

Delier, benadering vanuit het ziekenhuis

Dhr. A. Lahdidioui

Internist ouderengeneeskunde i.o.

Donderdag 26 januari 2017



Disclosure belangen spreker

Geen (potentiële) belangenverstremgeling

Diagnose

DSM IV criteria:

1. Bewustzijnsstoornis met verminderde aandacht
2. Verandering cognitieve functies of waarnemingsstoornis
3. Acut ontstaan en fluctuatie gedurende de dag
4. Onderliggende somatische aandoening

DSM 5 criteria:

1. **Aandachtstoornis met desoriëntatie**
2. Verandering cognitieve functies of waarnemingsstoornis
3. Acut ontstaan en fluctuatie gedurende de dag
4. **Niet door andere neurocognitieve stoornis en niet bij ernstige bewustzijnsstoornis**
5. Onderliggende somatische aandoening

Prevalentie delirium

- Meest voorkomende complicatie bij in het ziekenhuis opgenomen (oudere) patiënten: 6-68%

Richtlijn

- Prevalentie algemene bevolking bij 65+: 0,5% - 34%

De Lange et al

- Prevalentie langdurige zorg: verzorgingshuis 14 per 100 persoonsjaren (8,2%); verpleeghuis 20,7 per 100 persoonsjaren (8,9%)

