

Samenvatting richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen

Over de samenvatting

Versie november 2021

Dit is een samenvatting van de richtlijn:

Delier bij volwassenen en ouderen (2020)

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen_en_ouderen/startpagina_-_delier_bij_volwassenen_en_ouderen.html

Afbakening van de richtlijn:

Deze richtlijn richt zich op volwassenen, waaronder oudere patiënten en patiënten met dementie, die zijn opgenomen in het ziekenhuis of verpleeghuis en die een verhoogd risico hebben op een delier of die reeds een delier hebben ontwikkeld. Kinderen, patiënten opgenomen op de IC, patiënten in de terminale fase van hun leven en thuis verblijvende patiënten vallen buiten het bestek van deze richtlijn; deze specifieke patiëntengroepen worden besproken in andere richtlijnen. Ook geldt deze richtlijn niet voor patiënten die minder dan 2 uur verblijven in een ziekenhuis of een gespecialiseerde kliniek. Binnen 2 uur dient namelijk een screening uitgevoerd te worden naar risico voor het optreden van een delier.

Beoogde gebruikers van de richtlijn

Deze richtlijn is geschreven voor alle leden van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met een delier of een verhoogd risico op een delier.

Definities

In deze richtlijn wordt de definitie van een delier volgens de DSM-5 gevolgd: samengevat is een delier een stoornis in het bewustzijn (verminderd besef van zichzelf of de omgeving) en aandacht (een verminderd vermogen om de aandacht te sturen, te richten, vast te houden en te verplaatsen).

Wat is er nieuw in deze richtlijn?

In deze richtlijn worden motorische subtypes voor een delier gedefinieerd en daar waar mogelijk risicofactoren, diagnostiek en behandeling van de subtypes; hypoactief delier, hyperactief delier en een mengvorm van beiden, beschreven. Tevens wordt het subsyndromale delier beschreven, evenals het delier bij dementie en het delier bij een hypokinetisch syndroom. Nieuwe meetinstrumenten voor screening en diagnostiek voor een delier, de motorische subtypes, delier bij dementie en delier bij een hypokinetisch syndroom worden beschreven met naast aandacht voor neuropsychologische testen, ook aandacht voor biomarkers, zowel in bloed en liquor en EEG.

Door het bestuderen van risicofactoren is geprobeerd een prognostisch predictiemodel voor een delier op te stellen. De meerwaarde van een dergelijk model boven het klinisch oordeel is echter niet aangetoond.

Epidemiologie

In het algemeen ziekenhuis varieert het optreden van een delier per specialisme. De hoogste prevalentiepercentages worden gezien op de beschouwende afdelingen: 21,4 - 56%. Een zelfde variatie wordt gezien op de afdeling orthopedie 4,9 - 20,6%. Ook binnen de geriatische revalidatiezorg (GRZ) wordt een grote variatie gezien 4,3 - 65,1%; deze laatste indicentie bij gelijktijdig optreden van dementie. Bij de patiënten die langdurig in het verpleeghuis verblijven wordt tenslotte in 1,4 tot 70% een delier gezien. Het hypoactieve delier lijkt het meest op te treden, daarna het gemengde type en het minst het hyperactieve type (respectievelijk 38,5%; 27,3% en 21,5%); Bij 12,7% kon geen subtype vastgesteld worden.

De prevalentie van een subsyndroom delier is 9 tot 42% en de incidentie 6 tot 23%. Afhankelijk van het gebruikte diagnosticum wordt delier bij dementie bij 1,4% tot 70% gezien bij bewoners in verpleeghuizen en in 22% tot 89% bij patiënten verblijvend in een ziekenhuis. Door de overlap van symptomen wordt de diagnose delier tweemaal vaker gesteld bij Lewy body dementie dan bij de ziekte van Alzheimer (32% versus 15%).

Preventie

Het aanbieden van een ondersteunende niet-medicamenteuze behandeling van een delier (zie behandeling) aan patiënten met een verhoogd risico vormt de beste preventie voor het optreden van een delier. Er is geen bewijs dat profylactische antipsychotica een gunstig effect hebben op het voorkomen van een delier bij volwassenen. Aanbevolen wordt om in de basis geen medicatie ter preventie van een delier te geven.

Differentiaaldiagnose

Door overlap van symptomen is het stellen van de diagnose delier bij het gelijktijdig optreden van een dementie lastiger. Een goede hetero-anamnese is noodzakelijk om te beoordelen of de symptomen die zouden kunnen passen bij een delier al langer aanwezig zijn, of sinds uren of enkele dagen zijn opgetreden. Omgekeerd is het stellen van de diagnose dementie tijdens of na een delier lastiger.

Diagnostiek

Delierdiagnostiek vindt trapsgewijs plaats. De eerste stap is screening via gevalideerde screeningslijsten bij risicopatiënten door getrainde professionals. Vervolgens treedt er herkenning op van deliersymptomen door verpleegkundigen waarna de diagnose wordt gesteld door deskundige artsen.

Voor de screening naar een delier kunnen in het algemeen ziekenhuis, naast de in Nederland veel gebruikte DOSS, ook de AMT4, de MOTYB en de OSLA screeningslijsten gebruikt worden. De OSLA lijkt ook geschikt voor screening naar een delier bij patiënten met een dementie. In het verpleeghuis zegt een positieve DOSS niet zoveel; een negatieve DOSS daarentegen maakt een delier minder waarschijnlijk. De CAM en 3D CAM zijn redelijk tot goede instrumenten om de diagnose delier te ondersteunen. De DMSS lijkt een redelijk tot goed instrument voor de subtypering van een delier.

