

Maart 2008

I PROBLEEM

De cognitieve kenmerken van een zelfstandig leven omvatten zowel het vermogen om zich recente gebeurtenissen te herinneren als het vermogen om veilig dagelijkse beslissingen te nemen. Enerzijds kunnen milde stoornissen met verouderingsprocessen geassocieerd worden, maar anderzijds is een cognitieve achteruitgang het resultaat van een delirium, een psychiatrische ziekte, een CVA, een metabolische ziekte of een dementie.

Dementie is geen op zichzelf staande ziekte, maar een syndroom. Het kan met verschillende oorzaken in verband gebracht worden. Volgens studies wordt dementie gekenmerkt door de aanwezigheid van drie criteria¹:

- geheugenproblemen op korte termijn,
- EN problemen met minstens één cognitieve functie (abstract denken, oordelen, oriëntatie, taal, gedrag, veranderingen in persoonlijkheid, enz.),
- EN die problemen hebben een invloed op het uitvoeren van dagelijkse levensactiviteiten.

Verminderde cognitieve capaciteiten bedreigen de persoonlijke zelfstandigheid en verhogen het risico op opname in een RVT. Wat de oorzaak van de cognitieve achteruitgang ook mag zijn, zorgverlening gebaseerd op een correcte diagnose is noodzakelijk voor een geschikte planning.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Optimaliseer het vermogen om ADL-activiteiten uit te voeren en om een actief sociaal leven te leiden.
- § Voorkom verdere cognitieve en fysieke achteruitgang.
- § Stimuleer veilige en zelfstandige besluitvorming.

¹ De begrippen ‘achteruitgang’ en ‘chroniciteit’ moeten ook overwogen worden: (1) als er een achteruitgang is zonder de aanwezigheid van de drie bovenstaande criteria, kan men spreken van een cognitieve achteruitgang of cognitief verval, (2) als de problemen niet chronisch maar fluctuerend zijn, ligt een delirium meer voor de hand.

II CAP-ACTIVERING

Deze CAP richt zich op het helpen van cliënten die over nog redelijk wat cognitieve vaardigheden beschikken (gekenmerkt door een CPS-score van 2 of lager, wat gelijk is aan een Mini Mental State Examination van 19 of hoger), met de bedoeling die zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk te houden. De CAP wordt geactiveerd bij cliënten met een verhoogd risico op een beginnend verlies van hun nog aanwezige cognitieve capaciteiten. Het is mogelijk dat deze cliënten in de toekomst een dementiesyndroom zullen ontwikkelen. Bij afwezigheid van een fysieke aandoening zou een instrumenteel of persoonlijk ADL-verlies een opkomende cognitieve achteruitgang moeten doen vermoeden. Om die reden kan een zorgvuldige observatie van de uitvoering van die activiteiten bij een oudere belangrijke aanwijzingen geven bij de detectie van cognitieve achteruitgang.

- **GEACTIVEERD OM ACHTERUITGANG TE VOORKOMEN.** Deze groep omvat cliënten die aan de 2 volgende voorwaarden voldoen:
 - CPS-score van 0, 1, 2 (gelijk aan een Mini-Mental State Examination -score van 19 of hoger) EN
 - Minstens twee van de volgende klinische risicofactoren voor cognitieve achteruitgang zijn aanwezig:
 - Ziekte van Alzheimer
 - Ander dementiesyndroom
 - Soms of nooit/zelden in staat om anderen te begrijpen
 - Soms of nooit/zelden in staat om zichzelf verstaanbaar te maken
 - Herhaaldelijke dagelijkse klachten of bekommernissen
 - Herhaaldelijk anderen ondervragen
 - Dagelijks veel dezelfde formuleringen herhalen (dat iets ergs zal gebeuren)
 - Ruimtelijke desoriëntatie
 - Fysieke agressiviteit
 - Nieuwe indicatie van concentratieproblemen (niet in RAI-HC)
 - Nieuwe gebeurtenissen die op een gewijzigde gewaarwording duiden (niet in RAI-HC)
 - Nieuwe gebeurtenissen die op een verward spreekgedrag wijzen (niet in RAI-HC)
 - Nieuwe periodes van rusteloosheid (niet in RAI-HC)
 - Nieuwe periodes van lethargie (niet in RAI-HC)
 - Nieuwe indicatie van wisselende geestesgesteldheid tijdens de loop van de dag (plotse verandering van de mentale functie)
 - Cognitieve achteruitgang tijdens de laatste negentig dagen
 - Toegenomen behoefte aan zorg tijdens de laatste negentig dagen
 - Nog maximum zes maanden te leven

