

Multidimensionele benadering van frailty: focus op cognitieve kwetsbaarheid

Prof. dr. Eva Dierckx



Vrije
Universiteit
Brussel



Wat is D-SCOPE?

- Detection:** proactieve detectie van kwetsbaarheid (fysiek, cognitief, psychisch, sociaal en vanuit de leefomgeving van ouderen)
- Support:** kwaliteitsvolle ondersteuning op maat
- Care:** kwaliteitsvolle zorg op maat
- Older People:** ouderen in hun woonomgeving
- Prevention:** focus op (primaire, secundaire en tertiaire) preventie van kwetsbaarheid
- Empowerment:** ondersteunen van zelfredzaamheid en zelfsturing van ouderen, hun mantelzorgers, sociale omgeving én zorgprofessionals



Ageing “well” in place

- Vermaatschappelijking van de zorg
 - Zorg *in* de samenleving
 - Zorg *door* de samenleving
- Ageing in place
 - Ageing “well” in place
- Uitdagingen
 - Wat bij (zeer) kwetsbare ouderen?



Uitgangspunten D-SCOPE

- Focus op multidimensionele kwetsbaarheid/frailty



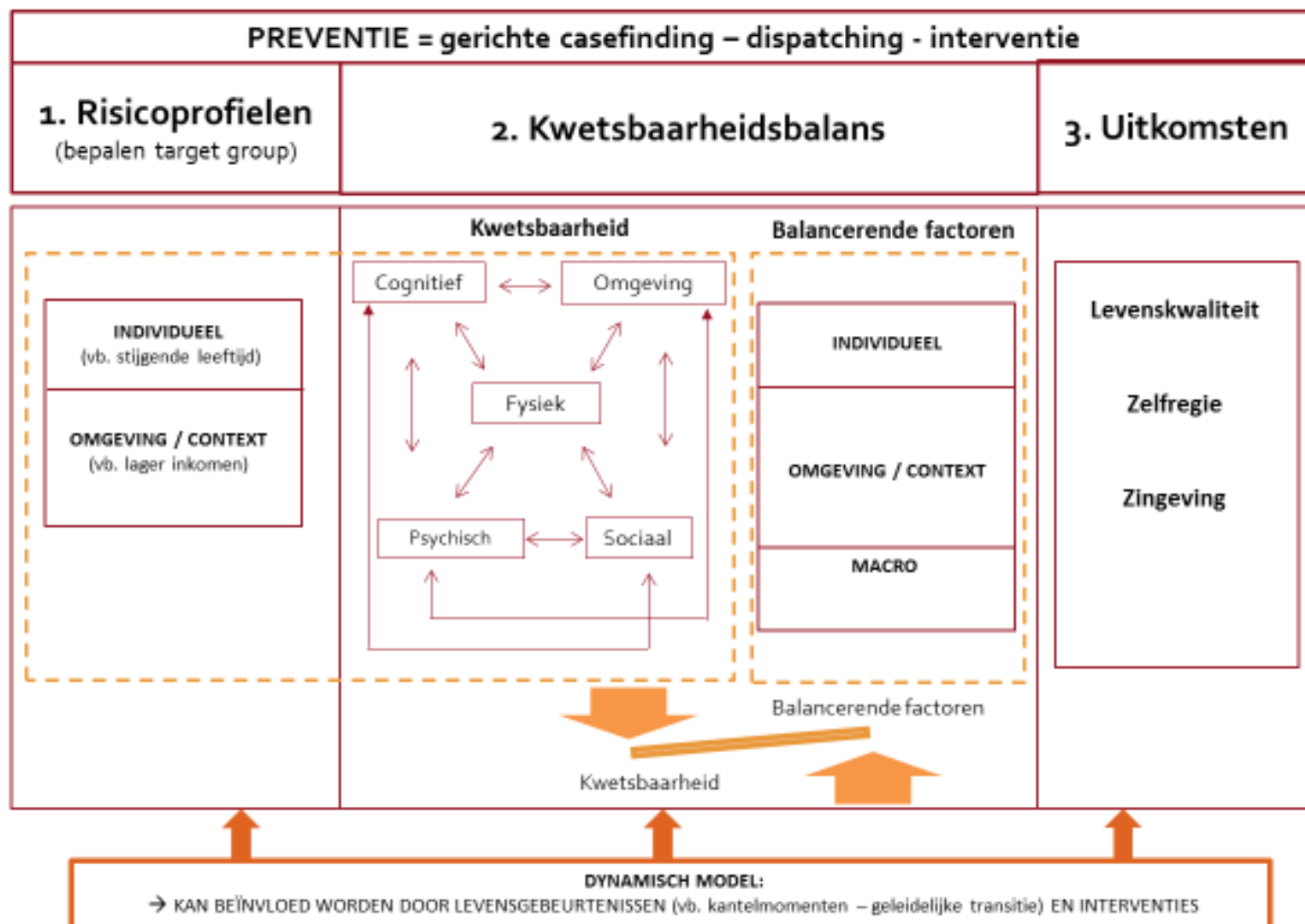
- Van kwetsbaarheid naar kwetsbaarheidsbalans



