

Delirium

Clinical Assessment Protocol = 1

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

- (I) *Betekenis:* De betekenis van code 1 bij de Delirium-CAP.
- (II) *Probleemstelling:* Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *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 geactiveerd**. Aangezien deze CAP personen aanduidt met actieve deliriumsymptomen, betekent dit dat deze cliënt één of meer 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:

Deze persoon vertoont actieve deliriumsymptomen, waardoor de **actie** zich dient te richten op **detectie en behandeling** (zie III richtlijnen)

II Probleemstelling

Delirium (acute verwardheid) is een ernstige aandoening die gewoonlijk het gevolg is van een onderliggend acuut gezondheidsprobleem zoals een infectie, een dehydratie of een reactie op medicatie. Het syndroom wordt geassocieerd met een hoge mortaliteit en morbiditeit (vb. decubitus, verlies in ADL-functioneren, een verlengde verblijfsduur in het ziekenhuis en meer plaatsingen in een verzorgingsinstelling, toegenomen kosten).

Delirium komt vaak voor bij geïnstitutionaliseerde cliënten of bij cliënten die onlangs uit een ziekenhuis ontslagen werden, waaronder heel wat van hen met premorbide cognitieve achteruitgang. Ongeveer 25% van de cliënten die vanuit een ziekenhuis in een RVT opgenomen worden, zullen een nieuw of persistent delirium ontwikkelen waardoor hun kans op rehabilitatie beperkt wordt. Bij cliënten in de eindfase van hun leven, stijgt dit percentage tot 80-90%, wat voor de stervende cliënt en zijn/haar familie het nodige ongemak met zich mee brengt.

Het is noodzakelijk om een delirium vroegtijdig te herkennen, zodat een snelle en adequate behandeling kan opgestart worden. Verpleegkundigen en verzorgenden bevinden zich hiervoor in een ideale positie, en het is eveneens hun taak om samen met de artsen en andere primaire zorgverleners een geschikt zorgplan uit te werken.

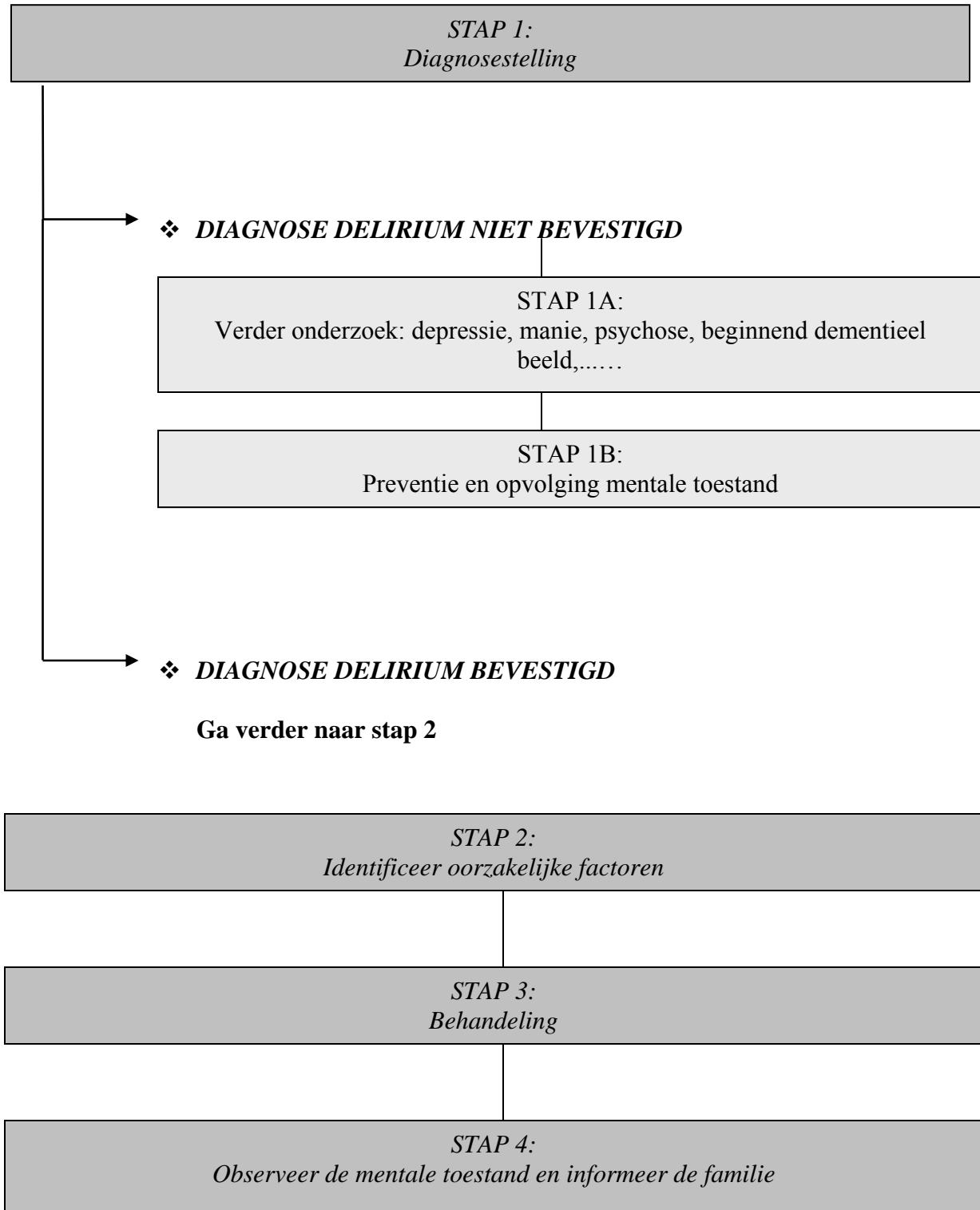
Delirium maakt nooit deel uit van een normaal verouderingsproces. Sommige typische symptomen van een delirium worden vaak verkeerdelijk geïnterpreteerd als indicaties van het natuurlijke dementieproces, en dan vooral in de latere stadia van dementie. De eerste symptomen van een delirium komen, in tegenstelling tot die van dementie, in een heel korte tijd tot uiting (uren tot dagen). Typische symptomen kunnen zijn: concentratiestoornissen, schommelend gedrag/cognitief functioneren in de loop van de

