

September 2007

I PROBLEEM

De ADL-CAP behandelt de mate van onafhankelijkheid waarmee een cliënt dagdagelijkse basistaken uitvoert (bv. aankleden, persoonlijke hygiëne, wandelen, naar het toilet gaan, veranderen van positie in bed, eten).

Een afname van de ADL-onafhankelijkheid is een probleem op zich, die eveneens kan leiden tot een hele reeks van complicaties: incontinentie, slechte communicatie, cognitief verlies, sociale isolatie, depressie, valincidenten en doorligwonden. Voor cliënten die zelfstandig wonen kan een verminderde ADL-onafhankelijkheid een belangrijke reden zijn om naar een meer gecontroleerde locatie te verhuizen (bv. gaan samenwonen met anderen, beschermd gaan wonen of verhuizen naar een RVT). Verder kan het leiden tot een toenemend gebruik van formele ondersteunende dienstverlening.

Heel wat zaken kunnen een invloed hebben op de ADL-onafhankelijkheid van de cliënt. Enkele belangrijke oorzaken zijn: achteruitgang van de cognitieve prestaties, de eerste symptomen of de opflakking van een terugkomende chronische ziekte (bv. depressie), het optreden van een acute ziekte (bv. CVA) of een acuut gezondheidsprobleem (bv. heupfractuur), verkeerd en onverantwoord medicatiegebruik.

Terwijl dat soort aandoeningen (en dan vooral dementie) kan leiden tot een chronisch verlies van de ADL-onafhankelijkheid, kan het volgen van een programma dat de ADL-prestaties stimuleert vaak de functionele achteruitgang vertragen of zelfs omkeren.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Houd de huidige onafhankelijkheidsgraad bij het uitvoeren van ADL-activiteiten zo lang mogelijk in stand.
- § Behandel functioneel verlies dat veroorzaakt wordt door een recente, acute of geneeslijke aandoening.
- § Voorkom verder functioneel verlies dat gepaard gaat met nieuwe acute aandoeningen of met de opflakking van chronische of geneeslijke aandoeningen.
- § Verbeter de prestaties als de cliënt onder zijn of haar kunnen functioneert.
- § Ga na welke specifieke acute problemen of geneeslijke aandoeningen eventueel een probleem zouden kunnen vormen.
- § Mik op specifieke ADL-taken, gebaseerd op waargenomen inconsistenties tussen de capaciteit en de prestaties, en kom tussenbeide om geïndividualiseerde ADL-

activiteiten te verbeteren.

- § Overweeg om de cliënt naar een kinesitherapeut of een ergotherapeut door te verwijzen als zijn of haar ADL-functionering nu slechter is dan drie maanden geleden of als hij of zij niet naar behoren presteert.

II CAP-ACTIVERING

Het doel van deze ADL-CAP is om de prestaties te verbeteren of om een vermijdbare functionele achteruitgang te voorkomen bij cliënten die reeds enkele ADL-bepkeringen vertonen. De CAP is van toepassing op cliënten die zelfstandig in serviceflats wonen, cliënten die thuiszorg krijgen, cliënten die beschermd wonen en cliënten die in een RVT verblijven. De volgende regels specificeren de twee groepen cliënten die voor specifieke follow-up in aanmerking komen. Een belangrijk verschil tussen de twee geactiveerde groepen is de vraag of de cliënt een wisselende gezondheidstoestand heeft, hetgeen vaak wijst op een recente acute aandoening.

□ **GEACTIVEERD OP MOGELIJKHEID TOT VERBETERING.** Deze groep omvat de cliënten die de volgende eigenschappen **ALLEMAAL** bezitten.

- Ze krijgen hulp bij bepaalde ADL-activiteiten, maar zijn zeker nog niet volledig afhankelijk van anderen.
- Ze beschikken op z'n minst over een minimum aan cognitieve vaardigheden [aangeduid door een score lager dan 6 op de CPS (6 is de slechtste score)].
- Ze lopen niet het risico in de nabije toekomst te sterven.
- Ze vertonen **twee of meerdere** van de volgende indicaties die erop wijzen dat de cliënt onlangs een recent acute aandoening gehad heeft of een wisselende functionele status heeft:

Heeft een acute aandoening of ervaart een opflakking van een chronische aandoening;

Delier;

Veranderende cognitieve status (positief of negatief);

Longontsteking;

Heupfractuur;

Krijgt fysiotherapie/kinesitherapie;

Recente hospitalisatie;

Schommelende ADL-capaciteit (positief of negatief);

Stijgende of dalende nood aan zorgdiensten.

