

Maart 2008

I PROBLEEM

Normale communicatie impliceert twee met elkaar verbonden activiteiten:

- Expressieve communicatie: zichzelf tegenover anderen verstaanbaar maken, meestal verbaal maar soms ook non-verbaal. Typische expressieve problemen omvatten een verstoorde taal/spraak en stemvolume. Meer specifieke problemen kunnen zijn: moeilijk de juiste woorden vinden, moeilijk een goede zin kunnen construeren, moeilijk voorwerpen en gebeurtenissen kunnen omschrijven, woorden verkeerd uitspreken, stotteren, een hese of vervormde stem en een laag klankvolume te wijten aan respiratoire problemen. De percentages van de cliënten die ten minste enige moeite ondervinden om zichzelf verstaanbaar te maken variëren van setting tot setting: 15% van de ouderen die zelfstandig wonen, 25% van de ouderen in de thuiszorg en 40% van de ouderen die in een RVT verblijven (in de VS).
- Receptieve communicatie: de verbale of schriftelijke communicatie van anderen begrijpen. Typische receptieve communicatieproblemen omvatten veranderingen/moeilijkheden op de volgende gebieden: luisteren, spraakdiscriminatie, woordenschatbegrip, lezen en interpretatie van gezichtsuitdrukkingen. De percentages van de cliënten die ten minste enige moeite ondervinden om de verbale communicatie van anderen te begrijpen variëren van setting tot setting: 10% van de ouderen die zelfstandig wonen, 25% van de ouderen in de thuiszorg en 50% van de ouderen die in een RVT verblijven (in de VS).

Terwijl er heel wat aandoeningen zijn die een invloed kunnen hebben op de manier waarop iemand informatie uit en begrijpt, legt deze CAP eerder de nadruk op de interactie tussen de communicatieve toestand van een cliënt en zijn of haar cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Voorkóm zo lang mogelijk vermijdbare achteruitgang van communicatieve vaardigheden.
- § Probeer communicatieve achteruitgang terug goed te maken.
- § Check een lijst met gebruikelijke oorzaken en voorzie de geschikte behandeling.
- § Werk samen met de familieleden en zorgverleners opdat de communicatie met de cliënt effectief zou verlopen.

II CAP-ACTIVERING

Het doel van deze CAP is van tweeërlei aard: ten eerste, werk aan de verbetering van de communicatieve capaciteiten van de cliënt wanneer mogelijk en ten tweede, voorkom vermijdbare communicatieve achteruitgang. Voor elke cliënt die voor follow-up in aanmerking komt zou er een gespecialiseerd zorgplan ter bevordering van zijn/haar communicatief vermogen opgesteld moeten worden. Het grote verschil tussen de twee volgende geactiveerde groepen is dat de ene groep zich focust op het maken van vooruitgang, terwijl de andere groep zich meer richt op het voorkomen van achteruitgang.

- **GEACTIVEERD OP POTENTIËLE VOORUITGANG.** Deze subgroep wordt door twee factoren gedefinieerd:

- Cliënten in deze groep hebben matige tot ernstige communicatieve beperkingen.; en
- Zijn tot op zekere hoogte in staat om dagelijkse besluitvormingen te nemen (een maatstaf voor cognitieve reserve).

Gezien deze cognitieve mogelijkheden maken de cliënten in deze subgroep de meeste kans op communicatieve vooruitgang. Tijdens een periode van negentig dagen maakt slechts een minderheid (ongeveer 15%) werkelijk vooruitgang. Het is dan ook een absolute prioriteit van de zorgverleners om dat percentage te doen stijgen. Merk op – deze groep omvat ongeveer 11% van de ouderen in een RVT, 8% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 1% van de ouderen die zelfstandig wonen.

- **GEACTIVEERD OM ACHTERUITGANG TE VOORKOMEN.** Deze subgroep wordt ook bepaald door de mate waarin iemand kan communiceren en aan dagelijkse besluitvorming kan doen, maar in dit geval heeft de cliënt bij het begin van het onderzoek betere communicatieve vaardigheden en is hij of zij minder in staat om aan dagelijkse besluitvorming te doen.

