

Cognitieverlies

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 cognitieverlies-CAP
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens moeten ondernomen 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 2**. 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 MiniMental State Examination (MMSE) van 19 of hoger. Dit betekent dat er sprake is van een intacte tot licht verstoorde cognitieve status.

Deleted:

EN

- **Minstens twee** 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
 - Dagelijks veel dezelfde formuleringen herhalen (dat iets ergs zal gebeuren)
 - Ruimtelijke desoriëntatie (rondwalen)
 - 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 2 activeert, dient men achteruitgang te voorkomen. Cliënten in deze groep vertonen **tekens van cognitieve problemen** en hebben een hoger risico op een verdere achteruitgang in de nabije toekomst.

Volgens interRAI-studies (handboek interRAI) behoren ongeveer 5% van de ouderen in een RVT, 10% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 1% van de zelfstandig wonende ouderen tot deze groep (= bij wie de CAP geactiveerd wordt met code 2). Ongeveer 25% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven, zal tijdens een periode van

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).

negentig dagen een cognitieve achteruitgang ervaren (met een evenredige achteruitgang van hun geheugen en zelfstandigheid bij besluitvorming). Bij de ouderen die thuiszorg krijgen kent ongeveer 16% een achteruitgang (in de VS).

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 multiple 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 fluctuerend, is een delirium meer voor de hand liggend.

III Richtlijnen

Overzichtsschema



Stappenplan

STAP 1:

Observatie van de toestand van de cliënt

- Bij signalering van deze CAP met code 2, vertoont de cliënt **tekens van cognitieve problemen** (Mini-Mental State Score van 19 en hoger) en dient men **verdere achteruitgang te voorkomen**. Een **eerste 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 beperkingen van de cliënt, over zijn capaciteiten, en is het mogelijk na te gaan hoe de cliënt maximaal kan betrokken worden in de dagdagelijkse beslissingen en activiteiten. Bovendien kunnen bevindingen hierdoor op een efficiënte manier aan een arts gerapporteerd worden.

- Observeer of informeer naar (bij cliënt en naaste zorgverlener) mogelijke tekens/symptomen van cognitieve achteruitgang, en bepaal hoelang deze al aanwezig zijn. Typisch treden de veranderingen zeer geleidelijk op en zijn ze progressief:
 - 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...)

Opgelet: niet alle bovenstaande tekens/symptomen zijn bij iedere cliënt aanwezig. Het is echter wel belangrijk deze te overlopen om een globaal beeld te verkrijgen van de beperkingen en capaciteiten van de cliënt.

- 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.
- Bespreek *samen met de arts* de toestand van de cliënt. Bij vermoeden van cognitieve achteruitgang (CPS – score 1 of 2 OF CPS – score 0 maar aanwezigheid van meerdere klinische tekens van cognitieve achteruitgang) dient de cliënt verder onderzocht te worden. Op die manier kunnen de oorzaken van de achteruitgang gedetecteerd worden en een gerichte behandeling opgestart worden. Ga hiervoor verder naar **stap 2**.

STAP 2:

Onderzoek en diagnosestelling

- Verschillende oorzaken kunnen aan de basis liggen van cognitieve achteruitgang. Vaak denkt men hierbij aan onomkeerbare oorzaken zoals neurodegeneratieve aandoeningen, maar in sommige gevallen kan de achteruitgang ook omkeerbaar zijn. Het **opsporen van mogelijke behandelbare en omkeerbare oorzaken/aandoeningen en het nagaan van de aanwezigheid van dementie** zijn heel **belangrijke doelstellingen**, noodzakelijk om een correcte behandeling te kunnen opstarten en op die manier een verdere achteruitgang tegen te gaan. De **diagnosestelling (al dan niet uitsluiting van dementie, delirium, ...)** gebeurt door een arts, maar andere zorgverleners kunnen hiertoe bijdragen door een nauwkeurige rapportage van hun observaties. Een goede communicatie tussen de arts(en) en het zorgteam is hierbij noodzakelijk.
- Het is **mogelijk** dat een cliënt met een lage CPS-score (=MMSE van 19 of hoger) in het **eerste stadium van dementie** zit. **Toch** dienen bij cognitieve stoornissen **altijd omkeerbare oorzaken te worden uitgesloten** (vooral bij aanwezigheid van delirium, gezien vaak voorkomend syndroom) en herstel te worden afgewacht, vooraleer achteruitgang kan toegeschreven worden aan een chronische pathologie.
- Ga de onderstaande **mogelijke omkeerbare oorzaken en/of risicofactoren van cognitief verlies** na, zelfs bij cliënten waarbij er reeds een dementie werd vastgesteld. Bij hen kan een recent cognitief verlies of verergering van symptomen eveneens omkeerbaar zijn.
 - *Delirium* (zie Delirium-CAP voor meer uitleg omtrent diagnosestelling en behandeling). Betere cognitieve prestaties kunnen verwacht worden van zodra de delirante toestand verdwenen is.

