

EVALUATIERAPPORT
ZORGCONTINUÏTEIT EN HET DELEN VAN
PERSOONSGERICHTE INFORMATIE BIJ
PERSONEN MET DEMENTIE BIJ
SCHARNIERMOMENTEN

INHOUD

1. Context.....	3
1.1 Achtergrond	3
1.2 Enkele cijfers	4
1.3 Stakeholders werkgroep	5
1.4 Persoonsgerichte zorg bij personen met dementie – what’s in a name?	5
1.5 Doel rapport	6
2. Methode.....	7
3. Resultaten	8
3.1 Resultaten diensten gezinszorg.....	8
3.1.1 Opname in het ziekenhuis.....	9
3.1.2 Tijdens de opname	11
3.1.3 Vertrek uit het ziekenhuis	14
3.1.4 Good practices	17
3.1.5 Rol van de mantelzorger	17
3.1.6 Algemeen	17
3.1.7 Intervisie en netwerken	17
3.1.8 Besluit diensten gezinszorg	18
3.2 Resultaten ziekenhuis – diensten gezinszorg	19
3.2.1 Opname in het ziekenhuis.....	20
3.2.2 Tijdens de opname	23
3.2.3 Vertrek uit het ziekenhuis	26
3.2.4 Good practices	29
3.2.5 Rol van de mantelzorger	29
3.2.6 Algemeen	29
3.2.7 Intervisie en netwerken	29
3.2.8 Besluit persoonsgerichte informatiedeling ziekenhuis met diensten gezinszorg	30
3.3 Vergelijking diensten gezinszorg - ziekenhuis	31
3.4 Resultaten woonzorgcentra	32
3.4.1 Opname in het ziekenhuis.....	33
3.4.2 Tijdens de opname	35
3.4.3 Vertrek uit het ziekenhuis	38
3.4.4 Good practices	42
3.4.5 Rol van de mantelzorger	42
3.4.6 Algemeen	43
3.4.7 Intervisie en netwerken	43

3.4.8 Besluit woonzorgcentra	44
3.5 Resultaten ziekenhuis - woonzorgcentra	45
3.5.1 Opname in het ziekenhuis.....	46
3.5.2 Tijdens de opname	49
3.5.3 Vertrek uit het ziekenhuis	52
3.5.4 Good practices	56
3.5.5 Rol van de mantelzorger	56
3.5.6 Algemeen	56
3.5.7 Intervisie en netwerken	56
3.5.8 Besluit ziekenhuis - woonzorgcentra	57
3.6 Vergelijking woonzorgcentra - ziekenhuis	58
4. Algemeen besluit	59
4.1 Delen van persoonsgerichte informatie bij opname in het ziekenhuis.....	59
4.2 Delen van persoonsgerichte informatie tijdens opname in het ziekenhuis.....	59
4.3 Delen van persoonsgerichte informatie bij vertrek uit het ziekenhuis	60
4.4 Good practices	61
4.5 Betrekken mantelzorger.....	61
4.6 Intervisie en netwerken	61
5. Aanbevelingen.....	62
6. Slotwoord	62
7. Bibliografie	63
8. Bijlagen.....	63
8.1 Lijst woonzorgcentra	63
8.1.1 ELZ Oostende – bredene	63
8.1.2 ELZ Westkust&Polder	63
8.1.3 ELZ Houtland en Polder	64
8.2 Lijst erkende diensten voor gezinszorg	65
8.3 Lijst ziekenhuizen	65
8.4 Lijst good practices.....	66
8.4.1 Proces van zorgafstemming waarbij de betrokkenen met elkaar in dialoog gaan (telefonisch/face to face).....	66
8.4.2 Informatiedeling: doorgeven van informatie over de persoon.....	66
8.4.3 Concrete praktijken/handelingen	67

1. CONTEXT

1.1 ACHTERGROND

Vanuit het expertisecentrum dementie (ECD) en de thuisbegeleidingsdienst FOTON wordt in de regio Noord-West-Vlaanderen en Oostende-Veurne het overlegplatform dementie (OPD) georganiseerd. Het doel van dit OPD is de versterking van de informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgpartners. Het is ook een medium om nieuwe projecten en initiatieven aan elkaar kenbaar te maken en vanuit de positie als ECD is het een kans om vanuit het werkveld noden en behoeften op te volgen en deze te vertalen naar beleid indien nodig.

Binnen het OPD Oostende-Veurne werd op een bijeenkomst het probleem aan de kaak gesteld van continuïteit van zorg – dienstverlening bij personen met dementie. Enkele voorbeelden die toen ter sprake kwamen:

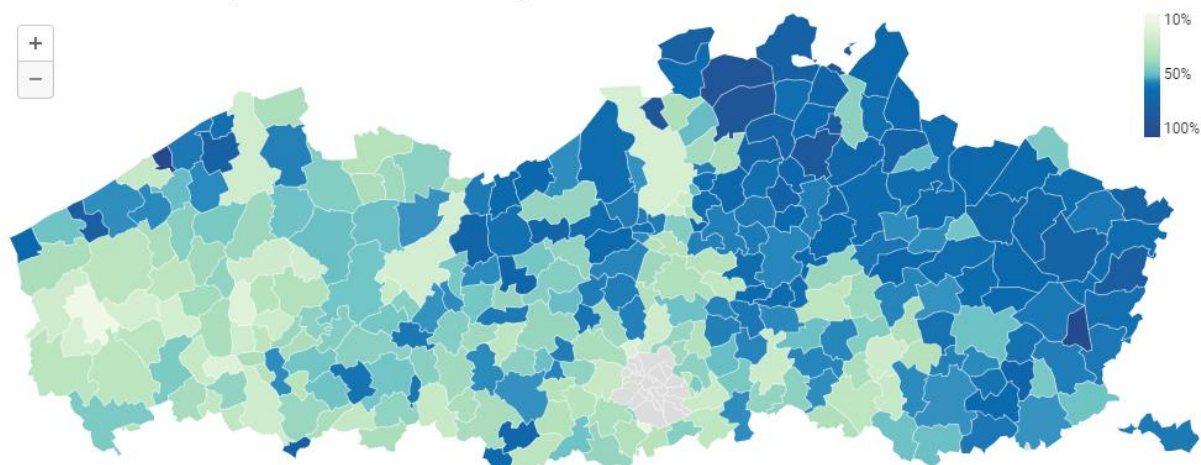
- Wanneer een persoon met dementie op vrijdagmiddag vertrekt uit het ziekenhuis, zijn thuiszorgdiensten niet meer in de mogelijkheid de thuiszorg te organiseren voor het weekend.
- Wanneer een persoon met dementie op de spoedafdeling belandt, komt er vaak wel medische informatie mee maar ontbreekt het aan **persoonsgerichte** gegevens om de patiënt op dat moment ook op een correcte manier te kunnen bejegenen. Hierdoor ontstaan vaak situaties van onrust, onbegrepen gedrag ... die vermeden kunnen worden.
- Wanneer een persoon met dementie de overgang maakt van een thuissituatie naar een WZC, is het net de **persoonsgerichte** informatie die vaak ontbreekt maar die broodnodig is om met de persoon op een kwaliteitsvolle manier om te gaan.

Vanuit het OPD werd vervolgens een werkgroep opgericht om dit onderwerp, de persoonsgerichte zorgcontinuïteit bij personen met dementie, verder uit te diepen. Vanuit De Koepel vzw wordt de algemene coördinatie voor dit project opgenomen.

1.2 ENKELE CIJFERS

In 2020 werd het aantal personen met dementie per gemeente in kaart gebracht door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, z.d.). Daarna werd een voorspelling gemaakt voor het jaar 2040. In onderstaande tabel vindt men dit overzicht voor het werkingsgebied van De Koepel vzw.

% toename aantal personen met dementie, 2040 t.o.v. 2020



Figuur 1 toename aantal personen met dementie, 2040 t.o.v. 2020 (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, z.d.)

Tabel 1 overzicht aantal personen met dementie werkingsgebied De Koepel vzw

	2020	2040	Stijging in %
Oostende	1946	2513	29,14%
Bredene	341	679	99,12%
Middelkerke	568	860	51,41%
Nieuwpoort	347	616	77,52%
Koksijde	719	1061	47,57%
De Panne	269	491	65,88%
Veurne	294	409	39,12%
Alveringem	96	121	26,04%
Diksmuide	360	479	33,06%
Kortemark	270	358	32,59%
Koekelare	185	258	39,46%
Torhout	427	600	40,52%
Ichtegem	264	380	43,94%
Gistel	233	356	52,79%
Oudenburg	188	281	49,47%

1.3 STAKEHOLDERS WERKGROEP

De werkgroep die dit thema verder aanpakt, wordt vertegenwoordigd door de volgende stakeholders:

- Samenwerkingsverband geïntegreerde zorg De Koepel vzw (Sibe)
 - Vertegenwoordiging door Eline Rammant
- Erkende diensten voor gezinszorg
 - Vertegenwoordiging door I-mens (Angelique Van den Neste) en Familiezorg (Christian Devlies)
- Ziekenhuizen
 - Vertegenwoordiging door AZ West (Luc Bosschaerts), AZ Oostende (Hanne Bossaer) en Kei (Jasmien D'hulster)
- Woonzorgcentra
 - Vertegenwoordiging door Sint Anna Bulskamp (Nele Vanveuren)
- Eerstelijnszones
 - Vertegenwoordiging door ELZ Westkust&Polder (Birgit Hendrikx), ELZ Houtland en Polder (Kaatje Loeys) en ELZ Oostende-Bredene (Hermien Top)
- Expertisecentrum dementie Foton
 - Vertegenwoordiging door Leentje Vanderniepen

1.4 PERSOONSGERICHTE ZORG BIJ PERSONEN MET DEMENTIE – WHAT'S IN A NAME?

Elke voorziening of organisatie, elke persoon met dementie en zijn/haar familieleden/mantelzorger(s) en elke zorgverlener heeft kernwaarden die de visie op goede zorg bepalen. Betekenisvolle contacten tussen zorgverleners, de persoon met dementie en zijn mantelzorger staan hierbij centraal.

Ieder heeft een andere visie op goede zorg en levenskwaliteit. Goede zorg, afgestemde zorg, is de zorg die afgestemd is op wat iemand belangrijk vindt en zo de 'zelf' waarde ondersteunt. Er is hierbij nood aan een goede ziekte- en zorgdiagnose, met ruimte voor persoonlijke opvolging en vroegtijdige zorgplanning. Een voorwaarde hierbij is dat men met de juiste bril naar de persoon kijkt. Men moet de zorgvrager dus ook een stukje leren kennen, deze informatie delen met het team en het vertalen in de praktijk.

Vanuit het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen werd een integraal referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie opgemaakt. Het resultaat bestaat uit zes fundamenteën van goede zorg en het wordt gezien als een katalysator voor nog meer persoonsgerichte zorg in Vlaanderen. Ook in dit referentiekader is het fundament afgestemde zorg onmisbaar (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, 2021).



Figuur 2 referentiekader dementie (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, 2021)

De persoonsgerichte zorg die wij bij ons project voor ogen houden, kan omschreven worden als de basishouding waarbij een kwaliteitsvolle relatie met mensen met dementie centraal staat. Respect en waardering voor de uniciteit van elke mens zijn hierbij de belangrijkste pijlers. 'Zorgen voor' wordt meer dan tegemoetkomen aan de fysieke noden van mensen met dementie. Er is ook aandacht voor de emotionele, sociale, existentiële en psychologische behoeften in alle stadia van het ziekteproces.

1.5 DOEL RAPPORT

In dit rapport staan we stil bij de persoonsgerichte informatiedeling over de muren van de organisatie. Er is nood aan verbinding tussen de verschillende diensten die de persoon met dementie op zijn zorgpad tegenkomt, er is nood aan een continue informatiedoorstroming. Men moet hierbij elkaars organisatie kennen en ook vertrouwd zijn met belangrijke contacten. Er is nood aan een gemeenschappelijke visie die de verschillen tussen organisaties kan overstemmen.

Deze noden worden in de praktijk afgetoetst door het terrein te bevragen. In dit rapport worden de gebruikte methode, de resultaten van de vragenlijst, een algemeen besluit en enkele eerste aanbevelingen voor persoonsgerichte informatiedeling bij scharniermomenten van personen met dementie besproken. In een volgende fase zal een uitgebreider adviesrapport opgemaakt worden.

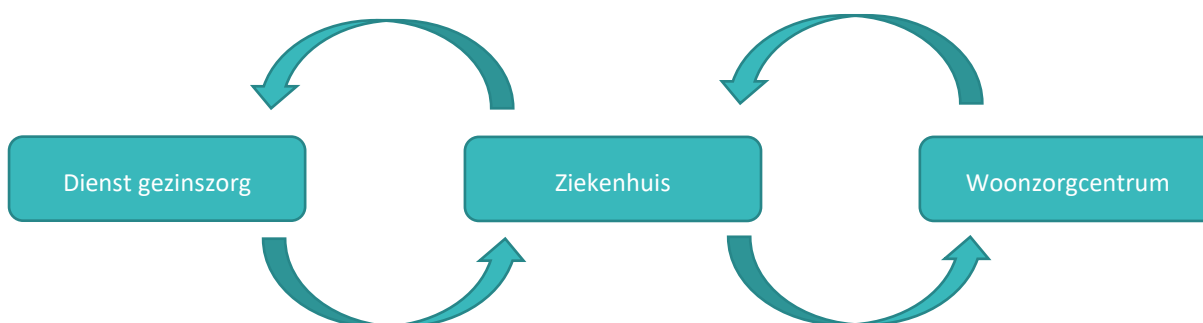
2. METHODE

Er werd voor gekozen de gestelde problemen, namelijk het gemis aan het delen van persoonsgerichte informatie bij scharniermomenten, eerst af te toetsen in de praktijk door middel van het versturen van een digitale vragenlijst naar organisaties binnen het werkingsgebied van De Koepel vzw. Deze vragenlijst kon anoniem worden ingevuld en bestond zowel uit open als gesloten vragen. Binnen alle stakeholdersgroepen konden meerdere personen binnen één organisatie de vragenlijst invullen. De respondenten konden de vragenlijst invullen tussen 11 september en 24 november 2023. Er werd halverwege oktober een reminder gestuurd naar de woonzorgcentra en ziekenhuizen.

De vragenlijst werd bezorgd aan de volgende organisaties (zie bijlage voor een overzicht van de organisaties):

- **Woonzorgcentra** (zowel hoofdverpleegkundigen als maatschappelijk werkers van de sociale dienst)
 - o Er werden 38 woonzorgcentra uit de Sibe-regio aangeschreven.
- Erkende diensten voor **gezinszorg** (personen die in contact komen met partners bij opname/vertrek)
 - o Familiezorg (gekende cliënten: thuiszorgverantwoordelijken – dienstverlening op korte termijn en tijdelijk: ontslagverantwoordelijken)
 - o Familiehulp (zorgpartner)
 - o OCMW Koksijde
 - o I-mens (gekende cliënten: zorgcoördinator – nieuwe cliënten: intaker)
- **Ziekenhuizen** (zowel hoofdverpleegkundigen als maatschappelijk werkers van de sociale dienst – exclusie van spoed, intensieve, materniteit en pediatrie)
 - o AZ Oostende (Damiaan + Serruys)
 - o AZ West
 - o Kei
 - o BZIO
 - o Ter Duinen
 - o AZ Delta – campus Torhout

De persoonsgerichte informatieoverdracht werd bevraagd bij de volgende scharniermomenten:



Dit betreffen scharniermomenten waarbij de persoon met dementie van een vertrouwde naar een minder vertrouwde omgeving gaat en omgekeerd.

De resultaten worden opgesplitst per bevraagde stakeholdersgroep en worden daarna volgens een vast stramien beschreven:

- Persoonsgerichte informatiedeling **bij opname**
- Persoonsgerichte informatiedeling **tijdens opname**
- Persoonsgerichte informatiedeling **bij vertrek**
- De rol van de mantelzorger
- Good practices
- Netwerken en intervisie
- Besluit

Tot slot volgt er een algemeen besluit, enkele eerste aanbevelingen die tot meer afgestemde zorg bijdragen en een overzicht van de bevraagde partners en de good practices.

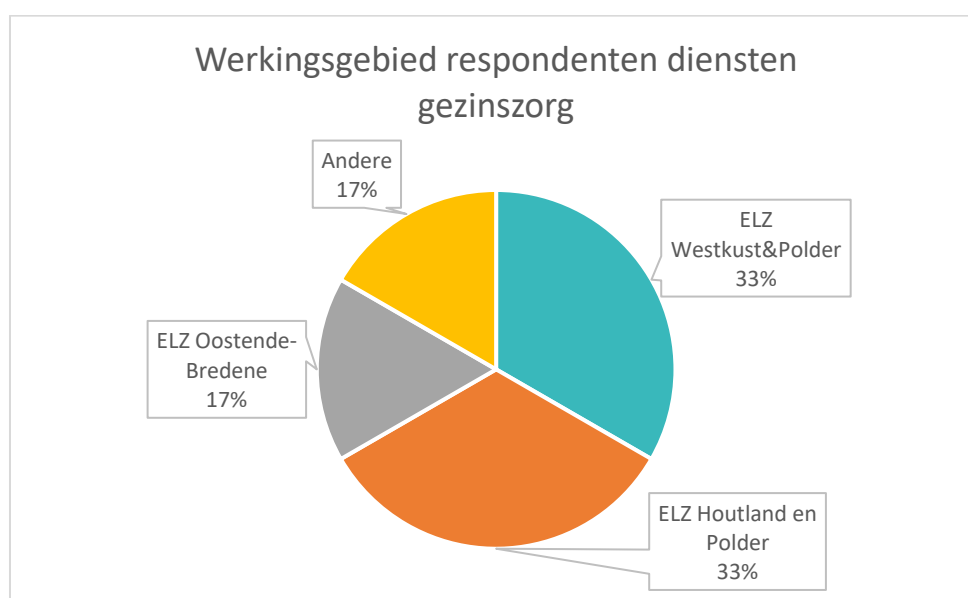
3. RESULTATEN

3.1 RESULTATEN DIENSTEN GEZINSZORG

De vragenlijst werd verstuurd naar negen e-mailadressen binnen vier verschillende organisaties van erkende diensten voor gezinszorg, met als bedoeling de verantwoordelijken voor informatiedeling bij opname in het ziekenhuis te bereiken. Dit betrof zowel specifieke e-mailadressen als algemene adressen.

De vragenlijst werd uiteindelijk ingevuld door negen respondenten, namelijk zeven thuiszorgverantwoordelijken, één zorgcoördinator en één centrale intaker.

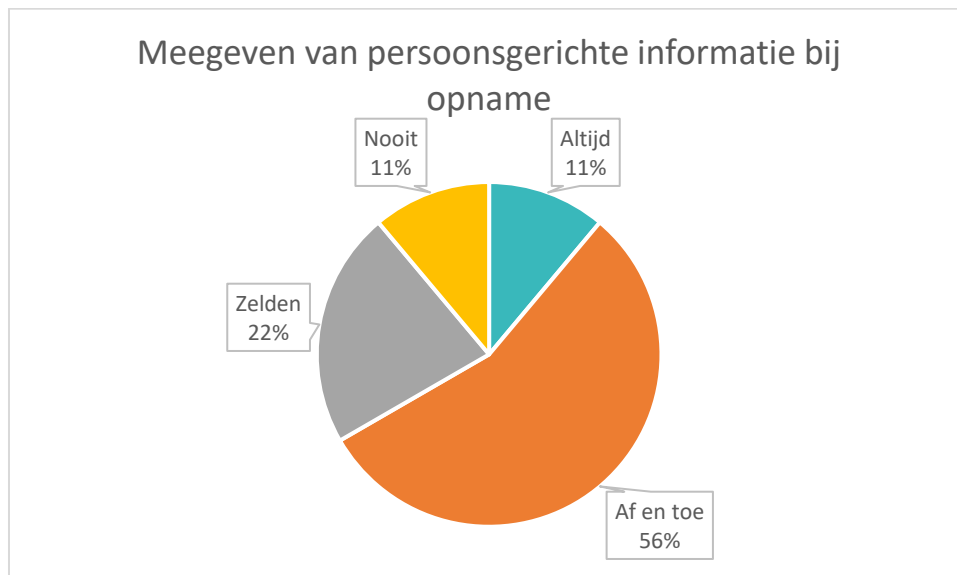
Onderstaande figuur geeft weer in welke eerstelijnszones de deelnemers werkzaam zijn. 33% (n = 4) is werkzaam in de ELZ Westkust&Polder, 33% (n = 4) in de eerstelijnszone Houtland en Polder en 17% (n = 2) in de ELZ Oostende-Bredene. Eén van deze personen is werkzaam over de drie eerstelijnszones en bijkomend in de ELZ Oostkust en gedeeltelijk ELZ Brugge. Een andere persoon gaf aan werkzaam te zijn in de eerstelijnszone WE40.



Figuur 3 werkingsgebied respondenten diensten gezinszorg

3.1.1 OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

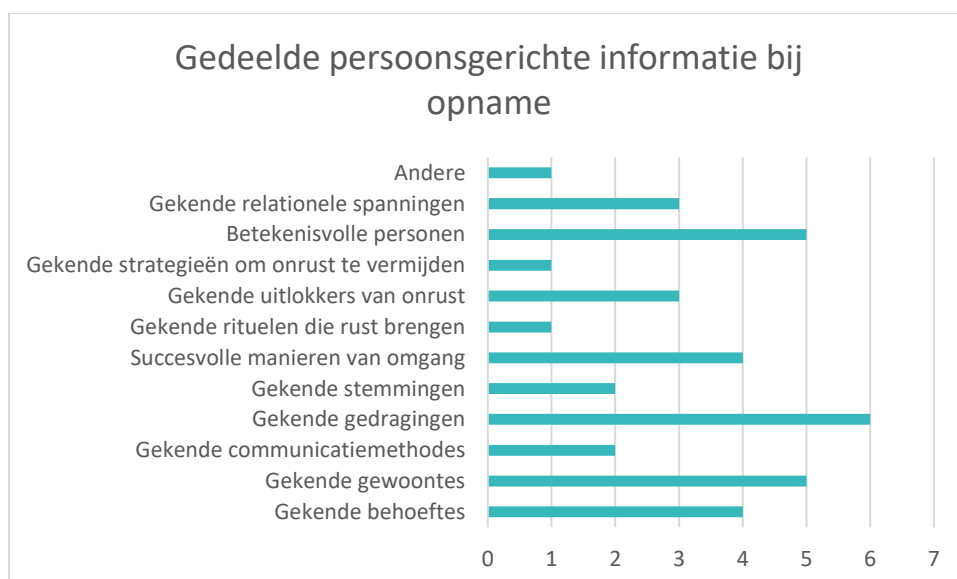
Bij opname van een persoon met dementie in het ziekenhuis, wordt nooit (n = 1, 11%) tot altijd (n = 1, 11%) persoonsgerichte informatie gegeven aan het ziekenhuis. Het merendeel van de respondenten doet dit af en toe (n = 5, 56%). Twee personen (22%) duiden aan dat dit zelden gebeurt.



Figuur 4 meegeven van persoonsgerichte informatie door diensten gezinszorg bij opname in het ziekenhuis

Als reden om dit nooit te doen, geeft men aan dat er geen tijd is voor persoonsgerichte informatieoverdracht.

De persoonsgerichte informatie die wel wordt gegeven zijn voornamelijk gekende gedragingen (n = 6). Gekende rituelen die rust brengen (n = 1) en gekende strategieën die onrust vermijden (n = 1) worden het minst doorgegeven bij opname.

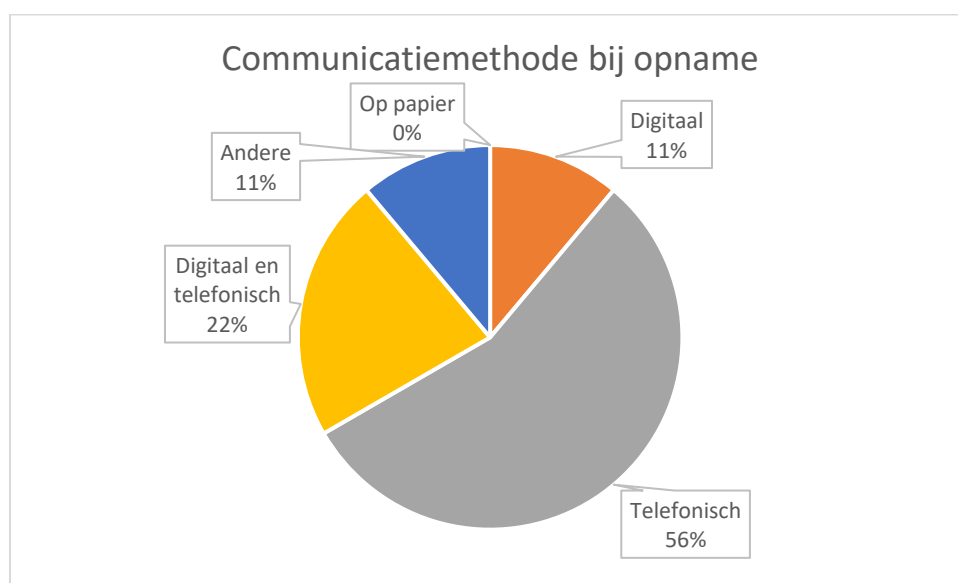


Figuur 5 gedeelde persoonsgerichte informatie door diensten gezinszorg bij opname in het ziekenhuis

Sommige respondenten delen drie aspecten bij opname, anderen geven er negen door. Gemiddeld worden vijf aspecten gedeeld. Bij 'andere' geeft men aan dat men als centrale intaker geen zorgprocessen opvolgt. Deze persoon gaat op huisbezoek bij een eerste aanvraag tot opstart gezinszorg.

