# Verslag OPD

Datum: 24/11/2016 13.30 tot 16.30 uur

Thema: Diagnostiek locatie: Oud Gasthuis Herentals

Aanwezig:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beenens | Patricia | Coördinator Kwaliteit en Organisatie Referentieverpleegkundige dementie | WZC Parel der Kempen |
| Beylemans | Nathalie | Ergotherapeut / referentiepersoon dementie | WZC Op Haanven |
| De Ceulaer | Kristoff | Stafmedewerker | Thuiszorg Kempen |
| De Ceulaer | Lieve | Zorgcoördinator | LDC TerHarte |
| De Quint | Annika | Hoofdverpleegkundige | WZC Annadal |
| De Vos | Isabelle | Sociale dienst | H. Hartziekenhuis Mol |
| Erkens | Sem | Stafmedewerker | SEL Kempen |
| Everaer | Sabine | Stagiaire Sociale dienst | WZC Home OLV v/d kempen |
| Perez | Gina | Hoofdverpleegkundige | WZC Vlaspand |
| Lathouwers | Liesbeth | Maatschappelijk werker | Lokaal bestuur Olen, Sociale Hulp- en Dienstverlening |
| Leppens | Jenny | Zelfstandig thuisverpleegkundige | Kring zuiderkempen |
| Lievens | Mieke | Maatschappelijk assistente thuiszorg - zorgcoördinator - referentiepersoon dementie | Sowel |
| Pauwels | Mathias | Stagiaire Sociale dienst | H. Hartziekenhuis Mol |
| Peeters | Annick | Coördinator NOAH Sectorverantwoordelijke | Familiehulp vzw |
| Peeters | Lise | Referentieverpleegkundige dementie | WZC De Hoge Heide |
| Philipsen | Rob | verantwoordelijke welzijnsoverleg | Alzheimer Liga regio Mol |
| Somers | Marjolijn | Coördinator dagopvang NOAH | Familiehulp vzw |
| Stevens | Sabine | Hoofdverpleegkundige | WZC Den brem |
| Van Aerschot | Rudy | Referentieverpleegkundige dementie | WZC Sint-Barbara |
| Van Aert | Josée | Voorzitter | OCMW Merksplas |
| Van Bergen | Nele | Stagiaire | OCMW Hoogstraten |
| Van Hoof | Jacqueline | Sociale dienst | WZC Home OLV v/d kempen |
| Van Kerckhoven | Karen | Sectorverantwoordelijke | Familiehulp vzw |
| Vandenbergh | Lien | Coördinator opnamebeleid | OCMW Hoogstraten |
| Vangeel | Tinneke | Coördinator | Landelijke Thuiszorg |
| Caers | Ria | Dementie-expert | ECD Tandem |
| Aerts | Liesbeth | medewerker Tandem | ECD Tandem |
| Delespaul | Jean | huisart - voorzitter - panellid | VHKZ SEL Kempen |
| Weyts | Jos | huisarts - panellid | VHKZ |
| Corremans | Veerle | directeur - panellid | WZC Aquamarijn |
| Meeus | Rina | divisie ouderen - panellid | OPZ Geel |
| Costermans | Eveline | sociale dienst - panellid | AZ Turnhout |
| Van Looy | Geertje | logopedist - panellid | AZ Herentals |
| Aerts | Fabienne | stagiaire | OCMW Westerlo |
| Gesp | Sigrid | Maatschappelijk werk | CM |
| Joris | Marleen | Senioren en zorgconsulente | OCMW Dessel |
| Van Genechten | Anita | Maatschappelijk assistente | OCMW Dessel |
| Van Ingelhom | Kirsten | Dienst maatschappelijk werk | Vlaams en neutraal ziekenfonds |
| Wuyts | Wendell | Regioverantwoordelijke (Herselt) | Landelijke Thuiszorg |
| Van Eynde | Liesbeth | Coördinator | ECD Tandem |
| **verontschuldigd** | | | |
| Ganseman | Kathleen | Centrumleider | LDC Komie Geire |
| Plessers | Wendy | maatschappelijk werk | OCMW Mol |
| Vrydag | Dany | voorzitter Familiegroep dementie regio Herentals | Alzheimer Liga Vlaanderen |
| Mateusen | Anne | Referentiepersoon dementie | WZC Onze Lieve vrouw |
| Bruneel | Ann | Medewerker bezoekersproject | OCMW Herentals |
| Hannes | Guy | Coördinator | PNAT |
| Luyckx | May | Seniorenconsulente | Sociaal Huis Geel |
| Peeters | Marijke | Sociale dienst | WZC Parel der Kempen |

