekozen voor een groepsinterview dit omdat er tijdens een groepsinterview meerdere mensen tegelijk kunnen worden ondervraagd en dit aansluit bij de principes van Participatief actieonderzoek. Deze vorm van interviewen zorgt voor een betere dynamiek en interactie tussen de ondervraagden en interviewer. De focusgroep bestaat uit een groep mensen met een bepaalde mate van homogeniteit, in dit geval zorgprofessionals die werkzaam zijn met ouderen van 65 jaar met de diagnose dementie en wonen en/of werken zijn in het dorp Koudum. Zo kunnen er gerichte vragen worden gesteld en kan er dieper op het onderwerp in worden gegaan. Door deze manier van interviewen ontstaat er inzicht in de visies van de professionals (zorgverleners) en onderlinge interacties. Praten in een groep stimuleert de ondervraagden om meer te vertellen. De aanwezigheid van anderen en hun verhalen helpt de deelnemers hun eigen attitudes, ideeën, opvattingen en gedrag te analyseren en uit te spreken.

Voorafgaand aan het gesprek wordt er een semigestructureerde vragenlijst opgesteld om ervoor te zorgen dat alle aspecten van het onderwerp aanbod komen, zie hiervoor bijlage 6 topiclijst. Het onderwerp en de gespreksitems zijn afgestemd op de expertise van de deelnemers om productieve communicatie mogelijk te maken. Het focusgroep interview zal door twee onderzoekers worden voorgezeten zodat één van de twee zich kan richten op inhoud en de ander op proces. Er wordt toezicht gehouden zodat alle deelnemers de ruimte hebben om hun inbreng te geven. Dit door middel van actief luisteren, stimuleren, doorvragen en mensen de beurt te geven. De gegevens worden verwerkt in het verslag, tijdens het gesprek worden er notulen gemaakt en indien iedereen er mee instemt wordt het gesprek opgenomen (Migchelbrink, 2019).

Om de juiste antwoorden en resultaten te verkrijgen wordt er gewerkt met een in- en exclusie criterium voor de mensen die bevestigd worden.

2.2.2 Deelvraag 2

Vraag 2: Wat is er nodig om de sociale leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum) dementievriendelijker te maken?

Literatuuronderzoek:

Om deze deelvraag te beantwoorden wordt er wetenschappelijk literatuuronderzoek gedaan. Er wordt literatuur gezocht over een dementievriendelijke sociale leefomgeving. Hierin wordt specifiek gekeken naar dementievriendelijkheid van inwoners van een dorp. Er is gezocht naar literatuur die betrekking heeft op de sociale leefomgeving van mensen met dementie. Hierbij is er rekening gehouden met het belang voor de persoon met dementie, de kenmerken van de sociale leefomgeving en waar de gemeenschap op dient te letten en rekening mee dient te houden.

Analyse van literatuur

De literatuur is bij het beantwoorden van deze deelvraag op dezelfde wijze geanalyseerd zoals bij deelvraag 1 *analyse van literatuur* staat beschreven.

Focusgroep:

Bij deelvraag 2 is net als deelvraag 1 gebruik gemaakt van een methode voor groepsinterviews, namelijk een focusgroep. Zie de uitwerking hiervan bij 3.2.1 deelvraag 1.

Semigestructureerde interviews:

Bij deelvraag 2 is er net als bij deelvraag 1 voor gekozen om individuele interviews af te nemen. Zie de uitwerking bij paragraaf 2.3.1 deelvraag 1.

2.2.3 Deelvraag 3

Vraag 3: Welke rol kunnen de zorgprofessionals innemen in het dementievriendelijk maken van de leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum).

Literatuuronderzoek:

Om deze deelvraag te beantwoorden wordt er wetenschappelijk literatuuronderzoek gedaan. Er wordt literatuur gezocht over de rol van zorgprofessionals in dementievriendelijke omgevingen/gemeenschappen. Er wordt specifieke literatuur gezocht over de rol van de wijkverpleegkundige en casemanager in een dementievriendelijke samenleving.

Analyse van literatuur

De literatuur is bij het beantwoorden van deze deelvraag op dezelfde wijze geanalyseerd zoals bij deelvraag 1 analyse van literatuur staat beschreven.

Semigestructureerde interviews:

Binnen dit onderzoek is er net als bij deelvraag 1 en 2 voor gekozen om individuele interviews af te nemen. Zie de uitwerking bij paragraaf 2.3.1 deelvraag 1.

2.3 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid

2.3.1 Validiteit

Bij validiteit gaat het om de vraag wordt er in het onderzoek inhoudelijk vastgesteld wat het onderzoek beoogd vast te stellen. Wat de onderzoeker wil weten moet overeenkomen met wat de onderzoeker daadwerkelijk onderzoekt. Validiteit binnen een onderzoek wordt gewaarborgd wanneer er overeenkomst is tussen wat de onderzochten vertellen/laten zien en wat de onderzoekers schrijven (Migchelbrink, 2019). Binnen het onderzoek zijn er inhoudelijke controles uitgevoerd en is er triangulatie toegepast.

Er is gewerkt vanuit een real-life situatie met de betrokkenen waarin werd verkend, verdiept en onderzocht. Inhoudelijke controles vonden plaats op drie verschillende manieren. De opgedane bevindingen werden tijdens het onderzoek gedeeld met de respondenten en de medewerkers van gemeente Súdwest-Fryslân (member check). Dezelfde bevindingen werden gedeeld met de opdrachtgever van het lectoraat Gezonde Samenleving (deskundigen check). Daarnaast was er regelmatig contact met een aantal onderzoekers die ook onderdeel zijn van het GO! Noord Nederland project, tijdens dit contact zijn er regelmatig bevindingen en resultaten met elkaar gedeeld (peer check) (Migchelbrink, 2019).

Om triangulatie te waarborgen is gebruik gemaakt van verschillende databronnen en dataverzamelingstechnieken. Tijdens het onderzoek is er data verzameld door middel van literatuurstudie, interviews en observaties.

Om de validiteit te waarborgen is besloten de interviews door beide onderzoekers te laten afnemen en deze na afloop ook samen te laten evalueren. Nadien zijn de interviews getranscribeerd en individueel gecodeerd. De twee gecodeerde interviews zijn naast elkaar gelegd en vergeleken, van hieruit werd een definitieve codering gemaakt.

2.3.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid betreft het vertrouwen in de werkwijze tijdens het onderzoek. Het gaat hierbij om de nauwkeurigheid en de zorgvuldigheid in de wijze van werken (Migchelbrink, 2019). Er wordt gestreefd naar een hoge betrouwbaarheid van het onderzoek, hier is op verschillende manier aandacht aan besteedt.

Door de bevindingen, stappen en beslissingen tijdens het onderzoek helder te beschrijven is het voor de deelnemers en andere belanghebbende duidelijk wat er in het onderzoeksproces is gebeurd. Beschrijvingen over de verschillende stadia van de databestanden en ander materiaal zijn bewaard. De verschillende stappen en beslissingen die in het onderzoek zijn genomen en zijn verantwoord, op deze manier blijft het onderzoek transparant.

Er wordt nauwkeurig en zorgvuldig gewerkt, dit verkleint de kans dat er zaken misgaan of dat er vertekening optreedt. Er wordt individueel data verzameld en deze wordt met elkaar vergeleken, op deze manier wordt de data gecontroleerd. Data vergelijken verhoogd de betrouwbaarheid van het onderzoek. Daarnaast worden interviews opgenomen en individueel gecodeerd (Migchelbrink, 2019).

2.4.3 Bruikbaarheid

De kwaliteit van Participatief actieonderzoek wordt niet alleen beoordeeld aan de hand van de klassieke onderzoekcriteria validiteit en betrouwbaarheid maar ook op bruikbaarheid. Het belangrijkste beoordelingscriteria ligt bij het voordeel dat betrokkenen hebben bij het onderzoek. Participatief actieonderzoek scoort hier hoog op, dit type onderzoek levert namelijk praktische kennis (Migchelbrink, 2019).

Bruikbare kennis die naar inhoud en vorm direct in de praktijk bruikbaar is. Bruikbare kennis is: informatief, concreet, begrijpelijk, hanteerbaar en herkenbaar. Er is voldoende kennis over het onderwerp en dat wordt gedeeld met de betrokkenen. Er wordt afgestemd op de informatiebehoefte van de opdrachtgever, werkbegeleider en andere betrokkenen. Hierbij wordt er gekeken vanuit macro-, meso- en microniveau en wordt er steeds verder ingezoomd op het probleem. In de aanbevelingen wordt gebruik gemaakt van concrete kennis. Het advies wordt op zo'n manier geschreven dat de resultaten herkenbaar zijn voor de deelnemers van het onderzoek. Het schrijven van het advies is hanteerbaar. Het advies zal praktische handvaten geven voor het creëren van een dementievriendelijke omgeving. Door het beantwoorden van de deelvragen kan een beeld worden geschetst over de opvattingen over dementievriendelijkheid van dorpsbewoners in Wommels (Migchelbrink, 2019).

Het onderzoek en adviesrapport heeft binnen een Friese plattelandsgemeente plaats gevonden. Hierbij is rekening gehouden met de demografische factoren die binnen dit het dorp Koudum bekend waren. Daarom zullen niet alle interventies of aanbevelingen generaliseerd kunnen worden voor de gehele provincie of andere provincies. Sommige aanbevelingen of interventies kunnen wel bruikbaar zijn binnen andere plattelandsgemeente binnen of buiten de provincie, maar dit hangt af van de samenstelling van de betreffende gemeente. Omdat het dorp Wommels in dezelfde provincie en gemeente ligt als het dorp Koudum en vergelijkbare demografische aspecten heeft zullen de gegevens naar alle waarschijnlijkheid voor beide dorpen van toepassing kunnen zijn.

Hoofdstuk 3: Communicatie en Evaluatie

In dit hoofdstuk staat beschreven op welke wijze de communicatie tijdens het onderzoek verloopt tussen de betrokken partijen en hoe het onderzoek wordt geëvalueerd.

3.1 Communicatieplan

Communicatie gebeurt door de huidige corona maatregelen zoveel mogelijk op afstand. Gesprekken met de opdrachtgever, stakeholders en professionals vinden voornamelijk plaats door middel van mail, telefoon en via TEAMS.

In overleg met de gemeente Súdwest-Fryslân is er wekelijks mail contact over de vorderingen van het onderzoek. Daarnaast is er geregeld contact via TEAMS. Fysiek contact wordt gemeden.

De gemeente Súdwest-Fryslân zorgt voor een warme introductie met professionals in het dorp Koudum. Deze professionals zijn al betrokken bij een dementievriendelijk onderzoek in de gemeente Súdwest-Fryslân en mogen vrijelijk worden benaderd. Het benaderen van professionals buiten deze groep dient in overleg te worden met de gemeente. Contact vindt uitsluitend via de mail of telefoon plaats.

3.2 Betrokkenen

Binnen dit onderzoek wordt er samengewerkt met verschillende partijen. Zoals in hoofdstuk 1.1 te lezen is wordt er samen gewerkt met het lectoraat van Windesheim, het lectoraat valt onder het project GO! Noord Nederland. Binnen deze projectgroep wordt er samengewerkt met het RIVM, GGD Fryslân, Veiligheidsregio Friesland en lokale gemeenten. Er is voornamelijk contact met het lectoraat Gezonde Samenleving, GGD Fryslân en ambtenaren van gemeente Súdwest-Fryslân.

De GGD Fryslân en gemeente Súdwest-Fryslân hebben aangegeven belang te hebben bij een onderzoek en advies omtrent een dementievriendelijke omgeving. Naar alle verwachting hebben de dorpsbewoners en met name de professionals belang bij dit onderzoek. Echter moet dit nog wel geïnventariseerd en onderzocht worden. Het benaderen van professionals gebeurt via de gemeente Súdwest-Fryslân.

3.3 Evaluatie

Door middel van evalueren kan worden vastgesteld of het doel is behaald. De evaluatiemomenten in het onderzoeksproces zijn van tevoren vastgesteld. Er is regelmatig contact geweest met de opdrachtgever om het proces te evalueren. Daarnaast is er wekelijks mail contact geweest met de gemeente waarin de voortgang van het onderzoek, het onderzoeksproces en de opgedane kennis is besproken. Hierdoor is er regelmatig een periodieke tevredenheidsmeting geweest. Het adviesrapport is meerdere keren gelezen door de LWG-docent van Windesheim, de opdrachtgever van het lectoraat Gezonde Samenleving en de gemeente Súdwest-Fryslân en voorzien van feedback. Het verslag is dus vanuit meerdere perspectieven gelezen. De verzamelde gegevens zijn geanalyseerd met de betrokkenen en mondeling besproken (Munten, et al., 2012).

Het onderzoek wordt daarnaast geëvalueerd met behulp van een proces- en effectevaluatie (Migchelbrink, 2019) (zie de bijlage 3 voor de evaluatielijst). Het onderzoek heeft het gewenste resultaat als het volgende duidelijk is geworden voor de belanghebbende. Welke aanpassingen kunnen worden gedaan in Wommels om het dorp dementievriendelijk in te richten. Door middel van evaluatiemomenten wordt het onderzoeksproces in kaart gebracht.

Hoofdstuk 4: Juridische en Ethische overwegingen

In dit hoofdstuk worden de juridische en ethische overwegingen besproken.

Bij aanvang van het onderzoek is er overleg geweest met de opdrachtgever en andere belanghebbenden over het benaderen van professionals en burgers. De opdrachtgever, het GO! Noord Nederland Consortium en de gemeente Súdwest-Fryslân hebben aangegeven dat er geen contact gezocht mocht worden met burgers. Daarentegen mag er wel contact worden gezocht met een geselecteerde groep professionals.

Sinds 2018 is de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming ingegaan, deze wet gaat over het rechtmatig omgaan met persoonsgegevens. Er is tijdens het onderzoek rekening gehouden met deze wetgeving. Bij het afnemen van de interviews is er mondeling toestemming gevraagd voor het gebruik van informatie. De verkregen informatie vanuit professionals is daarnaast anoniem verwerkt. Vertrouwelijke data wordt afgeschermd en op een zorgvuldige en veilige manier opgeslagen (Nederlandse Overheid Referentie Architectuur, 2020)

Dementie kan voor sommigen een gevoelig onderwerp zijn. Dementie is een veel voorkomende aandoening waardoor de kans bestaat dat betrokkene hier ervaringen mee zullen hebben. Binnen het onderzoek is er rekening mee gehouden dat deze ervaringen niet altijd prettig zijn geweest. Betrokken worden op een respectvolle en integere manier benaderd.

Hoofdstuk 5: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven per deelvraag. In paragraaf 5.1, 5.2 en 5.3 zijn de resultaten te lezen die zijn gevonden om de deelvragen te beantwoorden. De resultaten van de deelvragen dragen bij aan het beantwoorden van de hoofdvraag in hoofdstuk 6.

5.1 Resultaten bij deelvraag 1

Deelvraag 1: Wat is er nodig om de fysieke leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum) dementievriendelijker te maken?

Dementievriendelijk

De fysieke (leef)omgeving speelt een belangrijke rol in een dementievriendelijke omgeving. Dit houdt in dat ouderen van 65 jaar of ouder hun weg kunnen vinden in het dorp en zich daar veilig voelen, zodat de mensen met dementie betrokken kunnen blijven bij het dagelijks leven op een zinvolle manier (Ward, et al., 2017). De respondenten bevestigen dat dit belangrijk is. Zo wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de persoon met dementie gezien wordt als meer dan zijn ziekte. Het gaat bij een dementievriendelijke fysieke omgeving om ontwerprichtlijnen die toegespitst zijn op de omgeving, zodat mensen met dementie zich nog buitenshuis kunnen begeven. Het vermogen om naar buiten te gaan voor een wandeling of het voorzien in basisbehoeften zoals het kopen van eten speelt een belangrijke rol bij het onafhankelijk zijn en het hebben van zelfrespect (Karssemeijer, et al., 2017).

Respondent twee zegt hier het volgende over:

“Vergeet niet de positieve gezondheidszorg en inclusieve samenleving. Doet iedereen wel mee? Inclusieve samenleving houdt in meedoen naar vermogen. Je kunt het ook nog breder trekken. Dit thema kan je bekijken vanuit positieve gezondheidszorg en vanuit inclusieve samenleving. Wat is er dan mogelijk, je zet dan een andere bril op om te kijken naar dementievriendelijke samenleving en dan komen er ook andere oplossingen zoals ‘dementtalent’ of buurttuintjes, voorlezen op school, koffie schenken. Iedereen doet mee naar vermogen. Bij positieve gezondheidszorg koppel je het meer aan welbevinden en contacten. Dus dat je het loskoppelt van de diagnose dementie dat zijn allemaal dingen die je mee kunt nemen in de aanbevelingen. Maar het belangrijkste is toch wel; onbekend maakt onbemind. Vroeger als iemand dement werd dan werd die kinds en hoorde dat er gewoon bij” (Bijlage 8).

Tijdens de interviews is gebleken dat de kennis over een dementievriendelijke omgeving die de drie medewerkers van de gemeente Súdwest-Fryslân hebben, is opgedaan tijdens het uitvoeren van een pilot van Vitale regio over een dementievriendelijke omgeving. Op dit moment wordt binnen de gemeente nog weinig gedaan om dementievriendelijk te worden. Dit staat nog in de kinderschoenen

Respondent vier (beleidsmedewerker gemeente) zei tijdens het interview het volgende: “We zijn natuurlijk bezig met die pilot van de vitale regio en eigenlijk is het bedoeld om te kijken hoe we dat kunnen oppakken. Het is de bedoeling dat er in die pilot wordt gekeken naar wat er wel/niet werkt. Eigenlijk is het zo dat we naar aanleiding van die uitkomsten gaan kijken wat we er mee kunnen, wat werkt wel/niet en hoe kunnen wij dat in ons beleid opnemen. Is er voor ons geen rol of bijna geen rol” (Bijlage 9).

Dementievriendelijke fysieke omgeving

Door de omgeving in het dorp aan te passen aan de behoeften van de ouderen met dementie zijn de ouderen met dementie beter in staat om zich onafhankelijk te blijven bewegen in het dorp. Dit heeft positieve effecten voor de persoon met dementie (Hebert & Scales, 2017). Tijdens het interview met de respondenten is er gesproken over de rol van de fysieke omgeving in een dementievriendelijke omgeving. Hieruit bleek dat er door de respondenten wel is nagedacht over hoe de fysieke omgeving dementievriendelijk gemaakt kan worden maar dat er nog geen stappen zijn gezet. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het aanpassen van de omgevingskenmerken van het dorp (Hebert & Scales, 2017). Er wordt aangegeven dat er onvoldoende aandacht is voor de fysieke omgeving in het dementievriendelijk inrichten van hun dorp. Het gaat dan voornamelijk om aanpassingen die de leesbaarheid bevorderen en de navigeerbaarheid van verschillende soorten instellingen. Door bewegwijzering te versimpelen en te verduidelijken en met het versterken van omgevingsfactoren en vermindering van omgevingsruis kan de onafhankelijkheid van de mensen met dementie worden vergroot (Hebert & Scales, 2017). De respondenten die werkzaam zijn bij de gemeente Súdwest-Fryslân hadden alle drie al globaal nagedacht over hoe een fysieke omgeving aangepast kan worden maar niet specifiek over hun gemeente.

Zo zegt de respondent twee (casemanager dementie) “Ja dat denk ik ook wel, het is bij ons ook echt een ondergeschoven kindje omdat wij er ook niet zoveel mee doen. Ik vind het daarom wel leuk dat jullie daar nu iets mee doen en wij daar straks misschien mee verder kunnen” (Bijlage 7).

Er zijn vier aandachtspunten bij bewegwijzering in een dementievriendelijke omgeving:

- Het gebruik van geometrisch eenvoudige ruimtes in gebouwen en eenvoudige lay-outs waarvoor geen nieuwe vaardigheden of ingewikkelde interpretaties nodig zijn.
- Visuele toegang en overzicht mogelijk maken zodat de mensen met dementie niet abstract hoeven te denken.
- Besluitvorming verminderen door kruispuntbeslissingspunten te beperken en omgevingsankers duidelijk te maken.
- Aanpassingen in architectuur (Hebert & Scales, 2017).

De leesbaarheid van het dorp vergroten dat houdt in: ruimtes en paden creëren met intuïtief of voor de hand liggend gebruik. Er zijn ontwerpprincipes voor oplossingen in dorpen om de onafhankelijkheid van de mensen met dementie te verbeteren, dit bestaat uit bewegwijzering met foto's, veilig en gemakkelijk te gebruiken vervoer, dorpen die intergenerationele relaties ondersteunen, passend gebruik van kleuren en contrast en ruisonderdrukking. Uit onderzoek blijkt dat het consequente gebruik van bekende oriëntatiepunten als aanwijzingen helpt bij buitennavigatie door ouderen met dementie (Hebert & Scales, 2017).

Het is belangrijk dat het dorp leesbaar is en de mensen met dementie kunnen begrijpen waar ze zijn en bepalen welke kant ze op moeten, dit om te voorkomen en/of verminderen van ruimtelijke desoriëntatie, verwarring en angst. Het onderscheidend vermogen is ook van belang dit om de aandacht en concentratie van mensen met dementie te vangen door het onderscheidende karakter van de verschillende onderdelen van het dorp het bevordert oriëntatie en bewegwijzering. Het dorp dient toegankelijk te zijn, dit houdt in dat mensen de plaatsen en ruimtes die ze nodig hebben of willen bereiken ook kunnen betreden en gebruiken en betreden ongeacht hun beperkingen (fysiek, cognitief en/of sensorisch). De mensen met dementie dienen zich in het dorp op hun gemak te voelen en kunnen plaatsen en ruimtes bezoeken en gebruiken zonder hinder te ondervinden van beperkingen. Daarnaast

is het voor mensen met dementie in het dorp belangrijk dat ze gebruik kunnen blijven maken van het dorp, kunnen genieten en zich kunnen bewegen binnen het dorp zonder bang te zijn (Mitchell & Burton, 2010).

Kennis over een dementievriendelijke omgeving

Over het algemeen hadden de respondenten voldoende kennis over wat een dementievriendelijke omgeving is. Respondent zes die werkt aan de ruimtelijke kwaliteit binnen de gemeente gaf aan pas sinds kort te hebben gehoord over dementievriendelijk en geeft aan dat hier binnen 'gemeenteland' nog niks mee wordt gedaan. Uit de interviews met de respondenten blijkt dat er onvoldoende kennis is over het belang van een dementievriendelijke fysieke leefomgeving in het dorp. Er is tijdens de pilot van Vitale regio en binnen de gemeente wel over het onderwerp gesproken maar er zijn nog geen stappen genomen. Uit de focusgroep interviews blijkt dat de respondenten de fysieke omgeving minder belangrijk vinden dan de sociale omgeving in een dementievriendelijk dorp. Hierover zegt respondent tien "Houden wij in de inrichting van de fysiek ruimte rekening met dementie, speelt dat überhaupt een rol? En het antwoord was eigenlijk nee, niet heel bewust" (Bijlage 10). Dit terwijl uit het volgende onderzoek blijkt dat lichaamsbeweging mogelijk helpt om de cognitieve functies bij ouderen te behouden of zelfs te verbeteren. Er zijn aanwijzingen dat lichaamsbeweging het volume van de prefrontale cortex³ en de anterieure hippocampus⁴ vergroot en de neurogenese⁵ en angiogenese⁶ kan versterken (Karssemeijer, et al., 2017). Respondent negen geeft aan dat de bereidheid om de fysieke omgeving aan te passen binnen de financiële mogelijkheden er wel is. Opvallend is dat uit het interview blijkt dat er nog onvoldoende kennis is over de rol van de fysieke omgeving op kwaliteit van leven en de invloed die lichaamsbeweging heeft op dementie. Uit onderzoek blijkt dat lichaamsbeweging cardiovasculaire risicofactoren vermindert. Hieruit blijkt dat lichamelijke activiteit, zoals wandelen, de globale cognitieve functies en stemming van de mensen met (beginnende) dementie verbeteren (Karssemeijer, et al., 2017). Daarnaast kan lichamelijke activiteit de kans op chronische ziekten verkleinen. Een ontspannen wandeling verbetert het behoud van gezondheid en cognitieve functies bij mensen met dementie, door mentale stimulatie en sociaal contact. Zonlicht is belangrijk voor de productie van serotonine en de opname van vitamine D, dit is belangrijk voor ouderen met risico op artritis en broze botten, daarnaast is het goed voor het dag-nachtritme en vermindert het de prevalentie van slaapstoornissen (Mitchell & Burton, 2010). Respondent twaalf is casemanager en benoemt het volgende over een fysieke omgeving "alleen die cliënt vindt de zomermaanden heel erg spannend want dan zitten er andere mensen achter de kassa zoals scholieren. Dat vind ik dan aanpassingen in de fysieke leefomgeving" (Bijlage 6). Er is nog weinig kennis over de verbetering van kwaliteit van leven dat een fysieke leefomgeving kan bijdragen bij dementievriendelijkheid.

Respondent zeven geeft hierover aan: "ik heb inderdaad ook niet zo goed voor ogen wat specifiek zou helpen voor een oudere met dementie in de fysieke omgeving. Dus voor ouderen kan ik wel iets bedenken zoals de scheve fietspaden aanpassen. Voor ouderen algemeen zou ik wel iets kunnen bedenken maar specifiek voor dementeren zie ik dat nog niet" (Bijlage 6).

³ Prefrontale cortex ook wel afgekort tot de frontale cortex, is een gedeelte dat in de buurt ligt bij de frontale kwab. In dit gedeelte van de hersenen worden verschillende functies geregeld, zoals plannen, sociaal gedrag en impulsbeheersing. Dit gedeelte is dus erg belangrijk voor de mens (Martini & Bartholomew, 2017)

⁴ Anterieure hippocampus De hippocampus is de structuur van de hersenen dat het meest nauw betrokken is bij geheugenvorming. Het is bekend als de opslagplaats voor het lange termijn geheugen, en is vervolgens betrokken bij het wegschrijven van herinneringen van het lange-termijn geheugen naar het permanente geheugen. De hippocampus speelt ook een belangrijke rol in de ruimtelijke oriëntatie (Martini & Bartholomew, 2017)

⁵ Neurogenese vorming van nieuwe hersencellen (Martini & Bartholomew, 2017)

⁶ Angiogenese is de vorming van nieuwe bloedvaten vanuit bestaande bloedvaten (Martini & Bartholomew, 2017)

Interventies

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat er maatregelen zijn die genomen kunnen worden om de fysieke leefomgeving dementievriendelijker in te richten. De visie van de respondenten over het aanpassen van de fysieke leefomgeving is tijdens de interviews besproken. Zoals hierboven ook al is benoemd zien niet alle respondenten het belang van een dementievriendelijke fysieke leefomgeving. De gemeente is terughoudend in het nemen van maatregelen en geeft aan de uitkomsten van de pilot van Vitale regio te willen afwachten. Er zijn drie beleidsmedewerkers van de gemeente Súdwest-Fryslân geïnterviewd. Respondent zes werkzaam als medewerker ruimtelijke kwaliteit gaf aan dat de gemeente het onderwerp dementievriendelijk meer zou moeten betrekken in het bouwen en aanpassen van woningen. Respondent zes zegt hierover het volgende “Eigenlijk zou je mensen die er verstand van hebben ‘wanneer is een ruimte dementievriendelijk’ die zou je zo’n concept plan ook moeten toe sturen”(Bijlage 10). Vervolgens geeft respondent zes aan “Er zijn verschillende disciplines die het plan beoordelen en het lijkt mij heel simpel om ook het gezondheidsaspect daarbij te betrekken. Daar moeten we nog wel een slag je in maken”(Bijlage 10).

In de literatuur is een aantal interventies gevonden die toepasbaar zijn in een dorp als Wommels in dit geval Koudum. Doordat het praktijkonderzoek plaats dient te vinden in Koudum (zie 1.6 leeswijzer) hebben de onderzoekers een bezoek gebracht aan het dorp en het dorp geobserveerd. Er zijn foto’s gemaakt en er is een klein verslag geschreven over de bevindingen (Bijlage 12).

Er zijn observaties gedaan in het dorp, hieruit blijkt dat de volgende interventies kunnen worden toegepast om de fysieke leefomgeving in het dorp dementievriendelijker te maken. Het aantal kruispunten kan minder complex worden gemaakt door gevorkte kruispunten en t-kruispunten te maken en indien mogelijk kruispunten te minimaliseren. In een dementievriendelijke fysieke leefomgeving zijn de straten zacht kronkelend zodat de straten beter overzichtelijk zijn voor de mensen met dementie. In de straten werd veel variatie gezien in gebouwen en architectuur dit draagt bij aan het onderscheidend vermogen van de mensen met dementie, zodat iemand met dementie de gebouwen/huizen herkent aan hun uiterlijk. Daarnaast zouden winkels kunnen aangeven wat de ingang is van hun winkel, bijvoorbeeld met een bordje. Ook zouden winkels aanpassingen kunnen doen zodat het ontwerp het gebruik weerspiegelt. Zodat de apotheek er uit ziet als een apotheek en de bakker als bakker door bijvoorbeeld broden in de etalage te leggen etc. In het dorp zouden bufferzones tussen wegen, voetpaden en fietspaden kunnen worden geplaatst vanwege de veiligheid. Voor mensen met dementie is het belangrijk dat er oriëntatiepunten en visuele aanwijzingen zijn om de leesbaarheid en het onderscheidend vermogen te bevorderen, denk bijvoorbeeld aan de kerk in het dorp. De voetpaden in het dorp zijn smal, met veel verschillende kleuren en soorten bestrating, regelmatig zijn er opstaande tegels waarover mensen met dementie kunnen vallen (zie bijlage 12 voor foto). De stoepen kunnen worden verbreed, met één soort bestrating en indien mogelijk antislip, ook textuur- en kleurcontrast verbetert het overzicht voor mensen met dementie. Daarnaast is de bewegwijzering onduidelijk op sommige plekken worden veel borden neergezet wat zorgt voor een onduidelijk beeld. Er zouden duidelijke borden door het hele dorp kunnen worden geplaatst. Deze borden moeten zo min mogelijk tekens bevatten en eenvoudige en duidelijke informatie weergeven. Borden moeten eenrichtingsborden weergeven en locatieborden voor primaire diensten moeten loodrecht op de muur worden weergegeven. Daarnaast is het gebruik van realistische afbeeldingen in heldere kleuren met contrast op de achtergrond en met donkere letters op een lichte achtergrond wenselijk. Als laatste moet er rekening worden gehouden met reflecterende onderdelen op de borden. Daarnaast zijn de bankjes die geplaatst zijn in het dorp van een blauwkleurig metaal (zie foto bijlage 12), dit zou beter veranderd kunnen worden naar een houten bankje met standaard design.

Belang gemeente bij een dementievriendelijke fysieke omgeving

De interviews met respondent vier, vijf en zes waren erop gericht om inzicht te krijgen in het belang van de gemeente bij een dementievriendelijke omgeving in een plattelandsdorp. Er zijn vragen gesteld om inzicht te krijgen in de verschillende belangen. Het is voor mensen met dementie van belang om een vertrouwde omgeving te hebben in het dorp, dit stelt mensen in staat om hun omgeving te herkennen en te begrijpen en helpt ruimtelijke desoriëntatie en verwarring te voorkomen. Ook om het kortetermijngeheugen te ondersteunen (Mitchell & Burton, 2010). De gemeente Súdwest-Fryslân is een vergrijzende gemeente met relatief veel inwoners met een lage sociaaleconomische status, vooral de buitengebieden vergrijzen behoorlijk, mede ook doordat gepensioneerden uit de randstad naar het Friese platteland toe trekken. Hierdoor kan de gemeente aannemen dat de populatie mensen met dementie de komende jaren flink zal stijgen. De gemeente geeft aan dat de kwaliteit van leven van de inwoners voor hen belangrijk is. De gemeente geeft aan dat ze mede om deze redenen zijn begonnen met de pilot van Vitale regio.

Respondent vier zei het volgende: “Maar voor ons was dat; die vergrijzing en lage SES de aanleiding, om dit item als pilot te nemen. Het belang daarvan is vooral de kwaliteit van leven voor de inwoners. Dat ze hier prettig en zo gezond mogelijk kunnen wonen. Dat hopen we hiermee te bereiken”(Bijlage 9).

Rol gemeente

Vervolgens hebben we het met de respondenten vier, vijf en zes gehad over de rol van de gemeente bij het inrichten van een dementievriendelijke leefomgeving. Op dit moment loopt er een pilot van de Vitale regio over dementievriendelijkheid, de gemeente wacht de uitkomsten van dit onderzoek af voor ze actief bezig gaan met het creëren van een dementievriendelijke omgeving in de Súdwest-Fryslân plattelandsdorpen. Respondent vier geeft aan dat ze de gemeente niet ziet als aanjager van plannen en initiatieven maar als facilitator. De gemeente is volgens de drie respondenten nog zoekende naar hun rol en geven aan dat er in Nederland wel grote interesse is naar het onderwerp en dat er veel onderzoek wordt gedaan. De respondenten geven aan dat de gemeente zelf nog niks zal doen met het onderwerp en wil wachten tot dit Friesland breed wordt opgepakt.

Op de vraag welke stappen de gemeente al heeft gezet om dementievriendelijk te worden geeft respondent vier aan: “Als gemeente willen we wel dementievriendelijk worden maar op dit moment gaan we er low profile in en doen we niet zoveel behalve voor ons eigen personeel en liften we mee op wat er Friesland breed gebeurt. Omdat het voor een gemeente alleen niet handig is. Je kan het wel doen, zoals wij doen met de vitale regio, maar je kan het beter Friesland breed oppakken”(Bijlage 9).

De gemeente is momenteel bezig met het schrijven van een Omgevingswet, hierin is gezondheid een belangrijk thema. De gemeente gaat er van uit dat ze met deze visie zich beter kunnen inzetten voor een dementievriendelijke omgeving. Hierover zegt respondent vier “Wat is goed om te doen voor mensen met dementie. Dat kunnen we opnemen in het kwaliteitshandboek voor openbare ruimte. Maar goed daar staan we ook nog mee in het begin”(Bijlage 9).

Rol GO! Noord Nederland

Tijdens een interview met een medewerker van het consortium van GO! Noord Nederland is er gesproken over de rol die GO! zou kunnen voeren in het dementievriendelijk inrichten van plattelandsdorpen. Binnen GO! wordt er gewerkt met een roos van verschillende domeinen het sociale domein met daaronder vallend welzijn is een belangrijk domein. Bij een dementievriendelijke omgeving gaat het namelijk ook over sociaal contact en hoe je een dorp kunt organiseren waarin sociaal contact

bevorderd wordt. Bij GO! gaat het om aanpassingen in de fysieke leefomgeving. Respondent één zegt hier over het volgende: “Is het belangrijk dat het maatregelen zijn die ook ergens een verband hebben met hoe je een dorp inricht, hoe je dingen anders gaat doen, naast heel veel andere maatregelen die je ook met de wijkverpleging kan invoeren”(Bijlage 5).

Volgens respondent één kan GO! Noord Nederland op de volgende manier bijdragen aan een dementievriendelijke omgeving: “Vanuit GO! Moeten we het paraat hebben dat we het kunnen aandragen. Als je mij de vraag zou stellen waar zit de winst van GO! in, dan is het mensen handvatten geven over wat er binnen dit thema gedaan kan worden en dat het relevant is. Binnen GO! Willen we inzetten op het draagvlak van de bewoners, dat creëer je gelijk in het begin door in gesprek te gaan, ze thema’s te laten kiezen en ze aanhoort te houden door hun mee te laten helpen om dingen te organiseren binnen de gemeenschap maar ook in samenwerken met de wijkverpleegkundige en mantelzorgers die de eerste link hebben. Om de community te veranderen waardoor mensen ervaring opdoen met dementie en het balletje daardoor gaat rollen”(Bijlage 5).

5.2 Resultaten bij deelvraag 2

Deelvraag 2: Wat is er nodig om de sociale leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum) dementievriendelijker te maken?

Definitie dementievriendelijk sociale leefomgeving

De kern van een de sociale leefomgeving binnen een dementievriendelijke omgeving is dat personen met dementie worden begrepen, gerespecteerd, ondersteund en er vertrouwen is dat ze een bijdrage kunnen leveren aan de sociale leefomgeving waar ze in wonen. Het is niet zo zeer dat de personen met dementie zich moeten aanpassen, maar de sociale leefomgeving moet bekend raken met het ziektebeeld dementie. Het is van belang dat ze kunnen deelnemen aan maatschappelijke activiteiten en controle kunnen uitoefenen in hun dagelijks leven (Green & Lakey, 2013).

Dementie

Zodra een persoon wordt gediagnosticeerd met dementie wordt deze vaak anders behandeld door zijn sociale omgeving. Mensen met dementie worden vaak in het kader van veiligheid door hun omgeving beperkt in hun vrijheden. Daarnaast zijn mensen uit de omgeving geneigd om handelingen en/of taken van de mensen met dementie over te nemen. Deze handelingen en/of taken worden als te moeilijk of te gevaarlijk bestempeld door de omgeving van de persoon met dementie. Ook kan er in de omgeving een gevoel van onbegrip en verbazing ontstaan. Onbegrip of verbazing over waarom een persoon met dementie bepaalde handeling niet meer juist kan uitvoeren of schijnbaar simpele dingen lijkt te vergeten. Dit kan maken dat een persoon met dementie zich niet gerespecteerd, gewaardeerd of serieus genomen voelt. Dit kan als gevolg kan hebben dat een persoon met dementie een lagere zelfwaardering ontwikkeld en zich gaat schamen voor zijn diagnose. De diagnose dementie verergert problemen als sociale ongelijkheid, stigmatisering, sociaal isolement, identiteitsverlies en discriminatie (Swaffer, 2014). Tijdens het focusgroep interview kwam naar voren dat dit ook snel gebeurt zonder dat de omgeving zich hier bewust van is. Zo werden de onderzoekers door respondent twaalf (Casemanager) erop geattendeerd dat de term 'dementerende ouderen'⁷ als een onvriendelijke term wordt beschouwd. Respondent twaalf vulde het volgende hierop aan: "We zijn veel tegengekomen dat mensen met dementie het woord dementerende een vervelend woord vinden. Mensen met dementie klinkt daarentegen wat vriendelijker" (Bijlage 6). De term dementerende houdt verband met het negatieve bevooroordeelde beeld die sociale omgeving kan hebben over het functioneren van een persoon met dementie. Dit negatieve bevooroordeelde beeld noemt men een stigma. Een stigma is het negatief etiketteren van een individu of een groep mensen. Het negatief etiketteren kan verlies van status en macht, discriminatie en stereotypering tot gevolg hebben (Phillipson, et al., 2018).

Stigma's

In verschillende onderzoek uit Japan, Australië, Engeland en Ierland is gebleken het ziektebeeld dementie gestigmatiseerd wordt door de sociale leefomgeving van de persoon met dementie (Phillipson, et al., 2018). Het stigmatiseren van dementie heeft als gevolg dat een persoon met symptomen gerelateerd aan dementie minder snel bereid is om te participeren in een diagnostisch onderzoek naar dementie (Green & Lakey, 2013). Personen waarbij de diagnose dementie is gesteld zoeken minder snel ondersteuning en isoleren zichzelf uit angst voor afwijzing en door schaamte. Hierdoor neemt een deel van de mensen met dementie niet meer deel aan de sociale leefomgeving (Swaffer, 2014). In Australië is in 2010 een onderzoek gedaan naar gezondheidsprioriteiten. In het onderzoek is naar voren gekomen dat 63 procent van de 2500 ondervraagden bang is om dementie te

⁷ De term 'dementerende ouderen' was voorheen opgenomen in de onderzoeksvraag in plaats van 'ouderen met dementie'. Na het interview is dit in het gehele verslag aangepast.

krijgen. Dit hield vooral verband met angst en negatieve stereotyperingen rondom dementie (Phillipson, et al., 2018). Het stigma en de angst dat rondom dementie heerst is in het interview met respondent drie (senior onderzoeker van het FSP) uitvoerig bevestigd. Daarnaast noemde respondent drie ook een aantal gevolgen die stigmatisering teweeg kan brengen. Ze stelt namelijk dat het stigmatiseren van dementie een negatief effect heeft op de levenskwaliteit van mensen met dementie. Doordat mensen met dementie door hun sociale omgeving in een hokje 'patiënt' worden geplaatst wordt hun zelfbeschikking afgenomen. "Als jij zomaar opeens door je stempel dementie opeens ergens vanaf wordt gehaald, is dat een gigantische stigmatisering. Negatiefstempel. Opeens ben jij een patiënt, heb jij geen zelfbeschikking meer en dit heeft een zeer negatief effect op de levenskwaliteit" (Bijlage 8). Daarnaast zorgt stigmatisering voor een exclusie van de participatiemaatschappij. Mensen met dementie krijgen niet meer de mogelijkheid om volledig te participeren in de maatschappij door de beperkingen die het stigma met zich meebrengt. Zo zegt respondent drie het volgende: "Stigma is exclusie. En daar ga je dan met je participatie samenleving. Dementie is iets in de samenleving, het is een eigenaardigheid van de samenleving dus niet alleen binnen de gezondheidszorg" (Bijlage 8).

Uit verder literatuuronderzoek is gebleken dat een laag niveau van begrip bij de sociale leefomgeving kan bijdragen aan de angst, stigmatiseren en de sociale uitsluiting die samenhangen met dementie. Mensen met dementie zijn bang anders behandeld te worden, uit verschillende onderzoeken blijkt dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Echter is dementie geen psychische aandoening maar een neurologische aandoening. Mensen met dementie zijn het dezelfde personen als voordat ze de diagnose kregen. Dementie is een medische maar vaak ook een sociale kwestie (Swaffer, 2014).