De **voordelen** die gezien worden bij het delen van deze persoonsgerichte informatie bij opname is dat men kan bijdragen tot het creëren van **rust** bij zowel de patiënt, zijn omgeving als de hulpverleners in het ziekenhuis. Ook kan de therapie uit het ziekenhuis zo aangepast worden aan de probleemsituatie thuis (stimuleren van **zorg op maat**) en kan het ziekenhuis een inschatting maken hoe de patiënt in de thuisomgeving functioneert en welke zorgnoden en zorgbehoeften er zijn. Zo kan een terugkeer naar huis ook al meteen goed **voorbereid** worden en kan de **mantelzorger** op een gepaste wijze ondersteund worden. Dit alles gebeurt in kader van de **transmurale zorgcontinuïteit**.

De persoonsgerichte informatie wordt het meest telefonisch gedeeld (n = 5, 56%), gevolgd door de combinatie van het telefonisch en digitaal delen (n = 2, 22%). Enkel digitale informatiedeling wordt door één respondent aangegeven (n = 1, 11%). Ook rechtstreeks overleg in het ziekenhuis wordt eenmaal aangegeven als communicatiemiddel, dit wordt dan gecombineerd met het digitaal en telefonisch delen. Er wordt geen informatie gedeeld op papier.

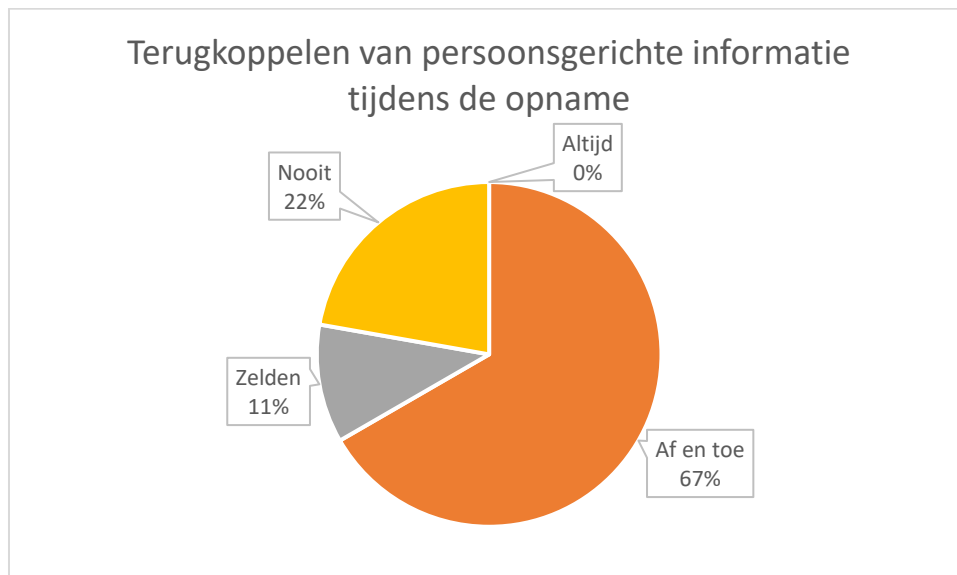


Figuur 6 communicatiemethode tussen diensten gezinszorg en ziekenhuis bij opname in het ziekenhuis

Als **aandachtspunt** wordt doorgegeven dat men voorzichtig moet omgaan met het delen van informatie (**nice to know** ⇔ **need to know**). Het is tevens belangrijk **toestemming** te vragen aan de mantelzorger/zorgvrager vooraleer aan informatieoverdracht te doen. Het is tot slot ook een uitdaging om te kunnen overbrengen wat bedoeld wordt. Men zit niet steeds op dezelfde golflengte en men zit in een andere realiteit wat betreft de kijk op zorg, namelijk thuis en in het ziekenhuis. Mogelijks gedraagt de zorgvrager zich ook anders in de nieuwe realiteit van het ziekenhuis. Ook **praktisch** zijn er enkele uitdagingen, bv. telefonisch elkaar vinden.

3.1.2 TIJDENS DE OPNAME

Het plaatsvinden van een tussentijdse terugkoppeling omtrent persoonsgerichte zorg tijdens de opname in het ziekenhuis gebeurt nooit (n = 2, 22%) tot af en toe (n = 6, 67%). Dit laatste komt ook het meest frequent voor. Eén persoon (11%) geeft aan dat dit zelden gebeurt.



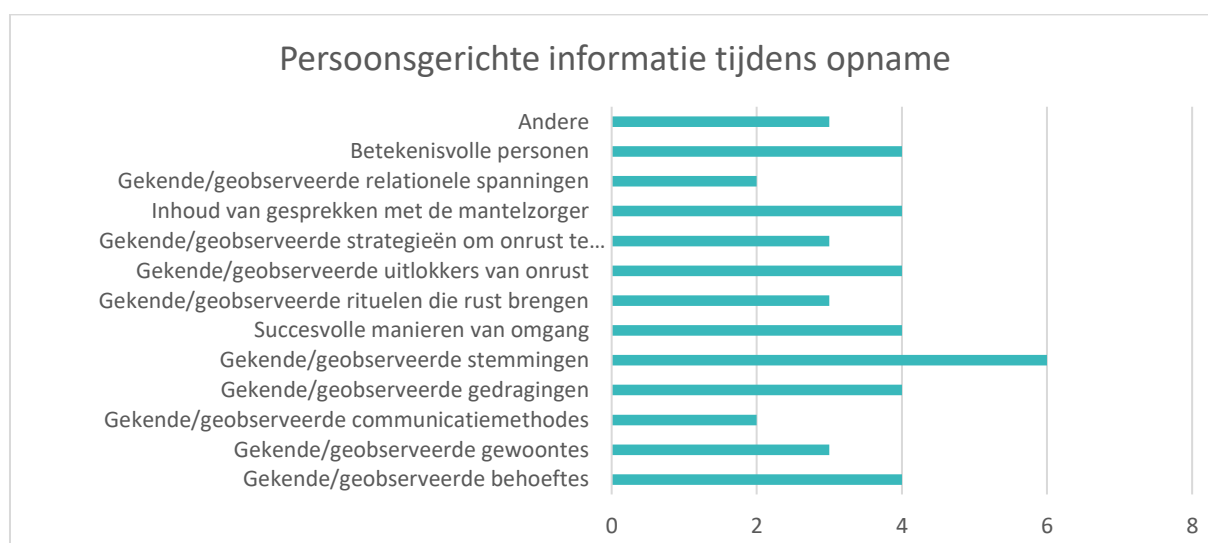
Figuur 7 terugkoppelen van persoonsgerichte informatie tussen diensten gezinszorg en ziekenhuis tijdens opname

Als reden dat dit nooit gebeurt, geven beide respondenten aan dat er geen contacten zijn met het ziekenhuis tijdens de opname.

Wanneer er wel contact is met het ziekenhuis tijdens de opname, is dit bij de deelnemers steeds met de sociale dienst van het ziekenhuis.

Eén respondent (14%) geeft aan dat dit gebeurt om persoonsgerichte informatie te vragen aan het ziekenhuis. De respondent geeft aan dat dit dan gaat over het verloop van de opname, de revalidatieperiode en de ontslagplanning.

De andere zes personen (86%) koppelen tijdens de opname terug om zowel persoonsgerichte informatie te vragen als te delen. Het gaat dan het meest om de gekende en geobserveerde stemmingen (n = 6) en het minst om gekende en geobserveerde relationele spanningen en communicatiemethodes (n = 2). Er worden hierbij één tot 12 aspecten gedeeld. Gemiddeld worden er zeven zaken besproken. Bijkomend wordt er bijvoorbeeld ook nog informatie gedeeld over de ontslagdata en de medicatie-inname.



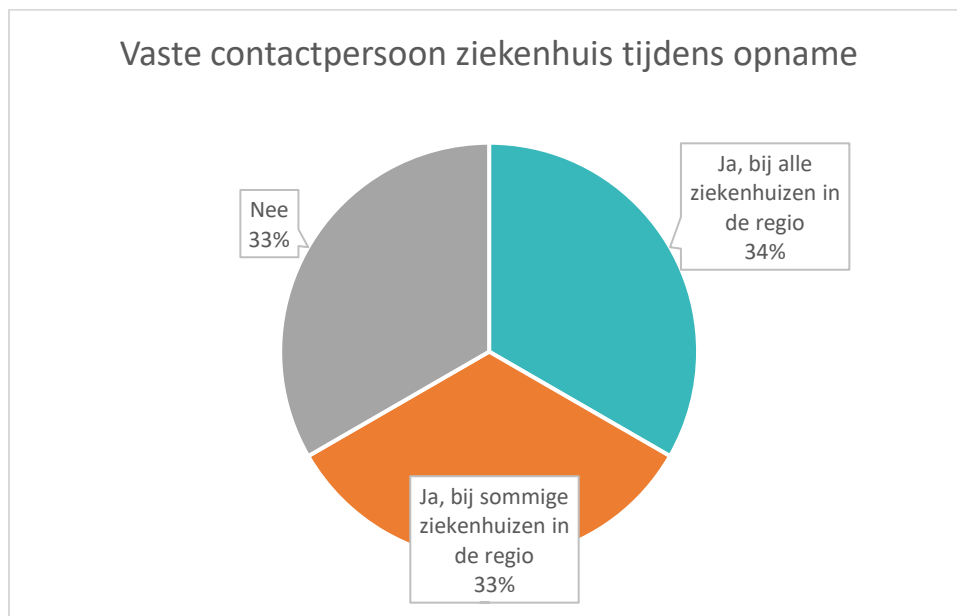
Figuur 8 gedeelde persoonsgerichte informatie tijdens opname

De volgende **voordelen** worden uit deze tussentijdse terugkoppeling gehaald:

- Goede voorbereiding van het vertrek maakt het aanpassen van de hulpverlening en de afstemming van het zorgpakket bij thuiskomst mogelijk.
- Door het doorgeven van informatie over de thuissituatie kan men de therapie aanpassen en eventuele bijkomende onderzoeken organiseren (bv. inschakelen psycholoog).
- Een tussentijdse terugkoppeling zorgt voor een goed verloop van de opname (zowel voor de patiënt als voor de hulpverleners in het ziekenhuis).
- Steun voor de mantelzorger.
- Wanneer men inzet op het elkaar kennen (contactpersoon ziekenhuis en verantwoordelijke thuiszorg), kan men elkaar meenemen in het eigen verhaal, wat zich dan weer uit in een optimale transmurale zorgcontinuïteit.

Het contact wordt, op één iemand na (14%) die aangeeft dat het ziekenhuis dit contact initieert, het meest geïnitieerd door de diensten gezinszorg (n = 6, 86%). Deze personen geven allen aan dat ze weten wie te bereiken binnen het ziekenhuis.

Het hebben van een vaste contactpersoon varieert. Twee respondenten (34%) geven aan bij alle ziekenhuizen in de regio een vast contactpersoon te hebben, twee (33%) bij sommige ziekenhuizen in de regio en twee anderen (33%) geven aan dit niet te hebben. Voor deze laatste groep zou het hebben van een vaste contactpersoon de informatieoverdracht kunnen bevorderen.

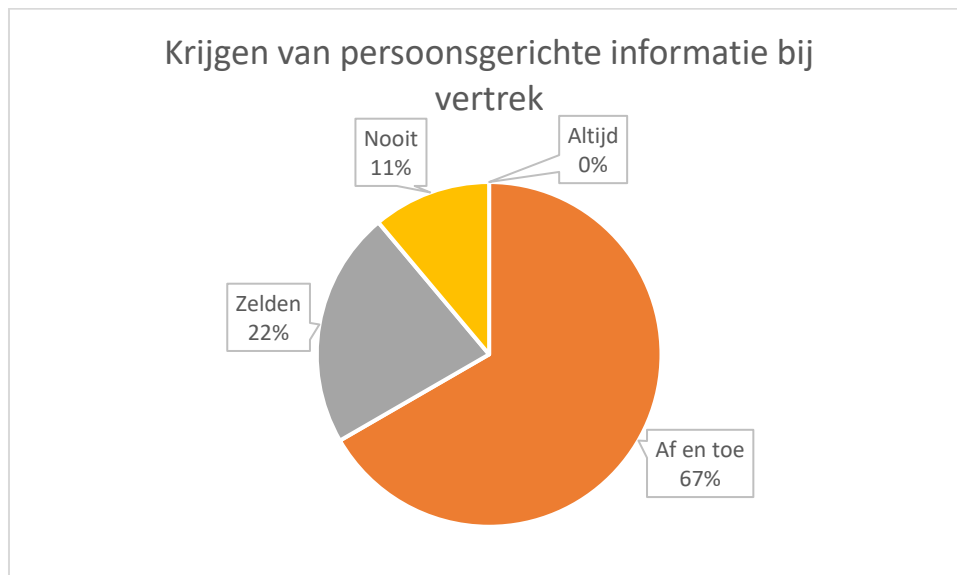


Figuur 9 vaste contactpersoon in ziekenhuis tijdens de opname

Wanneer de vaste contactpersoon niet bereikbaar is, geven de vier respondenten (100%) aan te weten bij wie ze wel terecht kunnen.

3.1.3 VERTREK UIT HET ZIEKENHUIS

Men geeft aan nooit (n = 1, 11%) tot af en toe (n = 6, 67%) persoonsgerichte informatie te krijgen bij vertrek uit het ziekenhuis. Twee personen (22%) geven aan zelden deze informatie te krijgen bij vertrek uit het ziekenhuis. Geen enkele respondent duidt 'altijd' aan.

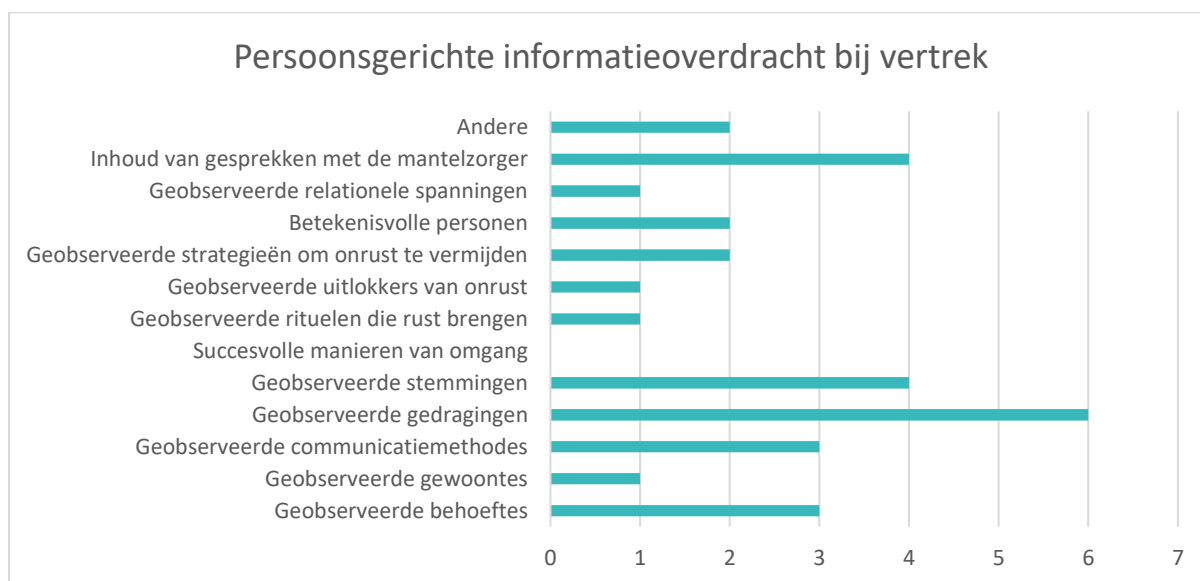


Figuur 10 krijgen van persoonsgerichte informatie bij vertrek uit het ziekenhuis

Bij 'nooit' geeft de respondent aan dat dit komt doordat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht. Deze persoon zou wel meer willen weten over de geobserveerde behoeftes en gedragingen, geobserveerde communicatiemethodes en succesvolle manieren van omgang.

Wanneer men wel persoonsgerichte informatie krijgt bij vertrek uit het ziekenhuis, zijn dit meestal de geobserveerde gedragingen (n = 6). Succesvolle manieren van omgang worden niet gedeeld (n = 0). Bij andere geeft men medicatie en extra hulpverleners aan en verwijst men dat dit meestal afhangt van het type persoon en de aard en graad van dementie.

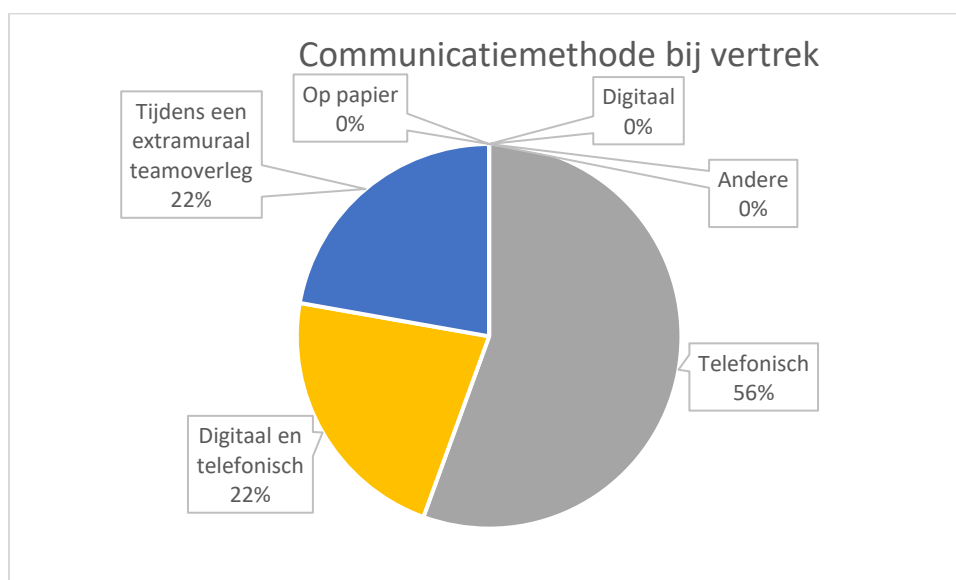
Vier respondenten geven hierbij één tot twee aspecten van informatiedeling aan, drie respondenten geven vijf tot 11 aspecten aan. Gemiddeld worden vier aspecten van persoonsgerichte informatie gedeeld bij vertrek.



Figuur 11 persoonsgerichte informatieoverdracht bij vertrek uit het ziekenhuis

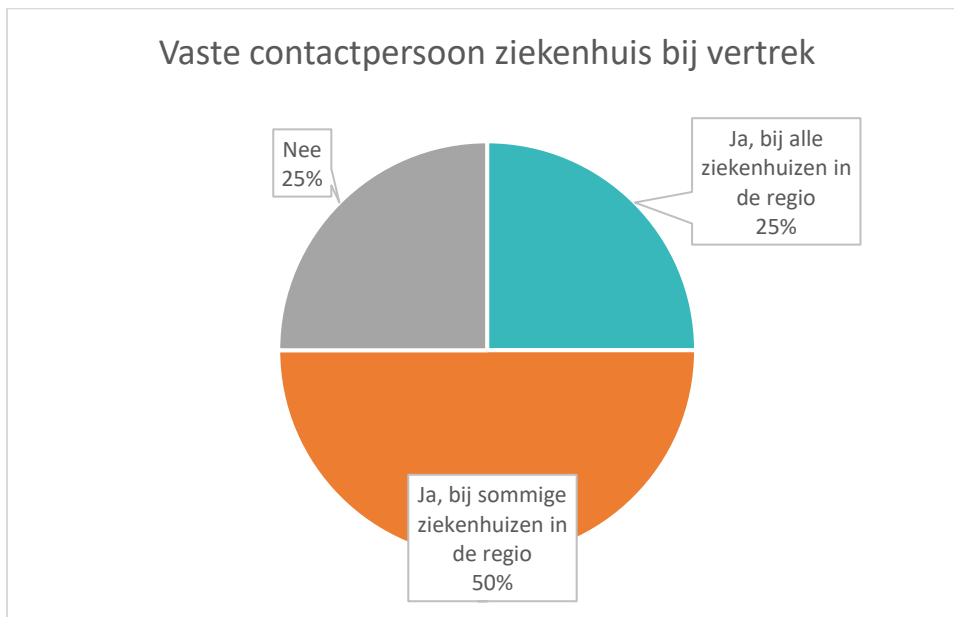
De informatie wordt enkele dagen ($n = 3$, 38%) tot de dag voor vertrek ($n = 3$, 38%) ontvangen door de diensten gezinszorg. Twee personen geven aan dit eveneens variabel is ($n = 2$, 25%).

De informatieoverdracht gebeurt bij voorkeur telefonisch ($n = 5$, 56%). Verder wordt dit ook soms gecombineerd met digitale informatieoverdracht ($n = 2$, 22%) of met een extramuraal teamoverleg ($n = 2$, 22%). Het gebeurt niet op papier.



Figuur 12 communicatiemethode naar diensten gezinszorg bij vertrek uit het ziekenhuis

De respondenten geven aan dat informatie steeds komt van de sociale dienst van het ziekenhuis (n = 8, 100%). De helft van de respondenten (n = 4, 50%) geeft aan bij sommige ziekenhuizen in de regio een vaste contactpersoon te hebben. Twee respondenten (25%) hebben bij alle ziekenhuizen in de regio een vaste contactpersoon en twee anderen (25%) hebben geen vaste contactpersoon. Deze laatste groep geeft echter aan dat een vaste contactpersoon de informatieoverdracht zou kunnen bevorderen. De mensen met een contactpersoon weten bij wie ze terecht kunnen indien de vaste contactpersoon niet bereikbaar is.



Figuur 13 vaste contactpersoon bij vertrek uit het ziekenhuis

Wanneer gezinszorg wordt opgestart bij een niet-gekende cliënt met dementie wordt persoonsgerichte informatie niet steeds opgenomen bij de informatiedoorstroming vanuit het ziekenhuis. Dit varieert opnieuw. Er wordt aangegeven dat voornamelijk de medische aspecten worden gecommuniceerd en dat er nooit veel informatie wordt gekregen. Anderen geven dan weer aan dat het belangrijkste wordt doorgegeven of dat persoonsgerichte informatie enkel bij specifieke cases wordt gedeeld.

Er worden ook nog enkele algemene **aandachtspunten** bij vertrek van een persoon uit het ziekenhuis doorgegeven:

- Eerder contact opnemen met thuis in plaats van de dag voor het vertrek.
- Bij niet-geriatrie diensten wordt er minder informatie gegeven en moet het vertrek sneller gaan.
- Drukke agenda's vragen om telefonische/fysieke contacten of ontmoetingen te agenderen.
- Het is belangrijk dat ook de zorgvrager en/of de mantelzorger op de hoogte is van het gesprek en de gedeelde info.

3.1.4 GOOD PRACTICES

Er worden twee good practices gedeeld in kader van de persoonsgerichte informatiedeling bij personen met dementie tussen de diensten gezinszorg en het ziekenhuis, namelijk:

- Bij voldoende info en bij noodzaak kan een MDO georganiseerd worden of kan men een casemanager inschakelen.
- Het delen en aftoetsen van persoonsgerichte informatie kan ondersteuning bieden bij situaties waar er grote bezorgheden zijn rond het verder haalbaar zijn van de thuiszorg.

3.1.5 ROL VAN DE MANTELZORGER

De mantelzorger heeft af en toe (n = 4, 44%) tot altijd (n = 5, 56%) een plaats in de volledige cyclus van opname – verblijf – vertrek uit het ziekenhuis op vlak van het delen van persoonsgerichte informatie.

De meerwaarde wordt gezien in volgende zaken:

- Het opbouwen van een vertrouwensrelatie.
- Een goed en correct beeld hebben op de thuissituatie.
- Betere ondersteuning wanneer de patiënt terug thuis is.
- Open communicatie en zorgafstemming.
- Belangrijke bron van informatie.
- Goede afstemming en organisatie van de hulp (met aandacht voor de draagkracht van de mantelzorger).

3.1.6 ALGEMEEN

Zeven deelnemers (77%) geven aan dat het uitwisselen van persoonsgerichte informatie niet anders is wanneer het niet gaat om een persoon met dementie. De overige twee deelnemers (23%) zijn van oordeel dat dit wel anders is. Dit gaat bij beide dan zowel om het moment als de inhoud van de informatie-uitwisseling. Er wordt aangegeven dat personen zonder dementie vaker zelf meer kunnen regelen. De zorgbehoefte speelt hierbij een grote rol.

3.1.7 INTERVISIE EN NETWERKEN

Vijf deelnemers (55%) geven aan de werking van sommige ziekenhuizen in de regio voldoende te kennen, de vier anderen (45%) kennen de werking van alle ziekenhuizen in de regio. Geen enkele respondent duidt aan de werking onvoldoende te kennen.