- *Depressie* (zie Stemmingsstoornissen-CAP voor meer uitleg omtrent diagnosestelling en behandeling). Symptomen van depressie kunnen een cognitieve achteruitgang veroorzaken, die verkeerdelijk als dementie of delirium kunnen geïnterpreteerd worden (onderscheid dementie-depressie-delirium zie bijlage 1).
 - *Andere medische problemen* zoals infecties, uitdroging, hartfalen, chronische obstructieve longziekte (COPD), constipatie, chronische leverziekten en nierfalen kunnen cognitief verlies veroorzaken. Het behandelen van deze aandoeningen kan een gunstige invloed hebben op het cognitief functioneren en de levenskwaliteit van de cliënt. Bespreek met de arts bij een cliënt met een nieuw cognitief verlies, of dat verlies met die aandoeningen in verband kan gebracht worden.
 - *Pijn* heeft een negatieve impact op cognitie. Het kan leiden tot gedragsproblemen, prikkelbaarheid en functioneel verlies, wat verkeerdelijk als een aanwijzing van cognitieve achteruitgang kan geïnterpreteerd worden. (nota: pijn kan ook een oorzaak zijn van delirium).
 - *Medicatie* kan cognitieve achteruitgang veroorzaken, vooral bij het opstarten van nieuwe medicatie of bij het stopzetten ervan (o.a. psychoactieve medicatie, let ook op kruiden of alternatieve geneesmiddelen, op tekenen van chronische of acute alcoholopname en op het gebruik van drugs). (nota: medicatie kan ook een oorzaak zijn van delirium).
 - **Let op:** een delirium bovenop een dementie kan acute verandering in gedrag en cognitie verklaren!
- Nadat omkeerbare oorzaken van cognitieve achteruitgang werden uitgesloten en bij de cliënt geen dementie werd gediagnosticeerd in de voorgeschiedenis, dient verder onderzoek naar een eventuele dementie overwogen te worden. De **diagnose van dementie wordt gesteld door een arts** met expertise op dit domein en op basis van de diagnostische criteria van de ‘DSM-IV-TR’ (zie bijlage 2). Specifiek voor de ziekte van Alzheimer worden veelal de ‘National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke’ en de ‘Alzheimer Disease Related Disorder Association (NINCDS-ADRDA)’-criteria gebruikt. (zie bijlage 3). De diagnosestelling omvat een grondige anamnese en heteroanamnese, een volledig klinisch onderzoek (internistisch en neurologisch), een evaluatie van de cognitieve functies (d.m.v. MMSE en evt. bijkomende neuropsychologische testen), beeldvorming van de hersenen en een laboratoriumonderzoek. De arts kan een cliënt steeds doorverwijzen naar een geheugenkliniek voor verder gespecialiseerd onderzoek (bijvoorbeeld bij twijfel of bij onderzoek naar het type dementie).
 - Volg de volgende **mogelijke stappen in het diagnostisch proces:**
 1. *Overloop de in stap 1 geobserveerde symptomen/klachten en tijdstip van ontstaan, verloop en duur.*

2. *Ga omkeerbare oorzaken van cognitieve achteruitgang na (zie bovenstaande punten). Overweeg verder onderzoek naar dementie:*

- Anamnese en heteroanamnese bij partner/mantelzorger
 - ◆ Doel = De aanwezigheid en ernst van de cognitieve stoornissen nagaan door o.a.:
 - ✓ Het stellen van vragen over het recent en verder verleden, bijvoorbeeld:
 - a. Vraag aan cliënt wat hij de vorige dag gegeten heeft; vragen over zijn huwelijk, beroep en kinderen, of hij de actualiteit volgt en hierover iets kan vertellen
 - b. Vraag aan familie of de cliënt gebeurtenissen of afspraken vergeet
 - c. Bijkomende vragen zijn mogelijk
 - ✓ Het opvolgen van de taal van de cliënt (moeilijk op woorden komen, dingen door elkaar halen, moeite met herkennen van voorwerpen),
 - ✓ Het testen van het bewustzijn, de concentratie en de aandacht (vb aandachtstest = herhalen van cijferreeksen), ...
- Cognitieve evaluatie
 - ◆ Doel = Het beloop, de ernst en de aard van de cognitieve stoornissen nagaan door het gebruik van een instrument zoals de Mini-Mental State Examination (MMSE, zie bijlage 4).
 - ◆ Bijkomende specifieke neuropsychologische testen zijn mogelijk
- Klinisch internistisch en neurologisch onderzoek door een arts
- Laboratoriumonderzoek
 - ✓ Schildklierfunctie, nier- en leverfuncties, bloedbeeld, dosage foliumzuur, calcium en vitamine B-12, CRP
- Beeldvorming:
 - ✓ CT, NMR van de hersenen