1. **Welkom, toelichting agenda**

Voorstelling Sem Erkens (SEL)

Vermelding poging tot gerontoloog of neuroloog te verwelkomen op dit OPD, (thema diagnostiek) niet gelukt.

1. Inleiding (door Liesbeth Van Eynde)

* prevalentie: Het berekenen van een prevalentiecijfer is vaak een schatting, omdat er geen centraal register is. Het gevolg hiervan is vaak een onderschatting van het aantal personen met dementie. Velen krijgen geen diagnose of soms zelfs een foute diagnose (door een verwarring met psychiatrische stoornissen)
* diagnosestelling; Het stellen van een diagnose dementie is niet gemakkelijk, omdat dementie een koepelterm is die voor veel verschillende types van dementie staat. Alsook toont deze ziekte zich bij elke persoon op een andere manier en staan er andere problemen op de voorgrond.
* Vervolgens worden enkele filmpjes getoond van personen met dementie en mantelzorgers.
  + We tonen een vrouw (Viviane) die erg bezig is met haar diagnose. Het is een lange weg geweest om erachter te komen wat er aan de hand is. Nu ze eindelijk weet vanwaar de problemen komen, vraagt ze zich af wat er komen gaat.
  + Een man is zich helemaal niet bewust van de problemen die zijn omgeving merkt. Er is volgens hem niets aan de hand.
  + Een mantelzorger vertelt over haar moeder die essentiële dingen vergeet. Mevrouw vergeet haar insuline mee te nemen terwijl ze zich verschillende keren per dag moet inspuiten. Ze weet niet meer welk seizoen het is en neemt in de winter bijvoorbeeld geen handschoenen mee. Ze geeft aan dat haar vader deze problemen lang heeft kunnen verhullen, door de taken van de moeder over te nemen.
  + Een man vertelt over zijn partner die aan Alzheimer leidt. Hij legt de nadruk op het moeilijke onderscheid tussen de normale veroudering en een beginnend dementieel proces. Hij vertelt dat het bij hem een aantal jaar duurde voor hij doorhad dat er toch iets meer aan de hand was met zijn vrouw dan de normale ouderdomsvergeetachtigheid. Hij geeft aan dat wanneer men het ’wat’ en ‘wanneer’ vergeet, er duidelijk wordt dat er iets aan de hand is.
  + Bron: [www.omgaanmetdementie.be](http://www.omgaanmetdementie.be)

