



Presentatie 1 november 2016:  
Conny Koffeman  
Verpleegkundige Geriatrie  
Ikazia Ziekenhuis Rotterdam

Delier beïnvloedt het revalidatie proces ten nadele



Preventie

Vroegtijdige herkenning

Snelle en adequate behandeling

- Bewustzijn- & aandachtsstoornis
- Acute verandering in cognitie en/of waarneming
- Acuut en over het etmaal; meer in avond /nacht
- Wordt veroorzaakt door acute stoornissen in lichaam en brein (lichamelijke ziekten, intoxicatie-, onttrekking- of wijziging van geneesmiddelen of alcohol/drugs)



# 3 typen deliria:

## Hypokinetisch (stil) :

Versuft, traag, bewegingsarmoede, initiatie  
hallucinaties, onverschillig, apatisch (m



## Hyperkinetisch (onrustig) :

geagiteerd, emotioneel, plukkerig, hallu  
(meest herkend)



## Gemengd delirium

wisselend hyper- en hypoactief (meest voorkomend)

## Predisponerende factoren:

- hoge leeftijd,
- cognitieve stoornis bv dementie,
- eerder doorgemaakt delier,
- ernstige multi-morbiditeit,
- kwetsbaar brein (CVA)
- slechte visus en gehoor.
- chronisch opiaten gebruik
- chronisch alcoholgebruik >2 EH p/d

## Luxerende factoren o.a:

- infectie,
- metabole ontregeling,
- hypoxie, koorts
- cerebrale pathologie,
- medicatie,
- medicatie- / alcoholonttrekking,
- pijn,
- obstipatie, urineretentie,
- ondervoeding, dehydratie,
- acuut trauma, waaronder (heup)fractuur
- slaapttekort, omgevingsverandering
- immobiliteit en vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder fixatie

- **Risico inventarisatie mbv VMS vragen**
  - Cognitieve stoornis?
  - Eerder verward?
  - Laatste 24u hulp nodig bij zelfzorg?
- **Voorlichting patient en familie / betrek familie frequent**
- **Verpleegkundige interventies**
  - Oriëntatie optimaliseren (o.a. goede verlichting overdag, klok, kalender)
  - Optimaliseren van zintuigen (visus en gehoor)
  - Creëren van veilige omgeving: laag bed, sensor, dwaalsysteem, veilig bedhek
- **3 dd DOS of CAM** (zo snel mogelijk signaleren van delier / ook hypokinetisch!)
- **Thuisituatie psyche** (ter vergelijk bij cognitieve stoornis / Thuis DOS: geen evidentie)

- Dagelijks (bespreek mbv DOS/CAM)
- uitdroging, obstipatie, urineretentie, ondervoeding
- Behandel , vermijd onnodige katheterisatie / langdurige i.v. behandeling (ter voorkoming van immobilisatie)
- Bevorder goed en slaaphygiëne, eventueel met medicatie
- Start zn lage dosis medicatie (richtlijn: bij hoog delierrisico)
- Management op medicatie (polyfarmacie!, zn consult psychiater / geriater) en pijnbestrijding
- Vroege (fysiotherapie / loop hulpmiddel)

- **Ongecompliceerd delirium: slechts Haldol** (Haldol veroorzaakt geen sufheid of agitatie, maar bestrijdt dit; bezet 3% van de slaapreceptoren)
- **Dagelijks beoordelen op EPS:** bv tandrad, acathisie (bewegingsonrust), parkinsonisme, slikklachten, kwijlen
- **Contra-indicatie Haldol: Parkinsonisme, Lewy Body dementie** (alternatief: Quetiapine voor de nacht en in lage doseringen overdag)
- **Bij onrust kortdurend Lorazepam z.n. toevoegen** (1-2 keer max)
- **Contra indicatie Lorazepam: COPD, pneumonie** (alternatief: Quetiapine voor de nacht en zonodig bij onrust overdag)



Haloperidol biedt nauwelijks uitkomst bij behandeling van het symptoom . Ikaziaanse alternatieven zijn:

- Rivastigminepleister (Exelon)
- Escitalopram (Lexapro)
- Methyلفenidaat (Ritalin)



Bij goed resultaat wordt de medicatie langere tijd aangehouden alvorens deze af te bouwen ivm grote kans op recidief

# Alcoholonttrekkingsdelirium

- Thiamine HCL 250mg iv/im 1dd gedurende 5 dagen gevolgd door orale vitamine suppletie:  
vit B complex 3dd 1, vit C 500mg, foliumzuur 1mg 1dd
- Haloperidol & Lorazepam  
laag-frequente combinatie behandeling  
bijv. Haloperidol 0,5mg 4-8dd icm Lorazepam 0,5mg 2-4dd
- Bij contra-indicatie voor benzo's:  
bij voorkeur Quetiapine 12,5mg 4-8dd (ipv Haloperidol & Lorazepam)