dag, rusteloosheid, slaperigheid overdag, ronddolen, verwarde spraak en ten slotte dingen zien of voelen die er niet zijn (veranderde gewaarwording, zoals verkeerde interpretaties of hallucinaties).

De behandeling kan alleen maar succesvol zijn als het klinische syndroom snel gedetecteerd en gediagnosticeerd wordt, de oorzaken geïdentificeerd worden en de behandeling onmiddellijk wordt opgestart. De ontwikkeling van een delirium wordt multifactorieel bepaald. Als één oorzaak wordt geïdentificeerd en behandeld zonder verbetering van het delirium, blijf dan andere mogelijke oorzaken opsporen en behandelen.

III Richtlijnen

Overzichtsschema



Stappenplan

Algemeen:

Met het oog op een vroegtijdige detectie en een snelle adequate behandeling, zijn verpleegkundige observaties in elk van de hieronder beschreven stappen van groot belang. Verpleegkundigen dienen deze observaties (o.a. symptomen van delirium, bevindingen, ...) aan artsen mee te delen. Hoe grondiger die communicatie verloopt en hoe meer ze op feiten gebaseerd is, hoe gemakkelijker het zal zijn om tijdig een geschikte behandelingsmethode uit te werken en zo de negatieve outcomes van delirium te reduceren.

STAP 1: Diagnosestelling

- Bij signalering van deze CAP is het **mogelijk** dat de persoon een delirium vertoont. Een eerste belangrijke stap die bijgevolg moet ondernomen worden is een adequate diagnosestelling. Hiervoor wordt contact opgenomen met de arts. Bespreek samen met hem de mentale toestand van de cliënt (zie symptomen delirium).
- De diagnose berust hoofdzakelijk op een klinische observatie van de 4 sleutelkenmerken van delirium, nl. (1) acuut optreden en wisselend beloop, (2) concentratiestoornis, (3) ongeorganiseerd denken en (4) veranderd bewustzijnsniveau. The “Confusion Assessment Method”, kortweg CAM, is een eenvoudig instrument die deze kenmerken bevat en kan door de arts als diagnostisch instrument gebruikt worden.

❖ DIAGNOSE DELIRIUM NIET BEVESTIGD

STAP 1A:

Verder onderzoek: depressie, manie, psychose, beginnend dementieel beeld

STAP 1B:

Preventie en opvolging mentale toestand

- Wanneer delirium niet wordt gediagnostiseerd, dient men zich te richten op preventie. 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
 - Immobilititeit of verminderd ADL-functioneren
 - Sensorische stoornissen (gehoor, zicht)
 - Alcoholmisbruik en/of langdurig gebruik psychoactieve medicatie
 - Polyfarmacie (\geq 5 geneesmiddelen)
 - Dehydratatie en / of malnutritie
 - Chronische multipale aandoeningen

- 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 gekende personen, wekker), geef regelmatig uitleg aan de cliënt
 - 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). Hieruit kan blijken dat de cliënt **waarschijnlijk** delirant is. Ga dan **terug naar stap 1**.