Deze groep omvat ongeveer 20% van de ouderen in een RVT, 20% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en minder dan 1% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 33% van de ouderen die in een RVT resideren en tot deze groep behoren zullen over een periode van negentig dagen beterschap vertonen; voor ouderen die thuiszorg ontvangen daalt

dat percentage tot ongeveer 21%. Tegelijkertijd bevindt deze groep zich echter in een twijfelachtige positie. Ongeveer 33% van de ouderen in een RVT zullen tijdens deze 90-dagen periode verdere achteruitgang vertonen, terwijl dat bij ouderen die thuiszorg ontvangen ongeveer 20% is.

○ ***Voornaamste behandelmethode.***

Pak het nieuwe acute probleem aan en werk samen met de cliënt naar zijn of haar functionele niveau van voor het acute probleem toe. Kijk er ten tweede op toe dat de cliënt niet in een neerwaartse spiraal van ADL-achteruitgang terechtkomt [merk op: ongeveer 70% van de cliënten die dit soort acute gezondheidsproblemen hebben, zullen ofwel een recente ADL-achteruitgang gemaakt hebben ofwel lopen ze een verhoogd risico op achteruitgang tijdens de komende periode van negentig dagen]. Bij een cliënt die tijdens de acute aandoening een ADL-achteruitgang vertoont, kan naar zijn of haar vroegere functionele status terugkeren door het acute gezondheidsprobleem zelf te behandelen. Wanneer het acute probleem verholpen is, zorg er dan voor dat ook het functionele verlies teniet gedaan wordt.

Besef ook dat niet elke ADL-achteruitgang veroorzaakt door een acuut probleem vermijdbaar is. Zelfs met uitstekende ADL-zelfhulpprogramma's zal tot 20% van de cliënten met recente acute gezondheidsproblemen een ADL-achteruitgang ervaren. In alle gevallen is een herstel van het acute gezondheidsprobleem en een terugkeer naar de vroegere ADL-status echter een redelijk en realiseerbaar zorgdoel.

□ ***GEACTIVEERD OM ACHTERUITGANG TE VOORKOMEN.*** Deze groep omvat de cliënten die de volgende eigenschappen **ALLEMAAL** bezitten.

- Ze krijgen hulp bij bepaalde ADL-activiteiten, maar zijn zeker nog niet volledig afhankelijk van anderen.
- Ze beschikken op z'n minst over een minimum aan cognitieve vaardigheden [aangeduid door een score lager dan 6 op de CPS (6 is de slechtste score)].
- Ze lopen niet het risico in de nabije toekomst te sterven.
- Ze vertonen ***geen of slechts één*** van de bovengenoemde indicaties, weergegeven onder 'Geactiveerd op mogelijkheid tot verbetering'. Dat suggereert dat de cliënt noch een recente acute aandoening gehad heeft noch een wisselende functionele status heeft.

Deze groep omvat ongeveer 60% van de ouderen in een RVT, 15% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en minder dan 1% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 33% van de ouderen die in een RVT resideren en tot deze groep behoren zullen over een periode van negentig dagen beterschap vertonen; 32% zal achteruitgaan. Bij ouderen die thuiszorg ontvangen vertoont ongeveer 12% beterschap, ongeveer 20% gaat achteruit.

- ***Voornaamste behandelmethode.***

Het volgende tweestappenplan is aanbevolen.

1. Stel een zorgplan op om de cliënt te helpen zijn of haar huidige ADL-onafhankelijkheidsniveau te behouden.
2. Kijk uit voor nieuwe acute gezondheidsproblemen of nieuwe medicatie die een ADL-achteruitgang zouden kunnen stimuleren (bv. delier, veranderende cognitieve status, longontsteking, nieuwe hospitalisatie) en behandel of reageer in de eerste fase. Vooral zulke acute problemen zullen in de komende maanden de functionele achteruitgang stimuleren.

