

Richtlijn delier NPZ Waardenland

Op initiatief van het Netwerk Palliatieve Zorg is in 2014 deze regionale richtlijn delier tot stand gekomen.

Deze richtlijn is geschreven voor verpleegkundigen en verzorgenden en van toepassing op alle cliënten binnen de scope VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg).

Bij een verdenking van een delier moet altijd afstemming gezocht worden met de behandelend arts.

Doel van de transmurale multidisciplinaire richtlijn delier

Een delier heeft zulke ingrijpende gevolgen dat vroegtijdige onderkenning heel belangrijk is. Het doormaken van een delier heeft gevolgen voor de cliënt, zoals een langere duur van een ziekenhuisopname, een groter aantal complicaties, een toegenomen kans op overlijden en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt een delier tot aanzienlijk hogere financiële kosten. Juist het hanteren van een transmurale multidisciplinaire richtlijn delier bevordert de continuïteit van zorg en zorgt ervoor dat de cliënt zo min mogelijk hinder ondervindt van de verschillende zorgplekken.

1. Definitie delier

Een delier is een toestandsbeeld dat in korte tijd ontstaat (uren tot dagen), waarbij het bewustzijn wisselend gestoord is en de cliënt vaak verward is. Daarnaast bestaat onrust of, in geval van een stil delier, juist apathie en verlies van initiatief. Vaak zijn er hallucinaties en/of wanen. Er is altijd sprake van een onderliggend somatisch lijden.

2. Ontstaanswijze / oorzaak delier

Een delier is een neuropsychiatrische stoornis die ontstaat als complicatie van een somatische aandoening en/of door het gebruik dan wel het staken van bepaalde (genees)middelen.

Het voorkomen van een delier is dus belangrijk, kwetsbare ouderen moeten bijvoorbeeld zo tijdig mogelijk opgespoord worden en risicofactoren op delier moeten weggenomen/beperkt worden. Het delier is een levensbedreigende aandoening met hoog risico op restverschijnselen en overlijden.

3. Risicofactoren delier

Er zijn factoren bekend die cliënten kwetsbaarder maken voor een delier.

Zie bijlage 1 voor een schema met een risico-inschatting

In welke gevallen is iemand gevoelig voor delier:

- Indien er eerder een delier doorgemaakt is
- Bij cognitieve verstoring zoals CVA, hersentumor, dementie, Parkinson
- Indien men ouder is dan 70 jaar
- Bij gebruik of onttrekking van alcohol/opioiden
- Bij koorts > 38,5
- Bij visus- en gehoorklachten

Uitlokkende factoren:

- Medicijnen of onttrekking (ook nicotine/alcohol) bijvoorbeeld:
 - Opioiden (bv. Morfine)
 - Sederende medicijnen (bv. Benzo's / Lorazepam)
 - Corticosteroiden (bv. Dexamethason)
 - Anticholinergica of anti-emetica (bv. Primperan)
 - Anti-Parkinson middelen
 - Sommige antibiotica zoals ciprofloxacin.
- Infectie, vooral urineweginfectie en pneumonie
- Urineretentie/obstipatie
- Electrolytenstoornis
- Koorts
- Recente operatie
- Hersentumoren
- Zuurstoftekort
- Bloedarmoede
- Verandering verblijfplaats
- Hypo/hyperglykemie
- Schildklierafwijkingen
- Lever- en/of nierfunctiestoornissen
- Uitdroging

4. Verschijningsvormen en symptomen:

Er zijn drie verschijningsvormen:

- Onrustige/hyperactieve vorm
- Apathische/hypoactieve vorm
- Gemengde vorm: afwisselend hyper- en hypoactiviteit

Hierbij kunnen de volgende symptomen voorkomen:

- Onrust: opgewonden, niet helder en reageert niet normaal op de omgeving
- Apathie: cliënt trekt zich terug
- Wanen: gedachten die niet kloppen
- Hallucinaties: cliënt ziet, hoort en ruikt dingen die er niet zijn (kan hierdoor in paniek raken) en is daardoor soms schrikachtig, achterdochtig of agressief
- Omkeren dag-/nachtritme
- Moeite met concentreren, snel afgeleid
- Verlies van structuur
- Motorische onrust (voortdurend "plukken")
- Vaak angstig
- Overgevoeligheid voor prikkels zoals licht en geluid
- Emotioneel labiel
- Desoriëntatie