1. Uitwisseling in kleine groepjes aan de hand van een specifieke vraag/groepje (5 à 6 personen) (door Liesbeth Aerts). Ze wisselden uit over de vraag. Elke groep kreeg een andere vraag.
2. Wat is het belang van diagnose? Waarom is een diagnose nodig? Wanneer is een diagnose niet nuttig?
3. Een familie van een mevrouw van 83 jaar merkt dat mevrouw problemen heeft met het regelen van de huishoudelijke taken. Maar ook op andere vlakken merkt de familie dat alles niet meer zo vlot verloopt als vroeger. De familie vraagt zich af of het nuttig is mevrouw mee te nemen voor diagnose. De familie heeft namelijk bij de grootmoeder en moeder net hetzelfde gezien en ze weten dus dat mevrouw aan dementie lijdt. Wat zou hier het belang van een diagnose kunnen zijn? Waarom is een diagnose in dit geval nodig? Is een diagnose hier überhaupt wel nodig?
4. Wanneer is de tijd rijp om verdere onderzoeken te ondergaan? Wanneer is een diagnose tijdig? Wanneer moet er doorverwezen worden? Is het tijd voor verdere stappen als de familie merkt dat het niet meer lukt of is het pas tijd als de persoon zelf aangeeft dat er moeilijkheden zijn?
5. Wat is het nut van vroegdiagnose? In het lichaam bevinden zich biomarkers. Deze stoffen geven een aanwijzing voor de toekomst. Men heeft biomarkers gevonden voor dementie. Je weet dus al op voorhand dat je een verhoogde kans hebt om een dementie te ontwikkelen. Wat vinden jullie van het gebruik van deze biomarkers? Welk effect kan dit hebben?

Ook de panelleden kregen een vraag om over uit te wisselen:Wat is het effect van een diagnose op het financiële aspect?

Verder kregen de groepjes nog een tweede vraag waarover ze kunnen nadenken. Deze vraag werd niet meer besproken in de algemene groep.Wat kan jouw rol als hulpverlener zijn in het diagnoseproces. Wat kan je zelf doen?

1. Bespreking van de vragen in de algemene groep, elk groepje bespreekt één belangrijk aspect dat voorkwam in de discussie. (door Liesbeth Aerts - Noteren op flap)
2. Het nut van een diagnose
   * De groep concludeerde dat een diagnose nuttig kan zijn omdat het rust kan brengen. Het schept duidelijkheid, geeft een toekomstperspectief. Het zorgt ervoor dat personen vroeg kunnen beginnen met het afstemmen van de hulp die ze mogelijk in de toekomst nodig gaan hebben. Ze geven aan dat een reden om geen diagnose te willen, angst is. Verder zouden ze geen diagnose willen omdat dan het toekomstperspectief wegvalt.
3. Het nut van diagnose, met nadruk op het belang van de context. (Context: Een familie van een mevrouw van 83 jaar merkt dat mevrouw problemen heeft met het regelen van de huishoudelijke taken. Maar ook op andere vlakken merkt de familie dat alles niet meer zo vlot verloopt als vroeger. De familie vraagt zich af of het nuttig is mevrouw mee te nemen voor diagnose. De familie heeft namelijk bij de grootmoeder en moeder net hetzelfde gezien en ze weten dus dat mevrouw aan dementie lijdt. Wat zou hier het belang van een diagnose kunnen zijn? Waarom is een diagnose in dit geval nodig? Is een diagnose hier überhaupt wel nodig?)