Sociale cohesie

Doordat dementie naast een medisch vooral ook een sociale kwestie is, wordt het sociale netwerk en de informele sociale ondersteuning als een belangrijk onderdeel van de sociale leefomgeving gezien. Het inzetten van dorpsbewoners, familieleden en zorgverleners om de mensen met dementie te ondersteunen wordt als een belangrijke aanwinst van sociale omgeving gezien (Wiersma & Denton, 2013). Plattelandsgemeenschappen bevatten sterke sociale netwerken, inwoners van deze plattelandsgemeenschappen hebben de neiging om meer hulp te bieden aan familieleden, vrienden en burens dan in grotere gemeenschappen (Rozanova, Dosman, & Jong-Gierveld, 2008). Uit een onderzoek naar een plattelandsgemeente in Ontario, kwam naar voren dat oudere mensen met dementie veel ondersteuning krijgen vanuit hun omgeving. Binnen deze omgeving heerst een gevoel van 'ons kent ons' wat een positief effect heeft op de sociale cohesie. Hierdoor werd er sneller ondersteuning verleend aan ouderen en mensen met dementie. Deze ondersteuning was zowel emotioneel als materieel van aard. Er werden bijvoorbeeld boodschappen en klusjes in en rond het huis gedaan. Mensen met dementie die verdwaald waren werden naar huis gebracht. Dorpsbewoners waren vaak op de hoogte van de mensen met dementie en waren daarom beschermend en behulpzaam. Er was ook een informeel systeem van monitoring van kwetsbare ouderen, met name van mensen met dementie. Dorpsbewoners en vrienden hielden huizen in de gaten van mensen met dementie en kenden hun vaste routines en patronen. Als de reguliere patronen veranderden, namen burens contact op met families of gingen zelf poolshoogte nemen bij de persoon met dementie. Emotionele steun die werd geboden was met name wanneer iemand van streek of overstuur was. Ook dit werd beschreven als een manier om op mensen met dementie te passen (Wiersma & Denton, 2013). De informatie uit de gevonden onderzoeken werd in het gesprek met de focusgroep bevestigd. Plattelandsdorpen in Súdwest-Fryslân bevatten sterkte sociale netwerken, lijkend op de netwerken die worden beschreven in de studie over Ontario. In Súdwest-Fryslân passen dorpsbewoners op elkaar en zijn dorpsbewoners van elkaar op de hoogte. Het ons kent ons wordt gezien als een geweldig grote kracht van de Friese samenleving.

Respondent tien (beleidsmedewerker gemeente): “Wat ik wel merk in mijn werk met de contacten met alle dorpen en platteland gebeuren, men kent elkaar heel goed en men past op elkaar en daar zal het niet eens de naam dementie hebben maar het ons kent ons is een *geweldig grote kracht*” (Bijlage 6).

Doordat dorpsbewoners op de hoogte zijn van elkaar, weten dorpsbewoners wat er bij elkaar speelt in de privésituatie. Hierdoor kan er extra aandacht worden besteed aan de privésituatie van iemand met dementie. Elk dorp heeft zijn eigen karakter ten aanzien van aandacht voor elkaar. Zo vertelt respondent elf (casemanager) het volgende over het Friese platteland: “ik merk wel dat het plaatsten zijn waar mensen hun hele leven al wel gewoond hebben en dat men elkaar kent.” (Bijlage 6). Respondent acht (wijkverpleegkundige) geeft het volgende aan:

“Maar in het platteland is het ook mooi om mensen langer thuis te laten houden omdat in de buurt iedereen ze kent en zodra er iets mis gaat op straat is er ook wel weer vrij snel hulp. Dat is ook wel weer het mooie aan het platteland, dat de mensen de dementerende wel kennen.” (Bijlage 6).

Een nadeel van een hechte gemeenschap die in de literatuur naar voren is gekomen maar niet tijdens de focusgroep is dat privacy en vertrouwelijkheid mogelijk in gevaar komen binnen kleine gemeenschappen waarin iedereen elkaar kent. Mensen met (beginnende) geheugenproblemen of familieleden daarvan kunnen namelijk voorzichtig zijn met het vragen om hulp uit angst dat mensen in de gemeenschap de zorgbehoevende (her)kennen en over deze persoon gaan praten (Wiersma & Denton, 2013).

Sociale leefomgeving

Sociale cohesie en een sociale leefomgeving in een dementievriendelijk omgeving zijn nauw met elkaar verbonden. Binnen deze sociale leefomgeving vinden de respondenten het belangrijk dat dorpsbewoners weten wat er speelt in het leven van naasten, burens of andere dorpsbewoners. Daarnaast vinden de respondenten het belangrijk dat de dorpsbewoners weten hoe ze moeten omgaan met iemand die dementie heeft. Voorlichting geven en mensen trainen om goed om te gaan met dementie wordt als een essentieel onderdeel gezien bij creëren van een sociale dementievriendelijk leefomgeving door de respondenten. Zo zegt respondent acht (wijkverpleegkundige) het volgende:

“Ik denk dat de omgeving heel belangrijk is, dat men weet wat er aan de hand is. Dat burens een oogje in het zeil kunnen houden. Dat erzheimercafés worden gehouden en dat mensen wel wat verstand hebben van wat het inhoudt en dat mensen iemand niet tot gek verklaren maar toch wel wat tips hebben/krijgen om er mee om te gaan. Alhoewel elke dementie weer anders is in de omgang, maar dat voorlichting wel belangrijk is.” (Bijlage 6).

Om ervoor te zorgen dat de initiatieven voor een dementievriendelijk sociale leefomgeving slagen is het van belang dat mensen met dementie participeren binnen deze ontwikkeling. Actieve deelname is een strategie om ervoor te zorgen dat dementievriendelijke initiatieven aansluiten bij de prioriteiten van mensen met dementie (Phillipson, et al., 2018).

Interventies

Het creëren van een dementievriendelijke sociale leefomgeving houdt verband met het verbeteren van kennis en begrip. Kennis en begrip zijn essentiële factoren bij het normaliseren van dementie en tegengaan van stigma's. Hierbij gaat het om kennis over wat dementie betekent, wat de gevolgen van dementie zijn en hoe men om kan gaan met ouderen die zijn gediagnosticeerd met dementie. Naast kennis is het belangrijk dat er begrip is voor de veranderingen en aanpassingen in het leven van ouderen met dementie (Green & Lakey, 2013; Phillipson, et al., 2018; Swaffer, 2014).

Kennis kan verspreid worden door het gebruik van folders, krantenartikelen, aanplakbiljetten, het aanbieden van cursussen/trainingen of het opstarten van eenzheimercafé. (Phillipson, et al., 2018). Tijdens de focusgroep en het afnemen van verschillende individuele interviews kwam naar voren dat er al heel veel binnen Súdwest-Fryslân wordt gedaan op gebied van verspreiden van kennis. De wijkverpleegkundige en casemanagers hebben hier een actieve rol in. Begrip ontstaat doordat mensen uit de sociale leefomgeving op de hoogte zijn van elkaars situatie en wat er speelt. Mensen zijn op de hoogte van de behoeftes die iemand met dementie heeft zodat er informele ondersteuning geboden kan worden wanneer mensen merken dat hier behoefte aan is (Kay, Bail, & Neville, 2018). In de literatuur bleek dat een plattelandsgemeenschap een bevorderende factor is voor de sociale leefomgeving. Tijdens de focusgroep en het afnemen van verschillende individuele interviews werd bevestigd dat Súdwest-Fryslân veel plattelandsgemeenschappen heeft waar men elkaar kent en op elkaar past. Dorpsbewoners die elkaar kennen en op elkaar passen zijn bevorderende factoren voor het creëren van begrip binnen een dementievriendelijke sociale leefomgeving.

Het stigma op dementie wordt verminderd en genormaliseerd doordat mensen met dementie interactie hebben met leden van hun sociale leefomgeving (Green & Lakey, 2013; Phillipson, et al., 2018). De sociale omgeving bewust maken en een beter begrip van dementie creëren zijn nodig om het stigma te doorbreken waarmee mensen met dementie worden geconfronteerd (Green & Lakey, 2013). Respondent drie bevestigd dat stigma's weggenomen kunnen worden door het creëren van bewustzijn over het ziektebeeld dementie. Dementie is een ziekte, een persoon is niet zijn ziekte. Een persoon met dementie heeft meer rollen die hij/zij kan vervullen, passend bij de multi persoonlijkheid⁸. Ze stelt ook dat onbekend onbemind maakt. Informatie over wat dementie is draagt bij aan het verwijderen van het stigma.

“Het wegnemen van stigma's gebeurt altijd met het creëren van bewust zijn, het creëren van bewust zijn wat een ziekte is. Wat is dementie. Het is onwetendheid. Bekend wat het precies is. Dat ten eerste, ten tweede dat jij een ziekte hebt, maar niet je de ziekte bent. Dat je dus meer rollen hebt. Maar dat eerste, bewust worden. Onbekend maakt onbemind, onbekend maakt ook bang. Daar komt ook vandaan dat mensen met dementie eng zijn, of nog erger dementerende zijn eng” (Bijlage 8).

⁸ Een persoon kan volgens respondent drie meerdere rollen vervullen. Iemand kan bijvoorbeeld de rol van moeder, maar ook de rol van mantelzorger, dokter en echtgenoot (bijlage 3)

5.3 Resultaten bij deelvraag 3

Deelvraag 3: Welke rol kunnen de zorgprofessionals innemen in het dementievriendelijk maken van de leefomgeving van een dorp als Wommels (in dit geval Koudum).

Wijkverpleegkundige:

De wijkverpleegkundige wordt gezien als een kernspeler om gezondheidsbevordering teweeg te brengen. Ouderen blijven langer thuis wonen en worden steeds ouder, dit vergt aanpassingen in de huidige wijkzorg. Dementie neemt in incidentie toe, passende acties hierop zijn essentieel (Rosendal, 2019). Dementievriendelijke wijken met wijkgerichte preventie kunnen hier een antwoord op zijn. Dit houdt in dat zorgverleners samen met gemeenten en dorpsbewoners inzetten op gezondheid van dorpsbewoners. Hierin is er oog voor de persoon, de fysieke en sociale omgeving en het zorgaanbod (Leijen & Storm, 2020). Tijdens de interviews is er gesproken over de wijkverpleegkundige in een dementievriendelijke omgeving. Er is met name ingegaan op de taken, de rol en de visie op de wijkverpleegkundige in het kader van een dementievriendelijke leefomgeving.

Taken wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is een cruciaal onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg. De wijkverpleegkundige is gericht op het bevorderen van gezondheid en eigen regie van mensen, de wijkverpleegkundige verbindt zorg met zowel het medische als het sociale domein. Om het mogelijk te maken dat mensen langer en verantwoord thuis kunnen blijven wonen, gaat het niet alleen om het zo effectief en doelmatig inzetten van de benodigde zorg. Toenemend wordt de nadruk gelegd op (alle vormen van) preventie⁹. De wijkverpleegkundige is actief op zowel micro-, meso- als macroniveau (Rosendal, 2019). Er is met respondent één (Beleidsmedewerker RIVM) gesproken over de taken die de wijkverpleegkundige zou moeten uitvoeren in een dementievriendelijke omgeving. Respondent één gaf aan dat er een nieuw competentieprofiel is opgesteld voor de wijkverpleegkundige waarin er een balans is gemaakt tussen preventie en individuele zorg. Respondent twee (casemanager) verteld dat de preventie taken van een wijkverpleegkundige gericht moeten zijn op het geven van voorlichting. De wijkverpleegkundige moet zich bezighouden met voorlichtingen over bijvoorbeeld goede voeding, valgevaar, het inschakelen van disciplines, motiveren tot bewegen, geheugentrainer en inzetten/motiveren tot sociaal gedrag. De wijkverpleegkundige is het gezicht van de buurt en kan een grote rol spelen in wat er in de buurt gebeurt. Het is daarbij wel belangrijk dat de wijkverpleegkundige affiniteit heeft met de doelgroep. Indien mogelijk zou het goed zijn dat de verpleegkundigen met affiniteit met dementie juist die taken op zich nemen.

Rol wijkverpleegkundige

De rol van de wijkverpleegkundigen binnen een dementievriendelijke omgeving is groter dan alleen maar de zorg 'achter de voordeur' verlenen. De wijkverpleegkundigen denken en werken overstijgend en wijkgericht. Dat kan alleen als ze kennis hebben van wat er achter de voordeur afspeelt in het dorp en als ze weten welke factoren de gezondheid beïnvloeden. Op deze manier kan de wijkverpleegkundige schakelen tussen preventief en curatief zoals ook belangrijk is bij mensen met dementie. (Rosendal & Dorst, 2016). Tijdens de interviews is er met de respondenten gesproken over de rol van een wijkverpleegkundige in een dementievriendelijke omgeving. Volgens respondent één moet preventie een grotere rol krijgen in de uitvoering van de zorg, hierover zegt de respondent:

⁹ Primaire, secundaire en tertiaire preventie.

“Het na denken over hoe die de wijkverpleging en de gemeente op het punt van die dementievriendelijk omgeving gaan samenwerken en afspraken gaan maken. In plaats van de huidige situatie waar bij je voor preventie in de wijk bij de gemeente moet zijn en voor het andere deel bij de thuiszorgorganisatie” (Bijlage 5).

Visie op de wijkverpleegkundige

Er is met respondent één gesproken over zijn visie op de wijkverpleegkundige, hij vertelde dat het wenselijk is dat de wijkverpleegkundige alle mensen met de indicatie dementie die nog thuis wonen in beeld heeft. De wijkverpleegkundige moet weten hoeveel mensen er nu zijn en moet kunnen doorrekenen hoe de stand van zaken over een jaar of tien is. Ook moet de wijkverpleegkundige op de hoogte zijn van wat hij/zij kan doen op het gebied van preventie (Bijlage 5). Binnen het competentieprofiel van de wijkverpleegkundige is preventie een belangrijk onderdeel (Rosendal, 2019). Volgens respondent één ligt binnen preventie een hele belangrijke link met iets doen in de bredere leefomgeving. Het werken aan een gezondere leefomgeving en het inrichten van die gezonde leefomgeving is preventie.

“Bij het vormen van het competentieprofiel zeiden ze dat preventie een essentieel onderdeel van de wijkverpleegkundige zou moeten zijn. Ik noem dit omdat ik denk dat binnen preventie een hele belangrijke link ligt met iets doen in de bredere leefomgeving.” (Bijlage 5).

De wijkverpleegkundige speelt een belangrijke rol in de zorg voor cliënten met dementie. Er is echter weinig bekend over de kennis en attitude van verpleegkundigen ten aanzien van dementiezorg en de problemen die samenhangen met de zorg voor mensen met dementie (Evripidou , Charalambous, Middleton, & Papastavrou , 2018). Er is specifieke kennis en vaardigheid nodig om een persoon met dementie en diens mantelzorger en omringend sociaal systeem te informeren, ondersteunen en adviseren, in zijn/haar eigen vorm van dementie en bijbehorende problematiek gedurende het hele proces. Deze specialistische zorg wordt uitgevoerd door de casemanager dementie (Huijsman, Jansen, & Bolle, 2017).

Casemanager dementie:

De definitie van de casemanager dementie luidt als volgt: “Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van niet pluis of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden” (Huijsman, Jansen, & Bolle, 2017). De casemanager dementie volgt de cliënt vanaf het diagnostisch traject en gedurende het hele ziekteverloop thuis en heeft een coördinerende en integrerende rol. Het optimaliseren van het welbevinden en het verbeteren van kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hun naasten is een doel van de casemanager dementie. Daarnaast houdt de casemanager zich bezig met het signaleren en adequaat handelen bij comorbiditeit, stemmings- en gedragsproblemen, minimaliseren van emotionele problemen en overbelasting van het netwerk van de cliënt. Zodat indien nodig ook uitstel van opnames of verplaatsingen naar andere woonvormen tot een mogelijkheid behoort (Huijsman, Jansen, & Bolle, 2017).

In een dementievriendelijke leefomgeving is een casemanager dementie van belang, dit is een vast aanspreekpunt voor de cliënt en diens cliëntsysteem (Huijsman, Jansen, & Bolle, 2017). Tijdens het interview met respondent twee gaf ze aan dat de casemanager een duidelijke rol kan innemen binnen een dementievriendelijke leefomgeving. Deze rol zou dan bestaan uit het geven van scholing en

voorlichting. Het bewust maken van de mensen in de omgeving over dementie. Mensen trainen in gedragssignalering van dementie en mensen leren vriendelijkheid te omgaan met iemand die dementie heeft. Richting geven in de samenleving.

“Ik zie mijn rol meer in scholingen geven. Stukje goed omgaan met dementie, signalering, vriendelijkheid. Ik denk dat dat de rol wordt van de casemanager. Niet in het praktische stukje maar meer in het stukje ‘omgaan met’ richting de samenleving. In scholing, bijeenkomsten organiseren, voorlichtingen geven. Dat is ook al de opzet in de gemeente Súdwest-Fryslân.” (Bijlage 7).

Het is wenselijk dat er een goede samenwerking is tussen de casemanager en de wijkverpleegkundige. Het is van belang dat er een scheiding is tussen generalistische zorg voor ouderen met dementie die door de wijkverpleegkundige gegeven kan worden en specialistische zorg voor ouderen met dementie die wordt gegeven door de casemanager. Zo zegt respondent twee het volgende: “Ja, en die blijft ook bij de wijkverpleegkundige. Dat proberen we ook een beetje. Het stukje generalist/specialist. Daarbinnen zijn we ook een beetje naar opzoek, wat hoort bij de wijkverpleegkundige en wat hoort bij de casemanager. Hoe kunnen we goed samenwerken daarin.” (Bijlage 7). Echter wordt er door respondent drie gezegd dat de zorg voor mensen met dementie niet alleen overgelaten moet worden aan de wijkverpleegkundige of casemanager, volgens haar is dementie meer dan alleen een gezondheidsprobleem. Het is namelijk ook een eenzaamheidsprobleem en veiligheidsprobleem.

“Als je het alleen over laat aan de wijkverpleegkundige is dat beslist niet de bedoeling. Dan betrek je het alleen naar zorg en zeg je dat het een gezondheidsprobleem is. Maar het is ook een eenzaamheidsprobleem, veiligheidsprobleem, enzovoort. Maar ook in hoeverre je er toe doet.” (Bijlage 8).

Respondent drie stelt namelijk dat het een thema is die de hele samenleving aan gaat, het is belangrijk dat er naar verschillende aspecten in de samenleving wordt gekeken binnen het kader van dementievriendelijke leefomgeving. Respondent drie haalt hierbij het leefbaarheidsmodel van het FSP aan waarin 8 thema's¹⁰ zijn opgenomen. Binnen deze domeinen spelen overheden, organisaties, professionals en burgers elk een rol. De domeinen van het model kunnen los van elkaar worden belicht, maar zijn onderling verbonden. Ze beïnvloeden elkaar, hebben effect op elkaar, vormen elkaars voorwaarde. (Vries, Brander, Piekema, Fernée, & Witte, 2019) Dit model kan ondersteunend zijn aan het in een breder perspectief stellen van een dementievriendelijke leefomgeving.

Preventie

Zoals al vaker in de beantwoording van deze deelvraag is benoemd speelt preventie een belangrijke rol binnen het competentie profiel van de wijkverpleegkundige. Er kan hier onderscheid worden gemaakt in primaire ook wel universele preventie, secundaire ook wel selectieve preventie en tertiaire ook wel zorg gerelateerde preventie. Wat opvalt tijdens het focusgroep interview is dat er door de zorgprofessionals vooral ingezet wordt op tertiaire preventie. Deze vorm van preventie richt zich op mensen met een ziekte of aandoening. In dit geval is deze ziekte dementie en voorkomen de zorgprofessionals dat de bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, lagere kwaliteit van leven of sterfte. Tertiaire preventie in een dementievriendelijke omgeving zorgt ervoor dat ouderen met dementie kunnen blijven functioneren in hun leefomgeving. Op deze manier kunnen de ouderen met dementie langer thuis blijven wonen en worden beperkingen, complicaties en een lagere kwaliteit van leven zoveel mogelijk

¹⁰ De 8 thema's: Inkomen, sociale samenhang, werk, onderwijs, wonen, veiligheid, zorg en gezondheid.

voorkomen. Daarnaast wordt de zelfredzaamheid van de ouderen met dementie bevorderd (Busch, 2020). Het is echter ook wenselijk dat de zorgprofessionals inzetten op primaire preventie. Primaire preventie houdt in dat er wordt getracht met bepaalde acties ziekte te voorkomen. Respondent drie (senior onderzoeker van het FSP) bevestigt dat er binnen een dementievriendelijke omgeving een stukje primaire preventie hoort. Volgens haar is dementie een van de weinige aandoeningen waar je leefstijl gerichte dingen kan doen om processen te vertragen. Obesitas, hoge bloeddruk, inactiviteit en te weinig uitdaging zijn allemaal negatieve factoren in het ontwikkelen van dementie.

“Bij een dementievriendelijke omgeving hoort ook een stukje preventie, want dementie is een van de weinig aandoeningen waar je echt leefstijlgerichte dingen kan doen om processen te vertragen. Als je ziet dat obesitas, te hoge bloeddruk, inactiviteit, te weinig uitdagingen allemaal negatieve factoren zijn in het ontwikkelen van dementie. Hiermee moet je wel heel voorzichtig zijn, dat het niet iemands eigen schuld is dat hij is getroffen door dementie. Dat wil ik beslist niet zeggen, maar het stil staan bij de factoren die bijdragen aan dementie, dat zijn dan ook factoren die het dementieproces kunnen verlangzamen.” (Bijlage 8)

Mantelzorg

Ruim zeventig procent van de mensen met de diagnose dementie woont nog thuis en krijgt mantelzorg van hun naaste familie en/of omgeving. Het is belangrijk dat thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers een vast en vertrouwd aanspreekpunt hebben, de wijkverpleegkundige of casemanager. Dit is iemand die langdurig beschikbaar is en verdiepte kennis heeft van dementie en de mogelijkheden voor behandeling, zorg en begeleiding (Huijsman, Jansen, & Bolle, 2017).

De wijkverpleegkundige moet ook aandacht hebben voor de situatie van de mantelzorger, de taken van de mantelzorg zijn namelijk erg groot. Naast zorg voor de persoon met dementie zijn de mantelzorgers druk met administratie en andere klusjes. Respondent drie (senior onderzoeker van het FSP) heeft onderzoek gedaan naar overbelaste mantelzorgers. In dit onderzoek gaf ze drie oplossingen, het aanbieden van hulp bij de boodschappen, hulp in de administratie en een klusjesdienst. Zo kan de mantelzorger zich volledig richten op het zorgen voor de persoon met dementie. Daarnaast gaf ze aan dat het belangrijk is om te vragen naar hoelang een mantelzorger denkt, de zorg nog wel vol te kunnen houden. Als de mantelzorger aan geeft het niet meer aan te kunnen dient hier actie op ondernomen te worden. Respondent drie geeft het volgende aan:

“Welke dingen ik uit de interviews heb gehaald is dat zorg op zich nog wel te doen is, maar al die administratie en klusjes eromheen maakt het gewoon heel druk. Ik heb toen ook aan de mantelzorgersgevraagd wat zou de oplossing zijn? Boodschappendienst, iemand die toch in fase 4 dementie zit kan niet lang alleen thuisblijven het risico dat ze gevaarlijke dingen gaan doen is te hoog. Ze kunnen de deur niet uit om boodschappen te doen, in de tuin te werken of even grofvuil weg te brengen. Daarnaast is er behoefte aan hulp met de administratie en een klussendienst. Zodat de mantelzorg al hun liefde kunnen steken in de zorg voor hun dierbaren.” (Bijlage 8).

“Dat is heel belangrijk om aan de mantelzorgers te vragen hoelang ze het nog volhouden. Als je dan paniek in hun ogen ziet dan weet je ‘die zijn allang over de grens’ als je het vraagt kunnen mensen aangeven dat ze het nog wel vol houden maar gewoon even moeten klachten of zeggen dat ze het nog een maandje volhouden. Stilstaan bij het feit: hou je het nog vol. Sommige mensen beginnen te huilen en vinden het dan zo fijn dat het hun wordt gevraagd. Dat ze aan geven het allang niet meer vol te houden maar het idee dat ze moeten. Het voelt ook als ontrouw, of iemand afschrijven als je hem opeens naar een verzorgingscentrum brengt.” (Bijlage 8).

Hoofdstuk 6: Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie beschreven. In paragraaf 6.1 worden de hoofdvraag en deelvragen toegelicht, waarna er een conclusie per deelvraag volgt. In deze paragraaf wordt de hoofdvraag beantwoord.

Binnen dit onderzoek is er getracht antwoord te geven op de volgende hoofdvraag: “Op welke manier kunnen de professionals de leefomgeving van het dorp Wommels in de gemeente Súdwest-Fryslân dementievriendelijker inrichten voor ouderen boven de 65 jaar die de diagnose dementie hebben?”. Tijdens het beantwoorden is de hoofdvraag opgedeeld in verschillende kernbegrippen die waren samengevat in drie deelvragen.

Dementievriendelijke omgeving

De uitkomsten van het onderzoek tonen aan dat een dementievriendelijke omgeving ervoor zorgt dat ouderen met dementie zich actief betrokken voelen bij het leven in het dorp, hierdoor voelen ze zich veilig. Uit de afgenomen interviews wordt dit bevestigd. De respondenten benoemen dat er op dit moment een pilot van de Vitale regio loopt naar een dementievriendelijke omgeving. De uitkomsten van dit onderzoek zullen worden gebruikt voor de vervolg stappen. De gemeente onderneemt hier nu nog geen stappen in.

Dementievriendelijke fysieke leefomgeving

De uitkomsten van het onderzoek ondersteunen de wetenschappelijke literatuur, hierbij wordt aangetoond dat het dementievriendelijk inrichten van de fysieke leefomgeving van groot belang is voor ouderen met dementie. Er is in een onderzoek een aantal maatregelen gevonden die kunnen bijdragen bij het dementievriendelijk inrichten van de fysieke leefomgeving, denk hierbij aan bestrating, bewegwijzering en oversteekplaatsen in het dorp. Een dementievriendelijke fysieke leefomgeving nodigt de ouderen met dementie uit om actief te blijven bijdragen aan het sociale leven in het dorp. Het deelnemen aan het sociale leven in het dorp heeft positieve effecten op het welbevinden en de kwaliteit van leven van de oudere met dementie. Kennis is van essentieel belang om zorg te dragen voor een dementievriendelijke fysieke leefomgeving. Momenteel ontbreekt de kennis over het belang van een dementievriendelijke fysieke leefomgeving bij de zorgprofessionals. Hierdoor hebben de zorgprofessionals de indruk dat de fysieke leefomgeving van minder groot belang is bij een dementievriendelijke omgeving. Om de dementievriendelijkheid in het dorp Wommels te verbeteren is er meer kennis nodig bij de professionals over het onderwerp.

Dementievriendelijke sociale leefomgeving

De uitkomsten van het onderzoek zijn vergeleken met de verkregen informatie uit de interviews. Hierbij wordt het belang van een dementievriendelijke sociale leefomgeving aangetoond. Onvoldoende kennis en bekendheid met het ziektebeeld dementie draagt bij aan stigmatisering. Dit leidt tot een andere behandeling van mensen met dementie dan gewenst is. Een dementievriendelijke sociale leefomgeving draagt bij aan het vergroten van de kennis over het ziektebeeld en het tegengaan van stigmatisering. Een dementievriendelijke sociale leefomgeving wordt gecreëerd door het vergroten van kennis en begrip over het ziektebeeld. Daarnaast is Koudum een plattelandsdorp, wat een bevorderende factor is voor de sociale leefomgeving. Plattelandsdorpen bevatten een hechte sociale gemeenschap waarin inwoners geneigd zijn elkaar te helpen. Dit wordt door verschillende respondenten bevestigd, de sociale cohesie is groot in het dorp, men past op elkaar. Tijdens het afnemen van de interviews is gebleken dat de zorgprofessionals actief bezig zijn met het bewust maken van de sociale leefomgeving over de ziekteprocessen en gevolgen van dementie. Hieruit kunnen we concluderen dat de zorgprofessionals actief werken aan het verbeteren van de sociale leefomgeving voor mensen met dementie.

Zorgprofessionals in een dementievriendelijke omgeving

Uit het onderzoek en de afgenomen interviews blijkt dat de wijkverpleegkundige en de casemanager een belangrijke rol kunnen vervullen in een dementievriendelijke omgeving. De respondenten beamen dit, echter geeft een aantal respondenten aan dat dementie een groter probleem is waar de hele samenleving zorg voor zou moeten dragen. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat de wijkverpleegkundige en de casemanager zich bezig dienen te houden met preventie. Binnen de zorg voor mensen met dementie verleent de casemanager specialistische en complexere zorg en onderscheid zich zo van de wijkzorg. Tevens geven verschillende respondenten aan dat er meer aandacht voor mantelzorgers moet zijn in een dementievriendelijke omgeving. Er wordt aangegeven dat er op dit moment te weinig zorg en ondersteuning is voor de mantelzorgers.

Concluderend

De zorgprofessionals kunnen de leefomgeving in het dorp zoals Wommels in dit geval Koudum dementievriendelijker inrichten door hun kennis te vergroten over het belang van een dementievriendelijke fysieke omgeving. De zorgprofessionals vergroten de kennis en het begrip onder de inwoners van de sociale leefomgeving over het ziektebeeld dementie. Daarnaast kan er meer ingezet worden op preventie door de zorgprofessionals en dient er vanuit de zorg en de gemeente meer aandacht te zijn voor mantelzorgers.

Hoofdstuk 7: Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie besproken. In paragraaf 7.1 wordt de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek besproken. Vervolgens wordt in paragraaf 7.2 de discussie van de methoden toegelicht. Als laatste benoemen we in paragraaf 7.3 de nieuwe inzichten.

7.1 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit van het onderzoek is bewaakt doordat er gebruik is gemaakt van triangulatie. Tijdens het onderzoek zijn verschillende databronnen en dataverzamelingstechnieken toegepast. De onderzoekers hebben beiden individueel wetenschappelijk literatuuronderzoek gedaan en hebben de gevonden data met elkaar vergeleken, besproken en beoordeeld. Tijdens het transcriberen en coderen van de afgenomen interviews controles ingebouwd. Zo zijn de interviews opgenomen en door een onderzoeker vastgelegd, de andere onderzoeker heeft deze transcriptie nagelezen terwijl de interviewopnamen werden afgespeeld. Het coderen is in overleg met elkaar en de respondenten gebeurd. De observaties die zijn gedaan door beide onderzoekers zijn opgeschreven en later met elkaar vergeleken, de verschillen en overeenkomsten zijn met elkaar besproken en beoordeeld.

Gedurende het onderzoek is er regelmatig contact geweest met de respondenten en medewerkers van de gemeente Súdwest-Fryslân over de inhoud en voortgang van het onderzoek (member check). Daarnaast is er ook met het andere onderzoek duo binnen het GO! Noord Nederland project contact geweest en informatie uitgewisseld (peer check). Echter is er wel minder gebruik gemaakt van de deskundigen check met de opdrachtgever.

De heldere beschrijving over de bevindingen, stappen en beslissingen die zijn genomen tijdens het onderzoek draagt bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het feit dat beide onderzoekers standaard los van elkaar data hebben opgezocht en deze met elkaar hebben vergeleken draagt bij aan de betrouwbaarheid. Echter had de betrouwbaarheid van het onderzoek hoger kunnen zijn door het bijhouden van een logboek. Dit is niet gedaan en kan mogelijk effect hebben op de betrouwbaarheid en op de mogelijke herhaling van het onderzoek.

7.2 Discussie van methoden

Tijdens het onderzoek zijn er verschillende methoden van dataverzameling gebruikt. De verschillende methoden worden hieronder verder toegelicht.

7.2.1 Vooronderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GO! Noord Nederland vanuit het lectoraat Gezonde Samenleving. Tijdens de start van dit semester was onduidelijk wat er werd verwacht vanuit het project. Er is langere tijd gewacht op een bewonersbijeenkomst. Tijdens deze bewonersbijeenkomst zou het onderwerp van het onderzoek bepaald worden door middel van Shared Decision Making met de bewoners, gemeente en medewerkers van GO! Noord Nederland. In verband met het coronavirus is dit niet mogelijk geweest. Het project Go! Noord Nederland is tot op heden nog niet gestart in de Friese plattelandsdorpen. Door de uitblijvende bewonersbijeenkomsten heeft het onderzoek vertraging opgelopen, het vooronderzoek is gestart in week 41. Dit heeft uiteindelijk tot tijdsdruk in latere processen gezorgd, waardoor processen zijn versneld en mogelijk niet altijd correct uitgevoerd.

De werkbegeleider vanuit de GGD was langdurig ziek, het heeft langere tijd geduurd voordat hier een vervanger voor was gevonden. In week 40 is er een tijdelijke werkbegeleider vanuit de GGD gekozen.

Echter heeft deze werkbegeleider haar taken in week 44 neergelegd. Vervolgens hebben twee beleidsmedewerkers van de gemeente Súdwest-Fryslân de rol van werkbegeleider op zich genomen. In opdracht van de gemeente is er gewisseld van dorp tijdens het onderzoek. Doordat er tijdens de eerste fasen van het onderzoek geen correcte begeleiding is geweest hebben de onderzoekers moeilijkheden ervaren met opstarten wat tot tijdsdruk in latere processen heeft geleid.

Tijdens het vooronderzoek is er niet de mogelijkheid geweest om bewoners bij het onderzoek te betrekken. De gemeente Súdwest-Fryslân heeft aangegeven dat dit niet wenselijk was. Dit om verwarring bij de dorpsbewoners te voorkomen, aangezien het GO! Noord Nederland project nog niet was gestart. Door de opgelopen vertraging en het niet mogen benaderen van bewoners is het vooronderzoek minder uitgebreid uitgevoerd dat in eerste instantie de bedoeling was. Het valt namelijk te betwijfelen in hoeverre er onderzocht kan worden wat er nodig is voor een dementievriendelijke omgeving zonder de visie van mensen met dementie of hun mantelzorgers te betrekken bij dit onderzoek.

7.2.2 Literatuurstudie

In hoofdstuk 2 Methode is de zoekstrategie voor de gevonden literatuur beschreven. Er is Echter veel gebruik gemaakt van buitenlandse onderzoeken, met name Engelstalige onderzoeken. Er zijn geen geschikte Nederlandse onderzoeken gevonden over een dementievriendelijke omgeving die hoog in de Level of Evidence staan. Hierdoor bestaat de kans dat de gevonden literatuur niet aansluit bij de praktijk.

7.2.3 Semigestructureerde Interviews

Binnen het onderzoek zijn semigestructureerde interviews afgenomen om antwoord te krijgen op de deelvragen. Deze interviews vonden online plaats via Microsoft TEAMS. Het online afnemen van de interviews heeft mogelijk invloed gehad op het verzamelen van informatie. Hierdoor is niet altijd de maximale opbrengst uit een interview gehaald. Doordat de interviews via TEAMS waren is er een groot deel van de non-verbale communicatie weggefallen. Ook was de internetverbinding niet altijd optimaal waardoor sommige vragen of antwoorden niet duidelijk over kwamen.

Door de opgelopen vertraging aan het begin van het onderzoek zoals bij 7.2.1 beschreven was de tijd voor het afnemen van interviews beperkt. Wanneer er geen sprake was van vertraging was er wellicht meer ruimte geweest voor het afnemen van interviews met meerdere professionals. Dit had meer inzichten kunnen geven voor het beantwoorden van deelvraag één, twee en drie.

De interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers. Tijdens het afnemen van de interviews hebben de onderzoekers zich ontwikkeld in hun gesprekstechnieken. Hierdoor zou het kunnen dat de opbrengst van de eerste interviews minder en beperkter zijn dan de laatste interviews. Daarnaast ervaren de onderzoekers moeite met leiding nemen tijdens de eerste interviews. Dit kwam door verschillende factoren zoals, beperkte ervaring met het afnemen van interviews en het gebruik van een topiclist. In het begin bood de topiclist niet voldoende structuur, gedurende het afnemen van verschillende interviews hebben de onderzoekers het gebruik van een topiclist zich eigen kunnen maken. Na het afnemen van elk interview was er ruimte om de interviews te bespreken en feedback te geven aan elkaar.

7.2.4 Focusgroep

Tijdens het afnemen van het focus groepsgeprek zijn dezelfde beperkingen ondervonden als bij de semigestructureerde interviews met het gebruik van Microsoft TEAMS. Daarnaast was het focus groepsgeprek in groepsverband, hierdoor waren de professionals erg afwachtend en werd er regelmatig door elkaar heen gepraat. Bij een focusgroep is het de bedoeling dat verschillende respondenten op elkaar reageren en het een interactief gesprek is. Echter is dit niet tot stand gekomen doordat de respondenten erg afwachtend waren of door elkaar heen praatten. Doordat het gesprek via TEAMS zou plaatsvinden is ervoor gekozen om de groep klein te houden. De angst was dat het met een grotere groep onduidelijk zou worden en er weinig overzicht zou zijn. De focusgroep was wel divers.

7.2.5 Gebiedsanalyse in de vorm van observaties en bezoeken

De onderzoekers hadden voor ogen om een dorpsanalyse te doen volgens het stappenplan van het van Kleef Instituut. Echter kwamen de onderzoekers er tijdens de uitwerking achter dat dit niet zo zeer op de fysieke eigenschappen van het dorp inging maar meer op de sociale eigenschappen. De onderzoekers wilden graag met de dorpsanalyse fysieke eigenschappen aantonen die in het kader van een dementievriendelijke leefomgeving aangepast moesten worden. Daarom hebben de onderzoekers ervoor gekozen een andere manier te observeren. Er is gekozen om middels een bezoek het dorp te observeren. Echter is het praktijkonderzoek uitgevoerd in Koudum en dient het advies te worden geschreven voor het dorp Wommels. Hierdoor kan het zijn dat de aanbevelingen en maatregelen die toegepast kunnen worden in het dorp niet toepasbaar zijn in Wommels doordat ze zijn gebaseerd op observaties in Koudum (Migchelbrink, 2019).

7.3 Nieuwe inzichten

Tijdens het vooronderzoek is de richting van het onderzoek in samenspraak met de opdrachtgever van het lectoraat Gezonde Samenleving, de tijdelijke werkbegeleider van de GGD en de gemeente Súdwest-Fryslân bepaald. Enerzijds was het lastig om het onderzoek over een dementievriendelijke leefomgeving in Wommels vorm te geven doordat het GO! Noord Nederland project in verband met het coronavirus nog niet was gestart en bewoners nog niet op de hoogte waren van het project. Anderzijds moesten de onderzoekers wel verder met het onderzoek vanwege de gestelde deadlines. Er is er daarom voor gekozen om het onderzoek plaats te laten vinden in het dorp Koudum in plaats van in Wommels. Uit de afgenomen interviews kwam naar voren dat er onder de professionals voldoende kennis beschikbaar is over de sociale leefomgeving in een dementievriendelijke omgeving. Binnen de plattelandsdorpen kennen de inwoners elkaar en is er een goede sociale cohesie. Dit wordt gezien als een beschermende en bevorderende factor voor de thuiswonende ouderen met dementie. Echter was het opvallend dat de respondenten onvoldoende kennis hebben over de rol van de fysieke leefomgeving in een dementievriendelijke omgeving. Dit kan gezien worden als een belemmerende factor. De fysieke leefomgeving kan zoals blijkt uit het literatuuronderzoek bijdragen aan de kwaliteit van leven van ouderen met dementie en heeft positieve effecten op de hersenfuncties.

Hoofdstuk 8: Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen voor het dementievriendelijker inrichten van het dorp Wommels beschreven. De aanbevelingen zijn geformuleerd aan de hand van de uitkomsten van de resultaten, conclusie en discussie.

8.1 Deskundigheidsbevordering

8.1.1 Zorgprofessionals

Gebaseerd op de uitkomsten van de interviews wordt het verbeteren van kennis over een dementievriendelijke fysieke leefomgeving aanbevolen. Uit de interviews bleek dat de respondenten die werkzaam waren als wijkverpleegkundige en als casemanager dementie onvoldoende wisten over het belang van een dementievriendelijke fysieke leefomgeving. De transcripten van de focusgroep interviews zijn te lezen in bijlage 6. Het verbeteren van de fysieke leefomgeving zorgt ervoor dat ouderen met dementie actief kunnen blijven meedoen in het sociale leven. Ouderen kunnen hierdoor makkelijker bewegen in het dorp wat leidt tot verbetering van de globale cognitieve functies en stemming. Bewegen en actief deelnemen aan het sociale leven leidt tot een verbetering van de kwaliteit van leven en het welbevinden van ouderen met dementie (Karssemeijer, et al., 2017). Door de kennis over (het belang van) een dementievriendelijke fysieke leefomgeving te vergroten kunnen de wijkverpleegkundige en casemanagers dementie hun werkwijze aanpassen en stappen ondernemen in samenwerking met de gemeente om een dementievriendelijke fysieke leefomgeving te realiseren.

8.1.2 Gemeente

Daarnaast ligt er voor het realiseren van een dementievriendelijke fysieke leefomgeving een rol bij de gemeente. De gemeente wordt aanbevolen om een visie te ontwikkelen op de zorg voor ouderen met dementie in hun gemeente. Het aantal mensen met de diagnose dementie neemt de komende jaren fors toe (ABF Research, 2020). Het is daarom van belang dat de gemeente stappen onderneemt om plattelandsdorpen dementievriendelijk in te richten in samenspraak met zorgprofessionals en indien mogelijk mensen met dementie zelf en hun mantelzorger.

8.1.3 Preventie

Tijdens het verwerken van de interviews is er geconstateerd dat preventie een belangrijk onderdeel is van het takenpakket van de wijkverpleegkundige en casemanager dementie. Er is door verschillende respondenten aangegeven dat een dementievriendelijk omgeving en preventie gecombineerd moeten worden om ziektebeloop te vertragen en om complicaties te voorkomen. Echter bleek dat de zorgprofessionals niet volledig op de hoogte waren van preventie in combinatie met een dementievriendelijk leefomgeving. Er wordt daarom geadviseerd om deze kennis onder zorgprofessionals te vergroten en verder onderzoek te doen naar welke acties of interventies bijdragen aan preventie binnen een dementievriendelijk omgeving.

8.2 GO! Noord Nederland

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het GO! Noord Nederland project. In verband met het covid-19 virus is de rol van het GO! Noord Nederland project minder groot geweest dan vooraf de bedoeling was. Tijdens het onderzoek is rekening gehouden met de bewonersbijeenkomst die naar verwachting begin 2021 zal plaatsvinden. Uit observaties in het dorp Koudum, waar de onderzoekers het praktijkonderzoek uitvoerden, zijn een aantal punten gekomen die aangepast kunnen worden om de fysieke leefomgeving dementievriendelijker in te richten. De leesbaarheid van het dorp kan worden vergroot, door de bewegwijzering aan te passen met bijvoorbeeld foto's. In het dorp worden vele

verschillende kleuren en soorten bestrating door elkaar gebruikt wat zorgt voor een onrustig beeld, waardoor ouderen met dementie gedesoriëteerd en/of overprikkeld kunnen raken. De leesbaarheid en navigeerbaarheid van een aantal kruispunten in het dorp kan worden vergroot. Op dit moment zijn deze kruispunten onoverzichtelijk met bijvoorbeeld ronde cirkels midden op de weg, waardoor dit lijkt op een rotonde.

