

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 ondernomen 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 gesignaleerd**. 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 ≥ 70 jaar
 - Ernst van ziekte
 - Immobiliteit of verminderd ADL-functioneren
 - Sensorische stoornissen (gehoor, zicht)
 - Alcoholmisbruik en/of langdurig gebruik psychoactieve medicatie
 - Polyfarmacie (≥ 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**.

Bronnen en aanvullende literatuur

- interRAI CAP's Gebruikershandboek:
 - American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for Treatment with Delirium. American Journal of Psychiatry, May 1999. Merk op: deze richtlijn geeft een gedetailleerd algemeen overzicht van het syndroom en van de rol van de arts bij de behandeling ervan. Deze richtlijnen kunnen ook op de APA-website geraadpleegd worden: www.psych.org. Die site omvat ook "Patient and Family Guides", die nuttig kunnen zijn bij het opleiden van verpleegkundigen.
 - American Psychiatric Associations (APA). Guideline Watch Practice Guideline for Treatment of Patients with Delirium. American Journal of Psychiatry, august 2004.
 - Flacker JM, Marcantonio ER. Delirium in the elderly: optimal management. *Drugs and Aging*. 1998; 13:119-130. Merk op: dit artikel beschrijft heel gedetailleerd hoe een delirium te behandelen.
 - Murphy KM, Levkoff S, Lipsitz LA. *Delirium*. In Morris JN, Lipsitz LA, Murphy KM and Belleville-Taylor P (Eds). Quality care in the Nursing Home. (1997). Mosby, St.Louis, MO. Merk op: dit hoofdstuk geeft vooral een overzicht van de manier waarop het syndroom cliënten en personeelsleden van een RVT beïnvloedt. Het bevat ook gedetailleerde niet-farmacologische methodes en voorbeelden van cliënten met een delirium.
 - Rapp CG. Acute confusion/delirium (Evidence-based protocol). The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium, University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Center, 1999. Merk op: dit protocol geeft nuttige informatie over hoe een uitgebreid zorgplan voor cliënten met een delirium op te stellen. Website: http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_interventions/index.htm
 - Inouye SK. Current concepts: Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006; 354: 1157 – 1165.
- Werkgroep delirium. UZ Leuven richtlijn voor de niet-medicamenteuze preventie van delirium. Mei 2007.
- Werkgroep delirium. UZ Leuven richtlijn voor de acute symptomatische behandeling van de hyperactieve vorm van delirium. April 2007.
- Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalized patients. *The Cochrane Library* 2007, issue 2.

- Young J and Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007; 334:842 – 846.
- Michaud L, Büla C, Berney A, et al. Delirium: Guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 62: 371 – 383.
- George J, Mukaetova-Ladinska EB. Delirium and C-reactive protein. *Age and Ageing* 2007; 36:115 – 116.
- Macdonald A, Adamis D, Treloar A et al. C-reactive protein levels predict the incidence of delirium and recovery from it. *Age and Ageing* 2007; 36: 222 – 225.
- Potter J, George J. *Clinical Medicine* 2006; 6 (3): 303 -308.
- American Psychiatric Association. *Treating Delirium: A quick reference guide.* www.psych.org.
- Milisen K, Steeman E, ForemanMD. Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer 2004;13: 494 – 500.