Zeven deelnemers (77%) geven aan nood te hebben de werking (nog) beter te leren kennen. Vier (44%) zijn bereid deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

3.1.8 BESLUIT DIENSTEN GEZINSZORG

De vragenlijst werd ingevuld door negen personen uit de erkende **diensten gezinszorg** met als doel de persoonsgerichte informatiedeling bij opname, tijdens opname en bij vertrek uit het ziekenhuis in kaart te brengen.

Diensten gezinszorg geven bij **opname** in het ziekenhuis hoofdzakelijk af en toe (56%) persoonsgerichte informatie over een persoon met dementie. Dit gaat dan voornamelijk om gekende gedragingen en dit gebeurt hoofdzakelijk telefonisch (56%).

Tijdens de opname is er bij 67% af en toe persoonsgerichte informatiedeling. De informatiedeling gebeurt zowel om persoonsinformatie te bevragen als te delen (86%). Het gaat voornamelijk om gekende en geobserveerde stemmingen. Het contact wordt hierbij hoofdzakelijk (86%) geïnitieerd door de dienst gezinszorg en vindt steeds plaats met de sociale dienst van het ziekenhuis (100%). Tijdens de opname heeft 33% van de respondenten uit de diensten gezinszorg geen vaste contactpersoon in het ziekenhuis maar is iedereen wel overtuigd van de meerwaarde hiervan.

Bij **vertrek** uit het ziekenhuis krijgen de diensten gezinszorg bij 67% af en toe persoonsgerichte informatiedeling uit het ziekenhuis. Dit gaat voornamelijk om geobserveerde gedragingen en wordt hoofdzakelijk telefonisch gedeeld (56%). Ook bij het vertrek is bij 100% van de respondenten de contactpersoon de sociale dienst van het ziekenhuis. 25% heeft bij dit scharniermoment geen vaste contactpersoon maar iedereen is wel overtuigd van de meerwaarde van het hebben van een vaste contactpersoon.

Eén respondent geeft aan dat er zowel bij opname, tijdens opname als bij vertrek uit het ziekenhuis geen persoonsgerichte informatie wordt gedeeld. Als reden hiervoor geeft men aan dat er geen tijd is bij opname en geen contact is met het ziekenhuis tijdens de opname. De nadruk bij vertrek ligt volgens de respondent op de medische informatieoverdracht.

Het altijd geven van persoonsgerichte informatie door de diensten gezinszorg bij opname in het ziekenhuis wordt door 11% aangeduid. 'Altijd' wordt niet gescoord tijdens de opname en bij vertrek uit het ziekenhuis.

De informatiedeling is volgens 23% van de respondenten anders wanneer het niet gaat om een persoon met dementie.

De mantelzorger wordt door de diensten gezinszorg af en toe (44%) tot altijd (56%) betrokken.

Tot slot heeft 77% nood om de werking van de ziekenhuizen te leren kennen en 44% is dan ook bereid om deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

Tot slot kunnen we opmerken dat de diensten gezinszorg niet steeds of te laat weten dat een cliënt opgenomen is in het ziekenhuis. Bij dagelijkse hulpverlening weet met dit sneller en neemt men sneller contact, vaak ook in functie van planning. Soms heeft men ook geen zicht op de persoonsgerichte informatie, omdat men nog maar recent is opgestart. Diensten gezinszorg zijn een telefonerende dienst, communicatie gebeurt hierdoor eerder vluchtig en voornamelijk één-op-één.

3.2 RESULTATEN ZIEKENHUIS – DIENSTEN GEZINSZORG

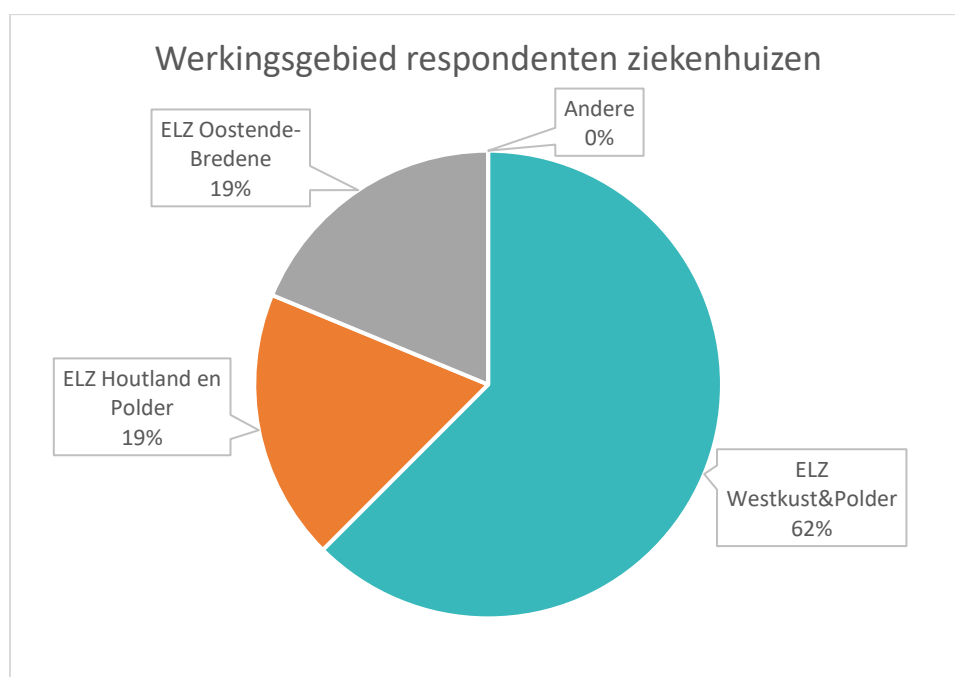
De vragenlijst werd verstuurd naar de contactpersonen van de zeven ziekenhuizen binnen het werkingsgebied van De Koepel vzw. Dit waren zowel transmuraal coördinatoren als zorgmanagers die op hun beurt de vragenlijst intern hebben doorgestuurd.

De vragenlijst werd uiteindelijk ingevuld door 16 personen, namelijk zes hoofdverpleegkundigen en tien maatschappelijk werkers van de sociale dienst.

De deelnemers komen hoofdzakelijk uit een algemeen ziekenhuis (n = 11, 69%), drie deelnemers (19%) komen uit een categoriaal ziekenhuis. De vragenlijst werd tevens ingevuld door iemand uit een herstelverblijf en iemand uit een revalidatieziekenhuis.

Op vlak van diensten werken vijf deelnemers op geriatrische diensten (31%) en vier op een SP-dienst (een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie) (31%). Andere deelnemers (n = 7, 44%) werken op meerdere diensten (bv. PAAZ en chirurgische dienst, geriatrie, diagnostische, intensieve en spoeddienst).

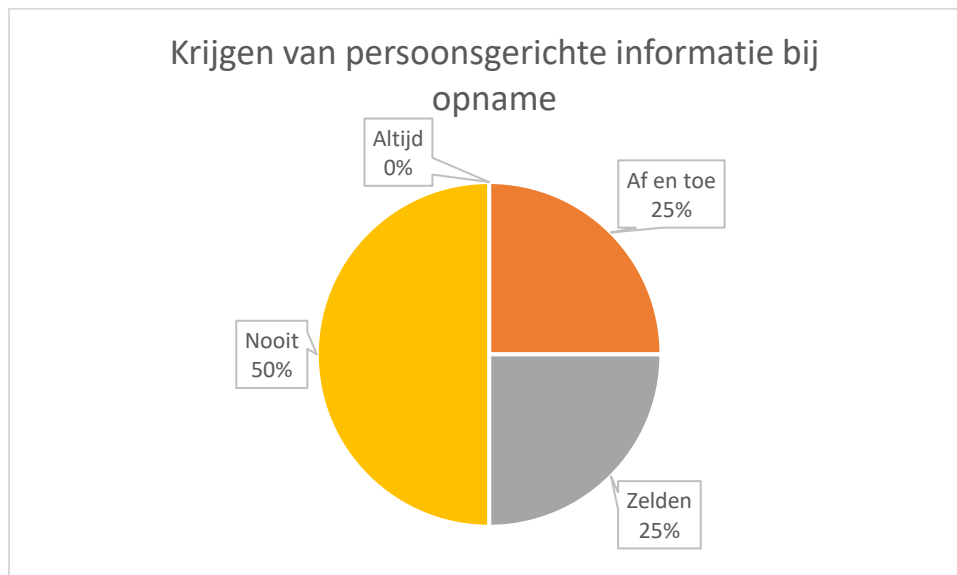
Onderstaande figuur geeft weer in welke eerstelijnszones de deelnemers werkzaam zijn. 62% (n = 10) is werkzaam in de ELZ Westkust&Polder, 19% (n = 3) in ELZ Oostende-Bredene en 19% (n = 3) in de eerstelijnszone Houtland en Polder.



Figuur 14 werkingsgebied respondenten ziekenhuizen

3.2.1 OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

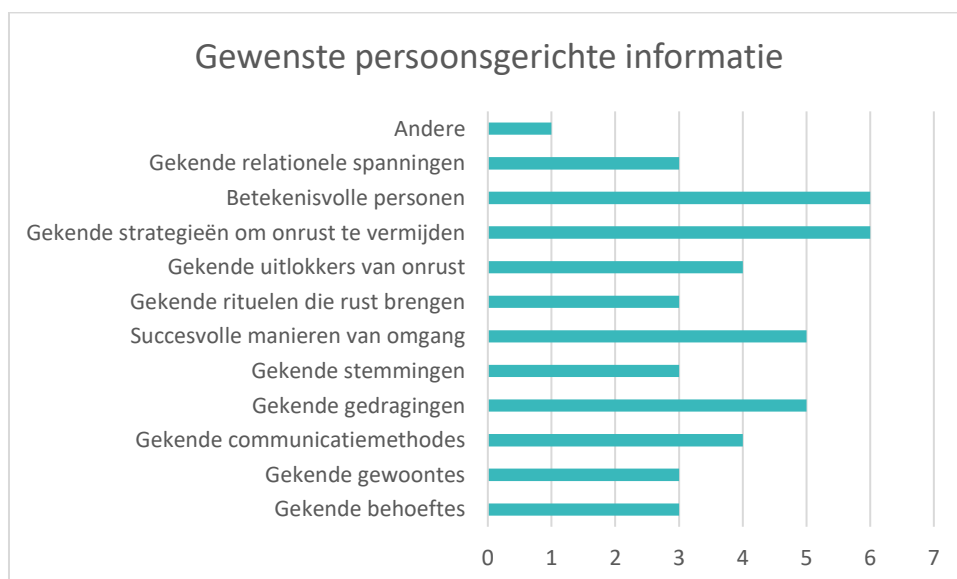
Bij opname van een persoon met dementie in het ziekenhuis, wordt nooit (n = 8, 50%) tot af en toe (n = 4, 25%) persoonsgerichte informatie gekregen vanuit de diensten gezinszorg. Vier deelnemers (25%) geven aan dat dit 'zelden' gebeurt. Geen enkele respondent geeft hierbij 'altijd' aan.



Figuur 15 krijgen van persoonsgerichte informatie van diensten gezinszorg bij opname in het ziekenhuis

Als reden om dit nooit te krijgen, geven zeven personen aan dat er geen contact is met de dienst gezinszorg bij opname. Eenmaal wordt ook aangegeven dat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht.

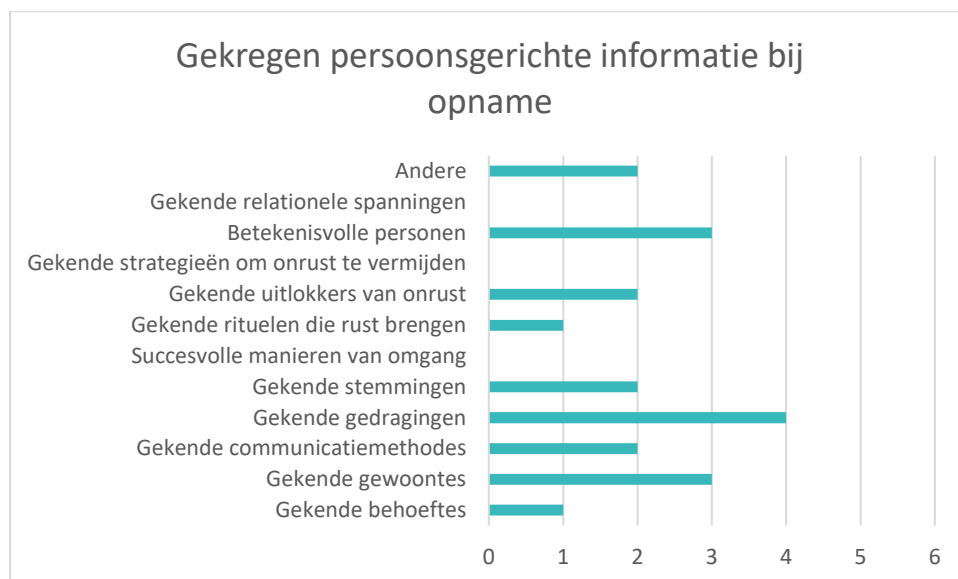
De persoonsgerichte informatie die deze groep voornamelijk zou willen krijgen omvat informatie over strategieën die onrust vermijden (n = 6) en informatie over betekenisvolle personen (n = 6).



Figuur 16 gewenste persoonsgerichte informatie bij opname in het ziekenhuis

Deze groep respondenten geeft aan dat er nooit (n = 1, 12%), zelden (n = 4, 50%) tot af en toe (n = 3, 38%) persoonsgerichte informatie wordt gekregen van een andere bron. Dit kan dan zowel van de mantelzorger komen al dan niet in combinatie met persoonsgerichte informatie van de huisarts, maar ook intern van de sociale dienst van het ziekenhuis of van de begeleider bij opname.

De persoonsgerichte informatie die wel wordt gekregen van de dienst gezinszorg bij opname zijn volgens de acht respondenten voornamelijk gekende gedragingen (n = 4). Succesvolle manieren van omgang, gekende strategieën om onrust te vermijden en gekende relationele spanningen worden niet gedeeld bij opname (n = 0).



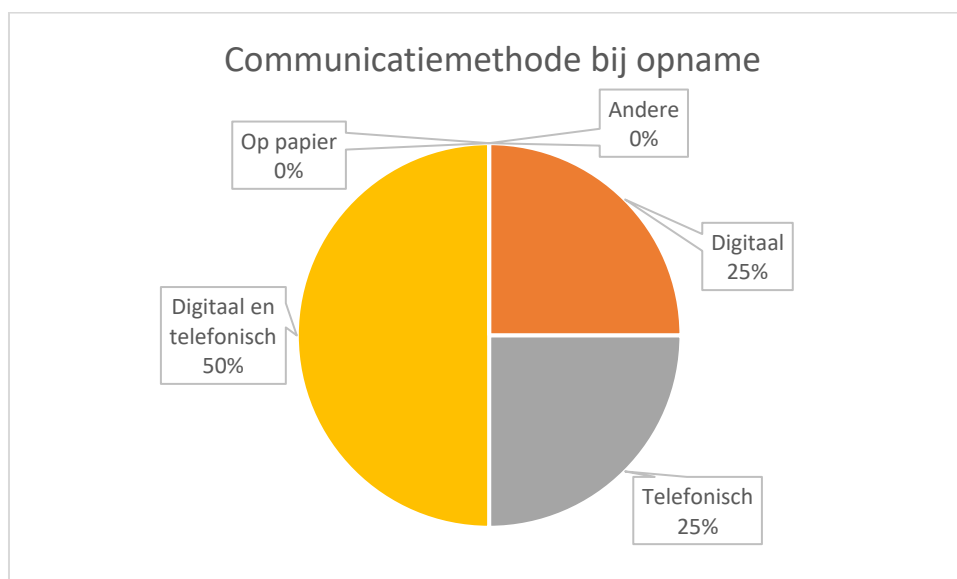
Figuur 17 gekregen persoonsgerichte informatie van de diensten gezinszorg bij opname in het ziekenhuis

Sommige respondenten geven aan één kenmerk te ontvangen, anderen krijgen informatie over zeven aspecten. Gemiddeld worden drie kenmerken gedeeld vanuit de diensten gezinszorg. Bij 'andere' verwijst men naar problemen binnen de thuiszorg en algemene informatie omtrent de thuissituatie en het functioneren van de patiënt.

De groep van respondenten uit het ziekenhuis zou graag nog meer informatie krijgen over hoe de huidige thuissituatie is, tips rond manier van omgang, wensen en communicatie, het bestaande netwerk en de haalbaarheid thuis.

De **voordelen** die men ziet bij persoonsgerichte informatieoverdracht bij opname is dat er zo meteen kan ingespeeld worden op de **noden** van de patiënt. Het kan ook leiden tot een **kwaliteitsvollere** aanpak tijdens de ziekenhuisopname en bij de voorbereiding van het vertrek uit het ziekenhuis. Verder leidt het ook tot een meer **persoonsgerichte aanpak** en kan men sneller meer gerichte therapie geven. Het bevordert de **communicatie** en het kennen van het netwerk rond de patiënt. Informatie uit professionele hoek kan zo ook getoetst worden aan de informatie die gekregen wordt vanuit de patiënt, mantelzorger en familie.

Er wordt aangegeven dat de informatie bij opname in het ziekenhuis steeds komt van de thuiszorgverantwoordelijke (n = 8, 100%). De persoonsgerichte informatie wordt ofwel telefonisch (n = 2, 25%) ofwel digitaal (n = 2, 25%) ofwel op beide manieren (n = 4, 50%) gedeeld.

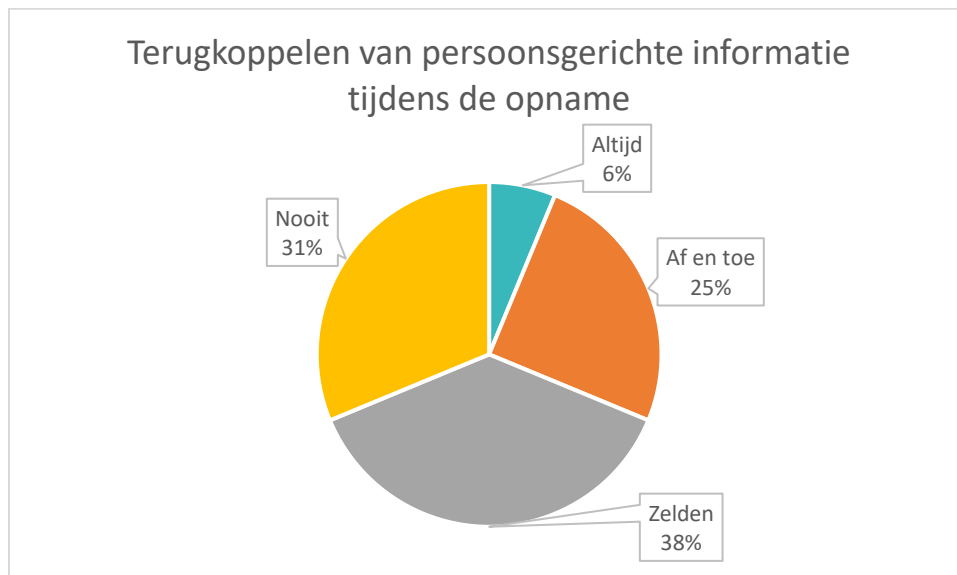


Figuur 18 communicatiemethode tussen dienst gezinszorg en ziekenhuis bij opname in het ziekenhuis

Als **aandachtspunt** wordt hierbij doorgegeven dat er op het moment van opname vooral medische informatie wordt gegeven en soms persoonsgerichte informatie via de mantelzorger aanwezig bij opname. Tijdens de opname krijgt de sociale dienst vaak informatie via de thuisverpleging en/of de huisarts als de sociale dienst met hen contact opneemt. De sociale dienst deelt de verkregen informatie met de afdeling. Digitale informatiedeling lijkt volgens één respondent goed te verlopen.

3.2.2 TIJDENS DE OPNAME

Het plaatsvinden van een tussentijdse terugkoppeling omtrent persoonsgerichte zorg tijdens de opname in het ziekenhuis gebeurt nooit (n = 5, 31%) tot altijd (n = 1, 6%). Het gebeurt bij 25% (n = 4) af en toe en bij 38% (n = 6) zelden.



Figuur 19 terugkoppelen van persoonsgerichte informatie tussen diensten gezinszorg en ziekenhuis tijdens opname

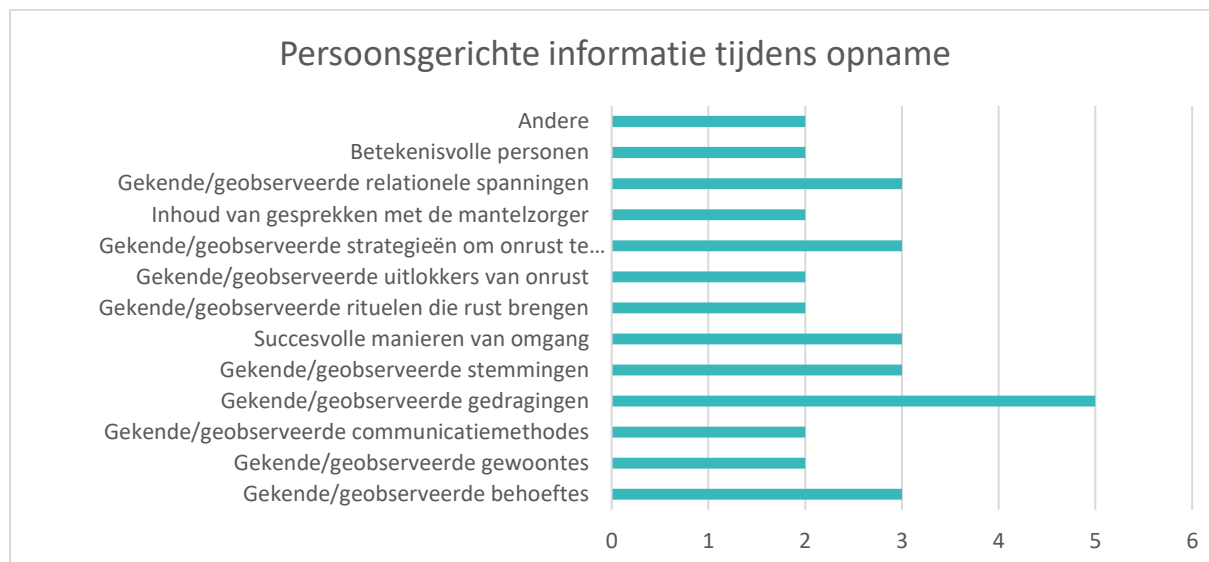
Als reden dat er 'nooit' tussentijdse terugkoppeling is van persoonsgerichte informatie tijdens de opname, geven drie personen uit het ziekenhuis (60%) aan dat er geen contact is met de dienst gezinszorg tijdens de opname. Eén iemand (20%) geeft aan dat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht.

De persoonsgerichte informatie wordt volgens deze groep respondenten tijdens de opname nooit (n = 1, 20%), zelden (n = 2, 40%) tot af en toe (n = 2, 40%) teruggekoppeld met andere bronnen. Dit gebeurt dan hoofdzakelijk met de mantelzorger (n = 4, 80%) en met de thuisverpleegkundige (n = 1, 20%).

Wanneer er wel contact is met de diensten gezinszorg tijdens de opname, geven zeven respondenten (64%) aan dit gebeurt met de thuiszorgverantwoordelijke. Eén persoon (9%) geeft aan dat de persoonsgerichte informatie teruggekoppeld wordt met de zorgcoördinator en twee personen spreken over de zorgpartner (18%). Bij andere (n = 1, 9%) geeft men ook de zorgkundige of de interne sociale dienst aan die dan op zijn beurt contact heeft met externen.

Twee respondenten (18%) geven aan dat tussentijdse terugkoppeling gebeurt om persoonsgerichte informatie te vragen aan de dienst gezinszorg. Dit omvat dan voornamelijk informatie over gekende communicatiemethodes en gekende strategieën om onrust te vermijden.

De meerderheid van de respondenten uit het ziekenhuis (n = 9, 82%) geeft en vraagt persoonsgerichte informatie tijdens de tussentijdse terugkoppeling met de dienst gezinszorg. Er komen dan verschillende aspecten aan bod. Het gaat het meest om gekende en geobserveerde gedragingen (n = 5).



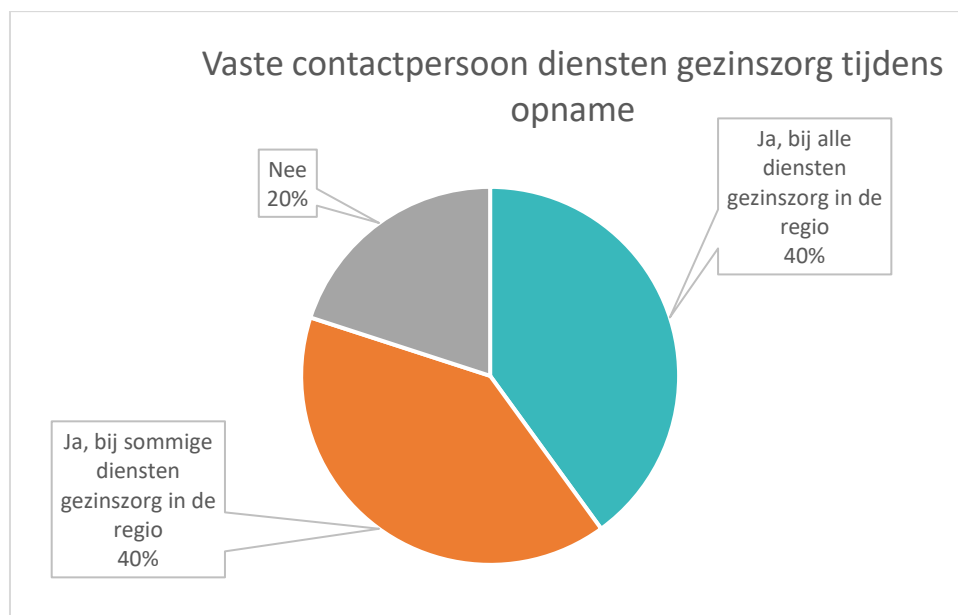
Figuur 20 gedeelde persoonsgerichte informatie tussen diensten gezinszorg en ziekenhuis tijdens opname

Er worden hierbij één tot negen aspecten gedeeld. Gemiddeld worden er vier zaken besproken. Bij 'andere' verwijst men naar het delen van het toekomstperspectief en geeft men aan dat de sociale dienst rechtstreeks contact heeft met de diensten gezinszorg en sporadisch met de thuisverpleging.