Behandeling

Behandel een delier op dezelfde afdeling als waar het delier is ontstaan. De behandeling van een delier bestaat uit het wegnemen van de veelal lichamelijke oorzaak van het delier, en daar waar dat mogelijk is staken van anticholinerge of andere deliogene medicatie. Bij kwetsbare patiënten kan de oorzaak van een delier een relatief milde aandoening zijn, zoals een urineweginfectie. Ook bij niet kwetsbare patiënten kan een delier optreden bij een zeer ernstige aandoening, zoals een grote operatieve ingreep of een ernstige infectie. De behandeling van een delier start bij het doen van zogenaamd focusonderzoek: uitgebreid lichamelijk onderzoek en ondersteund met (gericht) aanvullend onderzoek.

De zoektocht naar de oorzaak van een delier wordt tegelijk ondersteund door een niet medicamenteuze behandeling, bestaande uit optimalisering van vitale kenmerken en lichamelijke functies (inclusief mobiliteit), het inrichten van een vertrouwde omgeving (oriëntatiepunten aanbieden, ondersteuning van de zorg door mantelzorgers (rooming-in) en niet teveel wisselingen van zorgverleners of zorgomgeving.

Het uitgangspunt is om geen medicatie te geven voor het delier, tenzij de patiënt een hoge lijdensdruk ervaart, de patiënt een gevaar is voor zichzelf of anderen, de patiënt zijn behandeling in de weg staat en/of het delier persisterend is.

Indien toch voor medicatie wordt gekozen, wordt geadviseerd haloperidol als eerste keuze te nemen, behalve bij patiënten met een hypokinetisch rigide syndroom en bij patiënten met Lewy body dementie. Overweeg atypische antipsychotica, of een ander middel, of, bij dementie een

cholinesteraseremmer, zoals vermeld in tabel 1, als alternatief voor haloperidol bij onvoldoende effect en/ of bijwerkingen. Overleg laagdrempelig met een specialist over alternatieven voor haloperidol. Geadviseerd wordt om bij hypokinetisch rigide syndroom en Lewy body dementie te overwegen de antiparkinsonmedicatie te verlagen of te staken. Indien dit niet mogelijk is, overweeg te starten met een cholinesteraseremmer, zoals rivastigmine, of een atypisch antipsychoticum, zoals quetiapine of clozapine.

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen_en_ouderen/medicamenteuze_behandeling_van_het_delier.html

Bij een complex delier wordt geadviseerd om contact op te nemen met een collega specialist, deskundig voor de behandeling van een delier.

Naar het staken van een medicamenteuze behandeling, opgestart ter coupering van de psychiatrische symptomen van het delier, is geen onderzoek gedaan. De richtlijn adviseert om te starten met de afbouw van de medicamenteuze behandeling voor een delier als de psychiatrische symptomen afnemen in ernst, bijvoorbeeld doordat de patiënt minder onrustig is, beter slaapt of beter georiënteerd is, of wanneer er bijwerkingen van de medicatie bestaan (zoals extrapiramidale symptomen).

Complicaties

Het optreden van een delier geeft een grotere kans op een langer verblijf in het algemeen ziekenhuis door het optreden van comorbiditeit, een verhoogde kans op ontslag naar een verpleeghuis en een hogere kans om te overlijden.

Samen beslissen

Een delier is ook voor een mantelzorgverzorger een stressvol ziektebeeld. Deze mantelzorgverzorger heeft behoefte aan één aanspreekpunt van het professioneel team tijdens het delier. Door rooming-in vormt de mantelzorgverzorger voor een meer vertrouwde omgeving hetgeen de behandeling van het delier ten goede komt. Sluit in het verpleeghuis een delier uit bij een acute verandering in gedrag en betrek hierbij de hetero-anamnese van zorg en/of familie.

Vervolg en organisatie van zorg

Het alert zijn op een delier en herkenning van het delier is een taak van het gehele behandelteam en is een onderdeel van de geboden basiszorg, vergelijkbaar met het meten van een bloeddruk, temperatuur en pols. Het herkennen van het delier en het erkennen van de noodzaak tot nadere diagnostiek is een taak van iedere arts die hoofdbehandelaar is van potentieel delirante patiënten. Schakel bij twijfel laagdrempelig een medisch specialist in met specifieke expertise van een delier, zoals een geriater, psychiater of neuroloog of het zogenaamde 'delier team'. Iedere organisatie, waar zich potentiële delirante patiënten bevinden, dient een lokaal delierprotocol op te stellen. Dit is de verantwoordelijkheid van een vakgroep met specifieke expertise van het delier. In dit protocol dient onder meer te worden beschreven hoe de delierzorg continu gewaarborgd is, bijvoorbeeld door het instellen van een consultatief delier team.

Een delier is niet altijd verbleekt bij ontslag uit het ziekenhuis. Beoordeel een patiënt die een delier in een ziekenhuis heeft meegemaakt ten tijde van ontslag op de aanwezigheid van deliersymptomen, de mate van cognitief en ADL-functioneren en stel in samenspraak met patiënt en mantelzorgverzorger een individueel zorgplan op om de deliernazorg te optimaliseren. Geef een kopie van dit zorgplan mee met de patiënt en mantelzorgverzorger. Plan voor een delirante patiënt 3 maanden na het delier een afspraak op een delier nazorg poli om de ervaringen tijdens het delier te bespreken en de cognitie te bepalen.

Stroomdiagram

Voorbeeld van een stroomschema, zoals dat in een lokaal protocol gebruikt kan worden.