- Van focus op negatieve uitkomsten naar focus op positieve uitkomstmaten



Levenskwaliteit, zingeving en zelfregie



Ellen De Roeck

heeft het genoegen u uit te nodigen op de openbare verdediging van haar doctoraal proefschrift

Early detection of Alzheimer's disease: Improvement of neuropsychological screening

Vrijdag 7 september 2018 om 17 uur

Universiteit Antwerpen | Campus Drie Eiken
Auditorium O3 - Gebouw O

Faculteit Farmaceutische, Biomedische en Diergeneeskundige Wetenschappen | UA
Faculteit Psychologie & Educatiewetenschappen | VUB

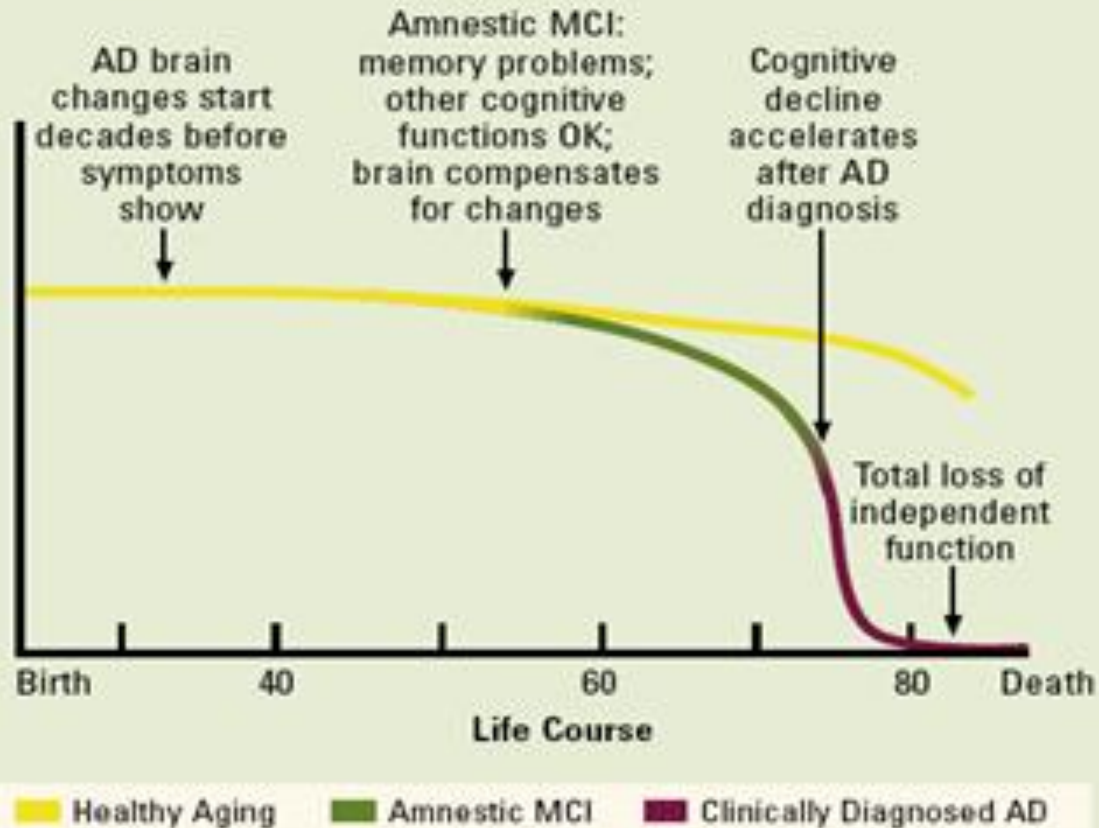


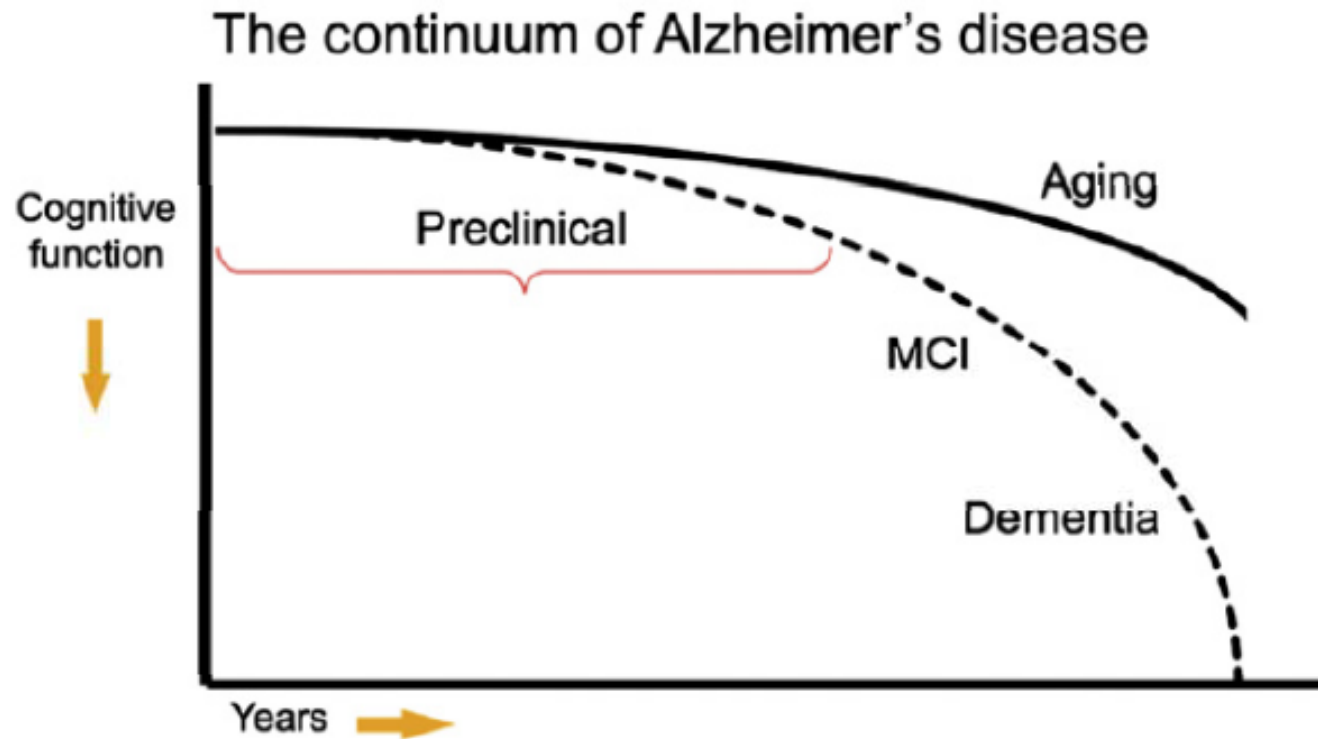
Promotoren

prof. dr. Eva Dierckx | prof. dr. Sebastiaan Engelborghs | prof. dr. Peter Paul De Deyn