Gezien de cliënten in deze groep geen cognitieve reserves hebben, maken zij de meeste kans op communicatieve achteruitgang. Toch zal slechts een minderheid (ongeveer 15%) werkelijk achteruitgaan, wat niet wegneemt dat het een absolute prioriteit blijft om dat percentage verder te doen afnemen. Merk op – deze groep omvat ongeveer 25% van de ouderen in een

RVT, 10% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 1% van de ouderen die zelfstandig wonen.

- **NIET GEACTIVEERD.** Deze groep omvat alle cliënten voor wie functioneel herstel ter preventie van achteruitgang klinisch gezien geen geschikt zorgdoel is. Er is een evenwicht tussen communicatieve vaardigheden en cognitieve reserve (gemeten aan de hand van dagelijkse besluitvorming).

Cliënten in deze groep kunnen nog eens in drie kleinere groepen onderverdeeld worden: goede communicatie en goede cognitie; matige communicatie en matige cognitie; en slechte communicatie en slechte cognitie. Cliënten in deze subgroep zijn het minst vatbaar voor verandering doordat het niveau van hun communicatieve en cognitieve vermogen hetzelfde is. Merk op – deze groep omvat ongeveer 64% van de ouderen in een RVT, 88% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 99% van de ouderen die zelfstandig wonen. Bij deze cliënten volstaat het dat zorgverleners alert zijn voor een onverwachte achteruitgang van hun communicatieve vaardigheden.

III RICHTLIJNEN

Wanneer de communicatie beperkt is, wordt tijdens de beoordeling aan verschillende factoren aandacht besteed: de onderliggende oorzaken van de communicatieve beperkingen, het resultaat van reeds toegepaste behandelingen, de mate waarin de cliënt in staat is zijn/haar communicatieve beperkingen op een niet-verbale manier te compenseren (bv. vermogen om visuele, niet-verbale signalen te volgen) en de mate waarin de zorgverleners bereid en in staat zijn een zo effectief mogelijke communicatie na te streven. In het geval van een beperkte taalvaardigheid moeten zowel de zorgverleners als de cliënt hun niet-verbale communicatieve vaardigheden (één van de fundamenteelste en meest automatische menselijke gaven) uitbreiden. Fysiek contact, gelaatsuitdrukking, oogcontact, lichaamshouding en de toon waarop iemand spreekt zijn allemaal krachtige communicatiemiddelen. Het herkennen en het gebruiken van die praktische middelen is de sleutel tot effectieve communicatie.

T *Controleer de cliënt op versturende problemen en behandel ze [zie relevante CAP's].*

Wanneer die problemen verbeteren of wanneer verdere achteruitgang voorkomen is, moet het communicatieve vermogen van de cliënt opnieuw onderzocht worden.

- Cognitieve achteruitgang, vooral recentelijk opgekomen acute verwardheid (delier)
- Meer aanwijzingen van stemmingsstoornissen (bijvoorbeeld, een stijging op de Depression Rating Scale)
- ADL-achteruitgang
- Achteruitgang van de respiratoire status bij cliënten met COPD
- Mondmotoriek – slikken, helderheid van het stemgeluid

T *Evalueer en stimuleer de componenten van communicatie waar mogelijk.* De details van de zwakke en sterke punten van de cliënt aangaande het begrijpen, het horen en het uiten van informatie maken deel uit van om het even welk ondersteunend behandelingsprogramma.

- ❑ Slechthorendheid – zorg ervoor dat de cliënt een geschikt hoorapparaat heeft en gebruikt. Bepaal of de cliënt in specifieke omstandigheden (bv. in een rustige omgeving of wanneer iemand rechtstreeks tot de cliënt praat zodat die laatste de lippen van de ander kan zien) in staat is informatie te begrijpen.
- ❑ Succes in het communiceren – Als de cliënt met bepaalde mensen op een effectievere manier kan communiceren, probeer dan te achterhalen waarom dat zo is. Bijvoorbeeld: spreekt die persoon trager of duidelijker, gebruikt hij bepaalde gebaren of bewegingen, of verloopt de communicatie in een andere taal? Voorzie ook de mogelijkheid om op die effectievere manier te kunnen communiceren.
- ❑ Non-verbale communicatie – Als de cliënt gebruik maakt van communicatiehulpmiddelen en andere niet-verbale manieren van communicatie, zorg er dan voor dat het personeel en/of de zorgverlener daarvan op de hoogte zijn/is en dat men over de nodige bekwaamheid beschikt om op die manier te communiceren.
- ❑ Recente achteruitgang op het gebied van communicatie/horen – probeer mogelijke oorzaken [inclusief afscheiding(en) uit het oor of een ophoping van cerumen (oorsmeer)] vast te stellen.