Gedurende het onderzoek is een lijst met maatregelen gevonden die kunnen bijdragen bij het dementievriendelijk inrichten van de fysieke leefomgeving. Er wordt aanbevolen om deze maatregelen verder te onderzoeken en indien mogelijk toe te passen in het dorp. Tijdens de bewonersbijeenkomst in Wommels kunnen de uitkomsten van dit onderzoek worden besproken met de stakeholders.

8.3 Vervolg onderzoek

8.3.1 Maatregelen

Tijdens het onderzoek zijn verschillende interventies gevonden om aanpassingen te kunnen doen binnen de fysieke leefomgeving. Er wordt aangeraden om hier verder onderzoek naar te doen. Binnen dit onderzoek zijn de interventies ondersteund met literatuur, maar dit is nog niet voldoende. Daarnaast wordt er aangeraden om te onderzoeken hoe de interventies samengesteld, geïmplementeerd en geëvalueerd kunnen worden. Deze aspecten zijn niet opgenomen in het huidige onderzoek maar wel van belang om te verkennen voordat er interventies ingezet kunnen worden.

8.3.2 Belanghebbenden

Bij vervolgonderzoek naar een dementievriendelijke omgeving is het van belang dat bewoners, mensen met dementie en mantelzorgers worden betrokken. Om in de toekomst beoogde initiatieven te laten slagen is het van belang dat mensen met dementie participeren binnen deze ontwikkeling. Dit bevordert de kans dat de initiatieven aansluiten bij de prioriteit, behoefte en wensen van de mensen met dementie (Phillipson, et al., 2018).

Hoofdstuk 10: Bibliografie

- ABF Research. (2020, 01 06). *Mensen met dementie per gemeente*. Opgehaald van alzheimer-nederland.nl: <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf>
- Alphen, T. v., Linde, K., Kok, L., Hertog, F. d., Aben, J., Staatsen, B., . . . Storm, & I. (2017, 04 04). *Een gezonde omgeving in Utrecht*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Opgehaald van RIVM.nl: https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/009885_103919_FS_UTRECHT_V7_TG.pdf
- Alzheimer-Nederland. (2019, 05 27). *Factsheet cijfers en feiten over dementie*. Amersfoort: Alzheimer-Nederland. Opgehaald van alzheimer-nederland.nl: https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie?gclid=CjwKCAjwiOv7BRBREiwAXHbv3LDP8fAawNwsR5EULGXH61nVFpukMoxCbUQohgOJNTkC7WmWSIUjqxoCxloQAvD_BwE
- Alzheimer-Nederland. (2020, 01 06). *Mensen met dementie per gemeente*. Opgehaald van [www.alzheimer-nederland.nl](https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf): <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf>
- Arts, W. (2018). Hoe creeër je een dementievriendelijke omgeving? *sociaal bestek*, 1.
- Baldewsing, S. (2013). *Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Benders, L. (2020, 09 02). *Fieldresearch*. Opgehaald van scribbr.nl: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/fieldresearch-veldonderzoek/>
- Boer, F. d. (2016, 05 18). Mixed Methods : een nieuwe methodologische benadering? *KWALON*, 5-10. Opgehaald van [tijdschriftkwalon.nl](https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-11-2-2/Mixed-Methods-een-nieuwe-methodologische-benadering): https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-11-2-2/Mixed-Methods-een-nieuwe-methodologische-benadering
- Busch, M. (2020). *Preventie in Volksgezondheidszorg.info*. Opgehaald van [volksgezondheidszorg.info](https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-preventie-naar-interventiemethode): <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-preventie-naar-interventiemethode>
- CBS. (2020, 09 04). *Bevolking; geslacht, leeftijd en viercijferige postcode, 1 januari*. Opgehaald van [opendata.cbs.nl](https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83502NED/table?searchKeywords=postcode): <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83502NED/table?searchKeywords=postcode>
- CBS. (2020, 09 22). *Personen met indicatie zorg met verblijf; zzp en regio*. Opgehaald van [mlzopendata.cbs.nl](https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40004NED/table?dl=1F5E6): <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40004NED/table?dl=1F5E6>
- Deltaplan Dementie. (2017). *Deltaplan Dementie Nieuws special 2017*. Opgehaald van [www.deltaplandementie.nl](https://www.deltaplandementie.nl/sites/default/files/Brief%20aan%20informatie%20special%20Deltaplan%20Dementie%20Nieuws_2.pdf): https://www.deltaplandementie.nl/sites/default/files/Brief%20aan%20informatie%20special%20Deltaplan%20Dementie%20Nieuws_2.pdf

- Deltaplan Dementie. (sd). *Waarom een deltaplan*. Opgehaald van www.deltaplandementie.nl: <https://www.deltaplandementie.nl/nl/why-a-deltaplan>
- Evripidou , M., Charalambous, A., Middleton, N., & Papastavrou , E. (2018, mei). Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspective in Psychiatric Care*, 48-60. Opgehaald van www.onlinelibrary-wiley-com: <https://onlinelibrary-wiley-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/ppc.12291>
- Francke, A., Heide, I. v., Bruin, S. d., Gijsen, R., Poos, R., Veerbeek, M., . . . Willemse, B. (2018). Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact. *Themaraapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg*, 1-102.
- GO! Noord Nederland. (sd). *Gonoordnederland*. Opgehaald van www.gonoordnederland.nl: <https://www.gonoordnederland.nl/go-methode>
- Green, G., & Lakey, & L. (2013, 09). Building dementia-friendly communities: A priority for everyone. *Alzheimer's Society*, 1-96. Opgehaald van actonalz.org: https://actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia_friendly_communities_full_report.pdf
- Hebert, C., & Scales, K. (2017). Dementia friendly initiatives: A state of the science review. *Dementia*, 1858-1895.
- Hoegen , P., Verhoef, J., Munten, G., & Kuiper, C. (2020). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* . Amsterdam: Kuiper & Boom uitgevers.
- Hoogeveen, F. (2016). Samen dementievriendelijk. *Denkbeeld*, 2. Opgehaald van www.springerlink.com: <https://link-springer-com.windesheim.idm.oclc.org/article/10.1007%2Fs12428-016-0065-z>
- Huijsman, R., Jansen, G., & Bolle, F. (2017). Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie). *V&VN*, 3 t/m 48.
- Jochems, A., & Joosten, & F. (2012). *Coëlho: Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Amsterdam: Reed Business.
- Karssemeijer, E., Aaronson, J., Bossers, W., Smits, T., Olde Rikkert, M., & Kessels, R. (2017). Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 75-83.
- Kay, S., Bail, K., & Neville, S. (2018, december). Dementia-friendly community initiatives. *CSI Journal of Clinical Nursing*, 2035-2045. Opgehaald van www.onlinelibrary-wiley-com: <https://onlinelibrary-wiley-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/jocn.14746>
- Leijen, M., & Storm, I. (2020). WIJKVERPLEGING WERKT AAN WIJKPREVENTIE. *De wijk krant Vilans*, 1 t/m 16.
- Martini, F., & Bartholomew, E. (2017). *Anatomie en Fysiologie*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Mateman, H., & Groot, & N. (2014). *Zicht op effect*. Utrecht: Movisie. Opgehaald van movisie.nl: <https://www.movisie.nl/publicatie/zicht-effect>

- McFadden, R. (2017). *Farmacologie*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Migchelbrink, F. (2019). *De kern van participatief actieonderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Ministerie van VWS. (2012). *De zorg: hoeveel extra is het ons waard?* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Mitchell, L., & Burton, E. (2010). Designing Dementia-Friendly Neighbourhoods: Helping People with Dementia to Get Out and About. *Journal of Integrated Care*, 12-19.
- Mitchell, L., Burton, E., & Raman, S. (2007). Dementia-friendly cities: designing intelligible neighbourhoods for life. *Journal of Urban Design*, 89-101. Opgehaald van www.tandfonline-com: https://www.tandfonline-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1080/1357480042000187721
- Movisie. (2020, 04). *Informatieblad Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies*. Opgehaald van [movisie.nl: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-04/informatieblad-procesevaluatie.pdf](https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-04/informatieblad-procesevaluatie.pdf)
- Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J., & Harps-Timmerman, A. (2012). *Practice Development*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Nederlandse Overheid Referentie Architectuur. (2020, maart). *Wettelijke kaders en regelgeving gegevensmanagement*. Opgehaald van www.noraonline.nl: https://www.noraonline.nl/wiki/Wettelijke_kaders_en_regelgeving_gegevensmanagement
- Nevid, J., Rathus, S., & Greene, & B. (2016). *psychiatrie in de verpleegkunde*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Patyna. (sd). *nij stapert*. Opgehaald van [patyna.nl: https://www.patyna.nl/locaties/wommels/nij-stapert/](https://www.patyna.nl: https://www.patyna.nl/locaties/wommels/nij-stapert/)
- PBL. (2019). *Bevolking Cijfers & Context Vergrijzing*. Opgehaald van [www.themasites.pbl.nl: https://themasites.pbl.nl/o/regionale-bevolkingsprognose/](https://themasites.pbl.nl: https://themasites.pbl.nl/o/regionale-bevolkingsprognose/)
- Phillipson, L., Hall, D., Cridland, E., Fleming, R., Brennan-Horley, C., Guggisberg, N., & Hasan, D. F. (2018, 01 24). Involvement of people with dementia in raising awareness and changing attitudes in a dementia friendly community pilot project. *Dementia*, 2680-2694. Opgehaald van journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org: https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301218754455?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider
- Plasmans, M., Ramjiawan, V., Vonk, R., & Wilk, & E. (2019, 10 28). *zorguitgaven*. Opgehaald van [volksgezondheidenzorg.info: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/kosten/zorguitgaven](https://www.volksgezondheidenzorg.info: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/kosten/zorguitgaven)
- Poos, M., Gommer, A., & Rodriguez, & M. (2020, 09 23). *Sterfte naar afzonderlijke doodsoorzaken*. Opgehaald van [volksgezondheidenzorg.info: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-naar-doodsoorzaak/cijfers-context/huidige-situatie#!node-sterfte-naar-afzonderlijke-doodsoorzaken](https://www.volksgezondheidenzorg.info: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-naar-doodsoorzaak/cijfers-context/huidige-situatie#!node-sterfte-naar-afzonderlijke-doodsoorzaken)

- Poos, M., Meijer, S., Willemse, B., Gommer, A., & Rodriguez, & M. (2020, 09 04). *Trend in sterfte door dementie*. Opgehaald van volksgezondheidszorg.info:
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/trends#node-trend-sterfte-door-dementie>
- Rijksoverheid. (2019, 12 03). *Intensivering aanpak dementie*. Opgehaald van rijksoverheid.nl:
<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/12/03/intensivering-aanpak-dementie>
- Rosendal. (2019, 06). Expertisegebied wijkverpleegkundige. V&VN, 5-12. Opgehaald van venvn.nl:
<https://www.venvn.nl/media/2q5mdxo4/expertisegebied-wijkverpleegkundige.pdf>
- Rosendal, H., & Dorst, J. v. (2016). Zo maak je een wijkplan. *Nursing*, 56-59. Opgehaald van www.link-springer.com: <https://link-springer-com.windesheim.idm.oclc.org/article/10.1007/s41193-016-0191-2>
- Rozanova, J., Dosman, D., & Jong-Gierveld, & J. (2008). *Rural ageing: A good place to grow old?* Bristol: The Policy Press.
- Shannon, K., Bail, K., & Neville, & S. (2018, 12 16). Dementia-friendly community initiatives: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 2035-2045. Opgehaald van onlinelibrary-wiley-com.windesheim.idm.oclc.org: <https://onlinelibrary-wiley-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/jocn.14746>
- Straalen, L. v., & Schuurmans, & M. (2016). *Klinisch redeneren voor verpleegkundige*. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.
- Swaffer, K. (2014, 10 17). Dementia: Stigma, Language, and Dementia-friendly. *Dementia*, 709-716. Opgehaald van <https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/>: https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301214548143?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider
- Tilro, A., & Vries, S. D.-d. (2011). *verplegen van zorgvragers met dementie*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Vliet, K. v., Overmars-Marx, T., & Felix, E. (2012). Langer thuis met dementie. *Denkbeeld*, 10-13.
- Vries, W. d., Brander, A., Piekema, L., Fernee, H., & Witte, & T. (2019, 06). LEVEN IN FRYSLÂN. 9-11. Opgehaald van fsp.nl: https://www.fsp.nl/wp-content/uploads/2019/06/FSP_LIF_TOTAAL-DEF.pdf
- Ward, R., Clark, A., Campbell, S., Graham, B., Kullberg, A., Manji, K., . . . Keady, J. (2017). The lived neighborhood: understanding how people with dementia engage with their local environment. *Int Psychogeriatr*, 867–880. Opgehaald van www.ncbi.nlm: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6088530/>
- Wiersma, E., & Denton, A. (2013, 12 24). Van sociaal netwerk tot vangnet: dementievriendelijke gemeenschappen op het platteland van Noord-Ontario. *Dementia*, 51-68. Opgehaald van journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org: <https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/10.1177/1471301213516118>

Witte, T. d., & Hoekstra, & S. (2018, 11 01). *FSP Fluchskrift Dementie in Fryslân*. Leeuwarden: Fries Sociaal Planbureau. Opgehaald van fsp.nl: https://www.fsp.nl/wp-content/uploads/2019/01/fsp_fluchskrift_dementie_in_fryslan_1.pdf

Zelman, M., Dafnis, E., Raymond, J., Holidaway, P., & Mulvihill, & M. (2017). *Pathologie*. Amsterdam: Pearson Benelux.

Zitvast, H. (2018). Hospices voor respijtzorg: Zijn er nieuwe hospices nodig voor mensen met respijtzorg. *Pallium*, 12-13.

Hoofdstuk 11: Bijlage

Bijlage 1: Zoekstrategie Literatuuronderzoek

Volgens Migchelbrink is literatuurstudie zoeken naar informatie, in analoge en digitale vorm. In literatuurstudie werk je met bestaande kennis en inzichten uit (vak)literatuur over het onderzoeksthema of een aspect ervan. Het omvat boeken, artikelen en onderzoeksrapporten. Je maakt dus gebruik van onderzoek en materiaal van andere mensen om te leren hoe over een bepaald thema wordt gedacht, of wat er al over is onderzocht (Migchelbrink, 2019).

Literatuuronderzoek als eerste stap voor het werkveld in te gaan wordt in Participatief actieonderzoek weinig tot niet gebruikt. Participatief actieonderzoek gaat uit van de praktijk als aanleiding tot literatuuronderzoek. Literatuuronderzoek kan echter wel een functie hebben in Participatief actieonderzoek. Het kan namelijk bijdragen tot verheldering en aanvulling van de al aanwezige kennis. Daarnaast kan het eenzijdig denken en dus een tunnelvisie voorkomen (Migchelbrink, 2019).

Bij het verzamelen van literatuur is er gebruik gemaakt van verschillende databanken zoals Pubmed, Windesearch, Cochrane en Google Scholar. De zoektermen die hiervoor zijn gebruikt waarin zowel in het Nederlands als in het Engels. Daarnaast is er gebruik gemaakt van een in- en exclusiecriteria. De volgende zoektermen zijn gebruikt:

Nederlands	Engels
Dementie	Dementia
Leefomgeving	Environment
Gemeenschap	Elderly people
Dementievriendelijk	Community
Wijkverpleegkundige	Dementia friendly
Verpleeghuis	
Thuiszorg	
Ouderen 65 Jaar	
Ouderenzorg	
Plattelandsgemeenschap	
Friesland	

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De bron niet ouder dan 10 jaar	De bron is ouder dan 10 jaar
Bronnen zijn Nederlands of Engelstalige	De bronnen in een andere taal dan Nederlands of Engels.
Bronnen die gaan over dementie en leefomgeving	Bronnen die niet gaan over dementie en leefomgeving
Bronnen zijn van toepassing op ouderen boven de 65 jaar	Bronnen die niet van toepassing zijn op ouderen boven de 65 jaar
Niveau van bewijs: Systematische beoordelingen, gerandomiseerde gecontroleerde proeven, niet-gerandomiseerde gecontroleerde proeven, observationele studies met vergelijkingsgroepen	Niveau van bewijs: Case series & case reports, deskundig advies
Volledige toegang tot de informatie.	Geen volledige toegang

Dataverzameling en analyse

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, zijn er vier deelvragen opgesteld. Door deze deelvragen te beantwoorden kan er een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag. De deelvragen worden beantwoord door het toepassen van verschillende dataverzamelingstechnieken. Binnen dit onderzoek is ervoor gekozen om gebruik te maken van een mixed-method-aanpak. Dit is een combinatie tussen een kwalitatieve en een kwantitatieve onderzoeksmethode. Als kwalitatieve en kwantitatieve methoden beide adequaat en zinvol worden uitgevoerd, kan het leiden tot een meer volledig beeld van de werkelijkheid (Boer, 2016).

Daarnaast wordt ook onderscheid gemaakt in dataverzamelingstechnieken. De eerste is het uitvoeren van een literatuurstudies. Als tweede is er gekozen voor een field research om gegevens te verzamelen en te analyseren. Bij field research moet de data verzamelen en analyseren worden in een zo natuurlijk mogelijke alledaagse setting. Dit levert het beste beeld van de werkelijkheid en waarborgt de validiteit in het onderzoek (Benders, 2020).

Bijlage 2: Beoordeling bronnen, Level of Evidence

Bronnen deelvraag 1

Bron 1

Auteur: Ward, Richard ; Clark, Andrew; Campbell, Sarah; Graham, Barbara; Kullberg, Agneta; Manji, Kainde ; Rummery, Kirstein; Keady, John

Titel: The lived neighborhood: understanding how people with dementia engage with their local environment

Publicatiedatum: mei 2017

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6088530/>

1. Wat is onderzocht?
 - Dit is een internationale studie over hoe mensen met dementie omgaan met hun buurten.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Het doel is om de geleefde ervaring van de plaatsen waar mensen wonen beter te begrijpen en hoe het begin en de progressie van dementie in deze context wordt beheerd. Het onderzoek zal vervolgens het ontwerp en de pilot van buurtgerichte interventies in elk van de drie projectvelden informeren en hiermee willen we bevindingen uit de studie vertalen naar praktijkinnovaties.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - De studie heeft tot doel lokale ruimten en netwerken in kaart te brengen op drie terreinlocaties (Manchester, Centraal-Schotland en Linköping, Zweden). Het maakt gebruik van een mix van kwalitatieve en participatieve benaderingen die mobiele en visuele methoden omvatten die bedoeld zijn om kennis te creëren die het ontwerp en de piloting van een wijkgerichte interventie zal informeren.
4. Wat werd er gevonden?
 - Het onderzoek toont aan dat de buurt een actieve rol speelt in het leven van mensen met dementie, grenzen stellen en beperkingen, maar ook het aanbieden van belangrijke kansen, waaronder vormen van hulp en ondersteuning nog zelden besproken op het gebied van dementie studies. De paper geeft nieuwe en onderscheidende inzichten in de relatie tussen buurten en het dagelijks leven voor mensen met dementie die belangrijke implicaties hebben voor het debat over sociale gezondheid en beleid met betrekking tot dementievriendelijke gemeenschappen.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Ten slotte is de studie begonnen om aan te tonen hoe de buurt mensen kan helpen om hun potentiële en waargenomen verplichtingen op lokaal niveau te vervullen. Het onderzoek tot nu toe heeft veel verschillende voorbeelden van het dagelijks burgerschap, die handelingen en praktijken aan het licht gebracht, waarbij mensen bijdragen leveren aan de plaatsen waar ze wonen en de netwerken waartoe ze behoren en zich bewust zijn van hun rechten en verantwoordelijkheden om dit te doen. Voortbouwend op het debat over sociaal burgerschap, Bartlett (2016) heeft ook onderstreept het belang van de erkenning van "burgerschap binnen de praktijk van de gewone" in een context van het leven met dementie. Een bijzonder voorbeeld dat hier wordt benadrukt is het plaatsen van plaatsen,

waardoor mensen met dementie vaak lokale ruimtes willen creëren die hen meer dementie-inclusief willen maken. In onderzoek, beleid en praktijk kunnen we veel leren van deze daden van plaatsmaken, deels omdat ze de gewenste of gewenste omgevingen illustreren die mensen met dementie willen bewonen, maar ook omdat ze de eigenschappen en kwaliteiten van een omgeving laten zien die van vitaal belang zijn om de sociale gezondheid tot bloei te laten komen.

6. Wat heb ik eraan in de praktijk?

- De inzichten van dit onderzoek dragen bij aan het beantwoorden van deelvraag 1.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

Het artikel bedraagt een internationale studie naar hoe mensen met dementie omgaan met de buurt. Het onderzoek vindt plaats om de mensen met dementie beter te begrijpen, dit sluit tevens ook aan bij ons onderzoek. Het onderzoek bevat verschillende onderzoeksmethoden en is internationaal uitgevoerd.

Bron 2:

Auteur: Karssemeijer, Esther; Aaronson, Justine; Bossers, Willem; Smits, Tara; Olde Rikkert, Marcel; Kessels, Roy

Titel: Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis

Publicatiedatum: november 2017

URL: [360 Link \(serialsolutions.com\)](https://360-link.com/serialsolutions.com/)

Deelvraag 1

1 5.2

SR-ICTs checklist

Beoordelingscriteria voor een systematische review van randomised controlled trials (RCT's)

Naam beoordelaar: E. de Jonge Datum: 01-12-2020

Titel: Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis

Auteurs: Karssemeijer, Esther; Aaronson, Justine; Bossers, Willem; Smits, Tara; Olde Rikkert, Marcel; Kessels, Roy

Bron: Systematic Review

Korte beschrijving van de onderzochte interventie(s): Kan fysieke en cognitieve verbeteringen

Korte beschrijving van de controlebehandelingen: Geen interventie

VALIDITEIT

Item	+	-	?
1. Is de vraagstelling adequaat geformuleerd?	☒		
2. Is de zoekactie adequaat uitgevoerd?	☒		
3. Is de selectieprocedure van artikelen adequaat uitgevoerd?	☒		
4. Is de kwaliteitsbeoordeling adequaat uitgevoerd?			☒
5. Is data-extractie adequaat uitgevoerd?	☒		
6. Zijn de belangrijke kenmerken van de oorspronkelijke onderzoeken beschreven?	☒		
7. Is statistische pooling op een correcte manier uitgevoerd?			☒
8. Is adequaat omgegaan met klinische en statistische heterogeniteit van de onderzoeken?	☒		

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018
R. J. P. M. Scholten, M. Offringa en W. J. J. Assendelft (Red.). Inleiding in evidence-based medicine.
https://doi.org/10.1007/978-90-368-1978-7_5

BETEKENIS VAN DE RESULTATEN

Interventie:

Controlebehandeling: 1597

Neem de desbetreffende waarden over uit de review, indien samenvattende schattingen voorhanden zijn:

Dichotome uitkomsten (genezen / niet-genezen; in leven / overleden)

Uitkomst:
 Follow-up: weken / maanden / jaar
 Aantal onderzoeken:

Effectmaat	Waarde	95%-BI	Homogeen?
Relatieve risico (RR)			
Odds ratio (OR)			
Risicoverschil (RV)			

Uitkomst:
 Follow-up: weken / maanden / jaar
 Aantal onderzoeken:

Effectmaat	Waarde	95%-BI	Homogeen?
Relatieve risico (RR)			
Odds ratio (OR)			
Risicoverschil (RV)			

Continue uitkomsten (bijvoorbeeld bloeddruk, pijnscore, kwaliteit-van-levenscore)

Uitkomst:
 Follow-up: weken / maanden / jaar
 Aantal onderzoeken:

Effectmaat	Waarde	95%-BI	Homogeen?
Verschil van gemiddelden (MD)			
Gestandaardiseerd verschil van gemiddelden (SMD)			

Uitkomst:
 Follow-up: weken / maanden / jaar
 Aantal onderzoeken:

Effectmaat	Waarde	95%-BI	Homogeen?
Verschil van gemiddelden (MD)			
Gestandaardiseerd verschil van gemiddelden (SMD)			

TOEPASBAARHEID

Toepasbaarheid	Commentaar
1. Overeenkomst van de patiënten in het onderzoek met de eigen patiënten	De onderzoek methode is niet geschikt voor dit onderzoek. De uitkomst is niet betrouwbaar. Resultaten worden niet overtuigend vergeleken met andere onderzoeken.
2. Haalbaarheid in de eigen praktijkvoering	Ja, dit is toe te passen in de praktijk.
3. Vooren nadelen van behandeling voor de patiënt	Er is nog weinig onderzoek gedaan naar dit onderwerp maar uit dit onderzoek blijkt dat beweging gunstige effecten heeft voor de cliënt.
4. Verwachtingen, voorbeelden en waarderingen van de eigen patiënt	Uit ons onderzoek spreken we geen conclusies maar alleen zorg professionals die draagt bij aan bewustwording.

Bron 3:

Auteurs: Hebert, Catherine ; Scales, Kezia

Titel: Dementia friendly initiatives: A state of the science review

Publicatiedatum: september 2017

URL: [Dementia friendly initiatives: A state of the science review - Catherine A Hebert, Kezia Scales, 2019 \(sagepub.com\)](https://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav?doi=10.1177/0898010117738888)

1. Wat is onderzocht?
 - In dit artikel zijn dementievriendelijke initiatieven onderzocht.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Het doel van deze evaluatie is om de huidige wetenschap van dementie vriendelijke initiatieven te verkennen, hiaten te identificeren, en te informeren toekomstig onderzoek.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Kwantitatieve, kwalitatieve en conceptuele/theoretische peer-reviewed dementievriendelijke onderzoeksliteratuur werden geëvalueerd op hun huidige bewijsbasis en theoretische onderbouwing.
4. Wat werd er gevonden?
 - De dementievriendelijke onderzoeksbasis voor initiatieven is in de eerste plaats kwalitatief en beschrijvend gericht op milieuontwerp, dementiebewustzijn en educatie en de ontwikkeling van dementievriendelijke gemeenschappen. Person-centered zorg principes verschijnen in dementie vriendelijke initiatieven gecentreerd in de zorg instellingen. Er is sprake van een sterke interdisciplinaire samenwerking. Onderzoek is nodig om het effect van dementievriendelijke initiatieven op stakeholder-gedreven en community-based resultaten te bepalen. Vanwege de contextuele aard van dementie moet het perspectief van mensen met dementie worden opgenomen als dementievriendelijke initiatieven worden uitgevoerd. Theorie-gebaseerde studies zijn nodig om dementie vriendelijke initiatief componenten te bevestigen en ondersteuning van rigoureuze evaluatie. Dementievriendelijke initiatieven verbreden de lens waaruit dementie wordt bekeken.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - *Dementievriendelijk* is een opkomende term; daarom zijn het gebruik en de betekenis ervan niet volledig vastgesteld. Aangezien deze beoordeling zich specifiek richtte op initiatieven met behulp van *dementievriendelijke* terminologie, kunnen studies met dementiegerelateerde uitkomsten onder alternatieve namen over het hoofd zijn gezien. Hoewel de literatuur over het concept *dementie in staat* is niet zo overvloedig als die van dementie *vriendelijk*, verdere verkenning van dementie *in staat* zou verder kunnen informeren DFI's. Aangezien *dementie vriendelijk* ontwikkelt een duidelijker definitie, evaluatie van bestaande dementie onderzoek voor congruentie met het concept is gerechtvaardigd.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - De uitkomsten van dit onderzoeken dragen bij aan het beantwoorden van deelvraag 1.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In het artikel zijn dementievriendelijke initiatieven onderzocht, hieruit blijkt dat er gekeken moet worden vanuit het perspectief van de persoon met dementie. Er zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om het artikel te onderbouwen.

Bron 4

Auteurs: Mitchell, Lynne; Burton, Elizabeth

Titel: Designing Dementia-Friendly Neighbourhoods: Helping People with Dementia to Get Out and About

Publicatiedatum: november 2010

URL: [J-717-10-10-JIC-18.6-Dec.pdf \(researchgate.net\)](#)

1. Wat is onderzocht?
 - In dit artikel wordt onderzocht hoe buurten dementievriendelijk kunnen worden gemaakt.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Dit onderzoek onderzocht hoe lokaal wijken kunnen zo worden ontworpen of aangepast die mensen met dementie kunnen blijven gebruiken hen, wat hun kwaliteit van leven zou verbeteren. Begrip, ervaringen en gebruik van deelnemers hun lokale buurten werden onderzocht, ontwerp factoren die hen helpen of hinderen werden geïdentificeerd, en voorlopige richtlijnen voor het ontwerpen van dementievriendelijke buitenomgevingen (op alle schalen, vanaf stedenbouwkundig ontwerp tot het ontwerp van straatmeubilair) was geproduceerd. Ten tijde van het onderzoek de auteurs waren in dienst van Oxford Brookes University, en ethische goedkeuring werd verleend door de universiteit Onderzoeksethische commissie.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - In dit onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, namelijk kwalitatieve dataverzameling en participierend onderzoek, ook zijn er kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt.
4. Wat werd er gevonden?
 - Deelnemers met dementie gingen regelmatig op pad alleen en genoten over het algemeen van de ervaring, hoewel ze soms angstig werden of gedesoriënteerd op complexe of drukke plaatsen, of wanneer opgeschrikt door harde geluiden. Hun onvermogen om rijden of het openbaar vervoer zonder begeleiding gebruiken beperkte hun keuze van bestemmingen tot die op loopafstand van woning. Ze waren ook aanzienlijk minder waarschijnlijk dan die zonder dementie om meer dan één plaats op één plek te bezoeken reis. Dit kan echter een negatief effect hebben hun kwaliteit van leven als ze in slecht onderhouden leefden gebieden, de bekendheid van plaatsen die regelmatig worden bezocht hielp hun bewegwijzering. Deelnemers met dementie omvatte ook plaatsen, straten, gebouwen en kenmerken die in ontwerpen herkenbaar waren aan oudere mensen. Dit betekent niet dat ze erkende alleen traditionele ontwerpkenmerken; duidelijkheid van gebruik en functie bleken de over-riding te zijn positieve factoren in plaats van stijl, of traditioneel of modern
 - De deelnemers gebruikten verschillende navigatie signalen, inclusief onderscheidende oriëntatiepunten zoals kerktorens en straatmeubilair zoals brievenbussen. Ze hadden echter moeite om het zich te herinneren routes en doelen van reizen en worstelden om te gebruiken kaarten, geschreven aanwijzingen of ingewikkelde bewegwijzering. Mensen die

de weg kwijtraakten tijdens begeleide wandelingen woonden allemaal in wijken met een complexe straat lay-outs en weinig verbindingsstraten, zoals cul-de-sacs. Mensen raakten de weg kwijt bij ingewikkeld kruispunten, zoals kruispunten, wanneer u probeert om een minder bekende route te volgen of wanneer ze concentratie verloren. Lange, rechte straten en straten vergelijkbaar met aangrenzende straten of met uniform architectuur veroorzaakte ook desoriëntatie.

5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Dit artikel bevat geen discussie
Echter is in het onderzoek gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden waardoor dit bijdraagt aan de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Het onderzoek mist bovenin een beknopte samenvatting waarin je zaken kan vinden.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Dit onderzoek geeft handvaten bij het inrichten van de fysieke omgeving zodat deze dementievriendelijk is en draagt bij aan het onderbouwen van deelvraag 1.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In dit onderzoek wordt onderzocht hoe buurten dementievriendelijker kunnen worden ingericht. Er worden verschillende onderzoeksmethoden toegepast. Daarnaast zijn in het artikel interventies genoemd die toepasbaar zijn in de praktijk. In het onderzoek van de studenten worden een aantal van deze interventies toegepast.

Bronnen deelvraag 2

Bron 1

Titel: Building dementia-friendly communities: A priority for everyone

Auteurs: G. Green & L. Lakey

Publicatie: augustus 2013

URL:

https://actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia_friendly_communities_full_report.pdf

1. Wat is onderzocht?
 - In dit rapport worden bewijsstukken geleverd voor dementievriendelijke gemeenschappen vanuit het perspectief van mensen met dementie en hun verzorgers. Het onderzoekt de barrières waarmee mensen met dementie mee te maken krijgen, hoe ze betrokken zouden willen worden bij hun lokale gemeenschap en de ondersteuning die ze daarvoor nodig hebben. Daarnaast is het een verzameling van bestaande bewijsmaterialen en beschrijft het projecten die al een verschil maken voor mensen met dementie.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Deze informatie wordt gebruikt om een definitie te geven over een dementievriendelijke gemeenschap, en 10 aandachtspunten voor gemeenschappen die zich inzetten om dementievriendelijk te worden.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Binnen dit onderzoek is verschillende literatuur onderzocht, daarnaast zijn er enquêtes afgenomen door Alzheimer's Society 'DFCsurvey', waaraan meer dan 500 mensen met dementie aan mee hebben gedaan. Deelnemers bestonden uit mensen met dementie en hun verzorgers. Daarnaast bevat het rapport ook resultaten van een peiling van over 2.200 Britse volwassenen onder leiding van YouGov.
4. Wat werd er gevonden?
 - Binnen dit onderzoek zijn verschillende resultaten gevonden, waaruit 6 punten zijn ontstaan. Bewustwording en begrip van het publiek, passende zorg en ondersteuning, zorg, ondersteuning en netwerken, openbaar vervoer, huisvesting bedrijven en diensten, de fysieke omgeving en openbare ruimte en voorbeelden van organisaties en gemeenschappen die dementievriendelijk zijn.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Stond niet in dit rapport opgenomen.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Dit onderzoek geeft een duidelijk beeld van verschillende interventies die kunnen worden ingezet om een omgeving dementievriendelijk te maken. Waar de omgeving aan moet voldoen en wat mensen met dementie heir zelf belangrijk in vinden.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In dit artikel wordt het belang van een dementievriendelijk leefomgeving gegeven en hoe z'n omgeving gecreëerd kan worden. Het artikel gaat voornamelijk in op het sociale aspect van deze dementievriendelijk leefomgeving.

Bron 2

Titel: Dementia: Stigma, Language, and Dementia-friendly

Auteurs: K. Swaffer

Publicatie: 17 oktober 2014

URL: [https://journals-sagepub-](https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301214548143?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider)

[com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301214548143?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider](https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301214548143?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider)

1. Wat is onderzocht?
 - In het onderzoek wordt er gekeken naar het effect van stigma's op mensen met dementie door de gemeenschap waar ze in wonen. Ook wordt er gekeken naar hoe dit binnen een dementievriendelijk omgeving tegen gegaan kan worden.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Naarmate de incidentie van dementie toeneemt, hebben de snelheid en schaal waarmee het momenteel escaleert, regeringen ertoe gedwongen er een gezondheidsprioriteit van te maken, en vanuit het perspectief van de consument is het daarom zeer geschikt om de taal die wordt gebruikt om mensen te vertegenwoordigen opnieuw te overwegen met dementie en de impact ervan op stigma.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Door middel van literatuurstudie
4. Wat werd er gevonden?
 - Er zijn een reeks zaken gevonden die belangrijk zijn om te begrijpen. Namelijk het cruciale deel dat ontbreekt in onderzoek naar dementie en de organisaties die mensen met dementie ondersteunen, is de authentieke stem van mensen met dementie. Stigma komt veel voor in de literatuur, het stigma en de discriminatie die nog steeds bestaan binnen de organisaties pleiten voor mensen met dementie, worden versterkt door de taal die over hen wordt gebruikt.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Stond niet in dit rapport opgenomen.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Sociale actie is nodig om ervoor te zorgen dat mensen met dementie en niet alleen de bredere gemeenschap, betrekken bij het begrijpen van dementie en op die manier het sociale isolement, de discriminatie en het stigma dat mensen met dementie ervaren verminderen. We willen toegang krijgen tot diensten en deelnemen aan de gemeenschap op de manier waarop iedereen het recht heeft te verwachten, en we willen dat onze handicaps worden gerespecteerd met acceptatie, steun en bekrachtiging.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In dit artikel wordt beschreven hoe stigmatisering weg genomen kan worden bij het grote publiek en wat voor interventies hiervoor ingezet kunnen worden. Deze interventies zijn opgenomen binnen het onderzoek en worden aanbevolen om toe te passen.

Bron 3

Titel: Involvement of people with dementia in raising awareness and changing attitudes in a dementia friendly community pilot project

Auteurs: L. Phillipson, D. Hall, E. Cridland, R. Fleming, C. Brennan-Horley, N. Guggisberg, D. Frost & H. Hasan

Publicatie: 24 januari 2018

URL: [https://journals-sagepub-](https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301218754455?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider)

[com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301218754455?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider](https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/1471301218754455?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider)

1. Wat is onderzocht?
 - Als onderdeel van een Community Based Participatory Action Research (CBPAR) -proces, ondersteunde een dementievriendelijke gemeenschapsinterventie met meerdere componenten: onderzoek; de oprichting van een Dementia Advisory Group and Alliance; een bewustmakingscampagne en educatie in maatschappelijke organisaties. Educatieve evenementen werden mede ontworpen en gefaciliteerd door mensen met dementie en hun zorgpartners
2. Waarom is het onderzocht?
 - Een laag niveau van begrip bij het publiek kan bijdragen aan de angst, het stigma en de sociale uitsluiting die samenhangen met leven met dementie. Dementievriendelijke gemeenschappen proberen dit aan te pakken door mensen met dementie mondiger te maken en hun sociale inclusie te vergroten.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Om het bereik van het project en de veranderingen in attitudes van leden van de gemeenschap te beoordelen, werden twee transversale enquêtes uitgevoerd met volwassenen (ouder dan 18 jaar) met behulp van gevalideerde schalen. Onafhankelijke monsters t-tests vergeleken de antwoorden op de enquêtes vóór de aanvang van het project (2014) en twee jaar later (2016).
4. Wat werd er gevonden?
 - In 2016 toonden de respondenten meer overeenstemming met de stellingen: 'Mensen met dementie nemen deel aan een breed scala aan activiteiten en interesses' en 'Het is gemakkelijk te achterhalen over dementievriendelijke diensten of organisaties in Kiama'. Respondenten die een educatief evenement bijwoonden, rapporteerden minder negatieve opvattingen over hoe zij zich zouden voelen als ze de diagnose dementie zouden krijgen, vergeleken met respondenten die niet naar een evenement waren gekomen.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Er zijn pogingen gedaan om representatieve demografische quota voor de gemeenschapsenquêtes te bereiken via de werving van deelnemers aan de enquête via sociale media. Er werd echter ook gebruik gemaakt van gemakssampling. Hoewel de demografische steekproeven van respondenten uit de enquêtes van 2014 en 2016 niet aanzienlijk van elkaar verschillen, mogen ze daarom niet als representatief worden beschouwd voor de algemene Kiama-gemeenschap. Met name was er een oververtegenwoordiging van vrouwen in de enquête.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Het gebruik van meerdere communicatiekanalen was succesvol om de beschikbaarheid van informatie over dementiediensten en -ondersteuning in de lokale gemeenschap te

vergroten. Het bijwonen van onderwijs evenementen was het meest significant geassocieerd met positievere attitudes en de vermindering van stigmatisering in verband met leven met dementie.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In dit artikel wordt beschreven hoe stigmatisering weg genomen kan worden bij het grote publiek en wat voor interventies hiervoor ingezet kunnen worden. Deze interventies zijn opgenomen binnen het onderzoek en worden aanbevolen om toe te passen.

Bron 4

Titel: From social network to safety net: Dementia-friendly communities in rural northern Ontario

Auteurs: E.C. Wiersma & A. Denton

Publicatie: 24 december 2013

URL: <https://journals-sagepub-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/10.1177/1471301213516118>

1. Wat is onderzocht?
 - Er is gekeken naar dementievriendelijke gemeenschappen in Ontario en hoe deze gemeenschappen mensen met dementie in staat stellen betrokken en actief te blijven en zo lang mogelijk controle over hun leven te hebben, betrekken sociale steun en sociale netwerken centraal voor mensen met dementie.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Het doel van dit onderzoek was om de context van dementie in landelijke noordelijke gemeenschappen in Ontario te onderzoeken en te begrijpen, met de nadruk op het begrijpen van hoe dementievriendelijk de gemeenschappen waren.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Met behulp van kwalitatieve methoden werden interviews afgenomen met in totaal 71 deelnemers, waaronder 37 zorgverleners, 15 zorgpartners, 2 mensen met dementie en 17 andere leden van de gemeenschap, zoals lokale ondernemers, vrijwilligers, lokale leiders, vrienden en burens
4. Wat werd er gevonden?
 - De sterke sociale netwerken en informele sociale ondersteuning die beschikbaar waren voor mensen met dementie, en de sterke inzet van gemeenschapsleden, families en zorgverleners om mensen met dementie te ondersteunen, werden als een belangrijke aanwinst voor de gemeenschap beschouwd. Een cultuur van zorg en op elkaar letten droeg bij aan de geboden maatschappelijke ondersteuning. Vooral de vertrouwde met anderen zorgde voor een ondersteunende gemeenschapsomgeving.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Hoewel deze studie een breed overzicht gaf van de problemen die verband houden met dementie, specifiek gericht op sociale steun in dit manuscript, erkennen we dat er beperkingen zijn aan dit werk. Zoals eerder vermeld, betekenden onze moeilijkheden bij het werven van mensen met dementie dat we de ervaringen van het daadwerkelijk leven met dementie op het platteland van Noord-Ontario niet konden begrijpen vanuit het perspectief van mensen met dementie zelf, met uitzondering van twee personen.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Deze studie biedt veel belangrijke mogelijkheden voor toekomstig onderzoek. Het in kaart brengen van sociale netwerken, met name gericht op mensen met dementie, zou een belangrijk hulpmiddel zijn om in toekomstig onderzoek te gebruiken om de ondersteuning die wordt geboden aan mensen met dementie visueel te documenteren.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

Dit artikel geeft een beeld over de sociale cohesie van plattelandsgemeenschappen ten aanzien van een dementievriendelijk leefomgeving. Het dorp Koudum valt ook onder een plattelandsgemeenschap waardoor dit artikel relevant is.