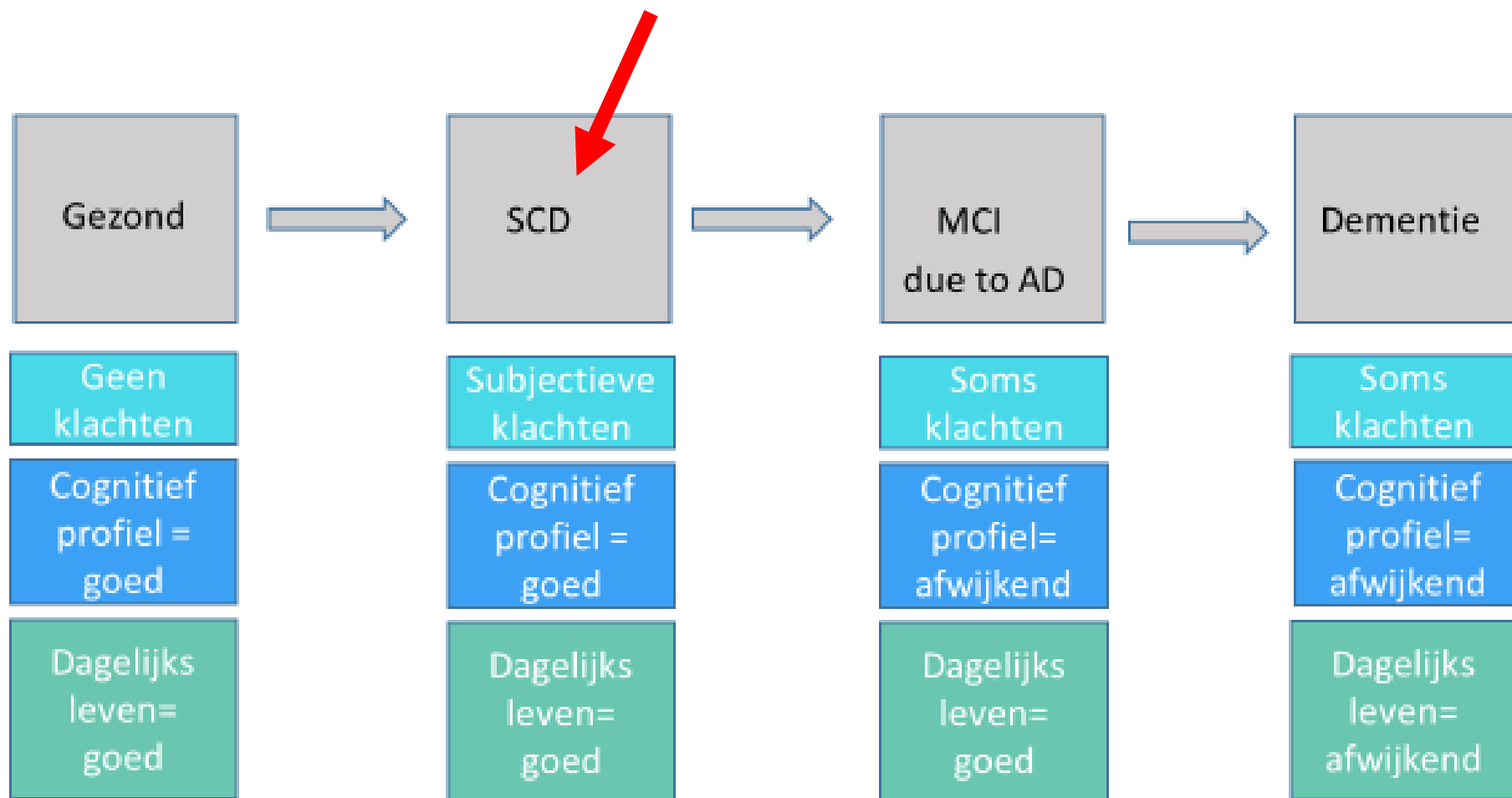


Charting the Course of Healthy Aging, MCI, and AD





Sperling et al. *Alzheimer's & Dementia* 2011, 7: 280-292



Onderzoek cognitieve frailty

1. Cognitive Frailty: What's in a name?
2. Ontwikkeling meetinstrument
2. Cognitive frailty: prevalentie en relatie met andere frailty domeinen

Cognitive Frailty: What's in a name?

Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group.

Kelaiditi E¹, Cesari M, Canevelli M, van Kan GA, Ousset PJ, Gillette-Guyonnet S, Ritz P, Duveau F, Soto ME, Provencher V, Nourhashemi F, Salvà A, Robert P, Andrieu S, Rolland Y, Touchon J, Fitten JL, Vellas B; IANA/IAGG.

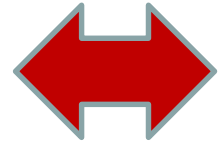
Author information

- 1 Eirini Kelaiditi, Institut du Vieillissement, Gérontopôle, Université de Toulouse III-Paul Sabatier. 37 Allées Jules Guesde, 31000 Toulouse, France. Phone: +33 (0) 56114-5668; Email: kelaiditi.e@chu-toulouse.fr.

Abstract

The frailty syndrome has recently attracted attention of the scientific community and public health organizations as precursor and contributor of age-related conditions (particularly disability) in older persons. In parallel, dementia and cognitive disorders also represent major healthcare and social priorities. Although physical frailty and cognitive impairment have shown to be related in epidemiological studies, their pathophysiological mechanisms have been usually studied separately. An International Consensus Group on "Cognitive Frailty" was organized by the International Academy on Nutrition and Aging (I.A.N.A) and the International Association of Gerontology and Geriatrics (I.A.G.G) on April 16th, 2013 in Toulouse (France). The present report describes the results of the Consensus Group and provides the first definition of a "Cognitive Frailty" condition in older adults. Specific aim of this approach was to facilitate the design of future personalized preventive interventions in older persons. Finally, the Group discussed the use of multidomain interventions focused on the physical, nutritional, cognitive and psychological domains for improving the well-being and quality of life in the elderly. The consensus panel proposed the identification of the so-called "cognitive frailty" as an heterogeneous clinical manifestation characterized by the simultaneous presence of both physical frailty and cognitive impairment. In particular, the key factors defining such a condition include: 1) presence of physical frailty and cognitive impairment (CDR=0.5); and 2) exclusion of concurrent AD dementia or other dementias. Under different circumstances, cognitive frailty may represent a precursor of neurodegenerative processes. A potential for reversibility may also characterize this entity. A psychological component of the condition is evident and concurs at increasing the vulnerability of the individual to stressors.

Cognitive Frailty: What's in a name?

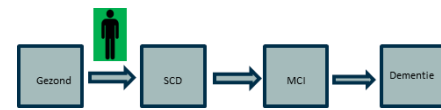


Cognitive frailty = een op zich staand construct (“subjective cognitive impairment”)



- Multidimensionele visie: iedere component van kwetsbaarheid is even belangrijk
- Systematic literature review (Borges et al., 2019): fysieke frailty als risicofactor voor MCI; maar 68% van de AD patiënten waren niet fysiek frail ...

Cognitive Frailty: meetinstrument



Comprehensive Frailty Assessment instrument (CFAI;_{De Witte et al., 2013})



Sociaal



Cognitief



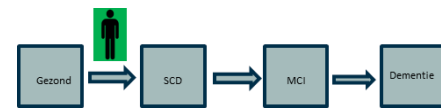
Fysiek



Psychisch

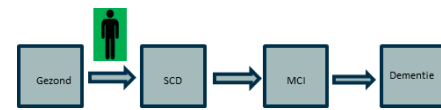


Omgeving



6 vragen (IQ-CODE) => 4 vragen

1. Ik heb moeite om te herinneren wat er pasgeleden is gebeurd
2. Ik heb moeite om mij gesprekken van een paar dagen geleden te herinneren
3. Ik ervaar moeilijkheden om nieuwe dingen te leren
4. Ik vind het moeilijk om te leren omgaan met nieuwe huishoudelijke apparaten
5. Ik ondervind moeilijkheden met het regelen van geldzaken zoals pensioen, bankzaken
6. Ik heb moeite om het verhaal te kunnen volgen in een boek of op televisie