→ ❖ **DIAGNOSE DELIRIUM BEVESTIGD**

Ga verder naar stap 2

STAP 2:
Identificeer oorzakelijke factoren

- Deze stap is een **noodzakelijke stap** in het opzetten van een adequate oorzakelijke behandeling. Delirium is steeds een signaal voor een organisch probleem dat vrij urgent kan zijn. Bij ouderen kan dit soms het enige atypische signaal zijn van een belangrijke onderliggende ziekte.
- ***Oorzaken delirium?***
 - Delirium t.g.v. alcohol of benzodiazepine onttrekking
 - Plotse stopzetting van langdurig en/of excessief en/of ononderbroken misbruik van alcohol en benzodiazepines
 - Andere oorzaken:
 - Infectie (vb. pneumonie, urineweginfectie) en koorts
 - Cardiale ischemie, aritmie
 - Neurologische stoornissen (CVA, hersenbloeding, hypoxie t.h.v. hersenen)
 - Respiratoire insufficiëntie, anemie, zware hypertensie
 - Tumoren
 - Metabole stoornissen (hypoglycemie, lever-, nier-, electrolytenstoornissen)
 - Hevige pijn
 - Urineretentie, constipatie
 - Sensorische stoornissen (gehoor, zicht)
 - Gebruik multiële medicatie (intoxicatie / recent opgestart of verhoogd)
 - Bij cliënt met beperkte cognitieve reserve: omgevings- en stressfactoren zoals immobilisatie, gestoord dag-nachtritme, ...
 - Cliënt in laatste levensfase:
 - Pijn / infectie
 - Terminale agitatie
 - Medicatie (opioïden, psychoactieve medicatie)
 - Encephalopathie
 - Leverstoornissen
 - Metabolische oorzaken: hypercalcemie, hyponatriëmie, hypoglycemie, toegenomen bilirubine en creatinine concentraties
- ***Hoe oorzaken identificeren?***
 - Goede samenwerking en communicatie: verpleegkundige – arts
 - Observeer en rapporteer:
 - Veranderingen in vitale parameters
 - Bloeddruk: hypo- of hypertensie

- Temperatuur: < 35°C OF > 38°C
- Pols: < 60 OF > 100 slagen per minuut
- Ademhalingsfrequentie: < 16 OF > 25 ademhalingen per minuut
- Tekenen van infectie
 - Koorts
 - Wondinfectie: o.a. roodheid, purulente wonde
 - Urineweginfectie: o.a. troebele, slecht ruikende urine
 - Respiratoire infectie: o.a. dyspneu, hoesten, slijmproductie
- Dehydratie
 - Droge mond, droge huid, constipatie, harde stoelgang, verhoogde urineconcentratie, ingezonken ogen, ...
- Aanwezigheid pijn
- Hypo- OF hyperglycemie
- Zuurstofsaturatie < 90
- Recente val
- Bijkomende onderzoeken door arts in functie van klinisch beeld:
 - Anamnese: duur / verloop aandoening, evaluatie medicatie
 - Volledig klinisch onderzoek (inclusief globe vesicale, neurologisch, aanwijzingen hoofdletsels)
 - Labo: CRP, ionogram, nier- en leverfunctie, urineonderzoek,...
 - Dosage digoxine, vitamines, toxicologie
 - Radiologisch: RX-thorax, echo abdomen, bladder scan, CT schedel, ECG,...
- Bij cliënt in laatste levensfase:
 - Gebruik geen agressieve of invasieve technieken om oorzaken te identificeren, maar evaluatie van geboden comfort

*STAP 3:
Behandeling*

- De belangrijkste actie in de behandeling van een delirium is het behandelen van de onderliggende oorzaken. Gelijktijdig aan de identificatie en **behandeling van de oorzakelijke factor(en)**, dient een **symptomatische behandeling** opgestart te worden. Bijkomend kunnen **ondersteunende maatregelen** getroffen worden.
- Toch dient er bij de **behandeling** nog een **onderscheid** gemaakt te worden tussen delirium t.g.v. alcohol of benzodiazepine onttrekking en delirium t.g.v.

andere oorzaken:

1. Behandeling delirium t.g.v. alcohol of benzodiazepine onttrekking

- De cliënt wordt best opgenomen in het ziekenhuis. Deze opname is noodzakelijk om hem bij toediening van Thiamine en Tranxene in gecontroleerde omstandigheden te kunnen opvolgen.

