

Maart 2008

I PROBLEEM

Deze CAP identificeert cliënten die zowel de capaciteit als de interesse bezitten om op een meer zelfstandige manier IADL-activiteiten (instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven) uit te voeren. Deze IADL-activiteiten omvatten onder andere koken, het uitvoeren van alledaags huishoudelijk werk (afwas doen, bedden opmaken, stof afnemen, opruimen, ...), boodschappen doen, het openbaar vervoer gebruiken of zelf rijden. Een verlies in IADL-onafhankelijkheid is vaak een eerste aanwijzing voor een beginnende algemene achteruitgang. Er wordt geschat dat bij 17% tot 30% van de zelfstandig wonende ouderen IADL-problemen voorkomen. Dat percentage neemt toe tot ongeveer 50% bij ouderen die in een bejaardentehuis wonen en tot 95% bij ouderen die thuiszorg krijgen. Van de cliënten die zelfstandig bijna alle ADL-activiteiten uitvoeren maar hulp nodig hebben bij het baden ("early loss" ADL-activiteit), heeft ongeveer 98% ook een IADL-probleem (in de VS).

Voor cliënten die zowel de interesse en de capaciteit bezitten om hun IADL-activiteiten zelfstandiger uit te voeren, bestaan er heel wat nuttige interventies.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Houd de huidige onafhankelijkheidsgraad bij het uitvoeren van de IADL-activiteiten zo lang mogelijk in stand en verbeter de prestaties als de cliënt onder zijn of haar kunnen functioneert.
- § Ga na of de cliënt recente acute gezondheidsproblemen gehad heeft en of hij/zij symptomen vertoont (vb. pijn) die de functionele status beïnvloeden.
- § Herbekijk en controleer de medicatie.
- § Evalueer het effect van motivatie en gemoedsstemming op de functionele status.
- § Duid op het belang van fysieke activiteit en bewegingsoefeningen en toon aan hoe de cliënten zelf aan hun lichaamsbeweging kunnen werken.
- § Verwijs cliënten die niet volgens hun capaciteiten presteren en vooral cliënten die er recentelijk (tijdens de laatste drie maanden bijvoorbeeld) op achteruit gegaan zijn door naar gemeenschapsprogramma's of naar een kinesitherapeut of ergotherapeut, of verstrek ze advies over hoe ze op een efficiënte manier aan lichaamsbeweging kunnen doen.
- § Bespreek alternatieve regelingen met cliënten die de IADL-activiteiten zelf niet (meer) willen uitvoeren.

II CAP-ACTIVERING

Deze CAP is van toepassing op ouderen die in een serviceflat wonen, die thuiszorg krijgen of die beschermd wonen. Het doel van deze CAP is een groep mensen te identificeren die capabel zijn en de wil hebben om de IADL-activiteiten beter te kunnen uitvoeren. Dat doel wordt hier bereikt door gebruik te maken van vier belangrijke ijkpunten. Eerst en vooral moet men geloven dat de cliënt, ook al is die recentelijk functioneel achteruitgegaan, zou kunnen verbeteren. Dat vertrouwen kan voor de cliënt motiverend werken. Ten tweede moet de cliënt tot op een zeker niveau in staat zijn de IADL-activiteiten zelfstandig uit te voeren. Ten derde mag de cliënt niet volledig afhankelijk zijn voor het uitvoeren van ADL-activiteiten, zoals het zich aankleden. En tot slot moet de cliënt ook tenminste over enkele cognitieve capaciteiten beschikken.

