

Leidraad delier in de langdurige zorg

herkenning en diagnostiek, omgangsadviezen, medicamenteuze aanbevelingen en organisatie van zorg en behandeling

VERSIE 1



Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
Theoretische achtergrond	8
Herkenning en diagnostiek	13
Omgangsadviezen	18
Medicamenteuze aanbevelingen	25
Interprofessioneel samenwerken	29
Delierzorg – organisatiebreed	32
Delierzorg – procesmatig	35
Literatuur	36

Voorwoord

Deze leidraad delier is opgesteld door het expertteam Delier van het Universitair Kennisnetwerk Ouderen Nijmegen (UKON). Het doel is om handvatten te bieden voor optimale multidisciplinaire delierzorg in de langdurige zorg. Delierzorg richt zich op preventie, herkenning en behandeling van een delier. De focus ligt op psychogeriatrische, somatische en terminale cliënten in de thuis- en verpleeghuiszorg.

Cliënten in de langdurige zorg zijn vaak kwetsbare mensen met multimorbiditeit en met een verhoogd risico op het doormaken van een delier. Een delier heeft vaak sterk een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van zowel de cliënt als van familieleden en mantelzorgers. Optimaliseren van de delierzorg richt zich op het voorkómen van een delier, het tijdig herkennen en het zo snel mogelijk doen verbleken van het delier. Het delier in de langdurige zorg wordt echter nog onvoldoende herkend en behandeld, zowel thuis als in het verpleeghuis. Zeker wanneer het optreedt bij iemand met reeds ontwikkelde cognitieve achteruitgang.

Deze leidraad is geschreven voor alle professionals en managers die multidisciplinair in de langdurige zorg werken, zowel in de eerstelijns als intramuraal. Tijdige herkenning is één van de grootste uitdagingen in de delierzorg. Kennis, goede samenwerking, voldoende scholing en adequate facilitering vanuit management zijn belangrijke voorwaarden om de kwaliteit van delierzorg thuis en binnen het verpleeghuis te borgen.

Missie

De missie van het UKON-expertteam Delier is het voorkómen en vroegtijdig signaleren van een delier en vervolgens optimale zorg en behandeling bieden. Daarbij focussen we op zorgprofessionals en zorgorganisaties. Onze missie is het opbouwen van expertise in delierzorg en zorgen dat professionals hierin verantwoordelijkheid nemen. Managers dienen de delierzorg te faciliteren en de gelegenheid te creëren om verantwoordelijke en veilige zorg te bieden.

Ambities

De ambitie van het UKON expertteam delier is het optimaliseren van delierzorg. We werken hieraan door bewustwording te creëren van het delier bij professionals en bij managers, door kennisoverdracht te realiseren en door tools en scholing te ontwikkelen.

Inhoud en verantwoording

Deze leidraad beschrijft in de eerste hoofdstukken de *state of the art* met betrekking tot delier. Dit omvat de theoretische kennis, diagnostiek, basiszorg, benaderingswijze en medicamenteuze aanbevelingen. Het document is daarmee aan veranderingen onderhevig; nieuwe inzichten verwerken we in vervolgversies. Hoe de delierzorg in de VVT georganiseerd kan worden, wat ieders rol is en hoe het proces van delierzorg eruit kan zien, is in de laatste hoofdstukken beschreven.

De leidraad is gebaseerd op onderstaande richtlijnen:

- NHG-standaard Delier, NHG, 2014
- richtlijn Delier, NVVP, 2004
- richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen, NVKG, 2013 en 2020
- richtlijn Delier, IKNL, 2010; te raadplegen op Pallialine.
- Een verpleegkundige module Delier, in opdracht van V&VN, wordt binnenkort verwacht.

De focus van de leidraad en het besluit wat wel en wat niet van de bestaande richtlijnen overgenomen wordt of wat de nadruk krijgt, is vastgesteld door het UKON-expertteam delier en is practice-based.

De leden zijn allen werkzaam in de VVT en zij vormen een goede afspiegeling van de disciplines die het meest bij delierzorg betrokken zijn, te weten: verzorging & verpleging, ouderengeneeskunde en psychologie. Haar expertise komt voort uit interesse, betrokkenheid en uitgebreide ervaring in het verpleeghuis, de GRZ-afdeling en de eerstelijns. Het expertteam heeft zich bij de inhoud van de leidraad laten leiden door wat zij ervaart als essentieel en kenmerkend voor delierzorg in de langdurige zorg.

UKON expertteam delier – landelijke werkgroep delier VVT

Deze leidraad is tot stand gekomen door input van de ex-leden:

- Sireen Hendriks Franssen; verpleegkundig specialist Zorggroep Maas en Waal

- Hilde Mulder, psycholoog, Attent Zorg en behandeling
- Charlotte Pasman, psycholoog, Attent Zorg en behandeling

De leidraad is geschreven door:

- Anke Persoon, coördinator, verpleegkundige n.p. en programmaleider V&V, UKON, Radboudumc
- Kim Bergmans, specialist ouderengeneeskunde, Stichting De Waalboog
- Trees Boerakker, verzorgende-IG, Zorggroep Maas en Waal
- Monique Jozen, verpleegkundig specialist, ZZG zorggroep

Het UKON expertteam heeft een landelijke werkgroep delier in de VVT geïnitieerd. Het doel van deze werkgroep is het uitwisselen van actuele kennis en het optimaliseren en ontwikkelen van de kwaliteit van delierzorg. De leden van het UKO-expertteam delier zijn lid van deze landelijke werkgroep, evenals:

- Dika Luijendijk, arts en senioronderzoeker, UMCG
- Daisy Quispel, sociaal psychiatrische verpleegkundige, Bavo Europoort
- Viona Wijnen, psycholoog en senioronderzoeker, Parnassia Groep
- Letty Oudewortel, specialist ouderengeneeskunde, ViVa!.

Samenvatting

Een delier kenmerkt zich door:

- een wisselend bewustzijn en aandachtsstoornissen;
- een acuut begin (uren tot dagen) en over de dag fluctuerende ernst van de symptomen;
- een verandering in cognitie of waarnemingsstoornis (hallucinaties); soms ook (paranoïde) wanen (NVKG, 2013).

Er zijn drie vormen van delier: het hyperactieve delier, het hypoactieve delier en een combinatie van deze twee. In de dagen voor het sterven kan een beeld ontstaan waarbij de patiënt zeer onrustig en verward is. Ondanks de screenings- en diagnostische meetinstrumenten, is de gouden standaard voor de diagnose delier het klinisch oordeel (NVKG, 2020). Dat maakt dat kennis en ervaring van professionals essentieel is om een juiste diagnose te kunnen stellen. De symptomen van een delier kunnen eveneens passen bij een depressie en dementie en dat maakt herkenning ervan in de langdurige zorg extra complex. De combinatie, een delier bovenop dementie, maakt het zo mogelijk nog moeilijker om het delier te herkennen. Dit is een uitermate relevant probleem, want probleemgedrag bij mensen met dementie kan samenhangen met een delier (Verenso, 2018).

Toch krijgt het delier relatief weinig aandacht in zorgorganisaties, zowel thuis als in het verpleeghuis. Uit een studie van Kentin et al. blijkt dat slechts eenderde van de verpleeghuizen een delierprotocol heeft (2019). Dat is een ongewenste situatie. Ongewenst, omdat een delier de kwaliteit van leven sterk beïnvloedt, een hogere mortaliteit laat zien en de kans vergroot op blijvende cognitieve problemen. Bovendien lijdt niet alleen de cliënt hieronder, het doormaken van een delier is ook voor familieleden belastend.

Preventie en behandeling van een delier komt in feite neer op: het voorkomen van uitlokkende factoren en/of het achterhalen van de oorzaak; het verminderen van symptomen door het optimaliseren van basiszorg en het toepassen van de juiste benaderingswijze; en in de laatste plaats pas medicamenteuze behandeling. Zorgorganisaties zouden moeten werken met een delierprotocol en met een organisatiebreed expertteam delier dat optimale delierzorg kan implementeren. Het realiseren van goede delierzorg kan pas beginnen met professionals die zich bewust zijn van

het vóórkomen van delier bij hun eigen cliënten en het herkennen ervan. Zie hierover het filmpje:

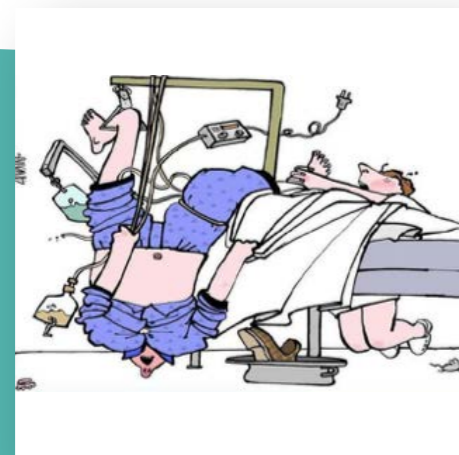
Herkennen van een delier - <https://youtu.be/U1zRzWfbass> .

Theoretische achtergrond

Wat is een delier?

Een delier is een syndroom. Een syndroom is een verzameling van klachten en symptomen, zodanig gecombineerd dat het als een ziekte te beschrijven is. Het delier is een ernstig, veelvoorkomend en acuut neuropsychiatrisch syndroom. Het wordt veroorzaakt door pathologische gevolgen van een acute medische aandoening, een complicatie of een intoxicatie waarbij medicatie een grote rol kan spelen. Een delier leidt tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. De duur van een delier wordt bepaald door het onderliggend somatisch lijden (Fong, Tulebaev & Inouye, 2009a).