De volgende **voordelen** worden uit deze tussentijdse terugkoppeling gehaald:

- Voorbereiding en planning terugkeer naar huis en zo opvolging bespreekbaar maken.
- Er kan gerichte informatie gedeeld worden in het team (bv. met arts en verpleging).
- Door deze informatie-uitwisseling is er een beter contact met de patiënt mogelijk en kan men vlotter werken.
- Kennis zorgt ervoor dat men gericht kan doorverwijzen of zorgt dat men extra thuisondersteuning kan opstarten.

Dit tussentijds contact wordt volgens de deelnemers bij 73% geïnitieerd door het ziekenhuis ($n = 8$) en bij 27% ($n = 3$) door de diensten gezinszorg. Bij initiatie door het ziekenhuis weet 63% ($n = 5$) wie men moet bereiken. 40% ($n = 2$) van hen heeft dan ook een vaste contactpersoon bij alle diensten gezinszorg. Twee deelnemers (40%) hebben dit bij sommige diensten gezinszorg en één deelnemer (20%) geeft aan dit niet te hebben. Deze groep is er dan ook van overtuigd dat een vaste contactpersoon de informatieoverdracht zou kunnen bevorderen.



Figuur 21 vaste contactpersoon bij diensten gezinszorg tijdens de opname

Drie deelnemers (75%) weten wie te bereiken indien de vaste contactpersoon niet beschikbaar is. Eén iemand (25%) weet dit niet.

Als **aandachtspunt** worden volgende zaken doorgegeven:

- Mantelzorgers worden aangesproken tijdens de bezoeken. Diensten gezinszorg of huisartsen worden gecontacteerd door de sociale dienst die over alle contactgegevens beschikt.
- Niet alle informatie kan doorgegeven worden aan de thuiszorgdiensten. Medische zaken zijn de bevoegdheid van de arts, het is niet aan de sociale dienst om dit door te geven.

3.2.3 VERTREK UIT HET ZIEKENHUIS

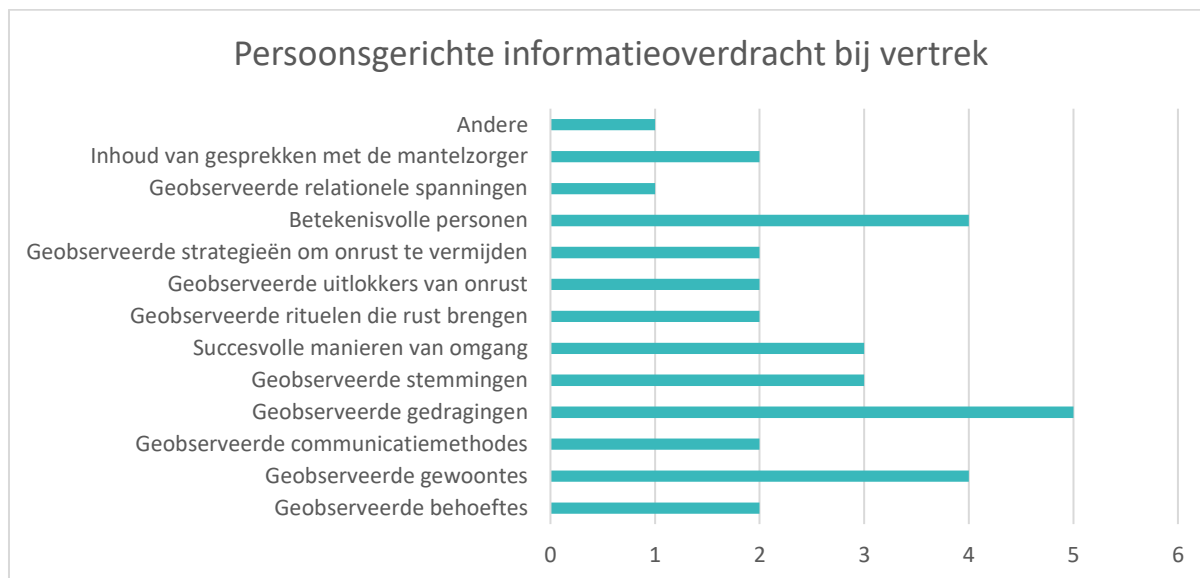
Men geeft aan nooit (n = 5, 31%) tot altijd (n = 3, 19%) persoonsgerichte informatie te geven aan de diensten gezinszorg bij vertrek uit het ziekenhuis. Acht deelnemers (50%) geven aan deze informatie 'af en toe' te geven bij vertrek uit het ziekenhuis.



Figuur 22 meegeven van persoonsgerichte informatie aan diensten gezinszorg bij vertrek uit het ziekenhuis

Bij 'nooit' geven de respondenten aan dat er geen contact is met de dienst gezinszorg bij vertrek of dat dit gebeurt door de sociale dienst. Soms gebeurt er wel een doorschakeling naar de hoofdverpleegkundige van de dienst om verdere informatie te geven over de verpleegkundige maar ook over de persoonsgerichte zorg. Ook het beroepsgeheim wordt hierbij in vraag gesteld. Deze groep geeft zelden (n = 2, 40%), af en toe (n = 2, 40%) tot altijd (n = 1, 20%) persoonsgerichte informatie aan een andere partner. Dit is dan bijvoorbeeld aan de mantelzorger, al dan niet samen met de thuisverpleegkundige of de persoon die de patiënt ophaalt.

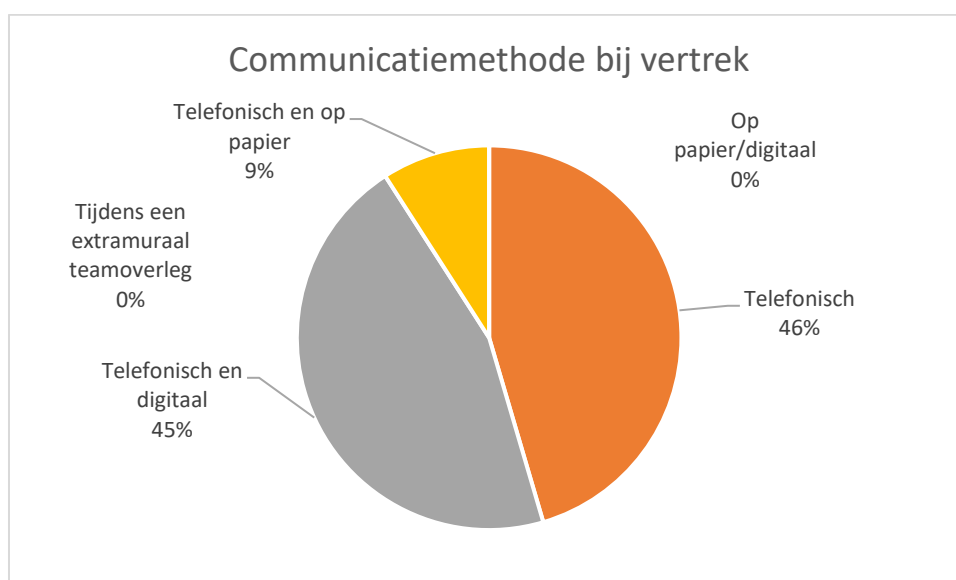
Wanneer men wel persoonsgerichte informatie deelt met de diensten gezinszorg bij vertrek uit het ziekenhuis, zijn dit meestal de geobserveerde gedragingen (n = 5). Geobserveerde relationele spanningen (n = 1) worden het minst gedeeld bij vertrek. Er worden één tot zes aspecten gedeeld, gemiddeld zijn het er drie.



Figuur 23 persoonsgerichte informatieoverdracht bij vertrek uit het ziekenhuis

De informatie wordt bij de meerderheid enkele dagen voor vertrek gedeeld (n = 10, 91%). Eén iemand (9%) geeft aan dat dit de dag voor vertrek gebeurt.

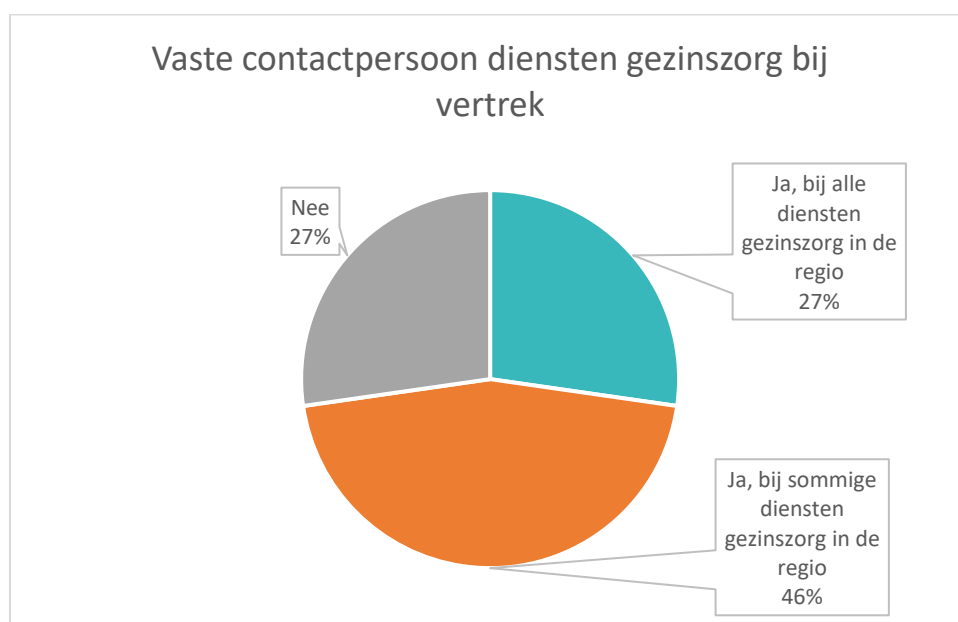
De informatieoverdracht gebeurt hoofdzakelijk telefonisch (n = 5, 46%) of telefonisch en digitaal (n = 5, 45%), gevolgd door de combinatie van telefonisch en op papier delen (n = 1, 9%).



Figuur 24 communicatiemethode bij vertrek uit het ziekenhuis

Eén persoon (9%) geeft aan de persoonsgerichte informatie te delen met de zorgpartner, negen personen (82%) delen dit met de thuiszorgverantwoordelijke en een andere persoon (9%) deelt dit met de zorgcoördinator. Ook de contactpersoon van de telefooncentrale en de vertrouwde zorgkundige van de patiënt worden benoemd.

De meerderheid van de respondenten (n = 5, 46%) geeft aan bij sommige diensten gezinszorg een vaste contactpersoon te hebben. Drie respondenten (27%) hebben dit bij alle diensten gezinszorg en drie (27%) geven aan geen vaste contactpersoon te hebben. Bij deze laatste groep geven twee van de drie personen (66%) aan dat een vaste contactpersoon de informatieoverdracht zou kunnen bevorderen.



Figuur 25 vaste contactpersoon bij diensten gezinszorg bij vertrek uit het ziekenhuis

De meerderheid (n = 5, 63%) weet bij wie men terecht kan indien de vaste contactpersoon niet beschikbaar is, de andere drie personen (37%) weten dit niet.

69% (n = 11) geeft aan dat er voldoende tijd is tussen de ontslagplanning en het effectieve ontslag om persoonsgerichte informatie te delen met de diensten gezinszorg. Vijf personen (31%) geven aan dat dit niet het geval is en lichten hierbij toe dat de personen met dementie vaak snel ontslaan worden wegens ziekenhuisverwardheid, er is dus een grote turnover. Verder is het ook casusafhankelijk en is er meer personeel nodig om alle patiënten te kunnen opvolgen.

Wanneer er een aanvraag is tot opstart diensten gezinszorg bij een niet-gekende persoon met dementie wordt doorgegeven dat de sociale dienst dit opneemt. Men geeft hierbij zoveel mogelijk info door, maar niet tot in detail. Ook via de ergotherapeut wordt persoonsgerichte informatie gedeeld.

Er worden ook nog enkele algemene **aandachtspunten** bij vertrek van een persoon met dementie uit het ziekenhuis doorgegeven:

- Een ziekenhuisopname is te kort om de patiënt volledig te leren kennen, het is belangrijk om informatie door te krijgen uit de thuissituatie.

- Wordt de informatie intern bij de diensten gezinszorg doorgegeven?
- Het is belangrijk tijd te maken voor de mantelzorger, naast de informatie voor de huisarts en thuisverpleging.

3.2.4 GOOD PRACTICES

Er worden twee good practices gedeeld in kader van de persoonsgerichte informatiedeling bij personen met dementie tussen het ziekenhuis en de diensten gezinszorg, namelijk:

- Het gebruik van een moodboard.
- Het organiseren van een MDO voor ontslag, waar alle thuiszorgdiensten gelijkgesteld zijn.

3.2.5 ROL VAN DE MANTELZORGER

14 deelnemers (88%) geven aan dat de mantelzorger betrokken wordt in de volledige cyclus van opname – verblijf – vertrek in kader van het delen van persoonsgerichte informatie. Twee deelnemers (12%) geven aan dit niet gebeurt. Als reden geeft men aan dat de nadruk op de medische informatie-overdracht ligt en dat de focus ook ligt op het optimaliseren van de thuiszorg.

De meerwaarde om de mantelzorger wel te betrekken op vlak van het delen van persoonsgerichte informatie, wordt gezien in volgende zaken:

- In kader van kwaliteit van zorg.
- Wanneer de mantelzorger onvoldoende op de hoogte is, wordt de juiste informatie gedeeld om zo een meerwaarde te betekenen in de veiligheid thuis.
- De mantelzorger staat centraal bij het succes van ontslag naar huis.
- Het zorgt voor persoonsgerichte zorg.
- Er is beter onderling contact, men staat meer op dezelfde lijn.
- In kader van het afstemmen van de ontslagplanning.
- Het biedt erkenning maar indien nodig ook ondersteuning aan de mantelzorger.

3.2.6 ALGEMEEN

Tien deelnemers (63%) geven aan dat het uitwisselen van persoonsgerichte informatie niet anders is wanneer het niet gaat om een persoon met dementie. Zes personen (37%) geven aan dat dit wel anders is. Dit gaat dan hoofdzakelijk om de inhoud van de informatie-uitwisseling (66%), gevolgd door het moment van de informatie-uitwisseling (34%).

3.2.7 INTERVISIE EN NETWERKEN

De meerderheid (n = 7, 44%) van de deelnemers uit de ziekenhuizen geeft aan de werking van alle diensten gezinszorg in de regio voldoende te kennen. Vier deelnemers (25%) kennen de werking van sommige diensten gezinszorg in de regio en vijf respondenten (31%) geven aan de werking onvoldoende te kennen. 31% (n = 5) heeft nood om de werking (nog) beter te leren kennen en 25% (n = 4) is bereid om hiervoor deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

3.2.8 BESLUIT PERSOONSGERICHTE INFORMATIEDELING ZIEKENHUIS MET DIENSTEN GEZINSZORG

Deze vragenlijst werd ingevuld door respondenten uit de **ziekenhuizen** met als doel de persoonsgerichte informatiedeling met de diensten gezinszorg bij opname, tijdens opname en bij vertrek uit het ziekenhuis in kaart te brengen.

De vragenlijst werd ingevuld door 16 deelnemers, zes personen zijn hoofdverpleegkundigen, tien personen zijn maatschappelijk werkers van de sociale dienst. De respondenten komen hoofdzakelijk uit algemene ziekenhuizen (69%).

Het krijgen van persoonsgerichte informatie vanuit de diensten gezinszorg **bij opname** in het ziekenhuis gebeurt hoofdzakelijk 'nooit' (50%). Het vindt in 25% zelden plaats en in 25% af en toe. Dit gaat dan voornamelijk over het krijgen van informatie over gekende gedragingen. De informatiedeling gebeurt hoofdzakelijk door een combinatie van telefonische en digitale communicatie (50%).

Tijdens de opname is er bij 38% zelden persoonsgerichte informatiedeling. Bij 31% gebeurt het nooit, bij 25% af en toe en bij 6% altijd. Wanneer er persoonsgerichte informatie wordt gedeeld, gebeurt dit zowel om persoonsgerichte informatie te bevragen als te delen (82%). Het gaat voornamelijk om gekende en geobserveerde gedragingen. Het contact wordt hierbij hoofdzakelijk (73%) geïnitieerd door het ziekenhuis zelf. Tijdens de opname heeft 20% van de respondenten uit het ziekenhuis geen vaste contactpersoon bij de diensten gezinszorg maar is iedereen wel overtuigd van de meerwaarde van een vaste contactpersoon.

Bij **vertrek** uit het ziekenhuis wordt er bij 50% af en toe persoonsgerichte informatie gegeven aan de diensten gezinszorg. Bij 31% gebeurt dit nooit en bij 19% altijd. Wanneer persoonsgerichte informatie wel plaatsvindt, gaat dit voornamelijk om geobserveerde gedragingen en wordt de informatie hoofdzakelijk telefonisch gedeeld (46%). Ook de combinatie van telefonisch en digitaal delen komt vaak voor (45%). 27% van de deelnemers heeft bij dit scharniermoment geen vaste contactpersoon bij de diensten gezinszorg maar 66% is wel overtuigd van de meerwaarde van het hebben van een vaste contactpersoon.

De informatiedeling is volgens 37% van de respondenten anders wanneer het niet gaat om een persoon met dementie.

De mantelzorger wordt door 88% van de respondenten uit het ziekenhuis betrokken doorheen de cyclus van opname – verblijf – vertrek uit het ziekenhuis.

31% heeft nood om de werking van de ziekenhuizen te leren kennen en 25% is dan ook bereid om deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

3.3 VERGELIJKING DIENSTEN GEZINSZORG - ZIEKENHUIS

Wanneer antwoorden van de diensten gezinszorg vergeleken worden met de antwoorden van de medewerkers van het ziekenhuis, worden enkele discrepanties vastgesteld:

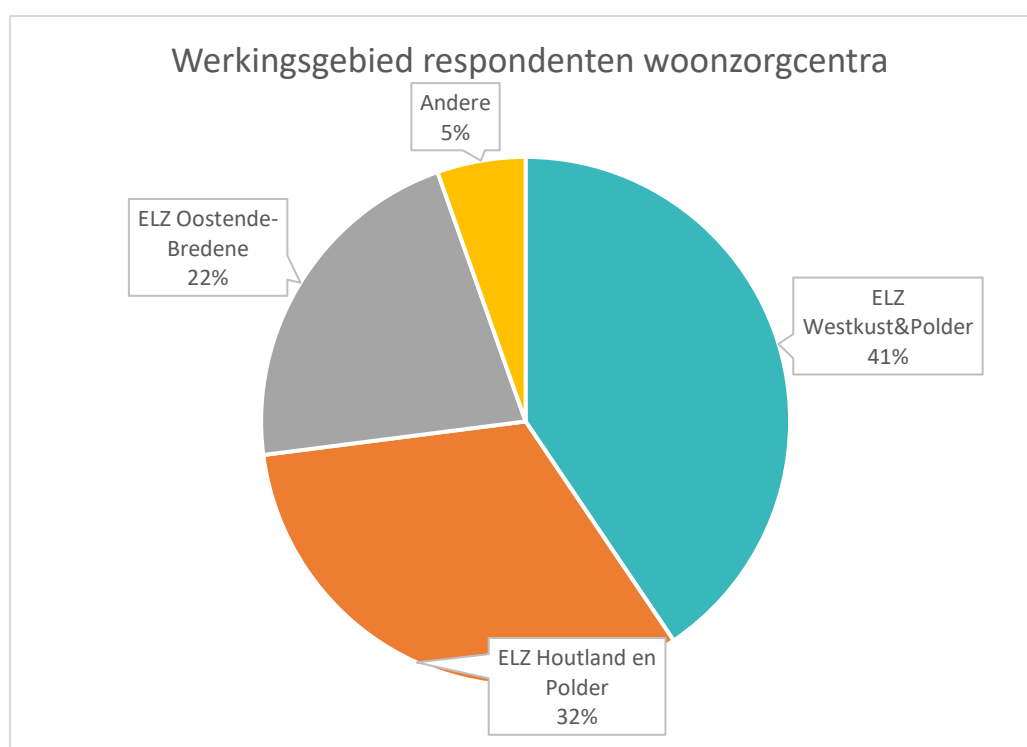
	Diensten gezinszorg	Ziekenhuis
Persoonsgerichte informatie geven/krijgen bij opname	11% geeft dit nooit	50% krijgt dit nooit
Aantal gedeelde elementen	Vijf	Drie
Communicatiemethode bij opname	56% telefonisch 22% combinatie van digitaal en telefonisch	25% telefonisch 50% combinatie van digitaal en telefonisch
Persoonsgerichte informatie geven/krijgen tijdens opname	33% geeft aan dat dit nooit of zelden gebeurt	69% geeft aan dat dit nooit of zelden gebeurt
Aantal gedeelde elementen	Zeven	Vier
Initiatie contact tijdens opname	86% door diensten gezinszorg	27% door diensten gezinszorg
Persoonsgerichte informatie geven/krijgen bij vertrek	0% krijgt dit altijd	19% geeft dit altijd
Aantal gedeelde elementen	Vier	Drie
Communicatiemethode bij vertrek	56% telefonisch 22% telefonisch en digitaal 22% extramuraal teamoverleg	46% telefonisch 45% telefonisch en digitaal 0% extramuraal teamoverleg
Tijdstip communicatie bij vertrek	38% krijgt dit enkele dagen voor vertrek	91% geeft dit enkele dagen voor vertrek
Nood om werking beter te leren kennen	77%	31%
Deelnemen aan initiatieven	44%	25%

3.4 RESULTATEN WOONZORGCENTRA

De vragenlijst werd verstuurd naar 38 woonzorgcentra in het werkingsgebied van Sibe. De vragenlijst werd zowel verstuurd naar algemene e-mailadressen als naar specifieke contactpersonen (bv. referentiepersonen dementie).

De vragenlijst werd uiteindelijk ingevuld door 37 respondenten, namelijk 20 hoofdverpleegkundigen (54%), 12 maatschappelijk werkers van de sociale dienst (32%) en vijf 'andere' (14%). Bij deze laatste groep gaat dit om directieleden, coördinatoren, woonzorgcoördinatoren en referentiepersonen dementie.

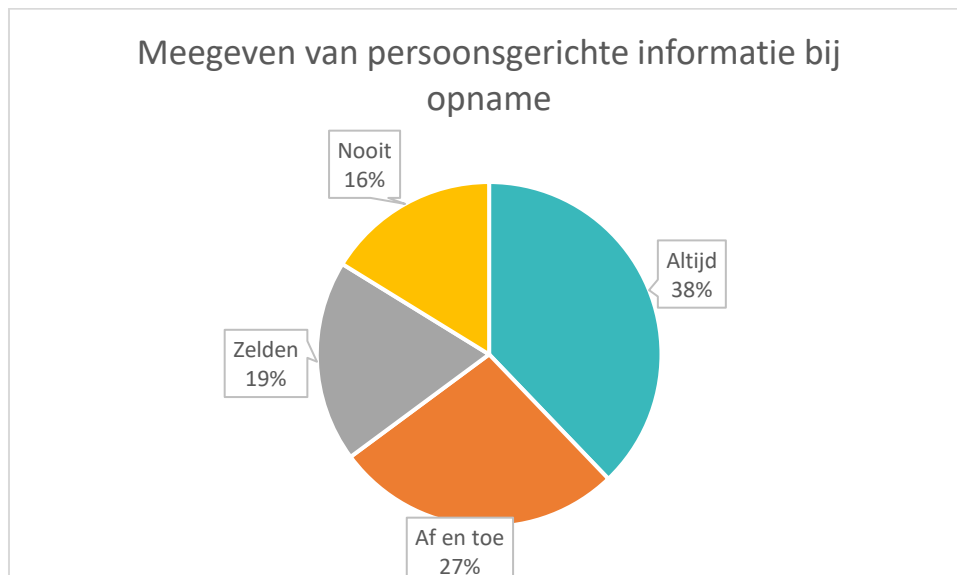
Onderstaande figuur geeft weer in welke eerstelijnszones de deelnemers werkzaam zijn. 41% (n = 15) is werkzaam in de ELZ Westkust&Polder, 32% (n = 12) in de eerstelijnszone Houtland en Polder en 22% (n = 8) in de ELZ Oostende-Bredene. Bij andere (n = 2, 5%) werd geen eerstelijnszone aangeduid of werd de naam van het woonzorgcentrum genoteerd.



