

Delirium: Preventie 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-preventie-CAP.
- (II) *Probleemstelling:* Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *Richtlijnen:* Een overzichtsschema en uitwerking van de stappen die achtereenvolgens moeten ondernomen worden.

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-preventie-CAP wordt geactiveerd**. Dit betekent dat deze cliënt een score van 2 of meer op de Cognitive Performance Scale (CPS)¹ van de interRAI AC behaalde.

II Probleemstelling

Delirium (acute verwardheid) is een ernstig syndroom 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 opnames 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 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; 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 foutief geïnterpreteerd als indicaties van een natuurlijk dementieproces, en dit 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 (uren tot dagen) tot uiting. Mogelijke typische symptomen zijn: concentratiestoornissen, schommelend gedrag/cognitief functioneren in de loop van de dag, rusteloosheid, slaperigheid overdag, rondlopen, 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 indien 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.

¹ De Cognitive Performance Scale meet de cognitieve status van de persoon. Scores variëren van 0 (intact) tot 6 (zeer ernstig verstoord). De schaal blijkt bij de interRAI HC en LTCF goed overeen te komen met de resultaten van de Mini-Mental State Examination (MMSE). Voor de interRAI AC is hieromtrent nog verder onderzoek nodig.

III Richtlijnen***PREVENTIE EN OPVOLGING MENTALE TOESTAND RISICOCLIËNT**

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

STAP 1: Preventieve maatregelen bij risicocliënt

- Deze maatregelen richten zich op een *niet-medicamenteuze aanpak*, aangezien er te weinig evidentie bestaat over het preventieve 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
 - Bevorderen van de continuïteit door zoveel mogelijk de vaste verpleegkundige te laten zorgen voor de cliënt
 - 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 nachtluchtjes
 - 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)

* Op basis van UZ Leuven richtlijnen

- Vochtbalans/voedingstoestand
 - Moedig vochtiname aan, biedt voorkeursdrank aan (indien geen tegenindicatie)
 - Plaats drank binnen bereik
 - Gebruik eventueel voedingssupplementen
- Pijncontrole
 - Bevraag /observeer de aanwezigheid van pijn
 - Zorg voor adequate pijnstilling in overleg met arts

STAP 2: 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 in tijd en ruimte
 - Moeilijkheid om te 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-behandeling 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.