Er zijn drie vormen van delier te onderscheiden: hyperactief, hypoactief en afwisselend hypo/hyperactief. Een hyperactief delier kenmerkt zich door een fluctuerend verhoogd bewustzijn met hallucinaties, waarnemingsstoornissen en een verhoogde psychomotoriek, wat zich uit in motorische onrust. Bij een hypoactief delier heeft een cliënt een fluctuerend verlaagd bewustzijn en een verlaagde psychomotoriek, wat zich uit in teruggetrokken apathisch gedrag (American Psychiatric Association, 2004).



Delier



Stil delier

Prevalentie

In een studie wordt een prevalentie van een delier in ziekenhuizen en verzorgingshuizen genoemd van 30% (Young et al., 2010). De prevalentie van een delier bij cliënten met dementie varieert van 22% tot 89% (Voyer et al., 2010). Jonker, Slaets & Verheij (2009) beschrijven aan de hand van verschillende literatuurstudies dat driekwart van de verpleeghuiscliënten met dementie delirante episodes doormaken.

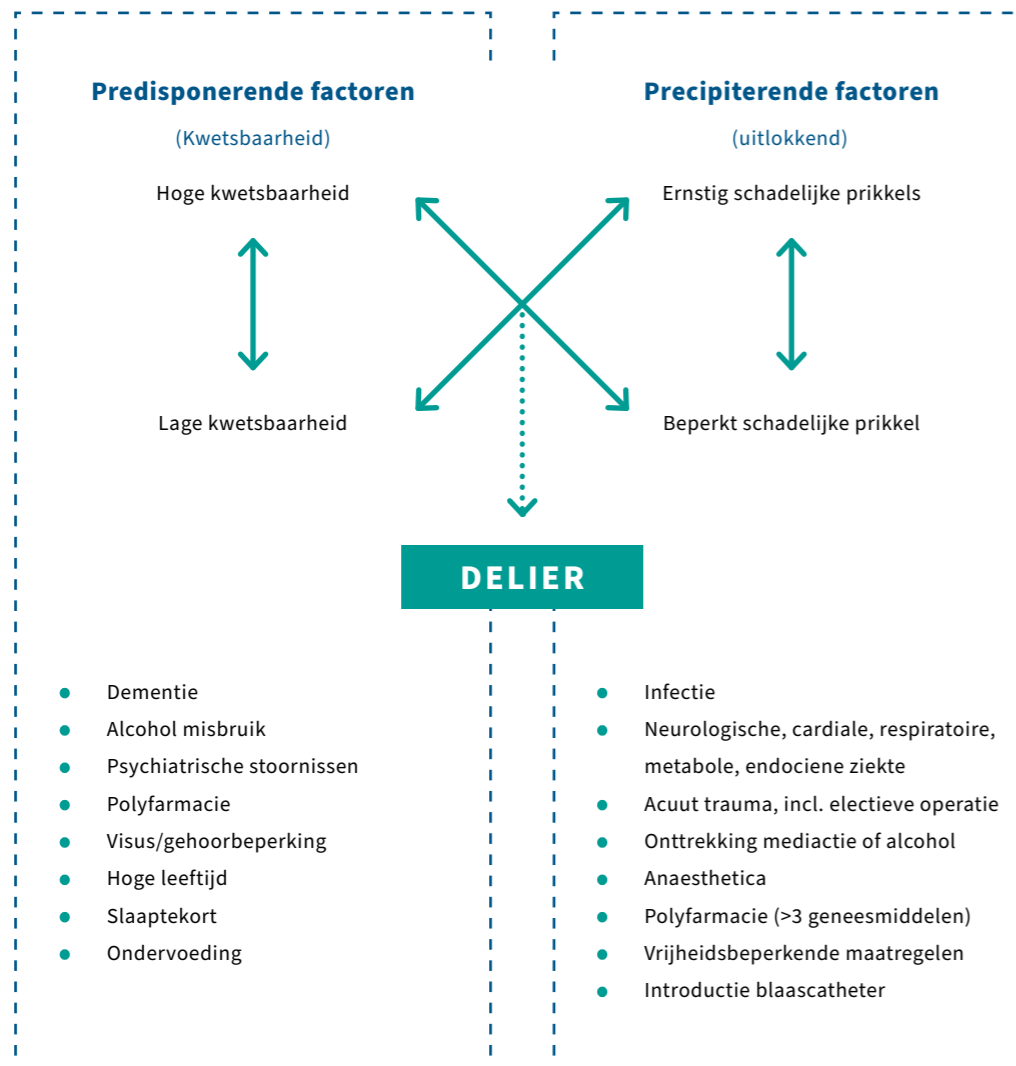
Pathofysiologie en etiologie

Het ontstaan van een delier is complex en onderzoek hiernaar is nog volop gaande, maar de belangrijkste hypothese is een (omkeerbare) aantasting van het cerebrale oxidatieve metabolisme en meerdere afwijkingen van verscheidene neurotransmitters (Fong et al., 2009a). Een van de oorzaken van een delier is de afname van de neurotransmitter acetylcholine (een stofje dat nodig is bij de prikkeloverdracht tussen zenuwcellen) (Pisani et al., 2007). Deze afname van acetylcholine zie je onder andere bij het ouder worden en bij dementie. Medicatie die voor de prikkeloverdracht acetylcholine nodig heeft, de anticholinerge medicatie, kan om die reden een delier opwekken. Verhoogde dopaminerge-activiteit verstoort de balans tussen cholinerge en dopaminerge-activiteit en is om die reden ook verantwoordelijk voor het ontstaan van een delier. Andere neurotransmitters die in een verhoogde concentratie zijn aangetoond bij een delier zijn serotonine en gamma-aminoboterzuur (GABA). Ook melatonine geeft een verhoogd risico op een delier (Fong et al., 2009a). Al deze factoren hangen waarschijnlijk onderling samen, waardoor de verklaring voor het ontstaan van een delier een zeer complex vraagstuk blijkt.

Risicofactoren

Buiten de bovengenoemde hypothese wordt de ontwikkeling van een delier mede bepaald door risicofactoren. Risicofactoren worden ingedeeld in predisponerende factoren en precipiterende factoren. Predisponerende factoren zijn factoren waardoor iemand gevoeliger is voor een ziekte en betreffen kenmerken van een cliënt, zoals dementie, functionele beperkingen, hoge leeftijd, eerder doorgemaakte depressie of een hoge mate van kwetsbaarheid. Precipiterende factoren worden ook wel uitlokkende factoren genoemd en zijn dus factoren die het delier uitlokken, zoals koorts, obstipatie, polyfarmacie, alcohol, of een urineweginfectie. De aanwezigheid van deze twee typen factoren bepaalt of iemand al dan niet (snel) een delier ontwikkelt. De aanwezigheid van

verschillende predisponerende factoren bij een cliënt geeft standaard een hoge basale gevoeligheid, waardoor een enkele kleine precipiterende factor al een delier kan uitlokken. Andersom geldt ook dat de aanwezigheid van meerdere uitlokkende precipiterende factoren, ondanks weinig predisponerende factoren toch een delier kunnen veroorzaken (Inouye, 1996; Voyer et al., 2009).



FIGUUR 1 Relatie predisponerende en precipiterende factoren*

Van de predisponerende factoren is dementie waarschijnlijk één van de belangrijkste voor het ontstaan van een delier door de verlaagde concentratie acetylcholine in de hersenen (Pisani et al., 2007). Dit veroorzaakt een ‘gesuperponeerd delier’ (ofwel een ‘delirium superimposed on dementia’). Een cliënt met dementie heeft meerdere predisponerende factoren, waardoor het evenwicht wankel is. Doordat dementie progressief is, verzwakt het lichaam steeds verder en neemt de kans op de uitlokkende precipiterende factor toe. Veelvoorkomende uitlokkende factoren bij dementie zijn urineweginfecties (ontstaan gemakkelijk door het niet goed uitplassen, bijvoorbeeld ten gevolge van prostaatvergroting, agitatie of incontinentie), luchtweginfecties (bijvoorbeeld ten gevolge van slikstoornissen), dehydratie en obstipatie. Het behandelen van deze problemen kan leiden tot polyfarmacie, wat ook kan bijdragen aan het veroorzaken van een delier.

Klinische relevantie

Het doormaken van een delier heeft grote gevolgen voor de vier levensdomeinen van “kwaliteit van leven”, namelijk: het lichamelijk welbevinden, sociale redzaamheid, mentaal welbevinden en woon- en leefomgeving.

Lichamelijk welbevinden

Het doormaken van een delier kan enorme gevolgen hebben voor een cliënt zoals ondervoeding, dehydratie, incontinentie en vallen en het leidt in 38% tot een verhoogde mortaliteit (Neven, 2005; Witlox et al., 2010). Onderzoek van Kiely et al. (2009) toont aan dat bijna een derde van de onderzochte cliënten met een delier na zes maanden delirant blijft. In dit onderzoek was de mortaliteit na een jaar 39%. De kans op overlijden blijkt 2,9 keer groter wanneer het delier niet adequaat behandeld wordt (Kiely et al., 2009). Cliënten met een hypoactief delier hebben een grotere kans op overlijden dan cliënten met een hyperactief delier (Kiely et al., 2007).

Sociale redzaamheid

Het doormaken van een delier gaat doorgaans gepaard met gedrag dat storend is voor de omgeving, zoals agitatie of agressie. Ook is het zo dat mensen met een delier op dat moment meestal niet voor zichzelf kunnen zorgen en bijvoorbeeld onvoldoende eten, drinken, slapen of hun medicatie niet correct innemen. Daardoor wordt men afhankelijk van familie, vrienden of verzorgenden. Hiermee belast een delier de familie met zorgen. Familieleden kunnen een delier als traumatisch ervaren.

