

September 2007

I PROBLEEM

Deze CAP identificeert cliënten die een verhoogd risico lopen op een opname in een RVT (of een andere gelijkaardige instelling voor langdurige zorg) tijdens de komende maanden. In deze CAP wordt beschreven welke stappen ondernomen moeten worden om het risico op een opname in een dergelijke instelling te verminderen. Cliënten bij wie deze CAP geactiveerd wordt, hebben vooral functionerings-, geheugen-, besluitvormings- en gezondheidsproblemen.

De meeste cliënten bij wie deze CAP geactiveerd wordt, blijven zelfstandig wonen en krijgen in de eerste plaats hulp van familieleden en in beperktere mate hulp van formele organisaties. Naargelang de problemen van de cliënt echter complexer worden, nemen ook de kansen op een opname in een RVT toe.

Als een cliënt in een bepaalde instelling geplaatst wordt, is dat vaak de laatste stap in een lang aftakelingsproces. Functionele achteruitgang begint in het algemeen wanneer de cliënt voor het eerst problemen ervaart bij het uitvoeren van instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (bv. het huis schoonmaken of boodschappen doen). Wanneer familieleden en naaste vrienden merken dat bepaalde zaken minder vlot beginnen te gaan, proberen ze bij te springen waar nodig. Die hulp kan gedurende een lange periode voldoende zijn, aangezien functionele achteruitgang vaak een opmerkelijk traag proces is. Met de tijd kan een cliënt echter besluitvormings- en geheugenproblemen gaan ervaren en wordt hij of zij uiteindelijk minder zelfstandig bij het uitvoeren van één of meerdere ADL-activiteiten. Naarmate het functioneel verlies toeneemt, neemt ook de informele hulp toe. De eerste ADL-activiteiten waarbij de cliënt gewoonlijk hulp nodig heeft, zijn persoonlijke hygiëne en het zich aankleden. Het ontstaan van gedragsproblemen kan de situatie nog ingewikkelder maken.

Hoewel de cliënt en zijn familie gewoonlijk in staat zijn zich aan de steeds veranderende mogelijkheden aan te passen en de vereiste hulp hierop af te stemmen, komt er uiteindelijk een dag waarop de behoeften van de cliënt de capaciteit van het informele netwerk overschrijden. Op dat moment beseft men dat een RVT-opname in het voordeel van de cliënt is. Dit kan gebeuren na een hospitalisatie voor een acuut probleem of voor een opflakking of herval van een chronisch probleem. Een valincident, een breuk, een longontsteking of een andere aandoening waardoor de cliënt gedurende een lange tijd inactief is of het bed moet houden, kunnen de achteruitgang doen versnellen. Wanneer de cliënt op functioneel gebied steeds minder zelfstandig begint te worden, gaan de cliënt, de familie en het personeel, ongeacht de onderliggende oorzaak, een plaatsing in een RVT overwegen. Toch zal een institutionele opname in veel van deze gevallen vermeden worden door het toepassen van adequate interventies en ondersteuning.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- Vermijdt een voortijdige opname in een RVT of in een andere faciliteit voor langdurige zorg, door de hulp van familieleden te ondersteunen en gemeenschapsprogramma's te voorzien.

II CAP-ACTIVERING

Deze CAP identificeert cliënten met een functionele achteruitgang die een verhoogd risico lopen op opname in een instelling tijdens de komende maanden.

- **GEACTIVEERD.** Deze groep omvat alle cliënten die minstens vier van de volgende voorwaarden bezitten:
 - Verbleef in de loop van de voorbije vijf jaar in een RVT
 - Probleem met korte termijngeheugen
 - Beperking in de cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming
 - Ziekte van Alzheimer
 - Maakt zich in beperkte mate begripbaar
 - Begrijpt anderen in beperkte mate
 - Vertoont een of meerdere van de volgende gedragsproblemen (ongeacht de frequentie ervan): zwerfgedrag, is verbaal of lichamelijk agressief, vertoont ongepast sociaal gedrag, vertoont publiekelijk ongepast seksueel gedrag, verzet zich tegen behandeling
 - Krijgt hulp bij het zich verplaatsen (of kwam niet voor)
 - Krijgt hulp bij het zich voortbewegen (of kwam niet voor)
 - Krijgt hulp bij persoonlijke hygiëne (of kwam niet voor)
 - ADL-achteruitgang tijdens de laatste negentig dagen
 - Zit in rolstoel en wordt door anderen voortgeduwd
 - Verlaat woning niet
 - Een of meerdere valincidenten tijdens de laatste negentig dagen
 - Urinaire incontinentie, gaande van occasioneel incontinent tot volledig incontinent

Deze geactiveerde groep omvat 40% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 1% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 80% van de nieuwe cliënten opgenomen in een RVT voor langdurige zorg, zullen tegemoetkomen aan de voorwaarden die in deze CAP omschreven worden. Onder de ouderen die thuiszorg ontvangen, zal ongeveer 20% van de getriggerte groep binnen een jaar in een RVT opgenomen worden – dubbel zoveel als bij de niet-geactiveerde groep. Van de ouderen bij wie de CAP geactiveerd is en die zelfstandig

leven zal ongeveer 30% binnen een jaar in een RVT opgenomen worden – ongeveer vier keer zoveel als bij de niet-geactiveerde groep.