5. Vaststellen van een delier / risicosignalering:

Het vaststellen van een delier kan door het afnemen van de DOS (Delier Observatie Schaal). De DOS is een hulpmiddel dat gebruikt kan worden als risico-inschatting voor het optreden van een delier. Het kan dienen om te komen tot een diagnose en het monitoren van het verloop. De uitslag dient besproken te worden met een arts. De arts stelt de diagnose vast, waarna overgegaan kan worden tot behandeling.

De behandeling vindt bij voorkeur plaats op de plaats waar de cliënt zich bevindt om zo verandering van verblijfplaats (uitlokkende factor) te voorkomen.

Door rapportage en evaluatie kan het behandelbeleid worden bijgesteld en eventueel kan in overleg met de behandelaar nogmaals een DOS worden afgenomen.

6. De behandeling:

De behandeling van een delier richt zich op drie pijlers:

- **Opsporen van de somatische oorzaak** aan de hand van de symptomen en risicofactoren: dit is zeer belangrijk, aan een delier ligt immers altijd een somatische oorzaak ten grondslag.
- **Medicamenteuze behandeling** van de symptomen van het delier
 - ter bestrijding van angst, hallucinaties/wanen
 - bij hevige motorische onrust: letselpreventie
 - om essentieel onderzoek of behandeling mogelijk te maken.Zie hiervoor de medicatieschema's van o.a. Pallialine en NVKG¹
- **Niet-medicamenteuze behandeling**, zoals interventies voor verzorgenden en verpleegkundigen, zie hiervoor de checklist Bijlage 2)

7. Inzetten van verpleegkundige / verzorgende interventies

Zie bijlage 2 om passende interventies in te zetten.

8. Preventie: voorkomen van herhaling

Bespreek en rapporteer:

- Ga na hoe groot de kans is dat het delier recidiveert en ga na of het delier nu verdwenen is
- Ga na of de uitlokkende factoren zoveel mogelijk geëlimineerd zijn. Denk aan o.a. gebruik van medicatie en prikkels van buitenaf, onthoudingsdelier.
- Vermeld een doorgemaakt delier in het dossier en als doel in het zorg(leef)plan.
- Vermeld het delier ook altijd in de overdracht bij een overplaatsing.

9. Evaluatie / nazorg

Bespreek en rapporteer:

Met de cliënt:

- Vraag na bij cliënt/1^{ste} contactpersoon hoe de beleving was tijdens de delirante periode.
- Geef informatie en adviezen aan cliënt/1^{ste} contactpersoon over vroegtijdige herkenning en een eventuele herhaling van het delier.

Met medewerkers:

- Is er effectief gehandeld tijdens de behandeling van het delier en was de signaleringsfunctie goed?
- Is er genoeg gedaan aan een passende ambiance (balans in prikkels en dagstructuur)?
- Is de medische zorg, de verpleegkundige zorg en de begeleiding voldoende geweest?
- Is er genoeg kennis en deskundigheid over het delier?

¹ Nederlandse Vereniging Klinisch Geriaters

Bronnen / meer informatie:

www.pallialine.nl

www.netwerkpalliatievezorg.nl/waardenland

www.nvkg.nl

<https://www.iknl.nl/opleidingen/verbetertraject-signalering-palliatieve-fase>

Bijlagen:

1: Risico-inschatting en DOS-formulier

2: Checklist verpleegkundige / verzorgende interventies

Bijlage 1: DOS Risicoschatting optreden delier

PREDISPONERENDEFACTOREN CLIËNT:		JA	WEGING OPDATUM	SCORE
1. Delirium in de voorgeschiedenis en/of verwardheid vóór opname			3	
2. Cognitieve verstoring zoals bij: hersentumor, cva, dementie, M. Parkinson, contusio			3	
3. Verandering van opioïdeanalgetica (zowel van soort als van toedieningsweg)			3	
4. Leeftijd > 70 jaar			1	
5. Gebruik alcohol > 4 eenheden per dag			1	
6. Gebruik drugs: uitgezonderd marihuana			1	
7. Koorts > 38,5°C			1	
8. Metabolestoornis			1	
9. Hardhorendheid, slechtziendheid			1	
10. Ingreep onder narcose			1	
AFGENOMEN DOOR:	PARAAF VPK.	BIJ SCORE VAN 3 OF MEER: START DELIRIUM OBSERVATIE SCREENING(DOS)SCHAAL		
		▶ TOTAALSCORE 3 OF MEER IS VERHOOGD RISICO OP EEN DELIRIUM		