Figuur 26 werkingsgebied respondenten woonzorgcentra

3.4.1 OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

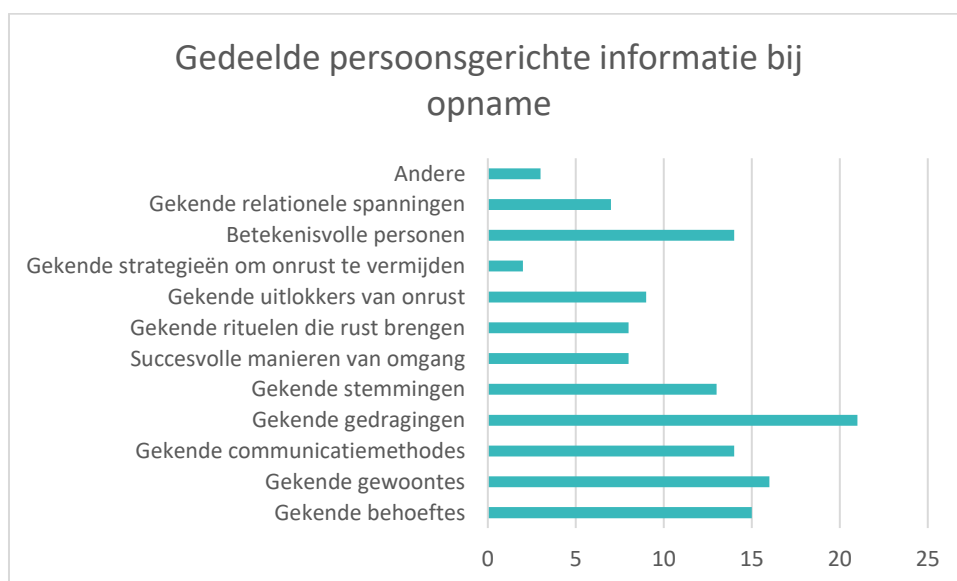
Bij opname van een persoon met dementie in het ziekenhuis wordt door de woonzorgcentra nooit (n = 6, 16%) tot altijd (n = 14, 38%) persoonsgerichte informatie gegeven aan het ziekenhuis. Tien personen (27%) duiden aan dat dit af en toe gebeurt, zeven personen (19%) geven 'zelden' aan.



Figuur 27 meegeven van persoonsgerichte informatie door woonzorgcentra bij opname in het ziekenhuis

Als reden om dit nooit te doen, geeft met aan dat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht (n = 5, 71%), twee personen geven aan dat er geen contact is met het ziekenhuis bij opname (29%).

De persoonsgerichte informatie die wel wordt gegeven zijn voornamelijk gekende gedragingen (n = 21). Gekende strategieën die onrust vermijden (n = 2) worden het minst doorgegeven bij opname.



Figuur 28 gedeelde persoonsgerichte informatie tussen woonzorgcentra en ziekenhuis bij opname

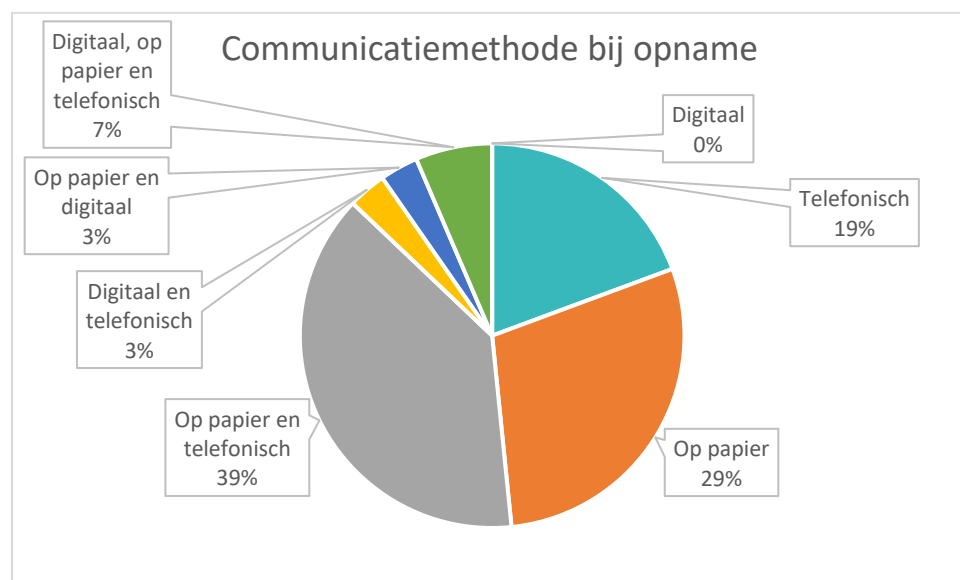
Sommige respondenten geven aan één kenmerk door te geven, anderen geven informatie over de 11 kenmerken door. Gemiddeld worden vier kenmerken gedeeld. Bij 'andere' verwijst men naar het geriatrisch zorgplan waar alles in detail vermeld staat, naar de telefonische overdracht en geeft met aan dat het afhangt van de dienst die al dan niet openstaat voor deze informatie.

De **voordelen** die gezien worden is dat men door het delen van deze persoonsgerichte informatie kan bijdragen tot een **goede zorg** en verzorging wat zich vertaalt in beter **comfort**, minder prikkels en een minder ingrijpende ervaring voor de bewoner. Men kan sneller signalen oppikken en anticiperen en zo is er minder risico op ontsporend gedrag en is de bewoner **rustiger**. Hierdoor is er eveneens **tijds winst** voor de hulpverleners in ziekenhuis. Het gedrag wordt beter begrepen en men kan er correct mee omgaan. Dit zorgt voor de meest **afgestemde zorg (zorg op maat)**, leidt tot meer **vertrouwen** en tot een betere **kwaliteit** van zorg.

De opmerking wordt ook gegeven dat bij een verandering naar een ander woonzorgcentrum er meer informatie wordt doorgegeven. Men stoot soms op het feit dat papieren verloren gaan bij opname op spoed of bij transfer naar andere afdelingen. Ook de GDPR-wetgeving zorgt voor hinder.

De persoonsgerichte informatie wordt vaak op verschillende manieren gedeeld. Het gebeurt hoofdzakelijk op papier en telefonisch (n = 12, 39%), gevolgd door het enkel delen op papier (n = 9, 29%) en het enkel telefonisch delen (n = 6, 19%). Het digitaal delen gebeurt steeds in combinatie met het delen op papier (n = 1, 3%) of in combinatie met het telefonisch delen (n = 1, 3%). Sommige respondenten gebruiken ook de drie communicatiemethodes (n = 2, 7%).

Als aanvulling geeft men ook nog door dat persoonsgerichte informatie soms mondeling wordt gedeeld met de ambulancier of dat de zorgverlener meegaat naar het ziekenhuis.

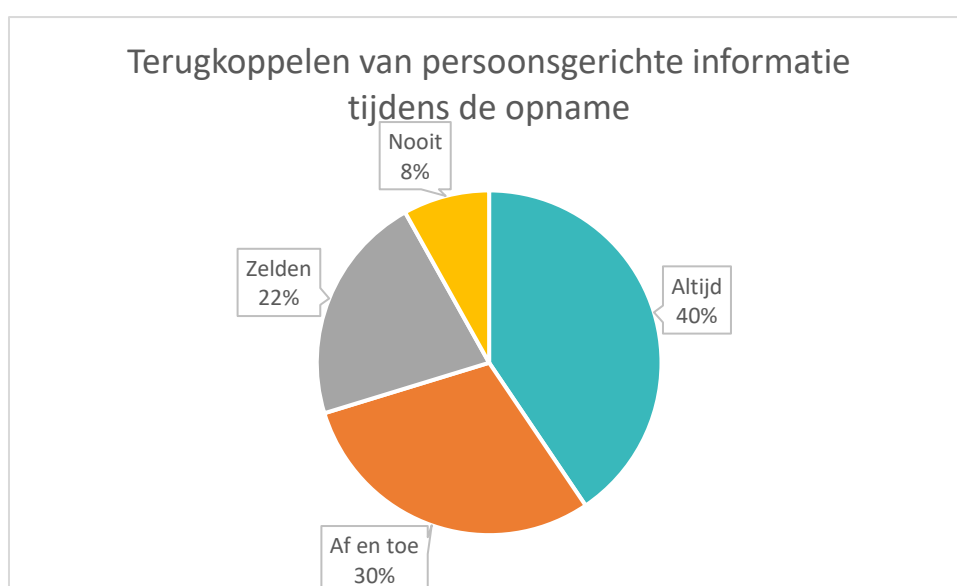


Figuur 29 communicatiemethode tussen woonzorgcentrum en ziekenhuis bij opname

Als **aandachtspunt** wordt hierbij doorgegeven dat ook de **levensgeschiedenis** van de bewoner belangrijk is om mee te nemen, ook omgangsadvis, karakteriële kenmerken en eventuele slikproblemen zijn belangrijk. Men geeft verder aan dat veel gegevens verloren gaan waardoor de opname moeilijker verloopt. Men geeft ook aan dat ziekenhuizen niet steeds openstaan voor deze informatie en hier ook niet steeds rekening mee houden. Bij onvoldoende informatie kan men wel het WZC opbellen. Er is eveneens te weinig terugkoppeling van de opname.

3.4.2 TIJDENS DE OPNAME

Het plaatsvinden van een tussentijdse terugkoppeling omtrent persoonsgerichte zorg tijdens de opname in het ziekenhuis gebeurt volgens de respondenten van de woonzorgcentra nooit (n = 3, 8%) tot altijd (n = 15, 40%). Dit laatste komt ook het meest frequent voor. Acht personen (22%) geven aan dat dit zelden gebeurt en 11 personen scoren 'af en toe' (30%).



Figuur 30 terugkoppelen van persoonsgerichte informatie tussen woonzorgcentrum en ziekenhuis tijdens opname

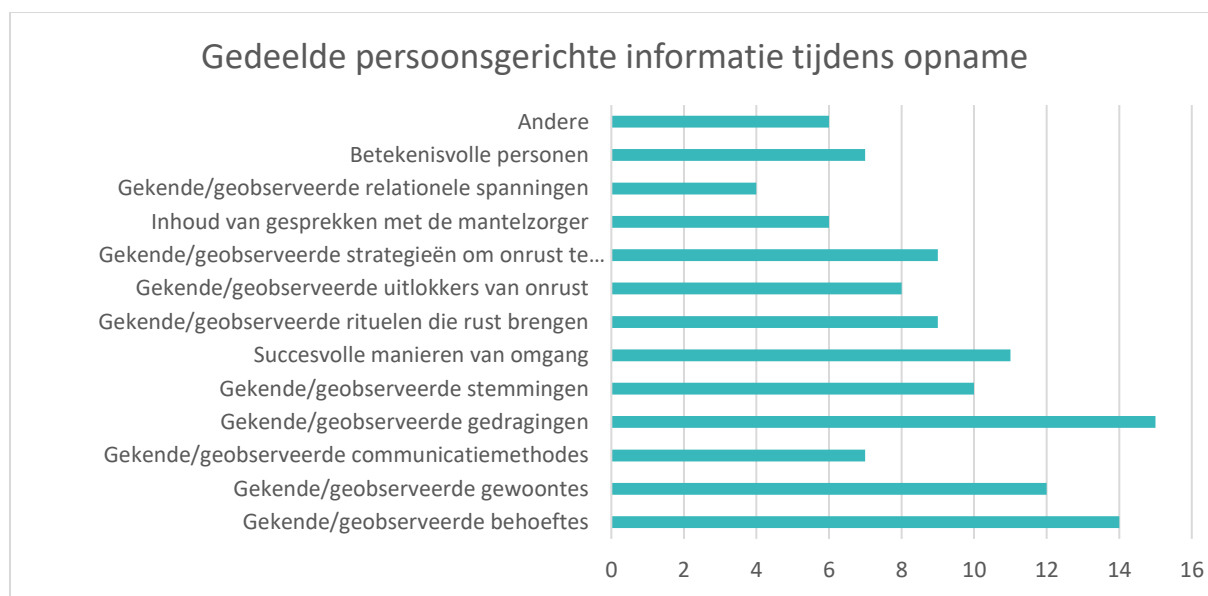
Als reden dat dit nooit gebeurt, geven alle respondenten (n = 3, 100%) aan dat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht. Twee van hen geven bijkomend ook aan dat er geen contact is met het ziekenhuis tijdens de opname.

Wanneer er wel contact is met het ziekenhuis tijdens de opname geven vijf respondenten (16%) aan dit gebeurt met de sociale dienst van het ziekenhuis, 17 personen (55%) geven aan dat het contact verloopt via de hoofdverpleegkundige en acht geven beide aan (26%). Bijkomend wordt ook contact met andere paramedici (bv. ergotherapeut, logopedist), verpleegkundigen en medewerkers van de afdeling doorgegeven.

Twee respondenten (6%) geven aan dat dit is om persoonsgerichte informatie te geven is aan het ziekenhuis. Dit omvat dan voornamelijk gekende behoeftes (n = 2) en gekende gedragingen (n = 2). Zes personen uit de woonzorgcentra doen dit om persoonsgerichte informatie te vragen (18%). Dit gaat meestal om geobserveerde behoeftes (n = 2) en geobserveerde stemmingen (n = 2).

De meerderheid (n = 26, 76%) geeft en vraagt persoonsgerichte informatie tijdens de tussentijdse terugkoppeling met het ziekenhuis. Er komen dan heel wat verschillende aspecten aan bod. Het gaat het meest om de gekende en geobserveerde gedragingen (n = 15) en het minst om gekende/geobserveerde relationele spanningen (n = 4).

Er worden hierbij één tot 12 aspecten gedeeld. Gemiddeld worden er vijf zaken besproken. Bij 'andere' verwijst men naar informatie omtrent de gezondheidstoestand, wijzigingen in zorg en gedrag en het algemene verloop van het verblijf.



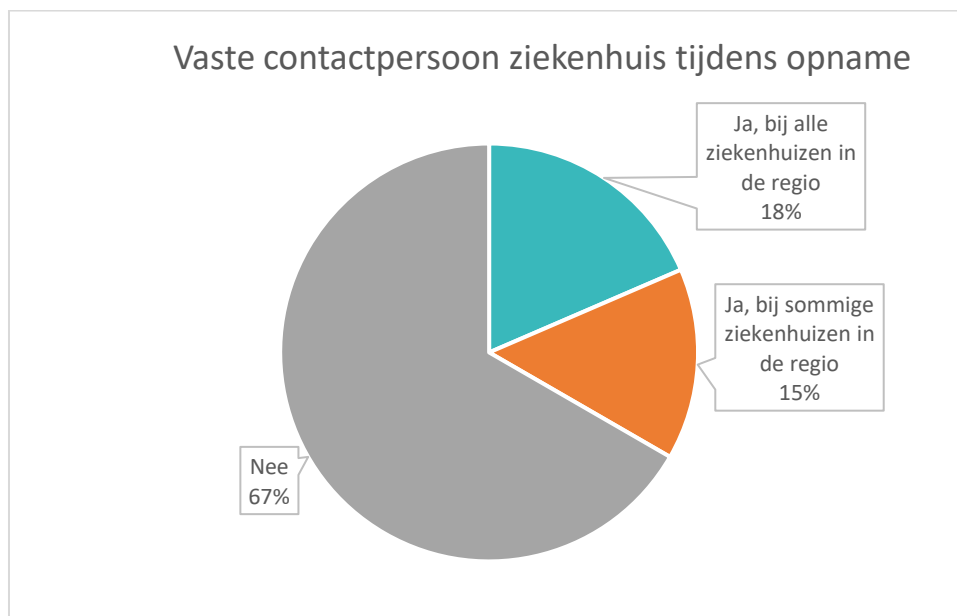
Figuur 31 gedeelde persoonsgerichte informatie tussen woonzorgcentra en ziekenhuis tijdens opname

De volgende **voordelen** worden uit deze tussentijdse terugkoppeling gehaald:

- Men kan informatie delen over eventuele aandachtspunten bij de verzorging, maar ook toekomstgerichte en praktische informatie.
- Men kan kennis krijgen over de gezondheidstoestand van de bewoner.
- Men kan zich voorbereiden op de eventuele terugkomst en zo de zorg afstemmen.
- Men kan anticiperen op eventuele problemen.
- Men kan ook zo de familie informeren.
- Men kan elkaar ondersteunen met als doel een goede beleving van de zorg van de bewoner te bekomen.
- Men kan leren van elkaar (bv. ook successtrategieën overnemen).

De opmerking wordt eveneens gegeven dat men soms nooit informatie krijgt uit het ziekenhuis en dat men zich hierbij verschuilt achter de GDPR-wetgeving. Als good practice wordt bij dit luik het tweewekelijks overleg met de sociale dienst van het ziekenhuis doorgegeven.

Het contact wordt bij de meerderheid van de respondenten het meest geïnitieerd door het woonzorgcentrum zelf (n = 31, 91%). 87% van hen (n = 27) geeft aan te weten wie te bereiken binnen het ziekenhuis. Vijf van deze respondenten (19%) geven aan bij alle ziekenhuizen in de regio een vaste contactpersoon te hebben, vier (15%) bij sommige ziekenhuizen in de regio en 18 anderen (66%) geven aan dit niet te hebben. Voor deze laatste twee groepen zou het hebben van een vaste contactpersoon volgens 68% de informatieoverdracht kunnen bevorderen. Anderen geven aan dat de persoon van de dienst zelf de bewoner het best kent en dat het dus telkens de persoon van de dienst moet zijn die gecontacteerd moet worden.



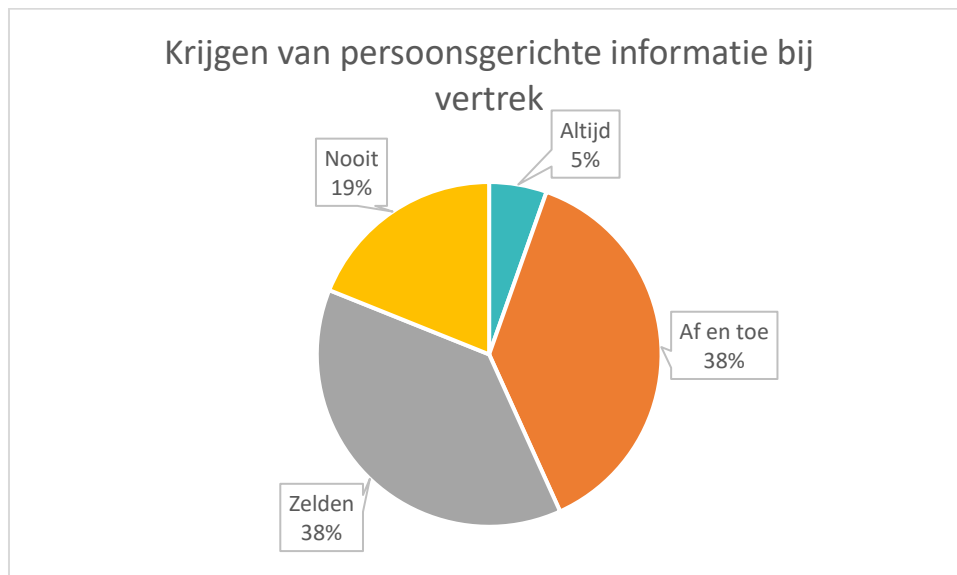
Figuur 32 vaste contactpersonen in ziekenhuis tijdens opname

Wanneer de vaste contactpersoon niet bereikbaar is, geven zeven respondenten (77%) aan te weten bij wie ze wel terecht kunnen.

Als aandachtspunt wordt meegegeven dat de aanpassing van het bewonersdossier met deze elementen en de integratie in de hospitalisatiefiche een voordeel zou kunnen opleveren. De informatieoverdracht wordt vaak als eenrichtingsverkeer ervaren. Door het delen van informatie tijdens de opname kan men echter wel tijdig handelen. Als good practice wordt het mailen naar een algemeen adres doorgegeven. Zij sturen de vraag dan door naar de bevoegde persoon.

3.4.3 VERTREK UIT HET ZIEKENHUIS

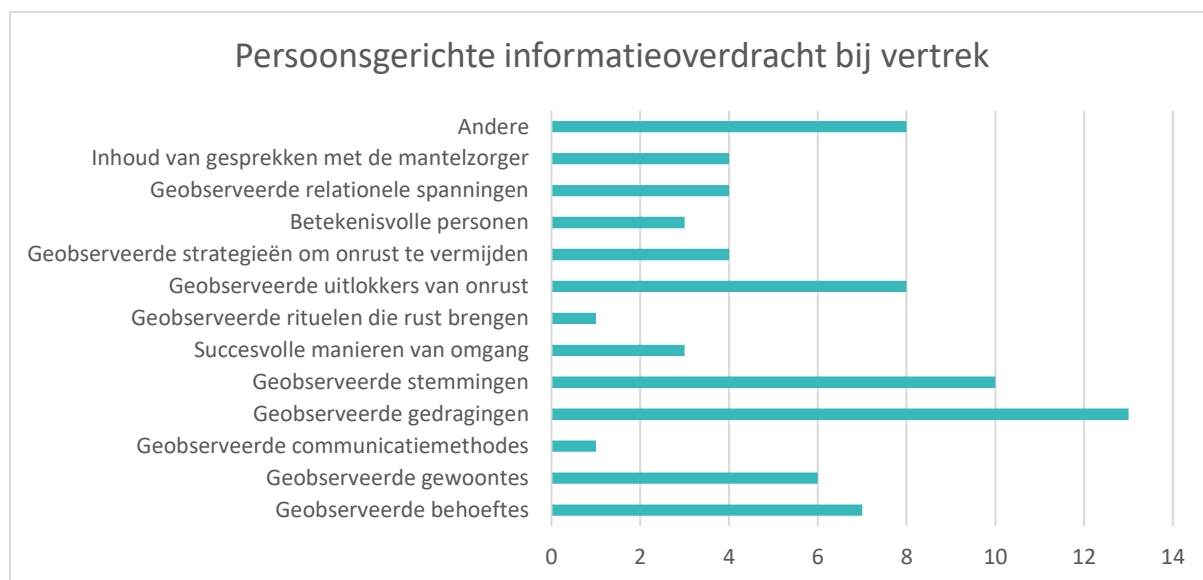
Woonzorgcentra geven aan nooit (n = 7, 19%) tot altijd (n = 2, 5%) persoonsgerichte informatie te krijgen bij vertrek uit het ziekenhuis. 38% deelnemers (n = 14) geven aan zelden deze informatie te krijgen en 38% (n = 14) krijgt dit af en toe.



Figuur 33 krijgen van persoonsgerichte informatie in woonzorgcentra bij vertrek uit het ziekenhuis

Bij 'nooit' geven de respondenten uit de woonzorgcentra hoofdzakelijk aan dat dit komt doordat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht bij het vertrek. Ook is het geen contact hebben met het ziekenhuis een oorzaak die tweemaal wordt aangehaald. Deze personen zouden voornamelijk wel meer willen weten over de geobserveerde gedragingen (n = 6).

Wanneer men wel persoonsgerichte informatie krijgt, zijn dit meestal de geobserveerde gedragingen (n = 13). Geobserveerde communicatiemethodes (n = 1) en geobserveerde rituelen die rust brengen (n = 1) worden het minst gedeeld. Bij andere geeft men informatie over medicatie en verdere afspraken aan.



Figuur 34 persoonsgerichte informatieoverdracht naar woonzorgcentra bij vertrek uit het ziekenhuis

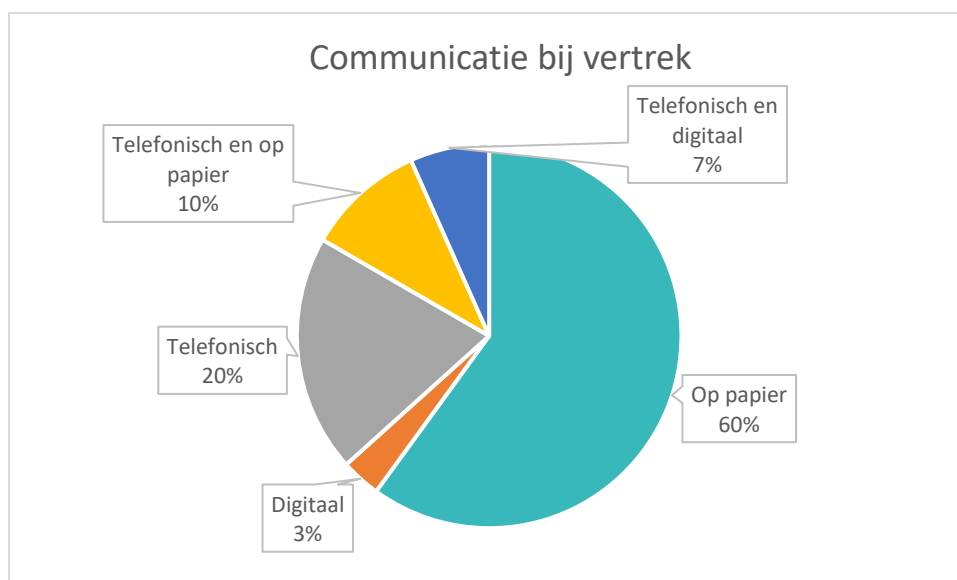
Er worden hier één tot zeven aspecten gedeeld. Gemiddeld worden drie elementen gedeeld bij vertrek.

