

Toolkit Delier

Doel

Het geven van informatie over:

- het herkennen van een delier.
- het opsporen en behandelen van de lichamelijke oorzaak.
- medicamenteuze behandeling van de symptomen van een delier.
- niet-medicamenteuze behandeling, zoals verpleegkundige interventies.
- het voorkomen van complicaties.

Achtergrond

Definitie

De NHG-Standaard Delier (2014) omschrijft een *delier* als een “neuropsychiatrisch toestandsbeeld”. Diagnostische criteria, gebaseerd op de DSM-V, zijn:

- een aandachtsstoornis (een verminderd vermogen om de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen) en een bewustzijnsstoornis (een gedaald bewustzijn of een gedaald besef van de omgeving) én
- een verandering die acuut is opgetreden (in uren tot dagen) en fluctuerende symptomen (de verschijnselen zijn in de avond en nacht meestal nadrukkelijker aanwezig dan overdag);
- een verandering in cognitie (bijvoorbeeld oriëntatiestoornis, taalstoornis, geheugenstoornis) of de ontwikkeling van een waarnemingsstoornis (hallucinaties), die niet kunnen worden verklaard door (een zich ontwikkelende) dementie.

Hiernaast kunnen (paranoïde) wanen voorkomen (1).

Een aanvullend criterium is dat op basis van de anamnese, het lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen wordt vermoed dat het delier veroorzaakt wordt door een (of meer) lichamelijke ziekte(n), geneesmiddelenintoxicaties of onttrekking (dan wel verandering) van medicatie of alcohol (1).

Wanneer een kwetsbare oudere een beeld met bovenstaande kenmerken ontwikkelt is de kans groot dat het om een delier gaat, ook al kan hier niet meteen een verklaring voor worden gevonden. Bij patiënten die een cognitieve stoornis of dementie hebben kan plotseling toenemende verwardheid wijzen op een delier, ook al is er geen sprake van duidelijke fluctuaties en aandachtsstoornis (1).

Er zijn verschillende verschijningsvormen van een delier:

- **Stil delier/hypoactief.** Hierbij is er sprake van bewegingsarmoede en verminderde interactie met de omgeving. Andere kenmerken zijn minder en langzamer spreken, verminderd bewustzijn van de omgeving, apathie, zich terugtrekken en verminderde aandacht. Deze patiënten worden vaak als makkelijk ervaren waardoor het delier niet (of te laat) wordt herkend en kan worden verward met dementie of depressie.
- **Onrustig/hyperactief delier.** Kenmerken zijn motorische onrust en agitatie (bijv. plukken aan de dekens, doelloos bewegen of ronddwalen), verminderde controle (niet stil kunnen zitten/liggen wanneer nodig), rusteloosheid, roepen, schelden en afweren. De patiënt is vaak hyperalert.
- **Afwisselend hyper- en hypoactief delier (gemengde vorm).(1)**

Prevalentie

Bij ouderen vanaf 65 jaar in de algemene bevolking varieert de prevalentie van delier van 1,8 tot 2,3%. In onderzoek naar delier onder bewoners in Nederlandse verzorgingshuizen werd een prevalentie van 8,2% gevonden (1). Gerapporteerde prevalenties variëren van 7% tot 72% in verpleeghuizen (2). Over het voorkomen van delier in de huisartsenpraktijk zijn geen (betrouwbare) cijfers beschikbaar (1-2). In het ziekenhuis worden frequenties gerapporteerd variërend van 6% op afdelingen Algemene Interne Geneeskunde tot 83% op IC-afdelingen (3).

Risicofactoren

Een delier kan bij daarvoor gevoelige personen worden uitgelokt door alle ernstige lichamelijke stressoren. Een delier ontstaat vaak in aanwezigheid van verschillende risicofactoren. Bij een opeenstapeling van factoren en tekortschieten van compensatiemechanismen kan een geringe prikkel aanleiding zijn voor een delier (1).

Patiëntkenmerken die niet te beïnvloeden zijn en bijdragen aan een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontstaan van een delier zijn:

- hoge leeftijd;
- cognitieve stoornis of dementie;
- eerder doorgemaakt delier;
- ernstige (multi)morbiditeit

(1)

Situatie- of omgevingskenmerken die mogelijk wel beïnvloedbaar zijn en kunnen bijdragen aan het uitlokken van een delier zijn:

- infectie;
- medicatie (wijziging of onttrekking) of polyfarmacie;
- metabole ontregeling;
- ondervoeding
- uitdroging;
- alcoholmisbruik;
- alcohol-, nicotine- of cannabisonttrekking;
- cerebrale pathologie;
- urineretentie of obstipatie;
- pijn;
- acuut trauma (voornamelijk fractuur) en operatie;
- immobiliteit (fixatie, infuus), katheter;
- slaapttekort;
- verminderde oriëntatie, bijvoorbeeld door visus- of gehoorbeperking;
- omgevingsverandering•

(1)

Complicaties

Uit onderzoek blijkt dat ouderen die een delier hebben doorgemaakt tijdens een ziekenhuisopname een ongunstige prognose hebben met betrekking tot volledig herstel, opname in een zorginstelling, levensverwachting en cognitieve achteruitgang. Van de patiënten > 50 jaar die een delier hebben doorgemaakt in het ziekenhuis heeft 45% nog symptomen bij ontslag en 33% 3 maanden na ontslag (1).

