

Activiteiten van het Dagelijkse Leven Clinical Assessment Protocol (CAP) = 2

De informatie over deze CAP-code wordt opgesplitst in drie delen:

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 2 bij de ADL-CAP.
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens ondernomen moeten worden (overzichtsschema en uitwerking per stap).

Deze informatie print u best in zijn geheel uit.

I. Betekenis

De **ADL-CAP** wordt **geactiveerd met code 2**. Dat betekent dat deze cliënt **ALLE** volgende eigenschappen bezit:

- Krijgt hulp bij bepaalde ADL-activiteiten, maar is zeker niet volledig afhankelijk van anderen
- Beschikt op z'n minst over een minimum aan cognitieve vaardigheden [aangeduid door een score lager dan 6 op de CPS waarbij 6 de slechtste score is]
- Loopt niet het risico in de nabije toekomst te sterven
- Vertoont **twee of meerdere** van de volgende indicaties die erop wijzen dat de cliënt onlangs een recente 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 kinesitherapie
 - Recente hospitalisatie
 - Schommelende ADL-capaciteit (positief of negatief)
 - Stijgende of dalende nood aan zorgdiensten

Deze cliënt behoort tot de groep cliënten die reeds enkele ADL-beperkingen vertonen en waarbij een verbetering van de prestaties als doelstelling naar voren gebracht wordt.

Deze groep omvat ongeveer 20% van de ouderen in een RVT, 20% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en minder dan 1% van de zelfstandig wonende ouderen. Ongeveer 33% van de ouderen die in een RVT wonen en tot deze groep behoren zal over een periode van negentig dagen beterschap vertonen; bij 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 zal tijdens die periode van negentig dagen een verdere achteruitgang vertonen, terwijl dat bij ouderen die thuiszorg ontvangen ongeveer 20% zal zijn.

Let op: deze 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.

II. Probleemstelling

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 dat eveneens tot een reeks van complicaties kan leiden: 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, veroorzaakt 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.

III. Richtlijnen

Onder reconstructie

Voorlopig:

Voornaamste behandelmethodes

Behandel het nieuwe acute probleem en bied de cliënt hulp aan om zijn of haar oorspronkelijk functioneel niveau te bereiken (niveau vóór het optreden van het probleem). 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, zal ofwel een recente ADL-achteruitgang gemaakt hebben ofwel een verhoogd risico op achteruitgang lopen tijdens de komende periode van negentig dagen]. 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 zoveel mogelijk 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.