- **NIET GEACTIVEERD.** Alle anderen. Deze groep omvat ongeveer 60% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 88% van de ouderen die zelfstandig wonen.

III RICHTLIJNEN

T Identificeren van cliënten en families die bereid blijken te zijn een plaatsing in een RVT te overwegen. In sommige gevallen geven mensen het te snel op. De volgende benadering kan ervoor zorgen dat dat niet gebeurt.

- Bepaal bij cliënten die in het ziekenhuis liggen het premorbide functioneringsniveau en de statusveranderingen die zich ten gevolge van de aandoening voorgedaan hebben. Ga na of er een reële kans op gedeeltelijk of volledig herstel bestaat. De meeste cliënten zullen wat betreft hun functionele achteruitgang nog maar in een beginfase zitten en wanneer er geen sprake is van enorm veel cognitief verlies maakt de cliënt een degelijke kans op verbetering en moet hij misschien niet in een instelling opgenomen worden. Bepaal bij cliënten die voor het krijgen van hun aandoening al afhankelijk waren tot in welke mate ze op reguliere basis hulp van familie of andere zorgverleners kregen.
 - § In geval van een valincident, zie de valincidenten-CAP.
 - § In geval van delier, zie de delier-CAP.
 - § Als de cliënt depressief is, zie de stemmingsstoornissen-CAP.
 - § In geval van ADL-achteruitgang, zie de ADL-CAP.
 - § Als de familie niet in staat is de mantelzorg (informele zorgverlening) verder te zetten, zie de mantelzorg-CAP.
- Bij cliënten die zelfstandig wonen en die recentelijk niet in een ziekenhuis werden opgenomen
 - Beoordeel in welke mate de achteruitgang met één van volgende zaken in verband gebracht kan worden:
 - Familieleden bieden meer hulp dan eigenlijk nodig is. Bijvoorbeeld: een familielid is erg bezorgd om de veiligheid van de cliënt en doet dingen zonder dat daarom gevraagd is of een familielid grijpt in omdat hij of zij niet het geduld heeft om te wachten als de cliënt een bepaalde activiteit erg traag uitvoert.
 - Vergeet niet de sterke punten waarover de cliënt nog steeds beschikt te benadrukken. Schenk bijvoorbeeld aandacht aan zijn of haar besluitvormingscapaciteiten, het feit dat hij of zij nog kan lopen, zijn of haar vrolijke karakter, liefde voor de kleinkinderen, financiële mogelijkheden en vechtlust om zelfstandig te blijven wonen.

- Informeer naar revalidatiemogelijkheden om voorafgaande achteruitgang aan te pakken [zie ADL-CAP].

T Het oplossen van een probleem via andere getriggerde CAP's. Probeer bij een cliënt die veel risico loopt opgenomen te worden in een RVT die aandoeningen te identificeren die bij de cliënt thuis behandeld kunnen worden. Probeer bij iemand waarbij deze CAP geactiveerd is, als onderdeel van een revisie van de andere getriggerde CAP's, na te gaan welke onderliggende oorzaak tot een opname in een RVT zou kunnen leiden. Dit zijn enkele van de belangrijke CAP-probleemgebieden die mogelijks getriggerd zijn:

- ADL-achteruitgang
- Valincidenten
- Cognitieve achteruitgang
- Delier
- Communicatieve achteruitgang
- Slechte werking van de blaas
- Gedragsproblemen

De voornaamste taak bij het opstellen van een zorgplan bestaat erin altijd rekening te houden met de mate waarin de cliënt risico loopt op een opname. Het besef dat de cliënt een dergelijk risico loopt, zou er moeten helpen voor zorgen dat de geïdentificeerde problemen aangepakt worden.

T Controleer op verdere achteruitgang op één van de gebieden die in deze CAP-trigger geïdentificeerd worden: ADL-activiteiten, geheugen, besluitvorming, communicatie, valincidenten, gedrag of blaasproblemen.

- ❑ Stel het nieuwe probleem of de verslechterende toestand zo snel mogelijk vast.
- ❑ Probeer veranderingen in de gezondheidstoestand of in de zorgverlening te identificeren die zouden kunnen verklaren wat er met de cliënt gebeurd is – een nieuwe ziekte of nieuwe medicatie, of het niet kunnen naleven van een voorgeschreven behandelingsmethode.
- ❑ Ga na hoe de familie zich kan informeren en welke methodes ze kan volgen om zo goed mogelijk met chronische aandoeningen te kunnen omgaan.