Mentaal welbevinden

Het doormaken van een delier versnelt de cognitieve achteruitgang bij dementie (Fong et al., 2009b).

Cliënten die een delier hebben doorgemaakt gaven aan gevoelens van paniek, boosheid, angst, hulpeloosheid en eenzaamheid als zeer belastend te hebben ervaren (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; McCurren & Cronin, 2003).

Woon- en leefomgeving

Naast de cognitieve achteruitgang heeft de cliënt tijdens delirante episodes een verhoogd risico op verwondingen of complicaties bij behandeling. De omgeving is dan voor iemand met een delier niet veilig. Dit leidt in ziekenhuizen tot een toename van de opnameduur van 5 tot 10 dagen, een toename van de kans op een opname in een verpleeghuis van 3% naar 16%, langdurige arbeidsongeschiktheid en hogere kosten van de gezondheidszorg (Schuurmans, Shortridge-Baggett & Duursma, 2001b; Fong et al., 2009a; Kuehn, 2010). Andersom kan het delier van een cliënt leiden tot een niet veilige omgeving voor familieleden en medebewoners.

Herkenning en diagnostiek

Herkenning, signalering en screenen

Een delier is te herkennen aan het optreden van fluctuerende veranderingen in gedrag en cognitie bij de cliënten. De symptomen ontstaan in slechts enkele uren tot dagen en wisselen gedurende de dag in aanwezigheid én in ernst. De symptomen kunnen overdag, 's avonds en 's nachts anders zijn. Doordat er drie vormen zijn van een delier, is het herkennen complex. Het hyperactieve delier werd vroeger ook wel acute verwardheid genoemd en uit zich in fluctuerende motorische onrust (agitatie, rusteloos, roepen) en verhoogd bewustzijn (hyperalert) en cognitieve problemen (zoals hallucinaties, wanen, achterdocht). Het hypoactief delier wordt minder eenvoudig herkend. De cliënt heeft dan wel de cognitieve problemen (wanen, hallucinaties), maar een verlaagd bewustzijn (minder alert en minder aandacht) en ook verlaagde psychomotoriek, waardoor de cliënt teruggetrokken en stil is, of zelfs apathisch (American Psychiatric Association, 2004). Bij de gemengde vorm kunnen alle symptomen gedurende een bepaalde tijd aanwezig zijn. Zie het filmpje over Herkennen van delier bij de verschillende uitingsvormen: <https://youtu.be/U1zRzWfbass>

De herkenning van een delier wordt bevorderd als de kenmerken van een eenmaal doorgemaakt delier bekend zijn bij de professionals, zodat zij zich hier bij de observatie op kunnen richten. Het is dus van belang dat de kenmerken ten tijde van een delier goed gerapporteerd en overgedragen worden. Dit is ook relevant bij een overdracht van zorg van de ene locatie of setting naar de andere.

Meerdere artikelen beschrijven dat risicofactoren van een delier bij een cliënt (met dementie) wel herkend en behandeld worden, maar dat het daarbij vaak optredende delier juist niet als zodanig herkend of beschreven wordt (Kuehn, 2010; Voyer, Cole, McCusker & Belzile, 2006; Voyer et al., 2009; Inouye et al., 1996). Er moet tevens aandacht voor zijn dat een symptoom als agitatie ook voorkomt bij somatische klachten als een volle blaas, obstipatie, pijn, benauwdheid of bijwerkingen van medicatie (Verhagen et al., 2005) en dat niet een delier hieronder hoeft te liggen. De andere symptomen van het delier zoals bewustzijnsdaling, wanen en hallucinaties zijn dan afwezig.

Delier – Dementie – Depressie: de drie D's

Het herkennen van een delier wordt niet alleen bemoeilijkt doordat de symptomen zich op verschillende manieren kunnen uiten en wisselend aanwezig zijn gedurende de dag, maar ook omdat de symptomen bij verschillende ziektes en aandoeningen kunnen passen (McCusker et al., 2010; Han, Wilson & Ely, 2010; Van Blanken & Robben, 2005). Er is met name veel aandacht voor de overeenkomsten en verschillen tussen het delier en dementie en depressie. Naast de overeenkomsten in het klinisch beeld hebben dementie en delier nog andere verwantschappen, namelijk: a) dat de prevalentie van beide aandoeningen sterk stijgt met de leeftijd; b) dementie is een sterk uitlokkende factor van een delier en c) een delier kan een eerste teken zijn van een zich ontwikkelende dementie (Laurila, Pitkala, Strandberg, & Tilvis, 2004).

Bij plotselinge verslechtering van een cliënt met dementie moet als eerste gedacht worden aan een bijkomend (gesuperponeerd) delier (Fick et al., 2002). Heb daarom ook aandacht voor normaal gedrag. De observaties van naasten zijn waardevol om in te kunnen inschatten hoe opvallend een verandering in gedrag en functioneren is. Betrek hen hierbij (NVKG, 2020).

In Tabel 1 zijn de kenmerken van het delier, dementie en depressie schematisch weergegeven. Bij een delier hoeven niet alle kenmerken zich voor te doen.

TABEL 1 Onderscheid delier, dementie en depressie*

KENMERK	DELIER	ZIEKTE VAN ALZHEIMER	VASCULAIRE DEMENTIE	LEWY-BODY DEMENTIE	DEPRESSIE
Aanloop	Acuut	Sluipend	Acuut	Geleidelijk	Geleidelijk
Beloop	Fluctuerend	Langzaam progressief	Wisselend/stapsgewijs	Progressief/wisselend beloop	Dagschommelingen
Bewustzijn	Verminderd	Normaal	Wisselend	Normaal	Normaal
Aandacht	Gestoord	Meestal intact	Meestal intact	Gestoord	Intact, (interesseverlies kan beoordeling bemoeilijken)

Oriëntatie	Gestoord	Gestoord	Wisselend	Gestoord	Intact
Geheugen	Gestoord	Gestoord	Wisselend	Gestoord	Intact
Denktempo	Vertraagd/versneld	Normaal/vertraagd	Normaal/vertraagd	Normaal/vertraagd	Vertraagd
Inhoud denken	Incoherent	Verarmd	Incoherent	Verarmd	Preoccupatie
Waarneming	Wanen en hallucinaties	Meestal normaal	Meestal normaal, soms wanen	Wanen en hallucinaties	Meestal normaal maar ook mogelijk met wanen
Stemming	Labiël	Wisselend	Somber, labiël	Wisselend, depressief/angstig	Somber/ geagiteerd

* Gebaseerd op: Van der Weele et al., 2003; Jonker, Slaets & Verhey, 2009; Sanders & van Gelderen, 2001; Wiersma, Boukes, Geijer & Goudswaard, 2008.

Meetinstrumenten herkennen delier

Screeningsinstrumenten zijn ontwikkeld voor gebruik door verzorgenden, verpleegkundigen en artsen en geschikt voor het opsporen van delirante symptomen. Bij screeningsinstrumenten worden directe observaties of gegevens uit de verpleegkundige en medische status gescoord. De Delier Observatie Screening Scale (DOSS) wordt in Nederlandse ziekenhuizen geadviseerd (Schuurmans et al., 2001a; Schuurmans et al., 201b) (NVKG, 2020). Als de voorkeur uitgaat naar een zeer eenvoudig instrument, overweeg dan AMT-4 (ook wel 4AT genoemd) (Bellelli et al., 2014) (NVKG, 2020). Ook de NEECHAM Confusion Scale (Neelon et al., 1996) wordt toegepast. De NEECHAM Confusion Scale (Neelon et al., 1996) wordt intramuraal ook toegepast.

De DOSS en NEECHAM zijn screeningschalen die door observaties tijdens de reguliere zorgverlening door verpleegkundigen worden afgenomen. Hierdoor zijn ze het meest geschikt voor screening van een delier bij ouderen die zijn opgenomen in het ziekenhuis. Deze schalen zijn echter niet specifiek ontwikkeld voor cliënten met dementie en ook niet voor thuis of GRZ. Daardoor ontbreekt vooralsnog een goed meetinstrument voor het detecteren van een delier bij mensen met dementie die thuis of intramuraal wonen. Desondanks wordt de DOSS wel thuis en intramuraal ingezet, bij mensen met of

zonder dementie. Het advies is om bij interpretatie van de uitslag niet een afkappunt te gebruiken, maar te vergelijken met voorgaande resultaten. Een relatieve verhoging van de score kan duiden op een delier. Van belang is om in ieder geval driemaal per dag het gedrag te observeren. Thuis kan met name de familie het gedrag observeren en zij zou dus betrokken moeten worden bij het invullen van de DOSS.

Op dit moment wordt er onderzoek door de Parnassia Groep gedaan naar de Delirium in Dementia Assessment Scale (DIDAS). Dit is een observatieschaal die de ernst van een delier bij dementie in kaart brengt en bestaat uit tien mogelijke symptomen.