De informatie wordt volgens de woonzorgcentra enkele dagen voor vertrek tot de dag na vertrek gedeeld. Dit is zeer afhankelijk en kan variëren. Bij 50% (n = 15) gebeurt de informatieoverdracht de dag van het vertrek. Bij 20% (n = 6) gebeurt dit de dag voor vertrek en bij 10% (n = 3) enkele dagen voor vertrek. Bij 3% (n = 1) gebeurt dit de dag na vertrek. Bij andere geeft men aan dat dit bij aankomst in het WZC wordt gedeeld.



Figuur 35 tijdstip persoonsgerichte informatieoverdracht naar het woonzorgcentrum bij vertrek uit het ziekenhuis

De informatieoverdracht gebeurt bij vertrek uit het ziekenhuis hoofdzakelijk op papier (n= 18, 60%) en vervolgens ook telefonisch (n = 6, 20%). Soms worden communicatiemethodes ook gecombineerd: drie respondenten geven de combinatie telefonisch en op papier aan (10%) en twee personen geven telefonisch en digitaal aan (7%). Eén respondent geeft tot slot ook aan de informatie digitaal te ontvangen bij vertrek (3%).

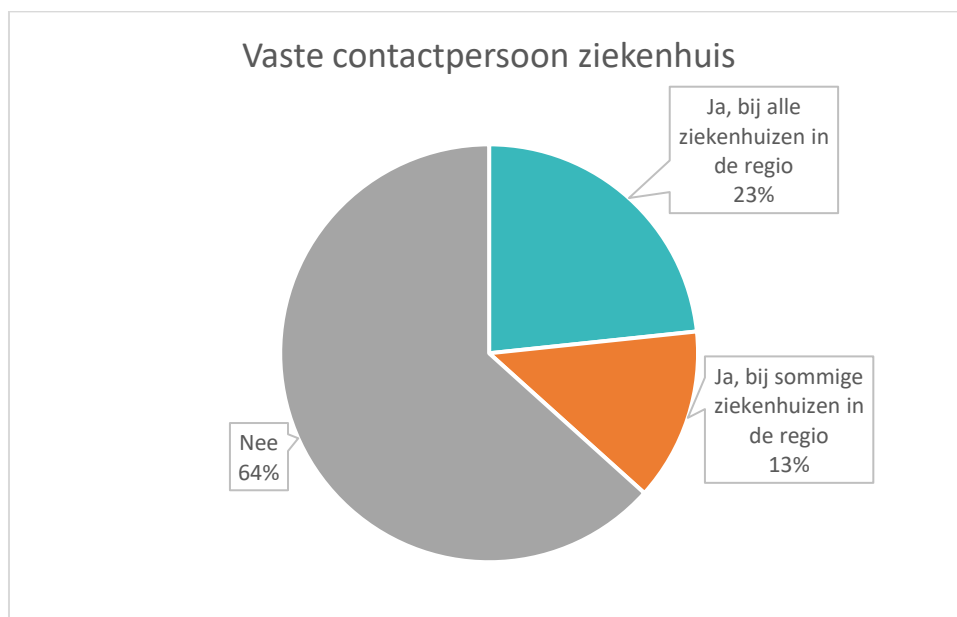


Figuur 36 communicatiemethode naar woonzorgcentra bij vertrek uit het ziekenhuis

53% (n = 16) van de respondenten uit de woonzorgcentra geven aan dat informatie steeds komt van de hoofdverpleegkundige van het ziekenhuis, 30% (n = 9) krijgt de informatie van de sociale dienst. Vijf respondenten (16%) geven aan dat de informatie van beide partijen komt.

De meerderheid van de respondenten (n = 19, 64%) geeft aan geen vaste contactpersoon te hebben. Volgens 58% van hen zou het hebben van een vaste contactpersoon de informatieoverdracht kunnen bevorderen.

Zeven deelnemers (23%) hebben bij alle ziekenhuizen in de regio een vaste contactpersoon en vier personen (13%) geven aan bij sommige ziekenhuizen in de regio een vaste contactpersoon te hebben.



Figuur 37 vaste contactpersoon bij vertrek uit ziekenhuis

Acht van hen (73%) weten bij we ze terecht kunnen als de vaste contactpersoon niet bereikbaar is, drie personen weten dit niet (27%).

Wanneer er een aanvraag is tot opname in een woonzorgcentrum bij een niet-gekende persoon met dementie wordt persoonsgerichte informatie niet steeds of beperkt opgenomen bij de informatiedoorstroming vanuit het ziekenhuis. Dit varieert opnieuw. Zaken die meermaals worden gedeeld zijn:

- Het al dan niet vertonen van wegglooptgedrag.
- Gewoontes, behoeftes en gekende rituelen.
- Contactpersonen en betekenisvolle personen.

Er worden ook nog enkele algemene aandachtspunten bij vertrek van een persoon uit het ziekenhuis doorgegeven:

- Eerder contact opnemen in plaats van de dag voor het vertrek om zo te kijken of de voorgestelde kamer en afdeling wel geschikt zijn.
- Het gebruik van een standaardsjabloon met al deze elementen met mogelijkheid om opmerkingen bij te schrijven zou een meerwaarde bieden.
- De focus ligt te veel op de medische informatie.

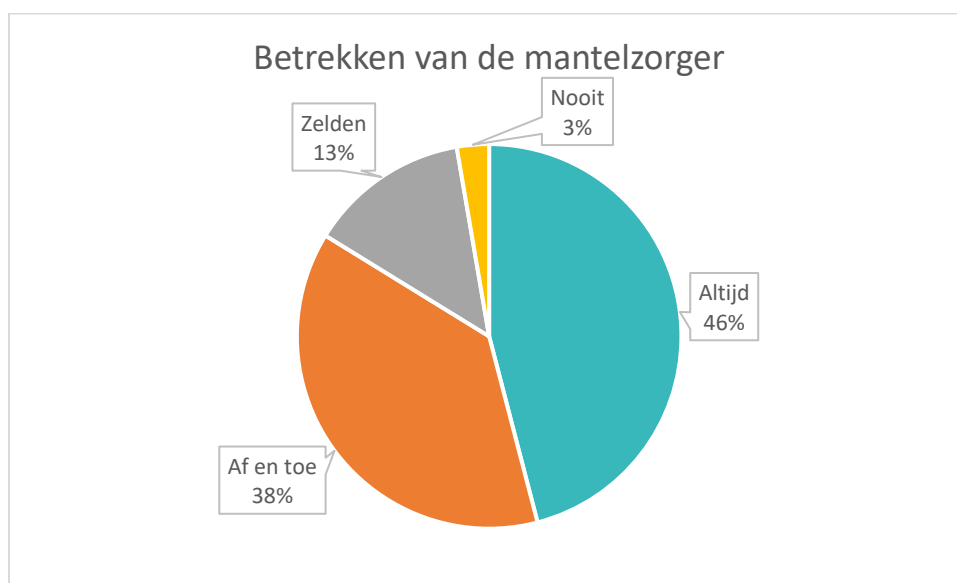
3.4.4 GOOD PRACTICES

Er worden 13 good practices gedeeld in kader van de persoonsgerichte informatiedeling bij personen met dementie tussen het woonzorgcentrum en het ziekenhuis. Hierbij zijn er enkele voorbeelden te vinden. De volledige lijst is te vinden in bijlage.

- Evaluatiegesprek inplannen met ziekenhuis om therapeutische behandeling te finetunen.
- Samenwerking en informatie delen is belangrijk.
- Zowel bij opname als bij vertrek contact nemen en alle levensdomeinen bespreken.
- Betrekken van de mantelzorger.
- Vaste medewerker betrekken in scharnierenmomenten.
- WZC uitnodigen om ontslag mee voor te bereiden.

3.4.5 ROL VAN DE MANTELZORGER

De mantelzorger heeft nooit (n = 1, 3%) tot altijd (n = 17, 46%) een plaats in de volledige cyclus van opname – verblijf – vertrek uit het ziekenhuis op vlak van het delen van persoonsgerichte informatie. 14 deelnemers (38%) geven aan dat dit af en toe gebeurt, vijf deelnemers (13%) duiden aan dat dit 'zelden' gebeurt.



Figuur 38 betrekken van mantelzorger bij persoonsgerichte informatieoverdracht

Als reden om dit nooit te doen, geeft men aan dat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht.

De meerwaarde om de mantelzorger wel te betrekken op vlak van het delen van persoonsgerichte informatie, wordt gezien in volgende zaken:

- Het bieden van gerichtere zorg.
- Vertrouwd gevoel en comfort voor de bewoner.
- Een insteek van iemand die de bewoner kent van voor het dementieproces, zo kan men in de leefwereld van de bewoner werken.
- Betrokkenheid en transparantie tussen de bewoner, de mantelzorger en de dienst.
- Bezorgdheden en tips delen.

- Open communicatie en wederzijds vertrouwen.
- De mantelzorger is de schakel tussen info geven en info krijgen.

3.4.6 ALGEMEEN

19 deelnemers (51%) geven aan dat het uitwisselen van persoonsgerichte informatie anders is wanneer het niet gaat om een persoon met dementie. Dit gaat dan bijna altijd (95%) om de inhoud van het uitwisselen van de informatie, soms (21%) ook gekoppeld met het moment van de informatie-uitwisseling. De overige 18 deelnemers (49%) zijn van oordeel dat de manier van persoonsgerichte informatie uitwisseling niet anders is.

3.4.7 INTERVISIE EN NETWERKEN

De meerderheid (n = 24, 65%) van de deelnemers geeft aan de werking van sommige ziekenhuizen in de regio voldoende te kennen. Zes deelnemers (16%) kennen de werking van alle ziekenhuizen in de regio en zeven respondenten (19%) geven aan de werking onvoldoende te kennen.

70% (n = 26) heeft nood om de werking (nog) beter te leren kennen en 22 personen (60%) zijn dan ook bereid hiervoor deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

3.4.8 BESLUIT WOONZORGCENTRA

Deze vragenlijst werd ingevuld door 37 personen uit woonzorgcentra met als doel de persoonsgerichte informatiedeling bij personen met dementie bij opname, tijdens opname en bij vertrek uit het ziekenhuis in kaart te brengen.

Woonzorgcentra geven bij **opname** hoofdzakelijk altijd (38%) persoonsgerichte informatie over een persoon met dementie. Dit gaat voornamelijk om gekende gedragingen. De communicatiemethode is voornamelijk een combinatie van telefonisch en op papier delen (39%).

Ook **tijdens de opname** is er bij 40% altijd persoonsgerichte informatiedeling. De informatiedeling gebeurt zowel om persoonsinformatie te bevragen als te delen (76%). Het gaat voornamelijk om gekende en geobserveerde gedragingen. Het contact wordt hierbij hoofdzakelijk (91%) geïnitieerd door het woonzorgcentrum en vindt voornamelijk plaats met de hoofdverpleegkundige van het ziekenhuis (55%). Tijdens de opname heeft 66% geen vaste contactpersoon maar is 68% van hen wel overtuigd van de meerwaarde van een vaste contactpersoon.

Bij **vertrek** uit het ziekenhuis krijgt het woonzorgcentrum bij 38% zelden en bij 38% af en toe persoonsgerichte informatie. Dit gaat voornamelijk om geobserveerde gedragingen. De informatie wordt hoofdzakelijk op papier gedeeld (60%). Ook bij het vertrek is bij 53% van de respondenten de contactpersoon de hoofdverpleegkundige van het ziekenhuis. 64% heeft bij dit scharniermoment geen vaste contactpersoon maar 58% van hen is wel overtuigd van de meerwaarde van het hebben van een vaste contactpersoon.

De informatiedeling is volgens 51% van de respondenten anders wanneer het niet gaat om een persoon met dementie.

De mantelzorger wordt door de woonzorgcentra nooit (3%) tot altijd (46%) betrokken in de volledige cyclus.

70% heeft nood om de werking van de ziekenhuizen te leren kennen en 60% is dan ook bereid om deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

Vanuit de woonzorgcentra stelt men zich ook de vraag wat er gebeurt met de persoonsgerichte informatie bij opname in het ziekenhuis, wat bv. het verschil is tussen een geplande of een spoedopname en wat het ziekenhuis dan juist nodig heeft.

3.5 RESULTATEN ZIEKENHUIS - WOONZORGCENTRA

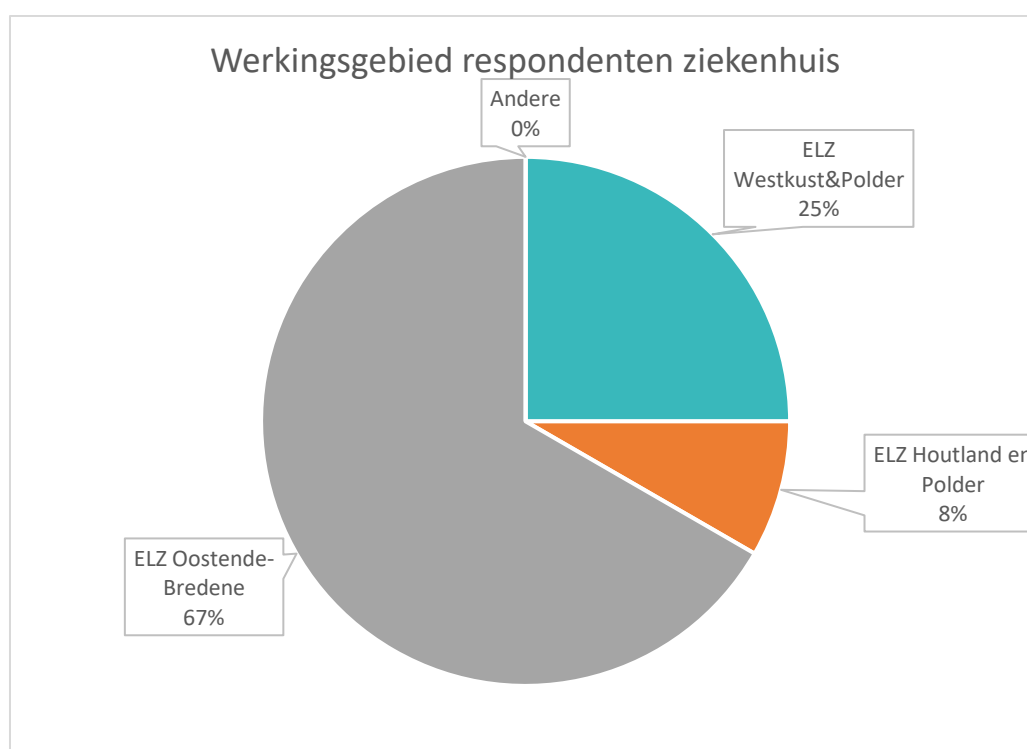
De vragenlijst werd verstuurd naar de contactpersonen van de zeven ziekenhuizen binnen het werkingsgebied van De Koepel vzw. Dit waren zowel transmuraal coördinatoren als zorgmanagers die op hun beurt de vragenlijst intern hebben doorgestuurd.

De vragenlijst werd uiteindelijk ingevuld door tien personen, namelijk drie hoofdverpleegkundigen en zeven maatschappelijk werkers van de sociale dienst.

De deelnemers komen hoofdzakelijk uit een algemeen ziekenhuis (n = 7, 70%), drie deelnemers (n = 3, 30%) komen uit een categoriaal ziekenhuis.

Op vlak van diensten werken twee deelnemers op geriatrische diensten, drie op een SP-dienst en drie op een diagnostische dienst. Eén deelnemer werkt zowel op de SP- als op de diagnostische dienst en tot slot geeft één deelnemer aan te werken op de neurologische revalidatie.

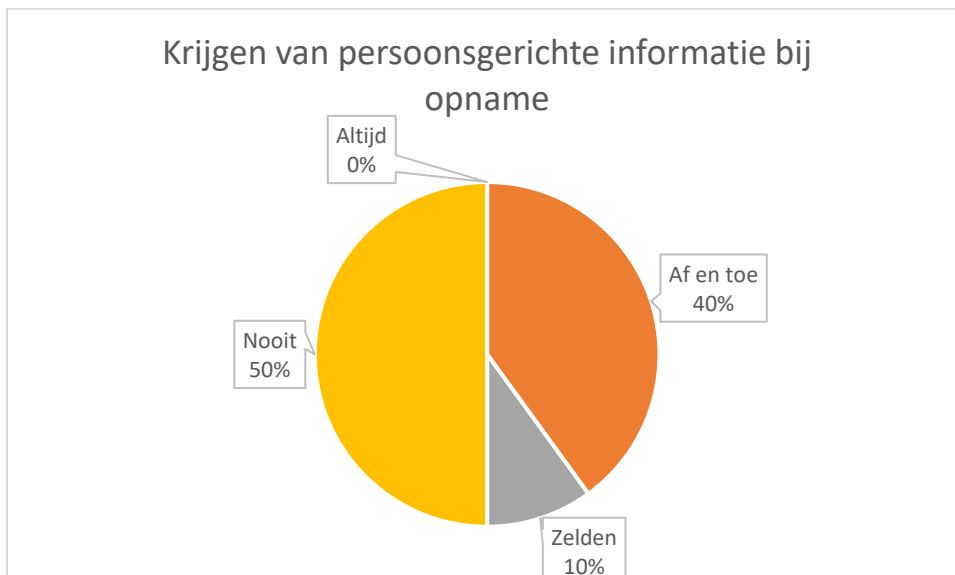
Onderstaande figuur geeft weer in welke eerstelijnszones de deelnemers werkzaam zijn. 67% (n = 8) is werkzaam in de ELZ Oostende-Bredene, 25% (n = 3) in de ELZ Westkust&Polder en 8% (n = 1) in de eerstelijnszone Houtland en Polder. Eén van deze deelnemers geeft aan werkzaam te zijn in alle eerstelijnszones.



Figuur 39 werkingsgebied respondenten ziekenhuis

3.5.1 OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

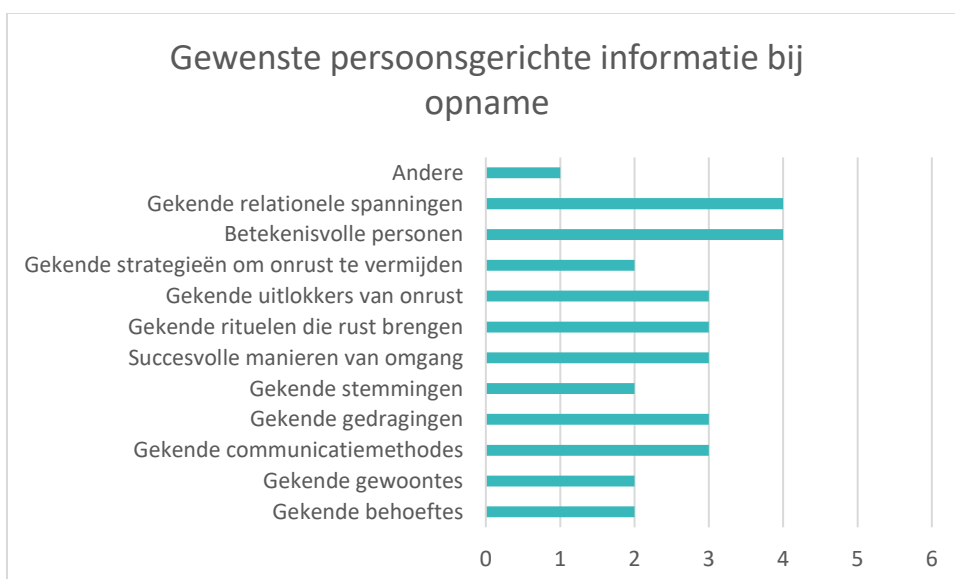
Bij opname van een persoon met dementie in het ziekenhuis, wordt nooit (n = 5, 50%) tot af en toe (n = 4, 40%) persoonsgerichte informatie gekregen uit het woonzorgcentrum. Eén respondent geeft hierbij ‘zelden’ aan (10%).



Figuur 40 krijgen van persoonsgerichte informatie bij opname in het ziekenhuis

Als reden om dit nooit te doen, geven drie deelnemers aan dat er geen contact is met het woonzorgcentrum bij opname. Twee personen geven aan dat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht en dat sociale informatie zelden meekomt bij opname.

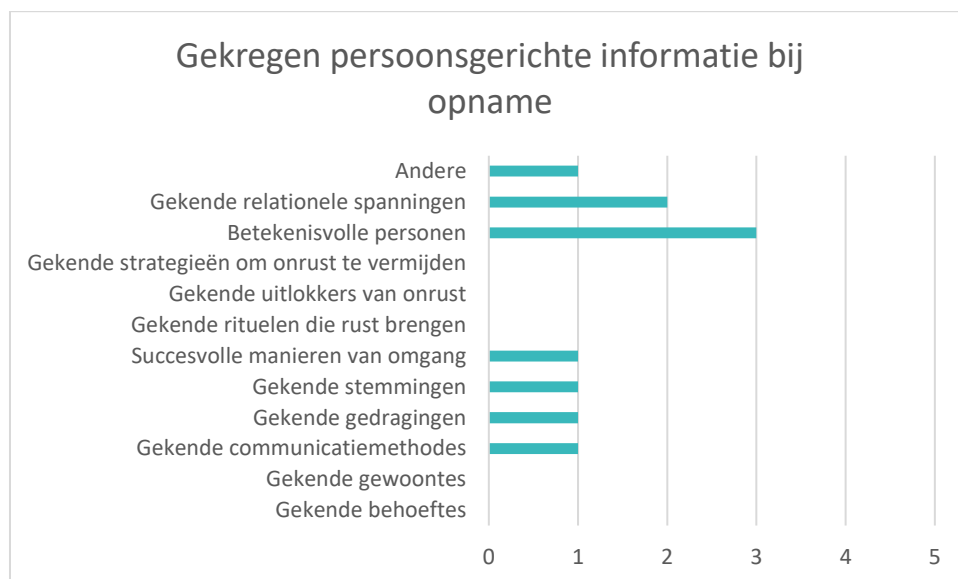
De persoonsgerichte informatie die deze groep voornamelijk zou willen krijgen omvat informatie over betekenisvolle personen (n = 4) en gekende relationele spanningen (n = 4).



Figuur 41 gewenste persoonsgerichte informatie bij opname in ziekenhuis

Persoonsgerichte informatie wordt volgens deze groep respondenten nooit (n = 1, 20%) tot altijd (n = 1, 20%) gekregen via een andere bron (bv. via de huisarts, mantelzorger etc.). De meeste respondenten geven aan dat dit af en toe gebeurt (n = 3, 60%). De informatiebron is in 75% de mantelzorger en in 25% kennissen, vrienden en familie.

De persoonsgerichte informatie die wel wordt gekregen van het woonzorgcentrum is voornamelijk informatie over betekenisvolle personen (n = 3). Gekende behoeftes en gewoontes, gekende rituelen die rust brengen, gekende uitlokkers van onrust en gekende strategieën om onrust te vermijden worden niet gedeeld.



Figuur 42 gekregen persoonsgerichte informatie bij opname in het ziekenhuis

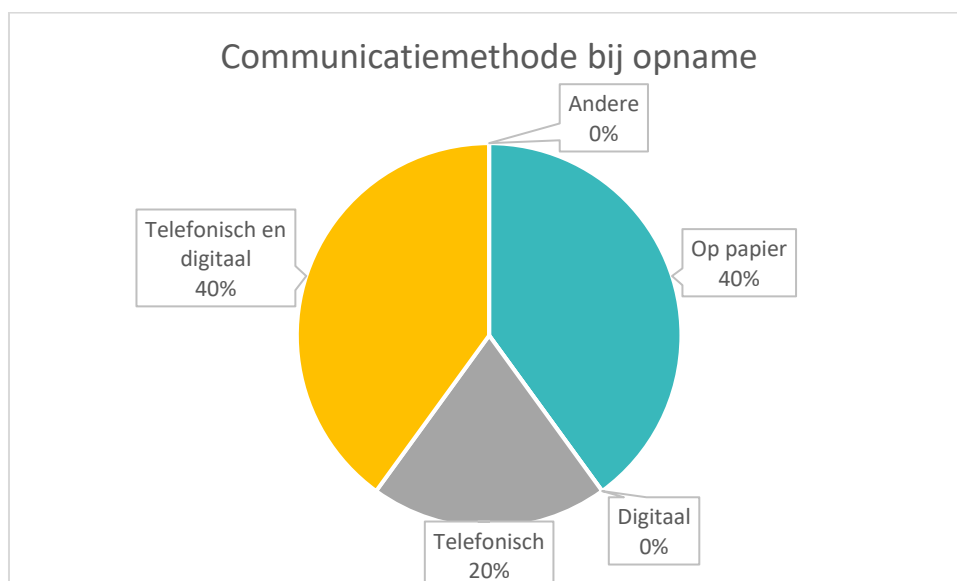
Sommige respondenten geven aan één kenmerk te ontvangen, anderen geven informatie over vier aspecten. Gemiddeld worden vier kenmerken gedeeld uit het woonzorgcentrum. Bij 'andere' verwijst men naar informatie over de medicatielijst.

Deze groep van respondenten zou graag meer informatie krijgen over vroegtijdige zorgplanning, gewoontes van de bewoner en sociale gegevens van de familie of naasten.