Comprehensive Frailty Assessment instrument plus (CFAI-plus)



Sociaal



Cognitief



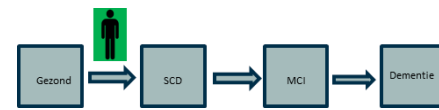
Fysiek



Psychisch



Omgeving



Received: 19 June 2017

Accepted: 9 January 2018

DOI: 10.1002/gps.4875

RESEARCH ARTICLE

WILEY International Journal of
Geriatric Psychiatry

CFAI-Plus: Adding cognitive frailty as a new domain to the comprehensive frailty assessment instrument

Ellen Elisa De Roeck^{1,2}  | Sarah Dury^{3,4} | Nico De Witte^{3,5} | Liesbeth De Donder³ | Maria Bjerke² | Peter Paul De Deyn^{2,6} | Sebastiaan Engelborghs^{2,6} | Eva Dierckx¹

¹Department of Clinical and Lifespan Psychology, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium

²Laboratory of Neurochemistry and Behavior, University of Antwerp, Antwerp, Belgium

³Department of Educational Sciences, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium

⁴Department of Educational Sciences, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium

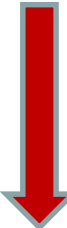
Objectives: Cognitive frailty is characterized by the presence of cognitive impairment in exclusion of dementia. In line with other frailty domains, cognitive frailty is associated with negative outcomes. The Comprehensive Frailty Assessment Instrument (CFAI) measures 4 domains of frailty, namely physical, psychological, social, and environmental frailty. The absence of cognitive frailty is a limitation.

Method: An expert panel selected 6 questions from the Informant Questionnaire on

Cognitive frailty: prevalentie en relatie met andere frailty domeinen

Deelnemers

3 groepen (verschillende gradaties van cognitieve problemen)

- 
- community sample (n=353)
 - sample met verhoogd risico op kwetsbaarheid (n=95)
 - sample uit geheugenkliniek (CDR=0,5) (n=47)

Materiaal

CFAI plus en MoCA

Table 2. Prevalence of cognitive frailty and other types of frailty by sample

	Community (<i>n</i> = 353), % (<i>n</i>)	Frail (<i>n</i> = 95), % (<i>n</i>)	Clinical (<i>n</i> = 47), % (<i>n</i>)
<i>Frailty</i>			
Cognitive	35.1 (124)	51.6 (49)	80.9 (38)
Environmental	9.6 (34)	16.8 (16)	14.9 (7)
Co-occurrence, <i>n</i>	17***	11*	7
Physical	12.7 (45)	16.8 (16)	8.5 (4)
Co-occurrence, <i>n</i>	25***	14*	3
Psychological	7.1 (25)	22.1 (21)	25.5 (12)
Co-occurrence, <i>n</i>	14***	17**	11
Social	12.7 (45)	15.8 (15)	6.4 (3)
Co-occurrence, <i>n</i>	11	15*	3

* $p \leq 0.05$.

** $p \leq 0.01$.

*** $p \leq 0.001$.

Table 3. Relationship between age and the various types of frailty with cognitive frailty by sample

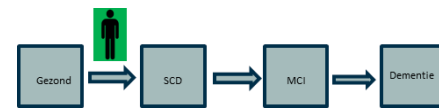
	Community (<i>n</i> = 353)			Frail (<i>n</i> = 95)			Clinical (<i>n</i> = 47)		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
Age, years	0.205	0.032	0.315***	0.043	0.058	0.067	-0.095	0.142	-0.088
Environmental	0.056	0.074	0.037	0.152	0.126	0.118	0.368	0.247	0.235
Physical	0.097	0.032	0.151**	0.069	0.062	0.114	0.080	0.131	0.084
Psychological									
Mood disorders	0.353	0.136	0.143**	0.919	0.216	0.466***	0.999	0.355	0.543**
Emotional loneliness	0.351	0.105	0.187***	0.131	0.163	0.094	-0.277	0.461	-0.131
Social									
Potential support network	-0.222	0.084	-0.123**	-0.241	0.180	-0.136	-0.251	0.500	-0.081
Social loneliness	0.039	0.078	0.024	-0.059	0.180	-0.034	-0.261	0.602	-0.084

* $p \leq 0.05$.