Diagnostiek

De diagnose delier is een klinische diagnose waarbij de DSM-5 aangehouden wordt. Deze beschrijft de volgende vijf kenmerken:

1. Aandachtsstoornis 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

Differentiaal diagnostisch kan bij een delier worden gedacht aan dementie, depressie, psychose, Lewybody-dementie (Van de Mast et al., 2004) maar ook aan angst en radeloosheid ten gevolge van ziekte (Verhagen, Bannink & Krol, 2005). Overeenkomsten tussen dementie en delier zijn de stoornissen in het geheugen, de oriëntatie, het denken en het oordelen. Een delier bovenop dementie is in de klinische praktijk moeilijk vast te stellen omdat ook dan het onderscheid met andere aandoeningen, zoals depressie en psychose, niet eenvoudig is. Een plotseling verandering van gedrag bij mensen met dementie is echter een alarmsignaal waarbij men alert moet zijn dat een delier opspeelt (Fick et al, 2002). Dit vraagt dat zorgmedewerkers bewoners met dementie voldoende moeten kennen om deze verandering in gedrag waar te kunnen nemen.

De verpleegkundige diagnose acute verwardheid is ook door de NANDA beschreven (NANDA, 2017).

Verpleegkundige diagnoses zijn opgebouwd uit drie onderdelen: definitie (P=probleem), oorzaken/risicofactoren (E=etiologie) en verschijnselen (S=signs and symptoms). De definitie van acute verwardheid luidt: een plotseling optreden van een aantal veranderingen in aandacht, cognitie, psychomotoriek, bewustzijn en/of slaap-waakritme. Verschijnselen die aanwezig moeten zijn, zijn: verminderde gemotiveerdheid, minder initiatief, minder doelgericht gedrag, wisselingen in motoriek (trillen, friemelen), hallucinaties, toegenomen agitatie en onrust, wisselingen in bewustzijn, wisselingen in slaap-waakritme. De risicofactoren zijn onder andere: 60 jaar of ouder, dementie, alcoholabus, pijn, multimorbiditeit en medicatie. De NANDA-diagnose Acute verwardheid beschrijft dus alleen het hyperactieve delier.

Meetinstrumenten diagnostiek delier

Een veel gebruikt diagnostisch instrument is de Delier Rating Scale revised (DRS-R-98) (Trzepacz et al., 2001). De CAM en de 3-D-CAM (Inouye et al., 1990) zijn eveneens diagnostische instrumenten (NVKG, 2020).

Het meten van de ernst is belangrijk om de therapeutische interventie te kunnen evalueren (van de Mast et al., 2004). De ernst van een delier kan worden beoordeeld door de DRS-R-98-NL (Trzepacz et al., 2001), de Memorial Delier Assessment Scale (MDAS) (Van de Mast et al., 2004) en de Delier-O-Meter (de Jonghe, Kalisvaart, Timmers, Kat & Jackson, 2005). De DIDAS is in ontwikkeling en kan de ernst van dementie in kaart brengen bij mensen met dementie.

Omgangsadviezen

Preventie delier

Een preventie-beleid om delier te voorkomen is van groot belang. Onderzoek toont aan dat een delier in 30-40 % van de gevallen te voorkomen is door tijdige adequate preventieve interventies (Inouye et al., 2014). In een studie werd aangetoond dat verpleegkundige interventies gericht op mobilisatie, oriëntatie, cognitie, vocht- en voedingsbalans, slaap, visus en gehoor leiden tot een verlaging van de incidentie en prevalentie van een delier en het verkorten van de duur van een delier (Holt, Young & Heseltine, 2013; Wand et al., 2014). Het geven van zorg ter preventie van een delier komt overeen met de behandeling van een delier.

Behandelen delier

De behandeling van een delier is voornamelijk gebaseerd op best practices, consensus en observationele studies (Francis, 2021). Het multifactoriële ziektebeeld, de verwevenheid met cognitieve problemen en de hoge leeftijd van patiënten maakt dat wetenschappelijke studies uitermate complex zijn om uit te voeren en om conclusies hieruit te trekken. Voorlopig berust de behandeling van een delier op de pijlers: het achterhalen van de oorzaak, het verminderen van de symptomen door optimale basiszorg en een gerichte benaderingswijze en in laatste instantie pas medicamenteuze behandeling.

Het achterhalen van de oorzaak wordt in deze leidraad niet verder uitgeschreven, we verwijzen hiervoor naar de richtlijnen delier. Wanneer de patiënt terminaal is, kan het zoeken naar oorzaken sterk beperkt blijven.

Optimaliseren basiszorg

Wat veel minder aandacht krijgt in de literatuur is behandeling van het delier door optimale basiszorg te verlenen. Het optimaliseren van basiszorg om daarmee de basisfuncties van een cliënt te verbeteren is van belang omdat een verdere ontregeling van basisfuncties juist uitlokkende factoren zijn om het delier in stand te houden of te doen toenemen. Het optimaliseren van de basiszorg is

daarom essentieel om een delier te doen doven. Denk hierbij aan goed eten en drinken, goed slapen, goed rusten, voldoende mobiliteit en een goed uitscheidingspatroon. Het realiseren van optimale basiszorg bij een cliënt met een hyperactief of hypoactief delier vereist extra inzet van verzorgend personeel en familieleden en is voor hen ook belastend. Het vraagt extra organisatie en eventueel extra financiering.

Individualiseren benaderingswijze

Het verzorgen van- en omgaan met een delirante cliënt vraagt om een eenduidige en gerichte multidisciplinaire aanpak. De benaderingswijze beschrijft hoe de omgang met een cliënt afgestemd is op de behoefte van een cliënt. Bij de zorg en behandeling is het belangrijk om de verschijnselen van het delier te verminderen, bijvoorbeeld de agitatie, angst, verwardheid of juist de passiviteit. De omgang met een cliënt wordt bepaald door de deliersymptomen die op de voorgrond staan. Voor het doseren van prikkels, is het daarom van belang om onderscheid te maken tussen het hypo- en hyperactieve delier. Bij een hypoactief delier is het stimuleren van prikkels van belang; bij een hyperactief delier is juist prikkelreductie belangrijk. Indien er sprake is van een mengvorm van afwisselend hypo- en hyperactief delier, dan vraagt dit om goede balans tussen beide benaderingswijzen. Per cliënt moet per moment bekeken worden wat wenselijke interventies zijn. Duidelijkheid, prikkeldosering en structuur van de dag zijn bij alle drie de vormen essentieel!

Omgangsadviezen

De term omgangsadviezen staat in deze leidraad voor interventies die voortkomen uit de integratie van het optimaliseren van *basiszorg* en het werken met een individuele *benaderingswijze*. In de praktijk lopen deze twee aspecten van zorg en behandeling behandeling door elkaar. Beide aspecten richten zich op het zo snel en efficiënt mogelijk verminderen van de symptomen van het delier en het verminderen van factoren die het delier uitlokken.

Praktische individuele omgangsadviezen met de cliënt zijn van belang voor zowel de medische als de verpleegkundige zorgverleners, als ook voor de familie en mantelzorgers. Veel adviezen zijn overgenomen uit de richtlijn Delier van de website Pallialine (IKNL, 2010) en zijn deels aangepast of aangevuld.

Algemene omgangsadviezen

- Creëer een rustige, stabiele en veilige omgeving.
- Hanteer een rustige, vriendelijke houding die niet als bedreigend overkomt.
- Laat de cliënt zo min mogelijk alleen.
- Vertel wie je bent en wat je komt doen.
- Spreek rustig, met korte zinnen en stel korte vragen.
- Benader de cliënt op een geruststellende manier.
- Stem het aantal bezoekers met elkaar af.
- Controleer of het gezegde begrepen wordt, maar besef dat niet alles zal worden onthouden.
- Vertel wanneer je terugkomt en schrijf dit eventueel duidelijk leesbaar op voor de cliënt.
- Spreek eventueel in het dialect dat de cliënt gewend is.
- Gebruik weinig woorden.
- Verwijder zaken die mogelijk gevaar voor letsel opleveren.
- Ga na wie een positieve uitwerking heeft op de cliënt, probeer deze persoon zoveel mogelijk in te zetten bij de begeleiding van de cliënt.
- Maak regelmatig een praatje, sluit aan bij de leefwereld en interesses van de cliënt.
- Beperk omgevingsprikkelers.
- Praat met de cliënt over echte gebeurtenissen, betrek de cliënt in het hier en nu door bijvoorbeeld stukjes voor te lezen uit de plaatselijke of regionale krant.
- Vermijd discussie, stemverheffing en het op confronterende wijze tegenspreken van de cliënt
- Zorg ervoor dat de cliënt goed zicht heeft op zijn omgeving, vermijd gesprekken bij de deuropening met derden.

Gericht op oriëntatie

- Optimaliseer zintuigen: bril op en gehoorapparaat in (controleer gehoorapparaat)
- Faciliteer de toegankelijkheid van hulpmiddelen, bijv. grote letterboeken, verlichte telefoon, fluorescerende tape op de bel.
- Zorg voor de aanwezigheid van klok en kalender.
- Herinner cliënten dagelijks aan de dag, plaats en reden van opname.
- Maak kamer, toilet, badkamer als zodanig herkenbaar.

- Zorg voor goede verlichting, ook evt. nachtlampje in de nacht.
- Vraag naasten om bekende voorwerpen van thuis te laten meenemen; zoals foto's, eigen dekbed/kussen.
- Plaats foto's binnen het gezichtsveld.
- Gebruik agenda voor notities en afspraken.

Gericht op de cognitieve beperking

- Communiceer dagelijks met de cliënt gericht op heroriëntatie.
- Ga niet mee in waanideeën, probeer de cliënt niet tegen te spreken maar probeer wel duidelijk te maken dat je eigen waarneming anders is.
- Toon begrip voor emoties en angst die wanen en hallucinatie kunnen opwekken. Probeer om de boodschap achter het verhaal te achterhalen.
- Maak meerdere keren per dag tijd voor cognitieve stimulatie middels spel en discussie.
- Organiseer de aanwezigheid van een bord met namen van de teamleden op de afdeling.
- Zorg voor een dagprogramma, vaste dagindeling, structuur.