- Vanuit heeft de arts de verplichting om te (be)handelen
- De arts beslist over (be)handelen als de patiënt, door verminderde wilsbekwaamheid, of zijn familie de ernstige gevolgen van het niet-behandelen niet overziet

- <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Van-wet-naar-praktijk-implementatie-van-de-WGB0-Deel-2.-Informatie-en-toestemming-2004.htm>

Download KNMG-publicatie: van wet naar praktijk:

- implementatie van de WGB0 Deel 2.
- informatie en toestemming

Bijlage 8: **Ikazia**

ziekenhuis



- Gezamenlijke verantwoordelijkheid arts / vpk
- Benut bijtijds de alternatieven (domotica) en extra medicatie
- Verwacht: multi-disciplinair overleg vooraf (vorm / zwaarte VBI)
- Onverwacht: verpleging → leidinggevende → arts → hoofdbehandelaar
- Acuut: zonder overleg; aansluitend overleg met de specialist voor analyse van de situatie en evt. aanpassing van het beleid (qua somatiek en psyche)
- Multi-disciplinair overleg over afbouw en alternatieven (psychiater, geriater, fysio, familie)
- Toepassen van VBI verantwoord en in dossier

Dagelijks controle bij patiënt, van psyche & (nieuwe) somatiek

Afbouw medicatie na verbleken van het delier; observeer psyche:

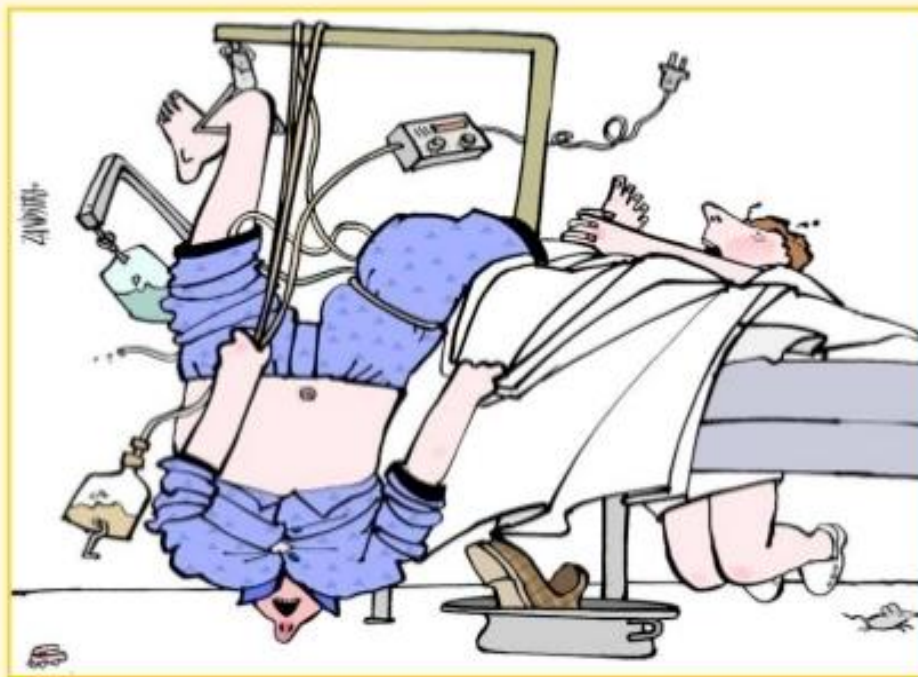
- Eerst de benzodiazepine afbouwen tot staken,
- Dan het antipsychoticum met 1 gift/2 dagen afbouwen
- Als laatst de nachtdosering afbouwen tot staken.

Wees alert op recidief delier

In overdracht & ontslagbrief vermelden:

- Het type en verloop van het delier
- Behandeling van het delier
- Psychische status bij ontslag (cognitie, emotie, gedrag)
- Indien medicatie nog geïndiceerd is, deze overdragen naar (verpleeg)huisarts, met evt afbouwadvies medicatie

## ***Onbekend maakt ... verward!!***





- Nederlandse richtlijn voor behandeling van het Delirium van de NVvP (Nederlandse vereniging voor Psychiatrie), 2004
- Herziene richtlijn Volwassenen en ouderen, 2014
- Schuurmans Utrecht 2001, Diagnostiek Delirium
- Publicatie Het delirium in het algemene ziekenhuis. Roos van der Mast.