   * Een context is zeer belangrijk. Ze geven gelijkaardige redenen aan dan de vorige groep om wel of geen diagnose te willen. Verder kan het krijgen van een diagnose een bevestiging zijn van het vermoeden. De soort dementie kan wel bepaald worden, waardoor de gepaste hulp sneller kan worden aangeboden. De vraag blijft natuurlijk of een persoon dit wil weten, dit is erg persoonsgebonden.
4. tijdigheid diagnose
   * Deze vraag werd besproken door twee groepen. Ze besluiten dat het aspect van ziekte-inzicht erg belangrijk is, zowel van de omgeving als de persoon zelf. Het proces kan al lang bezig zijn voor iemand opmerkt dat er iets misgaat. De mantelzorgers kunnen aan de persoon aangeven dat ze merken dat er moeilijkheden zijn, maar anderzijds kunnen ook zij dit ontkennen. Wanneer er bij een persoon met dementie een diagnose wordt gesteld, kan dit een opluchting zijn. Het kan ook weerstand oproepen, omdat een persoon het niet wil weten. Er blijft nog altijd het recht op niet-weten. Ze geven aan dat wanneer er een tijdige diagnose wordt gesteld de vroegtijdige zorgplanning al kan worden opgestart. Een diagnose kan ook erg nuttig zijn om de spanningen binnen de familie te verminderen.
5. Vroegdiagnose ( gebruik van biomarkers)
   * Ook deze vraag werd besproken door twee groepen. Zij kwamen tot de conclusie dat deze vroegdiagnose handig kan zijn, om tijdig de zorg ende begeleiding te kunnen regelen. Alsook kan dit voor veiligheid zorgen. Het weten dat je verhoogde waarden hebt, kan een geruststelling zijn voor jezelf en voor de omgeving. Wanneer men dit op voorhand weet kan dit de conflicten beperken, omdat men weet vanwaar een gedrag komt. Verder kan kennis errond de bespreekbaarheid vergroten en het taboe verkleinen.
   * Een belangrijke vraag is of je het wel wil weten. Er is altijd een erfelijke component aanwezig. Want dit brengt door veel emoties mee, kan een gevoel geven van de werkelijkheid niet meer aan te kunnen. Hoe je omgaat met deze kennis is zeer persoonsgebonden. Verder is een andere belangrijke indicator of er al indicaties zijn en welke risico’s verbonden zijn met het onderzoek naar deze biomarker.
   * De groepen geven aan dat wanneer er medicatie zou zijn, men het wel zou willen weten, omdat je er dan iets aan kan doen.
   * Wil je het resultaat wel weten?
   * Is het nuttig om dit onderzoek te doen? Is dit enkel interessant voor de wetenschap? Welke ethische vragen kunne erbij gesteld worden.
6. Korte voorstelling panelleden (RIA)