Delirium Observatie Screening (DOS) schaal gedurende 3 dagen bij verhoogd risico

Observaties		Datum:									Datum:									Datum:								
		Dagdienst			Late dienst			Nachtdienst			Dagdienst			Late dienst			Nachtdienst			Dagdienst			Late dienst			Nachtdienst		
		Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet	Nooit	Soms- al tijd	Weethiet
1	Zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
2	Is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
3	Heeft aandacht voor gesprek Of handeling	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
4	Maakt vraag of antwoord niet af	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
5	Geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
6	Reageert traag op opdrachten	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
7	Denkt ergens anders te zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
8	Beseft wel welk dagdeel het is	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
9	Herinnert zich recente gebeurtenis	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
10	Is plukkerig, rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
11	Trekt aan infuus, sonde, katheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
12	Is snel of plotseling geëmotioneerd	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
13	Ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
Totaalscore per dienst (0-13)																												
Totaalscore per dag																												

**DOS schaal eindscore totaalscore per dag/ 3 :
indien < 3 geen delier, indien ≥ 3 waarschijnlijk delier .**

**Overleg met arts over behandeling.
Overweeg consultatie door klinisch geriater of psychiater.**

TOELICHTING

Inleiding

Het delirium is een van de meest voorkomende vormen van psychopathologie bij oude patiënten en bij patiënten in de laatste fase van het leven. Kenmerkend voor het delirium zijn het snelle ontstaan en de wisseling van de symptomen. De Delirium Observatie Screening Schaal bevat 13 observaties van gedrag (verbaal en non-verbaal) die de symptomen van het delirium weergeven. Deze observaties kunnen gedaan worden tijdens reguliere contacten met de patiënt. Om het delirium goed te herkennen is het van belang om per dienst de observatie van het gedrag vast te leggen.

Beoordeling

Nooit	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie geen enkele keer waargenomen (OMCIRKEL GETAL IN DEZE KOLOM)
Soms – altijd	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie één of meer keer of zelfs steeds waargenomen (OMCIRKEL GETAL IN DEZE KOLOM)
Weet niet	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie niet waargenomen omdat de patiënt steeds sliep of geen verbaal contact maakte of omdat de beoordelaar zichzelf niet in staat acht de aandoen wel afwezigheid te beoordelen (OMCIRKEL GETAL IN DEZE KOLOM)

Nadere toelichting/voorbeelden

Iemand **is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving** wanneer hij/zij verbaal of non-verbaal reageert op geluiden of bewegingen die geen betrekking op hem/haar hebben en die van dien aard zijn dat je geen reactie van hem/haar zou verwachten (het is bijvoorbeeld normaal dat iemand reageert op een harde gil op de gang, maar niet normaal als iemand reageert op een rustige vraag aan een andere patiënt). Iemand **heeft aandacht voor gesprek of handeling** als hij /zij verbaal of non-verbaal blijk geeft het gesprek of de handeling te volgen. Iemand **reageert traag op opdrachten** wanneer het handelen is vertraagd en/of er momenten van stilte/inactiviteit zijn voordat tot handelen wordt overgegaan. Iemand **denkt ergens anders te zijn** als hij/zij in woorden of in handelen dit laat blijken (iemand die je bijvoorbeeld vraagt om iets te pakken wat op het dressoir ligt of iemand die de omgeving anders interpreteert dan als ziekenhuis). Iemand **beseft welk dagdeel het is** als hij/zij in woorden of handelen dit laat blijken (iemand die bijvoorbeeld midden in de nacht opstaat en wil douchen heeft meestal geen besef welk dagdeel het is). Iemand **herinnert zich recente gebeurtenis** wanneer hij/zij bijvoorbeeld juist kan vertellen of er bezoek is geweest of wat hij/zij gegeten heeft. Iemand **is snel of plotseling geëmotioneerd** wanneer hij/zij reageert met een heftige emotie zonder aanleiding of wanneer de heftigheid van de emotie niet in overeenstemming lijkt met de aanleiding (iemand die bijvoorbeeld zomaar begint te huilen of heel angstig wordt van wassen of woedend reageert als de thee koud is). Iemand **ziet/hoort dingen die er niet zijn** wanneer hij/zij hiervan verbaal (navragen!) of non-verbaal blijk geeft (bijvoorbeeld iemand die niet zichtbare voorwerpen wil verplaatsen of die reageert op mensen of dieren die er niet zijn).