Gericht op verminderen van wanen en hallucinaties

- Ga niet mee in vreemde 'waanideeën'. Probeer de cliënt niet tegen te spreken maar zo wel duidelijk te maken dat uw waarneming anders is.
- Praat met de cliënt over echte gebeurtenissen; betrek de cliënt in het hier en nu door bijvoorbeeld stukjes voor te lezen uit plaatselijke of regionale krant.
- Vermijd discussie, stemverheffing en het op confronterende wijze tegenspreken van de cliënt; maak zo mogelijk wel duidelijk dat de waarneming van de cliënt niet juist is.
- Toon begrip voor emoties en angst die wanen en hallucinatie kunnen opwekken. Probeer om de boodschap achter het verhaal te achterhalen.

Gericht op doseren van prikkels en waarnemingen

- Benader de cliënt op een rustige en geruststellende wijze.
- Gebruik een vaste dagindeling.

Bij hyperactief delier:

- Beperk omgevingsprikkelers door overzichtelijke en ordelijke inrichting.
- Beperk het aantal zorgverleners en bezoekers.
- Laat radio of televisie niet aanstaan. Sluit eventueel deuren indien geluiden de agitatie versterken.

Bij hypoactief delier:

- Stimuleer prikkels, op gecontroleerde wijze. Denk aan bezoek, radio.

Gericht op verminderen van angst

- Hanteer een rustige, vriendelijke houding die niet als bedreigend overkomt.
- Spreek eventueel de cliënt aan in het dialect dat hij gewend is.
- Gebruik weinig woorden.
- Creëer een rustige en stabiele omgeving.
- Achterhaal wat de oorzaak van de angst is (hallucinaties, wanen, controleverlies).
- Laat de cliënt niet alleen bij hevige angst of paniek.
- Ga na wie of wat een positieve uitwerking hebben op de angst van de cliënt.
- Maak regelmatig een praatje, aansluitend bij de leefwereld en interesses van de cliënt.
- Vermijd beladen of emotionerende gespreksonderwerpen.

Gericht op verminderen motorisch onrust

- Waarborg een veilige omgeving door:
 - het wegnemen van scherpe en harde voorwerpen;
 - het zetten van het bed op de laagste stand;
 - het naar beneden doen van de beddekken;
 - het eventueel bekleden van bed of stoel met zachte materialen.
- Ga na of er factoren zijn die de agitatie versterken, denk hierbij aan een volle blaas of obstipatie. Stimuleer de aanwezigheid van vertrouwde personen en beperk het aantal personen in de omgeving van de cliënt.
- Ga zorgvuldig om met beschermende maatregelen; handel conform de Wet Zorg en Dwang

Gericht op immobiliteit

- Probeer dagelijks zo veel mogelijk te mobiliseren (liefst 4 x per dag), bedenk bewegingsoefeningen.
- Denk aan wisselgating bij bedlegerige cliënten elke 3 uur.
- Minimaliseer bewegingsbeperkende middelen (infuus, katheters, ed.).

Gericht op slaap

- Pas algemene maatregelen slaaphygiëne toe; zoals overdag voldoende beweging en daglicht
- Vermijd behandelingen gedurende de nacht.
- Denk aan het aanbieden van warme dranken voor het slapen gaan.
- Optimaliseer de slaapkamer c.q. de afdeling met betrekking tot licht en geluid.
- Behandel slaapproblemen, bij voorkeur niet medicamenteus.
- Zorg voor goede verlichting, ook eventueel een nachtlampje in de nacht.
- Vermijd teveel prikkels (koffie, radio en tv).
- Zie: Kwaliteitsstandaard 'Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen' (V&VN, 2021 gereed)

Gericht op de vocht en voedingstoestand

- Stimuleer vochtinname.
- Garandeer dat vocht en voeding binnen handbereik staan, voeding in juiste consistentie.
- Probeer te achterhalen waarom de cliënt weinig eet/drinkt, soms is het uit angst om te vaak naar het toilet te moeten. Bijhouden van vocht en voedingslijsten, minimale intake 1500 ml
- Zorgdragen voor gebruik van passend gebit.
- Let op tekenen van dehydratie: dorst, droge slijmvliezen mond, spanning van de huid (turgor), weinig urineproductie, droge lippen, lichamelijke zwakte.
- Zie multidisciplinaire richtlijn: 'Ondervoeding' (Stuurgroep Ondervoeding, 2019)

Gericht op pijn

- Bied afleiding.
- Reik ontspanningsoefeningen aan.

- Houd pijnscores bij en draag zorg voor adequate pijnstilling.
- Gebruik meetinstrumenten, maak keuze uit numerieke schalen (0-10), VAS-schalen (lijntje), verbale schalen (heel erg – klein beetje), observatieschalen.
- Diverse observatieschalen zijn beschikbaar: Pacslac D, Doloplus, PAIC, REPOS, PAINAD.
- Zie richtlijn: 'Pijn bij Kwetsbare ouderen' (Verenso, 2016)

Gericht op familieparticipatie

Bij de begeleiding dient expliciet aandacht te zijn voor de naasten van de cliënt. Het omgaan met en verzorgen van een delirante cliënt is voor de naasten een belastende akelige ervaring. Voorlichting over de oorzaak en het te verwachten beloop kunnen hierbij ondersteunend zijn. Daarnaast kan familie juist een belangrijke rol spelen bij de preventie, diagnostiek en behandeling van een delier (NVKG, 2013). Aanbevelingen uit deze richtlijn:

- Verstrek mondelinge en schriftelijke informatie over (het mogelijk optreden van) een delier aan de mantelzorg en geef herhaaldelijk uitleg over de diagnostiek en behandeling.
- Geef een mantelzorg een rol in de zorg bij een delier. Hij of zijn kan bijvoorbeeld helpen bij desoriëntatie, immobilisatie, aanbieden van voeding, correctie van gezichtsbeperking en gehoorstoornissen (zie aanbevelingen hierboven).
- Kijk kritisch naar hoe de mantelzorg optimaal betrokken kan worden bij de zorg voor het familielid met een delier (bijvoorbeeld rooming-in en maaltijdvoorzieningen voor de mantelzorg).
- Daarnaast kan de mantelzorg een belangrijke ondersteunende bijdrage leveren bij de diagnostiek omdat zij bij uitstek acuut veranderend gedrag herkennen.
- Geef voorlichting aan cliënt en familie/mantelzorg over de bijwerkingen van medicatie en hoe te reageren als deze optreden.
- Bespreek na afloop van de delirante periode met de cliënt en of/familie/mantelzorg wat er gebeurd is en wat de oorzaak hiervan was. Bespreek ook de herinneringen die de cliënt en de familie/mantelzorg hebben aan deze periode, dit bevordert een open communicatie over een nare periode. Voor familie kan het delier van de cliënt een traumatische ervaring zijn geweest.
- Zie ook webpagina: Familieparticipatie (Zorg voor beter).

Medicamenteuze aanbevelingen

Verminderen van medicatie

De behandeling van een delier is in eerste instantie gericht op het achterhalen en bestrijden van de onderliggende oorzaak en uitlokkende factoren (NVKG, 2013). Veel studies hebben aangetoond dat medicijnen met anticholinerge eigenschappen en opioïden één van de meest voorkomende uitlokkende factoren zijn opioïden (Flaherty & Morley, 2013), zie voor een overzicht Tabel 2. Het verminderen en staken van deze medicatie moet daarom overwogen worden (NVKG, 2020).

Geneesmiddelen met verhoogd risico op delier*

Analgetica

- Opiaten, met name *langwerkende* (zoals morfinetabletten met gereguleerde afgifte en fentanylpleisters); ook *tramadol* en *codeïne*.
- NSAID's (o.a. risico op verslechtering nierfunctie).

Psychofarmaca

- Benzodiazepinen, met name bij gebruik langer dan een maand en middelen met lange halfwaardetijd: *chloordiazepoxide*, *nitrazepam*, *diazepam*.
- Antidepressiva: tricyclische (anticholinerge werking sterkst bij *amitriptyline*, minst bij nortriptyline) en SSRI's.
- Antipsychotica (met name bij gebruik langer dan een maand).

Overige groepen

- Urogenitale parasymphaticolytica (anticholinergica): *oxybutynine*, *tolterodine*.
- Klassieke antihistaminica (met name bij gebruik langer dan een week): *dimetindeen*, *hydroxizine*, *promethazine*, *clemastine*, *cinnarizine*, *cyclizine*, *alimemazine*.
- Corticosteroiden, met name hoge doses: prednison, dexamethason (vanaf circa 40 respectievelijk 10 mg/dag).
- Metoclopramide, vooral bij langer gebruik (>5 dagen) en hogere doseringen (>3 dd 10/mg).

*Deze lijst is niet limitatief; er zijn alleen geneesmiddelen vermeld waarvan het gebruik in NHG-standaarden wordt aanbevolen. Bij oudere en kwetsbare patiënten kunnen in principe alle middelen een delier induceren. Alertheid is vooral geboden bij een medicatie-of doseringswijziging.

TABEL 2 Medicatie met een verhoogd risico op delier (NHG, 2014).