3. *Stel de diagnose dementie en bepaal het type en de oorzaken (doorverwijzing van een cliënt naar een arts-specialist is mogelijk).*

- Type?
 - = Differentiatie op basis van criteria
 - Indeling in corticale en subcorticale dementieën, op basis van gegevens uit een uitgebreid interview zoals onder andere de CAMDEX-R (zie bijlage 5). Bijkomende gegevens zijn uiteraard nodig, maar worden hier niet weergegeven.
- Oorzaken?
 - Zie bijlage 6 voor de meest voorkomende oorzaken
- **Opmerking:** bepaalde oorzaken van dementie, zoals die ten gevolge van een tekort aan foliumzuur of vitamine B-12, stoornissen van het calciummetabolisme, de schildklierwerking of overmatig alcoholgebruik, kunnen nog omkeerbaar zijn.
- Ga verder naar **stap 3** nadat de oorzaken van het cognitief verlies zijn vastgesteld, zodanig dat een gerichte behandeling en zorgactiviteiten kunnen opgestart worden.

STAP 3:

Behandeling en maatregelen

- **Het behandelbeleid bij cognitieve problemen** bestaat enerzijds uit (1) een **behandeling van de gevonden oorza(a)k(en) van de cognitieve problemen**, en anderzijds uit (2) **bijkomende en ondersteunende maatregelen**. Men dient hierbij steeds na te gaan of de behandeling ambulante kan gebeuren, of een doorverwijzing naar een ziekenhuis of geheugenkliniek noodzakelijk is. Specifieke behandelingen tegen bepaalde problemen zijn heel effectief en hebben een gunstige werking op de cognitieve capaciteiten.

1. Behandeling van gevonden oorza(a)k(en) van cognitieve achteruitgang:

- Van **omkeerbare oorzaken van cognitief verlies of recente achteruitgang:**
 - Behandeling van delirium en depressie: zie Delirium-CAP en Stemmingsstoornissen-CAP
 - Behandeling van tekorten in foliumzuur, vitamine B-12 en calcium, endocriene stoornissen, alcoholmisbruik, dehydratie, infecties,... bij omkeerbare dementie
- Van **dementie als oorzaak van cognitief verlies:**

- De behandeling van dementie zal resulteren uit de *onderliggende oorzaak*. Bij de meeste cliënten met dementie is een specifieke oorzakelijke behandeling niet mogelijk, omdat het om een primair neurodegeneratieve dementie gaat, en wordt een combinatie van symptomatische en ondersteunende maatregelen opgestart.

- ***Symptomatische behandeling (medicamenteus en/of niet-medicamenteus = ondersteunende maatregelen)***

- Van cognitieve achteruitgang:
 - ✓ Bij de ziekte van Alzheimer zijn er sinds enkele jaren geneesmiddelen voorhanden die de cognitieve achteruitgang vertragen. De belangrijkste zijn de acetylcholinesteraseremmers (zoals bv. Exelon, Reminyl, ...) en de NMDA receptor antagonisten (Memantine).
- Van gedragssymptomen zoals onrust, agressie, angst (zie Gedrag-CAP voor meer informatie):
 - ✓ Specifieke medicamenteuze behandelingen tegen agressie, onrust, angst en hallucinaties zoals antipsychotica, kunnen effectief zijn maar kunnen eveneens een ongunstige werking hebben op de cognitieve capaciteiten.
 - ✓ Sommige gedragsproblemen vormen geen bedreiging voor het comfort, de veiligheid, de gezondheid of het activiteitenpatroon van de cliënt en vereisen geen directe tussenkomst.
 - ✓ Als bepaalde gedragsproblemen (vb. opwindings, onrust) een invloed uitoefenen op de zorgverlening of de betrokkenheid bij activiteiten, kan een andere woonomgeving voor de cliënt misschien beter zijn. Probeer de cliënt bij belangrijke beslissingen te betrekken (vb. waar hij/zij wil wonen), zeker in een beginstadium van cognitieve achteruitgang.