Screening

Screeningsinstrumenten kunnen gebruikt worden voor het stellen van de diagnose en het monitoren van de ernst van een delier. Er zijn geen gevalideerde instrumenten beschikbaar voor het gebruik in de dagelijkse praktijk van de eerste lijn (1). Het VMS veiligheidsprogramma beveelt aan bij patiënten boven de 70 jaar die acuut worden opgenomen in het ziekenhuis direct vast te stellen of de patiënt een delier heeft. Wanneer de acuut opgenomen patiënt geen delier heeft worden, net als bij de geplande opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder, de volgende drie vragen gesteld om te checken of er een verhoogd risico bestaat op het ontstaan van een delier:

- Heeft u geheugenproblemen?
- Heeft u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

Wanneer één van deze vragen met 'ja' beantwoord wordt bestaat er een verhoogd risico. Patiënten met een verhoogd risico worden geobserveerd op de verschijnselen van een delier met behulp van de Delirium Observatie Screening Schaal gedurende drie dagen, drie keer per dag (DOSS) (4).

Screening op een verhoogd risico op delier in de eerste lijn

- Heeft u ooit een delier doorgemaakt? Hiermee wordt een acute verwardheid bedoeld.

Diagnostiek

Eerste lijn

Om de diagnose delier te kunnen stellen neemt de huisarts een anamnese af. Vaak is het hierbij nodig aanvullende gegevens te verzamelen bij familie en verzorgers die de patiënt goed kennen. De arts vraagt naar actuele lichamelijke klachten, aandachts- en bewustzijnsniveau, acute verandering, fluctueren van verschijnselen, aanwijzingen voor geheugenstoornis, desoriëntatie, ongeorganiseerd denken, aanwijzingen voor hallucinaties en motorische onrust. Herhaald beoordelen kan nodig zijn om de diagnose te stellen. Het gebruik van observatieschalen die kunnen helpen bij het stellen een diagnose en monitoren van het beloop zijn niet getest bij patiënten in de huisartsenpraktijk en de toegevoegde waarde hiervan is daarom niet duidelijk (1).

Voor het opsporen van de onderliggende oorzaak of oorzaken doet de huisarts uitgebreid lichamelijk onderzoek (1).

Aanvullend onderzoek

Noodzaak van aanvullend onderzoek wordt bepaald door de mate van ziek zijn, onrust van de patiënt en de mogelijkheid om de anamnese en het lichamelijk onderzoek goed uit te kunnen voeren (1).

De diagnose wordt gesteld op basis van aanwezigheid van de DSM-V criteria, te weten:

- een aandachts- en bewustzijnsstoornis;
 - acuut begin (uren tot dagen) en over de dag fluctuerende ernst van de symptomen;
 - verandering in cognitie of waarnemingsstoornis (hallucinaties).
- Hiernaast kunnen zich (paranoïde) wanen voordoen. De diagnose delier wordt verder ondersteund wanneer (n.a.v. anamnese, lichamelijk onderzoek of aanvullend onderzoek) het vermoeden bestaat dat de stoornis een organische oorzaak heeft (1).

Klik [hier](#) voor het schema 'Samenvatting diagnostiek en beleid bij delier'.

Tweede lijn

De richtlijn 'delier Volwassenen en ouderen' adviseert bij opname de volgende risicofactoren te beoordelen: leeftijd, opname-indicatie, medicatiegebruik, infectie, cognitieve stoornissen of dementie, ernst van de ziekte en visusstoornis. Risicopatiënten moeten dagelijks worden gescreend op de aanwezigheid van een delier met een screeningsinstrument. Hiervoor kan de 'Delier Observatie Screening-schaal (DOS schaal)' worden gebruikt. Deze kan door verpleegkundigen worden afgenomen tijdens de dagelijkse verzorging. Bij een positieve uitslag, dit is bij een score van 3 of hoger, moet de diagnose bevestigd worden op grond van de DSM-criteria of de (daarvan afgeleide), gevalideerde 'Confusion Assessment Method' (CAM) (2-3).

Interventies

Het in te zetten beleid bij een delier richt zich op:

- behandelen van de oorzakelijke factoren;
- het creëren van een veilige omgeving;

- indien nodig behandeling van symptomen met medicatie.

(1).

-

Behandelen oorzakelijke factoren

Een delier wordt vaak uitgelokt door onderliggende lichamelijke aandoeningen zoals infecties, urineretentie, obstipatie, botbreuken. De eerste stap in de behandeling van het delier is de behandeling van de onderliggende oorzaak.