Deze cliënten vertonen vroege tekens van cognitieve problemen en hebben een hoger risico op een verdere achteruitgang in de nabije toekomst.

Deze groep omvat ongeveer 5% van de ouderen in een RVT, 10% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 1% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 25% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal tijdens een periode van negentig dagen een cognitieve achteruitgang ervaren (met een evenredige achteruitgang van hun geheugen en zelfstandigheid bij besluitvorming). Bij de ouderen die thuiszorg krijgen kent ongeveer 16% een achteruitgang.

□ **GEACTIVEERD OM HET RISICO OP COGNITIEVE ACHTERUITGANG TE CONTROLEREN/OP TE VOLGEN.** Deze groep omvat cliënten die aan de 2 volgende voorwaarden voldoen:

- CPS-score van 0, 1, 2 (gelijk aan een Mini-Mental State Examination -score van 19 of hoger) EN
- **Maximum één** van de bovengenoemde risicofactoren voor cognitieve achteruitgang is aanwezig.

Deze cliënten neigen achteruit te gaan vanaf het moment dat er bij hen twee of meer risicofactoren aanwezig zijn. **De prestaties van deze cliënten moeten nauwlettend geobserveerd worden, zodat opkomende risicofactoren onmiddellijk gedetecteerd kunnen worden.**

Deze groep omvat ongeveer 35% van de ouderen in een RVT, 75% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 98% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 13% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal tijdens een periode van negentig dagen een neiging tot cognitieve achteruitgang vertonen. Bij de ouderen die thuiszorg krijgen neigt ongeveer 10% achteruit te gaan.

□ **NIET GEACTIVEERD.** Alle cliënten met een CPS-score van 3 of hoger (gelijk aan een Mini- Mental State Examination -score lager dan 19).

Deze groep omvat ongeveer 60% van de ouderen in een RVT, 15% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 1% van de ouderen die zelfstandig wonen. 8% van de ouderen in deze groep (zowel ouderen in een RVT als ouderen die thuiszorg krijgen) is geneigd om tijdens een periode van negentig dagen een achteruitgang van hun cognitieve prestaties te ervaren.

III RICHTLIJNEN

Eerste diagnostisch onderzoek indien er nog geen diagnose van dementie gesteld is.

Een cliënt kan in de eerste stadia van dementie zitten, zelfs als hij of zij een lage CPS-score heeft. Als vermoed wordt dat de cliënt er cognitief op achteruitgaat, zou hij of zij voor verder onderzoek moeten doorverwezen worden. In het geval van onduidelijk verleende informatie door de cliënt of de familieleden, kan het nodig zijn onmiddellijk een arts te consulteren.

Bij cliënten waarbij nog geen diagnose van dementie gesteld is, moet overwogen worden hen voor verder onderzoek naar een arts door te verwijzen als:

- De CPS-score 1 of 2 is, OF de CPS-score 0 is, maar er andere tekenen van cognitieve achteruitgang aanwezig zijn.
- ‘Andere’ tekenen van cognitieve achteruitgang omvatten de bovengenoemde klinische risicofactoren. Ook (I)ADL-achteruitgang die niet door een fysieke aandoening of door fysieke verzwakking verklaard kan worden, kan op cognitieve achteruitgang wijzen.