**Dr. Jean DELESPAUL** huisarts, Mol

**Dr. Jos WEYTS** huisarts, Westerlo

**Rina MEEUS** psycho-diagnosticus divisie ouderen, OPZ Geel

**Geertje VAN LOOY** logopediste AZ Sint- Elisabeth, Herentals

**Eveline COSTERMANS** maatschappelijk werk AZ Turnhout

**Veerle CORREMANS** master *Gerontology ,* directrice WZC Aquamarijn Kasterlee

+ terugkoppeling van de aandachtspunten uit de groepjes (door Ria)

1. Voorstellen eigen rol + **vragenronde** (RIA en panel)
2. FILMPJES: getuigenissen dokters

Façadegedrag komt vaak voor. Wanneer een arts altijd op hetzelfde moment langskomt, kunnen personen ervoor zorgen dat de moeilijkheden die ze ervaren niet opvallen.

Vaak is het moeilijk voor personen die erg dicht bij de persoon staan om de veranderingen op te merken. ook bij een huisarts kan dit zo zijn, omdat hij de patiënt van nabij volgt en de problemen geleidelijk aan de kop opsteken.

* **Huisartsen: dr Jean Delespaul, Jos Weyts** 
  + Slechts 3x per jaar kunnen huisartsen de diagnose stellen van dementie (op ongeveer een groep van 2500 personen). Bovendien tonen personen met dementie (of beginnende dementie) vaak façadegedrag. Dit is moeilijk voor huisartsen om te doorprikken tijdens een standaard consultatie of huisbezoek. Personen met dementie zijn veelal in staat tijdens dit kort bezoek zich sterk te houden.
  + Het stellen van de eerste vraagtekens dient niet alleen te gebeuren door de huisarts. Ook andere hulpverleners moeten aandacht hebben voor de signalen (bv.: verpleegkundigen of verzorgers aan huis brengen veelal meer tijd door met de oudere in kwestie en kunnen dan ook veelal een betere inschatting maken van de situatie). Het is belangrijk dat in geval van vermoedens dit aan alle spelers binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt doorgespeeld. De communicatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is vaak nog ondermaats.
  + We verwijzen door in het geval van zorgnood (dit wordt vaak aangegeven door de mantelzorgers en de professionele hulpverleners, en niet door de persoon met dementie zelf, omdat het ziekte-inzicht ontbreekt)
  + Het is belangrijk dat de personen met dementie en de mantelzorgers weten wat hen te wachten staat wanneer ze worden doorverwezen en wat de gevolgen kunnen zijn. De huisartsen in het panel geven aan dat de huisarts hierin wel eens faalt. Het is ook belangrijk dat wordt benadrukt dat de persoon met dementie best niet alleen naar het ziekenhuis gaat voor een diagnosestelling. Het belang van steun, bescherming, bemoediging, is duidelijk aanwezig. Bovendien belemmert dit de informatiedeling.
  + De boodschap van de diagnose moet direct duidelijk zijn en helder worden meegedeeld aan de persoon met dementie en de mantelzorgers. Het is niet aanvaardbaar wanneer dit blijft aanslepen. De diagnose moet zo snel mogelijk na het vaststellen van de resultaten worden verteld aan de persoon met dementie en de mantelzorgers. De boodschap moet herhaald worden, aangezien personen meerdere fasen van verwerking doorlopen (ontkenning, woede, …).
  + Slecht nieuws gesprekken moeten worden voorbereid.
  + De diagnosestelling houdt nog te vaak zinnen in als ‘dit gaat niet meer lukken’ en ‘hier is voorzichtigheid nodig’. Dit is niet aanvaardbaar. We moeten de thuissituatie van de persoon met dementie in acht houden wanneer we nadenken over het zorgplan (bv.: de draagkracht van de mantelzorger).
  + Personen met dementie hebben niet steeds direct vragen na het horen van de diagnosestelling dementie. We moeten hen de mogelijkheid geven om op een later punt vragen te stellen. Het belang van non verbale communicatie wordt hier ook aangehaald. De artsen geven aan dat ze slechts weinig echt zelf de diagnose kunnen stellen ( 3 op 2500 patiënten). Wanneer ze een MMSE willen afnemen, doen ze dit vaak op een verborgen manier, waardoor er vragen kunnen gesteld worden over de betrouwbaarheid van de afname.
* **MDO:**

In het ziekenhuis van Mol kom je als patiënt ’s morgens nuchter binnen. Er wordt een bloedonderzoek gedaan, om andere oorzaken uit te sluiten ( zoals Vitamine B tekort). Verder wordt er een scan genomen van de hersenen, ter differentiaal diagnose en om te kijken of er eventueel een tumor aanwezig is. Bij de psycholoog wordt de MMSE afgenomen, alsook wat psychodiagnostische testen. bij de ergotherapeut wordt gekeken naar de ADL en de IADL. Wanneer er een mantelzorger mee is gekomen, wordt er ook een hetero-anamnese afgenomen, om deze resultaten te vergelijken met de antwoorden van de patiënt zelf.

De geriater heeft op deze dag slechts een beperkte rol. Er wordt opgemerkt dat er vaak nog schroom is om de diagnose te vertellen. de vraag is of mensen meteen begrijpen wat deze diagnose betekend. In Mol opteren ze ervoor om dit door de huisarts te laten meedelen. Ook omdat er grote wachttijden zijn bij de neuroloog ( 2-3 maand). De sociale werker van de dienst geeft informatie mee, als ook haar kaartje zodat mensen achteraf nog contact kunnen opnemen.

In het ziekenhuis van Turnhout komen mensen op consultatie in het dagziekenhuis. Standaard komen zij hierbij in contact met de sociale dienst. De ergotherapeute neemt een MMSE af en ook de IADL. Verder ook een contact met de mantelzorger, als deze persoon erbij is. De sociale dienst merkt dat personen op dat moment vaak nog geen vragen hebben. Twee à drie maand later komen zij op controle. In Turnhout liggen er folders, die mensen kunnen meenemen. zij informeren ook steeds de mutualiteit.