T *Blik terug op voorafgaande behandelingen en evaluaties.*

- ❑ Werde de cliënt al geëvalueerd door een audiolo(o)g(e) of een logopedist(e)? Hoe lang geleden?
- ❑ Is de toestand van de cliënt sinds de laatste evaluatie verslechterd?
- ❑ Indien een dergelijke evaluatie tot een zorgplan geleid heeft, werd dat zorgplan dan strikt nageleefd?

T *Factoren die beoordeeld en behandeld moeten worden omdat ze mogelijks met de communicatieproblemen in verband staan:*

- ❑ **Recentelijk opgekomen aandoeningen:** (Bijvoorbeeld: afasie ten gevolge van een beroerte (cerebrovasculair accident of CVA). Overweeg de cliënt naar een logopedist(e) door te verwijzen als verbetering mogelijk is.
- ❑ **Chronische of terugkerende aandoeningen:** de ziekte van Alzheimer of andere dementieyndromen; afasie; beroerte (CVA); de ziekte van Parkinson; of geestelijke gezondheidsaandoeningen. Overweeg om verlies door chronische aandoeningen die wellicht niet succesvol te behandelen zijn te compenseren met behandelingen ter bevordering van de communicatieve vaardigheden (bv. bij matig gehandicapte cliënten met Alzheimer kan het gebruik van korte, directe zinnen en een tactiele vorm van communicatie effectief zijn).
- ❑ **Aandoeningen die kunnen leiden tot een verminderd stemvolume:** astma, longemfyseem/COPD (chronische obstructieve longziekte), de ziekte van Parkinson, kanker, of een kunstgebit dat niet goed past. Overweeg een kinesitherapeut te consulteren

voor ademhalingsoefeningen of duurtraining ter verbetering van de cardiorespiratoire conditie; of overweeg logopedie.

- ❑ **Aandoeningen van voorbijgaande aard:** delier; infectie(s); of episodes van acute aandoeningen. Zou de succesvolle behandeling van eventuele acute of voorbijgaande aandoeningen tot een beter communicatief vermogen kunnen leiden? [zie delier-CAP of raadpleeg een arts]
- ❑ **Evalueer de medicatie voor die aandoeningen die de communicatieve vaardigheden van de cliënt zouden kunnen schaden.** Zou titratie of substitutie van bepaalde geneesmiddelen tot een beter communicatief vermogen leiden? Ga te rade bij een arts wanneer de cliënt één of meerdere van de volgende geneesmiddelen neemt:
 - § Psychotrope middelen, zoals: antidepressiva, tranquillizers (waaronder antipsychotica, anxiolytica en sedativa zoals benzodiazepines)
 - § Opiïde (narcotische) analgetica
 - § Anti-Parkinsonmiddelen
 - § Antibiotica zoals gentamycine en tobramycine
 - § Toxiciteit van aspirine
- ❑ **Evalueer de kansen van de cliënt om te communiceren terwijl de kwaliteit of kwantiteit van de communicatie gelijk is aan het kennelijke communicatieve vermogen van de cliënt.** Zijn de kansen van de cliënt om te communiceren beperkt en kan daar iets aan gedaan worden – bv. zorgen voor meer partners waarmee de cliënt zou kunnen communiceren, het gebruik van een communicatieplaat/fiche of een computer

AANVULLENDE BRONNEN

Lubinski, R., Frattali, C., Barth, C. (1997). *Communication*. In Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K.M., and Belleville-Taylor, P. (Eds). *Quality Care in the Nursing Home*. (1997). Mosby, St. Louis, MO. Merk op: in dit hoofdstuk wordt beschreven hoe cliënten met communicatieve beperkingen te behandelen en hoe onderliggende problemen te beoordelen en aan te pakken. Verder worden er ook tips voor een goede zorgplanning gegeven.

<p>AUTEURS Rosemary Lubinski, EdD Carol Frattali, PhD John N. Morris, PhD, MSW</p>