Bron 5

Titel: Dementia-friendly community initiatives: An integrative review

Auteurs: K. Shannon, K. Bail & S. Neville

Publicatie: 16 December 2018

URL: <https://onlinelibrary-wiley-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/jocn.14746>

1. Wat is onderzocht?
 - Een synthese geven van internationaal onderzoek naar dementievriendelijke gemeenschapsinitiatieven.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Door de vergrijzing neemt het aantal mensen met dementie toe. Stoornissen die verband houden met neurologische veranderingen, samen met omgevingsuitdagingen, leiden tot handicaps voor mensen met dementie. Onder leiding van de Wereldgezondheidsorganisatie en Alzheimer's Disease International zijn er internationaal initiatieven genomen om de sociale inclusie van mensen met dementie te bevorderen. Gemeenschappen waar mensen met dementie sociaal kunnen blijven, staan bekend als dementievriendelijke gemeenschappen.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - In Scopus, MEDLINE, Web of Science en CINAHL Plus is via Ebsco-databases gezocht naar relevante artikelen. Het PRISMA-raamwerk begeleidde het zoeken en screenen van artikelen; rapportage is in overeenstemming met de PRISMA-richtlijn. Er werden acht in aanmerking komende onderzoeken geïdentificeerd. De methodologische kwaliteit van de in aanmerking komende onderzoeken werd geëvalueerd met behulp van de MMAT-checklist. De matrixmethode werd gebruikt om de gegevens te extraheren, te abstraheren en te analyseren.
4. Wat werd er gevonden?
 - Van de acht onderzochte onderzoeken kwamen er vijf uit het VK en één uit Australië, Nieuw-Zeeland en Canada. Vier belangrijke concepten werden in de literatuur geïdentificeerd, en dit zijn kenmerken van dementievriendelijke gemeenschappen, facilitatoren en belemmeringen voor gemeenschapsbetrokkenheid voor mensen met dementie, strategieën voor het ontwikkelen van dementievriendelijke gemeenschappen en uitdagingen bij het ontwikkelen van dementievriendelijke gemeenschappen.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Ondanks een rigoureuze zoekstrategie is mogelijk niet alle literatuur geïdentificeerd die relevant is voor het onderwerp. Door de inclusiecriteria te beperken tot artikelen die in het Engels zijn gepubliceerd, zijn mogelijk ook enkele relevante artikelen uitgesloten. Vanwege de relatief nieuwe en opkomende aard van het onderwerp, zijn veel van de opgenomen artikelen afkomstig uit de grijze literatuur.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Inzicht in de impact van marginalisatie en ongelijkheid op participatie van de gemeenschap voor mensen met dementie is belangrijk voor beoefenaars, zodat ze die mensen kunnen ondersteunen. Senior verpleegkundigen met deze kennis kunnen ervoor zorgen dat de diensten kunnen voorzien in de behoeften van een groeiende populatie met dementie.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

Mensen met dementie staan centraal in dementievriendelijke initiatieven, en deze bevorderen sociale inclusie. Samenwerkingen en partnerschappen bevorderen de ontwikkeling van dementievriendelijke gemeenschappen; Het gebrek aan middelen en de moeilijkheid om de vertegenwoordiging van gemarginaliseerde groepen te verzekeren, vormen echter uitdagingen.

Bronnen deelvraag 3

Bron 1:

Auteur: Henk Rosendal

Titel: Expertisegebied wijkverpleegkundige

Publicatiedatum: juni 2019

URL: <https://www.venvn.nl/media/2q5mdxo4/expertisegebied-wijkverpleegkundige.pdf>

1. Wat is onderzocht?
 - Het Expertisegebied wijkverpleegkundige is vanzelfsprekend primair bedoeld voor álle wijkverpleegkundigen, ongeacht de organisatievorm waarin zij actief zijn. Het beschrijft over welke competenties zij moeten beschikken, wat zij moeten kennen en kunnen. Hierdoor is het ook bruikbaar als 'kapstok' voor jaar- en/of functioneringsgesprekken. Daarnaast is het voor cliënten en hun naasten van belang om te weten wat zij mogen verwachten van hun wijkverpleegkundige(n). Ook voor andere zorgprofessionals is het, bijvoorbeeld in het kader van samenwerking, goed om te weten over welke competenties wijkverpleegkundigen beschikken. Dat geldt niet alleen voor 'externe' partners zoals huisartsen, maar ook voor 'interne' partners, zoals teamleden.
2. Waarom is het onderzocht?
 - In maart 2012 verscheen het Beroepsprofiel verpleegkundige 2. Hierin zijn de algemene competenties van verpleegkundigen – ongeacht de setting waarin zij werken - beschreven. Gezien het ook toen al bijzondere karakter van het wijkverpleegkundige beroep is in het najaar van 2012, in aanvulling op dat beroepsprofiel, het Expertisegebied wijkverpleegkundige 3 verschenen. Hierin staan de specifieke competenties waarover wijkverpleegkundigen moeten beschikken, beschreven aan de hand van de 7 CanMEDS I - rollen II. Inmiddels zijn we een aantal jaar verder. De positie van de wijkverpleegkundige in de eerstelijns zorg is verder verstevigd, hetgeen past in het gevoerde overheidsbeleid 4. Mede door de genoemde aanspraak in de Zorgverzekeringswet heeft de wijkverpleegkundige zich verder geprofessionaliseerd en is er behoefte ontstaan aan een actualisatie van het Expertisegebied. Voorafgaand is er onder wijkverpleegkundigen, docenten en studenten een inventarisatie gehouden. Hierin is gevraagd naar zowel de inhoud als bruikbaarheid van het Expertisegebied uit 2012. Dit onderzoek is in 2018 uitgevoerd door de Hogeschool Utrecht, en is gefinancierd door ZonMw. De uitkomsten daarvan vormen samen met diverse brondocumenten (zie Hoofdstuk 3) input voor deze tweede, en geactualiseerde versie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige die hier voorligt.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - In Hoofdstuk 1 wordt de wijkverpleegkundige functie geschetst. Er wordt kort ingegaan op de cliënten en de unieke werkomgeving van de wijkverpleegkundige. Daarna worden in Hoofdstuk 2 de voor de wijkverpleegkundige meest relevante trends beschreven. Het gaat om zowel demografische, epidemiologische, politieke als maatschappelijke ontwikkelingen. Vervolgens wordt in Hoofdstuk 3 ingegaan op de brondocumenten voor dit Expertisegebied.

Ook worden hier de belangrijkste resultaten van de in 2018 uitgevoerde evaluatie van het Expertisegebied wijkverpleegkundige beschreven. Hoofdstuk 4 is het hart van dit document: hier worden de competenties van de wijkverpleegkundige anno 2019 en de jaren erna beschreven. Ten slotte is een verantwoording van de gevolgde werkwijze bij de totstandkoming van dit document opgenomen in Hoofdstuk 5.

4. Wat werd er gevonden?
 - De resultaten van dit artikel staan niet duidelijk beschreven. De wijkverpleegkundige staat in dit document centraal, de rol en de attitude zijn toegelicht.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - In dit onderzoek staat geen discussie beschreven, het artikel is meer beschrijvend beschreven.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Dit artikel heeft ons inzicht gegeven in de rol van de wijkverpleegkundige en draagt bij aan het beantwoorden van deelvraag 3.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In dit artikel is het expertise gebied van de wijkverpleegkundige beschreven, met daarin de CANMEDS-rollen. De attitude van de wijkverpleegkundige wordt besproken. Dit onderzoek geeft ons inzicht in de rol van de wijkverpleegkundige in een dementievriendelijke wijk.

Bron 2:

Auteur: Monique Leijen & Ilse Storm

Titel: WIJKVERPLEGING WERKT AAN WIJKPREVENTIE De wijk krant Vilans

Publicatiedatum: 2020

URL: [wijkkrant-wijkgerichte-preventie.pdf \(vilans.nl\)](http://wijkkrant-wijkgerichte-preventie.pdf (vilans.nl))

1. Wat is onderzocht?
 - In dit artikel is onderzoek gedaan naar wijkverpleegkundige die zich bezighouden met wijkgerichte preventie. Er wordt toegelicht hoe de wijk wordt geanalyseerd en wat de behoeftes zijn binnen de wijk. Er worden voorbeelden gegeven over verschillende aanpakken, echter zijn dit alleen voorbeelden en wordt dit niet aangegeven als de standaard.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Het is bedoeld om een voorbeeld te geven hoe preventie ingezet kan worden binnen de wijk en de verschillende interventies die ingezet kunnen worden.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Er is gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethodes, met name door gebruik van interviews en literatuuronderzoek.
4. Wat werd er gevonden?
 - Verschillende methodes en voorbeelden hoe problemen binnen de wijk aangepakt kunnen worden door de wijkverpleegkundige en/of wijkteams.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?

- In dit onderzoek staat geen discussie beschreven, het artikel is meer beschrijvend beschreven.
- 6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
Het heeft inzicht gegeven in hoe een wijkverpleegkundige een rol kan spelen binnen de wijk op basis van preventie

Bron 3:

Auteur: Rosendal, Henk; Dorst, José van

Titel: Zo maak je een wijkplan

Publicatiedatum: november 2016

URL: file_09eea1cd-740d-4dc0-ae65-c8ae50e288c7_Nursing-11-2016-Zo-maak-je-een-wijkplan-LR.pdf

- 7. Wat is onderzocht?
- In dit artikel wordt onderzocht hoe een wijkplan kan worden gemaakt.
- 8. Waarom is het onderzocht?
- Gezondheidsproblemen bij risicogroepen, zoals mensen met een sociaaleconomische achterstand, hangen vaak nauw samen met hun woonomgeving (buurt, huisvesting), maatschappelijke omgeving (financiële situatie, sociaal isolement) en zorgvoorzieningen in de wijk. Voor het verbeteren van de gezondheid van deze mensen zijn gedragsverandering en leefstijlinterventies niet voldoende. Je moet ook de omgevingsfactoren aanpakken. Met de WijkOPSE bekijk je de gezondheid van de wijkbewoners in relatie tot hun leefomgeving en wordt helder in hoeverre problemen beïnvloedbaar zijn. Zo kun je problemen integraal aanpakken en nieuwe voorkomen. Verwacht overigens geen resultaten op korte termijn: vaak worden de eerste gezondheidseffecten pas na vijf jaar zichtbaar.
- 9. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
- Er is gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzamelmethode.
- 10. Wat werd er gevonden?
- In het artikel wordt benoemd dat wijkverpleegkundige te veel op hun gevoel afgaan bij het stellen van een diagnose. Daarnaast dragen ze een model aan om de PES en het model van Lalonde te combineren namelijk de wijkOPSE.
- 11. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?

In het artikel staat geen samenvatting, waardoor het lastiger is om in één oog opslag de resultaten van het onderzoek te zien. Ook wordt er geen discussie benoemd waarin de resultaten kritisch worden bekeken.

- 12. Wat heb ik eraan in de praktijk?

Dit artikel is gebruikt om deelvraag 3 te beantwoorden.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In dit artikel is een model om een wijkplan te maken beschreven. De uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt om deelvraag 3 te beantwoorden.

Bron 4:

Auteur: Evripidou , Melina ; Charalambous, Andreas ; Middleton, Nicos; Papastavrou , Evridiki

Titel: Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review

Publicatiedatum: mei 2018

URL: <https://onlinelibrary-wiley-com.windesheim.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/ppc.12291>

Deelvraag 3

5.2

5.2 RCTs checklist

Beoordelingscriteria voor een systematische review van randomised controlled trials (RCT's)

Naam beoordelaar: E. de Jonge Datum: 1-12-2020

Titel: VPK kennis en attitudes over dementiezorg

Auteurs: Evripidou, Charalambous, Middleton, Papastavrou

Bron: Wiley Online Library

Korte beschrijving van de onderzochte interventie(s): kennis en houding

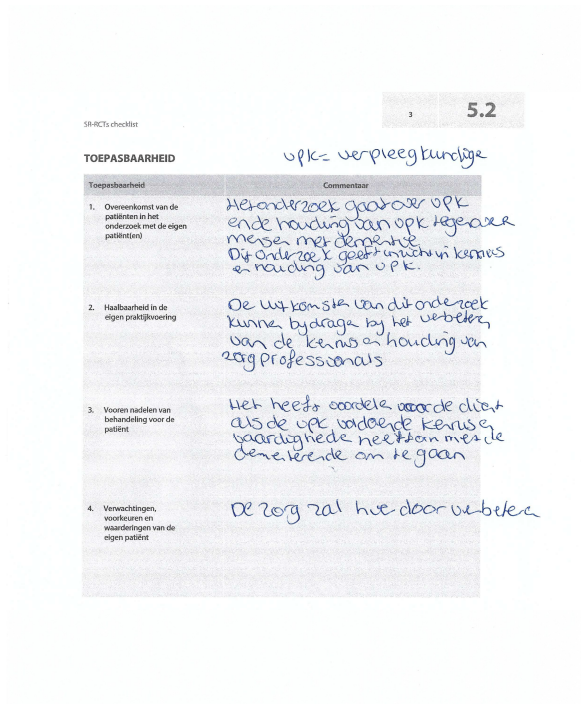
vande VPK te opzichte vande zorg vanden etende

Korte beschrijving van de controlebehandeling(en):

VALIDITEIT

Item	+	-	?
1. Is de vraagstelling adequaat geformuleerd?	X		
2. Is de zoekactie adequaat uitgevoerd?	X		
3. Is de selectieprocedure van artikelen adequaat uitgevoerd?	X		
4. Is de kwaliteitsbeoordeling adequaat uitgevoerd?	X		
5. Is data-extractie adequaat uitgevoerd?	X		
6. Zijn de belangrijkste kenmerken van de oorspronkelijke onderzoeken beschreven?			X
7. Is statistische pooling op een correcte manier uitgevoerd?			X
8. Is adequaat omgegaan met klinische en statistische heterogeniteit van de onderzoeken?	X		

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018
R. J. P. M. Scholten, M. Offringa en W. J. J. Assendelft (Red.), *Introduction in evidence-based medicine*,
https://doi.org/10.1007/978-90-368-1978-7_5



Bron 5:

Auteur: Huijsman, Robbert ; Jansen, Gerben ; Bolle, Francis

Titel: Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanager dementie)

Publicatiedatum: september 2017

URL: <https://www.venvn.nl/media/ifbchw5n/expertisegebied-dementieverpleegkundige.pdf>

1. Wat is onderzocht?
 - In dit artikel is geschreven over de rol van de casemanager dementie.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Er is behoefte aan vernieuwing van casemanagement dementie, ook door vele maatschappelijke ontwikkelingen. De toenemende vergrijzing en het steeds langer thuis blijven wonen maken dat ouderen met dementie steeds meer co-morbiditeit en complexe hulpvragen ontwikkelen. Het vergt grote kennis en vaardigheden om mensen met dementie en hun cliëntsysteem goed te begeleiden gedurende het hele ziektebeloop. Daarbij dient een veelheid van professionals uit de domeinen van welzijn, behandeling, zorg en ondersteuning te worden gecoördineerd om er voor te zorgen dat de juiste zorg van de juiste persoon op het juiste moment en op de juiste manier wordt gegeven, onderling afgestemd en geïntegreerd. Dit alles vergt bij voorkeur één persoon: de dementieverpleegkundige. Tot slot is plaatsing binnen de Zorgverzekeringswet, als onderdeel van Verpleging & Verzorging, een andere reden voor vernieuwing van het Expertisegebied om zo te komen tot meer eenduidigheid en betere profilering.
3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Het is een beschrijvend artikel waarin de rol van de casemanager dementie wordt besproken.

- De V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie is als deelnemende partij binnen het nationaal Actieplan casemanagement dementie• , de uitdaging aangegaan om het Expertisegebied te actualiseren. Samen met de projectleider van het actieplan zijn de volgende stappen doorlopen (zie bijlage voor nadere toelichting): - Er zijn drie panelbijeenkomsten georganiseerd met ervaren professionals in het casemanagement dementie (met diverse achtergronden). Zij hadden de opdracht om de elementen van de CanMEDSrollen te actualiseren, te prioriteren en aan te scherpen aanvullend op het hbo-beroepsprofiel van de verpleegkundige. - Er zijn twee focusgroepen geweest met vertegenwoordigers van de opleidingsinstituten voor casemanagement dementie en zij hebben nog gezamenlijk schriftelijke input gegeven voor de CanMEDS-rollen in hoofdstuk 4. - Ketenregisseurs hebben een dagdeel meegelopen met hun meest ervaren casemanagers dementie. Op grond daarvan hebben zij de onderscheidende competenties uitgeschreven in een zelf geformuleerde profielschets. Citaten hieruit worden in hoofdstuk 4 gebruikt om kleuring van de rollen te geven vanuit de praktijk, maar zijn geenszins bedoeld als blijke van algehele onderschrijving van dit V&VN-document.

De consultatieversie is voorgelegd aan een panel met alleen maatschappelijk werkers die het casemanagement dementie doen. - De consultatieversie is voorgelegd aan een meelesgroep (zie bijlage). - De verschillende tussenversies zijn besproken met het vakgroepsbestuur, dat steeds als eindverantwoordelijke voor dit Expertisegebied de eventuele knopen heeft doorgehakt. Het vernieuwde Expertisegebied dementieverpleegkundige (voorheen casemanagers dementie) is 6 september 2017 vastgesteld door het bestuur van de V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie.

4. Wat werd er gevonden?

- Met het herzien van het Expertisegebied dementieverpleegkundige hebben we als V&VN-vakgroep Casemanagers Dementie altijd de beste zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers als uitgangspunt genomen. Mensen met dementie willen zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving blijven functioneren en zo min mogelijk wisseling van gezichten achter de voordeur. Mantelzorgers willen graag hun sociale contacten blijven onderhouden en zo blijven meedraaien in de samenleving. Gezamenlijk streven ze naar erkenning en herkenning van de ervaringen en problemen die er ontstaan als je wordt geconfronteerd met dementie. De genoemde verwachtingen, het indiceren van de wijkverpleging en kennis van het ziektebeeld vragen een brede en verdiepte expertise, zoals nu uitgewerkt in het expertisegebied van de dementieverpleegkundige. De afgelopen jaren is er veel discussie geweest over de deskundigheid die nodig is om casemanagement dementie te leveren, en hoe een heldere afbakening te maken met het werk van de wijkverpleegkundigen. Dit Expertisegebied beschrijft die noodzakelijke aanvullende deskundigheid. Het Expertisegebied dementieverpleegkundige richt zich op het doel en de inhoud van het werk, de competenties. Los van het Expertisegebied staat de implementatie in de praktijk en de Zorgstandaard Dementie (die de komende jaren ook wordt geactualiseerd). Ter afronding wordt hier wel agenda-zettend benoemd welke stappen in de implementatie overwogen en gezet moeten worden, zowel door V&VN zelf als door andere partijen. Er is zeker niet de illusie dat dit vernieuwde Expertisegebied binnen korte tijd is ingevoerd in de praktijk, want dat zal een aantal jaar gaan duren. Het geeft dan ruimte om het overgangsregime voor casemanagers dementie die geen hbo-verpleegkundige

- achtergrond hebben verder te ontwikkelen. V&VN erkent dat de versterkte insteek op een verpleegkundig profiel deze groep professionals sterk raakt en zal zich inspannen om een goed overgangsplan op te stellen en te realiseren in samenwerking met zorgwerkgevers. Het Expertisegebied vraagt om een goede borging in wet- en regelgeving en in de organisatie van zorg. Het vraagt ook om een verbetering van de inkoop en contractering, passende tarieven voor de inkoop van specialistische zorg en ondersteuning van de infrastructuur van de dementienetwerken over de domeinen Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). We pleiten voor nader onderzoek naar passende tarieven voor specialistische verpleegkundige zorg waaronder casemanagement dementie valt. Daarbij dient rekening gehouden te worden met het benodigde professionele niveau, de tijd voor multidisciplinair overleg en coördinatie van zorg, maar ook met zaken als voorlichtingsactiviteiten en reisafstanden in plattelandsgregio's.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Hierboven staan de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven in de vorm van een nawoord.
 6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - We hebben dit artikel gebruikt bij het beantwoorden van deelvraag 3. De rol van de casemanager wordt hierin goed beschreven.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

In dit artikel wordt de rol van de casemanager dementie beschreven volgens de CANMEDS-rollen, de rollen zijn vertaald naar de zorg voor mensen met dementie. Dit onderzoek geeft inzicht in de rol van de casemanager in een dementievriendelijk dorp.

Bron 6:

Titel: LEVEN IN FRYSLÂN

Auteurs: Vries, W. de; Brander, A.; Piekema, L.; Fernee, H.; Witte, & T.

Publicatie: 2019

URL: https://www.fsp.nl/wp-content/uploads/2019/06/FSP_LIF_TOTAAL-DEF.pdf

1. Wat is onderzocht?
 - Deze publicatie over het leven in Fryslân geeft een overzicht van hoe het op dit moment is gesteld met de (ervaren) leefbaarheid. Hoe staat Fryslân er voor in vergelijking met de rest van het land? Wat zijn belangrijke trends, wat gaat goed en wat gaat minder goed? 'Leven in Fryslân' geeft een integraal beeld van hoe het met de Friezen en de (ervaren) leefbaarheid gaat.
2. Waarom is het onderzocht?
 - Deze publicatie is bedoeld voor bestuurders en beleidsmakers van overheden en maatschappelijke organisaties. De informatie kan gebruikt worden als input voor beleidsontwikkeling. Met deze publicatie levert het FSP zowel een bijdrage, als een startpunt voor dialoog en discussie over leefbaarheid in Fryslân. Naast het informeren van beleidsmakers, is deze publicatie ook bedoeld om het brede publiek ofwel de mienskip van informatie te voorzien over de (ervaren) leefbaarheid in de provincie.

3. Hoe is het onderzocht (d.m.v. welk onderzoeksdesign en waar hoort deze in de level of evidence)?
 - Met een groot panel, veel data-analyse en verdiepend onderzoek.
4. Wat werd er gevonden?
 - In deze publicatie komen verschillende onderwerpen aanbod die van belang zijn voor een prettig en goed leven. Het gaat hier om de economische omgeving, met voldoende passend werk, voldoende inkomen, en waar jongeren de opleiding volgen die het beste bij hen past. Het gaat ook om de sociale omgeving, waarin mensen zich veilig voelen, gezond en gelukkig zijn, en de zorg krijgen die ze nodig hebben. Waar mensen vertrouwen in elkaar en in instituties hebben, waar mensen zich inzetten voor hun naasten, de buurt, of vrijwilligerswerk doen. Daarnaast is er de fysieke omgeving, een plek waar mensen prettig wonen, in een goed en betaalbaar huis, in een fijne omgeving waar voorzieningen bereikbaar zijn. Aan de hand van deze indeling worden de belangrijkste resultaten van deze publicatie in beeld gebracht.
5. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek, die in het artikel worden beschreven (discussie)?
 - Is niet opgenomen binnen deze publicatie.
6. Wat heb ik eraan in de praktijk?
 - Deze publicatie geeft een brede kijk op het leven in Friesland, er worden verschillende thema's uitgelicht waaronder: Inkomen, sociale samenhang, werk, onderwijs, wonen, veiligheid, zorg en gezondheid. In deze publicatie 'Leven in Fryslân' worden de thema's afzonderlijk belicht. De thema's hangen echter onderling samen en beïnvloeden elkaar. Tezamen geven zij inzicht in het leven in Fryslân, zowel in objectieve als subjectieve zin.

Deze vragen worden voor elk artikel wat je wil gebruiken voor het verbeteradvies beantwoord en vanuit deze antwoorden beschrijf je een algehele conclusie waarom dit artikel bruikbaar is voor het advies.

Deze publicatie geeft een methode waarin verschillende domeinen worden toegelicht. Binnen deze domeinen spelen overheden, organisaties, professionals en burgers elk een rol. De domeinen van het model kunnen los van elkaar worden belicht, maar zijn onderling verbonden. Ze beïnvloeden elkaar, hebben effect op elkaar, vormen elkaars voorwaarde.

Bijlage 3: Proces- en effectevaluatie

Procesevaluatie gaat volgens de structuur van Movisie. Een procesevaluatie brengt op een systematische manier in kaart wat goed en minder goed ging tijdens het onderzoek. De uitkomsten van een procesevaluatie vormen een goede basis voor de verbetering van het onderzoek. Het geeft inzicht in hoe de samenwerking was en waar verbeterpunten liggen (Movisie, 2020).

1. Is het onderzoek uitgevoerd volgens plan?
2. Wat is het bereik van het onderzoek?
3. Waren de juiste personen/partijen tijdig bij het project betrokken?
4. Waren er onverwachte gebeurtenissen? Hoe is hiermee omgegaan?
5. Hoe verliep de communicatie, zowel intern als extern?
6. Hoe is de waardering en ervaring van deelnemers en wat heeft het hen opgeleverd?
7. Wat zijn de succes- en faalfactoren van het onderzoek?
8. Heeft het onderzoek het gewenste resultaat behaald?
9. Is het gewenste product bruikbaar?
10. Is de juiste kwaliteit geleverd?

Bij een productevaluatie is de centrale vraag die een effectevaluatie beantwoordt: wat levert het project op? De vraag óf een aanpak werkt laat zich het best beantwoorden door een effectevaluatie te doen. Dit is een evaluatievorm die in beeld brengt welke output (concrete resultaten) en outcome (of effecten) een aanpak heeft opgeleverd. De uitkomsten (resultaten en effecten) van de interventie/project en de gekozen werkwijze/aanpak staan centraal (Mateman & Groot, 2014).

Relevante vragen zijn:

Zijn de doelstellingen behaald?

1. Is de hoofdvraag beantwoord?
2. sluiten de aanbevelingen aan op de hoofdvraag
3. Is de gemeente tevreden met het onderzoek en opgestelde aanbevelingen?
4. Welke aanbevelingen kunnen worden gerealiseerd en welke effecten zullen deze aanbevelingen hebben?
5. Welke factoren hebben bijgedragen aan het resultaat en het effect van de aanbevelingen?

Bijlage 4: Randvoorwaarden en tijdsplanning

2.5.1 Randvoorwaarden

Het onderzoek moet een bijdragen leveren aan het GO! Noord Nederland proces in gemeente Súdwest-Fryslân. Het Adviesrapport moet bruikbare informatie bevatten en een advies over de leefomgeving van mensen met dementie. De informatie moet bruikbaar zijn voor de GO! Noord Nederland, GGD Fryslân en gemeente Súdwest-Fryslân. Het onderzoek moet daarnaast voldoen aan de eisen die binnen Windesheim gesteld worden.

Met de opdrachtgever is besproken hoe ze op de hoogte wil worden gehouden tijdens het onderzoek. Tevens zal er regelmatig contact zijn. Contact met belanghebbende zoals het RIVM en veiligheidsregio noord Nederland moeten worden benaderd via de opdrachtgever. Bij GGD Fryslân en gemeente Súdwest-Fryslân hoeft dat niet. Wel wil de opdrachtgever graag op de hoogte gehouden worden van het contact met de GGD Fryslân en gemeente Súdwest-Fryslân.

Om de opdracht succesvol af te ronden zijn er duidelijke richtlijnen nodig, snel antwoord op vragen en toegang tot informatie over specifieke onderwerpen. Dit zal gaandeweg besproken worden met de opdrachtgever. Er wordt gebruik van eigen middelen zoals laptop en telefoon. De opdrachtgever stimuleert laagdrempelig contact en stelt zich behulpzaam op. Tot nu toe wordt de samenwerking als prettig ervaren.

Naast duidelijke richtlijnen, snel antwoord op vragen en toegang tot informatie over specifieke onderwerpen hangt het succesvol afronden van de opdracht ook af van de stakeholders. Als de stakeholders niet mee kunnen of willen werken aan het onderzoek zal het beantwoorden van de deelvraag bemoeilijkt worden.

2.5.2 Tijdsplanning

Fase 1: week 36 t/m 40

Tijdens de eerste fase zijn de studenten in gesprek gegaan met de opdrachtgever Dr. I. Bakker en M. Hagedoorn van GGD Fryslân om het onderzoek richting te geven aan het onderzoek. Daarnaast is er ruimte geweest om het onderzoek af te bakenen. Met behulp van de gegevens uit GO! Noord Nederland en gesprekken met Dr. I. Bakker en M. Hagedoorn konden de studenten richting geven aan de opdracht.

Fase 2: week 41 t/m 42

De studenten hebben een vooronderzoek uitgevoerd aan de hand van een literatuurstudie. Er is gebruik gemaakt van verschillende databanken om informatie te verkrijgen over een dementievriendelijke leefomgeving en om prevalentie van dementie binnen Nederland, Friesland en gemeente Súdwest-Fryslân in kaart te brengen. Op basis hiervan is er een onderzoeksplan opgesteld, hierin staat het volgende beschreven: het vooronderzoek, de probleemstelling, onderzoeksvraag en deelvragen, de methode en de aanpak.

Fase 3: week 43

In fase drie gaan de studenten samen met de opdrachtgever een lijst opstellen met stakeholders die benaderd kunnen worden. Ook leggen de studenten de gemaakte interviewschema en enquête voor aan de opdrachtgever. Als dit goed is gekeurd gaan de studenten de stakeholders benaderen.

Fase 4: week 44 t/m 47

De studenten gaan de deelvragen uitwerken, dit betekent dat de studenten in kaart gaan brengen welke specifieke eisen worden gesteld aan dementievriendelijke omgeving. Waar het dorp Wommels aan moet voldoen om als dementievriendelijk te worden beschouwd. Hoe de wijkverpleegkundige een rol kan innemen bij het dementievriendelijk inrichten en welke opvattingen de professionals hebben over het dementievriendelijk inrichten van de leefomgeving. Deze gegevens worden verkregen via de gestelde methodes in hoofdstuk 2.2

Fase 5: week 48

De studenten verzamelen en ordenen de resultaten die het beantwoorden van de deelvragen hebben opgeleverd. Deze gegevens worden in een duidelijk verslag verwerkt. Er wordt inzicht gegeven in wat de studenten hebben verzameld aan informatie en op welke wijze dit is gebeurd.

Fase 6: week 49

In deze fasen zal de discussie en conclusie geschreven worden door de studenten. De discussie en conclusie worden geschreven op basis van de verkregen gegevens. Er wordt gekeken naar hoe de hoofdvraag is beantwoord.

Fase 7: week 50

De studenten schrijven op basis van de conclusie een aanbeveling voor de praktijk, deze aanbeveling zal gericht zijn aan Dr. I. Bakker en M. Hagedoorn. De aanbeveling wordt via de mail verstuurd, nadat deze is goedgekeurd door school. Oplevering van de aanbeveling kan tussen 21 december 2020 en 15 februari 2021 plaatsvinden.

Bijlage 5: Woordelijke transcriptie interview met Respondent 1

Doel: Visie op dementievriendelijke dorp. Welke rol kan de wijkverpleegkundige innemen in een dementievriendelijk dorp.

- Kennis dementievriendelijke omgeving
- Visie op wijkzorg
- Visie op dementie verpleegkundige
- Rol wijkverpleegkundige
- Taken wijkverpleegkundige
- Hoe implementeren van rol
- Preventie wijkverpleegkundige
- Welke rol zou GO! kunnen hebben?
- Kennis over dementie vriendelijk
- Speelt het binnen GO?

Eventuele vragen:

1. Hoeveel weet u van een dementievriendelijke omgeving?
2. Wat is uw visie op de rol van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg in plattelandsgemeenten?
3. Wat zouden volgens u de taken van de wijkverpleegkundige moeten zijn?
4. Hoe kunnen deze taken/rol worden geïmplementeerd in het dorp?
5. Welke rol kan de wijkverpleegkundige innemen in het dementievriendelijk inrichten van de leefomgeving in een dorp?
6. Hoe denkt u dat de wijkverpleegkundige preventie kan toepassen in de wijkzorg?
7. Welke rol zou de dementie verpleegkundige volgens u moeten uitvoeren in een dementievriendelijk dorp?
8. Wat is volgens u een goed model voor de wijkverpleegkundigen om te gebruiken tijdens de zorgverlening (lalone etc.)?
9. Wordt dit onderwerp besproken tijdens het GO! Noord Nederland project?
10. Welke rol zou het project GO! Noord Nederland kunnen hebben in het dementievriendelijk inrichten van een dorp?

Afnamen interview: 18 november, 14:30

Aanwezig: Elisa de Jonge, David Damstra, respondent 1

Doel: Het doel van het interview is om inzicht te krijgen in de rol en taken van de wijkverpleegkundige, kennis over dementievriendelijke omgeving te verkrijgen en hoe het onderwerp binnen GO! Noord Nederland gebruikt kan worden.

David: Eerste vraag, Hoeveel weet u van een dementievriendelijke omgeving? Bent u er bekend mee? wat zijn uw raakvlakken?

Respondent 1: Het antwoord heb ik al wel z'n beetje gezegd. Dus professioneel heb ik met dit onderwerp in relatie tot gezond leefomgeving niet te maken gehad. Ik ken hier ook geen voorbeelden van. Maar ik heb er natuurlijk van tevoren even over na gedacht en bedacht me: *'misschien kunnen we wel 2 kanten op werken. De ene kant over wat jullie weten vanuit dementie en de ideeën die jullie hebben over een dementievriendelijke leefomgeving. Aan de andere kant zet ik mijn ideeën daartegenover en met name hoe je de fysieke inrichting van die leefomgeving inricht. Het zeg maar zo*

kan aanpassen dat het in jullie idee ook relevant is voor mensen en de zorg rondom mensen met dementie.' Ik denk dat dat in ons geval binnen dit gesprek het handigst is.

David: Nou fijn die onderwerpen komen namelijk allemaal wel aanbod. Want u heeft, zoals wij begrepen tijdens het consortium overleg een aandeel gehad in het herinrichten van het competentieprofiel voor de wijkverpleegkundige?

Respondent 1: Ja ik heb een aantal jaren geleden toen de discussie begon over de zogenaamde nieuwe wijkverpleegkundige gewerkt bij de organisatie ZonMw. ZonMw is het landelijke orgaan die alle subsidies in de volksgezondheid en gezondheidszorg coördinerend. Ik heb niet direct zelf met dat project te maken gehad als een projectleider, maar het was wel een van de projecten waarbij ik zijdelings betrokken was. Mijn werk bij ZonMw was om te kijken hoe je resultaten van een onderzoek het beste kon implementeren. Ik heb dus wel het hele traject gevolgen over de wijkverpleegkundige.

Daarnaast geef ik al een aantal jaren les aan de Hanze hogeschool in Groningen aan onder anderen HBO-v'ers die als mid-career stap een opleiding voor Wijkverpleegkundige volgen. Ik geef daar het onderdeel volksgezondheid, beleid en trends in de volksgezondheid. Van daaruit ken ik door de lessen een beetje de actuele praktijk waar wijkverpleegkundige in werken.

Ik ken dus het nieuwe competentieprofiel van de wijkverpleegkundige en wat ik tot op de dag van vandaag heel ingewikkeld vind in de uitvoering is de balans tussen enerzijds de curatieve kant van de individuele begeleiding versus het werken aan preventiedoelen door de wijkverpleegkundige. Ik weet dat vanaf het begin dat preventie een heel heet hangijzer is geweest en er onderzoek in de praktijk is gedaan door V&VN. Bij het vormen van het competentieprofiel zeiden ze dat preventie een essentieel onderdeel van de wijkverpleegkundige zou moeten zijn. Ik noem dit omdat ik denk dat binnen preventie een hele belangrijke link in ligt met iets doen in de bredere leefomgeving. Terwijl in de praktijk (ik weet niet hoe het nu is) er een verschil in financiering is in gevoerd door de politiek. Individuele zorg aan mensen in de wijk wordt door de zorgverzekeringswet betaald en de preventie wordt betaald uit het gemeentelijke budget. Dat heeft enorme problemen opgeleverd. Ik kan me heel goed herinneren en dit benoem ik omdat als we gaan werken aan een beweging vriendelijke of demente vriendelijke omgeving het ook beter is om het met z'n 3^e daar iets beter over na te denken. Ik had namelijk een aantal wijkverpleegkundige in de groep die zeiden dat ze niet aan preventie deden. Waarop ik zei: *'hoe kan dat nou want dit staat toch in het competentie profiel.'* Waarop ze reageerden: *'We zijn in dienst van de thuiszorgorganisatie en die betalen alleen voor de individuele zorg. Al zouden we willen werken aan preventie, we hebben er gewoon geen uren voor.'*

Grotere thuiszorgorganisaties hebben vaak maar 1 wijkverpleegkundige, die werkt aan preventie en een ander die verantwoordelijk is voor individuele zorg. Ik vind dat dat weinig meer te maken heeft met het oorspronkelijke idee en ik heb later begrepen (ik weet niet hoe dat nu ziet) dat regering er mee bezig is om die financiering te veranderen. Horen jullie daar iets over op de opleiding? Weten jullie wat de stand van zaken is op dit moment? Zou een van jullie daarop kunnen reageren?

David: Ja dat zou ik wel op willen reageren, ik heb namelijk 6 jaar bij de thuiszorg gewerkt. Ik heb 2 stages binnen deze branche gedaan tijdens mijn MBO en HBO opleiding. Tijdens mijn hbo-stage heb ik bijna alle taken van de wijkverpleegkundige overgenomen. Maar toen was het nog heel rigide. Voor de individuele zorg kwam er geld vanuit de zorgverzekeringswet en het geld wat vanuit de gemeente werd gebruikt voor de preventie. Binnen ons team hadden we ook de verdeling dat 1 wijkverpleegkundige verantwoordelijk was voor kwaliteit en beleid binnen het team deed en preventie binnen het dorp. De andere wijkverpleegkundige was verantwoordelijk voor de individuele zorg, zorgplannen en deed

palliatieve zorg binnen de regio en daar de kwaliteit van. Het was dus ook wel heel erg gesplitst. Ik ben daar nu al 1,5 jaar weg en hoorde wel wat gerommel met betrekking tot de financiering maar er lagen nog geen concrete plannen op tafel.

Als ik zo naar u luister schets u een duidelijk beeld van de werkelijkheid, maar heeft u ook een ideaalbeeld over hoe een wijkverpleegkundige zou kunnen werken. Eigenlijke zou moeten werken?

Respondent 1: Wat ik al aangaf is als men preventie een cruciaal onderdeel vindt moet men ook kijken hoe het in het oorspronkelijke competentieprofiel opgesteld is. Vanuit ZonMw is een groot pilotproject geweest, genaamd zichtbare schakel (ik weet niet of dat jullie daar wat van gehoord hebt. Zeker de moeite waard om het eindrapport er nog eens bij te halen) waarin je ziet waar de verschillende onderdelen van het competentieprofielen vandaan komen, maar ook de ambities.

Dat is begonnen in een tijd waarin het beroep wijkverpleegkundige heel impopulair was. Er was een enorme afname van wijkverpleegkundige. Het was dus ook niet toevallig dat ze opnieuw wilde kijken naar het takenpakket, maar het was vooral ook een politiek verhaal. Ze wilde meer met wijkteams gaan werken, er moest veel lokaal georganiseerd worden. De mensen die bij de politiek betrokken waren gaven aan dat men af moest van het beeld van een 'oude zuster op een solex'. Persoonlijk vind ik dat dat heel goed is aangepakt binnen het competentieprofielen en daarin was een goede balans tussen preventie en individuele zorg. Preventie was daar een essentieel onderdeel. In eerste instantie is dat door de politiek omarmt. Maar toen het geld om de hoek kwam kijken werd dat een cruciale spil in het verhaal. Ik snap ook heel goed dat thuiszorgorganisaties, die geen grip hadden op het geld voor preventie de keuze hebben gemaakt de taken te splitsen.

Ik ben er gek op om te praten en te filosoferen over de ideale wereld, maar het leuke van met jullie praten vind ik juist ook om met minstens 1 been in de klei blijven staan. Dus een beetje realistisch zijn moeten wel, terwijl ik het oorspronkelijke beeld nog steeds omarm. Stel dat je de dementievriendelijke omgeving met de wijkverpleging in een gemeente zoals Súwest-Fryslân wil gaan organiseren dan is in ieder geval 1 suggestie/punt waar van ik denk: *'daar zouden jullie echt verschil in kunnen maken in jullie eindrapport'*. Het na denken over hoe die de wijkverpleging en de gemeente op het punt van die dementievriendelijk omgeving gaan samenwerken en afspraken gaan maken. In plaats van de huidige situatie waar bij je voor preventie in de wijk bij de gemeente moet zijn en voor het andere deel bij de thuiszorgorganisatie. Dan kan ik al voorspellen hoe het gaat met preventie en niet allen binnen de wijk, maar het hele thema preventie binnen de volksgezondheid. Als de werkdruk hoog is, wordt de preventie als eerst losgelaten. Misschien is het dan juist een slimme zet om de preventie bij 1 persoon te laten, want die moet het dan ook echt gaan doen. Alleen het idee van preventie is het voorkomen van die curatie. Bij dementie wil je dat mensen naar buiten gaan, sociaal contact opbouw/onderhouden. Dat vraagt om begeleiding. Dus hoe zou je dat in kunnen zetten binnen de verdeling van de uren. Aan 2 kanten zie je natuurlijk een enorm probleem met geld. Dus de gemeente zal over dat preventie gedeelte keihard zeggen: We zitten met de WMO we zitten met de jeugdzorg. Er is niet genoeg geld.

Vorige week is er een rapport gekomen van het cultureel sociaal planbureau wat ik jullie ten eerste kan aanraden. Hierin wordt gehakt gemaakt van de hele decentralisatie problematiek en met name over het feit dat er eigenlijk vanuit werd gegaan, dat als het goed werd georganiseerd (de wijkverpleegkundige zit wat mij betreft ook in de slipstream) het vanzelf kostenbesparend zou werken. Echter blijkt nu na een aantal jaren dat het totaal niet waar is en in een aantal gevallen het juist kostenverhogend. Omdat wanneer die wijkteams goed functioneren je de kans hebt dat je ze meer signaleren. Wat uiteindelijk meer zorgvragen oplevert. Dus waar ga je dan voor? Ga je voor het bezuinigen of voor goed werkende

wijkteams met verhoogde signalering wat weer kan uitlopen op zorgvragen met meer potentiële zorg. Dan roep ik preventie, je bent er vroeg bij. Maar als dat betekent dat je daarmee ook al eerder in het traject menskracht moet inzetten wat zou jouw argument dan zijn als de thuiszorgorganisatie of gemeente je daarop aanspreekt. Terwijl als je door de wijk heen gaat eenzaamheid signaleert door dat cliënten van jou je hier attent op maken. Jij zegt vervolgens tegen je thuiszorgorganisatie of de gemeente *'ik zie nog meer mensen met een indicatie, ik vind dat we daar wat mee worden'* waarop de thuiszorgorganisatie of de gemeente reageert met *'ja maar wij zijn van de zelfredzaamheid, dus als het persoon niks aan geeft is er ook geen zorg nodig'* wat zeggen jullie dan David en Elisa?!

David: in principe besteed je aandacht aan zelfredzaamheid binnen de zorg die je geeft. Als ik iemand help met aankleden en die kan zelf zijn shirt aantrekken, dan schuif ik zelfredzaamheid onder het shirt aan trekken. Maar als je klassieke zorgmijder hebt. Iemand die weet dat hij zorg nodig heeft, dit aan de omgeving laat blijken maar daar geen actie op onderneemt en zorg buiten de deur houdt. Dan valt het niet meer onder zelfredzaamheid, maar onder verwaarlozing van. Dan zou je als gemeente, maar ook als thuiszorg daarop moeten anticiperen.