Niet medicamenteuze interventies

Naast de behandeling van de onderliggende oorzaak worden niet medicamenteuze interventies ingezet. Niet medicamenteuze interventies richten zich op:

- oriëntatie (klok, kalender, bewegwijzering, benoem persoon/plaats/dag/tijdstip);
- optimaliseren van visus en gehoor (zorg voor dragen bril, gehoorapparaat);
- verbeteren van de slaap (stimuleer normaal dag-/nachtritme; zorgen voor een continue verlichting van de kamer maar 's nachts gedempt licht);
- mobilisatie (moedig mensen aan te mobiliseren);
- zorgen voor voldoende inname vocht- en voeding;
- staken van uitlokkende medicatie;
- vermijden toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen;
- patiënt zo min mogelijk alleen laten (zeker bij angst of paniek), de aanwezigheid van vertrouwde, rustgevende personen stimuleren;
- rustig en in korte zinnen spreken, korte vragen stellen;
- begrip tonen voor de angst die door hallucinaties en wanen kan worden opgewekt; niet meegaan in waanideeën, duidelijk maken dat uw waarneming anders is, zonder de patiënt tegen te spreken (discussie vermijden);
- in aanwezigheid van de patiënt niet fluisteren met derden;
- bezoek beperken (aantal personen en duur van het bezoek);
- voorlichten van naasten over delier en geven van adviezen met betrekking tot communicatie en verzorging van de patiënt.

(1-2)

Medicamenteuze interventies

Medicamenteuze behandeling van de symptomen van delier kan worden overwogen wanneer er sprake is van angst en/of hallucinaties, achterdocht, (paranoïde) wanen, hevige motorische onrust, nachtelijke onrust en/of verstoord dag-nachtritme of om noodzakelijk onderzoek of behandeling mogelijk te maken:

- De voorkeur gaat uit naar, een zo laag mogelijke dosis, haloperidol 0,5 tot 1,5 mg 2 dd oraal, gedurende maximaal 1 week (dit geldt niet voor patiënten met de ziekte van Parkinson of 'Lewy body'-dementie en evenmin bij een delier als gevolg van alcohol- of benzodiazepineonttrekking);
- Bij een crisissituatie elk half uur herevaluatie en zo nodig dosis herhalen (max 10 mg/dag, in terminale fase max 20 mg/dag);
- Zo nodig kortdurend een benzodiazepine toevoegen wanneer de patiënt erg onrustig blijft, bij voorkeur lorazepam 0,5-2mg/2 uur (als eerste weer afbouwen);
- Haloperidol afbouwen na maximaal een week (behalve in terminale fase), dosis elke 2 dagen halveren.

(1)

Klik [hier](#) voor het schema 'Samenvatting diagnostiek en beleid bij delier'.

Controles

Eerste dagen controles op:

- Beloop van onderliggende stoornis(sen);
- Complicaties: zoals ondervoeding, verslikken, dehydratie, vallen, incontinentie, decubitus, contracturen, urineretentie, immobiliteit;
- Deliriumsymptomen (houd rekening met fluctuaties over het etmaal). Gebruik observaties van familie en verzorgers;
- Mogelijke oorzaken van pijn en pijnbeleving;
- Of er aanvullende zorg nodig is en belasting van de mantelzorgers.

(1)

Verwijzen

De huisarts overlegt zo nodig met een medisch specialist over diagnose, behandeling en vervolgcontroles.

Verwijsindicaties: onvoldoende onderzoeks-, behandel- en verzorgingsmogelijkheden of veiligheid thuis, onvoldoende effect van ingestelde behandeling, patiënten met Parkinson of Lewy Body dementie, noodzaak om medicamenteuze behandeling langer dan een week voort te zetten (1).

Nazorg

Omdat het doormaken van een delier zowel voor de patiënt als de omgeving een stressvolle situatie is, is nazorg belangrijk:

- bied aan om de oorzaak, gebeurtenissen tijdens het delier en symptomen na te bespreken. Besteed aandacht aan de emoties die dit oproept. Door het bespreken van de symptomen weet de mantelzorger waar op gelet moet worden;
- adviseer bij het opnieuw optreden van vergelijkbare symptomen contact op te nemen met de huisarts;
- verricht bij restverschijnselen, in overleg met de patiënt, aanvullend onderzoek.

Financiering

n.v.t.

Richtlijnen en referenties

1. Eizenga WH, Dautzenberg PLJ, Eekhof JAH, Scholtes ABJ, Van Venrooij MH, Verduijn MM, Wiersma TJ, Burgers JS, Van der Weele GM. NHG-Standaard Delier(eerste herziening). Huisarts & Wetenschap 2014;57(4):184-93.
2. NVKG. Richtlijn delier Volwassenen en ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie;2013.
3. Dautzenberg PLJ, Molag ML, Van Munster BC, De Rooij SEJA, Lujendijk HJ, Leentjens AFG. Herziene richtlijn 'Delier volwassenen en ouderen'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2014;158.
4. VMS veiligheidsprogramma. Praktijkgids kwetsbare ouderen. Beschikbaar via http://www.vmszorg.nl/_library/5540/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf.

Informatie over delier op Thuisarts.nl

- [Ik wil een delier vroeg herkennen](#)
- [Ik verzorg iemand met een delier](#)