2. Behandeling delirium t.g.v. andere oorzaken

○ **Oorzakelijke behandeling afh. van oorzakelijke factor(en) (voorschrift arts)**

- Verminder, vervang of stop schadelijke medicatie
- Behandel dehydratie, elektrolytenstoornissen
- Dien antibiotica toe bij infectie en zorg voor koortsreductie
- Behandel urineretentie en constipatie
- Behandel pijn
- Behandel anemie, hypotensie
- ...

○ **Symptomatische behandeling (symptoomreductie)**

- Bij *lichte vormen* van delirium (nachtelijke onrust met sufheid overdag) kan een medicamenteuze behandeling opgestart worden. Deze bestaat uit een lage dosis haloperidol (Haldol 1-2mg PO) en wordt binnen de 48 u afgebouwd. Bij *onvoldoende effect* of bij *ernstige psychomotorische onrust en agressief gedrag*, dient een ziekenhuisopname overwogen te worden. Ouderen ontwikkelen veelal een hypoactief delirium, wat geen medicamenteuze behandeling vereist. Hierbij kunnen ondersteunende maatregelen toegepast worden.
- Volgende maatregelen kunnen toegepast worden bij *alle delirante cliënten*:
 - Oriënteer de cliënt regelmatig in tijd, plaats en persoon (gebruik van bril of gehoorapparaat, aangepaste lichtsterktes voor dag-nacht, gebruik klok en kalender, ...)
 - Zorg voor continuïteit: inzet vaste verpleegkundigen
 - Bevorder slaapkwaliteit (dag-nachtritme, met goede nachtrust)
 - Benader de cliënt vriendelijk en kalm
 - Stel de cliënt gerust bij angst: toestand is tijdelijk
 - Bevorder de mobiliteit
 - Bevorder bezoek van familie
 - Zorg voor een goede vochtinname
 - Vermijd zoveel mogelijk het gebruik van fysieke fixatie
 - Laat de cliënt zo weinig mogelijk onbewaakt achter bij ernstige agitatie
 - Vermijd complicaties: decubitus, val, kwetsuren, ...

○ **Delirium in laatste levensfase:**

- Richt zorgdoelen en -methode op bereiken van een maximaal comfort voor de cliënt. Er dient een evenwicht tussen de mate van pijncontrole en het gewenst bewustzijnsniveau nagestreefd te worden.
- *Oorzakelijke behandeling:*
 - Bij pijn: verhoog dosis of frequentie van toegediend analgeticum
 - Bij delirium veroorzaakt door medicatie:
 - ✓ Zorg voor dosisreductie, stopzetten of verandering toegediende medicatie
 - ✓ Zorg voor regelmatige medicatiereview
- *Symptomatische behandeling:*
 - Bij lichte vormen van delirium kan een lage dosis haloperidol voorgeschreven worden (0.5 - 3.0 mg/dag PO)
 - Benader de cliënt vriendelijk en kalm
 - Vermijd fysieke fixatie
 - Bij terminale agitatie kan sedativa toegediend worden wanneer de cliënt te angstig is

- Opgelet: goede verpleegkundige observatie en supervisie

STAP 4:

Observeer de mentale toestand en informeer de familie

- Opgvolging mentale toestand:
 - Aan de hand van een observatie van de mentale toestand kan het effect van de therapie nagegaan worden. Dit kan systematisch gebeuren door gebruik te maken van observatieschalen zoals de “Delirium Observatie Screening Schaal” (DOSS). Bespreek veranderingen met de arts.
- Informeer de familie
 - Geef uitleg over de kenmerken van delirium en de mogelijke oorzaken
 - Zeg dat de toestand waarin de cliënt zich bevindt tijdelijk is, en kan variëren van enkele uren tot dagen.
 - Geef uitleg bij een aantal getroffen maatregelen (kunnen delirium positief beïnvloeden).
 - Leg uit hoe ze zelf kunnen helpen:
 - Korte zinnen gebruiken
 - Oriënterende handelingen treffen (foto's van gekende personen meebrengen)
 - Niet meegaan met de waanideeën van de cliënt
 - Gebruik van bril/gehoorapparaat stimuleren (indien cliënt dit nodig heeft)
 - Bezoek vertrouwd persoon aanmoedigen

- Bij angst cliënt geruststellen
- Bespreek met de cliënt en familie wat er in de thuissituatie dient te gebeuren wanneer delirium optreedt:
 - Geen auto rijden
 - Geen apparaten bedienen
 - Niet belast worden met de zorg voor anderen
 - Laat de cliënt niet alleen (in sommige gevallen)
 - Superviseer inname van geneesmiddelen, koken
 - Steun de cliënt bij al deze maatregelen

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.