T Rol van de familie. De meeste cliënten hebben genoeg familie die vrijwillig een handje wil toesteken:

- ❑ Als familieleden vandaag de dag hulp verlenen, zullen ze dat wellicht ook in de (nabije) toekomst blijven doen. Wanneer op een bepaald moment meer hulp nodig blijkt te zijn, zijn familieleden vaak zelf verrast over de mate waarin ze bereid zijn hun geliefde te helpen. Toch blijft het nuttig om families en cliënten te onderrichten over zelfhulpmethoden, levensstijlverandering en methoden om op een goede manier met de problemen om te gaan. Voorts is het belangrijk om hen te informeren over de verwachte verdere loop van zaken: herstel of verdere achteruitgang?

- ❑ Tegelijkertijd is er ook een klein aantal cliënten dat slechts op een heel beperkt mantelzorgnetwerk kan rekenen en dus heel wat minder hulp van vrienden en familie krijgt. Als dat vandaag zo is, zal dat morgen ook zo zijn. Het komt maar heel zelden voor dat een dergelijk beperkt mantelzorgnetwerk zich plots uitbreidt, waardoor de cliënt geen andere mogelijkheid rest dan meer beroep op formele zorgverlening te gaan doen.
- ❑ Veel belangrijke mantelzorgers weten niet voldoende welke soort veranderingen ze in de gezondheidssituatie van de cliënt kunnen verwachten en hoe ze daar met de tijd het best kunnen op reageren. Het kan dus erg nuttig zijn om mantelzorgers te adviseren of om informatie (bv. via een telefonische hulpdienst of brochures) te verspreiden.
- ❑ Besef dat de oudere een opname in een RVT of beschermd wonen kan voorstellen uit schrik familie en vrienden tot last te zijn. Hoewel de verleende hulp soms bepaalde risico's kan inhouden, is het vaak verkeerd van de cliënt om te denken dat mantelzorg niet verder mogelijk is, vooral als die met formele zorgverlening gecombineerd kan worden. Bespreek dat met de cliënt en zijn of haar mantelzorgers.
- ❑ Periodieke respijtzorg, bijvoorbeeld thuis of in de vorm van dagopvang gedurende enkele uren, of institutionele respijtzorg gedurende enkele dagen of weken staat de mantelzorgers toe gedurende langere periodes wat op adem te komen en een assisterende rol aan te nemen.

T Tijdelijke diensten voor dringende problemen. Wanneer het de familie door bepaalde nieuwe problemen van de cliënt tijdelijk te veel wordt, kan respijtzorg of meer formele zorg op permanente basis belangrijk zijn om de familie betrokken te houden bij de verzorging van de cliënt. In andere gevallen kan het nodig zijn om de cliënt tijdelijk ergens anders te huisvesten. Zo kan het gebeuren dat een zorgverlener wegens ziekte of professionele redenen tijdelijk afwezig is, of dat de cliënt niet langer in zijn of haar huidige verblijfplaats kan blijven. In dergelijke gevallen moet altijd duidelijk voor ogen gehouden worden waarom een tijdelijke plaatsing nodig is en moeten mantelzorgers goed weten wat hun verantwoordelijkheden, taken en prioriteiten zullen zijn eens de cliënt terug thuiskomt.

T Gespecialiseerde woonalternatieven: beschermd wonen. Gespecialiseerde woonalternatieven, in zoverre die in een bepaald woongebied voorhanden zijn, kunnen overwogen worden. Beschermd wonen (zelfstandig wonen met ondersteuning) kan de nood aan opname in een instelling substantieel beperken. Voor ouderen met beperkingen, waaronder diegenen met een beetje cognitief verlies en onschuldige of gematigde functionele problemen, kan beschermd wonen een alternatief vormen waarbij formele en informele diensten hulp verlenen.

T Preventieve maatregelen ter beperking van de risico's op aandoeningen die invaliditeit veroorzaken Een toenemende incidentie wijst erop dat levensstijlaanpassingen en medische interventies het risico op cardiovasculaire aandoeningen (CVA) of morbiditeit (hartziekten enz.), valincidenten en verdere functionele achteruitgang kunnen beperken. Handelingen die zulke aandoeningen voorkomen kunnen vaak ook de nood aan opname in een instelling beperken.

AANVULLENDE BRONNEN

Barusha, A.J., Pandav, R., Shen, C., Dodge, H.H., Ganguli, M. (2004). *Predictors of nursing Facility Admission: a 12-Year Epidemiological Study in the United States*. JAGS, 52: 434-439.

Laukkanen, P., Leskinen, E., Kauppinen, M., Sakari-Rantala, R., Heikkinen, E. (2000). *Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people*. Journal of Clinical Epidemiology, 53: 257-265.

Payette, H., Coulombe, C., Boutier, V., Gray-Donald, K. (2000). *Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population*. Journal of Clinical Epidemiology, 53: 579-587.

Soto, M.E., Andrieu, S., Gillette-Guyonnet, S., Cantet, C., Nourhasheni, F., Vellas, B. (2006). *Risk factors for functional decline and institutionalisation among community-dwelling older adults with mild to severe Alzheimer's disease: one year of follow-up*. Age Ageing, 35 (3): 308-310.

AUTEURS

John N. Morris, PhD, MSW

Jean-Claude Henrard, MD

Brant E. Fries, PhD