

Cognitieverlies

Clinical Assessment Protocol (CAP) = 1

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

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 1 bij de Cognitie-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. De mogelijkheid bestaat om bijkomende literatuur te raadplegen.

I. Betekenis

De **Cognitie-CAP wordt geactiveerd met code 1**. Dat betekent dat deze cliënt aan de volgende **twee voorwaarden** voldoet:

- CPS-score van 0, 1, 2 [gelijk aan een Mini Mental State Examination (MMSE) van 19 of hoger] **EN**
- **Maximum één** van de volgende klinische risicofactoren voor cognitieve achteruitgang is aanwezig:
 - Ziekte van Alzheimer
 - Ander dementiesyndroom
 - Soms of nooit in staat anderen te begrijpen
 - Soms of nooit in staat zichzelf verstaanbaar te maken
 - Dagelijks herhaaldelijk klagen
 - Dagelijks veel dezelfde formuleringen herhalen (dat iets ergs zal gebeuren)
 - Ruimtelijke desoriëntatie (rond dwalen)
 - Fysieke agressiviteit
 - Nieuwe indicatie van concentratieproblemen (snel afgeleid zijn)
 - Nieuwe episoden van gewijzigde gewaarwording
 - Nieuwe episoden van onsamenhangend praten
 - Nieuwe periodes van rusteloosheid
 - Nieuwe periodes van lethargie
 - Nieuwe indicatie van een schommelend mentaal functioneren tijdens de loop van de dag
 - Cognitieve achteruitgang tijdens de laatste negentig dagen
 - Toegenomen zorgbehoefte tijdens de laatste negentig dagen
 - Nog maximaal zes maanden te leven

Wanneer de Cognitie-CAP met code 1 geactiveerd wordt, dient men het risico op cognitieve achteruitgang bij deze cliënt op te volgen. Achteruitgang van het cognitief functioneren is mogelijk vanaf het moment dat er twee of meer risicofactoren aanwezig zijn. De prestaties van deze cliënt 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 zelfstandig wonende ouderen. 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% tot cognitieve achteruitgang (in de VS).

II. Probleemstelling

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.

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.

ALGEMENE ZORGD OELEN

- 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.

Bronnen en aanvullende literatuur

- interRAI CAP's Gebruikershandboek:
 - 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 (<http://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 (<http://www.alz.org/caregiver/guide>) en [links naar heel wat andere websites](#).