

DELIRIUM OBSERVATIE SCREENING (DOS) SCHAAL (versie 0 - 1)

datum:

naam patiënt:

OBSERVATIES De patiënt:		dag dienst			late dienst			nacht dienst			TOTAAL SCORE DEZE DAG (0 - 39)
		nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	
1	zakt weg (in slaap dommelen) tijdens gesprek of bezigheden	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2	is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3	heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4	maakt vraag of antwoord niet af	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5	geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6	reageert traag op opdrachten	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7	denkt ergens anders te zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8	beseft wel welk dagdeel het is	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9	herinnert zich recente gebeurtenis	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10	is plukkerig (frommelen lakens, kleding, ...), rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	trekt aan infuus, sonde, catheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	is gemakkelijk of plotseling geëmotioneerd	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13	ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
TOTAAL SCORE PER DIENST (0 - 13)											
DOS SCHAAL EINDSCORE = TOTAAL SCORE DEZE DAG / 3											



DOS SCHAAL eindscore	< 3	geen delier
	≥ 3	waarschijnlijk delier

TOELICHTING

Bron: Schuurmans M.J., Shortridge-Baggett L.M. & Duursma S.A. (2003b) The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Research and Theory for Nursing Practice* 17, 31–50.

Voor meer informatie kan u terecht bij Marieke Schuurmans, Hogeschool van Utrecht, Afdeling Verpleegkunde, kamer 3.100, Bolognalaan 101, 3584 CJ Utrecht bij e-mail: M.Schuurmans@fg.hvu.nl

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/shift de observatie van het gedrag vast te leggen. Indien u echter maar één keer per dag contact hebt met de patiënt (vb. thuiszorg) volstaat een éénmalige observatie.

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 aan- dan wel afwezigheid te beoordelen (OMCIRKEL -)

Nadere toelichting/voorbeelden

Iemand **is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving** wanneer hij/zij verbaal of nonverbaal 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 nonverbaal blijkt 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 nonverbaal blijkt geeft (bijvoorbeeld iemand die niet zichtbare voorwerpen wil verplaatsen of die reageert op mensen of dieren die er niet zijn).

Score

Bij meerdere observaties per dag

- 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*

* in een groep van 92 heupfractuur patiënten waarvan er 18 delirant werden scoorden 94.4% (sensitiviteit DOS Schaal) van de delirante patiënten een score hoger of gelijk aan 3, 76.6% (specificiteit DOS Schaal) van de niet delirante patiënten hadden een score lager dan 3 (0 -2). Dit wil zeggen dat de patiënten met een score hoger of gelijk aan 3 niet allemaal delirant zijn terwijl de patiënten met een score lager dan 3 vrijwel zeker niet delirant zijn (Schuurmans, 2001)

Bij éénmalige observatie per dag

- een totaalscore wordt berekend door het aantal omcirkelde enen op te tellen: de totaalscore van die dienst is minimal 0 en maximaal 13 en is tevens de DOS Schaal eindscore
- 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.