□ ***NIET GEACTIVEERD.*** In deze groep zitten cliënten waarvan het herstellen of het behouden van hun functionele status om een ADL-terugval te voorkomen niet het doorslaggevende klinische doel is. Deze groep kan in drie subgroepen onderverdeeld worden.

- De eerste subgroep omvat de cliënten die zelfstandig ADL-activiteiten uitvoeren, zelfs ADL-activiteiten die normaal gezien in een vroeg stadium niet meer haalbaar blijken (bv. kleden, persoonlijke hygiëne). (Deze groep omvat het merendeel van de cliënten die thuiszorg ontvangen of die zelfstandig leven en die niet getriggerd zijn.)
- De tweede subgroep omvat degenen die geen cognitieve vaardigheden meer bezitten (ze hebben een score van 6 op de CPS, wat gelijk is aan een Mini Mental State-score van ongeveer 0).
- De derde subgroep omvat de cliënten die het risico lopen binnenkort te sterven.

De twee laatste subgroepen omvatten vooral degenen in een RVT die niet door deze CAP geactiveerd worden.

Deze groep omvat ongeveer 20% van de ouderen in een RVT, 65% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 99% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 25% van de ouderen die in een RVT resideren en tot deze groep behoren zullen in de komende periode van negentig dagen achteruitgaan, 12% zal beterschap vertonen. Bij ouderen die thuiszorg ontvangen zijn die percentages respectievelijk 14% en 14%.

- Verschaf een geschikte ADL-begeleiding en onderhoudszorgen aan cliënten met ADL-problemen waarvan het terugkrijgen of het behouden van hun functionele status niet redelijk en niet realiseerbaar is.

III RICHTLIJNEN

De meeste zorgprogramma's beantwoorden aan de noden van sommige cliënten bij wie de ADL-CAP geactiveerd is; andere cliënten vallen echter uit de boot en nog anderen krijgen zorgen toegediend die eigenlijk overbodig zijn. Dankzij dit ADL-overzicht zal een groter aantal cliënten dat geschikt is voor ADL-zorg bereikt kunnen worden en zal onnodige functionele achteruitgang vermeden kunnen worden. Deze methode richt zich tot de ouderen die het meeste baat bij een

intensief onderzoek zullen hebben en kan in feite in om het even welk programma ingeschakeld worden. De aard van de follow-up zal echter wel verschillen. Daar waar veel (financiële) middelen voorhanden zijn, is een uitgebreide behandeling mogelijk; waar dat niet het geval is zal de tussenkomst beperkter zijn.

T **Methode om de ADL-prestaties te verbeteren**

- ❑ Praat met de cliënt, zijn of haar familie en zorgverleners om nieuwe acute aandoeningen vast te stellen. Nieuwe medische, farmacologische, orthopedische of visuele problemen kunnen in een enorme functionele achteruitgang resulteren. Wanneer zulke problemen zich voordoen, controleer dan of die met een functionele ADL-achteruitgang gepaard gaan. Als dat het geval is mag verbetering verwacht worden nadat het acute probleem verdwenen is; als de ADL-problemen niet aangepakt worden, is verdere achteruitgang haast onvermijdbaar. Het is dus aanbevolen om de cliënt (wanneer mogelijk) naar een arts door te verwijzen en hem of haar te informeren over de vastgestelde klinische veranderingen en de daarop volgende functionele achteruitgang.
- ❑ Stel een begeleidend programma op om:
 - familieleden en zorgverleners te informeren over het belang van een nauwlettend toezicht op de gezondheidssituatie van de cliënt. Wanneer ernstige acute problemen die tot een functionele achteruitgang zouden kunnen leiden, vastgesteld worden (bv. delier, longontsteking, valincidenten en heupfracturen), verwijs de cliënt dan door naar een arts.
 - familieleden en zorgverleners te informeren over het belang om opkomende chronische aandoeningen die tot een functionele achteruitgang zouden kunnen leiden vroegtijdig op te sporen, en dan vooral aandoeningen die te behandelen zijn (bv. cataract, osteoartritis van de heup of knie, polymyalgia of rheuma).
 - de cliënt te controleren op onverantwoord medicatiegebruik dat tot functionele achteruitgang leidt (anders toegediende medicatie, maar ook medicatie die helemaal niet meer toegediend wordt).
 - de cliënt te controleren op ADL-achteruitgang of verminderde activiteit ten gevolge van een recente ziekenhuisopname.
- ❑ Als de cliënt symptomen van delier vertoont, behandel hem of haar dan volgens de richtlijnen die in de delier-CAP beschreven staan. Kijk ook na of de cliënt geen geneesmiddelen neemt die delier kunnen veroorzaken en die de functionering kunnen beïnvloeden [merk op: de delier-CAP bevat een lijst van die geneesmiddelen].
- ❑ In geval van duizeligheid, valincidenten of een recente heupfractuur, zie valincidenten-CAP voor verder advies.
- ❑ Als de cliënt er recentelijk op achteruit gegaan is of niet volgens zijn of haar capaciteiten presteert, verwijs hem of haar dan (indien mogelijk) door naar een kinesitherapeut of ergotherapeut. Cliënten in deze categorie die door een kinesitherapeut of ergotherapeut behandeld worden, maken bijna 50% meer kans om tijdens een periode van negentig dagen vooruitgang te boeken dan gelijkaardige cliënten die dergelijke zorgen niet krijgen.