Score

- per dienst wordt een totaal score berekend door het aantal omcirkelde enen op te tellen; de **totaal score per dienst** is minimaal 0 en maximaal 13
- de totaal scores van drie diensten worden opgeteld tot **de totaal score deze dag**; de totaal score deze dag is minimaal 0 en maximaal 39
- de **DOS Schaal eindscore** wordt berekend door de totaal score deze dag te delen door 3; de DOS eindscore ligt tussen de 0 en 13
- een DOS Schaal eindscore < 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk niet delirant is, een DOS Schaal eindscore ≥ 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk wel delirant is

Bijlage 2: Checklist verpleegkundige / verzorgende interventies

Werkwijze:

- Kies de passende interventies en vul daarbij datum en paraaf in
- Verwerk de interventies in een zorg(leef)plan
- Rapporteer de effecten van de interventies in het zorgdossier

Nr	Interventie (daar waar nodig in overleg met een arts)	Dag	Avond Nacht
1	Afnemen van de DOS Voor observeren van beloop onrustig gedrag. De uitkomsten brengen het beloop van het delier in kaart, waardoor gericht interventies ondernomen kunnen worden		
2	Aandacht voor mogelijke urineretentie en/of obstipatie Beide kunnen een aanleiding zijn voor een delier		
3	Sluit een eventuele urineweginfectie uit Een infectie kan aanleiding zijn voor een delier		
4	Aandacht voor vocht en voeding Uitdroging is een uitlokkende factor en kan een delier in stand houden		
5	Pijn bestrijden Iemand daarmee comfortabel maken		
6	Inschakelen en inlichten van familie Inzetten / aanwezigheid van familie kan helpen bij onrust		
7	Structuur aanbrengen in dag- en nachtritme Aanbrengen van een vast dagprogramma		
8	Rustige omgeving Omgeving prikkelarm maken en/of doseren		
9	Cliënt oriënteren in tijd/plaats/persoon Zeggen wie je bent, wat je komt doen. Een klok, kalender of aanwezigheid van familie kan helpen in de oriëntatie		
10	Zintuiglijke waarnemingen Zo optimaal mogelijk maken (bril, gehoorapparaat)		
11	Vermijden van kamerwisselingen Laat de cliënt op dezelfde kamer verblijven		
12	Beperken van personeelwisselingen Draagt bij aan structuur		
13	Autonomie en participatie Zoveel mogelijk de cliënt zelf laten besluiten en zelf laten doen		
14	Niet corrigeren Bij inadequate antwoorden niet corrigeren, dit geeft meer onrust en onzekerheid / angst		
15	Objecten vanuit de thuissituatie Deze kunnen helpend zijn bv. foto's		
16	Frequent oogcontact maken Om zo aandacht te krijgen en te houden		
17	Voor ontspanningzorgen voor het slapen Hierbij gebruik van sederende medicatie beperken. Denk aan warme melk geven, dempen van het licht of rustgevende muziek aanzetten		
18	Vermijden van immobiliteit Vermijden van algehele bedrust. Inspanning overdag geeft vermoeidheid wat nachtrust weer bevordert		
19	Contact houden met de buitenwereld Radio en televisie kunnen oriëntatie vergroten		
20	Fixeren (denk aan richtlijn vrijheid beperkende maatregelen) Kan/mag alleen in uiterste noodzaak en denk vooral aan alternatieven hiervoor		