Respondent 1: Ik ben het helemaal met je eens. Elisa wat zou jij zeggen?

Elisa: Als ik vanuit mijn eigen ervaring spreek zijn er nog best wel veel mogelijke cliënten die aan niemand laten blijken dat ze zorg nodig hebben en vereenzamen achter de voordeur. Waar weinig zicht op is, ook niet vanuit de omgeving. Dan zou er een bemoeizorg traject gestart kunnen worden. Ik denk zeker in plattelandsdorpen, ook als ik kijk naar de dorpen in mijn omgeving zie je dat daar heel veel cliënten wonen die eigenlijk wel bemoeizorg nodig hebben. Daar zou de thuiszorg een rol in kunnen spelen maar de maatschappelijk werker zou daar ook een bepaalde rol in kunnen spelen. Maar hoe dat met hele financiële traject zit voor de gemeente, thuiszorg en andere organisaties dat vind ik lastig.

Respondent 1: Als we daarop door gaan komen we helemaal niet op de dementie vriendelijk omgeving terecht. Maar wat je zelf ook al aangeeft en dat is natuurlijk een hele cruciale, is die coördinatie. En wat er in het competentieprofiel als heel belangrijk staat, is dat de wijkverpleegkundige coördineert. Wat kan, moet en wil de wijkverpleegkundige coördineren zowel als van de kant 'wat heb je voor mogelijkheden' maar coördineren moet je aan de andere kant ook gegund worden natuurlijk.

David: Ja dat is zeker waar en mooi dat u dat zo aanstipt: coördinatie van een verpleegkundige. Zowel binnen als buiten het team, dus in de wijk. Maar wat zijn nog meer competenties waarvan u denkt dat een wijkverpleegkundige daar nu veel meer op moet inzetten. Ik moet namelijk heel eerlijk bekennen dat ik het profiel wel heb doorgelezen maar dat me een paar dingen zijn ontglipt en volgens mij zit u er wel goed in.

Respondent 1: Ik bekijk het natuurlijk vanuit mijn eigen achtergrond. Preventie is mijn ding. En dat speelt maar een hele beperkte rol. In mijn ogen een veelte beperkte rol in het takenpakket van de wijkverpleegkundige. Maar dat is verklaarbaar als de opleiding meer op individuele zorg gericht is, dan bevestigd het allemaal zichzelf. Aan de andere kant denk ik dat we allemaal meer aan preventie moeten doen, werken aan een gezonde leefomgeving en een inrichting van die gezonde leefomgeving is niet alleen het bevorderen van gezondheid, maar ook preventief. We werken binnen GO! Met z'n roos van verschillende domeinen. Het sociale domein: welzijn is een heel belangrijk onderdeel voor ons. Het gaat namelijk ook over sociaal contact en hoe organiseer je een buurt waar sociaal contact bevorderd wordt. Dat gaat over meer dan alleen een paar bankjes neer zetten maar dat gaat natuurlijk ook over waar we het net allemaal over hadden. Mensen die buiten beeld blijven, zorgmijder. Dat heb je allemaal in de

achtergrond. Dus is wat mij betreft het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ongezondheid in den brede. Dat zijn 2 kanten van dezelfde medaille. Misschien dat we daar, als jullie dat goed vinden op door kunnen gaan? Om samen te kijken naar hoe bevorder je gezondheid voor deze groep en hoe voorkom je ongezondheid bij mensen die beginnen dementie hebben, bij het creëren van een dementievriendelijke omgeving.

Ik roep maar even een paar dingen die mij te binnen schieten: sociaal contact, veiligheid, dwalen, problemen met sociaal functioneren. Gezondheid is een containerbegrip, daar kan je op ik weet niet hoeveel verschillende manieren mee werken. Wij kijken met GO! Alleen naar de fysieke inrichting, dus bij wijze van spreken de spa in de grond. Dit doen we om richting aan te geven en de discussie niet alle kanten op te laten waaien. Als je tips aan wilt geven over een dementievriendelijke omgeving die we in GO! kunnen toepassen: dus suggesties over maatregelen die bevorderend kunnen zijn. Is het belangrijk dat het maatregelen zijn die ook ergens een verband hebben met hoe je een dorp inricht, hoe je dingen anders gaat doen, naast heel veel andere maatregelen die je ook met de wijkverpleging kan invoeren. Bijvoorbeeld: al die mensen die nog thuis wonen een signaalsysteem geven. Aan de andere kant wil je ook dat mantelzorgers en buurtbewoners die mensen een beetje in de gaten houden waardoor ze de signaalsysteem kon niet nodig hebt. En dat heeft wat mij betreft, wel met inrichting te maken.

David: waar je aan snijdt is, wij zitten ook heel erg binnen twee categorieën te kijken: fysieke leefomgeving binnen dementievriendelijk en de gemeenschap binnen dementievriendelijk. Op een gegeven moment zie je dat het een raakpunt met elkaar heeft. Binnen fysieke inrichting kan je heel veel doen door (Dit is trouwens Elisa's punt, dus ik denk dat ze het zo aanvult) straatborden te combineren met plaatjes, deze op ooghoogte plaatsen, geen scherpe bochten in de weg, geen hoge hagen. De gemeenschap (het gene waar ik me op heb gericht) is het instrueren van medewerkers van winkels, bewust maken van de gemeenschap. Op een gegeven moment komt dat samen, want als er een plek wordt gecreëerd binnen de fysieke omgeving waar mensen samen kunnen komen en de gemeenschap komt daar bij elkaar. Een gemeenschap die is juist is geïnstrueerd. Dan heb je een samen vlechting van beide begrippen. Dan heb je volgens ons best wel een dementievriendelijk concept. Dat is wat we nu deel proberen te bereiken. Maar om daar te kunnen komen, heb je 1 gouden spil nodig en dat is volgens ons de wijkverpleegkundige. Dat is onze visie, samen met uw kennis kunnen we proberen dat waar te maken en daar een goed advies voor geven.

Respondent 1: Ja interessant. De wijkverpleegkundige kan het doen, maar de buurtwerker ook. Wat is de winst als de wijkverpleegkundige het doet? Als je die op een gegeven moment in positie brengt (wat ik heel goed zou vinden) dan moet je ook richting Respondent 4 en andere kunnen laten zien dat als je het met de wijkverpleegkundige doet, dan breng je dat hele netwerk op een hele andere manier in stelling wat misschien beter werkt dan als je het de maatschappelijk werker laat doen. Iemand moet de spil zijn, dat ben ik met je eens.

Elisa: Ik denk dat het belangrijk is dat 1 iemand de spil is en de zorg coördineert. Waar wij ook een beetje naar hebben gekeken is de casemanager dementie. Dat is een wijkverpleegkundige, die nog een aparte opleiding/cursus heeft gevolgd om zich te specialiseren op dementie. Die volgt de cliënt van het begin traject tot het eind. Die heeft ook vaak het overzicht over hoe het gaat met de mantelzorgers en is ook vaak een vast aanspreekpunt van het begin tot het einde voor de cliënt. Ik denk dat deze taken heel belangrijk zijn en daarnaast dat in de wijkverpleging preventie een belangrijke rol speelt. Vooral om te voorkomen dat mensen dement worden. Dat kan door bijvoorbeeld veel te bewegen, dan verklein je de kans op dementie. Gezonde voeding, kan ook al bijdragen aan een verkleinde kans op dementie. Ik denk dat het creëren van een dementievriendelijke omgeving, heel breed kan zijn van het begin tot het eind. In

eerste instantie bij de preventie. Als iemand al dement heeft kom je uit op tertiaire preventie en is dat het voorkomen van achteruitgang. De fysieke omgeving speelt daarin ook een belangrijke rol. Daar gaan wij dus ook adviezen over uitbrengen richting de gemeente.

David: wat je vooral ook ziet is dat de wijkverpleegkundige met tertiaire preventie bezig is, maar dat de primaire en secundaire preventie al snel wegvalt omdat de wijkverpleegkundige niet op tijd betrokken is bij de casus.

Respondent 1: Dat vind ik een hele belangrijke om die vooral ook te beneemen. Daar hoeft je niet uitgebreid op in te gaan, maar wat je terecht zegt Elisa: het begint met gezond leven. Jullie weten meer wat er bij dementie voor rol speelt en waar gezond leven belangrijk bij is.

Ik ben van de verbindingen en aan de andere kant zit er een enorm risico in dat het veel te groot wordt of dat mensen gaan zeggen: als je gezond eet, niet te veel drinkt en niet rookt dan komt het allemaal wel goed. Echter moet je het dan omdraaien en vertellen dat we weten dat de bevolking vergrijsd en hierdoor een stijging komt in dementie. Maar de gezondheidsproblemen van vergrijzing kun je in ieder geval uitstellen of verminderen als je aan bepaald voorwaarde voldoet.

Ik vind het een hele goed om dementie ook in dat kader te laten zien. Dan gaat het er vervolgens om dat als men in de fase van die tertiaire preventie zit. Want ik denk dat we daar ook nog even over door moeten filosoferen. Want Elisa noemden al bepaalde dingen die ik heel interessant vind. Hoe kun je het mensen makkelijker maken die dement zijn maar wel thuis wonen om hun leven nog te leiden. Wat voor ideeën hebben jullie daarover? Hoe kun je dat fysiek organiseren?

Elisa: ik denk dat je moet zorgen dat de mensen in het dorp weten wat dementie is en vaak merk je dat er in de kleine dorpen toch nog wel wat sociale controle is en dat dit ook van belang is. Dorpsbewoners zijn op de hoogte over dementie, weten hoe dit zich uit en dat ze het ook zien. Dat het opvalt als iemand in een bepaald deel van het dorp iemand loopt waar die niet in de buurt woont, lijkt te verdwalen en hem dan meenemen en hem terugbrengt naar zijn woning. Of in ieder geval vragen wat er aan de hand is en of hij de weg nog terug weet. Daarnaast kun je ook met aanpassingen in het dorp zoals duidelijke verkeersborden of het verminderen van kruisingen. Kruisingen zijn voor dementerende vaak heel onoverzichtelijk. Daar in aanpassingen te doen. Verkeersborden duidelijker te maken voor demente mensen en eigenlijk op die manier aanpassingen doen.

David: ook zoals die ring waar je het met mij over hebt gehad. Die ring waarin de primaire gebouwen dichtbij zitten etc. misschien kun je dat nog even toelichten?

Elisa: Ja. Als je in het dorp een dorpskern hebt, vanuit die dorpskern heb je de eerste ring. Als je het dorp opsplits met in het midden de kern en daarom heen de ringen. Dan is het in een dementie vriendelijke omgeving belangrijk om in de eerste ring de belangrijkste disciplines te hebben zoals de huisarts, de fysio, de supermarkt, apotheek en de bank. Binnen een kleine straal van de dorpskern, met de voordeuren zichtbaar en richting de dorpskern. Zodat het overzichtelijk is voor een dementerende waar hij naar binnen moet. Ook dat je aan de buiten kant van het gebouw laat zien dat de apotheek de apotheek is en de huisarts de huisarts, door middel van afbeeldingen. In de grotere ring kan je de wat minder belangrijke winkels plaatsen zoals de bloemist.

David: Dat zijn natuurlijk wel hele grote aanpassingen, dan zou je de hele structuur van een dorp ondersteboven moeten gooien. Maar zulke dingen als met de deur naar de straat kant, typische

ouderwetse afbeeldingen van bedrijven. Dat banken van hout zijn en niet van glas of mozaïek. Het is van belang dat je de ouderwetse of typische stijl aan houdt bij een dementievriendelijke omgeving. Aan de andere kant moet je de veiligheid creëren binnen de gemeenschap dat mensen nog wel naar buiten durven te komen. Deels heeft dat te maken met dat dementerende zich minder schamen voor hun diagnose. Wat je namelijk ziet is dat dementie heel erg gestigmatiseerd wordt en dat er een heel negatief beeld aan gehangen wordt. Wat ervoor zorgt dat mensen zich schamen, zich terugtrekken uit de maatschappij en daardoor sneller achteruitgaan doordat ze minder deelnemen aan de maatschappij. Ze verzanden eigenlijk in hun eigen situatie. Je moet dus die stigmatisering proberen op te lossen en dat de omgeving weet wat belangrijk is. Hoe kan ik die persoon helpen. Dat je bijvoorbeeld een buurman hebt die aanklopt bij zijn dementeerde buurvrouw en haar meeneemt om een rondje te gaan wandelen. Dat ze dan gaandeweg boodschappen gaan doen, of in ieder geval voor die beweging zorgt. Want beweging brengt de bloedsomloop op gang, stimuleert de doorbloeding van de frontale hersenkwal, wat zorgt dat de eiwitplak iets beter wordt opgeruimd. Allemaal dat soort dingen.

Respondent 1: Ja en dat mensen dus in dat sociale netwerk weten dat dat belangrijk is. En niet alleen dat ze denken 'we gaan een keer wandelen met de buurman' maar dat het iets systematisch wordt. Ik maak maar weer even een linkje met GO! En met name de kant van de maatregelen. Want ik hoor jullie namelijk al een boel belangrijke dingen zeggen. Want enerzijds wat jij zegt Elisa zijn concrete aanpassingen, die volgens mij helemaal niet zo ingewikkeld zijn. Alleen als kijkt op de korte termijn dat als dit een thema is die iedereen belangrijk vindt wat je met een relatieve kleine aanpassingen kan doen en dat mensen in dat dorp waar het over gaat ook snappen dat het zinvol is. Waarom moeten al die deuren aan de voorkant? Omdat een bepaalde functie heeft. Voor mensen die niet met dementie te maken hebben roep dat natuurlijk vragen op. Dus dat vind ik een hele mooie, want het is wel een concreet aangrijpingspunt met dit advies en roep dat allereerst een discussie op. Maar je kan ook laten zien dat je met kleine veranderingen al een hele hoop kan doen. Om die splitsing voor de helderheid maar even vast te houden. Jouw kant David met het sociale verhaal. Ik denk dat uitleg/voorlichting daar heel belangrijk is. Dat het een onderdeel is van begeleiding van mensen met dementie en dit niet toevallig maar systematisch te doen. Dan hebben we ook die wijkverpleegkundige nodig, die kan het dan namelijk een beetje in de gaten houden. Je hebt ook een netwerk rondom die demente persoon nodig. Als je dat ook zo uitlegt en ook hoe je dat kan organiseren, vang je 2 vliegen in 1 klap. Dat je concreet voorbeelden kan geven die helpen en dat een gemeente dat kan aanpakken. Uiteindelijk moet het ook een voorstel worden naar de gemeenteraad in het kader van GO! Als we kiezen voor het thema dementie kun je die en die dingen doen. Daaraan vast, ik merk dat iedereen het heel belangrijk vindt dat de bewijskracht van de maatregel klopt. Dat is even een vraag voor jullie beide, is hier literatuur van en is deze wetenschappelijk onderbouwd? Heel veel maatregelen in de leefomgeving die wetenschappelijk onderbouwd zijn, in heel veel van die domeinen binnen GO! En vooral wetenschappelijk onderbouwd in de richting waar het aan bij draagt qua levensverwachting? Die kan moet je niet op gaan en het is toch altijd het eerste wat gevraagd wordt. Wat draagt bepaalde interventie zoals bewegwijzering bij aan hun levensgeluk. Dat zijn onmogelijk vragen natuurlijk. Hoewel ik altijd antwoord dat het niet in getallen is uit te drukken maar dat je het mensen wel altijd kan vragen. Er is best wel bewijskracht, maar het helpt natuurlijk enorm dat als je dingen kan laten zien van gemeenten waarin hiermee actief geëxperimenteerd is en eventueel onderzoek dat gedaan is.

Ga ik eerst maar even naar Elisa, de voorbeelden die je noemde heb je dat uit eigen ervaring of uit de literatuur?

Elisa; literatuur. Voornamelijk Engelse onderzoeken waarin dit de maatregelen zijn die worden aanbevolen. Het zijn onderzoeken die zijn gestart in 2004 en die telkens zijn herschreven. Ik heb nu een versie uit 2014. Waarin ze continu terugkomen op hun bevinden en deze steeds verder uitwerken.

Respondent 1: heel goed, je hebt dus een vertrekpunt van waaruit je kan voortbouwen met andere voorbeelden, ik denk dat dat heel belangrijk is. Want de stap van een voorbeeld geven naar het daadwerkelijk invoeren wil de gemeente ook iets kunnen laten zien aan de raad. Zoveel heeft het gekost en zoveel heeft het opgeleverd. Hoe zit dat bij jou David? Hoe wordt het effect van interventie op de gemeenschap getoetst?

David: Dat vind ik een goeie, want qua gemeenschap kan je kan enquêtes afnemen van het beginpunt en na het invoeren van de interventie van de eindstand. Kijken hoe het verschil hier in zit. Echter is dit voor ons niet meer haalbaar om dat te doen, maar bevooroordeeld dat over het stigmatiseren is een best hot topic in Japan. Mensen waren bang voor dementie en de omgang met dementerende. Een soortgelijke onderzoek is gedaan in nieuw zeeland. Toen hebben ze op radio, televisie, kranten, tijdschriften, flyers en mensen op straat hebben ze informatie gegeven. Daarna hebben ze nog een keer een onderzoek herhaald hoe mensen ertegenover dachten en toen bleek dat de angst aanzienlijk was afgenomen. Maar goed, dan kijk ik terug naar hoe je kan bewijzen hoe het resultaat heeft gehad. Ik denk dat je dan ook moet kijken naar de leefomgeving. Want op een gegeven moment kom je bij dementie op een stadium dat ze alles vergeten. Iets wat maandag is gebeurd herinneren ze zich donderdag vaak niet meer. Als er dan iets ergs gebeurt zeggen mensen: hij vergeet het toch wel weer. Maar de omgeving heeft hier meestal wel last van, zoals de kinderen, de burens, de mantelzorger, de verpleging. Het sociale netwerk daaromheen kan wel heel veel last hebben van een bepaalde gebeurtenis. Wat je dan ziet is dat iemand beperkt wordt in zijn vrijheden, thuis komt te zitten en het dementieproces alleen maar versnelt. Misschien heeft een dementerend persoon er op de kort termijn geen last van maar als je op de lange termijn kijkt wel.

Elisa: maar als je ook gewoon kijkt naar hier dichterbij huis is in 2016 de campagne vanuit minister de Jonge samen naar dementievriendelijk gestart. Dat gaat er dus over dat dorpen en gemeente binnen Nederland dementievriendelijke moeten worden en ik dacht uit mijn hoofd dat dat in 2020 ook weer geëvalueerd zou worden. Nu weet ik niet of dit ook gaat lukken ivm corona. Maar ik hoop dat het dit jaar of ergens volgend jaar geëvalueerd worden in hoeverre Nederland dementievriendelijk is geworden en wat daar de resultaten van zijn.

Respondent 1: dat is interessant, maar daar zou ik in niet echt mijn hoop op vestigen want jullie zijn in een veel kleinere schaal bezig. Wat was het dorp waar jullie zitten? Koudum. Hebben jullie enige idee hoeveel mensen met kwetsbaarheid of dementie wonen? Heb je daar ene idee van?

Elias: Nee

Respondent 1: we moeten nu even kijken wat jullie binnen de beperkte mogelijkheden kunnen doen. Op een goed moment kom er een gesprek met bewoners. Zoals we dat bij GO! doen. Hierin proberen we een zo representatieve groep te maken. Uiteindelijk leggen we die de vraag voor 'waar zien jullie de meeste kansen' Bij dementie zie ik een dilemma wat ik jullie wil voor leggen. Als dementie heel erg in beeld is heb je de kans dat ze zeggen dat het geen goed idee is omdat ze er mee bezig zijn. Het idee is namelijk dat je op onderwerpen inzet waar heel weinig mee gebeurt. De andere kan is dat als ze geen idee hebben over dementie hebben in hun dorp omdat het veel achter de voordeur gebeurt zullen ze dit ook niet als thema noemen. Hoe zouden we dat in jullie aanbevelingen kenbaar maken. We moeten

namelijk iets weten over waarom het een probleem is in Koudum? Want weten mensen in dat dorp of het bekend is? Daarmee krijgen je namelijk een kans dat ze over dat onderwerp beginnen. Wat we in de gesprekken niet willen is dat we het voor hun voorsorteren. Het onderwerp moet van belang zijn voor de omgeving.

David: Binnen SWF is het wel een belangrijk onderwerp en als je kijkt naar de provincie Friesland liggen de cijfers van dementie boven het gemiddeld en door de dubbele vergrijzing en de leegloop waardoor de verwachtingen hoger te komen liggen. Dementie stijging is binnen Friesland een van de hoogste provincies binnen Nederland in de aankomende jaar.

Respondent 1: dat is belangrijk. Ik wil in jullie eindverslag graag dit soort argumenten lezen. Want ik ga in mijn bijeenkomst in gesprek. Dus als die cijfers gaan stijgen, wil ik het best gaan noemen en ook de mensen kunnen overtuigen dat het belangrijk is. In dat gesprek wil ik ook kunnen aangeven dat er 2 studenten zijn geweest die hebben geïnventariseerd wat voor mogelijkheden en maatregelen genomen kunnen worden. Ik hoor de reactie al gelijkkomen dat het 'een te ingewikkeld verhaal wordt'. Vanuit GO! Moeten we het paraat hebben dat we het kunnen aandragen. Als je mij de vraag zou stellen waar zit de winst van GO! in, dan is het mensen handvatten geven over wat er binnen dit thema gedaan kan worden en dat het relevant is. Binnen GO! Willen we inzetten op het draagvlak van de bewoners, dat creëer je gelijk in het begin door in gesprek te gaan, ze thema's te laten kiezen en ze aanhoort te houden door hun mee te laten helpen om dingen te organiseren binnen de gemeenschap maar ook in samenwerken met de wijkverpleegkundige en mantelzorgers die de eerste link hebben. Om de community te veranderen waardoor mensen ervaring opdoen met dementie en het balletje daardoor gaat rollen. Dat is het hele idee van GO! Hoe meer haakjes jullie daarin kunnen kern hoe mooier het is. De Haakjes zitten samengevat in de onderbouwen waarom dementie belangrijk is hoe je in de inrichting de leefomgeving daar concreet kan bijdragen zowel fysiek als sociaal. Dan heb je een heel mooi pakket. En laat vooral ook ander het werken doen, als je bij de vitale regio aansluiten mag je ook verwijzen naar waarom het succes groter kan worden doordat we het in een breder verband kunnen gieten. We Willen landelijk ook iets mee. Als je dat allemaal kan samenvoegen hebben we goud in handen. Niet alleen voordat ene dorp maar ook andere dorpen.

David: Ik wil toch nog iets meer gaan inzoomen op die wijkverpleegkundige, want we zitten te kijken naar hoe een wijkverpleegkundige hier een prominente rol kan innemen.

Respondent 1: Als het goed is heeft de wijkverpleegkundige alle mensen met de indicatie dementie die nog thuiswonend in beeld. De wijkverpleegkundige moet weten hoeveel het er nu zijn en kan doorrekenen hoe de stand van zaken over een jaar of 10 is. Daarin is de wijkverpleegkundige al zeg maar eigenaar van het Thema. Ik zou vooral ook inzetten op wat de wijkverpleegkundige met name op het gebied van preventie kan doen. De directe zorg is een andere tak van sport, ook heel belangrijk maar hoe de wijkverpleegkundige recht van spreken heeft in die rol of recht van spreken afdwingt. Dan moet je kijken naar de samenwerking binnen die gemeente in samenwerking met de wijkteam, de huis arts etc. hoe dat nu georganiseerd is.

Elisa: Het lijkt mij ook heel belangrijk dat de wijkverpleegkundige een rol gaat spelen in de vroeg signalering dus kijkt naar mensen die beginnen dementerend gaan worden. Hoe zou die rol passend binnen het plaatsje en ook met primaire preventie in het achterhoofd.

Respondent 1: De vraag is in hoeverre de wijkverpleegkundige een positie daarin heeft.

David: De wijkverpleegkundige zou daar lijkt mij een positie in moeten hebben.

Elisa: of de huisarts

Respondent 1: Ja dan kom je op de eerste lijn zorg en de nul lijnzorg en binnen ene dorp heeft de huisarts zijn mensen altijd wel goed in beeld. Dan zou het meer zijn hoe kan de wijkverpleegkundige een rol spelen op het moment dat dit thema aanbod komt. De wijkverpleegkundige kaart dit thema aan. Met wie gaat de wijkverpleegkundige als onderdeel van het in kaart brengen van de omvang en noembaar op met de 1^e lijn in gesprek. Dus met de gerichte collega's en met de huisarts. Dan denk ik dat je samen afspraken moet gaan maken en hoe het verdeel wordt. Dan kan je kijken naar de wijkverpleegkundige in verband met de coördinatie. Als het vertrouwen is opgebouwd dan rolt het balletje wel. In de tussen tijd zit de discussie waar wie waarvan is. Maar die zal je altijd wel hebben. Mijn ervaring is dat als je met elkaar om de tafel gaat en een open gesprek voert met de arts en de thuisarts en de apotheek. Probeer je te werken aan een sfeer waarop je de kwaliteit kan verbeteren i.p.v. landjepik.

Elisa: wat misschien ok een idee is voor het dorp is dat er een team gaat komen dat een keer in de weke bijeenkomt waarin de huisarts de wijkverpleegkundige, eventueel GGD en maatschappelijk werker moeilijk casussen besproken worden waarin misschien wel bemoeizorg kan worden getart zodat je mensen die de huisarts al wel ziet maar de wijkverpleegkundige nog niet kent wel in beeld gaat krijgen. Dat si iets wat we verder kunnen uitzoeken en als aanbeveling kunnen noemen

Theo je mag er in ieder geval vanuit gaan dat het idee van de wijkteams beleid is en het dus belangrijk is om te kijken wat de stand van zaken is in de gemeente rondom de organisatie van de wijkteams. Als ze goed georganiseerd zijn dan hebben je een prachtig start niveau. Je zegt iets anders heel belangrijk wat we bij GO! Ook roepen, je begint niet bij 0. Du als je iets wilt gaan doen heb je het altijd over het versterken van iets dat belangrijk is en steeds belangrijker wordt. Je moet het 0 niveau erkennen en niet de les willen lezen. Je moet het gesprek opgang brengen waarin je ander euitnodigt en doorvragen waarin je kan vragen of mensen buiten de boorvallen.

Bijlage 6: Woordelijke transcriptie Focusgroep

Interview schema:

Dit is een van tevoren vastgestelde lijst door de studenten die in de loop van het interview aan de orde moeten komen. De volgorde van de onderwerpen, de formulering van de vragen en de formulering van de antwoorden liggen niet vast. Dit biedt de mogelijkheid om door te vragen. Onderwerpen die hierin opgenomen zullen worden zijn:

Focusgroep eventuele vragen:

Persoonlijk	Hoelang woont u al in Koudum? Hoelang bent u al werkzaam in Koudum? Wat voor beroep doet u? Is er veel veranderd in Koudum afgelopen jaren?
Ervaring	Hoe ervaart u het dorp Koudum? Wat zijn volgens u sterke punten in het dorp? Wat zijn volgens u zwakke punten in het dorp? Hoe is de sociale verbinding in het dorp Koudum? Spreekt u snel iemand op straat of wordt u snel aangesproken?
Dementie	Bent u bekend met het ziektebeeld dementie? Bent u werkzaam met dementerende ouderen? Heeft u het idee dat er veel mensen in Koudum wonen met dementie? Is er veel contact tussen de dementerende mensen uit de verpleeghuizen en de dorpsbewoners?
DVO	Heeft u ooit gehoord van het begrip dementievriendelijk omgeving? Wat voor beeld heeft u bij een dementievriendelijke omgeving? Past Koudum in het beeld van een dementievriendelijke omgeving? Wat is er volgens u nodig voor een dementievriendelijke omgeving? Bent u bewust hoe u moet omgaan met iemand die dementie heeft?

1. Voorstellen
2. Kent iedereen elkaar?
3. Regels van het gesprek bespreken en duur, mag het opgenomen worden?
 - a. Niet door elkaar heen praten
 - b. Het gesprek zn beloop laten
4. Vragen of ze een feedbackformulier willen invullen
 - a. Komt u in uw werk in aanraking met dementerende ouderen?
 - b. Hoe ziet een dementievriendelijke omgeving er volgens jullie uit?
 - c. Hoe dementievriendelijk is jullie dorp?
 - d. Wat zijn volgens jullie de kenmerken van een dementievriendelijke omgeving?
 - e. Wat is jullie visie over een dementievriendelijke omgeving?
5. Vragen deelvraag gemeenschap
6. Weten jullie wat het verschil is tussen een dementievriendelijke leefomgeving en dementievriendelijke gemeenschap?
7. Zijn jullie bekend met een dementievriendelijke gemeenschap?
8. Hoe kan je een dementievriendelijke gemeenschap creëren?
9. Vragen fysieke omgeving
 - a. Wat weten jullie al over fysieke aanpassingen in een dorp om het dementievriendelijk te maken?
 - b. Op welke manier kan volgens jullie de fysieke leefomgeving van het dorp worden aangepast zodat dit dementievriendelijk is?
10. Welke rol zien jullie voor de wijkverpleegkundige in een dementievriendelijk dorp?
11. Indien tijd onze visie bespreken
12. Iedereen bedanken voor de tijd en nogmaals vragen om feedback

Woordelijke transcriptie interview focusgroep

Afnamen interview: 19 november, 15:00

Aanwezig: Elisa de Jonge, David Damstra, respondent ...

Doel: Het doel van de Focus groep om samen te kijken naar dementievriendelijkheid binnen plattelandsgemeenten in Friesland met name het dorp Koudum. Ervaring in kaart brengen van de professionals met dementie en dementievriendelijk omgeving.

David: en de opname is nu gestart, Mooi. Nou dan wou ik eigenlijk even met jullie doornemen wat voor gesprek dit is. Ik heb het al genoemd, namelijk een gesprek om te kijken dementie vriendelijkheid binnen plattelandsgemeenten. We zijn eigenlijk heel nieuwsgierig naar jullie visie. Ik woon in Zwolle, Elisa woont in Emmen, dus dat zijn allebei steden. Geen plattelandsgemeente. Daarbij zijn we niet heel erg bekend met Friesland. Ik persoonlijk wel een beetje, ik heb een Beppen wonen in Dokkum. Dat is wel een andere regio binnen Friesland. We zijn eigenlijk heel benieuwd naar jullie visie. De ene zal meer van dit onderwerp af weten dan de ander, maar dat maakt niet uit. Op die manier hebben we een leuke dynamiek en kunnen we verder op het onderwerp ingaan. We kunnen het dan ook van verschillende kanten belichten en in verschillende perspectieven stellen. Daarom hebben we ook beleidsmedewerkster, wijkverpleegkundige en casemanagers in het gesprek zitten. Zoals ik al noemde wordt het gesprek opgenomen en ik wil een paar spelregels met jullie door spreken om de boel goed te laten verlopen. Probeer niet door elkaar heen te praten, dus goed opletten op de camerabeelden. Desnoods kan je een handje opsteken. Deels willen we ook de regie een beetje loslaten zodat je makkelijk en vrijelijk op elkaar kan reageren, dus doe dat dan ook. Probeer elkaar niet in de rede te vallen. Voor de rest willen we het gesprek een beetje op z'n beloop laten en graag samen kijken naar

jullie visie. Momenteel zijn we binnen het onderzoek druk bezig met het verantwoorden van onze deelvragen. Als het goed is hebben jullie een document opgestuurd gekregen met onze hoofdvraag en de bijpassende deelvragen. Die zullen tijdens het gesprek ook wel aanbod komen. We willen namelijk graag kijken naar hoe je een plattelandsgemeente zo dementievriendelijk kan inrichten. Ik geef het woord nu even aan Elisa.

Elisa: Ik wou graag beginnen met de eerste vraag, of er moeten nog vragen zijn vanuit jullie? Als die er niet zijn, wilde ik gaan beginnen: Komt u met uw werk in aanraking met dementerende ouderen. De casemanagers komen sowieso in aanraking met dementerende ouderen, maar ik ben benieuwd naar ieder van jullie of je er met je werk er mee in aanraking komt? Zou iemand daarop kunnen reageren?

Respondent 7: Ja ik wil daar wel op reageren, ik kom zeker in aanraking met dementerende oudere, als wijkverpleegkundige.

Respondent 8: als wijkverpleegkundige heb je zeker contact met dementerende ouderen en ik heb geregeld overleg met de casemanagers ook met bovenstaande.

Respondent 9: Voor mij geldt dat ik er niet rechtstreek mee te maken heb, maar ik ben ook coördinator van het alzheimer café en daar komen natuurlijk wel mensen met dementie.

David: Hoe uiteenlopen zou je zeggen dat dat is? Welke verschillende stadstadiums kom je dan tegen?

Respondent 9: Meestal beginstadium. De doelgroep zijn voornamelijk dementerende die nog gesprekken kunnen volgen. Dat is voornamelijk het doel van het alzheimer café.

David: en Bij respondent 8 en de casemanagers?

Respondent 8: Nou ik heb ook wel iemand die is heel erg ver gevorderd is. Die ziet ook allemaal mensen in bed. Veel waanbeelden en hallucinaties, maar die krijgen we niet in het verzorgingshuis. Hij zit nog in de thuiszorg. Wel met een WLZ. Je ziet ze met veel verschillende gradaties thuis, ook veel met lichte dementie. Maar in het platteland is het ook mooi om mensen langer thuis te laten houden omdat in de buurt iedereen ze kent en zodra er iets mis gaat op straat is er ook wel weer vrij snel hulp. Dat is ook wel weer het mooie aan het platteland, dat de mensen de dementerende wel kennen. 'o dat is die, zal ik u even naar huis brengen of helpen naar de kapper/bakker'.

Elisa: Ja dat is zeker mooi dat dat er is en dat is ook zeker waar wij meer naar toe willen. Bij een dementievriendelijke gemeente zijn dat hele belangrijke dingen dat mensen elkaar kennen en elkaar kunnen helpen als ze zien dat een dementerende oudere de weg kwijt is. En voor jou respondent 7, zit er veel verschil in gradatie binnen de wijk?

Respondent 7: Ja er zit wel verschil in. Soms komen ze al wel in zorg als er nog geen klachten zijn dat je het ziet ontwikkelen. Maar wat we ook veel tegenkomen is dat partners heel lang zelf voor de cliënten hebben gezorgd en dat wij later worden ingeschakeld. Vaak is het dan al heel kritiek, we kijken dan vaak welke kan we nog uit kunnen. Regelmatig zitten we al tegen een opnamen aan of is de mantelzorger/partner heel erg overbelaste. Het gaat van heel licht tot hele complexe casussen.

Respondent 8: z'n voorbeeld had ik laatst ook nog in de zomer. Er was een mantelzorger die al heel lang de situatie thuis in stand had gehouden zonder enige vorm van hulp maar toen ging het heel snel. De

dochter had namelijk gezegd 'je moet goed drinken moeder' en mevrouw had toen heel goed wijn gedronken. Dus dat was helemaal mis gegaan. Die ze zo dronken dat ze van de trap was gevallen en uiteindelijk in het ziekenhuis is overleden binnen ene paar maanden. Dus soms gaat het thuis heel lang door, dat de mantelzorger het heel lang in stand houdt en het dan in een keer mis gaat.

David: Oh goed heftig wel!

Elisa: Waren jullie toen al wel in beeld of komen jullie in beeld als de mantelzorger overbelast raakt?

Respondent 8: Het is meestal wel wisselend, bij deze was het een mevrouw met dementie waarbij ze het heel erg verbloemde en de mantelzorger hield het heel erg in stand. Ze liep namelijk met onderbroek achterstevoren, etc. Maar die man dacht 'als ze gelukkig is laat ik haar gang wel gaan'. Meestal komen we wel eerder in beeld. Dit was wel heel laat.

Elisa: en respondent 10? Kom jij in je werk in aanraking met dementerende?

Respondent 10: Nou ik zeg maar Nee. Eigenlijk niet nee. Dat is in mijn werk niet echt een item. Wij onderhouden de contacten met de bestuurders van de dorpsbelangen vooral en daar kom je het niet tegen. Het is ook niet echt een onderwerp van gesprek, eerder leefbaarheid wat zich ook uit in de fysiek verschijning. Wij pochen altijd wel in ons werk voldoende aandacht te hebben in het buitengebied voor het: 'pas een beetje op elkaar' en dat wordt ook wel heel erg gedaan. Dus in die zin proberen we het er wel in te fietsen, maar niet specifiek dementie. Wel leefbaarheid in z'n algemeenheid. Het buitengebied zeg het al, het is zijn de kernen met weinig voorziening. We zijn op elkaar aangewezen en dat gaat vaak al wel vanuit naturen. Men is over het algemeen zelfredzaam. Maar echt contact met mensen met dementie: nee.

Elisa: En de casemanagers?

Respondent 11: Zou je dan de vraag willen herhalen? Ik heb zitten luisteren maar ben de vraag intussen kwijt.

Elisa: Ik neem aan dat je als Casemanager dementie veel in aanraking komt met dementerende.

Respondent 11: Ohja, het ging om het stadium wanneer wij in beeld komen? Nou weetje ik heb zelf altijd wel moeite met de term dementerende. Het zijn mensen die dementie hebben en het varieert erg wanneer mensen in beeld komen. Soms worden mensen aangemeld wanneer ze bij een geriater zijn geweest. Dan komen wij eigenlijk al in beeld in het beginstadium. Soms komen mensen heel laat bij de geriater terecht en dan zie je mensen waarbij het proces al verder gevorderd is. Het varieert heel erg.

Elisa: komt het ook wel voor dat jullie, eigenlijk al betrokken worden bij de cliënt als de diagnose al nog niet gesteld is maar er al wel verwardheid of andere symptomen gezien worden?

Respondent 12: Ja het kan zijn dat we door de huisarts benaderd worden. Je hebt vaak dat mensen met geheugenproblemen die zorg mijndend zijn, die zelf geen inzicht hebben in hun functioneren en daardoor weerstand hebben tegen alles wat met zorg te maken heeft. Dan zeggen wij: *'er moet wel een vermoeden van dementie zijn, willen wij ingeschakeld worden'* en dan is heel vaak de vraag of wij willen meedenken, maar ook hoe krijgen we diagnostiek duidelijk? Dus meewerken bij een onderzoek van een geriater, of als iemand heel veel weerstand heeft dan hebben wij een expertise overleg waarin een

specialist ouderengeneeskunde en een psychiater bij zitten en dan vragen wij nog wel eens om een huisbezoek. Dat ze zelf bij de mensen langs kunnen gaan om een NPO onderzoek te doen en dan krijgen we op die manier een diagnose. Maar het kan ook zijn dat de huisarts zeg, dit is zo duidelijk een teken van dementie. Als die dat voor ons op papier zetten dan kunnen wij ook gewoon onze begeleiding starten.

De begeleiding is zo persoonlijk, daar is geen handleiding voor. We komen de meest uiteenlopende situaties tegen. Wij merken de afgelopen jaren ook dat de situaties steeds complexer zijn en we merken dat het werk zoals 5 jaar geleden weer anders is. **Mensen blijven veel langer thuis**, in de tijd van corona stoppen dagbestedingen, mensen komen thuis te zitten, kunnen niet meer koffiedrinken in het zorgcentrum, raken ritme en structuur kwijt, mensen gaan ontzettend hard achteruit en dan moeten wij aan de bak. We hebben in maart/april een tijdje gehad dat we geen huisbezoeken mochten doen en we hebben nu eigenlijk het tegenovergestelde. We blijven juist heel lang bij mensen komen zolang het kan. Omdat mensen toch wel angstig zijn over hoelang dit gaat duren en mensen begrijpen het ook niet. Het is voor mantelzorgers/partners heel zwaar. Die blijven uitleggen dat Corona er is. Dat mondkapjes nodig zijn. Ik vind het los van de reguliere dementie begeleiding die wij altijd geven is corona nu wel een ding die heel erg veel impact heeft in al onze levens maar zeker bij mensen met dementie, hun partners en omgeving.

Elisa: Ja ik kan me goed voorstellen dat het voor hen de impact nog wel groter is, dan bijvoorbeeld voor ons.

Respondent 12: Ja klopt, sommige mensen vinden het ook heel rustig, we merkte in de eerste periode dat alles wordt afgezegd. Je ziet toch ook vaak dat onder de ouderen dat mensen naar de cardioloog gaan, dermatoloog en geriater. Ze hebben allerlei controle afspraken die worden afgezegd, dus mensen die wij begeleiden zeiden *'goh wat heerlijk rustig'* ik heb ook wel eens iemand horen zeggen *'het lijkt net of het alle dagen zondag is, lekker rustig'* Ritme en structuur doet mensen met dementie goed. De onrust van controles en reizen was er niet, maar aan de andere kant zag je ook een heel stuk eenzaamheid en achteruitgang.

Elisa: Dan zou ik nu verder gaan met de volgende vraag; hoe wordt volgens jullie een dementievriendelijke omgeving er uit zou moeten zien?

Respondent 8: Ik denk dat de omgeving heel belangrijk is, dat men weet wat er aan de hand is. Dat burelen een oogje in het zeil kunnen houden. Dat er alzheimer cafés worden gehouden en dat mensen wel wat verstand hebben wat het inhouden en dat mensen iemand niet tot gek verklaren maar toch wel wat tips hebben/krijgen om er mee om te gaan. Alhoewel elke dementie weer anders is in de omgang, maar dat voorlichting wel belangrijk is.

Elisa: dat denk ik ook inderdaad. En respondent 7:

Respondent 7: Ja ik vind het wel een lastige vraag, omdat wat respondent 8 ook zegt: het is heel erg verschillend per persoon waar er behoefte aan is, ik denk inderdaad wel dat wat in de dorpen mensen op elkaar passen wat heel erg fijn is. Ik denk ook dat je bij een dementie vriendelijk omgeving ook past dat er tussen de verschillende zorgverleners goed contact is. Dat die elkaar weten te vinden en dat het ook goed op elkaar is afgestemd dat het goed met elkaar werk. Niet dat de ene wat weet en de ander dat weer opnieuw mag uit gaan vinden. Dat hoort er wat mij betreft ook bij.

Elisa: en voor jou respondent 10?

Respondent 10: ja ik denk dat wat vooral als eerste genoemd werd, een stukje voorlichting tips en tricks belangrijk is. Dat dementie niet gezien wordt als iets engs/akeligs/raar maar inderdaad wordt gezegd 'het is er' en help die mensen waar het kan en waar nodig met alle respect en noem het allemaal maar op. Ik denk dat een alzheimer café met een stukje informatievoorziening heel belangrijk in is. Wat ik wel merk in mijn werk met de contacten met alle dorpen en platteland gebeuren, men kent elkaar heel goed en men past op elkaar en daar zal het niet eens de naam dementie hebben maar het ons kent ons is een geweldig grote kracht. Als je kijkt naar grote steden en wijk die wij ook hebben in SWF is daar de situatie heel ander. Maar bewustwording en een stukje informatie erg belangrijk is, dus daar zetten wij dan ook wel op in.