- ***Ondersteunende maatregelen (door alle zorgverleners). Bovendien kunnen sommige maatregelen eveneens toegepast worden bij alle cliënten met een cognitief verlies, niet enkel bij cliënten met een dementie***

- Stimuleer de nog aanwezige capaciteiten van de cliënt (bijvoorbeeld bevordering van fysieke en mentale activiteit, deelname aan activiteiten, mobiliteit)
- Zorg voor een duidelijke structuur, regelmaat, herkenbare oriëntatiepunten, ...
- Laat de cliënt zo weinig mogelijk onbewaakt achter bij ernstige agitatie

- Zorg voor continuïteit: inzet vaste verpleegkundigen
- Benader de cliënt kalm, empathisch en begripvol, zodanig dat hij zich begrepen en geaccepteerd voelt
- Draag zorg voor de waardigheid van de cliënt (propere kleding, haar, de zindelijkheid). Dit is belangrijk voor het zelfbeeld van de cliënt, vooral in het beginstadium van een dementie
- Zorg voor een optimale lichamelijke gezondheid, heb aandacht voor voeding, ontlasting, fysiek ongemak, discomfort, pijn, ...
- Zorg in een verder stadium van dementie voor belevingsgerichte zorg, reminiscentie, snoezelen,...
- Geef uitleg over dementie, de verschijnselen en de beleving aan zowel de cliënt als zijn familie. Geef informatie over zelfhulpgroepen en organisaties waar cliënten en hun mantelzorgers terecht kunnen (Alzheimerliga, Expertisecentrum Dementie Vlaanderen,...)
- Ondersteuning bij het eigen rouwproces
- Ondersteuning van de familie of mantelzorger(s) (informatief, emotioneel en praktische hulp)

2. **Bijkomende ondersteunende maatregelen.** Deze maatregelen kunnen toegepast worden bij alle cliënten met een cognitieve achteruitgang.

- **Algemeen:** de hierboven beschreven ondersteunende maatregelen voor cliënten met dementie kunnen hier eveneens toegepast worden.
- In verband met de **communicatie**
 - Veel cliënten met een cognitieve achterstand kunnen niet altijd op een effectieve manier communiceren. Veel gedragingen die voor anderen onbegrijpelijk lijken (bv. gillen of tieren), betekenen voor de cliënt soms de enige mogelijkheid tot communicatie (zie ook Communicatie-CAP). Volgende maatregelen zijn belangrijk:
 - Ga na of de cliënt in staat is of bereid is op een zinvolle manier te communiceren (vraag ook aan familie)
 - Bespreek met de mantelzorger/familie de beste communicatiemethoden.
 - Gebruik eventueel niet-verbale communicatietechnieken (vb. aanrakingen, gebaren) om de cliënt tot reactie aan te moedigen
- In verband met de **betrokkenheid in het dagelijks leven**
 - Observeer en evalueer de capaciteiten van de cliënt, met als doel deze te stimuleren:

- Zijn er bijvoorbeeld momenten waarop de cliënt zich zelfstandiger toont; verlangt om meer dingen onafhankelijk te doen; controle heeft over romp, ledematen en handen?
 - Kan de cliënt actiever deelnemen aan dagelijkse besluitvorming? Beschikt hij bijvoorbeeld over cognitieve capaciteiten die een actieve deelname hieraan zou mogelijk maken?
 - Is de cliënt passief of verzet hij zich tegen de zorg?
- Ga na in welke mate de cliënt actief blijft deelnemen aan het dagelijks leven en aan ADL-activiteiten. Interventies die gericht zijn op fysieke en sociale aspecten van het leven van de cliënt kunnen de disruptieve symptomen van cognitieve achteruitgang (oppositioneel gedrag zoals boosheid, ergeren aan anderen; agressief gedrag en antisociaal gedrag) bij sommige mensen beperken. Stimuleer daarom actieve deelname:
 - Ga na of het nuttig is om de takenlast of de omstandigheden waarin de taken worden uitgevoerd aan te passen
 - Moedig het volgen van activiteiten in kleine groepen aan
 - Breng omgevingsstimuli aan zoals richtingaanwijzers, speciale verlichting, herkenbare oriëntatiepunten
 - Help de cliënt op een manier die hem toelaat een zo hoog mogelijk functioneringsniveau te behouden of te bereiken. Sta de cliënt bijvoorbeeld bij in het uitvoeren van ADL-activiteiten, geef hem tips, en deel de taken in kleinere subtaken op
 - Pas eventueel, samen met de mantelzorger, (zie Mantelzorg-CAP voor informatie over overbelasting en ondersteuning van de mantelzorger) de woonomgeving of andere aspecten van het leven van de cliënt aan, zodat de cliënt zo zelfstandig mogelijk zou kunnen blijven functioneren. Het zorgen voor een duidelijke structuur kan hierbij ondersteuning bieden.

STAP 4:
Opvolging

- Blijf de toestand en de prestaties van de cliënt opvolgen, en bespreek veranderingen met de arts.
- Controleer op het inadequaat gebruik van medicamenteuze behandelingen, rapporteer en pas het behandelbeleid als arts in samenspraak met het zorgteam zo nodig aan.

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., Vandenberghe J., Vlaemynck J. *Ontwarring van verwardheid*. 2004. Kluwer, Mechelen.
 - Regionaal Zorgprogramma Dementie en andere cognitieve syndromen. 2003. www.ouderenpsychiatrie.nl