Plaats van medicatie in behandeling delier

Het medicamenteus behandelen van de verschijnselen van het delier betreft slechts het bestrijden van de symptomen (Inouye et al., 2014). Er is weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van een medicamenteuze behandeling op een delier. Er is geen kwalitatief goede literatuur over medicamenteuze interventies voor het behandelen van cliënten met een delier in de langdurige zorg. Daarnaast zijn in de meeste RCT's geen cliënten met dementie geïnccludeerd, terwijl de populatie in het verpleeghuis voor een groot gedeelte uit mensen met dementie bestaat. Medicatie om symptomen van het delier te verminderen worden dus niet geadviseerd, tenzij de cliënt een hoge lijdensdruk ervaart, een gevaar is voor zichzelf of anderen, de behandeling in de weg staat of het persisteert (NVKG, 2020). In de dagelijkse praktijk van het verpleeghuis wordt medicatie veelal gebruikt om symptomen te onderdrukken. De keuze van medicatie is afhankelijk van de uitlokkende factor en andere onderliggende lichamelijke ziektes.

Niet-medicamenteuze behandeling heeft dus altijd eerst de voorkeur. Dat betekent dat basiszorg en benaderingswijze een onderdeel zijn van de behandeling van delier (NVKG, 2020).

Wanneer starten met medicamenteuze therapie

- Na diagnostiek en behandeling van uitlokkende en bijdragende factoren.
- Alleen als benaderingswijze en gerichte zorgverlening onvoldoende effectief zijn.
- Bij ernstige symptomen zoals angst, agitatie en/of hallucinaties, achterdocht (paranoïde) wanen.
- Bij hevige motorische agitatie, mede om te voorkomen dat cliënt zichzelf of anderen letsel toebrengt.
- Bij nachtelijke agitatie en/of verstoord dag-nacht ritme.
- Om essentieel onderzoek of behandeling mogelijk te maken.

Algemene principes bij het starten van medicatie

- Altijd bijwerkingen afwegen tegen de risico's.
- Uitgangspunt bij het starten van medicamenteuze therapie is het streven naar een zo'n kort mogelijke en de laagst effectieve dosis (NHG, 2014).

Specificeren van doel medicatie

Voorafgaand aan het starten van medicatie is het goed om je af te vragen welk doel hiermee nagestreefd wordt. Het is belangrijk om te bepalen welke symptomen bestreden worden. Om het effect te kunnen evalueren, is het noodzakelijk om vooraf een nulmeting te doen van de symptomen die beoogd worden te verminderen. Denk bijvoorbeeld bij geagiteerd gedrag aan de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Ook kan door leden van het multidisciplinaire team zelf of door cliënt en familieleden een lijst worden gemaakt met gedrag dat men graag ziet toe- of afnemen.

Veiligheid medicatie

Belangrijke bijwerkingen van antipsychotica zijn:

- initiatiefverlies en emotionele afvlakking: dit is inherent aan de werking.

Medicamenteuze behandeling per doelgroep

In de literatuur is geen consensus over de behandeling van een hypoactief delier, een hyperactief delier of een mengvorm hiervan. Wel wordt er onderscheid gemaakt in de behandeling van een delier a) door gebruik van geneesmiddelen, b) gebruik van alcohol, c) bij cliënten met de ziekte van Parkinson of Lewy Body dementie en d) bij dementie. Het delier in de e) palliatieve fase kent aparte aandachtspunten.

Er wordt onderscheid gemaakt in de behandeling van:

- delier ten gevolge van geneesmiddelen,
 - zie Tabel 2
- delier uitgelokt door gebruik van alcohol
 - zie richtlijn Delier, NVKG 2020
 - zie richtlijn Stoornissen in alcoholgebruik; Stuurgroep 2009.
 - Zie richtlijn Problematisch alcoholgebruik; NHG 2014
- delier bij volwassenen en ouderen
 - zie richtlijn NVKG 2020
- delier bij cliënten met de ziekte van Parkinson of Lewy Body dementie
 - Zie richtlijn Delier, NVKG 2020
 - Zie richtlijn Multidisciplinaire richtlijn voor mensen met parkinson, Parkinsonnet,

- Zie richtlijn ziekte van Parkinson, Verenso, 2020;
- Zie richtlijn ziekte van Parkinson, NHG, 2011

E. een delier bij dementie ('delirium superimposed dementia'):

- Zie richtlijn Delier, NVKG 2020
- Zie richtlijn Probleemgedrag bij dementie, Verenso, 2018
- Zie NHG-standaard Dementie, NHG, 2020

F. Het delier in de palliatieve fase

- Richtlijn Delier, IKNL, 2010, te raadplegen op palliaweb

Interprofessioneel samenwerken

Multidisciplinair werken houdt in dat verschillende zorgverleners samenwerken om met de cliënt en familie het hoogst mogelijke niveau van zorg te bieden (WHO, 2010). Professionals werken binnen de grenzen van het eigen vakgebied en verdelen taken na onderlinge afstemming. Interessanter is het interprofessioneel samenwerken. Bij interprofessioneel samenwerken neemt de professional discipline-overstijgende teambesluiten en handelt vakoverstijgend (Huibers et al., 2012; Tsakitzidis & van Royen, 2015). Daarmee wordt een collectief eigenaarschap van de zorg- en behandeldoelen van de cliënt gecreëerd (Bronstein, 2003).

Een interprofessionele aanpak is het meest effectief om de zorg en behandeling zoals beschreven in hoofdstukken 4 en 5 te realiseren. Hierbij zetten alle betrokken disciplines zich in om de omgangsadviezen te realiseren. Vanuit de specifieke achtergrond en kennis heeft iedere discipline zijn eigen aandachtspunten om de effectiviteit van de interventie te vergroten. De verzorgenden zijn de centrale medewerkers die de 24-uurs zorg verlenen, het meeste contact hebben met cliënt en familie en verantwoordelijk zijn voor de signalering en basiszorg. De arts onderzoekt onderliggende oorzaken en verricht een medicatie review. De fysiotherapeut heeft specifieke bemoeienis bij de interventies rondom mobiliseren en pijn. De ergotherapeut en psycholoog zullen zich extra in moeten zetten om de interventie rondom oriëntatie, cognitie en familieparticipatie te realiseren. Het maatschappelijk werk heeft vooral een rol in de familieparticipatie. De logopedist en/of diëtist kan betrokken zijn bij het optimaliseren van de vocht- en voedingstoestand.

Hieronder wordt beschreven wat de taak en rollen zijn van de verschillende professionals en managers met betrekking tot optimale delierzorg.

Verzorgenden en verpleegkundigen

Verzorgenden en verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de 24 uurszorg en hebben de taak om de symptomen die kunnen passen bij een delier te herkennen en de juiste omgangsadviezen in te zetten, dat wil zeggen zowel de basiszorg als de benaderingswijze. Een vroege herkenning is belangrijk om het risico op complicaties te verkleinen en de duur van het delier te beperken.

Observeren is essentieel om een delier bij een cliënt te herkennen en te monitoren. Daarvoor is het noodzakelijk dat verzorgenden de cliënten kennen, om zo veranderingen in gedrag of cognitie goed te kunnen signaleren. Een wisselende personeelsplanning waarbij leden van het zorgteam de cliënten niet leren kennen, is ongewenst.

Verpleegkundigen stellen de verpleegkundige NANDA-diagnose delier. Goede observatie, bijvoorbeeld met de DOSS, wordt gevolgd door een goede rapportage waardoor de andere disciplines een goed beeld hebben van de cliënt. Inzet is optimale basiszorg, alles in het kader om de dagelijkse functies van de cliënt te verbeteren. Ook bij een vermoeden van delier zijn de omgangsadviezen hetzelfde, namelijk: optimale basiszorg. Extra aandacht voor eten, drinken, rusten, slapen en bewegen dragen bij aan het voorkomen of verbleken van het delier.

Daarnaast informeren en begeleiden verzorgenden de familie, ze reiken een patiënteninformatiefolder aan (zie UKON Toolkit delier). Zij geven adviezen over wat de beste benaderingswijze is voor deze cliënt en bieden een luisterend oor voor de familie. Ook bespreken zij of en in hoeverre familieleden de cliënt kunnen ondersteunen door extra mantelzorg te bieden. Verzorgenden beoordelen of er voldoende en adequaat personeel aanwezig is om cliënten met een delier goed te verzorgen. Daarbij wordt uitdrukkelijk ook de veiligheid van andere medebewoners en familieleden meegewogen. Zo nodig wordt extra personeel ingezet en extra financiering georganiseerd.

Specialist ouderengeneeskunde / verpleegkundig specialist / physician assistant

De arts, verpleegkundig specialist of een physician assistant zijn verantwoordelijk voor een juiste medische diagnose en behandeling. Zij worden ingeschakeld bij een vermoeden van een delier en onderzoeken mogelijke oorzaken en uitlokkende factoren. Diagnostisch onderzoek houdt onder andere lichamelijk onderzoek in, labonderzoek en (hetero)anamnese. Zij verrichten medicatiereview naar delier-uitlokkende medicijnen en verwijzen zo nodig naar andere behandelaren van het team. Ze vermelden de diagnose delier altijd in het dossier omdat het de behandeling en inzet van extra verpleegkundige interventies legitimeert.

Psycholoog

Psychologen zijn wisselend betrokken bij het detecteren van een delier en bij het adviseren van verzorgenden en familieleden over hoe om te gaan met een delier. Met name bij cliënten met

dementie kan aanvullende diagnostiek nodig zijn om gedrag te duiden. De psycholoog informeert de verzorgenden en de SO en evalueert met zorg, familie en SO de behandeling van de cliënt.