Als de nood aan assistentie nog steeds onduidelijk is, consulteer een arts. Bekijk de cliënt zijn of haar dossier en andere recente interRAI-beoordelingen om te zien of er nog redenen (andere dan cognitieve achteruitgang) zijn om de cliënt meer assistentie bij ADL-activiteiten te verlenen. Die redenen kunnen zijn:

T *Fysiologische aandoeningen*, zoals:

- Musculoskeletale aandoeningen
- Neurologische aandoeningen
- Posttraumatische aandoeningen

T *Factoren gerelateerd aan levensstijl en gewoontes*

- Overmatig alcoholgebruik
- Gebruik van psychotrope medicatie [zie ‘juist en verantwoord medicatiegebruik’-CAP]
- Huishoudelijke taken. In veel gezinnen nemen beide partners elk specifieke taken op zich (bv. huishouden, financiën).

Zelfs wanneer er voor de mindere prestaties een aanvaardbare verklaring gevonden is, blijf de cliënt observeren op symptomen van cognitieve of fysieke achteruitgang .

Alle cliënten met een CPS-score van 1 of 2 die niet over een dergelijke verklaring beschikken zouden echter een uitvoerig medisch onderzoek moeten ondergaan. Op die manier kunnen te behandelen oorzaken van cognitieve achteruitgang opgespoord worden en kunnen de noodzakelijke geneesmiddelen voorgeschreven worden.

De beoordeling bij de nabehandeling kan gaan van een enkele doktersconsultatie tot een uitvoerig proces bestaande uit neuropsychologische testen, hematologisch onderzoek en hersenscans.

Omkeerbare oorzaken van cognitieve achteruitgang

Bijna elk nieuw geneesmiddel kan een negatieve impact op de cognitieve status hebben [zie 'juist en verantwoord medicatiegebruik'-CAP].

Bepaalde soorten dementie, zoals die die te wijten zijn aan een foliumzuur- of vitamine B12-tekort, stoornissen van het calciummetabolisme of de schildklierwerking of overmatig alcoholgebruik, kunnen omkeerbaar zijn.

Voor cliënten bij wie achteruitgang dient voorkomen te worden, moet u de volgende klinische risicofactoren doornemen. Op die manier kan u onderzoeken of er een eventueel verband bestaat tussen deze risicofactoren en het cognitief verlies.

T *Symptomen van een wisselende cognitieve status.* Delier, of acute verwardheid, is een aandoening die mogelijks omkeerbaar is. Het kan een verkeerd beeld geven van de werkelijke aard van de typische of gewoonlijke cognitieve beperking van een cliënt. Bij veel cliënten mag je betere cognitieve prestaties verwachten van zodra die acute verwardheid verdwenen is [zie delier-CAP].

T *Cliënten waarbij om het even welke vorm van dementie vastgesteld werd, moeten op symptomen van cognitieve achteruitgang gecontroleerd worden.*

- Die stelling zou zorgverleners moeten aanzetten tot het identificeren van mogelijks omkeerbare oorzaken (andere dan de ziekte die de dementie veroorzaakt) van recent cognitief verlies. Het is mogelijk dat de handelingen van zorgverleners en familieleden een bescheiden daling van het functioneringsniveau overcompenseren. Het is de bedoeling om de cliënt zoveel mogelijk gebruik te laten maken van zijn overgebleven cognitieve capaciteiten, en het zou incorrect zijn om aan te nemen dat recent cognitief verlies niet omkeerbaar is.

Door cognitieve veranderingen vast te stellen kan de zorgverlener zich meer bewust worden van de cognitieve en functionele beperkingen van de cliënt. Tegelijkertijd biedt het hem de kans om de cliënt weer bij besluitvorming en functioneel gerelateerde ADL-activiteiten te betrekken. Hoe meer kennis anderen over cognitieve achteruitgang hebben, hoe beter ze zich een beeld van de capaciteiten van de cliënt zullen kunnen vormen en hoe beter ze zullen weten hoe de cliënt maximaal kan betrokken worden bij het maken van dagelijkse beslissingen.