- ❑ Artsen en andere leden van het interdisciplinaire team moeten de onderliggende medische problemen of instabiliteit bepalen en behandelen.
- ❑ Als bepaalde symptomen wijzen op een inadequate voeding, pas de voeding dan aan [zie voeding-CAP].
- ❑ Als er aanwijzingen zijn van een slechte pijnbestrijding, herbekijk dan de behandelingsmethodes [zie pijn-CAP].

T Herbekijk de twee interRAI-beoordelingsitems over de opinie van de cliënt en het personeel: geloven ze dat het functioneringsniveau van de cliënt verder kan verbeteren? Als dat geloof aanwezig is maakt de cliënt meer kans op vooruitgang en loopt hij of zij minder risico op ADL-achteruitgang. Deze items zouden u moeten helpen bij het opstellen en uitvoeren van een zorg- en dienstenplan.

T Behandel chronisch cognitief verlies. Cognitief verlies beperkt de kansen van een cliënt op ADL-voortgang en maakt het moeilijker om de functionele achteruitgang te doen verminderen. De interRAI-beoordelingsitems betreffende de cognitieve prestaties zijn nuttig bij het beoordelen van de functionele capaciteiten van de cliënt en zijn of haar kansen op ADL-voortgang. Verschillende items (bv. kortetermijngeheugen, besluitvorming en de mogelijkheid om zich verstaanbaar te maken) op de CPS (Cognitief Presteren Schaal) kunnen u aanwijzingen geven, zelfs wanneer de CPS zelf niet berekend is [merk op: zie 'het scoren van de centrale InterRAI schalen' in het voor specifieke uitleg over de CPS; de CPS-scoring zou beschikbaar moeten zijn in uw softwaresysteem].

- ❑ Bij cliënten met de grootste cognitieve beperkingen (degenen met een CPS-score van 6) wordt deze CAP niet geactiveerd, aangezien hun gebrek aan mentale capaciteiten de mogelijkheid tot verbetering in de weg staat.
- ❑ Bij alle andere cliënten is de CAP wel geactiveerd, aangezien de ADL-prestaties vaak verbeterd of ten minste op hetzelfde niveau gehouden kunnen worden bij cliënten met een CPS-score lager dan 6.
- ❑ Degenen zonder of met matige cognitieve beperkingen (CPS-scores van 0, 1 en 2) maken een reële kans op ADL-voortgang.
- ❑ Cliënten met matige tot ernstige cognitieve beperkingen (CPS-scores van 3, 4 en 5) hebben een geïndividualiseerd ADL-zorgplan nodig.

T Selecteer voor de zorgverlening doelgerichte ADL-activiteiten om verdere achteruitgang te voorkomen en stimuleer zelfstandigheid door de prestaties en de capaciteiten van de cliënt met elkaar te vergelijken. ADL-achteruitgang volgt een regelmatig, hiërarchisch patroon. Meestal heeft de cliënt eerst hulp nodig met de zogenaamde 'Early Loss' ADL-activiteiten (zich wassen, zich aankleden en persoonlijke hygiëne), daarna met de 'Middle Loss' ADL-activiteiten (wandelen, transfer, toiletgebruik) en tot slot met de 'Late Loss' ADL-activiteiten (eten en beweeglijkheid in bed).