Familie, mantelzorgers

De naasten van een cliënt spelen een belangrijke rol in de behandeling van een delier, zowel intra- als extramuraal. Zij kennen de cliënt het beste en zijn de vertrouwde gezichten voor een cliënt en kunnen voor hen rust en veiligheid bieden. Familie dient door alle zorgmedewerkers goed geïnformeerd te worden bij zowel de kans op een delier als bij de behandeling van een delier. De familie ontvangt een patiënteninformatiefolder. Voor alle zorgmedewerkers is het belangrijk om een luisterend oor voor familie te hebben waarbij er aandacht is voor de gevoelens die het delier bij hen oproept. De belasting van de familie wordt in kaart gebracht en gemonitord en de zorg wordt hierop afgestemd.

Paramedici

Een paramedicus kan in consult worden gevraagd. Een paramedicus is dan mede verantwoordelijk voor het signaleren van een mogelijk delier. Wanneer tijdens een regulier consult veranderd gedrag wordt waargenomen, rapporteert en informeert de paramedicus zowel aan verzorgenden als aan SO.

Teamleider, verpleegkundige, casemanager

De verpleegkundige of casemanager heeft een ondersteunende taak bij de implementatie van het protocol delier waarbij hij/zij een coachende rol naar het zorgteam heeft en tevens familie kan begeleiden. Ook heeft de verpleegkundige een signalerende rol waarbij hij/zij knelpunten signaleert in de uitvoering van zorg en de zorgmanager hiervan op de hoogte brengt. De verpleegkundige kan tevens het expertteam om advies vragen.

Manager, het management

De manager en het management (MT) is verantwoordelijk voor het faciliteren van het voorkomen, herkennen en behandelen van delier en creëert randvoorwaarden voor het verlenen van de juiste zorg. De zorgmanager is verantwoordelijk voor de implementatie van het protocol delier en kan daarbij ondersteund worden door het organisatiebrede expertteam delier. Het MT, het management, is eindverantwoordelijk voor het gehele beleid met betrekking tot de diagnostiek, behandeling en zorg van mensen met een delier.

Delierzorg - organisatiebreed

In dit hoofdstuk beschrijven we de ideale situatie om de delierzorg optimaal te regelen in een zorgorganisatie. Dit ideaalbeeld is ontstaan op basis van literatuurstudie, de expertise en ervaringen van de expertleden en hun onderlinge discussie. We hopen dit plan van aanpak in de toekomst in pilots te testen.

In elke zorgorganisatie is een expertteam nodig dat verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en evalueren van een organisatiebreed protocol, de uitrol ervan in de gehele organisatie en het scholen van collega's. In onderstaand schema staan de disciplines beschreven die in de zorgorganisatie hierin een rol hebben.



FIGUUR 2 Het ontwikkelen, uitvoeren en implementeren van optimale delierzorg.

Organisatiebreed expertteam delier

Om de delierzorg goed te borgen in de zorgorganisatie is het verstandig dat elke zorgorganisatie een intern organisatiebreed expertteam delier heeft. Dit team zal in eerste instantie een organisatiebreed protocol opstellen. Het expertteam delier baseert zich daarbij op (inter-)nationale ontwikkelingen en nieuwe inzichten en past indien nodig het protocol aan. Het expertteam kan geraadpleegd worden voor individuele consulten in de gehele organisatie. Het team verzamelt knelpunten die zich in de organisatie voordoen om optimale zorg te kunnen verlenen, zoekt naar antwoorden, bespreekt dit met de verantwoordelijke manager en verwerkt werkafspraken in het protocol. Daarnaast is het team ondersteunend bij de implementatie, kan het gebruik maken van de UKON toolkit delier en ondersteund worden door de implementatiedeskundige van het UKON. Het team biedt in de organisatie deskundigheidsbevorderende activiteiten aan. Het expertteam bestaat minstens uit een verzorgende, een verpleegkundige, een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog. Functioneel valt het expertteam onder een leidinggevende manager.

Protocol delier

Een protocol is een document dat afspraken bevat over hoe te handelen in de dagelijkse praktijk zoals binnen een zorgorganisatie is vastgesteld. Een protocol is afgeleid van landelijke richtlijnen, en zo nodig aangevuld met practice based kennis en aangepast aan de context van de zorgorganisatie. Deze onderliggende leidraad delier kan gebruikt worden als basis voor een protocol, aangezien het onder andere is afgeleid van de landelijke richtlijnen zoals beschreven onder Verantwoording (in het Voorwoord).

Een protocol delier voor de thuisituatie of intramuraal is altijd multidisciplinair; verschillende vakgebieden dragen bij aan optimale delierzorg. Een protocol bevat werkafspraken en een stroomdiagram (zie hoofdstuk 8).

UKON Toolkit

Deze leidraad is een van de onderdelen uit de Toolbox Delier dat het expertteam momenteel ontwikkelt, zie daarvoor de website: www.ukonnetwerk.nl. De Toolbox faciliteert het adequaat en systematisch organiseren van de zorg, zoals noodzakelijk voor optimale preventie en behandeling

van het delier. Voor de implementatie van de leidraad delier zijn specifieke kennis, vaardigheden en attitude vereist van de professionals en daarom bevat de toolbox als deskundigheidsbevordering een powerpointpresentatie voor verzorgenden, artsen en psychologen. De presentatie bevat ook opdrachten. De presentatie is zo opgebouwd dat het kan plaatsvinden tijdens koffie- of overlegmomenten. Onderdeel van deze scholing voor verzorgenden is het oefenen, met behulp van een kaart, in het herkennen van symptomen die kunnen passen bij een delier. Naast deze powerpointpresentatie kan er per discipline aanvullende scholing nodig zijn. Voor bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde is er een scholing met een apotheker die tijdens een artsenoverleg kan plaatsvinden. De toolkit bevat een voorbeeld van een informatiefolder voor familieleden, eventueel kan een zorgorganisatie de folder aanpassen naar eigen voorkeuren. Een Implementatiewijzer Delier is in ontwikkeling.

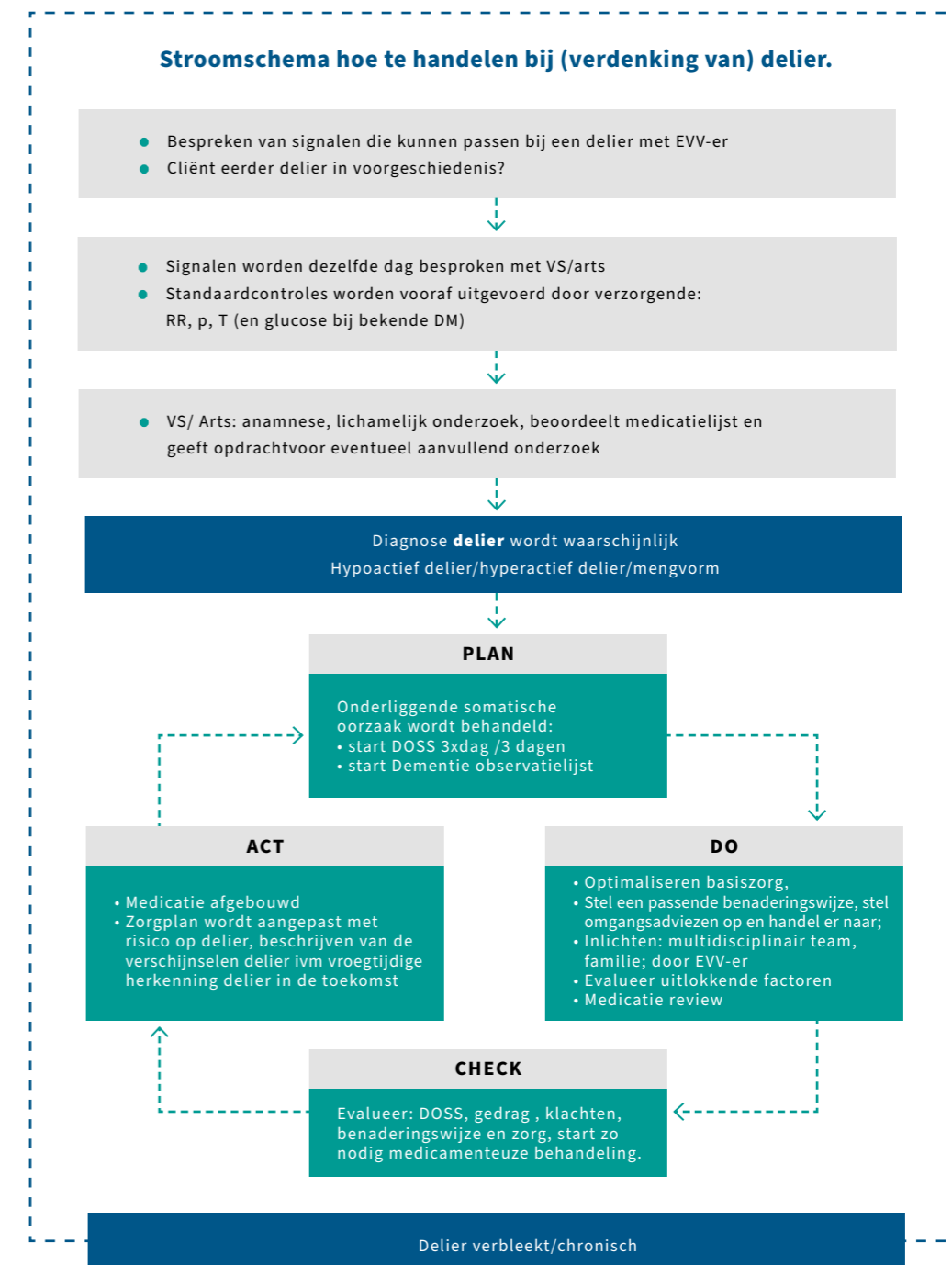
Scholing

Buiten de scholing vanuit de UKON-toolkit zijn er landelijk diverse mogelijkheden om kennis te verwerven. Hieronder enkele voorbeelden.

