

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 cognitieverlies-CAP
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens dienen ondernomen te 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 **Cognitieverlies-CAP wordt geactiveerd met code 1**. Dat betekent dat deze cliënt aan de volgende **twee voorwaarden** voldoet:

- Heeft een score van 0, 1 of 2 op de Cognitie Prestatieschaal (CPS)¹ van het RAI wat ongeveer gelijk staat met een Mini-Mental State Examination (MMSE) van 19 of hoger. Dit betekent dat er sprake is van een intacte tot licht verstoorde cognitieve status.

EN

- **Maximum één** van de volgende klinische tekens voor cognitieve achteruitgang zijn 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/bezorgd zijn
 - Dagelijks veel dezelfde formuleringen herhalen (dat iets ergs zal gebeuren)
 - Ruimtelijke desoriëntatie (ronddwalen)
 - Fysieke agressiviteit
 - Nieuwe indicatie van concentratieproblemen (het snel afgeleid zijn)
 - Nieuwe episodische gewijzigde gewaarwording
 - Nieuwe episodische 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 behoefte aan zorg tijdens de laatste negentig dagen
 - Nog maximaal zes maanden te leven

Wanneer de CAP code 1 activeert, dient men het risico op cognitieve achteruitgang op te volgen. Volgens interRAI-studies neigen deze cliënten achteruit te gaan vanaf het moment dat er bij hen twee of meer van de bovenstaande tekens aanwezig zijn. **Daarom moeten de prestaties van deze cliënten nauwlettend geobserveerd worden, zodat nieuwe tekens onmiddellijk gedetecteerd kunnen worden.**

Volgens interRAI-studies (handboek interRAI) behoren ongeveer 35% van de ouderen in een RVT, 75% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 98% van de zelfstandig wonende ouderen tot deze groep (= bij wie de CAP geactiveerd wordt met code 1). 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% achteruit te gaan (in de VS).

¹ De Cognitie Prestatieschaal van het RAI meet de cognitieve status van de persoon. Scores variëren van 0 (intact) tot 6 (zeer ernstig verstoord). De schaal blijkt goed overeen te komen met de resultaten van de Mini-Mental State Examination (MMSE).

II Probleemstelling

De cognitieve kenmerken van een zelfstandig leven omvatten het vermogen om informatie waar te nemen, te registreren, op te slaan en te gebruiken evenals het vermogen om dagelijkse beslissingen te nemen. Enerzijds kunnen milde cognitieve problemen (i.e. goedaardige vergeetachtigheid, verminderd vermogen om complexe informatie te leren) met verouderingsprocessen geassocieerd worden, maar anderzijds is een cognitieve achteruitgang het resultaat van een delirium, een psychiatrische ziekte, een CVA, een metabole ziekte of een dementieel ziekteproces.

Dementie is geen op zichzelf staande ziekte, maar een syndroom. Het kan met verschillende oorzaken in verband gebracht worden. Volgens de DSM-IV-TR, wordt het dementieel syndroom gekenmerkt door de aanwezigheid van 3 criteria¹:

1. De ontwikkeling van multiële cognitieve stoornissen worden zichtbaar door volgende symptomen:
 - a. Geheugenstoornissen (verminderd vermogen nieuwe informatie te leren of eerder geleerde informatie te herinneren)
 - b. Een (of meer) van volgende cognitieve stoornissen:
 - i. Afasie (taalstoornis);
 - ii. Apraxie (verminderd vermogen motorische handelingen uit te voeren ondanks intacte motorische functies);
 - iii. Agnosie (onvermogen objecten te herkennen of thuis te brengen ondanks intacte sensorische functies);
 - iv. Stoornis in uitvoerende functies (d.w.z. plannen maken, organiseren, logische gevolgtrekkingen maken, abstraheren).
2. De cognitieve stoornissen in criterium 1a en 1b veroorzaken elk een significante beperking in het sociaal en/of beroepsmatig functioneren en betekenen een significante beperking ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren.
3. De stoornissen komen niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een delirium.

Verminderde cognitieve capaciteiten bedreigen de persoonlijke zelfstandigheid en verhogen het risico op opname in een RVT. Wat de oorzaak van de cognitieve achteruitgang ook moge zijn, zorgverlening gebaseerd op een correcte diagnose is noodzakelijk voor een geschikte planning.

Nota: deze CAP wordt enkel geactiveerd bij cliënten die over nog redelijk wat cognitieve vaardigheden beschikken (gekenmerkt door een CPS – score van 2 of lager) en risico lopen op een beginnend verlies van deze capaciteiten, met als doel ze zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk te houden.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- 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 3 bovenstaande criteria, kan men spreken van een cognitieve achteruitgang of cognitief verval, (2) als de problemen niet chronisch zijn, maar eerder acuut en fluctuerend, is een delirium meer voor de hand liggend.