In het ziekenhuis van Herentals komen met mensen bij de geriater. Daar wordt er een MMSE afgenomen. Wanneer deze hoger is dan 24 en er zijn aanwijzingen dan wordt er ook een ADAS Cog afgenomen. Verder worden de IADL en de ADL bevraagd. De GDS wordt afgenomen om een depressie uit te sluiten. Personen gaan onder de scanner voor beeldvorming. Na een week komen mensen terug op consultatie voor de bespreking.

In het OPZ komen vooral mensen met een complexe problematiek. zij gebruiken de gegevens die vaak al in het ziekenhuis zijn afgenomen ( zoals de beeldvorming). Verder doen ze nog een eigen screening met de MMSE, GDS en de kloktest , voor verdere verduidelijking wordt soms ook de COTESS afgenomen. Verder doen ze ook een dementiescreening aan de hand van een gesprek, als ook een gesprek met de omgeving.  
In het OPZ wordt er altijd gewerkt binnen een multidisciplinair team; omdat het vaak gaat om een combinatie met een “moeilijk persoonlijkheid” ( bv ASS). Personen kunnen niet rechtstreeks terecht in het OPZ en moeten altijd worden doorverwezen door een arts. De onderzoeken kunnen zowel op de dagkliniek als residentieel worden gedaan.

Na 4 weken worden patiënten opnieuw besproken.

* Waar is er verbetering mogelijk?
  + Vaak is de nazorg nog niet erg uitgewerkt.
  + Ook merken de leden op dat er niet veel opvolging is van de medicatie. Soms geeft een ziekenhuis aanwijzingen voor opname. Dit zou niet mogen. Beslissingen over het zorgplan moeten in onderling overleg genomen worden (en met de nodige tijd voor observatie en analyse). Hierin komt het belang van het thuiszorgdossier en MDO naar voren.
  + COMMUNICATIE tussen alle actoren moet nog erg verbeterd worden. De huisarts is een spilfiguur.
  + Wanneer personen zijn opgenomen op de afdeling Geriatrie is het geen goed idee om een diagnose te stellen, omdat personen op deze afdeling vaak zijn opgenomen voor een acute problematiek.
  + Vaak is de samenwerking met de geriatrische diensten ok. De samenwerking met de diensten neurologie verloopt moeizamer.
  + Vaak hebben familieleden een verborgen agenda om een persoon op consultatie te sturen. “ Zie je wel dat er iets aan de hand is”
  + 🡺 het is belangrijk alle informatie samen te leggen. te kijken hoe dit best aangepakt kan worden te kijken welke mogelijkheden er nog zijn in de thuissituatie.

**Moeilijkheid van diagnosestelling**FILMPJES: FTD (lang proces vooraleer men tot diagnose komt?) en foute diagnose (depressie)

De filmpjes tonen aan dat het vaak een lange weg is naar een diagnose. Zeker wanneer het een jong persoon betreft wordt er vaak eerst aan een psychiatrische problematiek gedacht.

Soms is het echter ook andersom. Een mevrouw wordt gediagnosticeerd met dementie. Men treft alle voorbereidingen voor toekomstige zorg. Achteraf na nader onderzoek blijkt dat mevrouw met een zware depressie kampt en er dus wel hulp mogelijk is.   
Is dit herkenbaar?