Om het niveau van de ADL-prestaties op peil te houden of zelfs te verbeteren, kunnen de cliënt, familie en zorgverleners zich focussen op een bepaald ADL-gebied.

- Focus op ‘wandelen’ bij iemand die zelf wel nog wat kan wandelen, maar toch niet helemaal zelfstandig meer is.
- Voor degenen die nog helemaal alleen kunnen wandelen, focus op een ‘Early Loss’ ADL (meestal zich aankleden).
- Voor degenen die niet meer alleen kunnen wandelen, focus op een ‘Late Loss’ ADL (meestal eten). Bijvoorbeeld als de cliënt nog vast voedsel kan eten, geef de mogelijkheid om zelfstandig te eten. Moedig dit aan. Als de CAP ondervoeding wordt gesignaleerd, volg dan deze instructies.

Eens het ADL-gebied waarop u zich wilt gaan focussen geselecteerd is, zijn er heel wat mogelijkheden om een geschikte methode die vooruitgang vergemakkelijkt te ontwikkelen.

- Een formelere aanpak die vaak overwogen wordt bestaat erin de cliënt naar een therapeut of een intern trainingsprogramma door te verwijzen. Overweeg ook om een onderhouds- en revalidatieprogramma dat zich focust op het geselecteerde ADL-gebied op te stellen. Een dergelijke aanpak wordt hieronder beschreven.
- Een minder formele, mogelijke aanpak bestaat erin de cliënt en een belangrijk familielid te informeren over hoe een programma als dit bevorderd kan worden. Leg eerst uit dat meer zelfstandigheid wel degelijk mogelijk is: het stellen van een geschikt doel is een sleutel tot succes. Raad hen vervolgens aan een persoonlijke variant van het formele programma dat hieronder beschreven staat te volgen. De cruciale elementen zijn: selecteer een ADL-subtaak die de cliënt zelfstandiger moet gaan leren uitvoeren; geef de cliënt de kans die subtaak uit te voeren; hou de positieve en negatieve resultaten bij en bouw verder op de positieve.

Voorbeeld van een onderhouds- en revalidatieprogramma dat zich op een specifiek ADL-gebied focust

- Geef verbale instructies of aanwijzingen bij elke stap van het doelgerichte programma.
- Geef de cliënt de kans elke stap te ondernemen en help wanneer nodig.
- Gebruik gebaren of verbale aanwijzingen waarop de cliënt reageert.
- Wanneer de cliënt hulp nodig heeft met een ‘geselecteerde taak’, verdeel die dan onder in verschillende segmenten en stel binnen elke taak en elk segment bepaalde doelen op.
- Zorg ervoor dat alle professionele zorgverleners en familieleden op dezelfde manier te werk gaan elke keer de cliënt een ADL-activiteit uitvoert.
- Hou die consistente aanpak minstens één maand vol.
- Documenteer alle vooruitgang die de cliënt maakt bij het uitvoeren van de geselecteerde ADL-taak en elk taaksegment. Kijk of de cliënt op een andere manier aan de taak begint, of hij of zij hulp of aanwijzingen nodig heeft om aan de taak te beginnen en of hij of zij een taak kan afmaken eens die begonnen is. Om de gemaakte vooruitgang op te meten

kan het ook nuttig zijn om bij te houden hoeveel tijd de cliënt voor elke (sub)taak nodig heeft.

- Breng de cliënt, de familie en de zorgverleners op de hoogte van elke verbetering. Het is namelijk zo dat kleine verbeteringen, die voor iedereen bemoedigend kunnen werken, niet altijd voor iedereen merkbaar zijn.

T Gevolgen van functioneel ADL-verlies. Functioneel verlies kan nieuwe problemen zoals incontinentie, sociale isolatie, depressiviteit, valincidenten, ongevallen en doorligwonden veroorzaken. Controleer de cliënt goed op dergelijke aandoeningen en kijk of ze verbeteren naargelang ook de ADL-prestaties verbeteren.

AUTHORS

John N. Morris, PhD, MSW
Katherine Berg, PhD, PT
Jean-Claude Henrard, MD
Harriet Finne-Soveri, MD, PhD
Dinnus Frijters, PhD