Boorsma et al

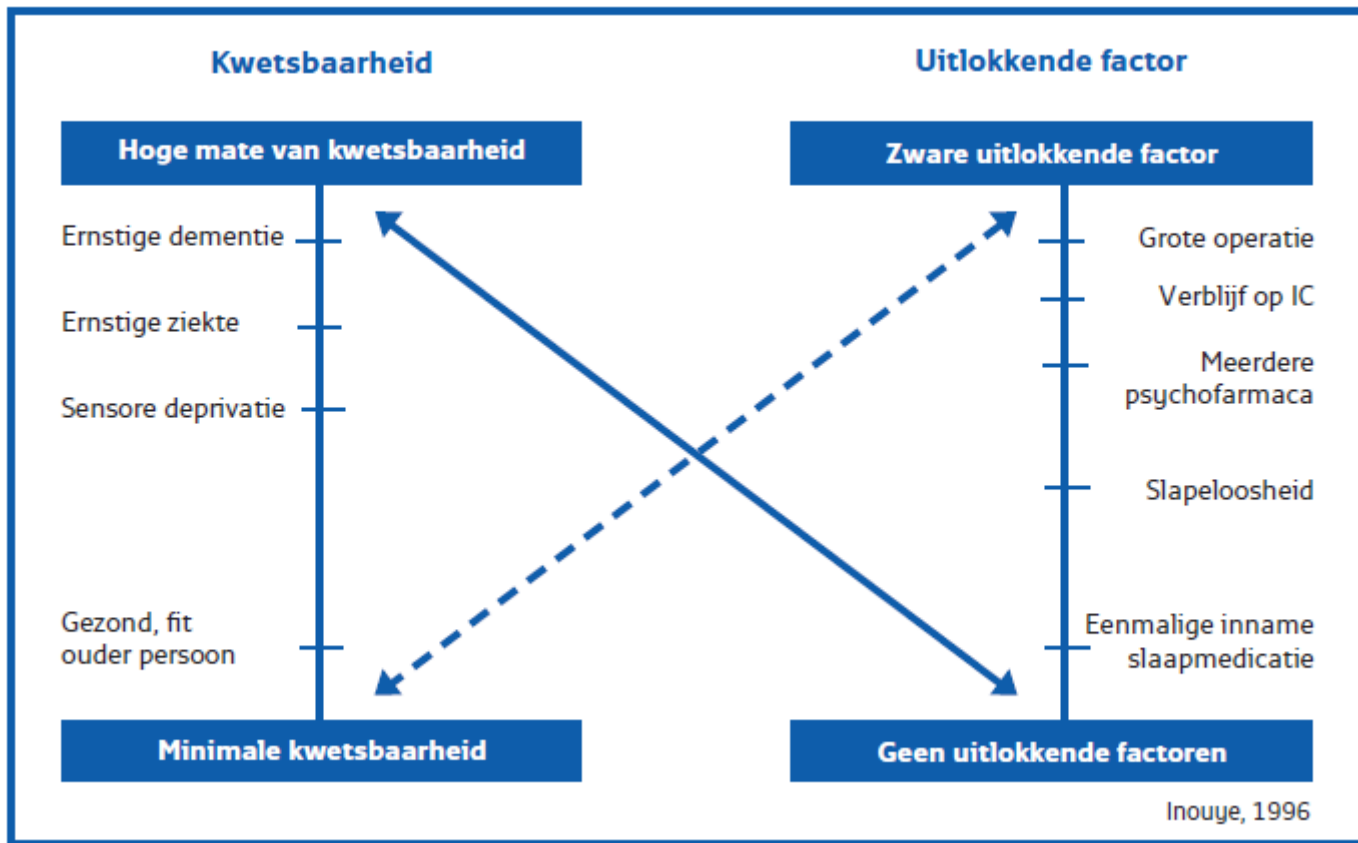
Gevolgen van delirium

- Onaangename situatie voor patiënt / familie
- Langere opnameduur
- Verhoogd risico op complicaties
- Verlies van zelfredzaamheid
- Hogere mortaliteit

A Model of Delirium

Een multifactorieel syndroom welke kan ontstaan door de interactie tussen:

- predisponerende factoren
(kwetsbaarheid van patiënte)
- &
- precipiterende factoren
(uitlokkende / luxerende oorzaken)



Kwetsbaarheidsfactoren

- Dementie en verminderde cognitie
 - ❖ 2,5x verhoogd risico op delier bij dementie patiënten
 - ❖ $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ delirante patiënten hebben onderliggende dementie
- Oudere leeftijd (>70 jaar)
- Verminderde ADL, visus, gehoor
- Alcoholmisbruik (actueel/verleden)
- TIA, CVA, depressie in voorgeschiedenis
- Eerder delier gehad

Luxerende factoren

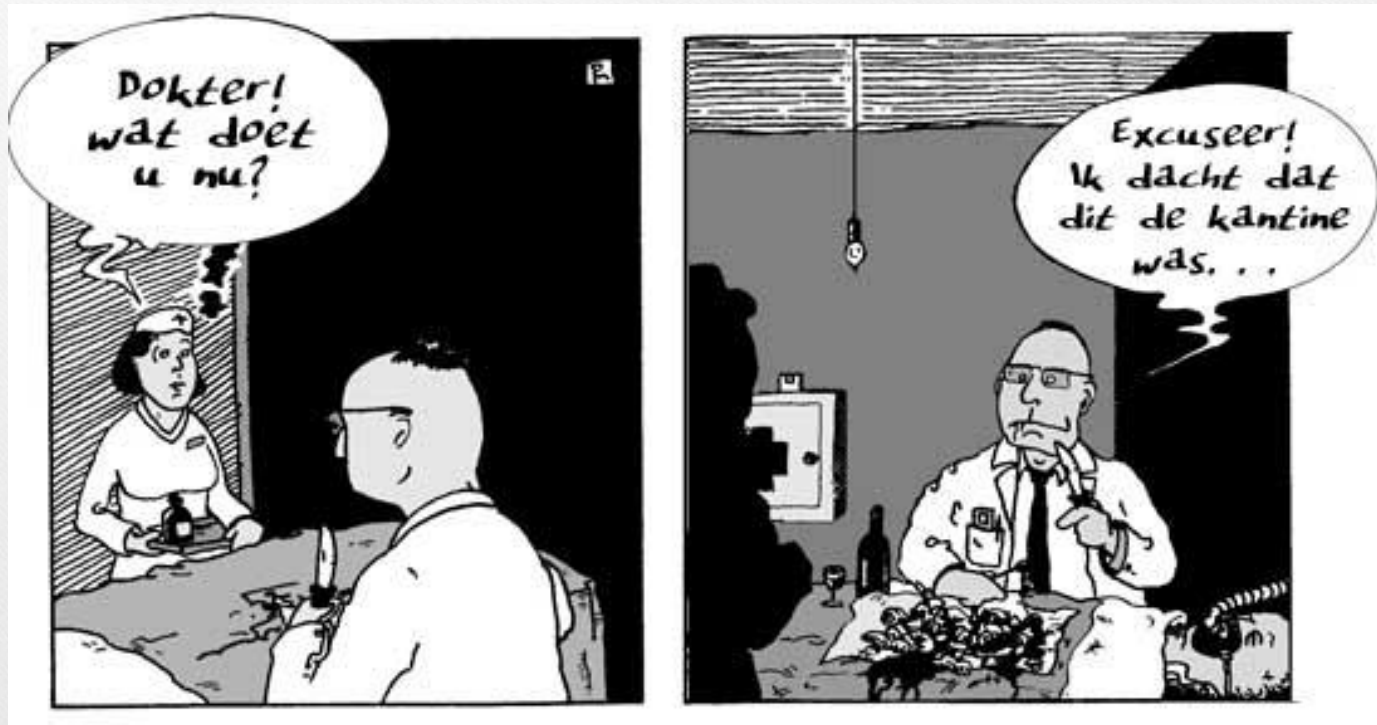
- Polyfarmacie (>3 medicijnen)
- Gebruik van psychotrope en anticholinerge medicatie
- Operatie, trauma en (ongecontroleerde) pijn
- Acute ziekenhuisopname
- Infectie, metabole ontregeling, verstoorde vochtbalans en hypoxie
- Gebruik van “dwangmiddelen” en bedrust
- Gebruik van (blaas)catheter
- Blaasretentie en faecale impactie