** $p \leq 0.01$.

*** $p \leq 0.001$.

The independent variables were as follows: age, environmental frailty, physical frailty, mood disorders and emotional loneliness (psychological frailty subdomains), and social loneliness and potential social support (social frailty subdomains); the dependent variable was cognitive frailty. Multiple linear regression models were conducted.



Gerontology

Behavioural Science Section / Original Paper

Gerontology
DOI: 10.1159/000501168

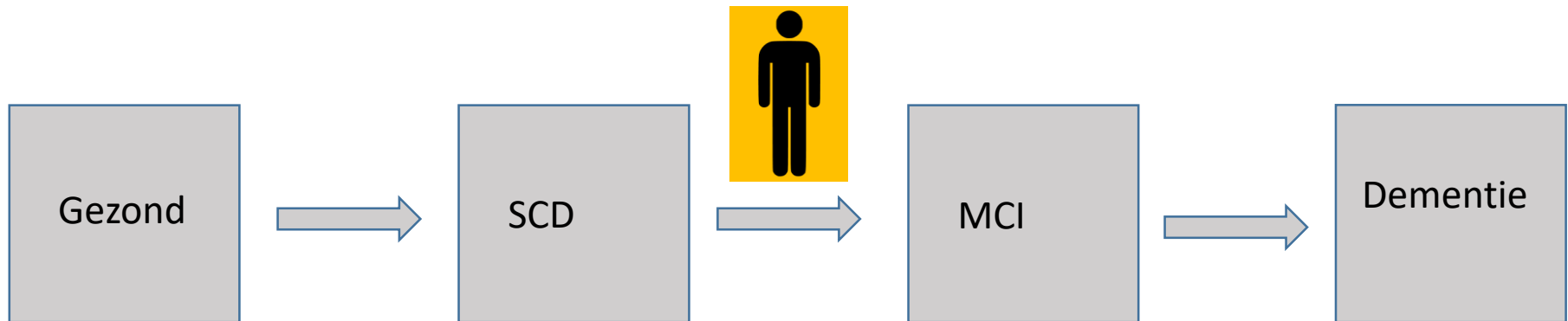
Received: January 2, 2019
Accepted after revision: May 27, 2019
Published online: July 22, 2019

Exploring Cognitive Frailty: Prevalence and Associations with Other Frailty Domains in Older People with Different Degrees of Cognitive Impairment

Ellen E. De Roeck^{a, b, d} Anne van der Vorst^c Sebastiaan Engelborghs^{b, f}
G.A. Rixt Zijlstra^c Eva Dierckx^{a, e} D-SCOPE Consortium



Cognitieve screening instrumenten



Is er een ideaal cognitief
screeninginstrument
om MCI op te sporen?



Het aanpassen van de MoCA

Doel:

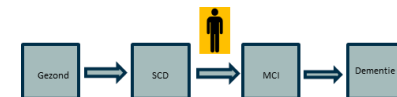
- Verbeteren van de specificiteit van de MoCA

Aanpassingen:

- Geheugentaak
- Woordvlotheidtaak

Onderzoek:

1. Verbeteren de aanpassingen de specificiteit?
2. Kan de aangepaste MoCA voorspellen wie in de toekomst een (AD) dementie krijgt?



Verbeteren de aanpassingen de specificiteit?