David: Wat me opvalt en dat zij respondent 8 in het begin van het gesprek en dat bemaat respondent 10 nu ook, is dat de sociale cohesie best groot is. Althans men kent elkaar, zorgt er echt voor dat mensen op elkaar passen. Respondent 12, 11 en 9, kunnen jullie dat ook bevestigen? Is dat echt kenmerkend voor de plattelandsdorpen?

Respondent 11: Ja ik merk dat wel, ik werk nu 2 jaar in Gaasland en Workum en ik zie wel verschil in de dorpen onderling, maar ik merk wel dat het plaatsten zijn waar mensen hun hele leven al wel gewoond hebben en dat men elkaar kent. Soms ben ik ook wel bij een cliënt en die vertellen mij dan wat er met een andere cliënt aan de hand is. Ik laat niet merken dat ik die persoon dan ook ken, maar er is veel contact onderling. Men is op de hoogte van elkaar. Ik zie dan ook in Stavoren en Workum dat er best wel veel mensen naar toe zijn gegaan na hun pensionering, om lekker te zeilen en op een gegeven moment er een kink in de kabel komt zoals bijvoorbeeld dementie of een andere aandoening en dat ze dan nog niet zo ingebed zijn in de plaats. Dat ze daar niet hun geschiedenis hebben en de kinderen nog in het westen wonen en dan merk je wel dat de cohesie er niet zo is, of minder. Op een andere manier.

Respondent 12: Ja en dat de taalbarrière dan ook nog wel een ding wilt zijn. Dat als wij het over dagbesteding hebben dat mensen het lastig vinden om tussen al die friezen te zitten. Maar ook dat mensen verwachten dat alle rasechte friezen in het Nederlands gaan praten, wat natuurlijk ook heel lastig is. Ik herken het inderdaad dus ook wel.

Respondent 11: en ik merk dat elk dorp toch wel weer zijn eigen karakter heeft. Ook binnen dat stukje aandacht voor elkaar.

Respondent 10: Klopt.

Respondent 12: Wat ik wel merk, als je met mensen praat over hun omgeving dan hebben mensen vaak. Waar ik het meeste aandacht voor heb is bijvoorbeeld als mensen geen kinderen hebben en mensen zeggen heel lang het gaat goed. Dan is het wel heel fijn als de omgeving weet dat er sprake is van dementie. Ik merk dat mensen in de praktijk het dan wel heel fijn vinden dat er tegen de partner van het persoon met dementie wordt gezegd, zal ik er een tijdje bij gaan zitten zodat jij je gang kan gaan of dat mensen vragen hoe is het nou eigenlijk met jou? Er is altijd heel veel aandacht voor de mensen met dementie, maar de partner en de omgeving zijn eigen als. We zeggen wel eens bij mensen met dementie begeleidingen wij 80% de partner en de omgeving, want de mensen met dementie ervaren heel vaak geen probleem. Ik denk dan hoe goed je ook op elkaar past, de partner is wel degene die het mogelijk maakt dat iemand nog thuis woont

Respondent 8: Ik denk ook dat de mensen met dementie die al heel lang in hun eigen woonplaats wonen het veel makkelijker hebben, want die mensen kunnen veel makkelijker over vroeger praten. Als je op je 65 verhuisd bent, is er niet zoveel om over vroeg te bespreken met de mensen die dan bij je wonen. Degene die er altijd hebben gewoond hebben het vaak wel makkelijker ook om hun dementie te verbloemen omdat ze dan over vroeger wel wat kunnen vertellen. Waardoor het nog wel wat lijkt.

Elisa: ik denk ook dat als je ergens al je hele leven lang woont, en je geheugen gaat achteruit en je weet van langer termijn terug nog wel de weg te herinneren dat je nog wel makkelijker de weg kan herinneren dan als je er nog maar net woont.

Respondent 12: Absoluut waar.

Respondent 10: Ja klopt.

Respondent 8: Daarom is verhuizen naar een verzorgingstehuis ook altijd wel een moeilijke beslissing doe je dat wel of niet. Want in hun eigen huis kunnen ze van alles nog wel vinden en in hun eigen buurtje.

Elisa: en respondent 9, hoe kijk jij hier tegen aan?

Respondent 9: ja ik denk dat het meestal wel genoemd is en ik denk dat het belangrijkste van de vitale regio is het trainen van goed om te gaan met dementie en dat mensen dat herkennen en weten wat ze moeten doen. Dat is wel een van de belangrijkste dingen, waar wij ook op in zetten is om verenigingen te trainen over hoe je iemand met dementie zolang mogelijk bij de vereniging kan houden. Dit is belangrijk qua aanzien van sociale contacten en het ontlasten van de mantelzorger. Dus dat is ook een hele belangrijke. Misschien waren ze scheidsrechter en dat kunnen ze nu misschien niet meer doen, maar kunnen ze wel iets in de kantine gaan doen bij de voetbalvereniging of iets met de materialen. Ik denk dat dat een hele belangrijke dingen is.

Elisa: Dat lijkt me inderdaad ook wel een belangrijk punt. Dat mensen zolang mogelijk kunnen meedraaien in de gemeenschap en daarin een rol kunnen spelen. We hebben het net ook al gehad over wat dan kenmerken zijn van een dementievriendelijke omgeving. Denken jullie ook dat er nog aanpassingen nodig zijn in de fysieke inrichting van een dorp? Kunnen jullie daar ook iets over zeggen?

Respondent 8: ik Workum is het wel heel moeilijk om met een rollator te lopen, het zijn allemaal oude geeltjes. Maar ik geloof dat dat ook wel weer heel erg bij Workum hoort en de gemeente dat niet zo makkelijk gaat aanpassen.

Respondent 10: Nee, Nee dat is een lastig vraagstuk. Toen ik aansloot bij de vitale regio was dat ook wel een vraag van de gemeente. Houden wij in de inrichting van de fysiek ruimte rekening met dementie, speelt dat überhaupt een rol? En het antwoord was eigenlijk nee, niet heel bewust. Toegankelijkheid, dan hebben we het over rolstoelen, scootmobiel, dat wel. Slechthooftheid, Blinden is ook een item. Maar dementie nog niet echt. Dat is natuurlijk ook vrij lastig, wat moet je doen om aan te passen? Dat zit bij ons in een heel pril stadium, of misschien nog niet eens in beeld. Waar wel rekening mee gehouden wordt zijn mogelijke vragen vanuit bewoners. Zoals de klinkertjes in Workum, vergelijkbare situatie hebben we gehad in Koudum, om de kerk lagen allemaal kinderkopjes en dat was nogal een drama voor de senior, mensen met rollators en moeders met kindwagens. Dat zijn dan dingen die met pijn in ons hart worden aangepast. Het ziet er prachtig uit maar functioneel is het niet. Bereidheid om

ernaar te kijken binnen de financiële mogelijkheden is er wel. Maar het vraagstuk hoe richt je fysiek de omgeving in voor mensen met dementie. Dat staat echt nog in de kinderschoen.

Elisa: oke. Zijn er nog andere mensen die op deze vraag willen reageren?

Respondent 12: We hebben het binnen de vitale regio ook al wel eens over gehad dat een bankje er al een bankje uit moet zien en niet de moderne dingen waarvan zij niet weten wat het is. Zo heb je natuurlijk meerdere voorbeelden, dat dingen functioneel en duidelijk voor hen moeten zijn. ik denk soms wel eens ipv tekst toch iets beeldens. Soms hebben mensen toch moeite met lezen en een plaatje zeg langer iets.

Elisa: Ja, zeker. Er schoot me iets te binnen maar ik ben het even kwijt.

[grappig gespeelde geschokte stemming bij deelnemers van het overleg]

Respondent 8: in de supermarkt heb je nu ook z'n uur voor kwetsbare ouderen, dat is opzich ook wel mooi. Niet dat iedereen daar gebruik van kan maken maar er zijn wel ouderen die dat doen. Dat zal na de corona misschien niet meer, maar dat is wel mooi rustig en een vast uur voor ze.

Elisa: Ja mooi, ik ben het vergeten, dus ik denk dat we verder gaan met de volgende vraag.

Respondent 10: hebben jullie daar zelf voorbeelden van, of is dat niet de bedoeling van dit gesprek? Ben wel nieuwsgierig of jullie vanuit jullie studie of ervaring voorbeelden hebben.

David: Leuk dat je het vraagt, dat hebben we zeker maar we willen jullie niet beïnvloeden met onze eigen mening.

Respondent 10: goed antwoord, je moet de politiek in.

David: Wat je zegt is wel heel interessant, dat er eigenlijk wel met veel doelgroepen rekening wordt gehouden binnen aanpassingen van de leefomgeving. Behalve met de mensen met dementie. Op zich wel opmerkelijk puntje, maar ook wel mooi. Denken jullie dat we winst zouden halen als er aanpassingen worden gemaakt?

Respondent 8: Ik denk niet alleen voor mensen met dementie maar ook voor heel veel mensen zoals mensen met slechthooftheid. Het verwijderen van die geeltjes in Workum zou een hele vooruitgang zijn voor heel veel ouderen die nu niet met hun alleen met hun rollator er overheen durven. Er zijn veel mensen die daar hinder van ondervinden.

Respondent 7: ik heb inderdaad ook niet zo goed voor ogen wat specifiek zou helpen voor een oudere met dementie in de fysieke omgeving. Dus voor ouderen kan ik wel iets bedenken zoals de scheve fietspaden aanpassen. Voor ouderen algemeen zou ik wel iets kunnen bedenken maar specifiek voor dementeren zie ik dan nog niet.

Respondent 11: het is inderdaad zoals je weet kinderkopjes zijn lastig voor mensen met rollators dan zie je snel het resultaat: gebroken heupen, verdraaide knie. Als het dan egaal is en goed toegankelijk dat het dan afneemt. Dementie is een zo breed, het is een paraplu waar zoveel ziektebeelden onder hangen,

dus je kan ook niet zeggen dat je met 1 maatregel de hele lading gaat dekken. Dat hangt dan heel erg van het beeld af.

Respondent 10: Ja is lastig

Respondent 12: Ja bij mensen met dementie zie je ook niet meteen dat er iets aan de hand is, het is iets zo onzichtbaars. Zoals respondent 11 al zei, er zijn zoveel vormen van dementie. Er zijn mensen waarbij geheugenproblemen niet echt op de voorgrond staan, maar dat ze qua karakter en gedrag veranderen. Als die mensen de straat op gaan kan het een heel onrealistisch beeld schetsen. Dat mensen heel onder aardig zijn omdat het persoon met dementie onaardig doet. Maar de oorzaak is dan juist dementie. Het begint dan vooral bij mensen informeren en op de juiste manier reageren. Dat heeft niet zozeer met de fysieke leefomgeving te maken. Je ziet ook heel veel mensen, die jonger zijn dan 65. Ik denk dat voor die mensen het probleem nog groter is, je moet namelijk sneller reageren omdat dat dementie is waarin mensen hard achteruit gaan en de omgeving juist een heel vitaal persoon zien en je niet in de gaten hebt dat er iets qua dementie speelt. Dat maakt het alleen nog maar lastiger. Omdat het lijfelijk zo onzichtbaar is, is het zo moeilijk om daar iets mee te doen.

Respondent 11: ik denk toch echt dat de grootste winst te behalen is door mensen te informeren en mee te nemen. Ik stond afgelopen winter in een winkel en daar kwamen mensen helemaal verbaast de winkel binnen want die waren bijna omver gereden door iemand op een scooter en toen zij de geen in de winkel. Dat is die ene die, die is altijd zo kwaad en agressief. Waarbij ik me bedacht, dat kan best wel iemand zijn die een vorm van dementie heeft, maar dat kan je niet van de andere mensen verwachten. Die zien alleen een persoon die mensen omver maait en vloekt en tiert.

Respondent 8: ja dat hoor ik bij corona ook wel, dat mensen zeggen dat die ouderen in de supermarkt helemaal geen rekening houden met de 1,5 meter. Dan denk ik, ohh misschien waren dat ook wel dementerende die de regels niet begrijpen.

David: wat dat betreft heeft iemand met dementie geen stempel op zijn voorhoofd, je kan het niet ruiken dus je hebt het niet snel door als je er niet van op de hoogte bent.

Respondent 12: nee, en daar ligt dan ook wel een taak voor ons vind ik. Wat ik laatst ook in een stuk noemde dat ik heb geschreven is dat echtparen nu wel meemaken dat het persoon met dementie niet alleen thuis kan zijn. Allen er moeten wel boodschappen worden gedaan. Terwijl het advies is ga in je eentje boodschappen doen. Dan heb je iemand mee die de richtlijnen niet snapt, en die je eigen ook geen kar wilt geven. Dus er is dan meteen vanuit de winkel en omgeving onbegrip voor de situatie. Ze komen met z'n 2^e in de winkel, 1^{ste} loopt rond en houdt geen rekening met de richtlijnen. Er is dan heel veel onbegrip en het is voor de partner dan ontzettend moeilijk. Die zit in een spagaat. De persoon met dementie kan niet alleen thuisblijven, maar iemand meenemen kan ook weer niet. Ik geeft dan ook wel kaartjes aan mensen waarop staat, *mijn partner heeft dementie, bedankt voor uw begrip*. Dan hoeven ze het niet uit te leggen en kunnen ze het kaartje laten zien. Of een voorbeeld van een vrouw die het lastig vindt om te pinnen. Die kan een kaartje laten zien met *'ik heb dementie, bedankt voor uw begrip'* en als de persoon achter de kassa dan juist reageert zegt hij; *'neem maar uw tijd'* alleen die cliënten vind de zomermaanden heel erg spannend want dan zitten er andere mensen achter de kassa zoals scholieren. Dat vind ik dan aanpassingen in de fysieke leefomgeving.

David: oh, ja goed dat u het zegt. Zo heb ik er nooit over nagedacht. Mooie eye openers van jullie. Ik had zelf een stukje over de gemeenschap maar merk dat de meeste vragen al wel gesteld zijn. Goed om te horen dat jullie er al zoveel mee bezig zijn. dus ik geef hem weer terug aan Elisa.

Elisa: ik denk dat er ook al wel heel veel is besproken over de fysieke leefomgeving. Ik was nog wel benieuwd of er genoeg aan preventie kan worden gedaan in het beginstadium van dementie om verdere klachten te voorkomen?

Respondent 11: preventie op welk gebied?

Elisa: Stel dat iemand de diagnose dementie heeft gekregen of er dan gekeken wordt naar dingen die aangepast kunnen worden zodat het proces van dementie kan worden vertraagd.

Respondent 12: ik weet niet of je met een fysieke leefomgeving dementie kan vertragen, maar wat je wel kan doen is denk ik door een eenduidige leefomgeving, waarin belangrijk is dat dingen hetzelfde blijven, dat je daar wel wat dingen kan aanpassen zoals. Een winkel waarbij alles telkens anders wordt ingericht. Als we het hebben over buiten, als er iets aan de straat wordt gedaan en veranderd. Dan is dat van invloed voor iemand met dementie. Het proces vertragen is in iemands hoofd, ik denk dat je dan moet zeggen dat je iemands situatie in stand kan houden en stabiel door een zo optimale leefomgeving, die past bij mensen met dementie maar dat is dan ook wel weer heel persoonlijk, maar dan kan je wel iets in stand/stabiel houden. Maar gaat iemand geestelijk achteruit dan kan het zijn dat je de fysieke leefomgeving veranderd.

Elisa; Helder, David had jij nog vragen?

David: Ja heb ik nog wel, ik weet niet precies wie dat aankaarten maar die gaf aan dat bij een dementievriendelijk leefomgeving het van belang was dat er een wisselwerking is tussen de verschillende zorgverleners die je bij een bepaalde casus hebt. Dat iedereen op de hoogte is van elkaar en er regelmatig contact is. Dit wou ik graag in het licht stellen van de wijkverpleegkundige. Omdat de wijkverpleegkundige natuurlijk met BN2020 een wat actievere rol heeft gekregen binnen het dorp, op gebied van preventie. Zou de wijkverpleegkundige iets kunnen betekenen bij deze wisselwerking bij mensen met dementie.

Respondent 7: Dat denk ik wel, maar dan vooral bij de bij ons bekend gevallen hebben ik veel overleg met de casemanagers en de huisarts en andere betrokken hulpverleners. Bij de ons niet bekende cliënten is dat ingewikkelder.

David: Zijn ze niet bekend omdat ze niet zijn geregistreerd of niet bekend omdat ze

Respondent 7: omdat ze geen zorg krijgen

David: Denk jij dat er een manier is hoe je die mensen eerder zou kunnen betrekken bij die zorg?

Respondent 7: We zijn nu wel bezig met die alzheimer cafes, en dat zou wel fijn zijn als je via die manier mensen al eerder leert kennen. Dat ze weten bij wie ze terecht kunnen als ze wel hulp nodig hebben.

David: oke dus bij de alzheimer cafés mensen benaderen

Respondent 7: Nou vooral dat je op een laagdrempelige manier zichtbaar bent, dus door bijvoorbeeld z'n alzheimer café. En hier in het dorp is het ook wel dat iemand kent iemand en die kent iemand en die kent mij wel weer en dan komen ze via de omweg toch wel weer bij ons terecht. Of via de huisarts.

Respondent 8: Is het ook niet zo dat de POH langs gaat bij kwetsbare ouderen? In Workum, misschien weet respondent 12 daar wel wat van? Of bij jou Respondent 7?

Respondent 7: Nou ik zit hier zelf bij de huisartsenpraktijk in en ik heb regelmatig overleg met de POH en verpleegkundig specialist, dus als zij kwetsbare situaties hebben vragen zo ook weleens aan mij om kennis te maken. Niet dat ze al gelijk zorg nodig hebben maar wel weten wie de wijkverpleegkundige is en wat de thuiszorg voor hen kan betekenen, dus dat is wel een mooie samenwerking inderdaad.

Respondent 8: Jullie hebben toch ook dat je preventie gesprekken kunnen houden?

Respondent 7: ja klopt.

Respondent 8: Ja dat kunnen wij ook. Wij hebben zorg in woonvormen en daar heb je wel zicht op je mensen die daar wonen. Maar in de wijk in Workum is dat moeilijker ja. Volgens mij is dat de POH wel, die daar zicht op heeft doordat ze langs gaan.

Respondent 12: Huisartsen hebben een speciale module waarin ze geld vrij kunnen maken om mensen boven de 75 in beeld te krijgen, waar je dan als POH regelmatig langs mag gaan.

Respondent 11: En je moet niet vergeten dat sommige mensen niet in beeld willen zijn.

Respondent 12: Ik denk dat respondent 11 en ik wel een paar mensen in beeld hebben waar we al een paar jaar komen en verder helemaal niemand. Omdat mensen dat gewoon niet willen. Waar wij het ook graag anders zien, maar al koesteren dat wij binnen mogen komen. Bij mensen die zorg mijdend zijn waar wij een keer in de paar maanden langs mogen komen is al een doel op zich voor ons om binnen te blijven.

Respondent 11: je moet dan wel even de teugels bij je zelf aantrekken, want je hebt dan zelf al wel snel het idee we zouden dit/dat kunnen. Maar dat past dan niet in de situatie of bij de persoon. We moeten dan blij zijn met wat we wel kan.

David: Ja snap ik, Respondent 9 wat denk jij dat de wijkverpleegkundige voor rol zou kunnen spelen?

Respondent 9: Is al wel een beetje genoemd. In mijn situatie vind ik het een beetje lastig want de andere zitten er al wel veel meer in maar wat ze noemen denk ik wel dat het zeker iets zou kunnen toevoegen. Absoluut.

David: Als je dit allemaal een beetje aan hoort van een dementievriendelijke leefomgeving, zijn er dan ook dingen waarvan je denkt dat kan anders, of dat gaat goed of ik heb daar wel vragen over.

Respondent 9: Nee ik verdiep me via de vitale regio en dat is ontzettend leuk. Er zijn altijd dingen die we kunnen verbeteren. Wij zijn nu druk met een nieuwe alzheimer café en ik denk dat dat ook veel toe kan voegen, het is laagdrempelig, het is er vaak gezellig en is ook vaak muziek. Er valt altijd nog veel te verbeteren. Ik vind het momenteel ook frappant, ik krijg heel veel verzoeken van studenten om

onderzoek naar dit onderwerp te doen. Naar mijn idee zijn mensen er steeds meer mee bezig omdat het steeds meer bekendheid krijgt. Dus dat is wat mij wel opvalt.

David: Ja kan ik me voorstellen en dat is voor mij en Elisa ook een punt waarom wie hierop in gehaakt zijn omdat er ook een stukje nationaal belang bij zit. In de verwachting gaat dementie ontzettend toenemen, ongeveer z'n 670.000 in 2050 Dat maakt dat we er ook iets mee moeten, omdat we er juist voor willen zorgen dat deze mensen zo goed mogelijk bij de maatschappij betrokken blijven, kunnen deelnemen en vooral ook gezien worden.

[Studenten delen wat over hun visie en geven hierin in voorbeelden van sociale en fysieke omgeving]

David: ik moet zeggen dat ik heel blij ben met dit gesprek, het heeft een deel van onze vermoeden bevestigd en ook wel nieuwe inzichten gegeven. Dus ik blij met jullie input.

Respondent 11: fijn om te horen

Respondent 10: Nou top

Respondent 9: ik ben heel benieuwd naar het resultaat of dat we daar binnen de vitale regio ook mee uit de voeten kunnen.

Respondent 12: ik zou nog wel een opmerking willen plaatsen over jullie hoofdvraag, er staat namelijk dementerende ouderen. Wij zouden graag willen zien dat daar mensen met dementie staat. Dit vinden wij een vriendelijkere term.

David: ja mooie aanvulling, heb ik nog nooit bij stilgestaan.

Respondent 12: We zijn veel tegen gekomen dat mensen met dementie het woord dementerende en vervelend woord vinden. Mensen met dementie klinkt daarentegen wat vriendelijker

Respondent 11: Ja klopt, mensen zijn natuurlijk meer dan alleen hun dementie

Respondent 8: Ja, ik kan me voorstellen dat de term dementerende een negatieve lading kan overbrengen naar de persoon met dementie.

David: kort vraagje, denk je dat dit ook stigmatiserend werkt?

Respondent 11: ik denk dat er niet veel over nagedacht is eigenlijk, hoe dat overkomt. De term dementerende klinkt voor mij heel raar.

David: Ja klopt, je hebt gelijk. Thanks voor de tip en de correctie.

[Afsluiting van het interview]

Bijlage 7: Woordelijke transcriptie interview met Respondent 2

Doel: Welke rol kan de wijkverpleegkundige innemen in een dementievriendelijk dorp. Rol van casemanager binnen een dementievriendelijk dorp. Hoe verhouden beide zich tot elkaar.

- Visie op dementie vpk
- Voorkomen dementie
- Mantelzorgers
- Faciliteiten in het dorp voor dementerende
- Welke rol zou de dementie vpk moeten hebben
- Welke taken horen daarbij
- Wat doet een casemanager dementie eigenlijk
- Hoeveel heeft ze er zelf mee te maken
- Speelt dementievriendelijk bij hun
- Wat doen ze er zal al aan? om dementievriendelijk te zijn

Eventuele vragen

1. Wat voor opleiding heeft u gedaan? hoe bent u casemanager geworden?
2. Wat is het verschil tussen een casemanager en een dementieverpleegkundige?
3. Hoeveel weet u van een dementievriendelijke omgeving?
4. Hoe is de huidige samenwerking tussen een casemanager en een wijkverpleegkundige? zou dit beter kunnen?
5. Hoe vaak per week is er overleg tussen de wijkverpleegkundige en de casemanager?
6. Welke rol zou een casemanagers kunnen spelen bij een dementievriendelijk samenleving?
7. Casemanager: Hoe ziet u de rol van wijkverpleegkundige binnen een dementievriendelijke omgeving?
8. Hoe zou de fysieke omgeving aangepast kunnen worden zodat deze dementievriendelijker is?
9. Wat zouden volgens u de taken van de wijkverpleegkundige moeten zijn?
10. Hoe kunnen deze taken/rol worden geïmplementeerd in het dorp?
11. Welke rol kan de wijkverpleegkundige innemen in het dementievriendelijk inrichten van de leefomgeving in een dorp?
12. Hoe denkt u dat de wijkverpleegkundige preventie kan toepassen in de wijkzorg?
13. Welke rol zou de dementie verpleegkundige volgens u moeten uitvoeren in een dementievriendelijk dorp?

Woordelijke transcriptie interview respondent 2

Afnamen interview: 23 november, 09:00

Aanwezig: Elisa de Jonge, David Damstra, respondent 2: Casemanager dementie

Doel: in kaart brengen welke rol de casemanager kan spelen binnen een dementievriendelijk omgeving in combinatie met de wijkverpleegkundige. Het inventariseren van informatie op preventie in het kader van dementie.

David: Zoals we al zeiden, hartstikke fijn dat u tijd vond in uw agenda om even bij ons in de virtuele ruimtelangs te komen voor een interview. Ik ben David, student verpleegkunde. Aan de andere heeft u Elisa, ook student verpleegkunde. Wij doen onderzoek binnen SWF naar dementie vriendelijke inrichten van plattelandsgemeentes. We hebben verschillende deelvragen opgesteld waarin we een scheiding

maken tussen de fysieke leefomgeving en de sociale leefomgeving en we kijken ook naar de rol van de wijkverpleegkundige in combinatie met de casemanagers wat die voor rol zou kunnen spelen in het dementievriendelijk inrichten van die leefomgeving. Daar zullen we ons in het interview ook een beetje op richten. We hebben verschillende vragen die we gaan stellen en dan hopen zo de maximale kennis van u naar ons toe te kunnen halen. Dan wou ik met de eerste vraag beginnen. Wat moet iemand doen om een casemanager te worden, wij dachten namelijk dat het een wijkverpleegkundige met een speciale opleiding was.

Respondent 2: Ja dat klopt, je moet inderdaad HBO-V hebben de meeste hebben als voorgeschiedenis wijkverpleegkundige. Daarna volg je bij een post hbo-opleiding voor 1 jaar.

David: Oké en dat is dus gericht op casemanager dementie.

Respondent 2: Ja bij Gireon volg je die opleiding, maar ik heb bijvoorbeeld hiervoor 15 jaar gewerkt als wijkverpleegkundige.

David: Oké dat is best een lange tijd, hoelang bent u nu werkzaam als Casemanager?

Respondent 2: Ik denk nu 6 jaar?

David: Oké, dus u heeft nu al wel heel veel gezien zeg maar

Respondent 2: Jazeker en het wordt alleen maar complexer en leuker

David: De complexiteit wordt volgens u collega's Respondent 11 en 12 inderdaad hoger, komt dat voornamelijk dat mensen langer thuis moeten blijven wonen?

Respondent 2: Nee, de complexiteit zit hem met name in de ziektebeelden, persoonlijkheid stoornissen, de komen nieuwe ziekte bij, veel jongeren, samengestelde gezinnen. Met name de persoonlijkheid stoornissen die er doorheen komen, dat maakt het complex.

David: Oké, dat is dan meer dan 5 jaar gelden?

Respondent 2: Ja 5 jaar gelden had ik misschien 1x in het jaar een Lewy body cliënt en nu heb ik mijn caseload wel een stuk of 15 mensen met de diagnose Lewy body. Het klinkt heel raar, maar een gewone alzheimer cliënt hebben wij bijna nooit meer.

David: Oké

Respondent 2: Ja, en die blijft ook bij de wijkverpleegkundige. Dat proberen we ook een beetje. Het stukje generalist/specialist. Daar binnen zijn we ook een beetje naar onderzoek, wat hoort bij de wijkverpleegkundige en wat hoort bij de casemanager. Hoe kunnen we goed samenwerken daarin.

David: loopt die samenwerking goed tussen de wijkverpleegkundige en de casemanager?

Respondent 2: Ja dat is afhankelijk van de wijkverpleegkundige, maar ook van de organisatie. Je hebt organisaties die zelf een beetje eigenwijs zijn. Bijvoorbeeld de buurtzorg, die denken (niks ten korte van

de buurtzorg hoor) dat ze zelf allemaal casemanagers in dienst hebben. Maar dat is dus niet zo en die houden alles bij zich.

David: Ja oké, dat maakt het dan wel een stuklastiger. Maar het is dus afhankelijk

Respondent 2: terugkomend op je vraag wat heeft een casemanager allemaal nodig qua diploma. Dat is dus een HBO-V diploma met werk ervaring, affiniteit met dementie en natuurlijk die post HBO opleiding.

David: Oké, ja check. Duidelijk. Dan wou ik nog even een sprongetje maken naar die wijkverpleegkundige. Het is dus per organisatie verschillend. Hoeveel overleg heeft u gemiddeld met de wijkverpleegkundige in de ideale situatie?

Respondent 2: Ik denk wel dat ik de ideale situatie heb, ik start namelijk iedere ochtend met de wijkverpleegkundige van mij werkgebied van thuiszorg zuidwest Friesland start ik de ochtend op met een bakje koffie. Uitgezelligheid en dan nemen we gelijk ook heel veel zaken en casus door. Maar normaal met een wijkverpleegkundige is het wel heel wisselend. Persoonlijk zoek ik na een huisbezoek wel altijd contact met de wijkverpleegkundige als er eentje in beeld is. Niet overal waar wij komen is een wijkverpleegkundige in beeld.

David: Oké, goed om te weten. Dan wil ik graag even een sprongetje maken naar een dementie vriendelijke omgeving. Bent u hier überhaupt mee bekend, met een dementie vriendelijke omgeving? Heeft u er een beeld bij?

Respondent 2: Ja we zitten natuurlijk in de vitale regio, daar hebben respondent 11 en 12 ook wel over verteld, dat is dat project hier binnen de SWF. De scholingen goed geven, een reizend alzheimercafé, een project met leuke bankjes. Er worden cursussen gegeven aan de jumbo, ik denk dat ze het hier wel treffen de gemeente SWF is goed bezig.

David: Ja goed om te horen! Die bankjes, u zegt dat jullie iets met bankjes hebben gedaan maar dat was geen succes. Daar ben ik wel nieuwsgierig naar.

Respondent 2: Oh ik weet niet meer hoe dat precies zat, maar men wilde toen in de omgeving Warrens een bankje plaatsen. Er is toen onderzoek gedaan naar hoe een bankje eruit moet zien en hoe deze uitnodigt om te gaan zitten. Dat was toen de discussie, heb me er niet heel erg mee bemoeid. Maar weet wel dat dat toen een discussie was binnen de projectgroep. Maar wat weet ik niet precies.

David: Waar ik gelijk aan zit te denken is dat een bankje er al een bankje uit moet zien en niet gemaakt van een of ander gek materiaal. Wij proberen wat ook betreft om te kijken binnen de fysieke leefomgeving te kijken naar slimme aanpassingen die gedaan kunnen worden zodat dementeerde de omgeving als leefbaar ervaren. Heeft u daar een beeld bij?

Respondent 2: Ja, ik denk dat het gewoon niet te ingewikkeld moet. Kleuren zijn daarin ook heel belangrijk. Jullie weten vast wel dat de Wc-bril in een verpleeghuis of waar dan ook niet wit moet zijn, maar rood, blauw of groen. Dan kan iemand de diepte zien en ziet iemand ook dat het een wc is.

David: Ja dan valt het ook op Maar in de buiten omgeving, hoe zou dat kleuren patroon dan kunnen toegepast worden? Wat zegt u dat je dan vooral wel of niet moet doen?

Respondent 2: Ja heb ik eigenlijk nog nooit over na gedacht. Ik zou het niet te ingewikkeld maken maar vooral heel eenvoudig. Niet te veel kunstig, normaal materiaal. Zoals hout bij een bankje. Ik denk dat dat veel belangrijker is.

David: Dat zijn we zeker met u eens, Daar hebben we ook veelvuldig onderzoek gedaan en is ook wel de conclusie van ons literatuuronderzoek. Dus fijn dat u dat ook bevestigd. Als Casemanager dementie hoe zou u dan u rol zien binnen een dementie vriendelijk leefomgeving voor de sociale gemeenschap?

Respondent 2: Ik zie mijn rol meer in scholingen geven. Stukje goed omgaan met dementie, signalering, vriendelijkheid. Ik denk dat dat de rol wordt van de casemanager. Niet in het praktische stukje maar meer in het stukje 'omgaan met' richting de samenleving. In scholing, bijeenkomsten organiseren, voorlichtingen geven. Dat is ook al de opzet in de gemeente Súdwest-Fryslân. Ik weet dat ik maart en april 2 voorlichtingen heb staan.

David: wat leuk!

Elisa: en hoe zou u in een dementie vriendelijke omgeving de rol van wijkverpleegkundige zien?

Respondent 2: ik denk dat die ook in dat stukje scholingen een rol kan hebben en ook in dat stukje omgaan met. Ik denk dat wij meer de specialist zijn en zij de generalist. Ik denk dat dat het grote verschil is bij een casemanager dementie en de wijkverpleegkundige.

David: generalist en specialist, hoe bedoelt u dat precies?

Respondent 2: Dat is natuurlijk ook een hele discussie bij ons, we hebben een heel stroomschema gemaakt. Welke mensen behoren bij ons als specialist. Zoals de Lewy body, de persoonlijkheid stoornis de FTD of persoonlijkheidsproblematiek of geen sociaal netwerk. Dan komen ze sowieso al bij ons in de caselood en de gewone alzheimer die thuis woont met een partner kan heel goed in het wijkteam opgenomen worden met ons op de achtergrond. Onze rol is dan meer richting het team. Niet het hele team heeft affiniteit met dementie en dat is wel de kunst om met dementie om te gaan. Niet iedereen kiest daarvoor.

David: zou je ook zeggen dat het wijkteam meer voorlichting moet krijgen hoe om te gaan met dementie?

Respondent 2: Ja doen wij ook, wij geven de wijkteams 1 keer in het jaar scholingen.

David & Elisa: Oké

Respondent 2: maar door de corona mislukt het allemaal. We hadden een heel scholing schema. We zouden elk team bezoeken en voorlichting geven. Tips geven, praktische tips maar ook met voorbeelden, toneelstukjes. Maar door corona doen we ook wel veel via team en ja, dat is jammer.

Elisa: Ja

David: Ja kan ik me voorstellen.

Respondent 2: waar richt jullie onderzoek zich nou specifiek op? In het verschil tussen de wijkverpleegkundige en casemanager in de dementie vriendelijke samenleving?

Elisa: Nee, onze hoofdvraag is gericht op hoe een dementie vriendelijke omgeving in gericht zou kunnen worden en in eerste instanties zouden we ons richten op het dorp Wommels via GO! NN. Maar dat kon niet plaatsvinden want er was wat moeilijkheden met GO! En ook ivm corona was dat lastig. Dus zijn we ons praktijkonderzoek gaan doen in Koudum. We hebben 3 deel vragen, 1 is gericht op de fysieke leefomgeving. Dus om dingen makkelijker te maken zoals de bewegwijzering, hoe een bankje eruit moet zien. De tweede deelvraag richt zich op de sociale leefomgeving, dus dementievriendelijkheid in het dorp en kennis onder de dorpsbewoners en een stukje stigmatisering. Onze 3^e deelvraag is gericht op hoe de wijkverpleegkundige een rol kan hebben binnen een dementie vriendelijke omgeving.

Respondent 2: Dus jullie hebben ook contact gezocht met de Finke, Anja van der Werff de huisartsenpraktijk.

David: Anja van de werf was op vakantie, maar we hebben el met ... gesproken en met Tijdens het onderzoek komen we er ook steeds meer achter dat de casemanager ook verbonden zit aan de wijkverpleegkundige dus daarom vonden we het ook heel nuttig om met u in gesprek te gaan en goed die rol van casemanager uit pluizen.

Respondent 2: ik denk dat het ook heel leuk is als jullie in contact komen met Karin wolf, dat is de teammanager van de Finke. En de Finke is helemaal aan het verbouwen, dat wordt een nieuw verpleeghuis volgens de allernieuwste normen en ze hebben het hele dorp erbij betrokken.

David: Oke! Dat is wel interessant

Elisa: Ja dat zou zeker wel interessant zijn.

Respondent 2: Ja ze wilde daar het hele dorp bij betrekken en professionals juist wat te minderen en meer te gaan werken met vrijwilligers. Ik denk dat Karin Wolf ook wel een hele leuk is. Ik zal David het email adres en telefoonnummer mailen van Karin Wolf.

David: Ja leuk, maar dan moeten we wel even overleggen met gemeente SWF of we die mogen benaderen. We zitten wel met duidelijke richtlijnen van uit SWF. Maar het is zeker wel de moeite om eens met Karin te bellen.

Respondent 2: Ja Koudum is wel een vooruitstrevend dorp daarin geweest, dus ik denk dat dat voor jullie onderzoek wel kansen in en antwoorden in liggen.

Elisa: Ja

David: Jazeker, is dat in Koudum de Finke?

Respondent 2: Ja, dat klopt. Ze hebben bij het renoveren van dat verzorgingstehuis naar verpleeghuis het hele dorp erbij betrokken.

David: Oh top, dat is heel mooi.

Elisa; We hebben het er al een beetje over gehad hoe de rol van een wijkverpleegkundige eruit kan zien binnen een dementie vriendelijke omgeving, ik zou dan nog wel willen ingaan op de fysieke leefomgeving want we merken dat dat minder leeft.

Respondent 2: Ja dat klopt.

David: Mensen zijn zich minder bewust van de fysieke leefomgeving, dat je nog best wel wat winst hebt te behalen bij dementie.

Respondent 2: Ja dat denk ik ook wel, het is bij ons ook echt een ondergeschoven kindje omdat wij er ook niet zoveel mee doen. Ik vind het daarom wel leuk dat jullie daar nu iets mee doen en wij daar straks misschien mee verder kunnen.

David: Ja dat zou supermooi zijn. Maar nu je dat zo hoort over die fysieke leefomgeving, heeft u dan ook zo van 'ja hier moeten we wat mee doen'?

Respondent 2: ja ik denk wel dat er meer mee gedaan kan worden, maar ik merk gewoon dat bij mijzelf ik de ruimte er niet voor heb. Dat klinkt raar maar ik heb het daar gewoon te druk mee in me hoofd met de casussen, met alles op de rit te houden in een casus. Maar mijn hoofd staat er dan niet naar om dan ook nog bezig te gaan met die fysieke leefomgeving. Maar dat is dan meer mijn eigen tekortkoming daarin. Of ik heb daar gewoon geen tijd voor. Daarom ben ik er ook echt blij mee dat jullie daar iets in doen.

Elisa: Ik denk ook dat dat ook meer bij de gemeente licht om daar iets mee te doen. Om aanpassing te kunnen doen.

Respondent 2: Ja wij kunnen ook niet veel, want die aanpassingen kosten geld en ik denk dat wij een paar jaar verder zijn als er eindelijk daar een bankje staat, of een andere kleur fietspad. Ik denk echt wel dat wij hier goed bezig zijn, we maken kleine stapjes maar echt grote stappen kunnen wij ook niet allen maken. Dat moet dan echt met de gemeente.

Elisa: wat voor kleine stapjes zijn er al gedaan in het dorp?

Respondent 2: ik denk dat jullie dat vooral van Koudum kunnen horen met het contact met Karin de Wolf. Ik hoop dat jullie daar contact mee kunnen krijgen. Ik weet ook niet echt wat het er met het onderzoek een van een paar jaar gelden over dat bankje. Maar volg vooral jullie eigen pad.

Elisa: Zou de wijkverpleegkundige in een ideale dementievriendelijke omgeving of een dementie vriendelijke dorp ook andere taken moeten krijgen dan het geven van voorlichtingen en hun kennisdelen. Zouden ze dan bijvoorbeeld ook nog moeten richten op preventie zover dat mogelijk is.

Respondent 2: Ja ik weet niet of dat bij de rol hoort, preventie hoort natuurlijk sowieso bij de rol van wijkverpleegkundige. Dementie en preventie, ik denk dat je ze daar wel op kan wijzen. Niet elke wijkverpleegkundige heeft affiniteit met dementie en dat maakt het soms ook. In sommige team en met sommige wijkverpleegkundige hebben wij heel veel contact en die vinden het heel fijn dat wij er zijn en dingen over nemen. Maar er zijn ook wijkverpleegkundige die het zelf heel interessant vinden en dan wordt onze rol als casemanager wel wat anders. Dat is over het algemeen, maar als jij naar casussen kijkt is er wel een strikte verdeling.

David: Kunnen de wijkverpleegkundige of de casemanagers, winst behalen bij iemand met dementie door het toepassen van dementie.

Respondent 2: Oh ja hoor denk het wel! Door preventie en voorlichting te geven over goede voeding, valgevaar fysio inschakelen, bewegen, geheugen puzzels, inzetten op leuke gezellige clubs om sociaal te blijven. Ja ik denk wel dat een wijkverpleegkundige daar belangrijke rol in kan hebben. Net als de casemanager. De wijkverpleegkundige is het gezicht in de buurt. Wij zijn niet altijd zichtbaar, de wijkverpleegkundige is veel breder zichtbaar. Dus die kan juist daarin een hele grote rol in hebben.

David: Top dat u dat zo aan snijdt op preventie. Want u heeft het bv over lopen dat dat van belang is. In sommige gevallen zie je mensen met dementie bv bij frontale hersenkwab dementie loopdrang hebben. Maar dan worden ze best wel door hun omgeving beperkt omdat het als onveilig wordt gezien. Stel dat je met een dementie vriendelijke leefomgeving daar een veilige ruimte voor kan creëren. Zou je dan zeggen van Goh, als je zoiets kan implementeren in een dorp dat mensen meer vrijheid krijgen en hun eigen gang kunnen gaan. En dat de gemeenschap dat een beetje in komt kijken, dat ze opvallen binnen de gemeenschap.

Respondent 2: Wij hebben de mazzel dat we op het friezen platteland wonen, iedereen kent iedereen. Ik heb toevallig een man met FTD en bewegingsdrang die doen wij preventief een gekleurd jasje aan, heeft een GPS mee en die laten we gewoon lopen. Hij de hele dag door, hij loopt door het dorp, door de weilanden en iedereen weet nu 'ohh dat is Dick' iedereen past wel op deze meneer, iedereen groet hem en kent hem. We hebben ook val gevaar met hem besproken, we hebben de sloot besproken. Maar wij hebben dus alles met hem doorgenomen en op papier gezet. Hij heeft een hesje aan een GPS mee en het risico is aanwezig dat het mis kan gaan, maar dat nemen we voor lief. En iedereen past wel een beetje op deze manier. Het zal vast een keer misgaan, misschien dit jaar of volgend jaar. Het gaat het een keer mis, maar dan is dat zo. We kunnen niet alles dichttimmeren. Deze manier geniet nu wel van het lopen.