Kwaliteitsindicator

- Sinds enige jaren zijn kwaliteitsindicatoren ten aanzien van delier geformuleerd door Inspectie voor de Gezondheidszorg:
 - Indicator Risicobepaling bij patiënten
 - Indicator Screening op en observatie van delier



Wat doen ziekenhuizen?



Deliriummanagement

- Management bij delirium bestaat uit de volgende stappen:
 - 1 Screening en vroegtijdige herkenning
 - 2 Preventieve interventies
 - 3 Diagnostiek
 - 4 Medische interventies
 - 5 Verpleegkundige interventies
 - 6 Nazorg

1. Screening en vroegtijdige herkenning

Bij elke klinische opname (niet voor dagopnames) en elke preoperatieve screening van patiënten van 70 jaar en ouder wordt door de verpleegkundige zowel a. een cognitieve screening afgenomen als b. een set van drie vragen gesteld:

- A:

6-item Cognitive Impairment Test (6CIT)

- B:

Heeft u geheugenproblemen?

Heeft u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij de zelfzorg?

Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

2. Preventieve interventies

- Psychohygiënische maatregelen
 - ❖ bril of gehoorapparaat bij wakkere patiënt
 - ❖ bevorderen van oriëntatie
 - ❖ waarborgen dag/nacht ritme
 - ❖ goede nachtrust
 - ❖ prikkelarm verplegen en overmatige prikkels vermijden
 - ❖ zo mogelijk vaste verpleegkundige
 - ❖ mobiliseren
 - ❖ voorspelbaar /begrijpbaar omgeving (familieleden, rooming-in)

Het geven van bondige informatie en duidelijke uitleg over medische onderzoeken en verpleegkundige handelingen die verricht worden.



Warme maaltijd om 5 uur

Vrijdag

10:41



Goedemorgen Oma!

Dinsdag

3 november

Ochtend



3. Diagnostiek

- Bij patiënten < 70 jaar kans op delier bij:
 - ❖ zeer ernstig ziek (IC-opname),
 - ❖ eerder delier doorgemaakt, als bijwerking van opioïden, middelenmisbruik of -onthouding etc.
- Bij symptomen van 'verwardheid' veelal bemerkt tijdens de nacht: DOS-score bijhouden!