T *Vertoont de cliënt bepaalde gedragssymptomen (bv. desoriëntatie, agressief gedrag tegenover anderen) die een invloed uitoefenen op het dagelijkse leven, de zorgverlening of de betrokkenheid bij activiteiten?* [zie gedrag-CAP]

- ❑ Specifieke behandelingen tegen gedragsproblemen en delier kunnen heel effectief zijn en een gunstige werking op de cognitieve capaciteiten hebben [zie delier-CAP en gedrag-CAP].
- ❑ Pijn heeft een gekende negatieve impact op cognitie. Wanneer een cliënt met cognitieve problemen pijn lijdt, kan dat leiden tot gedragsproblemen, prikkelbaarheid en functioneel verlies [zie pijn-CAP].
- ❑ Bepaalde gedragsproblemen zijn echter niet omkeerbaar [zie gedrag-CAP]. Als dat het geval is en als de gedragsproblemen zich dagelijks voordoen, kan een andere woonomgeving voor de cliënt misschien beter zijn. Wanneer de cliënt zich echter in een beginstadium van cognitieve achteruitgang bevindt, zou hij of zij in staat moeten zijn om zelf de belangrijke beslissingen in zijn of haar leven te nemen (zelfs waar hij/zij wil wonen).
- ❑ Sommige gedragsproblemen vormen geen bedreiging voor de veiligheid, de gezondheid of het activiteitenpatroon van de cliënt en vereisen dus geen directe tussenkomst. Maar als er een tijdelijk verband tussen gedrag en cognitieve achteruitgang bestaat, overweeg dan om de gedragsproblemen wel te behandelen.
- ❑ Het kan nuttig zijn om de volgende zaken in overweging te nemen:
 - § Zijn de cognitieve vaardigheden beginnen te verslechteren na het starten van een behandeling tegen gedragsproblemen (bv. psychotrope medicatie of fysieke fixatie)?
 - § Is de behandeling de oorzaak van de achteruitgang (bv. bijwerking van een geneesmiddel)?
 - § Zijn de cognitieve vaardigheden beginnen te verbeteren na het starten van een behandeling tegen gedragsproblemen?
 - § Is de hulp van de zorgverlener de zelfstandigheid van de cliënt ten goede gekomen?

T *Vertoont de cliënt symptomen van een depressie?*

- ❑ Symptomen van een depressie kunnen een cognitieve achteruitgang veroorzaken die verkeerdelijk als dementie geïnterpreteerd kan worden [zie stemmingsstoornissen-CAP].

T *Heeft de cliënt een ander medisch probleem?*

- ❑ Het vaststellen en behandelen van andere medische problemen kan een gunstige invloed op de cognitieve functionering en levenskwaliteit van de cliënt hebben. De behandeling van bijvoorbeeld hartfalen, een chronische obstructieve longziekte (COPD) of constipatie kan tot functionele en cognitieve vooruitgang leiden, terwijl aandoeningen zoals een chronische leverziekte en nierfalen cognitief verlies kunnen veroorzaken of verergeren. Die aandoeningen staan bijna altijd onder doktersbehandeling. Als de cliënt dus een nieuw cognitief verlies begint te ondervinden, bespreek dan met de arts of dat verlies met die aandoeningen in verband gebracht kan worden (of bespreek een nieuwe of andere behandeling van die aandoeningen).

- Meer pijn kan leiden tot minder betrokkenheid bij functionele activiteiten, wat verkeerdelijk als een aanwijzing van cognitieve achteruitgang geïnterpreteerd kan worden [zie pijn-CAP].

T *Slaagt de cliënt erin om op een effectieve manier met anderen te communiceren?* Veel cliënten die een cognitieve achterstand hebben, lijken er niet in te slagen om op een effectieve manier te communiceren. Veel gedragingen die voor anderen onbegrijpelijk lijken (bv. gillen of tieren), betekenen voor de cliënt soms de enige mogelijkheid tot communicatie [zie communicatie-CAP].

- Bespreek met de zorgverlener en de familie de beste communicatiemethoden. Soms zijn het net die personen die goed weten op welke manier je het best met de cliënt contact legt, maar soms zullen ze ook hulp nodig hebben om met de cliënt die recentelijk achteruitgegaan is nieuwe communicatiemethoden uit te proberen.
- Is de cliënt in staat of bereid om op een zinvolle manier te communiceren?
- Gebruikt de zorgverlener niet-verbale communicatietechnieken (bv. aanrakingen, gebaren) om de cliënt tot een reactie aan te moedigen?