III Richtlijnen

Overzichtsschema

STAP:
Observatie en opvolging van de toestand van de cliënt

Bij vermoeden van cognitieve achteruitgang, ga over naar stap 2 ‘Onderzoek en diagnosestelling’ van de cognitieverlies-CAP code 2

Stappenplan

STAP:

Observatie en opvolging van de toestand van de cliënt

- Bij signalering van deze CAP met code 1, **KAN** de cliënt **tekens van cognitieve problemen** vertonen (zie CPS-score 0, 1 of 2 EN maximum 1 teken voor cognitieve achteruitgang), en dient men **het risico op een eventuele cognitieve achteruitgang te controleren en op te volgen**. Een belangrijke stap die hierbij moet ondernomen worden is de **observatie van de toestand van de cliënt**. Op die manier krijgt men als zorgverlener een duidelijker beeld over de cognitieve en functionele capaciteiten van de cliënt, over zijn eventuele beperkingen en kunnen zijn prestaties goed opgevolgd worden.
- Ga na of er bij de cliënt reeds aandoeningen die met cognitieve stoornissen kunnen gepaard gaan zoals bv. de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Parkinson of depressie werden gediagnosticeerd.
- Observeer of informeer naar (bij cliënt en naaste zorgverlener) mogelijke tekens van cognitieve achteruitgang. Typisch treden de veranderingen zeer geleidelijk op en zijn ze progressief. Het is erg belangrijk *deze punten nauwlettend te blijven observeren*, zodanig dat bijkomende tekens onmiddellijk kunnen gedetecteerd en gerapporteerd worden:
 - Stoornissen in het geheugen (bv. vergeten van telefoonnummers, van namen, van boodschappen, herhaaldelijk zaken herhalen, ...)
 - Stoornissen bij de oriëntatie in tijd en/of ruimte
 - Problemen met het nemen van beslissingen of oordeelsvermogen
 - Gedragsveranderingen (agressief gedrag, irritabiliteit, interesseverlies, rusteloosheid, apathie, ontremming, ...)
 - Verminderd vermogen om te redeneren of te plannen
 - Wanen of hallucinaties
 - Spraakstoornissen (woordvindingsstoornissen, benoemingsstoornissen, grammaticale fouten) of begripsstoornissen (problemen om anderen te verstaan)
 - Stoornissen in de aandacht en concentratie
 - Fluctuatie van de mentale functies tijdens de loop van de dag
 - (Herhaaldelijke dagelijks klagen/bezorgd zijn)
 - Functionele achteruitgang (bv. nood aan meer assistentie bij (I)ADL-activiteiten, zonder de aanwezigheid van fysieke aandoeningen/stoornissen of fysieke verzwakking, zoals somatisch-organische aandoeningen (bv. hartfalen) musculoskeletale (bv. arthrose of fractuur) of neurologische (bv. polyneuropathie, CVA) aandoeningen; en let ook op valproblematiek, incontinentie, evenwichtsstoornissen, een slechte voedingstoestand, en gewichtsverlies. Ga hierbij steeds na of er nog andere mogelijke redenen zijn voor de functionele achteruitgang, zoals middelen of medicatiegebruik (alcohol, benzodiazepines, pijnmedicatie...)
- Bespreek *samen met de arts* de toestand van de cliënt. Indien **GEEN vermoeden van cognitieve achteruitgang**, blijf de **prestaties van de cliënt observeren en**

rapporteer veranderingen onmiddellijk. Ga bij vermoeden van cognitieve achteruitgang over naar stap 2 ‘Onderzoek en diagnosestelling’ van de Cognitieverlies-CAP code 2.

- Bij cliënten met CPS-score 1 of 2 (borderline of licht verstoorde cognitieve status) kunnen altijd een aantal ondersteunende maatregelen beschreven in stap 3 ‘Behandeling en maatregelen’ van de Cognitieverlies-CAP code 2 toegepast worden.

Bronnen en aanvullende literatuur

- interRAI CAP's Gebruikershandboek:
 - Mace, N., Morris, J.N., Lombardo, N.ED, Perls, T. Cognitive loss. In Morris JN, Lipsitz, LA, Murphy, KM en 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 (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 en links naar heel wat andere websites zoals: www.alzheimer.ca

- Bijkomende bronnen:
 - Olde Rikkert, M., Kessels, R., Koopmans, R., Vernooij-Dassen, M. *De vergeetachtige patiënt*. In Olde Rikkert, M.G.M., Flamaing, J., Petrovic, M., Schols, J.M.G.A., Hoefnagels, W.H.L. (red.). *Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie. Een praktijkhandboek voor de opleiding en de kliniek*. 2008. De Tijdstroom, Utrecht.
 - Godderis, J. *Dementiesyndroom*. Cursus 1^e jaar arts KUL, Leuven.
 - Braes, T., Milisen, K., Foreman, MD. *Assessing cognitive function*. In Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, T., Kluger, M. (ed.). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 2003. Springer Publishing Company, New York.
 - Fletcher, K. *Dementia*. In Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, T., Kluger, M. (ed.). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 2003. Springer Publishing Company, New York
 - Milisen, K., Braes, T., Fick, D., Foreman, M. (2006). *Cognitive assessment and differentiating the 3 D's (dementia, depression, delirium)*. *Nursing Clinics of North America*; 41: 1-22.
 - Steeman E., Braes T., De Bal N., Godderis J., Joosten E., Marvellie M., Milisen K., Van Wesenbeeck A., Vandenbergh J., Vlaemynck J. *Ontwarring van verwardheid*. 2004. Kluwer, Mechelen.
 - Regionaal Zorgprogramma Dementie en andere cognitieve syndromen. 2003. www.ouderenspsychiatrie.nl