**Mededeling van diagnose.**

* Door wie gebeurt dit? Door geriater? Brief aan huisarts?...
* Wat zijn de opvattingen van huisartsen over het meedelen van de diagnose dementie aan patiënten, familie en mantelzor­gers? Hoe delen huisartsen de diagnose dementie mee?
* Welke factoren beïnvloeden het meedelen van de diagnose (door huisartsen)?
* slecht nieuws- gesprek: Het is belangrijk een duidelijke boodschap mee te geven aan de patiënt en de familie. Spreek niet verhullend en herhaal regelmatig. vraag ook steeds wat de personen hebben begrepen van het gesprek. Het is een proces tot aanvaarding en iedereen gaat hier anders mee om.
* Psycho-educatie in de thuis situatie is hierbij erg nuttig. Dit om de omkadering te verbeteren. de zorg geoptimaliseerd wordt en personen met dementie langer thuis kunnen blijven. Psycho-educatie richt zich voornamelijk op de mantelzorger en helpt het ziekteproces te verwerken (proces van rouw, gevoel van verlies). Dit wordt al georganiseerd door de sociale diensten van de mutualiteit. Maar personen vinden de weg hiernaartoe nog niet. Communicatie is ook hier weer een belangrijk aspect. De trajectbegeleidingen doen hierin wat ze kunnen. Verder is er het programma Dementie en Nu, maar men vraagt zich af hoe men meer mantelzorgers hiernaartoe krijgt. Hoe weten de sociale werkers dat er een diagnose is gesteld? Of er een diagnose is? wanneer deze meegedeeld is?
* Mogelijk is een oplossing het D-profiel, waar er duidelijk is voor de diensten dat er iemand moet langsgaan bij deze personen.
* we willen graag dat mensen langer thuis blijven, dit impliceert dat er ook steeds meer hulp geboden zal moeten worden.   
  Ook lotgenotencontact blijft belangrijk.
* hoe is het contact met de mutualiteit? Deze weten dat er medicatie wordt opgestart, omdat er een speciaal formulier voor ingevuld moet worden. Maar op deze manier weten ze het enkel wanneer er medicatie wordt genomen en is nog niet duidelijk dat de persoon weet waarom hij dit neemt.
* In Overpelt hebben ze een soort terugkomdagen op de geheugenkliniek, waar de mantelzorgers elkaar kunnen ontmoeten.
* Steeds blijft het aspect van vertrouwelijkheid, informatie mag niet altijd worden doorgegeven aan derden. Waardoor het moeilijk blijft voor sociale diensten om te weten welke personen een diagnose hebben en welke niet.

Richtlijn voor huisartsen is in opbouw. Momenteel is er hierover echt niets te vinden op internet.

**Afronding panelgesprek  
CONCLUSIE:**

1. Diagnosestelling is een moeilijk proces,
2. Een grote stap om diagnose te laten stellen
3. Onderzoeken vragen veel van de patiënt
4. Kan een opluchting zijn, maar anderzijds ook zwaar om dragen aangezien er een moeilijke periode te wachten staat, met veel onzekerheden en ingrijpend toekomstperspectief
5. Belangrijk is dat er meer afstemming komt en er meer communicatie is tussen de actoren.
6. **Varia** mededelingen (door Liesbeth Van Eynde)

* Volgende data van OPD: 14/3; 13/6; 14/11
* conferentie Dementievriendelijke Gemeente 2/2, thema: Dementie en bewegen
* Fazodem: 6/2 Antwerpen
* vormingen
* Survey: bespreking van de resultaten
* Nachtzorg: meerdere organisaties die nachtzorg aanbieden

# Post-its: wat kan er veranderd worden?/ Tips

* Ambulante psycho-educatie Teams
* Post diagnose aan huis
* Tip voor huisartsen: Bij of na diagnose mantelzorgers een infofolder meegeven van de regionale praatcafés dementie
* duidelijke en juiste informatie doorgeven aan WZC. dit maakt de opvang en begeleiding voor PmD en mantelzorger soms makkelijker.
* aanwezigheid huisarts op MDO is soms heel nuttig omdat zij altijd op de hoogte zijn van de thuissituatie en dit door en MDO duidelijk wordt voor hen
* contactpunt dementie voldoende gekend ( door professionelen, arts)?
* dienst maatschappelijk werk ziekenfonds
* MMT elk jaar oor alle bewoners van WZC
* D-profiel