De **voordelen** die men ziet bij persoonsgerichte informatieoverdracht bij opname is dat de **contactpersonen** gekend zijn als er medische beslissingen moeten genomen worden. Verder geeft men aan dat er een duidelijker en **volledig beeld** van de bewoner zorgt voor **tijdsefficiëntie** en een **betere inschatting** van de situatie. Op die manier kunnen ook dubbele vragen aan de bewoner/familie vermeden worden.

De informatie wordt zowel verkregen via de hoofdverpleegkundige (n = 1, 20%) van het woonzorgcentrum als via de sociale dienst (n = 1, 20%) of via beide (n = 1, 20%). Verder geeft men hierbij aan dat de persoonsgerichte informatie wordt gedeeld via een document of via een medicatielijst bij opname.

De persoonsgerichte informatie wordt volgens het ziekenhuis voornamelijk op papier (n = 2, 40%) en via de combinatie telefonisch en digitaal gedeeld (n = 2, 40%). Eén respondent gaf ook het telefonisch delen aan (n = 1, 20%).

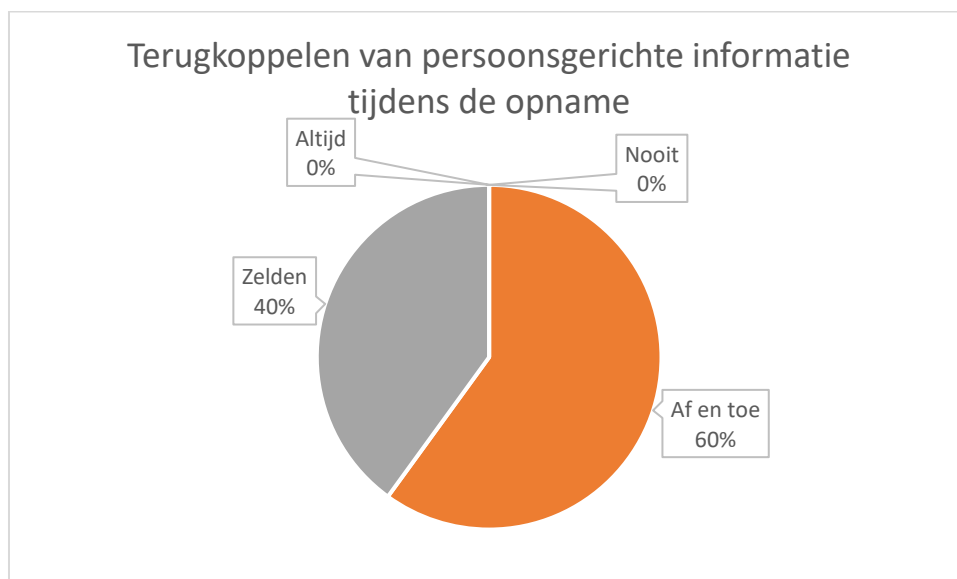


Figuur 43 communicatiemethode bij opname in het ziekenhuis

Als **aandachtspunt** wordt hierbij doorgegeven dat het delen van persoonsgerichte informatie uitgebreider zou mogen zijn. Dit zorgt zowel voor minder prikkels bij de bewoner als minder werkdruk bij de verpleging als rust bij de familie. Tot slot wordt doorgegeven dat informatie via mail kan doorgestuurd worden naar het algemeen e-mailadres van de sociale dienst.

3.5.2 TIJDENS DE OPNAME

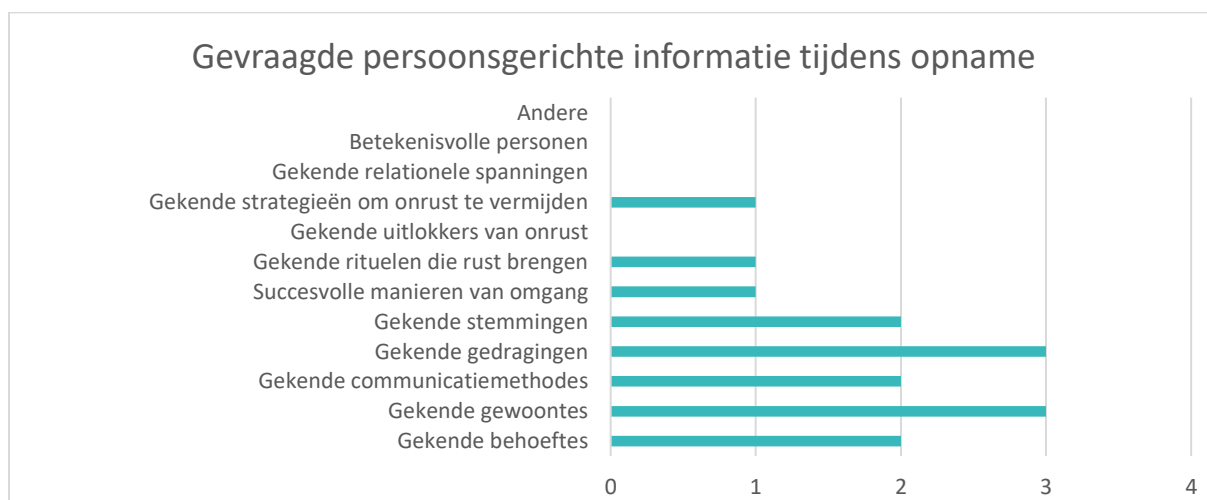
Het plaatsvinden van een tussentijdse terugkoppeling omtrent persoonsgerichte zorg tijdens de opname in het ziekenhuis gebeurt zelden (n = 4, 40%) tot af en toe (n = 6, 60%).



Figuur 44 terugkoppelen van persoonsgerichte informatie tussen woonzorgcentrum en ziekenhuis tijdens de opname

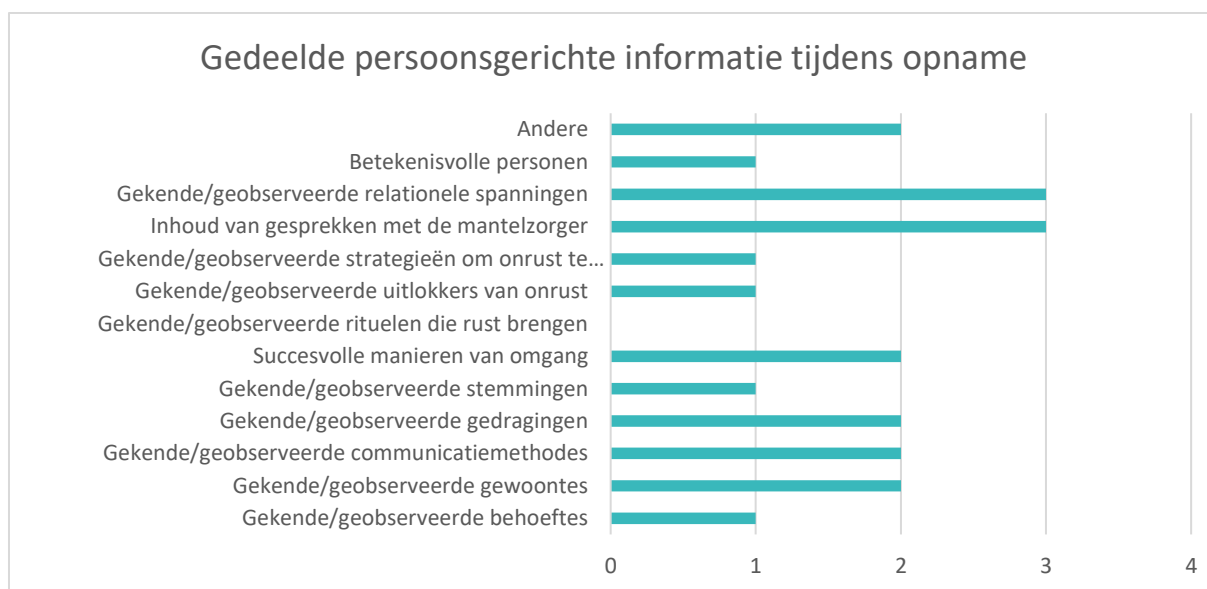
Wanneer er wel contact is met het woonzorgcentrum tijdens de opname, geven vijf respondenten (50%) aan dit gebeurt met de hoofdverpleegkundige van het woonzorgcentrum. Vier personen (40%) geven aan dat ze persoonsgerichte informatie terugkoppelen tijdens de opname met de sociale dienst van het woonzorgcentrum. Ook de afdeling van het woonzorgcentrum wordt vermeld als partner in de communicatie (n = 1, 10%).

Vier respondenten (40%) geven aan dat dit is om persoonsgerichte informatie te vragen aan het woonzorgcentrum. Dit omvat dan voornamelijk gekende gewoontes (n = 4) en gekende gedragingen (n = 4).



Figuur 45 gevraagde persoonsgerichte informatie aan woonzorgcentrum tijdens opname

De meerderheid (n = 6, 60%) geeft en vraagt persoonsgerichte informatie tijdens de tussentijdse terugkoppeling met het woonzorgcentrum. Er komen dan verschillende aspecten aan bod. Het gaat dan het meest om gekende/geobserveerde relationele spanningen (n = 3) en inhoud van de gesprekken met de mantelzorger (n = 3). Gekende en geobserveerde rituelen die rust brengen worden volgens de respondenten niet gedeeld.



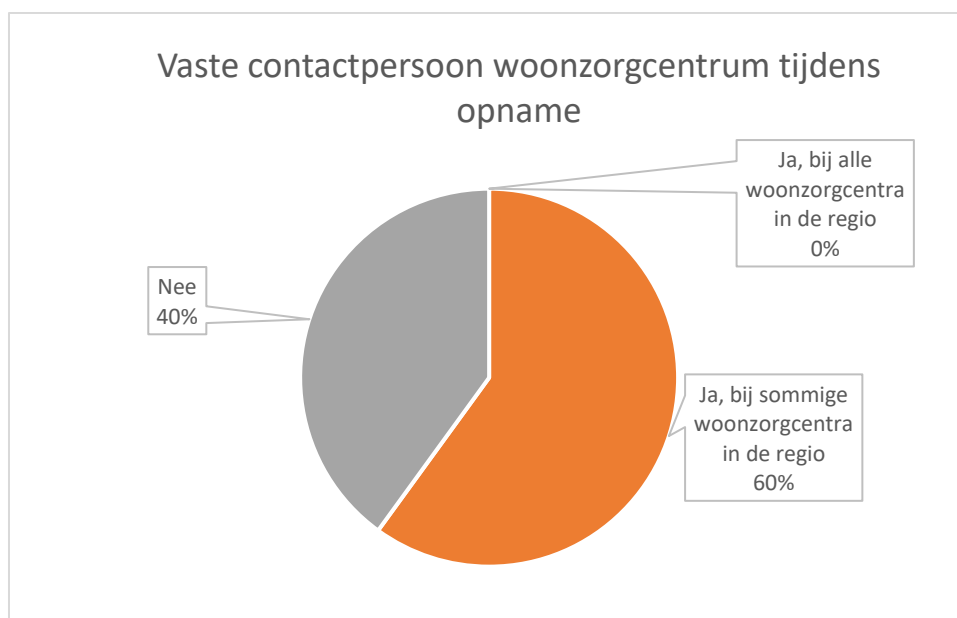
Figuur 46 gedeelde persoonsgerichte informatie tussen woonzorgcentrum en ziekenhuis tijdens opname

Er worden hierbij één tot zes aspecten gedeeld. Gemiddeld worden er vijf zaken besproken. Bij 'andere' verwijst men naar informatie die relevant is in kader van de opname, behandeling, verzorging, welzijn en ontslag en informatie over het huidige en vroegere functioneren.

De volgende **voordelen** worden uit deze tussentijdse terugkoppeling gehaald:

- Deze tussentijdse informatiedeling is een aanvulling op de informatie verkregen bij aanvang van de opname of om de terugkeer voor te bereiden.
- Men kan zo een betere manier vinden om met de patiënt te kunnen omgaan en de patiënt beter te kunnen begrijpen.
- Het bieden van zorg op maat en meer gerichte zorg op basis van de te verwachten doelstellingen.
- Kennis krijgen over hoe de patiënt voor opname was, zodat nieuwe gedragingen eventueel verder onderzocht kunnen worden.

Het contact wordt tijdens de opname volgens deze respondenten bij 70% geïnitieerd door het ziekenhuis (n = 7) en bij 30% (n = 3) door het woonzorgcentrum. Bij initiatie door het ziekenhuis weet 71% (n = 5) wie men moet bereiken. 60% (n = 3) van hen heeft dan ook een vaste contactpersoon bij sommige woonzorgcentra. Twee deelnemers (40%) hebben dit niet. Deze groep is er dan ook van overtuigd dat een vaste contactpersoon de informatieoverdracht zou kunnen bevorderen.



Figuur 47 vaste contactpersoon in woonzorgcentrum tijdens opname

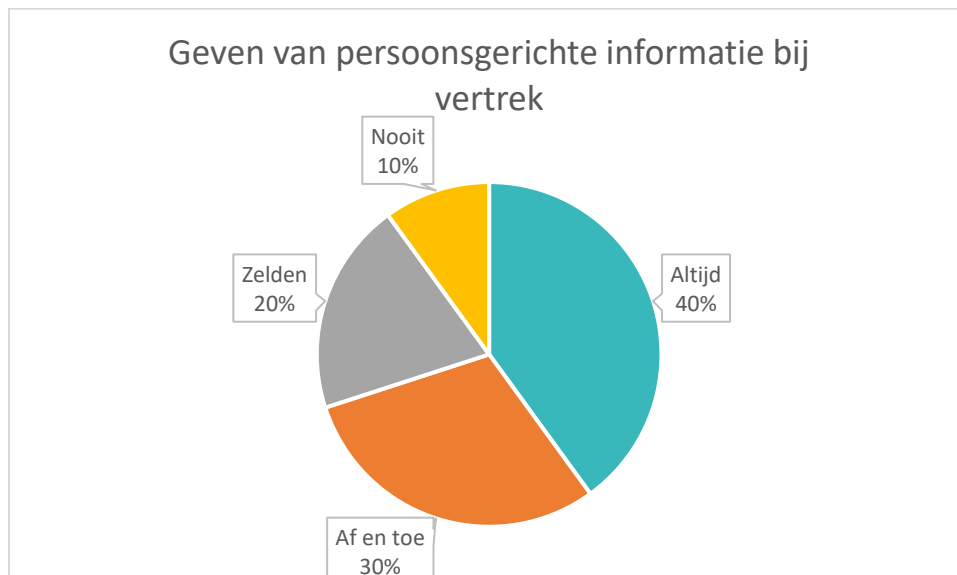
Twee deelnemers (67%) weten wie te bereiken indien de vaste contactpersoon niet beschikbaar is. Eén iemand (33%) weet dit niet.

Als **aandachtspunt** worden drie zaken doorgegeven:

- Geen opmerkingen want dit verloopt vlot.
- Sommige woonzorgcentra zijn buiten de kantooruren moeilijk bereikbaar waardoor je niet vlot bij de juiste persoon terecht komt.
- Men moet meer opbellen vanuit de verpleegeenheid of sociale dienst naar de bevoegde persoon.

3.5.3 VERTREK UIT HET ZIEKENHUIS

Men geeft aan nooit (n = 1, 10%) tot altijd (n = 4, 40%) persoonsgerichte informatie te geven aan het woonzorgcentrum bij vertrek uit het ziekenhuis. Twee deelnemers (20%) geven aan zelden deze informatie te geven bij vertrek uit het ziekenhuis en 30% (n = 3) deelt dit af en toe.



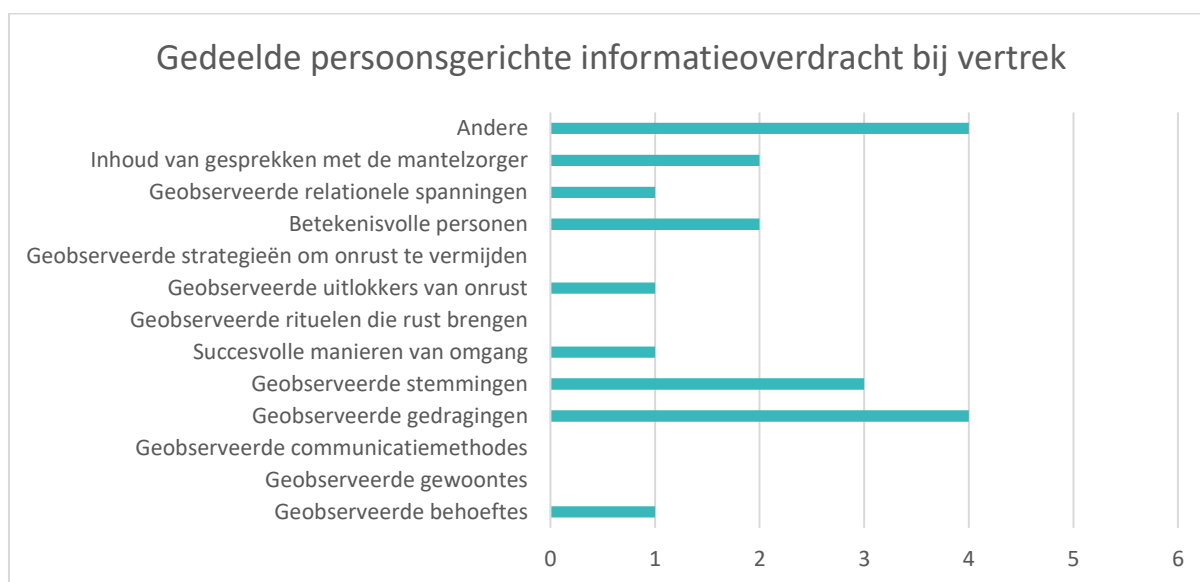
Figuur 48 geven van persoonsgerichte informatie bij vertrek uit het ziekenhuis

Bij 'nooit' geeft de respondent aan dat de nadruk ligt op de medische informatieoverdracht en dat er geen contact is met het woonzorgcentrum bij vertrek uit het ziekenhuis. De persoonsgerichte informatie wordt wel af en toe gedeeld met de mantelzorger.

Wanneer men wel persoonsgerichte informatie deelt bij vertrek uit het ziekenhuis, zijn dit meestal de geobserveerde gedragingen (n = 4) en 'andere' (n = 4). Hierbij verwoordt men alle relevante informatie in kader van welzijn van de betrokkene en de omgeving, medicatie, huidig functioneren en verzorging.

Geobserveerde strategieën om onrust te vermijden, geobserveerde rituelen die rust brengen, geobserveerde communicatiemethodes en geobserveerde gewoontes worden niet gedeeld bij vertrek.

Er worden één tot vier aspecten gedeeld, gemiddeld zijn het er drie.

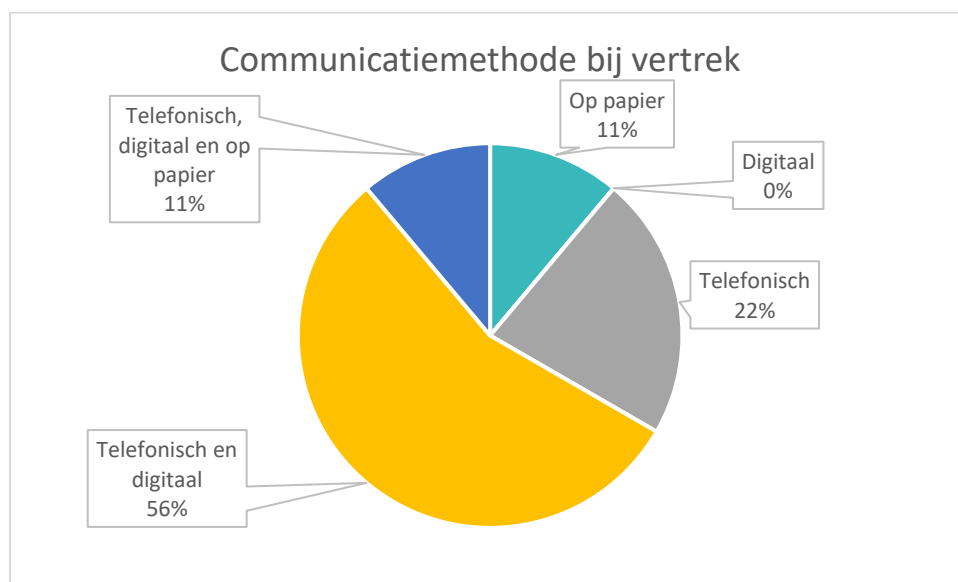


Figuur 49 gedeelde persoonsgerichte informatie bij vertrek uit het ziekenhuis

De informatie wordt hoofdzakelijk enkele dagen voor vertrek gedeeld (n = 5, 56%), gevolgd door het delen de dag voor het vertrek (n = 3, 33%) of de dag van het vertrek zelf (n = 1, 11%).

De informatieoverdracht gebeurt voornamelijk door een combinatie van methodes. 56% (n = 5) deelt dit telefonisch en digitaal. 22% (n = 2) geeft aan persoonsgerichte informatie telefonisch te delen en één respondent (11%) doet dit op papier. Eén persoon (11%) gebruikt de drie communicatiemethodes.

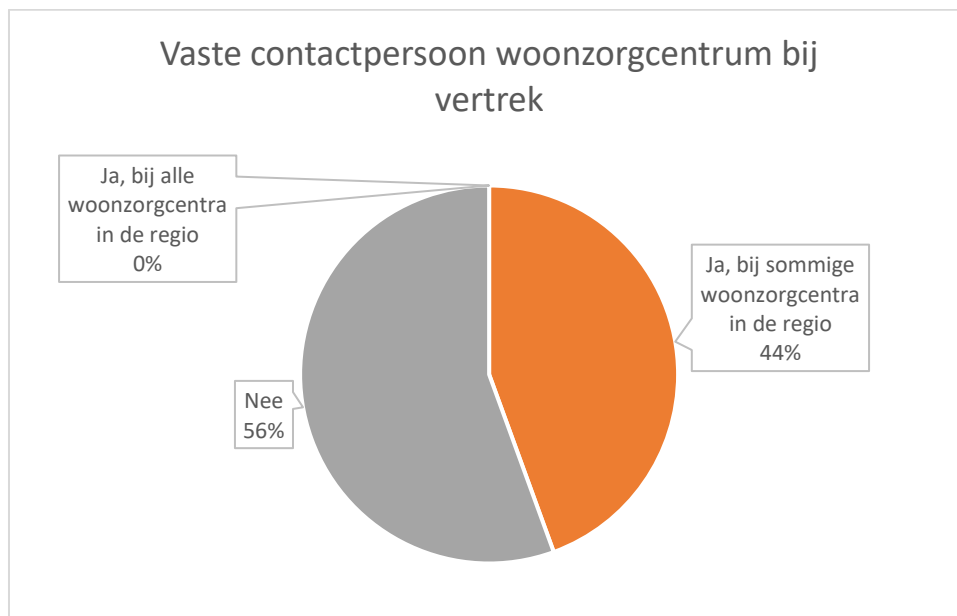
Het extramuraal teamoverleg en de ontslagbrief van de arts worden eenmaal als bijkomende communicatiemethodes vermeld.



Figuur 50 communicatiemethodes bij vertrek uit ziekenhuis

Drie respondenten (33%) geven aan dat de informatie wordt gedeeld met de hoofdverpleegkundige van het woonzorgcentrum, twee (22%) delen dit met de sociale dienst van het woonzorgcentrum en twee anderen (22%) delen dit met beiden. Verder wordt ook aangegeven men de informatie deelt met de afdeling van de bewoner (n = 1, 11%) en via de ontslagbrief van de huisarts (n = 1, 11%).

De meerderheid van de respondenten (n = 5, 56%) geeft aan geen vaste contactpersoon te hebben. Allen geven aan dit de informatieoverdracht wel zou kunnen bevorderen. 44% (n = 4) heeft wel een vaste contactpersoon bij sommige woonzorgcentra in de regio. De helft weet bij wie terecht te kunnen indien de vaste contactpersoon niet beschikbaar is, de andere helft weet dit niet.



Figuur 51 vaste contactpersoon woonzorgcentrum bij vertrek uit het ziekenhuis

88% (n = 8) geeft aan dat er voldoende tijd is tussen de ontslagplanning en het effectieve ontslag om persoonsgerichte informatie te delen met het woonzorgcentrum. Eén persoon geeft aan dit niet het geval is en licht hierbij toe dat op een acute afdeling meestal de dag voor of de dag zelf beslist wordt dat de patiënt mag vertrekken. Patiënten met een gekend dementieel beeld worden hierbij wel, na herstel van de interne pathologie, ontslaan of doorverwezen naar geriatrie of neurologie.

Wanneer er een aanvraag is tot opname in een woonzorgcentrum bij een niet-gekende persoon met dementie wordt persoonsgerichte informatie niet steeds opgenomen bij de informatiedoorstroming vanuit het ziekenhuis. Dit varieert opnieuw. Het komt meermaals aan bod dat dit te weinig en te beperkt doorgegeven wordt. Er worden wel vaste indicatoren gebruikt (bv. KATZ-schaal, MMSE, contactpersonen).

Er worden ook nog enkele algemene aandachtspunten bij vertrek van een persoon uit het ziekenhuis doorgegeven:

- Er zou een snelle en efficiënte manier moeten gevonden worden om die info door te geven in beide richtingen.
- Het is een meerwaarde dat sommige woonzorgcentra ook fysiek op bezoek komen.