- **GEACTIVEERD OP MOGELIJKHEID TOT VERBETERING.** Deze groep omsluit de cliënten die de vier volgende belangrijke kenmerken vertonen:
 - **Vatbaar voor verbetering** -- Een of meerdere van de volgende vier items zijn aanwezig:
 - De cliënt denkt zelfstandiger te kunnen zijn.
 - De zorgverstrekker denkt dat de cliënt zelfstandiger kan zijn.
 - De cliënt maakt een goede kans op herstel van huidige ziekte [Merk op: dit item komt niet aan bod in interRAI's integrated suite maar in versie 2.0].
 - De ADL-status is slechter geworden.
 - **IADL-probleem (capaciteit)** – Een totaal van 3 of hoger (of 7 of hoger op interRAI's new suite) op de schaal, berekend door de codes voor de volgende probleem- of capaciteitsitems op te tellen: het bereiden van een maaltijd, gewoon huishoudelijk werk of boodschappen doen en gebruik maken van transport.
 - **ADL-prestaties** – Een score van 0, 1, 2, of 3 op de hiërarchische ADL-schaal, wat staat voor niveaus gaande van 'zelfstandig' tot 'ontvangt uitgebreide hulp bij het uitvoeren van "early loss" ADL-activiteiten.
 - **Cognitieve prestaties** – Een score van 0, 1, of 2 op de Cognitief Presteren Schaal (CPS) (niveaus variëren van 'zelfstandig' tot 'lichte beperking').

Deze geactiveerde groep omvat 20% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 6% van de ouderen die zelfstandig wonen. Over een periode van negentig dagen zal 15% van de ouderen uit deze groep die thuiszorg krijgen zelfstandiger een IADL kunnen uitvoeren. Het doel is om dat percentage te laten toenemen.

- **NIET GEACTIVEERD.** Deze groep omvat alle andere ouderen. Zij maken ongeveer 80% uit van de ouderen die thuiszorg krijgen en 94% van de ouderen die zelfstandig wonen. Voor degenen in deze groep met IADL-beperkingen volstaat het om de hulp die ze van familie en vrienden krijgen met dienstverlening aan te vullen.

III RICHTLIJNEN

De volgende richtlijnen zijn op de geactiveerde cliënten gericht, omdat zij over de capaciteit zouden moeten beschikken om IADL-activiteiten zelfstandiger uit te voeren.

METHODE OM DE IADL-PRESTATIES TE VERBETEREN

- Praat met de cliënt en zijn of haar familie om recente veranderingen te kunnen vaststellen. Nieuwe medische, farmacologische problemen die zich voordoen of chronische problemen die terug de kop opsteken kunnen in een functionele achteruitgang resulteren. Onderzoek of de IADL-prestaties na het opsteken van die problemen slechter zijn dan voorheen. Als dat het geval is, mag verwacht worden dat de prestaties weer zullen verbeteren na de verdwijning van het acute probleem. Als het zich ontwikkelende probleem echter niet behandeld wordt, is een verdere achteruitgang erg waarschijnlijk.
- Volg de cliënt goed op.

T *Controleer de cliënt op acute gezondheidsproblemen of op een opflakking van een terugkerend of chronisch probleem.* Besteed vooral aandacht aan recente valincidenten, pijn, gemoedsstemming, infecties, delier, medicatie, ondervoeding en gezichtsproblemen.

- **Valincidenten.** Een cliënt met een voorgeschiedenis van valincidenten triggert gewoonlijk een programma dat zich op de volgende items richt: evenwichtsstoornissen, posturale duizeligheid, spierkracht, verminderd uithoudingsvermogen, te voorzichtige bewegingen en het niet meer kunnen uitvoeren van bepaalde bewegingen (bv. zich buigen of naar iets reiken). Bijgevolg is het belangrijk om, als de CAP vallen wordt geactiveerd en men zich op deze items richt, te kijken naar een mogelijke vermindering van het risico op vallen als bijkomend gevolg. [zie valincidenten-CAP].
- **Pijn.** Een derde tot de helft van de ouderen die zelfstandig wonen heeft pijn. De zorgen die na activering van de pijn-CAP verleend worden, zullen vaak tot een pijnvermindering leiden. Onderzoek dus bij een geactiveerde pijn-CAP of een behandeling van de pijn een verbetering op het gebied van de IADL-activiteiten teweegbrengt [zie pijn-CAP].
- **Gemoedsstemming.** Depressie kan een invloed hebben op de IADL-prestaties, omdat zowel vermoeidheid als het geen zin meer hebben om IADL-activiteiten uit te voeren vaak met deze aandoening geassocieerd worden [zie gemoedsstemming-CAP]. Besef echter dat het tegenovergestelde ook kan voorkomen: een daling van de IADL-capaciteit kan aanleiding geven tot toenemende gemoedsstemmingsproblemen of tot afnemende gevoelens van welzijn. Een vooruitgang op het gebied van de IADL-activiteiten kan dus een positief effect op de gemoedstoestand hebben.
- **Infecties of andere acute problemen** kunnen de IADL-prestaties beïnvloeden vanwege secundaire effecten zoals inactiviteit en vermoeidheid.