David: Dan is zijn leven kwaliteit hoger en gaat het om zijn levensgeluk.

Respondent 2: ja, ja daar gaat het nu om. Binnen elke casus bekijk je dus ook wat past bij dit en wat wil de familie, wanneer is het veilig. Soms nemen we ook wel risico, maar in het kader van kwaliteit van leven of niet constant die strijd te hoeven leveren. Dan nemen we dat risico, maar wel met preventief een GPS en een jasje aan.

David: Stoer, echt mooi.

Respondent 2: Ja en zo kijk je naar elke casus. Zo kijk je ook naar de omgeving een beetje. Dit had bv niet gekund in Sneek.

Elisa: Ik denk dat dit een mooi voorbeeld is waarin iemand kwaliteit van leven kan behouden door nog wel gewoon te blijven bewegen. Zien jullie het veel dat mensen met dementie blijven wandelen in het dorp alleen. Of wordt dat heel erg beperkt?

Respondent 2: Ja dat is dus altijd de discussie. Want in de ogen van de omgeving, wordt het al heel gauw gezien als dwalen. Dwalen kan natuurlijk bijna niet meer. Dwalen is namelijk een indicatie tot opnamen, maar als iemand daar gewoon loopt en hij komt altijd weer thuis, mag hij van mij lekker gaan lopen. Allen de omgeving moet wel weten dat iemand loopt en beweegt en daar moeten we een beetje op letten. Dat is niet altijd bekend

Elisa: Dat is ook wel wat ik in verschillende onderzoeken ben tegen gekomen. Het wandelen wordt als snel gezien als dwalen en dat daar een negatief stempel op ligt. Vooral familie vindt het ook heel eng als iemand alleen gaat wandelen. Maar wij willen wel proberen om de fysieke omgeving in het dorp zo aan te passen dat het voor mensen met dementie makkelijker wordt om te blijven wandelen en te bewegen. Ook omdat dat veel positieve effecten heeft op hoe iemand zich voelt.

Respondent 2: Ja, en hoe zien jullie dat dan? Dat stukje fysieke leefomgeving, met wandelpaden. Met gekke kleuren op stoeptegels, wel of niet af en toe regelmatig een bankje?

Elisa: ik denk dat regelmatig een bankje heel belangrijk is, zodat ze wel even kunnen zitten en het uitnodigt. Die bankje kunnen ook de eenzaamheid wat tegen gaan.

Respondent 2: Ja

Elisa: stoep, geen kleine klinkers, valgevaar, oversteekplaatsen overzichtelijk, kruisingen zijn lastig. Hierin aanpassingen om het zo gemakkelijk mogelijk te maken om zo min mogelijk ingewikkelde hersenfuncties te gebruiken om weer thuis te komen. Straten met een flauwe bocht, zien waar die heen gaat. Maatregelen zijn bekend om het gemakkelijker te maken

David: overzicht in rustige omgeving, maar afscheiding in drukke omgevingen. Het ideale dorp over de dorpskern, 1^e en 2^e ring.

Elisa: geeft uitleg over de dorpskern en hoe dat eruitziet.

Elisa: wordt er binnen jullie werk daar ook wel naar gekeken en aandacht aangegeven? Kleine aanpassingen die mensen met dementie kunnen helpen?

Respondent 2: nee niet dat ik weet. Volgens mij niet. We hebben we een keer overleg gehad met de gemeente en woningbouwvereniging, in fryske marum, maar daar worden we in mijn beleving ook niet echt bij betrokken. Het is wel een leuk advies van jullie richting de gemeenten denk ik!

Elisa: Wordt daar in de vitale regio wel over gesproken?

Respondent 2: heel af en toe hoor ik wel die geluiden ja, maar het blijft voornamelijk bij geluiden. Daadwerkelijk acties merk ik nog niet echt.

Elisa: het is misschien om iets in de fysieke ruimte te doen dan bijvoorbeeld voorlichting te geven. Dat is veel meer binnen jullie bereik, want voor de fysieke aanpassingen heb je weer iemand anders nodig.

Respondent 2: ja en dat komt ook uit een hele andere pot, dat gaat toch wel weer om geld en dan ben je ook weer afhankelijk van de gemeente, de woningbouw, de ondernemers en subsidies. Ik merk zelf niet heel erg nee.

David: en zou een wijkverpleegkundige of een casemanager een sleutelpositie kunnen innemen bij het vertalen van een dorp naar de gemeente voor misschien aanpassingen?

Respondent 2: ik ben wel een keer betrokken geweest met z'n overleg maar dat was met de gemeente. Die overleggen met de gemeente zijn in mijn ervaring maar 1 á 2 keer in het jaar, die stapjes die we dan

kunnen maken zijn zo minimaal. Dat SWF met Gerda een subsidie is en er iemand is die de kar trekt, die trek wel vanuit de gemeente en dat heb je nodig denk ik. Anders blijft het ergens in een la liggen bij de gemeente en kunnen we er niks mee. Zo project als nu in de gemeente en jullie hulp erbij, daar moeten we van profiteren. Ik denk dat het een win/win situatie is.

Bijlage 8: Woordelijke transcriptie interview met Respondent 3

FSP-bureau

Doel: Visie op dementievriendelijke dorp. Oriëntatie op dementie binnen Friesland. Belastbaarheid van mantelzorgers. Cijfers?

- Aantal/schatting dementerende
- Vergrijzing
- Mantelzorgers
- Overbelasting
- Wijk vpk dementie
- rol/visie op wijkvpk
- Welke kennis heeft ze zelf al
- Speelt het in hun werk
- Stijging van cijfers ten opzichte van de rest van Nederland

Eventuele vragen:

1. Wat weet u al over een dementievriendelijke omgeving?
2. Wat is uw visie op een dementievriendelijk dorp binnen Friesland?
3. Komen jullie bij het FSP hier veel mee in aanraking?
4. Kunt u iets zeggen over het aantal mensen met dementie binnen Friesland?
5. Kunt u iets zeggen over de stijging van dementie binnen Friesland ten opzichte van de rest van Nederland? waarom hoger/lager?
6. Wordt er voldoende samengewerkt tussen organisaties om de zorg voor de dementerende goed te coördineren?
7. Welke invloed gaan de krimp en dubbele vergrijzing hebben op een dementievriendelijke omgeving volgens u?
8. Komt overbelasting van mantelzorgers veel voor binnen Friesland? waar zou dit aan kunnen liggen?
9. Wat is volgens u de rol van een wijkverpleegkundige? zou dit te combineren zijn met een dementievriendelijk leefomgeving?
10. Wat is volgens u de rol van een casemanager?
11. Denkt u dat de vergrijzing een rol speelt in een dementievriendelijke samenleving?
12. Kunt u iets vertellen over de dubbele vergrijzing in Friesland? en eventuele leegloop

Doel: visie op dementievriendelijk binnen Friesland en hoe de wijkverpleegkundige hier een rol in kan spelen.

Woordelijke transcriptie interview respondent 3

Afnamen interview: 23 november, 14:00

Aanwezig: Elisa de Jonge, David Damstra, respondent 3: Senior onderzoeker

David: had u vooraf nog vragen voor ons of zegt u ga maar bezig met vragen?

Respondent 3: Brand maar los, nou maar het belangrijkste is maar je had het ook over eenzaamheid he net, dat is heel samenhangend he. Het wordt vaak als een stukje gezien, ook dementie wordt als een stukje gezien. Maar dit heeft met van alles en nog wat te maken.

David: we zijn nu nog enorm aan het focussen want we zien nu dat we op een enorme schakel zitten. Maar goed Elisa pakt het vanaf hier verder dus brand los.

Elisa: ik zal beginnen met de eerste vraag. De eerste vraag is wat weet u al van een dementievriendelijk omgeving.

Respondent 3; hier moet ik eerst zeggen dat dementie verschillende fases heeft. Je hebt de fase van niet pluis tot aan dat er echt dingen wegvallen en in die verschillende fases kan je ook verschillende interventies doen. Van het bijhouden van een agenda of logboek tot het plakken van papiertjes en het steeds lopen van dezelfde weg. Dus dingen die je zelf kan doen of de directe omgeving of dat de omgeving of gemeente kan doen. Dus daar heb je allerlei verschillende benaderingen van. Tot ook de detectie meeting, tot het laatste. Bij de allerlaatste fasen is er vaak spraken van opnamen in de 4^e fasen, maar die 3^e fasen als er al wel spraken is van behoorlijke dementie dat er ook cursussen worden gegeven aan bijvoorbeeld bankmedewerker, dat heet dan een dementievriendelijk omgeving, daar is een website voor waar je ook allemaal instructies op krijgt. Bij een dementievriendelijk omgeving hoort ook een stukje preventie, want dementie is een van de weinig aandoening waar je echt lijstijl gericht dingen kan doen om processen te vertragen. Als je ziet dat obesitas, te hoge bloeddruk, inactiviteit te weinig uitdagingen dat dat allemaal negatieve factoren zijn in het ontwikkelen van dementie. Maar hier moet je heel voorzichtig mee zijn, dat het niet iemands eigen schuld is dat hij is getroffen door dementie. Dat wil ik beslist niet zeggen maar het stil staan bij de factoren die bijdragen aan dementie, dat zijn dan ook factoren die dementieproces kunnen verlangsamen. Maar goed, ik ken ook iemand die is net overleden en die was yoga lerares. Die is zelf ook heel dement geworden. Valpreventie heeft heel erg met dementie te maken, want waar niemand bij stil staat is dat mensen met dementie vaak vallen omdat ook het geheugen van zwaartekracht weg gaat. Dus ze lopen of te veel naar voren of te veel naar achteren. Dat zei de echtgenoot van die yoga lerares tegen mij. Dementie en valongevallen hebben ook heel erg met elkaar te maken, dat is dan ook weer een nieuwe invalshoek van dementievriendelijk omgeving. Zorg voor grip, leuningen, geen ongevaarlijke situatie. Zoals herenveen heeft een beweegtuin gemaakt. Waar mensen leuke dingetjes kunnen doen en elkaar kunnen ontmoeten. Intellectuele uitdaging en sociale uitdaging is ook heel belangrijk om wakker te blijven. Nou zo eerst maar eens?

Elisa: Ja heel interessant dat u dit allemaal aangeeft, want ook het stukje preventie in het begin. We hebben hiervoor ook interviews gehad met casemanagers dementie en wijkverpleegkundigen waarin we ook hebben gevraagd naar de rol van preventie en hoe dat ingebed kan worden. Daarop kregen we heel weinig respons hoe beweging en uitdagingen op intellectueel niveau voor effect kunnen hebben op het vertragen van het proces. Dus heel interessant dat dat wel direct benoemd.

Respondent 3: jazeker, daar zijn wel onderzoeken naar gedaan. Maar onderzoeken naar suiker en cholesterol. Dat je ook echt cholesterol nodig hebt in je hersen om de processen goed uit te kunnen voeren. Dus wat gebeurt er allemaal met die cholesterolverlagers. Daar zijn dus onderzoeken naar.

Elisa: Ja David en ik kunnen inderdaad nog een paar van die onderzoeken erbij halen om onze deelvragen verder te kunnen beantwoorden. Want wat u zegt, daar zitten wel hele relevante dingen bij, ook voor ons onderzoek kijken we dan met name naar de sociale omgeving en de kennis over dementievriendelijk en daar hebben de wijkverpleegkundige en casemanagers al vrij veel kennis van hoe dat aangepakt kan worden. Maar je merkt dat over de fysieke leefomgeving een aantal dingen van wat u net al noemde, daar minder aandacht voor is. En dat dat ook minder bekend is dat dat een invloed kan

hebben op een dementievriendelijk omgeving en uiteindelijk de levenskwaliteit van een persoon met dementie.

Respondent 3: Mag ik hier nog op in gaan en het relateren aan eenzaamheid? De definitie van eenzaamheid is dat je niet gehoord en gezien wordt en er eigenlijk niet meer toe doet. Dat je te weinig contacten om je heen hebt en te weinig diepgang daarin. Ik hoorde in alzheimercafés, je krijgt de diagnose en opeens ben je zo dement als een deur. Terwijl je woensdag nog een beetje vergeetachtig was, en donderdag krijg je de uitslag. Vanaf dan wordt je opeens niet meer serieus genomen. Dit is verschrikkelijk, verschrikkelijk, vooral in de 1^e, 2^e, en 3^e fasen van dementie. Dat jij alleen nog maar wordt gezien als 'die demente'. Ditzelfde gebeurt ook bij kankerpatiënten, opeens wordt er niet meer gelachen, mensen gaan zachter praten want je licht al bijna in de kist. Echt verschrikkelijk. Ik hamer altijd op de Multi persoonlijkheid, je bent niet alleen maar ziek, je bent ook vader/moed, vrijwilligers, die van de verenging, van het zangkoor. En als jij daar zomaar opeens door je stempel dementie opeens vanaf wordt gehaald, is dat een gigantische stigmatisering. Negatief stempel. Opeens ben jij een patiënt, heb jij geen zelfbeschikking meer en dit heeft een zeer negatief effect op de levenskwaliteit. Er is een vrijwilligers verenging en die heet 'dement talent' waarin mensen die in de eerste fasen zitten. Mensen die in de eerste fasen zitten weten dat nog helemaal niet, die worden wat vergeetachtig, wat emotioneel. Ze kunnen niet meer op woorden komen. Veel mensen zeggen dat 'oeh het is de leeftijd' en veel jongeren zeggen 'oh ik heb het veelte druk' Douwe Drijfma zegt het gebeurt op iedere leeftijd dat je niet op woorden kan komen. Maar dat jij opeens uit de samenleving wordt gezet, opeens ben jij die dementen. Dat is echt heel verschrikkelijk. Ik ken een vrouw en die heeft de erfelijk vorm van dementie. Ze heeft een oudere broer en zus en die kregen dus dementie. Dat is ook heel belangrijk, je hebt dementie je bent niet dement. Die kregen dus dementie en het was heel veel in de familie, dus heeft zij een genetisch onderzoek gedaan. Ze was een van de vrijwilligers die ik begeleidde en zei zij, 'ik heb het gen ook. Dus ik weet dat ik binnen niet al te lange tijd ook dementie krijg.' En zij wist dus ook wat er zou gebeuren, maar ze draaide helemaal mee in onze vrijwilligersgroep, ze deed mee in onze reünie enzovoort en de laatste keer zei ze 'ik merk dat ik nu onbeheersbare woeden uitbarstingen krijg' want dat heeft ook met dementie te maken, ongereguleerde emoties. Dus ze zij; 'nu is mijn keuze om niet meer naar de bijeenkomsten te komen, want jullie zijn me te dierbaar. Ik wil niet dat ik opeens een ongecontroleerde woede-uitbarsting op jullie krijg. Dat wil ik jullie en mijn band met jullie niet aan doen.' Dat vind ik een hele wijze uitspraken. Ze heeft nog heel lang het winkeltje van de wereldwinkel gerund terwijl ze de diagnose had en nu is ze vrijwilliger. Bijna niemand wilt in het zorgcentrum komen, dus is zij daar vrijwilliger. Ze hebben vet lol, ze is helemaal bij maar heeft dementie. Dus ze gaat met bewoners wandelen, even een visje eten en hebben hele gesprekken. Mensen met dementie zijn ook hele doodgewone mensen, je moet het zien dat je allemaal eilandjes in je hoofd hebt die met elkaar zijn verbonden door bruggen. Door de bruggetjes worden begrippen, voorwerpen, acties en reacties aan elkaar gekoppeld. Door dementie vallen die bruggetjes allemaal langzaam weg.

David: We zijn heel veel onderzoeken tegengekomen wat gaat over dat stigmatiseren wat je noemt en dat mensen met dementie worden gezien als eng/gevaarlijk door hun diagnose

Respondent 3: Afschuwelijk

David: dat is best wel onmenselijk eigenlijk

Respondent 3: ja en ze vertonen ook onvoorspelbaar gedrag, maar pas in de allerlaatste fasen. Die eerste 2/3 fases is het groot verdriet en hebben ze heel goed door wat er gebeurt. Ze voelen zich langzaam verdwijnen in de mist en dat is zo verdrietig. Deze vrouw waar ik zonet overhad was

ontzettend dement. Ze kon ook geen vragen meer van mij beantwoorden, ik dronk dat ook wel koffie met haar en haar man en vroeg ik ook wat waarop haar man reageert dat dat niet hoefde omdat ze het toch niet meer snapte. Maar ze snapte wel de aanraking en bijvoorbeeld de kettinkjes die ik om had ging ze aanraken. Aanraking is heel belangrijk, het is zo ontzettend belangrijk voor mensen met dementie. Deze maatregelen met corona is echt een ramp voor mensen met dementie. Aanraking en muziek zijn hele belangrijk. Dus dat hoort ook bij omgeving, aanraking/gelijkwaardig.

Elisa: wat zou er in een dorp gedaan kunnen worden om het stigma te verminderen? Met uiteindelijke hop dat weg te kunnen nemen.

Respondent 3: het wegnemen van stigma's gebeurt altijd met het creëren van bewust zijn, het creëren van bewust zijn wat een ziekte is. Wat is dementie. Het is onwetendheid. Bekend wat het precies is. Dat ten eerste, ten tweede dat jij een ziekte hebt, maar niet je ziekte bent. Dat je dus meer rollen hebt. Maar dat eerste, bewust worden. Onbekend maakt onbemind, onbekend maakt ook bang. Daar komt ook vandaan dat mensen met dementie eng zijn, of nog ergen dementen zijn eng. Eerst maar eens even weten wat er gebeurt. Als jij iemand eng tegemoet treedt wordt diegene bang en gaat die raar doen, ze voelen je drommels goed aan. Dit is zo eenzaam, dus dan gaan ze ook vreemd doen. Dus bewustwording, wat is dementie, die 4 fasen, wat het inhoud, dat er ook jongeren mensen zijn. Hoeveel mensen het treft, 40% van de 90-plussers heeft dementie. Wat is het, dat je meerdere rollen hebt en dan kom je een hel eind. Heel belangrijk, vraag ook de mensen met dementie zelf. Wat voor ideeën heb jij? Hoe zou dit dorp nou met dementie om moeten gaan. Hoe wil jij het beste benaderd worden?

David: Ja dat zeker.

Respondent 3: Dus niet over mensen praten, maar met mensen praten. Dus ook met mantelzorger. Z'n voorbeeld als 'dementtalent', een volkstuin op de kleuterschool voorlezen. Dat kan in de 4^e fasen niet meer, maar dan komt iemand niet op het idee om voor te lezen in de 4^e fasen. In de 1^e en 2^e fasen nog wel. Mensen willen graag nog wat doen, ze willen nog mee tellen.

David: Zou een wijkverpleegkundige een rol kunnen spelen in het creëren van z'n dementievriendelijk omgeving, dat mensen meetellen en dat dingen aangepast worden.

Respondent 3: jazeker, maar niet alleen. Dit is een thema die de hele samenleving aangaat. Het is hier ook belangrijk in om te kijken hoe woningen worden gebouwd, hoe worden wijken gebouwd. Hoe toegankelijk ook financieel zijn ontmoeting en sportvoorzieningen? Het buurthuis, waar voorlichting gegeven kan worden. Het is iets wat de hele samenleving aangaat. We werken zelf me een leefbaarheidsmodel, waarin bevolkingsgroepen, sociale samenhang, veiligheid, onderwijs. In het leven van mensen hebben al die dingen met elkaar te maken. Als jouw gezondheid niet goed is dan voel je je ook niet veilig. Als jij een goed inkomen hebt, kan je ook meer geld uitgeven aan detectie enz. als jij handige burens/kinderen hebt kunnen die dat voor jou aanleggen. Even om aan te geven dat ze allemaal met elkaar te maken hebben, Maar in de systeemwereld, in de institutie wereld hebben ze allemaal eilandjes. Woningcorporaties gaan hierover, politie daarover etc. Ouderenmishandeling en valpreventie hoort ook onder veiligheid en dan kom je weer uit bij dementie.

David: het moet meer et elkaar geïntegreerd worden.

Respondent 3: Ja, als je het alleen overlaat aan de wijkverpleegkundige is dat beslist niet de bedoeling. Dan betrek je het alleen naar zorg en zeg je dat het een gezondheidsprobleem is. Maar het is ook een eenzaamheidsprobleem, veiligheidsprobleem, enzovoort. Maar ook in hoeverre je ertoe doet.

David: ja u noemde het al, het is een nationaal belang. We zijn heel erg opzoek naar cijfers puur en alleen van Friesland over toeneming van dementie. We hebben wel cijfers over hoeveel mensen er zullen zijn met dementie. Allen we zijn echt opzoek naar cijfers allen van Friesland.

Respondent 3: Ja die zijn er wel.

<https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf>

Respondent 3: Deze is nu van 6 jan 2020, jaarlijks stellen ze die bij. We hebben nu een hele grote interventie namelijk corona. De meeste mensen die overleiden aan corona zijn boven hun levensverwachting met onderliggend leiden, dus ben benieuwd. Het kan invloed hebben.

David: top, we willen in ons advies zeg maar een stukje, niet shocking hebben maar wel dat we mensen stilzetten en dat mensen denk: 'oh we kunnen hier problemen mee krijgen als we hier niet op tijd op handelen' hoe kan je dat beter hard maken met cijfers.

Respondent 3: Ja en gecombineerd met de uitspraak 'het is de ziekte met de grootste draaglast voor de mantelzorger en de zwaarste ziektelast' het is hard op weg om doodsoorzaak nummer 1 te worden als je het combineert met ook andere ziekte. Ziekte met de grootste ziektelast en de zwaarste impact voor mantelzorgers.

Elisa: Ja we willen daarom ook een beetje uitzoeken. We hebben wel onderzoeken gelezen dat het belangrijk is dat mensen zolang ongelijk op een normale manier kunnen blijven bewegen of blijven meedoen in de samenleving. Het lijkt ons dus goed om fysieke aanpassingen te doen en ook aanpassingen op het sociale gebied om te kunnen creëren dat iemand zolang mogelijk als volwaardig lid kan meedraaien in het gewone leven. Om daar aanpassing in te implementeren, heeft u ideeën over wat daarin belangrijk zou kunnen zijn om iemand met dementie zolang mogelijk te kunnen laten mee draaien in de samenleving.

Respondent 3: Ja dat is deels een herhaling over wat ik net al zij. Pak hem/haar de plek niet af, 'dementatnelt', kijk naar Multi, het is niet alleen dementie wat mensen hebben en haal spookverhalen eruit. Door bewustwording en vertellen wat het precies is. Zolang mogelijk zo langmogelijk zelfredzaam laten. Ik was bij een dirkbaron café, een dementie inloop huis en daar werd ook echt door de mensen aangegeven dat het een combinatie is dat mensen van elkaar willen weten hoe is het, hoe gaat, waar kunnen we informatie halen. Even ons zelf zijn met elkaar. Als dat we gewoon in de samenleving willen lopen. Daar hoorde ik dus ook dat dat stigma heel moordend is en dat mensen zich dat stigma eigen maken. Mensen hoeft je maar 3 een beetje raar aan te kijken en je maakt je al eigen. 'Iedereen weet het nu toch' 'iedereen heeft het door' dat is geïnternaliseerde afwijzing. Het ligt dus heel ingewikkeld om dat te voorkomen. Meer omdat het zoveel voorkomt. Ik weet niet of het een antwoord op je vraag is?

Elisa: ik denk wel dat u heel veel dingen heeft genoemd waar we verder mee kunnen en dat u dingen bevestigd die wel zelf uit onderzoeken hebben gehaald. Dus dat dat wel heel veel meerwaarde heeft.

Respondent 3: zijn jullie al een keer naar een dementie of alzheimercafé toe geweest? Misschien is dat een idee?

Elisa: in mijn eigen omgeving wel maar niet in Friesland.

David: Ik ook in mijn eigen omgeving, gewoon hier in Zwolle. Dat was heel leerzaam om te doen ja. Ook specifiek over Friesland had ik nog een vraag. Je hebt natuurlijk wel landelijk de dubbele vergrijzing wat een forse probleem gaat worden en waar we op in moeten spelen. Maar in Friesland heb je natuurlijk ook de leegstroom van de dorpen. De jongere generatie trekt naar de steden toe, heeft dat in u idee ook impact op de gehele samenleving van Friesland?

Respondent 3: Het is waar dat als er in jouw omgeving, de ene naar de andere school sluit. Er geen werk is. Jij als jonge gezin weg trekt. Het licht ingewikkelder. Woon jij ergens en kan je je huis nog verkopen. Is je huis nog wel aantrekkelijk, na dat je er 40 jaar hebt gewoond. Of heeft het inmiddels allemaal achterstallig onderhoud omdat je de fysiek kracht of het geld er niet voor had? Raak jij je huis nog wel kwijt om op tijd ergens anders te gaan wonen? Dat heeft allemaal zo met elkaar te maken. Kun jij in je oude dorp of omgeving nog blijven wonen als je huis te groot wordt en je wilt graag kleiner wonen. Zijn daar geschikte woningen voor? Er zijn sowieso te weinig geschikte woningen, dat is waar. Als er dan wel een geschikt appartementje is, maar de huur 2x zo duur is in vergelijking met het huis waar je eerst woonde. Dan ben je hartstikke gek als je dan naar dat flatje gaat. Al die dingen spelen mee. Verhuis jij uit jouw omgeving, die helemaal bekend en veilig voor jou is. De mensen kennen jou ook en zien jou langzaam8 ouder worden. Die kennen jou door en door. En verhuis jij opeens van daaruit naar een andere omgeving met alle maal oudjes. Al die dingen spelen mee. Het is wel waar dat de sociale economische situatie lager is dan het Nederlanden gemiddeld maar het ervaren geluk is dan weer hoger dan het Nederlandse gemiddelde. Ook de deelname aan vrijwilligers werk en gezondheidservaring is ook hoger in Friesland. Dat wordt de friezen paradox genoemd. Er is ontzettend veel burenhulp, sociale samenhang, vrijwilligerswerk, mensen doen vaak wat voor elkaar/met elkaar en dat noemen ze niet eens mantelzorg. Men doet dat gewoon. Een doemscenario van dorpen die leeglopen, met alleen maar oude mensen die daar blijven wonen tussen dicht getimmerde winkels gaat niet gebeuren. Ook nu met corona en thuiswerken, ook da dat een beetje de norm gaat worden zie je opeens een run op de woning in Friesland vanuit de randstad. Zo zie je maar weer dat er altijd intervenieerde variabele zijn die opeens een trendbreuk geven en natuurlijk heb je in die dorpen waar ouderen wonen waar dementie kan optreden. Als je samenwoont met iemand die een oogje in het zeil houdt is dat een stukje veiligheid, dat heb ik gehoord in interviews. Ik heb dus mantelzorgers geïnterviewd over hoe het is om te mantelzorgen. Dan is er dus ook een gevoel van: gelukkig zijn we met z'n tweeën. Je leeft langzaam met elkaar mee. Als jij alleen woont is dat wat heel anders

Elisa: denk u dat de mantelzorgers in het algemeen voldoende gesteund worden in soms best wel zware zorg die zelf leveren voor hun partner?

Respondent 3: Nee. Welke dingen ik uit de interviews heb gehaald is dat zorg op zich nog wel te doen is, maar al die administratie en klusjes eromheen maakt het gewoon heel druk. Ik heb toen ook aan de mantelzorgersgevraagd wat zou de oplossing zijn? Boodschappendienst, iemand die toch in fase 4 dementie zit kan niet lang alleen thuisblijven het risico dat ze gevaarlijke dingen gaan doen in te hoog. Ze kunnen de deur niet uit om boodschappen te doen, in de tuin te werken of even grofvuil weg te brengen. Daarnaast is er behoefte aan hulp met de administratie en een klussendienst. Zodat de mantelzorg al hun liefde kunnen steken in de zorg voor hun dierbaren. Ouderen mishandeling komt vaak voort uitoverspannen mantelzorg. Ouderen mishandeling, je denk dat het niet gebeurt. Maar het

gebeurt dus wel. Het is slaan, schreeuwen, duwen, geld afpakken of wat dan ook maar. Het is heel vaak door een bekend en heel vaak overspannen mantelzorg. Het is heel bedreigen, vooral voor iemand met dementie.

David: die zal niet alles even goed begrijpen maar die voelt de energie die uit een persoon komt natuurlijk wel.

Respondent 3: Oh zeker, Oh zeker. Ja dat zag je nu ook heel duidelijk met corona, ze snappen de maatregelen niet. Als het hun uitgelegd wordt zijn ze het na 5 minuten weer zo vergeten. Maar het gevoel van de onrust blijft nog wel. Ik sprak laatst een zorg medewerker die zei dat er Spaanse griep heerste en dat snapte ze. Ze hebben vaak die verhalen wel gehoord, de aller allereerste hebben het mee gemaakt. Dan snappen ze het vaak wel, dus een leugentje voor eigen veiligheid.

Elisa: zou de wijkverpleegkundige en casemanager dementie een rol kunnen spelen in het verder ondersteunen van de mantelzorgers of zijn daar verder nog andere instanties voor nodig?

Respondent 3: dat gaat ook vaak weer samen. Z'n casemanager kan in principe inderdaad in welke onderdelen iemand ondersteuning nodig heeft. Als je mensen vraag heb je hulp nodig in de mantelzorg denken mantelzorgers vaak gelijk aan de zorg voor de dierbaren, maar als je een stapje verder gaat en kijk naar welke taken iemand allemaal heeft. Wat iemand van die taken vindt. Dat je gaat kijken waar iemand energie van krijgt en waar niet van. Dat je in kaart brengt dat mantelzorg niet alleen de persoonlijke verzorging is, alle taken komen op de mantelzorger terecht. Je moet alles doen, boodschappen, koken, klusje, bankzaken en ook nog 24 uur per dag versnippert opletten op de zorgvrager. 24 uur zorg en toezicht. Opname in een zorgcentrum is een indicatie als er 24 uur zorg en toezicht per dag nodig is. Zolang er nog een mantelzorger thuis woont is de indicatie er niet. Zorgvragers worden zolang mogelijk thuisgehouden. Tot dat de mantelzorger omvalt.

David: schrijnend eigenlijk

Elisa: Ja

Respondent 3: mijn neef werk in een zorg centrum en die vertelt dat als mensen binnen komen, komt er een verward iemand in het zorgcentrum. Die opeens uit zijn veilige omgeving wordt geplaatst en daar staat dan een rijtje mantelzorgers achter met compleet ingevallen wangen en ogen op stokjes. Compleet burn-out.

Elisa: Ja dat is echt heel erg, dat hoor je de laatste tijd wel vaker dat de mensen die worden opgenomen al in een ver gevorderd stadium zijn en ook al wel gedragsproblemen zijn ontstaan waardoor iemand niet meer thuis kan wonen.

Respondent 3: Ja dat er met poep op de muren wordt gesmeerd enzovoort, soms dat mensen met politiebegeleiding uit huis moeten worden gevraagd. Iemand met dementie waar op woensdag zijn hele gedrag nog wordt geaccepteerd en donderdag mag het opeens niet meer. Tuurlijk gaat die zich met hand en tand verzetten 'ik hoef niet weg, want mijn vrouw past wel op mij' of andersom.

David: ja op een gegeven moment is de maat vol.

Respondent 3: Ja die glijdende schaal is heel moeilijk. Als jij je heen breekt dat je naar het ziekenhuis moet. Bij dementie is het heel langzaam. Juist die glijdende schaal maakt het zo ongrijpbaar. Henk

Kraaio heeft een proefschrift geschreven over ... hij was 35 jaar directeur van een zorg centrum en die zag mensen dus ook compleet burn-out binnen komen. Hij heeft op een gegeven moment hier een proefschrift over geschreven na dat die met pensioen was en hij heeft het woord 'volhoudt tijd' geïntroduceerd. Dat is heel belangrijk om aan de mantelzorgers te vragen hoelang ze het nog volhouden. Als je dan paniek in hun ogen ziet dan weet je 'die zijn allang over de grens' als je het vraagt kunnen mensen aangeven dat ze het nog wel vol houden maar gewoon even moeten klachten of zeggen dat ze het nog een maandje volhouden. Stil staan bij het feit: "hou je het nog vol. Sommige mensen beginnen te huilen en vinden het dan zo fijn dat het hun wordt gevraagd. Dat ze aan geven het allang niet meer vol te houden maar het idee dat ze moeten. Het voelt ook als ontrouw, of iemand afschrijven als je hem opeens naar een verzorgingscentrum brengt. Vaak wordt er ook een periode van een paar weken ingelast waarin de partner niet mag komen naar het verzorgingscentrum. Zodat de zorgvrager de tijd heeft om te wortelen in dat verzorgingscentrum. Zulke dingen moeten echt anders, het veel meer kosten gedreven. Dan door liefde en begrip. Het is vaak geld wat hier achter zit.

David: ja dat is dan ook vaak het eind van de holistische zorg.

Respondent 3: Precies.

David: ik had nog een vraag en misschien is het een domme vraag, maar we horen al heel veel interviews terug dat een sociale cohesie is wat ook een stuk sociale controle met zich mee brengt. Wat dus ook een beetje privacy belemmering is. Denk u dat dat ouderen mishandeling misschien in de hand werkt

Respondent 3: nee. Nee. Nee want als die cohesie er is en er is goede sociale samenhang dan heb jij ook een netwerk waar je aan de keukentafel kan zitten huilen en kan vertellen dat je het amper vol houdt. Het is vaak een geïsoleerde positie waar ouderen mishandeling in voor komt. Waarin de mantelzorger werkloos is geraakt, financiële problemen, huwelijksproblemen, eenzaam. Zeer geïsoleerde positie en dan ook nog de zorgvrager die veel zorg vraagt. Dan si er al een emmer vol druppels en dan komt de laatste druppel.

Elisa: ja dan is er ook geen netwerk om iets op te vangen of enige hulp te beiden. Dat maakt het dan ook extra moeilijk.

Respondent 3: Vergeet niet de positieve gezondheidszorg en inclusieve samenleving. Doet iedereen wel mee? Inclusieve samenleving houdt in meedoen naar vermogen. Je kunt het ook nog breder trekken. Dit thema kan je bekijken vanuit positieve gezondheid zorg en vanuit inclusieve samenleving. Wat is er dan mogelijk, je zet dan een andere bril op om te iken naar dementievriendelijk samenleving en dan komen er ook andere oplossingen zoals 'dementalent' of buurttuintjes, voorlezen op school, koffie schenken. Iedereen doet mee naar vermogen. Bij de positieve gezondheidszorg dan koppel je het meer aan welbevinden en contacten. Dus dat je het loskoppelt van de diagnose dementie dat zijn allemaal dingen die je mee kan nemen in de aanbevelingen. Maar het belangrijkste is toch wel; onbekend maakt onbemind. Vroeger als iemand dement werd die kinderen horen dat er gewoon bij.

David: Ja zo gek eigenlijk he, gelukkig hebben we dat niet meer zo heel erg. Maar je proef het toch overall dat mensen heel schuw zijn en het heel erg gestigmatiseerd wordt.

Respondent 3: Ja en stigma is exclusie. En daar ga je dan met je participatie samenleving. Dementie is iets in de samenleving, het is een eigenaardigheid van de samenleving dus niet allen binnen de gezondheidszorg

Elisa: ja we zijn erachter gekomen dat het een veel groter probleem is en er meer onderzoek nodig zodat het op veel grotere schaal kan worden aangepakt.

Respondent 3: Ja je moet verschillende brillen kunnen opzetten om naar het thema te kunnen kijken en dat je er een paar noemt. Kosten plaatje, stigma plaatje, de samenhang. Items moet je in samenhang aan pakken, want de leefwereld van een persoon is een samenhangend geheel. Een integrale bril. Benoem deze brok stukjes ook. En veel meer bewustwording, die fases en dan vooral de nadruk op wat kan iemand nog wel in plaats van wat kan iemand niet meer.

Bijlage 9: Woordelijke transcriptie interview met Respondent 4 en Respondent 5

Gemeente

Doel: Visie op dementievriendelijke dorp. Rol van de wijkverpleegkundige. Fysieke aanpassingen: wat zijn de mogelijkheden en welke rol kan de gemeente hier in spelen.

Topic list:

- Visie op dementie vriendelijkheid
- Visie voor de gemeente SWF op gebied van dementie vriendelijkheid
- Rol die gemeente kan spelen in dementie vriendelijkheid
- Leeft dit onder de inwoners van SWF
- Belang van dementievriendelijke gemeente
- Wat is er al gedaan aan dementie vriendelijkheid
- Welke mogelijkheden heeft de gemeente? Financieel ook
- Wat doen ze voor overbelaste mantelzorgers
- Welke aanpassingen zouden ze kunnen doen in het dorp? fysiek
- Hoeveel geld heeft de gemeente beschikbaar gesteld voor fysieke aanpassingen
- Geld WMO preventie

Eventuele vragen:

1. Wat is de visie van de gemeente over een dementievriendelijke omgeving?
2. Leeft het onderwerp een dementievriendelijk dorp onder de inwoners van Koudum?
3. Wat is het belang van de gemeente bij een dementievriendelijk dorp?
4. Welke stappen heeft de gemeente al gezet om een dementievriendelijk dorp te creëren?
5. Welke rol zou de gemeente kunnen hebben in het dementievriendelijk inrichten van een dorp in de gemeente SWF?
6. Welke middelen heeft de gemeente om een dementievriendelijk dorp te creëren?
7. Wat doet de gemeente om het stigma op dementie te verminderen?
8. Welke fysieke aanpassingen zouden er gedaan kunnen worden om een dementievriendelijk dorp te creëren?
9. Heeft de gemeente geld beschikbaar voor het creëren van een dementievriendelijk dorp?
10. Hoe ziet de gemeente de rol van de casemanager dementie en de wijkverpleegkundige in een dementievriendelijk dorp?
11. Welke mogelijkheden heeft de gemeente om aanpassingen te kunnen doorvoeren in het dorp?
12. Wie is er verantwoordelijk voor primaire preventie in een dorp? de gemeente of de wijkteams?
13. Wat doet de gemeente om overbelaste mantelzorgers te helpen?

Woordelijke transcriptie interview respondent 4 en respondent 5

Afnamen interview: 24 november, 10:30

Aanwezig: Elisa de Jonge, David Damstra, respondent 4 en respondent 5: beide beleidsmedewerker van gemeente Súdwest-Fryslân.

Doel: Visie op dementievriendelijke dorp. Rol van de wijkverpleegkundige. Fysieke aanpassingen: wat zijn de mogelijkheden en welke rol kan de gemeente hierin spelen.

Elisa: Ik zal dan maar direct beginnen met de eerste vraag; wat is de visie van de gemeente op een dementievriendelijke omgeving.

Respondent 4: Zal ik maar

Respondent 5: Ja, de meeste vragen zijn voor jou Respondent 4.

Respondent 4: Ja dat zag ik ook al. Ja daar zijn we dus eigenlijk nog mee bezig. We zijn natuurlijk bezig met die pilot van de vitale regio en eigenlijk is het bedoeld om te kijken hoe we dat kunnen oppakken. Het is de bedoeling dat er in die pilot wordt gekeken naar wat er wel/niet werkt. Eigenlijk is het zo dat we naar aanleiding van die uitkomsten gaan kijken wat we er mee kunnen, wat werk wel/niet en hoe kunnen wij dat in ons beleid opnemen. Is er voor ons geen rol of bijna geen rol. Dat zijn eigenlijk allemaal dingen voor ons die nu op dit moment nog uitgezocht worden. Daar kan ik op dit moment geen duidelijk antwoord op geven wat onze visie daar nu op is.

Elisa: Nee die is dus nog in ontwikkeling

Respondent 4: Ja

David: hebben jullie een persoonlijk visie? Toevallig, misschien

Respondent 4: Ik ben eigenlijk ook wel benieuwd naar wat werkt, ik weet het eigenlijk ook niet zo goed hoe je daar het beste mee om kan gaan. Er zijn ook zoveel verschillende vormen van dementie en kun je daar überhaupt een eenduidig antwoord op geven? Dat weet ik niet, dat is lastig. Er zijn natuurlijk wel een aantal dingen waar je wat mee kunt. Zoals seniorvriendelijk, maar is dat per definitie ook dementievriendelijk? Dat is ook een vraag, weet ik niet. Dus nee daar kan ik zo nog niet een antwoord op geven. Je merkt ook wel dat de grote interesse en onderzoek die op dit moment speelt dat mensen zoekende zijn.

Elisa: Ja dat denk ik ook wel. Er is denk ik ook nog geen eenduidig antwoord op wat het ideale dorp is. Dat is nog zo erg in ontwikkeling en per plek verschillend.

Respondent 4: ja en dat bestaat waarschijnlijk ook gewoon niet

Respondent 5: Ja ik kan me voorstellen dat als jij jaren in het dorp hebt gewoond. Mensen in Friesland blijven meestal jaren in hun dorp wonen, waar ze geboren zijn of zijn komen wonen als ze getrouwd zijn zeg maar. Dat is dan hun vertrouwde leefomgeving. Ik kijk dan ook even vanuit het fysieke domein en dan lees ik allemaal onderzoeken over hoe een dorp of een wijk zo dementievriendelijk kan worden ingericht. Maar als je heel veel ingrepen doet zijn ze die herkenbaarheid, die kenbaar nog ergens diep in hun wortels zit. Die is dan ook weg. Dus ik denk dat dat volgens mij ook niet handig is, maar ik snap wel dat je met bewegwijzering of iets dergelijks wilt doen. Maar hele straten om gaat gooien, of een herkenbaar punt anders vormt geeft. Dat zie ik nog niet zo gebeuren. Ik denk wel dat je er rekening mee kan houden als je een hele nieuwe wijk gaat bouwen, maar ik denk niet dat je (gevoelsmatig, want zo goed ken ik het onderwerp ook nog niet) dat je niet alles opnieuw moet willen gaan doen.

Respondent 4: Wat jij zegt, wel bij nieuwbouw en ook herinrichting. Want bij herinrichting verandert er sowieso iets. En dan kan je het prima mee nemen zodat het voor mensen makkelijker wordt.

Respondent 5: Ja

Respondent 4: Op z'n punt komt je altijd weleens een keer.

David: Jazeker waar

Elisa: Ja je moet een soort balans vinden tussen niet het dorp helemaal veranderen maar wel makkelijker en gangbaarder maken voor dementerende. En dat is nog wel zoeken hoe die balans moet worden vormgegeven

Respondent 4: ja en je hebt die herkenningspunten en dat zijn dan toch vooral ook de kerk, beelden of kunst. Objecten, dat soort dingen of een huis.