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

datum:

naam 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 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, rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	trekt aan infuus, sonde, catheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	is snel 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

4. Medische interventies

Oorzaak door velerlei lichamelijke aandoeningen en een groot aantal (genees)middelen:

- infectie
- koorts
- dehydratie
- elektrolytstoornissen
- cerebrale hypoxie
- nier- en leverfunctiestoornissen
- epileptisch insult (status epilepticus, post-ictaal)
- intracraniële aandoeningen
- endocriene stoornissen
- polyfarmacie
- gebruik van geneesmiddelen met psychoactieve werking zoals hypnosedativa, opioïden, histamine-2-receptorantagonisten, antiparkinsonmiddelen en vooral middelen met anticholinerge werking (zoals tricyclische antidepressiva).
- **Bij ouderen ook:** blaasretentie, ernstige obstipatie, acuut trauma, ernstige pijn.

5. Verpleegkundige interventies

- Het gedrag van jezelf en anderen is van invloed op het gedrag van de delirante patiënt.
- Je gedrag moet erop gericht zijn de patiënt gerust te stellen en angst te voorkomen:
 1. contact maken
 2. uitleg geven
 3. handelen
- Benader de delirante patiënt op een rustige, geruststellende wijze:
 - praat vriendelijk en langzaam
 - gebruik korte, duidelijke zinnen
 - stel enkelvoudige vragen en wacht op antwoord
 - beweeg en handel rustig
 - voorkom harde geluiden
 - probeer op gelijke hoogte met patiënt te communiceren (bijv. door te gaan zitten)
- Wanneer je vragen hebt of je adviezen wilt over het verplegen van een delirante patiënt vraag dan de verpleegkundige uit het Psychiatrie team of Consultant Ouderengeneeskunde voor ondersteuning.

Verpleegprobleem: **Verstoorde oriëntatie**

Kenmerken:

- verstoord besef van tijd, plaats en persoon
- weglopen en dwalen
- verdriet en angst omdat personen en omgeving niet herkend worden

Interventies:

- zorg voor oriëntatie: - klok, datumaanduiding
- attentie op gebruik van bril/ gehoorapparaat
- beperk het aantal personeelsleden waarmee de patiënt in contact komt
- vermijd wisseling van kamer, met name 's nachts
- zorg voor bekende oriëntatiepunten zoals vertrouwde voorwerpen van thuis
- gebruik eigen (nacht)kleding van patiënt, i.p.v. OK-hemdje
- leg patiënt bij raam, om dag/nacht oriëntatie te versterken
- spreek duidelijk en gebruik korte zinnen
- noem steeds je naam en vertel wat je komt doen
- indien meerdere personen op bezoek: aan dezelfde kant van het bed staan
- bescherm de patiënt tegen verdwalen (naambordje op de deur, polsbandje)

Verpleegprobleem: **Vocht- en voedsel tekort**

Kenmerken:

- apathie/ sufheid
- hyperactiviteit; te hevige onrust om te eten of drinken
- ontbreken van honger- of dorstgevoel
- afwijzen van voedsel of vocht ten gevolge van achterdocht

Interventies:

- indien patiënt het zelf niet kan aangeven: ga na bij de familie wat de patiënt gewend is te eten en te drinken
- voeding- en vochtlijst bijhouden
- stimuleer regelmatige vochtinname (tenzij vochtbeperking van kracht is)
- vrijwilliger inzetten om te helpen bij eten/drinken (vrijwilliger instrueren en niet inzetten bij patiënt met slikproblemen)
- voor voedingsadviezen diëtiste in consult vragen

Verpleegprobleem: **Wanen, hallucinaties en/of illusionaire vervalsingen**

Kenmerken:

- ziet/hoort/voelt/ruikt dingen die er niet zijn (hallucinaties)
- interpreteert zichtbare/hoorbare dingen anders (illusionaire vervalsingen)
- geeft blijk van verstoord denken (achterdocht, wanen)

Interventies:

- niet op confronterende wijze tegenspreken, wel duidelijk maken dat de waarneming van de patiënt niet juist is. Zo niet, geruststellen.
- accepteer de waarneming als gegeven dat niet meteen te corrigeren is
- begrip tonen voor de angst die wanen/hallucinaties opwekken
- aandacht besteden aan emotionele boodschap verhaal van patiënt door bijv. vragen: wie, wat, waar, wanneer maar nooit met waarom*
- probeer te achterhalen wat het gedrag van de patiënt betekent (familie kan hierbij een bron van informatie zijn)
- creëer een niet bedreigende omgeving obv bovenstaande informatie
- overleg met de afdelingsarts over medicatie/ consult psychiatrie
- adequate verlichting (vermijd fel licht, lampen met contrast/schaduw)

Verpleegprobleem: **Angst**

Kenmerken:

- maakt angstige indruk
- verbale uiting van angst, schreeuwen, jammeren
- zweten, verhoogde pols, ademprequentie en spierspanning
- paniekgedrag
- slapeloosheid
- verhoogde waakzaamheid

Interventies:

- creëer een rustige omgeving
- achterhaal de oorzaak wanen of hallucinaties; pas benadering aan
- empathische benadering
- laat de patiënt niet alleen bij hevige angst of paniek
- schakel de familie in wanneer dit gunstig effect heeft (rooming-in)
- informeer arts en overleg over evt medicatie/ consult psychiatrie
- afleidingsmogelijkheden bespreken/aanbieden

6. Nazorg

- Kenmerken:
 - ❖ schaamtegevoelens
 - ❖ angst voor herhaling
 - ❖ onduidelijkheid over de delirante periode
- Interventies:
 - ❖ vóór ontslag bespreken wat de delirante periode inhoud
 - ❖ uitleg geven over oorzaak, behandeling en kans op herhaling
 - ❖ evt verwijzing postdelierpoli / ouderengeneeskunde

- **Zorg voor familie**

- onbegrip

- conflicten met de patiënt

- verontschuldigen voor het gedrag van de patiënt

- onzekerheid, veel vragen stellen

- angst voor dementie of 'gek worden'

- **Interventies**

- informeer de familie over het delier (mondeling en via folder)

- informeer de familie over de gestelde problemen en interventies

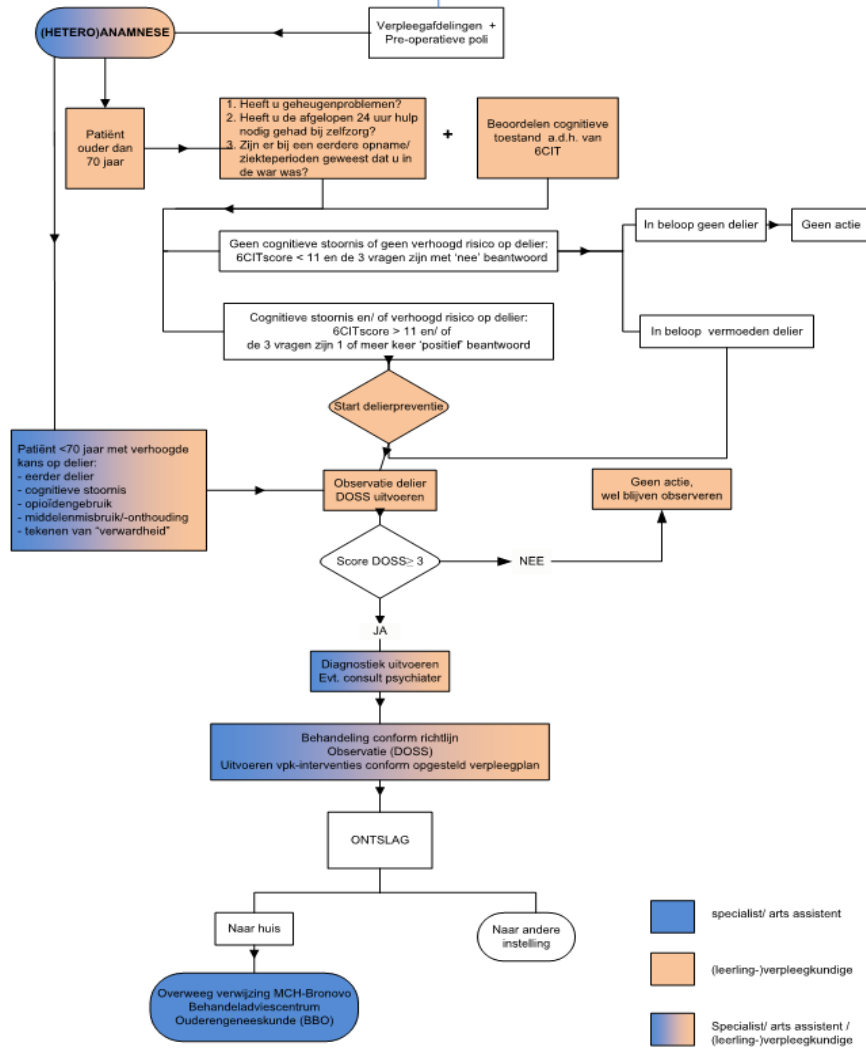
- geef de familie uitleg hoe ze moeten reageren op de gedrag van de patiënt