T *Controleer of de cliënt medicatie neemt die zijn of haar cognitieve status zou kunnen beïnvloeden.* Overweeg om een arts of apotheker voor verder advies te raadplegen.

- Veel geneesmiddelen, en dan vooral psychoactieve, kunnen cognitieve achteruitgang veroorzaken [zie 'juist en verantwoord medicatiegebruik'-CAP].
- Een cliënt kan een plotse cognitieve achteruitgang ervaren doordat hij of zij met een bepaald geneesmiddel begonnen of gestopt is. Een grondige inspectie van de huidige medicatie van de cliënt (op en zonder voorschrift) zal helpen elke recente aanpassing van zijn of haar medicatie te identificeren.
- Bij sommige cliënten die aan de ziekte van Alzheimer lijden kunnen bepaalde geneesmiddelen soms effectief zijn om cognitieve achteruitgang te voorkomen. Bespreek die optie met de arts in het geval de cliënt die geneesmiddelen niet neemt of nog nooit geprobeerd heeft.
- Wees bedacht op tekenen van chronische of acute alcoholopname en op het gebruik van straatdrugs.
- Wees bedacht op eventueel gebruik van kruiden of alternatieve geneesmiddelen.

Aanhoudende betrokkenheid in het dagelijkse leven

T *Is er mogelijkheid tot zelfstandige activiteit?* Achteruitgang in één functioneel gebied betekent noch dat de zorgverlener voor dat gebied de volle verantwoordelijkheid op zich moet nemen noch dat het als een teken van definitieve achteruitgang in andere gebieden moet worden geïnterpreteerd. Herbekijk de beoordeling van de cliënt en hou rekening met de volgende zaken:

- Zijn er factoren die suggereren dat de cliënt meer betrokken kan worden bij zijn of haar verzorging (bv. momenten waarop de cliënt zich zelfstandiger toont; een verlangen om meer dingen onafhankelijk te doen; ingehouden capaciteit om te leren; ingehouden controle over romp, ledematen of handen)?

- ❑ Kan de cliënt actiever deelnemen aan dagelijkse besluitvorming?
- ❑ Beschikt de cliënt over ingehouden cognitieve capaciteiten die een actievere deelname aan dagelijkse besluitvorming mogelijk zouden maken?
- ❑ Is de cliënt passief?
- ❑ Verzet de cliënt zich tegen zorg?
- ❑ Zijn de activiteiten in handelbare subtaken onderverdeeld?

T *Hoe snel en in welke mate zijn de functionele capaciteiten van de cliënt veranderd?*

Functionele veranderingen zijn vaak de eerste aanwijzingen van cognitieve achteruitgang en wijzen op de nood om omkeerbare oorzaken te identificeren [zie IADL-CAP en ADL-CAP]. Neem de volgende zaken in overweging:

- ❑ In welke mate heeft de cliënt hulp nodig om zich (voort) te bewegen, aan te kleden en om te eten?
- ❑ Heeft de cliënt evenwichtsstoornissen en loopt hij of zij risico op valincidenten? [zie valincidenten-CAP]
- ❑ Zou de cliënt met behulp van goede aanwijzingen of een versterkende behandeling onafhankelijker kunnen leven?
- ❑ Een slechte voedingstoestand en gewichtsverlies worden met achteruitgang van de fysieke functies in verband gebracht en verhinderen fysieke vooruitgang [zie ADL-CAP].
- ❑ Overweeg of het nodig is de cliënt door te verwijzen om verdere achteruitgang te voorkomen.