3.5.4 GOOD PRACTICES

Er worden twee good practices gedeeld in kader van de persoonsgerichte informatiedeling bij personen met dementie tussen het ziekenhuis en het woonzorgcentrum, namelijk:

- Het project MOOD_BOARD (ergo en psychologe), informatie wordt gevraagd aan de mantelzorger en zou bij vertrek ook moeten kunnen worden meegegeven.
- Het gebruik van een onesie als slaapkledij of van een tentbed in functie van het rustig slapen.

3.5.5 ROL VAN DE MANTELZORGER

Negen deelnemers (90%) geven aan dat de mantelzorger betrokken wordt in de volledige cyclus van opname – verblijf – vertrek in kader van het delen van persoonsgerichte informatie.

Als reden om dit niet te doen (n = 1, 10%), geeft men aan dat soms enkel de medische informatie nodig is.

De meerwaarde om de mantelzorger wel te betrekken op vlak van het delen van persoonsgerichte informatie, wordt gezien in volgende zaken:

- Het bevorderen van welzijn van zowel patiënt als mantelzorger als personeel.
- Het bieden van zorg op maat.
- Zorgen voor voldoening bij de mantelzorger.
- Het is belangrijk dat de mantelzorger op de hoogte is over de huidige situatie.
- De mantelzorger kan men gebruiken als bron van informatie, wat bevorderend kan zijn tijdens de hulpverlening.

3.5.6 ALGEMEEN

Negen deelnemers (90%) geven aan dat het uitwisselen van persoonsgerichte informatie niet anders is wanneer het niet gaat om een persoon met dementie. Eén persoon geeft aan dat dit wel anders is, daar de persoon dan zelf kan instaan voor de informatie-uitwisseling.

3.5.7 INTERVISIE EN NETWERKEN

De meerderheid (n = 6, 60%) van de deelnemers geeft aan de werking van sommige woonzorgcentra in de regio voldoende te kennen. Twee deelnemers (20%) kennen de werking van alle woonzorgcentra in de regio en twee respondenten (20%) geven aan de werking onvoldoende te kennen.

70% (n = 7) heeft nood om de werking (nog) beter te leren kennen en 60% (n = 6) is bereid om hiervoor deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

3.5.8 BESLUIT ZIEKENHUIS - WOONZORGCENTRA

Deze vragenlijst werd ingevuld door 10 personen uit de ziekenhuizen met als doel de persoonsgerichte informatiedeling met de woonzorgcentra bij opname, tijdens opname en bij vertrek uit het ziekenhuis in kaart te brengen.

Persoonsgerichte informatie krijgen van de woonzorgcentra gebeurt bij **opname** in het ziekenhuis hoofdzakelijk 'nooit' (50%). Wanneer er wel persoonsgerichte informatie wordt gekregen, gaat dit voornamelijk om informatie over betekenisvolle personen. De communicatiemethode is voornamelijk op papier (40%) en door de combinatie telefonisch en digitaal (40%).

Tijdens de opname is er bij 60% af en toe persoonsgerichte informatiedeling. De informatiedeling gebeurt zowel om persoonsinformatie te bevragen als te delen (60%). Het gaat voornamelijk om gekende en geobserveerde relationele spanningen en om inhoud van gesprekken met de mantelzorger. Het contact wordt hierbij hoofdzakelijk (70%) geïnitieerd door het ziekenhuis. Het contact is dan in 50% met de hoofdverpleegkundige van het woonzorgcentrum. Tijdens de opname heeft 40% geen vaste contactpersoon maar is elk van hen wel overtuigd van de meerwaarde van een vaste contactpersoon.

Bij **vertrek** uit het ziekenhuis geeft 40% van de respondenten altijd persoonsgerichte informatie mee te geven naar het woonzorgcentrum. Dit gaat voornamelijk om geobserveerde gedragingen. De informatie wordt hoofdzakelijk digitaal en telefonisch gedeeld (56%) en dit voornamelijk (56%) enkele dagen voor vertrek. Bij het vertrek is bij 33% van de respondenten de contactpersoon de hoofdverpleegkundige van het woonzorgcentrum. 56% heeft bij dit scharniermoment geen vaste contactpersoon maar elk van hen is wel overtuigd van de meerwaarde van het hebben van een vaste contactpersoon.

De informatiedeling is volgens 10% van de respondenten anders wanneer het niet gaat om een persoon met dementie.

De mantelzorger wordt door het ziekenhuis in 90% betrokken in de volledige cyclus.

Tot slot heeft 70% nood om de werking van de ziekenhuizen te leren kennen en 60% is dan ook bereid om deel te nemen aan kleine lokale initiatieven.

3.6 VERGELIJKING WOONZORGCENTRA - ZIEKENHUIS

Wanneer de antwoorden van de woonzorgcentra worden vergeleken met de antwoorden van de medewerkers van het ziekenhuis, worden enkele discrepanties vastgesteld:

	Woonzorgcentra	Ziekenhuis
Persoonsgerichte informatie geven/krijgen bij opname	16% geeft dit nooit	50% krijgt dit nooit
Inhoud persoonsgerichte informatie bij opname	Gekende gedragingen	Betekenisvolle personen
Communicatiemethode bij opname	Op papier en telefonisch (39%) Op papier (29%) Digitaal en telefonisch (3%)	Op papier en telefonisch (0%) Op papier (40%) Digitaal en telefonisch (40%)
Persoonsgerichte informatie geven/krijgen tijdens opname	40% geeft aan dat dit altijd gebeurt	0% geeft aan dat dit altijd gebeurt
Inhoud persoonsgerichte informatie tijdens opname	Gekende en geobserveerde relationele spanningen worden niet gedeeld	Gekende en geobserveerde relationele spanningen worden het meest gedeeld
Initiatie contact tijdens opname	91% door woonzorgcentrum	30% door woonzorgcentrum
Persoonsgerichte informatie geven/krijgen bij vertrek	5% krijgt dit altijd	40% geeft dit altijd
Communicatiemethode bij vertrek	60% op papier 7% digitaal en telefonisch	11% op papier 56% digitaal en telefonisch
Tijdstip communicatie bij vertrek	10% krijgt dit enkele dagen voor vertrek	56% geeft dit enkele dagen voor vertrek
Nood om werking beter te leren kennen	70%	70%
Deelnemen aan initiatieven	60%	60%

4. ALGEMEEN BESLUIT

De vragenlijst omtrent zorgcontinuïteit bij scharniermomenten bij personen met dementie werd ingevuld door 72 respondenten.

Organisatie	Aantal
Diensten gezinszorg	9
Woonzorgcentra	37
Ziekenhuis	26
Totaal	72

In onderstaand besluit worden de resultaten opgedeeld op basis van het scharniermoment, namelijk bij opname, tijdens opname en bij vertrek uit het ziekenhuis.

4.1 DELEN VAN PERSOONSGERICHTE INFORMATIE BIJ OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

De grootste groep van respondenten uit 'de doorverwijzende' diensten (diensten gezinszorg en woonzorgcentra) geven aan persoonsgerichte informatie af en toe tot altijd mee te geven naar het ziekenhuis. Dit gaat dan het meest om gekende gedragingen van de persoon met dementie.

Het merendeel van de respondenten uit de 'ontvangende diensten' (de ziekenhuizen) geven echter aan nooit tot zelden persoonsgerichte informatie te ontvangen bij opname. Zij wensen meer informatie over strategieën die onrust vermijden, over betekenisvolle personen en over gekende relationele spanningen. Wanneer ze wel persoonsgerichte informatie ontvangen, gaat dit meestal over gekende gedragingen en betekenisvolle personen.

Op vlak van communicatiemethodes zijn er verschillen tussen de organisaties. Woonzorgcentra geven informatie bij voorkeur op papier en telefonisch, ziekenhuizen geven echter aan dat ze dit voornamelijk op papier of door de combinatie van digitaal en telefonisch ontvangen.

Diensten gezinszorg geven bij voorkeur telefonisch persoonsgerichte informatie door. Ziekenhuizen geven aan dat ze dit hoofdzakelijk digitaal en telefonisch krijgen.

4.2 DELEN VAN PERSOONSGERICHTE INFORMATIE TIJDENS OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

De meerderheid van de diensten gezinszorg en woonzorgcentra delen af en toe tot altijd persoonsgerichte informatie met het ziekenhuis tijdens opname van een persoon met dementie. Bij de informatie-uitwisseling met woonzorgcentra gaat dit meestal om gekende en geobserveerde gedragingen, bij diensten gezinszorg gaat dit om gekende en geobserveerde stemmingen.

De meerderheid van de respondenten uit de ziekenhuizen geven aan dat persoonsgerichte informatiedeling nooit tot zelden gebeurt met de diensten gezinszorg en af en toe tot altijd met de woonzorgcentra. Met de diensten gezinszorg wordt volgens de ziekenhuizen hoofdzakelijk informatie gedeeld over gekende en geobserveerde gedragingen. Met woonzorgcentra gaat dit over gekende en geobserveerde relationele spanningen en de inhoud van gesprekken met de mantelzorger. Dit item wordt volgens de woonzorgcentra het minst gedeeld.

Het delen van persoonsgerichte informatie tijdens een opname van een persoon met dementie gebeurt bij de meeste respondenten om zowel informatie te geven als te vragen.

De initiatie van dit contact tijdens de opname gebeurt volgens de deelnemers hoofdzakelijk door de eigen organisatie.

Bij de ziekenhuizen speelt volgens de woonzorgcentra de hoofdverpleegkundige van het ziekenhuis hierbij een belangrijke rol, terwijl contacten tussen de diensten gezinszorg en het ziekenhuis hoofdzakelijk via de sociale dienst van het ziekenhuis verlopen.

Tijdens de opname geven vooral de woonzorgcentra aan geen vaste contactpersoon te hebben binnen het ziekenhuis (66%), terwijl de meerderheid er wel van overtuigd is dat dit de informatiedeling zou bevorderen. 33% van de respondenten uit de diensten gezinszorg geven eveneens aan geen vaste contactpersoon te hebben binnen de ziekenhuizen.

Vanuit de ziekenhuizen geeft 20% aan geen vaste contactpersoon te hebben bij de diensten gezinszorg, 40% heeft dit niet bij de woonzorgcentra. Allen zijn wel overtuigd van de meerwaarde.

De meerderheid van de personen met een vaste contactpersoon weten wel wie te contacteren wanneer deze vaste persoon niet bereikbaar is.

4.3 DELEN VAN PERSOONSGERICHTE INFORMATIE BIJ VERTREK UIT HET ZIEKENHUIS

Woonzorgcentra geven voornamelijk aan nooit tot zelden persoonsgerichte informatie te ontvangen uit de ziekenhuizen bij vertrek van een persoon met dementie. Zij ontvangen het liefst nog meer informatie over de geobserveerde gedragingen. De ziekenhuizen geven echter aan dat ze dit grotendeels af en toe tot altijd doen en dat dit dan meestal gaat over die geobserveerde gedragingen.

Diensten gezinszorg geven hoofdzakelijk aan af en toe persoonsgerichte informatie te ontvangen. Zij wensen nog meer informatie over geobserveerde behoeftes, gedragingen en succesvolle manieren van omgang. Ziekenhuizen geven aan meestal af en toe tot altijd persoonsgerichte informatie mee te geven bij vertrek. Dit gaat dan meestal om informatie over geobserveerde gedragingen.

De gebruikte communicatiemethode bij vertrek uit het ziekenhuis is volgens woonzorgcentra hoofdzakelijk informatiedeling op papier. Ziekenhuizen geven echter aan dat de informatie hoofdzakelijk digitaal en telefonisch wordt gedeeld met hen.

Bij de diensten gezinszorg geeft men voornamelijk een telefonische overdracht aan, de ziekenhuizen beamen deze manier van informatiedeling.

Het tijdstip van het delen van persoonsgerichte informatiedeling verschilt eveneens vanuit het perspectief van de organisatie. Ziekenhuizen geven aan dit hoofdzakelijk enkele dagen voor vertrek te delen met woonzorgcentra, terwijl woonzorgcentra aangeven dat zij deze informatie hoofdzakelijk de dag van het vertrek krijgen. Het delen van gegevens met de diensten gezinszorg gebeurt volgens de ziekenhuizen enkele dagen voor vertrek, diensten gezinszorg geven aan dat dit ofwel enkele dagen voor vertrek ofwel de dag voor vertrek gebeurt.

Ook bij vertrek speelt volgens de woonzorgcentra de hoofdverpleegkundige van het ziekenhuis een belangrijke rol, terwijl contacten tussen de diensten gezinszorg en het ziekenhuis hoofdzakelijk via de sociale dienst van het ziekenhuis verlopen. Ziekenhuizen zelf geven aan het meest contact te hebben met hoofdverpleegkundigen van woonzorgcentra.

Voor het delen van persoonsgerichte informatie bij vertrek geeft hoofdzakelijk het woonzorgcentrum aan geen vaste contactpersoon te hebben binnen het ziekenhuis (64%), terwijl de meerderheid er wel van overtuigd is dat dit de informatiedeling zou bevorderen. Vanuit het ziekenhuis geeft 56% aan geen vaste contactpersoon te hebben binnen de woonzorgcentra maar is ook elk overtuigd van de meerwaarde.

25% van de respondenten uit de diensten gezinszorg geven eveneens aan geen vaste contactpersoon te hebben binnen de ziekenhuizen en zijn allen overtuigd van de meerwaarde van een vaste contactpersoon. Vanuit de ziekenhuizen geeft 27% aan geen vaste contactpersoon te hebben bij de diensten gezinszorg.

De meerderheid van de personen met een vaste contactpersoon weten wie te contacteren wanneer deze vaste persoon niet bereikbaar is.

Bijkomend kunnen we hierbij opmerken dat partners niet steeds van elkaar weten welk aanbod ze hebben. Hierdoor blijft vaak informatie achterwege.

4.4 GOOD PRACTICES

Er worden in totaal 18 good practices gedeeld, waarvan vijf deelnemers (26%) bereid zijn deze good practice te delen tijdens een intervisiemoment. De good practices zijn te vinden als bijlage, waarbij er een onderscheid wordt gemaakt tussen good practices op vlak van het proces van de zorgafstemming, op vlak van het doorgeven van de informatie over de persoon en op vlak van concrete praktijken.

4.5 BETREKKEN MANTELZORGER

De mantelzorger wordt door de ziekenhuizen gemiddeld in 89% betrokken bij de verschillende scharnierzakelijke momenten bij een ziekenhuisopname (opname – verblijf – vertrek).

De diensten gezinszorg geven in de meerderheid aan dat dit altijd gebeurt, bij de woonzorgcentra gebeurt dit hoofdzakelijk af en toe tot altijd.

4.6 INTERVISIE EN NETWERKEN

Van deze 72 respondenten geven 45 personen (63%) aan dat ze nood hebben om de werking van de andere organisaties beter te leren kennen. 50% van het totale aantal respondenten (n = 36) is dan ook bereid deel te nemen aan kleine lokale initiatieven. Uiteindelijk komen we hierbij aan 19 verschillende organisaties.

5. AANBEVELINGEN

Op basis van bovenstaande resultaten, kwamen we in de werkgroep tot de volgende eerste aanbevelingen waarmee we verder aan de slag gaan:

- Verder inzetten op het creëren van awareness rond het belang van het delen van persoonsgerichte informatie bij personen met dementie.
- Verder inzetten op verbinding tussen diensten en het elkaar en elkaars organisatie leren kennen om zo ook discrepanties in de perceptie weg te werken.
- Ervaringsverhalen toevoegen en de rol van de mantelzorger bekijken.
- Casuïstiek omtrent beperkt aantal cases is mogelijk om partners met elkaar laten spreken. Zo kunnen enkele aanbevelingen uitgewerkt worden.
- Als aandachtspunt wordt meegegeven dat de aanpassing van het bewonersdossiers met deze elementen en de integratie in de hospitalisatiefiche een voordeel zou kunnen opleveren. Is het mogelijk om te komen tot een uniform opnameformulier?
- Mondelinge informatieoverdracht is moeilijker traceerbaar.
- Er moet bekeken worden of er nood is aan een ruimer zorgpad dementie. Het belang van het betrekken van geriaters, CRA- en huisartsen wordt hierbij bevestigd.
- Ook de informatiedoorstroming binnen de organisatie moet bekeken worden: wie doet wat met de informatie?

6. SLOTWOORD

Dit rapport is mogelijk gemaakt dankzij de inzet van verschillende hulpverleners uit verschillende organisaties. Het resultaat mag niet gezien worden als een wetenschappelijk onderzoek maar betreft een vooronderzoek en een perceptie om verder mee aan de slag te gaan.

Er zijn discrepanties te vinden op vlak van prevalentie, inhoud, timing en communicatiemethodes wanneer het gaat om delen van persoonsgerichte informatie bij scharniermomenten bij personen met dementie. Dit toont het belang aan om met elkaar rond de tafel te zitten, elkaar te leren kennen en te komen tot enkele afspraken. De meerderheid van de respondenten geeft ook aan hiertoe bereid te zijn.

De eerstelijnszones, als verbindend mesoniveau, zullen hier de rol van facilitator in opnemen. Ook het overlegplatform dementie zal hiervoor een forum aanbieden. Het doel van deze overlegplatformen is het komen tot aanbevelingen vanuit het terrein in kader van persoonsgerichte zorgcontinuïteit bij personen met dementie.

Bij vragen of opmerkingen omtrent dit rapport, mag men steeds contact opnemen.

Eline Rammant

Projectcoördinator Sibe

Eline@samenisbeter.be

7. BIBLIOGRAFIE

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (2021). *Het referentiekader dementie samenvatting*.

Geraadpleegd op 9 februari 2024, van [Het-referentiekader-dementie-samenvatting.pdf](#)

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (zd). *De belangrijkste cijfers op een rijtje*. Geraadpleegd op 9

februari 2024, van [Prevalentie - Expertisecentrum Dementie Vlaanderen](#)

8. BIJLAGEN

8.1 LIJST WOONZORGCENTRA

8.1.1 ELZ OOSTENDE – BREDENE

OOSTENDE

- Zeemanshuis Godtschalk
- De Boarebreker
- 't Ponton
- Sint-Monica
- Les Etoiles
- De Drie Platanen
- De Duinpieper
- Ons Geluk
- A. Lacourt
- James Ensor
- Wellington
- Mercator
- Elisabeth aan Zee

BREDENE

- Jacky Maes
- Huize Westerhauwe

8.1.2 ELZ WESTKUST&POLDER

MIDDELKERKE

- De Ril
- Tara
- Haerlebout
- Westduin

NIEUWPOORT

- De Zathe
- Ten Anker

KOKSIJDE

- Dunecluze
- Noordduin

DIKSMUIDE

- Yserheem
- Zilvervogel Woumen

DE PANNE

- Sint-Bernardus
- Residentie Duinenzee

VEURNE

- Ter Linden
- Huize Maria Troost
- Sint Anna Bulskamp

ALVERINGEM

- 't Hoge

8.1.3 ELZ HOUTLAND EN POLDER

GISTEL

- Sint-Godelieve

ICHTEGEM

- Sint-Anna
- Hof Demeersseman

OUDENBURG

- Riethove

KOEKELARE

- Meunyckenhof

KORTEMARK

- Blijvelde

TORHOUT

- Sint-Augustinus

8.2 LIJST ERKENDE DIENSTEN VOOR GEZINSZORG

- I-mens
- Familiezorg
- Familiehulp
- OCMW Koksijde

8.3 LIJST ZIEKENHUIZEN

- Az West
- Ter Duinen
- BZIO
- Az Delta
- Kei
- AZ Oostende (op moment van de bevraging AZ Damiaan en AZ Sint Jan campus Serruys)

8.4 LIJST GOOD PRACTICES

De good practices werden opgedeeld in drie grote groepen. Deze werden integraal overgenomen uit de responsen van de deelnemers.

8.4.1 PROCES VAN ZORGAFSTEMMING WAARBIJ DE BETROKKENEN MET ELKAAR IN DIALOOG GAAN (TELEFONISCH/FACE TO FACE)

- Bij voldoende info kan er gekeken worden of het nodig is om een **MDO** te doen of om de **casemanager** in te schakelen om de situatie thuis verder op te volgen. De casemanager inschakelen kan heel goed zijn om thuis alles verder op te volgen om een heropname te voorkomen en alles aan te passen aan de behoeftes van de pt. /klant en hem/haar in een veilige en kwaliteitsvolle omgeving te laten wonen.
- **MDO** voor ontslag, waardoor alle thuiszorgdiensten gelijkgestemd zijn.
- **Samenwerking**, snellere thuiskomst.
- Als er voor een opname uit het ziekenhuis tips omtrent omgang met een bewoner worden meegegeven, waarna we na een aantal maanden nog een **evaluatiegesprek** inplanden met het ziekenhuis & onze "therapeutische" (= niet medicamenteuze) behandeling werd gefinetuned.
- Ooit op stage in een geriatrie afdeling in Oostende: voordat men iemand ontslag geeft wordt dit eerst goed **voorbereid**. Er wordt communicatie opgenomen met de vertrouwde personen, de toestand besproken. Contact opgenomen met de instelling (bv. WZC) er wordt iemand **uitgenodigd** om het ontslag mee voor te bereiden. De toestand, verloop en behandeling wordt ook besproken. Alsook de meest haalbare dag voor ontslag.
- Bij veranderen van WZC naar andere voorziening. Gesprek met de bewoner zelf. Altijd dezelfde persoon. Mantelzorger hierbij betrokken. Stap voor stap de verhuis voorbereid, Info op papier doorgegeven vooraleer verhuis. **Vaste medewerker** die het ganse proces begeleid heeft ging ook mee voor de overplaatsing. Geholpen bij het installeren. Samen de nieuwe mensen, medebewoners ontdekt..... Mondelinge overdracht van de laatste gevoelens en emoties, en gedragingen voorafgaand de verplaatsing aan de hoofdverpleegkundige. Rituelen op papier gezet en mondeling nog toegelicht vooraleer terug weg te gaan en de bewoner daar te laten. Vertrouwenspersoon, mantelzorger van de bewoner terug ingelicht nadien. Afronding van de zorg en contact met nog een openheid voor gesprek mocht de familie nog noden hebben nadien.

8.4.2 INFORMATIEDELING: DOORGEVEN VAN INFORMATIE OVER DE PERSOON

- In situaties waar er grote bezorgdheden leven rond het verder haalbaar zijn van de thuiszorg, kan het **delen en aftoetsen** van deze **informatie** een ondersteuning betekenen in het op weg gaan met het gezin.
- **Moodboard**.
- Op ZE 245 is men gestart met een project **MOOD_BOARD** (ergo en psychologie) info wordt gevraagd aan de mantelzorger en zou bij ontslag moeten kunnen worden meegegeven.

- Bij een opname van een bewoner vanuit een ander wzc werd een **gedetailleerd verslag** meegegeven waardoor ik het gevoel had de bewoner al goed te kennen en te kunnen anticiperen op haar gedrag.
- Bewoner onwel, MUG en ambulance opgebeld, goede **informatieoverdracht** en samenwerking, **telefonisch contact** met ziekenhuis voor, tijdens opname.
- Familie kwam vertellen dat hun papa zeer onrustig was in het ZH. Ze hadden hem zelfs 'vastgebonden', schelden, roepen... Ik heb de afdeling opgebeld omdat we hier nog nooit zo'n gedrag hadden gezien. Meneer liep hier altijd rond. Wil niet gecommandeerd worden, maar bevragen werkte altijd en mr was altijd positief. Gebeld naar de afdeling. Gevraagd hoe het ging en gezegd dat we hoorden hoe zijn gedrag was. Geschetst hoe wij hier met hem omgingen en wat hij graag had en niet had. Zij zijn iets soepeler omgegaan met zijn nood aan rondlopen en er was direct minder onrust en agressie. Daarna **regelmatig contact** van weerszijden om de gemoedsrust van de bewoner zo groot mogelijk te houden. We hebben wel ondervonden dat dit niet altijd in dank werd afgenomen maar het contact is er wel geweest en er zijn ook goede momenten uitgekomen. Voor ons (en de bewoner) was elk goed momentje waarbij we konden helpen een plus.
- UZ Gent **belde** ons zelf op bij opname. De dame aan de lijn stelde oprecht geïnteresseerd een aantal vragen, over **alle levensdomeinen**. Tijdens en na het verblijf deelde zij ook informatie met me. Wij waren erg goed geïnformeerd bij de terugkeer, wisten waar we voor stonden.
- Bij opname van bewoner vanuit een ander woonzorgcentrum werden alle gegevens goed **doorgegeven** waardoor we gevoel hadden persoon al goed te kennen.

8.4.3 CONCRETE PRAKTIJEN/HANDELINGEN

- Vb. een onsie als **slaapkledij** gebruiken zodat ze rustig kunnen slapen en op die manier hun kledij en incontinentie materiaal kunnen uitdoen, dit brengt rust of een **tentbed** zodat ze niet uit bed kunnen vallen of kruipen.
- Bewoners die toekomen met **antipsychotica** (haldol, zyprexa) door met de familie in overleg te gaan was dit opgestart om de echtgenoot het iets gemakkelijker te maken. Met dit te **stoppen** kon de bewoner terug stappen en zelfstandig eten.
- Kleine aandachtspunten zoals: slapen met **licht** aan, deur in het **slot**.
- Gewoon **informatie delen**, het gaat immers om gedeeld beroepsgeheim en dit blijken de ziekenhuizen nog niet door te hebben. Wij gaan helemaal anders om met onze bewoners dan de zh, vnl. op vlak van **fixatie**.