- ❑ **Delier** kan de IADL-prestaties beïnvloeden vanwege het onvermogen om gewone dagelijkse taken uit te voeren [zie delier-CAP].
- ❑ **Medicatie.** Geneesmiddelen zoals anxiolytica, antipsychotica, antidepressiva, en hypnotica kunnen neveneffecten veroorzaken die tot een achteruitgang van de IADL-prestaties leiden. Pas op met andere geneesmiddelen die duizeligheid, een lage bloeddruk, syncope, evenwichtsstoornissen, loopproblemen en valincidenten kunnen veroorzaken. Therapieontrouw of het onderbreken van de medicamenteuze behandeling kan ook een achteruitgang van de IADL-prestaties bevorderen. Herbekijk de resultaten van de medicatie-CAP om te bepalen of de IADL-problemen door geneesmiddelen kunnen veroorzaakt worden.
- ❑ Controleer de **voedingsstatus** bij een recent gewichtsverlies of een lage Body Mass Index (BMI) [zie ondervoeding-CAP].
- ❑ Een aangetast gezichtsvermogen en andere **gezichtsproblemen** kunnen serieuze effecten hebben op het uitvoeren van de IADL-activiteiten. Revalidatietechnieken en technologische hulpmiddelen zijn beschikbaar om de IADL-prestaties desondanks het gezichtsverlies te verbeteren.

T **Identificeer de sterke punten.** Vooral cliënten met een goed cognitief vermogen en een uiterst sterke motivatie zijn in staat een programma ter bevordering van de IADL-capaciteit op te stellen en te volgen. De cliënten die over voldoende financiële middelen beschikken hebben meer opties om een lichaamsbewegingsprogramma te volgen, hulpmiddelen aan te schaffen of de hulp van een kinesitherapeut en ergotherapeut in te schakelen. Aanmoedigende familieleden of vrienden betekenen ook altijd een grote steun en hulp voor de cliënt.

T **Behandel functionele problemen.** Ongeveer de helft van de waargenomen verbeteringen bij de IADL-activiteiten zullen zich voordoen als cliënten vooruitgang boeken op het gebied van hun cognitie en communicatie en bij het uitvoeren van meer basisgerichte ADL-activiteiten [zie ADL-CAP, cognitieverlies-CAP, communicatie-CAP]. De ADL-, cognitieverlies- en communicatie-CAP's verschaffen nuttige informatie over hoe de prestaties van de cliënt te verbeteren. De sleutel tot succes vanuit IADL-perspectief is om op een bewuste manier een link te leggen tussen verbeteringen op die drie vlakken en potentiële verbeteringen bij de IADL-activiteiten. Wanneer u bijvoorbeeld een verbetering bij de uitvoering van de ADL-activiteiten waarneemt, stel dan de vraag of dat voor de cliënt aanleiding kan geven tot het meer zelfstandig uitvoeren van IADL-activiteiten. Eigenlijk moet u ervan uitgaan dat het antwoord 'ja' zal zijn. Geef de cliënt de kans om meer betrokken te geraken bij het uitvoeren van de basisgerichte IADL-activiteiten (bv. ingrediënten voor een maaltijd bijeenzoeken, maaltijd bereiden, tafel dekken).

Vaak zal het ADL-zorgplan een eerste fase zijn in de ontwikkeling van een programma dat tot IADL-verbeteringen leidt. Als de basisbeperking een beperking van de fysieke prestaties is, herzie dan de ADL- en valincidenten-CAP's voor suggesties ter verbetering van het lichaamsevenwicht, de spierkracht en het uithoudingsvermogen. Afhankelijk van het

functioneringsniveau van de cliënt kunnen lichaamsoefeningsprogramma's thuis, in centra of in clubs gevolgd worden. Anderzijds kan een gespecialiseerd programma opgesteld door een kinesitherapeut vereist zijn.