Controles vs MCI	sensitiviteit	specificiteit
MMSE	37%	96%
Originele MoCA	98%	50%
Aangepaste MoCA	89%	77%
Controles vs MCI due to AD	sensitiviteit	specificiteit
MMSE	48%	96%
Originele MoCA	100%	45%
Aangepaste MoCA	95%	92%



detection, support and care for older people:
prevention and empowerment

Maatschappelijke valorisatie

- risicoprofielen voor gerichte detectie
- meetinstrumenten:
 - CFAI-plus (kwetsbaarheidsbalansinstrument)
 - Aangepaste MoCA
 - SWIO: schaal voor wellbeing
- methodiek voor gerichte detectie en warme doorverwijzing naar zorg en ondersteuning (6-stappen model)



Wil u meer lezen over D-SCOPE?

De resultaten van het onderzoek werden in vijf cahiers samengevat. Die zijn te verkrijgen

- op www.d-scope.be/nl/publicaties/cahiers
- of via info@d-scope.be

Cahier 1 gaat in op de achtergrond en de visie van D-SCOPE. Dit onderzoek bouwt mee aan een vernieuwende kijk op kwetsbaarheid door zich niet enkel op de noden van ouderen te richten, maar ook op hun welbevinden. Daarbij wordt de notie balancerende factoren geïntroduceerd, waarbij kwetsbaarheid wordt gecompenseerd door de sterktes en de competenties van ouderen en hun omgeving. Het cahier sluit af met een overzicht van vier jaar onderzoek.

Cahier 2 geeft een gedetailleerd overzicht van het zes-stappenplan voor preventieve huisbezoeken: de gerichte bezoeken op basis van gegevens uit datalijsten of via sleutelfiguren, het eerste preventief huisbezoek, het tweede huisbezoek, de warme doorverwijzing, de interventie en de follow-up. Het cahier gaat ook in op de praktische organisatie van de huisbezoeken, op de hulpverlening en op de taken, de rol en het profiel van de projectcoördinator, de dispatcher en de vrijwilligers.

Cahier 3 overloopt de vragenlijst om kwetsbaarheid preventief op te sporen. Daartoe worden naast de fysieke, psychische, cognitieve, sociale en omgevingskwetsbaarheid van ouderen ook hun welbevinden en balancerende factoren geregistreerd. Het cahier bevat de volledige vragenlijst, met een gebruiksaanwijzing voor de vrijwilliger die op huisbezoek gaat en met een toelichting over de registratie van gegevens.

Cahier 4 bevat de testresultaten van Gent, Knokke-Heist en Tienen. Het presenteert ook de resultaten van de focusgroepen met ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers en professionele hulpverleners. Op basis van die feedback werd de methodiek verfijnd. Het tweede deel van dit cahier overloopt hoeveel ouderen aan het onderzoek deelnamen en hoeveel kwetsbare ouderen bereikt werden. Bij dat overzicht horen ook heel wat statistische gegevens en grafieken.

Cahier 5 staat stil bij recente beleidsevoluties zoals de vermaatschappelijking van de zorg, het groeiende belang van de lokale context en de buurt, en op evoluties in het Vlaamse ouderenbeleid. D-SCOPE kan een ondersteunende rol spelen bij de detectie en preventie van kwetsbaarheid van ouderen. Het cahier eindigt met een kostprijsberekening van de methodiek, zodat gemeenten die dit preventieproject willen uitrollen een kostenraming kunnen maken.

Met dank aan

Alle deelnemers aan D-SCOPE!

OCMW Tienen, OCMW Gent, OCMW Knokke-Heist
Ouderen en hun mantelzorgers
Stakeholders

D-scope consortium

L. De Donder
S. Smetcoren
S. Dury
A. van der Vorst
M. Van der Elst
D. Lambotte
L. Hoeyberghs
B. Fret
D. Duppen

N. De Witte
EM. Kardol
B. Schoenmakers
J. De Lepeleire
G. A. R. Zijlstra
G. I. J. M. Kempen
J. M. G. A. Schols
D. Verté
E. De Roeck



Department of Neurology and Memory Clinic, ZNA Middelheim / Hoge Beuken

Dr J. Goeman
Prof. dr. Mariën
J. Saerens
A. Verwimp

N. Somers
T. Van den Bossche
dr. S. Van Mossevelde



Vragen en opmerkingen

