

## **Delirium**

### **Clinical Assessment Protocol (CAP) = 0**

De informatie over deze CAP-code wordt opgesplitst in twee delen:

- (I) *Betekenis:* De betekenis van code 0 bij de delirium-CAP.
- (II) *Richtlijnen:* De stappen die achtereenvolgens dienen genomen te worden.  
worden

Deze informatie print u best in zijn geheel uit. De mogelijkheid bestaat om door te linken naar bijkomende literatuur en naar de DOS-Schaal (zie richtlijnen).

## I Betekenis

De **Delirium-CAP wordt niet signaleerd**. Dit betekent dat deze cliënt **GEEN** van de onderstaande tekenen van delirium vertoont:

- Het gedrag op de volgende gebieden verschilt van de manier waarop de cliënt gewoonlijk functioneert (vb. net begonnen, aan het verslechteren, of anders dan enkele weken geleden): gemakkelijk afgeleid, episoden van onsamenhangend praten, mentaal functioneren wisselt in de loop van de dag;
- Acute verandering in mentaal functioneren ten opzichte van gewoonlijk functioneren;

### ***Aandacht:***

Delirium wordt geassocieerd met een verhoogde mortaliteit en morbiditeit (valincident, decubitus, grotere ADL-afhankelijkheid, ...). Vandaar het belang van een goede preventie, een vroegtijdige detectie en een snelle, adequate behandeling. Deze persoon vertoont geen actieve deliriumsymptomen, waardoor de **actie** zich dient te richten op **preventie** (zie II richtlijnen).

## II Richtlijnen\*

### PREVENTIE EN OPVOLGING MENTALE TOESTAND RISICOCLIËNT

- Onderzoek toont aan dat toepassing van preventieve strategieën in staat zijn de ontwikkeling van delirium en zijn geassocieerde complicaties te reduceren. Een **aantal stappen** dienen ondernomen te worden:

#### *STAP 1: Is deze cliënt een risicocliënt?*

- Cliënt met bestaande cognitieve stoornissen (dementie, depressie, parkinson), hersenbeschadiging (CVA), voorgeschiedenis van delirium?

*OF*

- Cliënt met 2 of meer van volgende risicofactoren?
  - Leeftijd  $\geq$  70 jaar
  - Ernst van ziekte
  - Immobiliteit of verminderd ADL-functioneren
  - Sensorische stoornissen (gehoor, zicht)
  - Alcoholmisbruik en/of langdurig gebruik psychoactieve medicatie
  - Polyfarmacie ( $\geq$  5 geneesmiddelen)
  - Dehydratatie
  - Malnutritie
  - Chronische multipele aandoeningen
- *Opgelet:* Risico op delirium verhoogt nog bij gebruik fixatiemiddelen en opname in RVT na langdurig ziekenhuisverblijf

↳ **Indien risicocliënt ga verder naar stap 2**

#### *STAP 2: Preventieve maatregelen bij risicocliënt*

- Deze maatregelen richten zich op een *niet-medicamenteuze aanpak*, aangezien er te weinig evidentie bestaat over het effect van medicatie (vb. lage dosis haloperidol).
  - Cognitie
    - Oriënterende maatregelen: gebruik vertrouwde voorwerpen (vb. foto's van gekende personen, wekker), geef regelmatig uitleg aan de cliënt

\* Op basis van UZ Leuven richtlijnen

- Bevorderen van continuïteit: inzet vaste verpleegkundigen
- Visus en gehoor
  - Screen voor visus- of gehoorproblemen
  - Controleer correct gebruik van bril of gehoorapparaat
  - Maak de bril elke dag schoon en zet hem op bij de cliënt
  - Controleer oor en gehoorgang op oorsmeer
  - Maak gebruik van nachtlichtjes
  - Praat traag, duidelijk, in het gezicht- en gehoorsveld van de persoon
- Slaap
  - Bevorder slaapkwaliteit (warme melk, geen cafeïne of diuretica 's avonds, geen nachtlawaai of fel licht)
  - Activeer overdag zoveel mogelijk slapende cliënten
- Mobiliteit
  - Stimuleer de mobiliteit, het zelfstandig uitvoeren van activiteiten
  - Gebruik geen fysieke fixatie (enkel als laatste toevlucht en indien klinisch verantwoord)
- Vochtbalans/voedingstoestand
  - Moedig vochtinname aan, biedt voorkeursdrank aan (indien geen tegenindicatie)
  - Plaats drank binnen bereik
  - Gebruik eventueel voedingssupplementen
- Pijncontrole
  - Bevraag /observeer aanwezigheid pijn
  - Zorg voor adequate pijnstilling in overleg met arts

***STAP 3: Observatie van de mentale toestand bij de risicocliënt***

- Observatie is noodzakelijk om een delirium vroegtijdig te detecteren. Zo kan een snelle behandeling worden opgestart waardoor de duur en de ernst van het delirium beperkt worden.
- Observeer belangrijke voortekens van een delirium:
  - Slapeloosheid en sufheid overdag, levendige en angstige dromen
  - Rusteloosheid, motorische agitatie, irritatie en angst OF hypoactiviteit met passief en teruggetrokken gedrag
  - Voorbijgaande hallucinaties en wanen, in eerste instantie waar te nemen als achterdocht
  - Lichte desoriëntatie

- Moeilijkheid met begrijpen wat gebeurt en gezegd wordt
- Verhoogde gevoeligheid voor prikkels (licht, geluid)
  
- Gebruik observatieschalen om de mentale toestand van risicocliënten systematisch te observeren, zoals onder andere de “Delirium Observatie Screening Schaal” (DOSS, zie bijlage). Blijkt hieruit dat de cliënt **mogelijk** delirant is, stap dan over op het **stappenplan uitgeschreven onder delirium-CAP = 1**.