

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 (overzichtsschema en uitwerking per stap).

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

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;

Let op: 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**.