- maak afspraken over bezoek (frequentie, duur en hoeveel en welke personen)

- geef de familie ruimte voor 'hun verhaal'

- betrek familie bij zorg

Multidisciplinair Delier protocol



- specialist/ arts assistent
- (leerling-)verpleegkundige
- Specialist/ arts assistent / (leerling-)verpleegkundige

Comprehensive Geriatric assessment

Algemeen:	
Reden van opname	Intertrochantere fractuur: reversed type fractuur
Reden van consult	protocol
Opnamedatum	12-01-2017
Gezien op	
Afdeling	
Sociaal:	
Woonsituatie	Woont met echtgenoot in flat
Psychisch:	
Delier	0
DOS	nyt
6CIT	SEH: 2 punten
Dementie	Geen dementie
Functioneel:	
KATZ-ADL	0
Val	0
NRS	
Somatisch:	
decubitus	
SNAQ	1

89jr
30-03-1927

Tensie	147/92mmHg
Pols	68/min
Temp	35.9
Saturatie	95%

CGA

Contactpersoon dochter:

VG:

Meerdere keren pneumonie bij buismaag
1939 Astma

2001 boerhave syndroom, slokdarm verwijderd; buismaag

2001 hypothyreoïdie

2012 osteopenie wv alendrolinezuur + calcium/D3

2012 IBS

2012 COPD gold II

2014 diverticulose

2014 gestoorde glucose intolerantie

2014 (12): aspiratie pneumonie wv augmentin

2015 vergrote prostaat wv analyse uroloog

2015 (3): SEH bezoek ivm irregulair ritme

2015 (5): poli bezoek cardiologie: ECG sinusritme, echo cor: goede LV functie: expectatief beleid

2017 (1): poli reumatologie ivm klachten van de knieën en linker hand. Pijn en stijfheid van de knieën, synovitis MCP 2 en 3 links, PIP 2 links, pijnlijke linker pols.RF 155, ACPA neg DD RA DD reactief,

kenacort IM 80mg

Medicatie:

Delier vs dementie

- Waargenomen in beiden:
 - ❖ Desoriëntatie
 - ❖ Geheugenverlies
 - ❖ Achterdocht
 - ❖ Hallucinaties
 - ❖ Emotionele labiliteit
 - ❖ Slaap-waakritme wijziging
- Sleutelverschijnselen delier:
 - ❖ Acuut begin
 - ❖ Verstoorde aandacht
 - ❖ Verandering in bewustzijn

Take home messages

- Een delier komt regelmatig voor, is de samenspel van predisponerende & luxerende factoren en heeft een slechte prognose.
- Deliermanagement bestaat uit preventie, vroegdetectie en adequate behandeling.
- Er is (altijd) een somatische oorzaak.
- Niet-farmacologische benadering is én blijft de eerste behandeling.