- Voor het praktisch inoefenen: het "Delierspel", zie www.delierexperience.nl.
- Zie het platform Zorg voor Beter
- Uitgeverijen en organisaties aanbieden, zoals V&VN Academy en Wolters Noordhof.
- Zie nieuw onderwijsmateriaal van Palliane (2020):

<https://palliaweb.nl/onderwijsmaterialen/richtlijn-delier>

Delierzorg - procesmatig



Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2004). Diagnostic Statistical Manual of Psychiatric disorders IV TR. Washington DC.
- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D.H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile S, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 2014;43:496-502. 10.1093/ageing/afu021
- Bronstein, L.R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- De Jonghe, J.F., Kalisvaart, K.J., Timmers, J.F., Kat, M.G. & Jackson, J.C. (2005) Delirium-O-Meter: a nurses' rating scale for monitoring delirium severity in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, Dec;20(12):1158-66.
- Fick, D.M., Agostini, J.V. & Inouye, S.K. (2002). Delir Superimposed on Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: 1723- 1732.
- Flaherty J.H., Morley J.E. (2013). Delirium in the Nursing Home. *JAMDA* 14 (2013) 632-634.
- Francis, J. (2021) Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. UPDATE.
- Fong, T.G., Tulebaev, S.R. & Inouye, S.K. (2009a). Delir in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 5: 210- 220.
- Fong, T.G., Jones, R.N., Shi, P., Marcantonio, E.R., Yap, I., Rudolph, J.L., Yang, F.M., Kiely, D.K. & Inouye, S.K. (2009b). Delir accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. *Neurology*, 72(18): 1570- 1575.
- Han, J.H, Wilson, A. & Ely, E.W. (2010). Delir in the older emergency department cliënt: a quiet epidemic. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 28(3): 611- 631.
- Hanson, J.C. & Lippa, C.F. (2009). Lewy body dementia. *International Review of Neurobiology*, 84: 215-228.
- Holt, R., Young, J & Heseltine, D (2013) Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age Ageing*, Nov;42(6):721-7.
- Huibers, J., Luitwieler, M., Martinot, N. & Meijers, A. (2012) Begrippen en definities van interdisciplinair werken. Opgevraagd van <http://finals2012magazine.artez.nl>.
- IKNL (2010). Delier: landelijke richtlijn- Versie 3.0.

Inouye, S.K. & Charpentier, P.A. (1996). Precipitating factors for delier in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *Journal of the American Medical Association*, 275: 852- 857..

Inouye, S.K., van Dyck, C.H., Alessi, C.A., et al. (1990) Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.*, Dec 15;113(12):941-948.

Jonker, C., Slaets, J.P.J. & Verhey, F.R.J. (2009). Handboek dementie: Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kalisvaart, K.J., Vreeswijk, R, Jonge, J.F.M. de., Ploeg, T. van der., Gool, W.A. van. & Eikelenboom, P. (2006). Risk factors and prediction of postoperative delier in elderly hip-surgery cliënts: Implementation and validation of a medical risk factor model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54: 817- 822.

Kiely, D.K., Jones, R.N., Bergmann, M.A., & Marcantonio, E.R. (2007). Association between psychomotor activity delier subtypes and mortality among newly admitted post-acute facility cliënts. *Journal of Gerontological and Biological Medical Sciences*, 62(2); 174- 179.

Kiely, D.K, Marcantonio, E.R., Inouye, S.K., Shaffer, M.L., Bergmann, M.A., Yang, F.M., Fearing, M.A. & Jones, R.N. (2009). Persistent Delier Predicts Increased Mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1): 55-61.

Neelon, V.J., Champagne, M.T., Carlson, J.R & Funk, S.G. (1996) The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation and clinical testing. *Nursing Research*, Nov-Dec;45(6):324-30

NHG (2014). NHG-standaard Delier - versie 2.1

NHG (2014). NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik.

NVKG, 2020, richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

NVKG, 2013, richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

NVVP (2004). Richtlijn delier. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Korenaar, J.C., Munster, B.C. van. & Rooij, S.E. van. (2005). Risk factors for delier in acutely admitted elderly cliënts: A prospective cohort study. *BioMed Central Geriatrics*, 5: 6.

Kuehn, B.M. (2010). Delier Often Not Recognized or Treated Despite Serious Long-term Consequences. *The Journal of the American Medical Association*, 304(4): 389-395.

Laurila, J.V., Pitkala, K.H., Strandberg, T.E. & Tilvis, R.S. (2004). Delier among cliënts with and without dementia: does the diagnosis according to the DSM-IV differ from the previous classifications? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19: 271- 277.

McCurren, C. & Cronin, S.N. (2003). Delier: elders tell their stories and guide nursing practice. *Medsurg Nursing*, 12(5); 318- 323.

McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciamp, A et al. (2010). Use of nurse-observed symptoms of delier in long-term care: effects on prevalence and outcomes of delier. *int Psychogeriatr*. 30: 1-7.

NANDA International. (2017). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*.

Neven, A. (2005). Een delier bij ouderen: een moeilijk te stellen diagnose. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 8(4): 65- 68.

Pisani, M.A., Murphy, T.E., Van Ness, P.H., Araujo, K.L. & Inouye, S.K. (2007). Characteristics associated with delier in older cliënts in a medical intensive care unit. *Archives of Internal Medicine*, 167: 1629- 1634..

Sanders, J. & Gelderen, T. Van. (2001). Observatieprotocol Lewy-Body Dementie. Utrecht: Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie Utrecht, from <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=588>; geraadpleegd op 23 april 2011.

Schuurmans, M.J. (2001a). Delier Observatie Screening (DOSS) schaal, (versie0-1). Utrecht: UMC Utrecht.

Schuurmans, M.J., Shortridge-Baggett, L.M. & Duursma, S.A. (2001b). Early recognition of delier: Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6): 721-729.

Sörensen Duppils, G. & Wikblad, K. (2007). Cliënts' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 810- 818.

Stuurgroep Ondervoeding (2019) richtlijn Ondervoeding – herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen.

Trzepacz, P.T., Mittal, D., Torres, R., Canary, K., Norton, J. & Jimerson, N. (2001) Validation

of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001 Spring;13(2):229-42.

Tsakitzidis, G. & van Royen, P (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken*. Antwerpen: De Boeck BV.

V&VN (2021) Kwaliteitsstandaard 'Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen. (autorisatiefase)

Van Blanken, G. & Robben, P.B.M. (2005). Delier vaak niet herkend. *Medisch Contact*, 43: 1724- 1727.

Van der Mast, R.C., Huysse, F.J., Droogleever Fortuijn, H.A., Heeren, T.J., Izaks, G.J., Kalisvaart, C.J., et al. (2004). Richtlijn delier. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Van der Weele, G.M., Van Dijk, A., Eekhof, J.A.H., Olde Rikkert, M.G.M, Scholtes, A.B.J., Veehof, L.J.G. et al., (2003). Nhg-Standaard Delier bij ouderen. Nederlandse Huisartsen Genootschap, from http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M77_std.htm; geraadpleegd op 4 november 2010.

Verenso (2020). Richtlijn Ziekte van Parkinson.

Verenso (2018). Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie.

Verenso (2016). Richtlijn Pijn bij Kwetsbare ouderen.

Verhagen, E.H., Bannink, M. & Krol, R.J.H. (2005). Richtlijn delier. Integraal Kankercentrum Oost en Midden-Nederland, from http://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Delier_3.pdf; geraadpleegd op 9 oktober 2010.

Voyer, P., Richard, S., Doucet, L. & Carmichael, P.H. (2009). Predisposing Factors Associated With Delier Among Demented Long-Term Care Residents. *Clinical Nursing Research*, 18(2): 153- 171.

Voyer, P., Cole, M.G., McCusker, J & Belzile, E. (2006). Prevalence and Symptoms of Delier Superimposed on Dementia. *Clinical Nursing Research*, 15(1): 46- 65.

Voyer, P., Richard, S., Doucet, L., Cyr, N. & Carmichael, P.H. (2010). Examination of the multifactorial model of delier among long-term care residents with dementia. *Geriatric Nursing*, 31(2): 105-114.

Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciriage, H., Ting, V., Baker, J. & Hunt, G.E. (2014) A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: a before and after study. *Int J Nurs Stud*, Jul;51(7):974-82.

WHO (World Health Organisation) (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO Press.

Wiersma, T.J., Boukes, F.S., Geijer, R.M.M. & Goudswaard, A.N. (2008). *NHG-Standaarden voor de huisarts 2009*. Houten: Springer Media BV.

Witlox, J., Eurelings, E., Jonghe, J. de., Kalisvaart, K., Eikelenboom, P. & Gool, W. van. (2010). Delier in elderly cliënts and the risk of post-discharge mortality, institutionalization, and dementia. A meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association* 304(4):443-451.

Young, J.,Murthy,L., Westby, M., Akunne, A. & O'Mahony R. (2010) Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ*;341:c3704

Kentin, Z., Hopman, T., Mulder, A., Dauwse, L., Luijendijk H.J., Wetzels, R.B., van Munster, B.C. (2019). Is de aanpak van delier in Nederlandse verpleeghuizen conform de richtlijn? *Tijdschrift voor Gerontologie*; Vol 50, Issue 2.