T *In welke mate blijft de cliënt actief aan het dagelijkse leven en aan ADL-activiteiten deelnemen?* Programma's die gericht zijn op fysieke en sociale aspecten van het leven van de cliënt kunnen de disruptieve symptomen van cognitieve achteruitgang bij sommige mensen beperken. Neem de volgende zaken in overweging:

- ❑ Kan het nuttig zijn om de takenlast of de omgeving of de omstandigheden waarin de taken uitgevoerd worden aan te passen?
- ❑ Wordt het volgen van programma's in kleine groepen aangemoedigd?
- ❑ Zijn er speciale omgevingsstimuli aangebracht (bv. richtingaanwijzers, speciale verlichting)?
- ❑ Helpen zorgverleners de cliënt vaak op een manier die het de cliënt toelaat een zo hoog mogelijk functioneringsniveau te behouden of te bereiken? Staat de cliënt tijdens het uitvoeren van de ADL-activiteiten bijvoorbeeld regelmatig onder toezicht en wordt hij of zij met tips bijgestaan? Worden de ADL-taken in segmenten opgedeeld zodat de cliënt tijd genoeg zou hebben om op aanwijzingen te reageren?
- ❑ Is de cliënt onlangs met het verlies van een dierbaar persoon geconfronteerd geweest (bv. dood van echtgenoot/echtgenote, nieuwe primaire zorgverlener, minder bezoek van familie en vrienden, recente verhuizing naar een woonomgeving waar de cliënt minder zelfstandig is)?

T *Heeft de cliënt een 'failure to thrive'?* Eens een punt overschreden zullen opgestapelde gezondheids- en neurologische problemen van cognitief verzwakte cliënten een verhoogd

risico op klinische complicaties (bv. doorligwonden) of een hogere mortaliteit met zich meebrengen. Neem de volgende zaken in overweging:

- ❑ Spelen emotionele, sociale of omgevingsfactoren een belangrijke rol?
- ❑ Indien de cliënt niet eet, wat kan daar dan de oorzaak van zijn? Mogelijke oorzaken: een omkeerbare stemmingsstoornis, een fundamenteel persoonlijkheidsprobleem, een negatieve reactie op de fysieke en interactieve omgeving waar gegeten wordt, of een neurologische aandoening zoals een verminderde handcoördinatie dewelke met speciaal daartoe ontworpen materialen overwonnen zouden kunnen worden
- ❑ Zou een vastgesteld probleem verholpen kunnen worden indien zorgverleners een betere scholing kregen of indien de cliënt een kalmeringsmiddel, training bij een ergotherapeut of een vernieuwend counseling programma probeerde?
- ❑ Als de oorzaak niet vastgesteld kan worden, welke klinische aandoeningen zijn dan eventueel omkeerbaar (bv. fecale impactie, pijn, en soms doorligwonden)? Welke ingrepen kunnen gedaan worden om het risico op dergelijke complicaties te voorkomen of te verminderen?

T *Cliënten met ontwikkelingsstoornissen.* Steeds meer mensen kampen op latere leeftijd met ontwikkelingsstoornissen. Sommigen ontwikkelen dementie naarmate ze ouder worden. Kent een cliënt cognitieve achteruitgang, dan kan het zijn dat familieleden en andere hulpverleners de woonomgeving of andere aspecten van het leven van de cliënt moeten aanpassen, zodat hij of zij zo zelfstandig mogelijk zou kunnen blijven functioneren.

Merk op dat veel van bovenstaande richtlijnen ook nuttig zijn bij het behandelen van cliënten met een CPS-score van 3 of meer.

AANVULLENDE BRONNEN

Mace, N., Morris, J.N., Lombardo, N.E., Perls, T. *Cognitive Loss.* In Morris JN, Lipsitz, LA, Murphy, KM, and Belleville-Taylor, P. (Eds). *Quality Care in the Nursing Home.* (1997). Mosby, St. Louis, MO.

De website die door de 'Alzheimer's Association' onderhouden wordt (www.alz.org), is een fantastische hulpbron. De site bevat enorm veel informatie, waaronder lijsten van recente artikels, boeken en video's, allerlei tips voor zorgverleners (www.alz.org) en links naar heel wat andere websites zoals www.alzheimer.ca

AUTEURS

John N. Morris, PhD, MSW

Harriet Finne-Soveri MD, PhD

Katharine Murphy, PhD, RN

R. Knight Steel, MD

Pauline Bellville-Taylor, RN, MS, CS