- ***Stel de prestaties van de cliënt en zijn of haar kansen op meer IADL-zelfstandigheid vast.*** Als een cliënt problemen heeft met het uitvoeren van een bepaalde IADL-activiteit, splits die IADL-activiteit dan in verschillende subtaken op. Het bereiden van een maaltijd kan bijvoorbeeld in de volgende subtaken onderverdeeld worden: ingrediënten uit de bergruimte halen, elk ingrediënt afzonderlijk bereiden, de ingrediënten samenbrengen en koken, de maaltijd opdienen. De betrokkenheid bij elke afzonderlijke subtaak kan aangemoedigd worden tot de cliënt meer vertrouwen in zijn of haar eigen kunnen heeft. De moeilijkheden dienen te worden onderzocht om te bepalen of de onderliggende problemen wijzen op spierkrachtproblemen, evenwichtsproblemen, coördinatieproblemen, cognitieve of organisatorische problemen. Leid vanuit die analyse af voor welke specifieke IADL-subtaak hulpmiddelen of een aanpassing van de levensruimte nodig zijn, waar training van de vaardigheden nuttig kan zijn [zie ADL-CAP] of waar de cliënt indien mogelijk bij de activiteit betrokken kan worden. Ergotherapeuten kunnen een grote hulp betekenen bij het maken van een analyse en het geven van geschikt advies.
- ***Beoordeel de kennis en de vaardigheden van de cliënt.*** Soms is een IADL-probleem te wijten aan een gebrek aan vaardigheden of kennis over het uitvoeren van bepaalde activiteiten die vroeger door iemand anders, bijvoorbeeld de echtgeno(o)t(e), uitgevoerd werden. Dat is vooral het geval bij weduwnaars of gescheiden mannen die plots IADL-activiteiten moeten gaan uitvoeren die ze eerder zelden of zelfs nog nooit gedaan hebben (bv. het huishouden doen, koken, boodschappen doen). Oudere vrouwen kunnen dan weer meer problemen ondervinden bij het tuinieren of het beheren van geld (bv. rekeningen betalen). In die situaties moet de beoordeling zich vooral richten op de bereidwilligheid en bekwaamheid van de cliënt om nieuwe vaardigheden aan te leren en zo een grotere IADL-zelfstandigheid te bereiken. Ga ervan uit dat de cliënt bekwaam genoeg is en stel een schema van praktische oefensessies op. Neem de cliënt bijvoorbeeld mee naar de supermarkt of begeleid hem of haar bij het verrichten van financiële transacties.
- ***Het is ook belangrijk om een cliënt te leren hoe hij of zij zelf op een goede manier met zijn/haar chronische aandoeningen kan omgaan.*** Dat geldt vooral bij aandoeningen die kunnen opflakkeren of terugkomen. Ga na of de cliënt een zelfmanagementprogramma zou kunnen volgen.
- ***Ga na hoe een hogere IADL-zelfstandigheid kan bereikt worden.*** Vaak nemen informele zorgverleners IADL-activiteiten op zich die eigenlijk nog (gedeeltelijk) door de cliënt uitgevoerd zouden kunnen worden. Het is belangrijk om cliënten naargelang hun eigen capaciteiten te laten functioneren, en zelfs om die capaciteiten verder te laten

ontwikkelen als de cliënt zich bekwaam toont tot het uitvoeren van IADL-taken. Bouw verder op de sterke punten van een cliënt. Motivatie is heel erg belangrijk. Cliënten die gemotiveerd zijn en die zelf geloven dat ze kunnen vooruitgaan, maken meer kans op werkelijke verbeteringen. Cliënten die cognitief beter functioneren worden vaak ook makkelijker bij actieve programma's betrokken.