Respondent 5: Ja maar als je opeens een flatgebouw voor de kerk gaat zetten kan je die kerk opeens niet meer zien.

Respondent 4: Ja dus daar moet je dan inderdaad wel rekening mee houden dat je dat niet blokt. Dus de zichtlijnen enzo.

Elisa: leeft het onderwerp ook erg onder inwoners van bijvoorbeeld Koudum en Wommels waar wij specifiek naar kijken?

Respondent 4: Ja ik denk dat je respondent 9 voor zou moeten vragen. Ik heb werkelijk geen idee. Ik heb zelf geen contact met de inwoners en ... doet de uitvoering, dus die weet dat.

Elisa: Oke, dan vragen we Gerda daar nog even naar

David: eerlijk.

Respondent 5: Ja en voor Wommels moet het straks blijken in het GO! Noord Nederland traject wat er het meeste speelt.

Respondent 4: Ja dat weten we nu ook nog niet. Respondent 10 weet het misschien ook maar die hebben jullie volgens mij al wel gesproken?

Elisa: Ja, Maar daar kunnen we misschien nog een specifiek gericht mailtje naar sturen omdat te vragen. Wat is het belang eigen vanuit de gemeente bij een dementievriendelijk dorp?

Respondent 4: Ja, we zijn eigenlijk een vergrijzende gemeente. Zo hebben we die vitale regio aanvraag, zijn we op dit onderwerp gekomen. Vergrijzende gemeente en vooral in dat gebied van Koudum een lage sociaaleconomische status en dat zijn wel dingen waarvan je kan aannemen dat daar een grotere populatie van mensen met dementie is of komt in ieder geval. Dat betekent wat, dat betekent voor zorg korten wat en de kwaliteit van leven voor mensen.

Elisa: ja

Respondent 4: Dus dat mensen mee kunnen blijven doen, ook al hebben ze dementie is voor een gemeente wel belangrijk en niet alleen voor de gemeente maar ook voor de zorgverzekeraar. Maar voor ons was dat; die vergrijzing en lage SES de aanleiding omdat, dit item als pilot te nemen. Het belang

daarvan is vooral de kwaliteit van leven voor de inwoners. Dat ze hier prettig en zo gezond mogelijk kunnen wonen. Dat hopen we hiermee te bereiken.

David: Ja ook dat ze kunnen blijven

Respondent 4: ja dat hoor je natuurlijk ook het meeste, ik weet niet of jullie ook gesproken hebben met de casemanagers, maar daar hebben wij in het begin van onze vitale regio project wel een gesprek mee gehad en zei zegt ook dat mensen hier willen blijven wonen. Ze wonen hiervan jongs af aan zoals Respondent 5 al zei, of zijn hier gekomen rond hun 20^e ofso. Die mensen willen dan niet weg, een enkeling daar gelaten, maar meestal willen ze hier blijven wonen.

Elisa: Ja ik kan me voorstellen dat de mensen die de diagnose dementie hebben en al hun hele leven lang in een bepaald dorp wonen kennen altijd redelijk nog wel hun paadjes en op het moment dat je ze dan uit die omgeving haalt en ze gaan naar een verzorgingstehuis, ja dan zijn ze de weg helemaal kwijt.

Respondent 4: ja en daar worden ze ook niet bepaald vrolijker van

Elisa: ja dat vind ik wel direct een stap terug. Daar kan ik me heel goed bij voorstellen en bij vergrijzende gemeenten hebben wij al wel wat cijfers gezien dus dat is denk ik ook wel een belangrijk punt.

Respondent 4: ja vooral in plattelandsgebieden bij ons, steden daar valt het dan nog wel mee. Maar vooral de buiten gebieden vergrijzen behoorlijk. Misschien nu juist nog wel mee omdat we horen dat mensen uit de randstad steeds meer hierheen trekken als ze gepensioneerd zijn.

Elisa: Ja daar hoorden wij gisteren toevallig ook wat over. We hadden een interview met Respondent 3 van het FSP. En die gaf ook wel aan dat er veel mensen vanuit de steden naar Friesland trekken om daar te gaan wonen.

Respondent 4: Ja vertelde Respondent 10 ook.

Elisa: Ja eigenlijk hebben we de volgende vraag ook al wel beantwoord, welke stappen de gemeente al wel heeft gezet. Jullie zijn bezig met de vitale regio en aan de hand daarvan zullen er verdere stappen worden ondernomen. Uit de uitkomsten van het onderzoek

Respondent 4: Ja dat klopt, en we hebben wel. Dat is niet zo zeer dementievriendelijk dorp, maar een trainy heeft bij ons een stuk geschreven over welke rol de gemeente heeft bij een dementievriendelijk gemeente. Dus dat is breder. Ook omdat er Friesland breed al een hele hoop gebeurt. Ik weet niet of jullie de naam Albert scheffer al een keer zijn tegengekomen?

Elisa: Nee

Respondent 4: Die werk bij Smallingerland, maar die heeft ook voor Friesland onderzoek gedaan naar dementievriendelijk en toen hebben wij gezegd dat we als gemeente wel dementievriendelijk willen worden maar op dit moment gaan we er low profile in en doen we niet zoveel behalve voor ons eigen personeel en liften we mee op wat er Friesland breed gebeurt. Omdat het voor een gemeente alleen niet handig is. Ja kan het wel doen, zoals wij doen met de vitale regio, maar je kan het beter Friesland breed oppakken.

David: ja en ik denk dat als er provinciegeld vrijkomt het een vette pot is dan vanuit 1 gemeenten, dat je dan ook wat meer....

Respondent 4: Dat je ook wat meer slag krijgt, ja inderdaad.

Elisa: Ja je merkt wel dat er steeds meer aandacht voor komt en er steeds meer ontwikkelingen zijn. Ik denk dat het steeds meer een hot item is, waar steeds weer meer aandacht voor komt en onderzoek naar gedaan wordt. Ik denk dat er dan ook steeds makkelijker handvaten naar boven komen waar je wat mee kan.

Respondent 4: ja klopt

Elisa: welke rol kan de gemeente hebben bij het veranderen van de fysieke leefomgeving zodat deze dementievriendelijker is/wordt.

Respondent 4: Wat ik net dus verteld over dat onderzoek van die trainer. We doen nu eerst mee low profile en liften mee met Friesland. Maar als er initiatieven zijn zoals bij Bolsward willen we daar wel in meedenken en dat ondersteunen, maar zullen zelf niet actief zijn met het opstellen van werkgroepen. We hebben dat wel gedaan in het kader van vitale regio maar dat is onderdeel van die pilot. Maar voor de rest gaan we dat zelf niet oppakken. Het sociaal collectief, onze welzijnsorganisatie van waaruit respondent 9 werkzaam is hebben natuurlijk wel wat meer de rol van aanjager en eventueel mee helpen opzetten, maar dat ligt dan niet specifiek bij ons de gemeente.

David: verhelderende vraag: is dat dan voor nu dat jullie niet echt een actiever e rol hebben of is dat ook toekomstmuziek. Of zijn jullie later wel actievere.

Respondent 4: Nee, ik denk dat dat zo blijft. Behalve dat je het kan aanjagen. We zijn geen organisatiebureau, we gaan niks organiseren. Het moet vanuit de mensen zelf komen en dan willen we wel wat faciliteren en onze sociale/welzijn organisatie is dan ook wel een belangrijke daarin. Dat is wel degene die wat voor mantelzorgers doet enzo. Het is wel een belangrijke in deze. En als het gaat over die fysieke openbare ruimte, hoe kunnen we die dingen die we ophalen. Wat is goed om te doen voor mensen met dementie. Dat kunnen we opnemen in het kwaliteitshandboek voor openbare ruimte. Maar goed daar staan we ook nog mee in het begin.

Respondent 5: Als straks de omgevingswet in werking treedt, dan wordt de gezondheid ook een van de toetsing kader. En dan kan je dit ook meenemen, als jij de signalen meekrijgt dat dit een hot item is in het dorp en je moet er wat mee doen. Dan is het wel meer in het kader van werk met werk. Dus als je iets gaat herinrichten of bij een project zou je daar ook naar moeten kijken. Veiligheid komt daarbij in beeld en archeologie, ecologie, verkeer. Naar een hele rits aan toetsingskaders komt ook veiligheid en gezondheid kader hierbij. Dus die zou je dan ook mee kunnen nemen.

David: Die wet is dan ook wel een stok achter de deur of dat dan weer niet?

Respondent 5: Ja nou, het is dan weer niet een weigeringsgrond van iets, maar je hebt als gemeente wel meer handvaten. Bijvoorbeeld je hebt nu algemene geluidsnormen, die worden straks anders. Dan kan je als gemeente ook nog zeggen 'hey dit moet landelijk, maar wij zijn strenger' of 'hier kan juist meer' je

bent daar iets flexibeler in als gemeente, maar ja die keuzes moeten nog gemaakt worden we zijn druk met de visie, he Respondent 4.

Respondent 4: Ja die visie ligt er nu wel maar dat is een visie en dat is hoog over. Want er moet nog wel. Daar staat wel in gezondheid is belangrijk, wel willen gezonde en vitale inwoners, misschien wel de gezondste gemeente van noord Nederland. Dat soort kreten staan er wel in, maar hoe doe je dat dan. Ik heb laatste bij de intake tafel gezeten voor de omgevingsvisie en dat vind ik lastig. Want toen hadden we een case en bij z'n intake tafel ga je met verschillende disciplines dus mensen van RO en economie en ik hebben over 1 case. Ja weet je dit 'idee' is niet zo goed in het kader van gezond, maar diegene van economie zegt 'ja maar het is fantastisch want we hebben een tekort aan recreatiemogelijkheden blablabla' en dan denk ik van 'jaa' wat telt in dit geval dan zwaarder. Welk doel is hoger? Gezondheid of economie. Als we zeggen dat we de gezondste gemeente van Nederland willen zijn dan zou ik zeggen dat dat bovenaan moet staan, maar dat betekent nogal wat.

Respondent 5: Jazeker, veel belangen. Ook de persoonlijke kleur van degene die dan wethouder is, veranderd elke 4 jaar.

Respondent 4: dus dat zijn wel dingen die nog best wel lastig zijn. Maar goed dat is ook een proces waar we nu in zitten. We zijn nog aan het leren.

Respondent 5: ja ik ben dus van huis uit een RO'er en ben dus gewend belangen af te wegen.

David: wat is RO'er

Respondent 5: ruimtelijke onderneming, dus ik moet al die belangen in elk project wegen en daar komen dus meer belangen bij. Dus je hoopt altijd dat z'n visie daarin al keuzes maakt. Maar dat kan gewoon niet op elk gebied en ook niet voor elk gebied is hetzelfde en kun je ook niet zeggen dat het over 5 jaar hetzelfde is. Bijvoorbeeld corona, dat wisten vorig jaar ook nog niet. Je weet het niet.

David: Nee het is heel fragiel wat dat betreft.

Respondent 5: Ja we kunnen wel allemaal zeggen gezondheid, dat betekent nu weer wat heel anders dan over 5 jaar bijvoorbeeld. Zo zie je ook dat je het iedere jaar bij moet houden.

Respondent 4: Nu is het een hot item

David: Ja, maar goed. Als je naar de cijfers kijkt dat dementie een hot item gaat worden. Ik weet niet of jullie de kaart hebben gezien voor SWF, maar jullie hebben een verdubbeling van mensen met dementie binnen de gemeente binnen nu en 30 jaar. Dus wel heel goed dat jullie daar nu al op inspelen en we hebben het al over geld gehad, wat voor beschikbare middelen zijn er en dat is dus ook een beetje afhankelijk of dat het Friesland breed wordt getrokken. Heb ik een beetje begrepen vanuit jullie verhaal?

Respondent 4: Ja daar liften we dan in mee, maar dat gaat dan niet zozeer om geld maar om uitvoering. Wat pakken we Friesland breed op en met welke partners. En als je hebt over de middelen die de gemeente op dit moment heeft is dat alleen vanuit de vitale regio, dat op dit moment voor dit item geld heeft.

David: Ja en dat vitale regio wordt vanuit de Friesland gesubsidieerd, toch?

Respondent 4: Wij betalen zelf een deel, het SAG vanuit Achmea en stichting de Friesland, dat is niet de zorgverzekeraar maar de stichting die daar weer onder hangt. Maar de Friesland en de GGD zijn wel partners. Die werken daar ook aan mee. Die hebben ook niet zozeer middelen als in de zin van geld, maar mankracht.

David: Oke, ja dat is ook hartstikke waardevol. Je moet ergens beginnen. Nog even terug op die fysieke aanpassing; hebben jullie een beeld van fysieke aanpassingen die gedaan zouden kunnen worden om een dementievriendelijk dorp te creëren of de mogelijkheden in die fysieke aanpassingen hoe de gemeente dat zou kunnen doen. Of zijn jullie daar nog niet heel erg mee bezig geweest?

Respondent 4: Nou dat zijn we eigenlijk nog aan het onderzoek eh, wat werk en wat werkt niet. We hebben daar al wel wat dingen van op papier staan vanuit de literatuur, maar ja. Verder nog niet. We willen nu echt vanuit de vitale regio iets doen in Bolsward, omdat er geen werken waren in het gebied van de vitale regio op dit moment. Daar zijn we eigenlijk aangehaakt bij de herinrichting van Bolsward en daar gaan we kijken of we iets fysieks kunnen doen. En misschien dat we nog kunnen aanhaken bij Bolsward oost, dat is een nieuwbouwwijk die gerealiseerd gaat worden we hebben ook al gedacht 'misschien kunnen we daar ook in mee denken' want daar is het helemaal nieuw en neem je het in 1 keer mee. Maar echt concrete dingen niet. Ik weet niet of ik dat stuk naar jullie toegestuurd heb, dat weet ik niet zo goed. Een stuk van alzheimer Friesland, en dat is volgens mij wel een onderzoek van studenten. Die zijn rondjes gaan lopen met mensen met dementie in een dorp en die hebben gekeken waar lopen ze dan tegen aan. Letterlijk en figuurlijk.

David: Hmm oke, nee hebben we niet ontvangen.

Respondent 4: daar gaat het bijvoorbeeld over kruisingen, wanneer is deze wel of niet overzichtelijk. Of een putdeksel, mensen met dementie zien dat als een gat. Ze willen er dan niet langs en gaan op de weg lopen, maar dat is niet handig. Dus dan kan je beter een andere oplossingen voor die putdeksel verzinnen. Wat je vaak bij ouderen stoepen ziet, dat er een tegel met een afwijkende kleur in zit. Dat is vaak heel vervelend. Het is een onrustig beeld, kan gezien worden als gaten. Of onkruid op stoepen, dan kan het worden gezien als een grasveld. Dat zijn wel interessante dingen. En daar moeten wij misschien ook rekening mee gaan houden. Vooral die kruispunten mensen durven niet meer over te steken omdat het niet meer overzichtelijk is. Mensen gaan midden op de weg lopen omdat ze geen idee hebben waar ze moeten lopen.

David: ja dat zijn wel hele mooie inzichten

Respondent 4: ja dat vond ik ook wel een mooi stuk.

David: die zouden we ook heel graag willen inzien.

Respondent 4: ja doe ik, genoteerd

Elisa: ik heb nog 1 vraag. Respondent 3 de witte gaf gisteren aan dat het stigma op dementie een groot probleem is. Eigenlijk in heel Nederland denk ik. Zijn jullie daar ook bewust mee bezig?

Respondent 4: dat zit eigenlijk in dat Friese traject ook. Landelijk zijn er ook veel campagnes. Een paar maanden terug waren er steeds reclamefilmpjes op TV. En proberen vanuit de vitale regio ook wel

steeds informatie te geven. Van de zomer hebben we veel gedaan. Ook een stuk in de krant gezet. We proberen daar wel goed aandacht aan te besteden en de vitale regio gaan we natuurlijk de trainingen geven en dat is ook voor bewustwording van mensen. Er is ook z'n filmpje van dementievriendelijk Nederland waarin er verborgen camera's zijn en worden mensen gefilmd. Mensen lopen erlangs en doen niks, voornamelijk, ze vinden het eng of denk die is Koekkoek. En dat is wel heel mooi om die te laten zien. In de week van dementie eind september hebben we dat filmpje bv ook in de bieb laten draaien. Zo proberen we er wel iets aan te doen maar dat is natuurlijk minimaal. Wil je echt een campagne, dan zou je dat Friesland breed moeten oppakken. Die zit daar wel in, ik heb daar ook nog wel info over wat we Friesland breed zouden kunnen doen. Er staan wat quick wins in maar ook dingen die we nog moeten ontwikkelen.

David: oke interessant, mooi dat er in ieder geval op kleine schaal al iets wordt gedaan. Elke eye opener helpt wat dat betreft.

Respondent 4: ja klopt inderdaad, we zijn nog maar klein bezig ook om te kijken hoe het werkt. Maar je merkt wel dat er steeds meer belangstelling ontstaat. Er zijn ook veel meer mensen die er mee geconfronteerd worden. Dus dan wekt het ook meer belangstelling. En dan zie je het ook als ergens iets over geschreven wordt en je ziet het wordt je er al meteen getriggerd.

David: ja kan ik me voorstellen, dan heb je in ieder geval een lijntje in je achterhoofd zitten daarvoor. Ik heb nog een paar vragen. Dan is mijn lijstje ook klaar. Ik weet niet hoe bekend jullie zijn met primaire, secundaire en tertiaire preventie? Maar primaire preventie houdt eigenlijk in dat er ziekte ontstaat en er zijn best wel wat onderzoeken gedaan naar dementie om het dele te voorkomen en deels het proces minder snel te laten plaatsvinden en daarbij heb je preventie interventies voor. Maar wie is er volgens jullie verantwoordelijk voor het inzetten van die maatregelen: de wijkverpleegkundige met het wijkteam of de gemeente.

Respondent 4: Voor universele preventie dus secundaire preventie zijn we de gemeente en de GGD verantwoordelijk.

Elisa & David: Oké

Respondent 4: later in dat stadium, als je meer naar zorg en hulp gaat bij geïndiceerde preventie kom je bij de zorgverzekeraar uit. Kennen jullie het friezen preventiemodel?

Elisa: nee ik niet

David: Nee

Respondent 4: Dan zal ik die ook sturen

[Onverstaanbare reacties in combinatie met gelach]

Respondent 4: we hebben als Friesland zelf een preventiemodel opgezet. Als je het over preventie hebt kun je vaak over die primaire, secundaire en tertiaire preventie hebben en wie waar verantwoordelijk voor is, wat houdt dat in. Dat was best lastig een tijd terug en toen was er ook een landelijk preventie model gelanceerd en toen hebben wij gezegd dat we een eigen fries preventie model willen hebben. Was ik trouwens niet bij betrokken. En dat fries preventie model is net weer geüpdatet want er is ook

een Friese preventie aanpak. En die aanpak is nu weer geïntegreerd in dat Friese interventiemodel. Vandaar dat die nu weer wat geüpdatet is.

David: en speelt de wijkverpleegkundige daar een rol in of niet heel erg?

Respondent 4: Nou de wijkverpleegkundige zet je niet in bij de universele preventie. Want als de wijkverpleegkundige ergens naar toe gaat is er al iets aan de hand. Dus die gaat iets doen als er al iets aan de hand is. Maar ze kan wel tips geven waardoor een ziekteproces vertraagd; belang van goede voeding, beweging onderstrepen en mensen zelf nog dingen laten doen ipv het allemaal uit handen nemen. Dat soort dingen kan ze zeker een rol inspelen.

David: Zijn jullie bekend met het wijkverpleegkundige competentie model?

Respondent 4: Nee

David: oké want daar staat preventie in opgenomen ook een stukje universele preventie wat de wijkverpleegkundige daarin zou kunnen doen. Los van of het haalbaar is, zou daar ruimte voor zijn binnen SWF?

Respondent 4: Nee dat weet ik niet, in wat voor vorm is dat dan? En hoe bedoelen ze die primaire preventie? Is dat dan op een ander gebied dan waar ze voor komen. Ik bedoel ze zitten al tot hier in het werk, dus als daar alleen nog maar meer werk bij komt vraag ik me af of het handig is.

David: oké los van het punt of het haalbaar is, willen ze de wijkverpleegkundige een rol geven om vroegtijdig probleem mogelijkheden te signaleren en daarop in te spelen en dan kom je al weer heel snel bij die universele preventie uit. Het is misschien niet op hele grote schaal, meer op wijk/dorpsniveau maar dan heb je opzicht wel overlappingen met gemeente en GGD in dat vlak.

Respondent 4: wat ik wel zie en dat haakt daar misschien op aan. Wij hebben bij ons lokaal preventie akkoord, daar staan 5 basisvoorwaarden in en dat is gezonde leefstijl waardevolle relatie, financiële middelen, voldoende vaardigheden en gezonde omgeving. Wij willen eigenlijk dat als een wijkverpleegkundige of wat voor iemand dan ook bij iemand thuis komt voor bv steunkousen dat ze dan ook gaan kijken hoe het gaat met degene, als ze dingen zien in de omgeving of als je het hebt over die gezonde leefstijl. Er wordt best wel vaak door wijkverpleegkundige dat mensen hun tafeltje dekje spullen gewoon helemaal gevuld retour geven. Dat ze niet goed voor zichzelf zorgen, niet goed eten, dat soort dingen die signaalfunctie hebben ze wel. Zorg iemand goed voor zichzelf, hebben ze een gezonde leefstijl of hoe zit het met financiën. Je kan signalen oppikken. Of dat ze eenzaam zijn, je spreekt met iemand en die kan best wat noemen zoals 'ik zie nooit iemand' nu kan dat in deze tijden best snel voor komen maar dat ze geheel eenzaam zijn en dat zijn signalen die je wel mee moet nemen naar een vervolgd stadium en dat is een soort van preventie

David: ja eens, en dat is al wel een soort van preventie dus mooi dat dat geïntegreerd is bij gemeente Súdwest-Fryslân.

Respondent 4: Ja dat moet nog, ons preventie model is pas net vastgesteld in juli dus nu zijn we er mee bezig om dat zoveel mogelijk te integreren. Dat we niet alleen kijken naar een stukje van dat leven kijken maar veel breder. Dus dat geldt ook voor de wijkverpleegkundige.

Bijlage 10: Woordelijke transcriptie interview met Respondent 6

Doel: Kennis van dementievriendelijke dorp. Mogelijkheden tot fysieke aanpassingen.

- Bent u bekend met dementie
- Wat is uw visie op dementie?
- Bent u bekend met dementie vriendelijkheid?
- Heeft u een idee hoe dit vormgegeven kan worden
- Wordt hier überhaupt rekening mee gehouden bij het (her)inrichten van dorpen
- Wat is er allemaal mogelijk met betrekking tot dementie vriendelijkheid
- Heeft u het idee dat er behoefte is aan voorlichting over dementie vriendelijkheid?

Eventuele vragen:

- Wat is uw kennis ten aanzien van dementie?
- Bent u bekend met het begrip dementievriendelijk leefomgeving?
- Hoe zou dementievriendelijkheid een rol kunnen spelen binnen uw afdeling op het gemeentehuis?
- Wordt er bij het bouwen van nieuwe gebouwen of het aanpassen van bestaande gebouwen rekening gehouden met dementie vriendelijkheid of ouderen vriendelijk?
- Hoe zou hier meer rekening mee kunnen worden gehouden?
- Weet u iets over fysieke aanpassingsmogelijkheden om een omgeving/ruimte dementievriendelijk te maken?
- Wordt er überhaupt rekening gehouden met dementievriendelijke bij het (her)inrichten van dorpen?
- Zou uw afdeling belang kunnen hebben bij dit onderzoek?

Woordelijke transcriptie interview respondent 4 en respondent 6

Afnamen interview: 26 november, 10:00

Aanwezig: Elisa de Jonge, David Damstra, respondent 6: Beleidsmedewerker afdeling Ruimtelijk Ordening

Doel: in kaart brengen wat er bekend is over een dementievriendelijk omgeving en hoe de fysieke inrichting van een dorp binnen het kader van dementievriendelijkheid geplaatst kan worden.

Elisa: zullen we dan maar beginnen met het interview?

Respondent 6: Ja is prima.

Elisa: Je zei net al dat erin Koudum huize zijn gesloopt, en dat daar nieuwe huizen voor terug geplaatst zullen worden. Wordt daarin rekening gehouden met dementie of ouderen mensen?

Respondent 6: Nee. In de woningen zelf weet ik niet, maar het is een woningbouwcomplex van de woningbouwcoöperatie voor de sociale verhuurder en ik geloof niet dat de woning typisch niet specifiek voor ouderen zijn bedoeld. Maar het kan wel zijn dat er in de woning voorzieningen komen die specifiek zijn voor ouderen, maar goed dat is de binnen kant van de woning en daar bemoeien wij ons niet mee. Maar in de manier waarop de woningen terug worden gebouwd, hoe we ze neer zetten, hoe het gebied er omheen wordt ingericht. Daar is dementievriendelijk maken van de gemeentes nog niet een issue in

de gemeente SWF. Ik heb niet het idee dat erin gemeenteland breed heel veel rekening mee wordt gehouden.

Elisa: denk je dat als dementie steeds groter probleem wordt en er komen steeds meer mensen met dementie bij de komende jaren, dat er uiteindelijk wel rekening mee wordt gehouden in de bouw van huizen of hoe het dorp eruitziet?

Respondent 6: Ja ik denk het wel, qua huizen is het natuurlijk aan de opdrachtgever. Degene die de huizen bouwt, voor welke doelgroep bouwt die. Als gemeente zorgen we ervoor hoe de woningen in de omgeving komen te staan, dat is de taak van een gemeente. Ik denk wel dat het in de toekomst beter gaat worden, ik weet niet of je mee hebt gekregen dat er in gemeenteland een wetswijziging aan zit te komen. We krijgen te maken met de omgevingswet, deze wet heeft ook het begrip gezondheid als belangrijke pijler. We moeten dus als gemeente veel meer het maken van plannen voor de omgeving rekening houden met gezondheid. Dan gaat het om vooral om hoe zorg je voor voldoende fiets of wandel voorzieningen, sportvoorzieningen. Dat vinden we belangrijk om te kijken waar je een spotpark neer legt en hoe deze bereikbaar is, heeft heel erg met gezondheid te maken. We zijn nu kort gelden als gemeente SWF op de hoogte gebracht over het dementievriendelijk maken van de omgeving. Op dit moment is er ook een pilot bezig vanuit de GGD, dat heeft voor ons/mij/de hele organisatie de ogen geopend. Dementie neemt flink toe en ik heb ook de cijfers gehoord vanuit de toelichting van de GGD en eigenlijk is het heel gek dat je als gemeente daar nu nog niet rekening mee houdt, ik denk dat als de omgevingswet zo meteen in werking gaat treden, gezondheid een belangrijk issue is dat het in de toekomst wel veel meer aandacht zou krijgen

David: wat dat betreft hebben jullie een ruime stijging van 100% qua dementeerde binnen 30 jaar. Dus 1700 naar 3400 is best wel een toename

Respondent 6: Ja.

David: maar wat voor informatie hebben jullie vanuit die pilot gekregen over dementie of dementievriendelijk?

Respondent 6; Ik heb zonet even wat bestanden opgezocht om te kijken waar we het over hadden, er zijn wat onderzoeken geweest. Ik niet precies de herkomst van deze onderzoeken. Dit is een samenvatting van de website mensenmetdementiegroningen.nl en ik heb ook een aardig rapport gekregen over dementievriendelijk openbare ruimtes van Saxion. Dat is een hogeschool volgens mij?

David en Elisa: Ja Deventer.

Respondent 6: daar is een onderzoek geweest naar dementievriendelijk openbare ruimtes. Dat soort gegevens hebben we via die pilot toegespeeld gekregen. Nou Ja die heeft het vooral in ieder geval heel inzichtelijk gemaakt naar wat er speelt in openbare ruimtes. Waar je rekening mee moet houden, op zich vond ik het best wel confronteren. Want wat bij openbare ruimtes de laatste tijd wel heel erg een issue is de laatste jaren is het shared space idee. Ik weet niet of dat je dat iets zegt wat voorheen nog wel heel erg zag dat je gebruikers heel erg gescheiden, je al dat verkeersweg. Dan heb je een strook waar de auto's rijden daarnaast heb je een strook voor de fietsers en daar weer naast heb je een strook voor de wandelaars. Maar wat de laatste tijd is veel meer gebeurt is dat je shared space maakt dus een gedeelde ruimte waarin al die weggebruikers dus die automobilisten en fietsers van dezelfde ruimtegebruik moeten maken. Je gaat niet meer in de openbare ruimte de boel scheidt, maar je maakt

allemaal gebruik van die shared ruimte. Zo richt je het ook in. er zitten we wat gradaties in, maar het is vaak gewoon 1 groot vlak waarin iedereen zich mag redden. De achterliggende gedachte is dat het er mooier uit ziet, je krijgt een rustige openbare ruimte. Niet een stukje asfalt, stoeptegels en weer een andere kleur asfalt en dan weer een stukje groen. Met allemaal verkeerslichten een voorsorteer vakken op de rij ruimte. Het is gewoon 1 grote ruimte het beeld is vaak veel rustiger en mooier en de achterliggende gedachten van verkeer is dat mensen veel meer gaan opletten. Je komt nu in een voorsorteer vak, je gaat daarin staan, je wacht tot je groen licht krijgt en gaat verder. Je let dan niet op wat andere mensen doen, maar als die begeleiding er niet meer is door middel van stoplichten, scheidingen vakken enz. ga je veel meer opletten. Je moet goed opletten of er iets van rechts komt, de attentie is veel hoger vanuit de verkeersdeelnemers. Dat wordt enorm gestimuleerd de laatste tijd. Landschap architecten die de laatste tijd de openbare ruimte vormgeven maken daar ook heel erg gebruik van. Je zit in openbare ruimtes dat op die manier de ruimte veel meer wordt ingericht. Ne begreep ik vanuit het onderzoek/pilot dat dit soort ruimtes voor mensen met dementie ontzettend lastig is.

Elisa: Ja

Respondent 6: nou dat vond ik best wel een eye opener. Want in gemeenteland lopen we allemaal achter die shared space gedachten aan en vanuit goede principes en dat onderscheid ik ook nog steeds, maar je moet wel goed opletten wat dat doet met gebruikers die deze problematiek hebben. Dus daar is nog wel een weg in te gaan.

David: mooie beeldspraak.

Elisa: Ja dat is inderdaad bij mijn in de stad ook en uit eigen ervaring vind ik het heel chaotisch, dus als ik het chaotisch vind dat iemand met dementie het helemaal heel slecht overzichtelijk vindt en dat het dan ook gevaarlijk wordt. Het is voor hun al heel lastig om te bepalen wat weg en voetpad is, waar ze moeten lopen en dan kan het ook zomaar zijn dat ze voor de auto stappen. Omdat ze het niet meer overzien. Je moet gebruik maken van veel meer ingewikkelde hersenfuncties om daar van alles in te overzien. Je krijgt dus heel veel prikkels binnen en kan me voorstellen dat het voor hun heel lastig is om gebruik te maken van zo'n ruimte.

Respondent 6: Ja, zeker.

Elisa: veel prikkels ook lijkt me, er gebeurt zoveel om je heen wat je moet verwerken. Dat maakt het gewoon lastig. Ik denk dat het voor ouderen zonder dementie ook al lastig zou zijn om het op tijd te verwerken.

Respondent 6: ik denk met name ook dat ouderen die verder wel gezond zijn, dat het best lastig is hoe je gebruik moet maken van de openbare ruimte als het steeds anders wordt ingericht.

David: Ja ook als het steeds veranderd. Althans ik weet niet of shared space van de laatste jaren is, of dat het al 10 talen jaren bestaat. Maar vaak zie je wel dat als er nieuwe model komt alles weer op de kop gaat.

Respondent 6: Ja dat is natuurlijk zo, veranderingen zijn altijd wel lastig als je ouder wordt. Denk ik

David: Ja ik denk het wel zeker. Even een verdiepende vraag. Je zei zelf dat die shared space voor jou best een eye opener is geweest, maar heeft dat voor jou en je collega's ook voor gezorgd dat je veel bewuster bent bij het vormgeven van de openbare ruimte? Of nog niet echt heel erg?

Respondent 6: Ja juist wel, het is lastig om dat binnen een organisatie voor elkaar krijgen dat het wel een item wordt, dat moet nu nog vorm krijgen. Dat is best lastig. zn organisatie is een groot apparaat en er zijn natuurlijk verschillende procedures hoe plannen tot stand komen. En hoe zorg je ervoor dat dit structuur mee genomen worden in je vormgeven. We zijn pas kort gelden geconfronteerd met die pilot dus het begint nu een beetje onder onze aandacht te komen. We zijn bijvoorbeeld in Bolsward een nieuwe woonwijk aan het bouwen, daar hebben we een stedenbouwkundig bureau opdracht voor gegeven om daar een plan voor te komen en dat geldt voor alle plannen wie we maken. Het is normaal zo dat de concept plannen, hoe de buurt vorm krijgt. Dat het bij verschillende disciplines langs gaat, zoals de reinigingsdienst en de mensen van groen en die vinden daar wat van. Of het uitkomt ja of nee binnen hun vak gebeid. Maar er is nog nooit z'n conceptplan langs een discipline gegaan die zich afvraagt hoe dementievriendelijk een omgeving is. Eigenlijk zou je mensen die er verstand van hebben 'wanneer is een ruimte dementievriendelijk' die zou je z'n concept plan ook moeten toe sturen. Kijk vanuit zijn discipline wat gaat hier goed en wat niet. Dat is bij onze gemeente nog nooit gebeurt. Het lijkt mij heel simpel om die discipline ook in de vaste adviseer carrousel mee te nemen om vanuit die discipline te gaan toetsten of het voelde is ja of nee. Daarmee is niet gezegd dat de hele ruimte dementievriendelijk wordt ingericht maar het is een kwestie van geven en nemen. Hier kan het wel en daar kan het niet. Je bent er dan wel veel bewuster mee bezig in ieder geval. De ergste dingen zou je er dan uit kunnen halen.

David: Ja zo heb ik er nog nooit naar gekeken, maar ik weet ook niet hoe een gemeente vanbinnen werkt. Dus dit is wel een leuke inkijk.

Respondent 6: ja maar op zich klinkt het ook vrij logisch, er worden verschillende vakdiscipline geraadpleegd. Mensen die met reiniging bezig zijn, met groen, verkeer. Er wordt dan ook al altijd getoetst of het plan klopt. Er zijn verschillende disciplines die het plan beoordelen en het lijkt mij heel simpel om ook het gezondheidsaspect daarbij te betrekken. Daar moeten we nog wel een slag je in maken.

David: ik ga er even op door, door wie zou z'n discipline ingevuld moeten worden? Een gemeenteambtenaar of iemand uit de gezondheidszorg?

Respondent 6: in ieder geval mensen die er inhoudelijk verstand van hebben. Dat kan ook een externe partij zijn, er zijn ook genoeg externe adviseur die we raadplegen bij het maken van plannen

David: Oke en zou het bijvoorbeeld ook een wijkverpleegkundige of een casemanager kunnen zijn?

Respondent 6: ja waarom niet? In principe maakt het niet zoveel uit het gaat er om dat je de deskundigheid raadpleegt en dan is het maar net hoe je die deskundigheid gaat organiseren. Wij hebben nu die pilot op dit gebied, die wordt gedraaid met mensen vanuit de GGD heb ik begrepen. Ik kan me voorstellen dat je bij het maken van zulk soort plannen een conceptplan naar de GGD stuurt en vraagt of ze die kunnen beoordelen op demetie vriendelijkheid. Maar dan is het maar net welke deskundigheid de GGD op dat moment bij elkaar kan brengen om daar iets zinnig van te zeggen. Het kan ook zijn dat de GGD het uitbested, of dat er bij de GGD-disciplines zitten die dat gaan doen. De deskundigheid zit op dit moment niet bij gemeenten volgens mij.

Elisa: ja dementievriendelijk omgevingen is ook nog heel nieuw en er wordt ook nog heel veel onderzoek naar gedaan uit de overheid. Het slaat allemaal nog een beetje in de kinderschoen, dus dat maakt het ook lastig omdat er nog niet voldoende onderzoeken zijn gedaan naar wat er nou precies nodig is voor een dementievriendelijk omgeving. Dus hopelijk komen ze snel met allemaal nieuwe resultaten uit onderzoeken. En wordt het daarna ook makkelijk om het toe te passen.

David: Zou jullie afdeling belang hebben naar het onderzoek dat wij doen over een dementievriendelijk leefomgeving.

Respondent 6: ja natuurlijk! Ik denk dat jullie resultaten pure winst zijn. Het onderwerp is vrij nieuw, dus alles wat je erover te weten komt is mooi meegenomen.

Bijlage 11: Interventies voor de fysieke omgeving

Uit onderzoek blijkt dat er een aantal aanpassingen kunnen worden gedaan in het dorp, waardoor het dorp dementievriendelijker is ingericht (Mitchell & Burton, 2010).

1. Kleine blokjes op een onregelmatig raster met minimale kruispunten, verschillende lengtes, ongecompliceerde kruisingen en versprongen gevorkte en T-kruisingen in plaats van kruispunten.
2. Hiërarchie van bekende soorten straten, dit inclusief winkelstraten en straten in de woonwijk. Dit is belangrijk voor de herkenning en voorkomt desoriëntatie.
3. Kronkelende straten, dit vanwege de leesbaarheid van de straten voor de dementerende.
4. Variatie in vorm van gebouwen en architectuur, dit vanwege het onderscheidend vermogen.
5. Toepassingen op het verbeteren van de bereikbaarheid en bruikbaarheid van de open(bare) ruimte en voorzieningen. Dit houdt ook in dat belangrijke winkels/organisaties dichterbij de dorpskern liggen. De voordeuren zitten ook allemaal aan de voorzijde van het gebouw richting de dorpskern (zie bijlage 12 voor de afbeelding).
6. Bufferzones tussen drukke wegen en voetpaden, zoals bomen of een berm. Dit vanwege de veiligheid en het comfort van het dorp.
7. Gebouwen en faciliteiten zijn ontworpen om gebruik te weerspiegelen. Dit zodat de dementerende het herkent en zodat ze het begrijpen.
8. Duidelijk aangegeven waar de ingang van gebouwen zijn, zodat het herkenbaar en toegankelijk is voor de dementerende.
9. Oriëntatiepunten en visuele aanwijzingen om de leesbaarheid en het onderscheidend vermogen te bevorderen. Dit door historische, openbare en karakteristieke gebouwen en structuren. Bezienswaardigheden en activiteiten zoals natuur. En als laatste praktische, vertrouwde en begrijpelijke kenmerken in ontwerpen.
10. Onderscheidende kenmerken zodat het beter te begrijpen is voor de dementerende.
11. Brede, gladde, platte antislip voetpaden. Denk hierbij ook aan gescheiden fietspaden, schoon en goed onderhoud, duidelijk en niet-reflecterend, duidelijke kleuren en textuurcontrast met muren en verkeer remmende maatregelen.
12. Oversteekplaatsen voor voetgangers met hoorbare en visuele signalen.
13. Zoveel mogelijk alles op gelijke hoogte/niveau. Kies bij voorkeur voor zachte hellingen i.p.v. voor trappen, trappen met leuningen en antislip treden en opritten duidelijk markeren en goed verlichten
14. Duidelijke borden door het hele dorp. Minimale tekens die eenvoudig essentiële en ondubbelzinnige informatie, richtingborden op enkele wijzers, locatieborden voor primaire diensten loodrecht op de muur aangegeven, grote realistische afbeeldingen in heldere kleuren met contrast op de achtergrond met donkere letters op een lichte achtergrond, niet verblindende verlichting.
15. Stevige openbare zitplaatsen met rug- en armleuning op elke 100-125 m bij voorkeur met materialen zoals hout.
16. Afgesloten bushokjes met zitplaatsen
17. Voldoende toiletten op de begane grond, vrij toegankelijk, vanwege het comfort.

Bijlage 12: Dorpsanalyse

In deze bijlage vindt u de dorp analyse die is verricht. Door middel van foto's zal er aangegeven worden wat er anders zou kunnen aan het straatbeeld Dit zijn de bevindingen en interpretaties van de onderzoekers, gebaseerd op de kennis die vergaard is uit de literatuurstudie.



Foto 1: In deze foto heeft de goot een andere kleur dan de straat. Dit onoverzichtelijk voor mensen met dementie. Daarnaast bestaat de goot uit kinderkopjes wat moeilijk toegankelijk is voor rollators. Deze weg is een van de toegangswegen naar de kerk.



Foto 2: De bocht is onoverzichtelijk, men kan niet zien wat voor verkeer eraan komt. Daarnaast moet hier overgestoken worden omdat de stoep aan de rechterzijde stopt en aan de linker zijde van de straat verder gaat. Teven is de stoep erg smal.



Foto 3: In dit beeld staan in totaal zeven verschillende staartborden, dit maakt de wegbewijzing erg onduidelijk. Daarnaast is de stoep wel breed maar is er te veel mos begroeiing tussen de tegels.



Foto 4: De weg is wordt onduidelijk door er twee cirkels in de bestrating zijn gemaakt die lijken op een rotonde maar dit niet zijn. Daarnaast is scheiding tussen de weg en de stoep niet duidelijk en zijn er verschillende soorten materialen gebruik zoals bakstenen en afvalt en zijn er in totaal zes verschillende kleuren wegbedekking gebruikt.



Foto 5: Er wordt in de bestrating drie verschillende kleuren stenen gebruikt. Wat zorgt over onduidelijkheid.



Foto 6: De stoep is te smal, waarbij je elkaar niet kan passeren. Daarnaast is de op/afrit niet passend bij de bestrating van de stoep. Dit geeft een onduidelijk beeld.



Foto 7: Tussen de tegels zit te veel mos begroeiing, dit kan er voor een persoon met dementie uit zien als een grasveld. Ook is in deze foto wederom te zien dat er gebruik wordt gemaakt van verschillende soorten tegels. Mits de mos weg is de scheiding tussen stoep en de weg wel duidelijk.



Foto 8: Chaotisch straatbeeld. Groenbed is niet duidelijk. Wederom wordt er gebruik gemaakt van verschillende soorten tegels.



Foto 9: Het bord waarop staat beschreven dat dit een tandarts is staat op oog hoogte dit is goed. Echter is er een stoep die ouderen met dementie makkelijk over het hoofd kunnen zien en het risico op valgevaar vergroot.



Foto 10: Dit bankje is niet goed herkenbaar voor ouderen met dementie en zou er beter uit kunnen zien als een 'typisch' houten bankje.