- **Motivatie.** Motivatie is heel belangrijk. Gemotiveerde cliënten en cliënten die geloven in een mogelijke verbetering blijken er beter in te slagen om het niveau van hun IADL-betrokkenheid te verhogen. Personen met een betere cognitieve functie blijken daarbij ook gemakkelijker deel te nemen aan activiteiten. Niet alle cliënten zijn gemotiveerd om hun vroeger niveau van IADL-betrokkenheid te handhaven. Ze kunnen in het verleden bijvoorbeeld tot het uiterste gegaan zijn bij het uitvoeren van die activiteiten, waardoor ze nu moe zijn en bijstand willen. Het is belangrijk om de IADL-status te evalueren, zelfs bij cliënten die reeds hulp krijgen. Veel cliënten zullen zeggen dat ze meer hulp nodig hebben dan al het geval is. Sommigen zullen oefening of diensten nodig hebben, anderen dan weer alleen advies en geruststelling. Familie of vrienden kunnen helpen bij het uitvoeren van IADL-activiteiten, of ze kunnen de cliënt gezelschap houden en zekerheid bieden. Het moet echter absoluut vermeden worden dat de IADL-taken, die vroeger door de cliënt uitgevoerd werden, te vroeg door anderen overgenomen worden. Het is erg belangrijk dat de familie van de cliënt zich bewust is van de voordelen van een actieve participatie.

T **Cognitieve trainingsprogramma's:** formele programma's die zich richten op het redeneren, het nemen van beslissingen, het geheugen en het visuele proces hebben aangetoond een positieve afremmende invloed te hebben op de functionele achteruitgang van IADL-prestaties [zie cognitieverlies-CAP].

T **Preferente alternatieven:**

- Als een cliënt niet langer geïnteresseerd is de IADL-activiteiten op zich te nemen, of dat nooit geweest is, onderzoek dan de alternatieven. Die situatie kan zich voordoen na de dood van een echtgeno(o)t(e) die vroeger altijd kookte, schoonmaakte of tuinierde.
 - Geef advies over het belang van fysieke activiteit en oefening, vooral als de cliënt niet langer IADL-activiteiten uitvoert of een verminderde activiteit vertoont [zie lichaamsbeweging-CAP].
 - Onderzoek alternerende mogelijkheden voor niet-formele assistentie of betaalde hulp.
 - Bespreek de mogelijkheid om ergens te gaan wonen waar verschillende diensten aangeboden worden (bv. RVT, beschermd wonen, ...).
 - Als de cliënt overweegt te verhuizen, stel dan vragen op die aan elke soort instelling dienen gesteld te worden. Ga bijvoorbeeld na aan welke activiteiten en programma's de cliënt er kan deelnemen (bv. danslessen, watersport, wandelen). Zoek het liefst naar

instellingen waar de cliënt activiteiten kan doen die hij of zij al altijd graag gedaan heeft of nu graag zou willen proberen.

- Raad de cliënt aan om actief deel te nemen aan activiteiten die het cognitieve functioneren stimuleren (bv. bridgen, schaken, puzzelen). Op die manier zal de cliënt langer in staat zijn IADL's zoals geldbeheer en medicatiegebruik goed uit te voeren.
- Verwijs cliënten voor hun chronische aandoeningen door naar een zelfmanagementprogramma, zodat ze beter op een wisselende gezondheid en het herstel van opflakkingen of andere acute problemen voorbereid zouden zijn.

AANVULLENDE BRONNEN

Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Decker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial. *BMJ* 2006; 333:1196.

Fujita, K., Fujiwara, Y., Chaves, P.H., Motohashi, Y., Shinkai, S. (2006). *Frequency of going outdoors as a good predictors for incident disability of physical function as well as disability recovery in community-dwelling older adults in rural Japan.* *J Epidemiol*, Nov 16(6):261-70.

Tinetti, M.E., Allore, H., Araujo, K.L., Seeman, T. (2005). *Modifiable impairments predict progressive disability among older persons.* *Journal of Aging Health*, Apr 17(2):239-56.

Williams, C.S., Tinetti, M.E., Kasl, S.V., Peduzzi, P.N. (2006). *The role of pain in the recovery of instrumental and social functioning after hip fracture.* *Journal of Aging Health*, Oct 18(5):743-62.

Willis, S.L., Tennstedt, S.L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K.M., Morris, J.N., Rebok, G.W., Unverzagt, F.W., Stoddard, A.M., Wright, E. (2006). *Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults.* *JAMA*, Dec 20;296(23):2805-14.

Elzen, H., Slaets, J.P., Snijders, T.A., Steverink, N. (2007). *Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands.* *Soc Sci Med*, May;64(9):1832-41. Epub 2007 Mar 13.

AUTEURS

John N. Morris, PhD, MSW

Katherine Berg, PhD, PT

Catherine Hawes, PhD

Brant E. Fries, PhD