

## I PROBLEEM

Deze CAP richt zich op personen die palliatieve zorg ontvangen aan het einde van hun leven. Een delirium wordt dan vaak veroorzaakt door de terminale ziekte of de benodigde medicatie. Ook infecties, dehydratatie, slecht horen, slecht zien en pijn kunnen bijdragen tot het optreden van een delirium.

Vroegtijdige herkenning is cruciaal omdat een delirium verschillende problemen kan veroorzaken zoals snel functioneel verlies, valincidenten en decubitus. Zorgverleners en familieleden die regelmatig contact hebben met de persoon zijn vaak in de beste positie om een delirium te herkennen, te beoordelen en samen te werken met het zorgteam om het zorgplan op te stellen. Men moet er wel rekening mee houden dat het bestrijden van een delirium vaak onmogelijk kan zijn, vooral in de eindfase van het leven.

Een delirium maakt geen deel uit van een normaal verouderingsproces, hoewel oudere personen meer kans hebben om een delirium te ontwikkelen. In tegenstelling tot dementie, komt een delirium veelal op korte tijd tot uiting (uren of dagen). Het kan ook de symptomen van vroege dementie verergeren. Typische symptomen kunnen zijn: concentratiestoornissen, schommelend gedrag/cognitief functioneren, rusteloosheid, verwarde spraak, dingen zien of voelen die er niet zijn (hallucinaties) en waanbeelden hebben.

De behandeling kan enkel succesvol zijn als het klinisch syndroom nauwkeurig geïdentificeerd wordt, er een correcte diagnose gesteld wordt van de specifieke oorzaak/oorzaken en als de medische verzorging onmiddellijk gestart wordt. Men dient zich vooral toe te leggen op het aanpakken van infecties, dehydratatie, pijn, depressie en medicatie. Het is ook belangrijk om te zorgen voor een optimale zintuiglijke input (bv. bril, hoorapparaat). Indien er een oorzaak geïdentificeerd en behandeld werd maar het delirium blijft aanhouden, is het belangrijk om opnieuw mogelijke oorzaken af te wegen omdat er soms meerdere factoren een rol spelen.

## ALGEMENE ZORGDOELEN

- Identificeer en behandel in de mate van het mogelijke de onderliggende oorza(a)k(en) van het delirium
- Behandel de symptomen van het delirium en andere gezondheids-, stemmings-, e, gedragssymptomen (vb. uittrekken van buisjes) die verband houden met het delirium.
- Voorkom secundaire complicaties (vb. valincidenten, dehydratatie, onnodig gebruik van psychotrope geneesmiddelen) die een delirium kunnen veroorzaken of verergeren.
- Maximaliseer het comfort en de levenskwaliteit

## II CAP-ACTIVERING

Deze CAP identificeert cliënten met actieve deliriumsymptomen.

- **GEACTIVEERD.** Deze groep omvat cliënten met één of meerdere deliriumsymptomen. De groep omvat 13% van de personen in de interRAI palliative care databank.
- **NIET GEACTIVEERD.** Deze groep omvat cliënten die geen deliriumsymptomen vertonen. Van de niet-geactiveerde groep, ontwikkelt 10% van de interRAI palliative care databank een delirium op het moment van de eerste follow-up.

### III RICHTLIJNEN

Het doel van de behandeling is om de persoon terug te brengen naar een zo normaal mogelijke toestand. Ook bij een terminaal zieke persoon vermindert een delirium de levenskwaliteit. Wanneer een delirium niet bestreden kan worden bij een terminaal zieke persoon, is het belangrijk om het voor de persoon rustig en aangenaam te maken.

Alle aanbevelingen moeten overwogen worden voor de prognose van de persoon. Omdat een delirium meerdere oorzaken kan hebben, is het verder bijna altijd belangrijk om alle mogelijke oorzaken en behandelingen af te wegen. Als de kans echter groot is dat de persoon in de nabije toekomst zal sterven, kunnen veel van deze aanbevelingen niet van toepassing zijn. Als de kans echter groot is dat de persoon nog een aanzienlijke periode zal leven en alert zal zijn, is een andere beslissing nodig over de te ondernemen acties.

#### Initiële beoordeling

- **Bewustzijn:** om zorgbenaderingen effectief te coördineren, dienen formele en informele zorgverleners zich bewust te zijn van de symptomen van een delirium en deze te relateren aan de zorgen van het zorgteam. De afwezigheid van bepaalde bevindingen moet genoteerd worden. Bijvoorbeeld, als men weet dat de persoon stabiele vitale tekenen vertoont, geen koorts of infectie heeft, geen tekenen vertoont van dehydratie en geen andere dosering van medicatie heeft gekregen, helpt dit om te beslissen over de volgende te ondernemen actie.
- **Symptomen:** omdat een immunologisch verzwakte cliënt niet altijd koorts heeft, moet ook aandacht besteed worden aan andere tekenen van een infectie: bv. troebele of slecht ruikende urine, langdurige hoest, dyspneu (kortademigheid), diarree, abdominale pijn en drainage van een etterende wonde.
- **Pijn:** omdat pijn kan bijdragen tot een delirium, is het belangrijk om de frequentie, de intensiteit en de duur van dit symptoom te bepalen en er zeker van te zijn dat het correct behandeld wordt. Idealiter zou pijn vermeden moeten worden (zie pijn CAP).
- **Chronische aandoeningen:** overweeg de mogelijkheid dat er een opflakking is van een chronische ziekte zoals congestief hartfalen of COPD. Zuurstofgebrek of ademhalingsproblemen kunnen ook bijdragen tot een delirium. Een persoon met diabetes heeft mogelijks een laag suikergehalte. Zorg ervoor dat de persoon makkelijk zijn hoorapparaat en bril kan nemen.
- **Verwacht verloop van de terminale ziekte:** het is belangrijk om te weten wat het gewoonlijke verloop van de terminale ziekte is. Dit zal het makkelijker maken om te bepalen welke interventies nuttig kunnen zijn.

## Symptomen behandelen

- **Medicatie:** advies van een apotheker kan helpen om de medicatie van de persoon te herzien om na te gaan of bepaalde medicijnen bijdragen tot een delirium. Een beslissing over het verder gebruik van medicatie of een dosisverandering hangt af van hoe essentieel de medicatie is voor het welzijn van de persoon en de waarschijnlijke progressie van de onderliggende ziekte.
- **Opvolging:** men moet toezicht houden over de persoon om veranderingen in de mate van delirium vast te stellen
- **Omgeving:** overweeg omgevings- en klinische veranderingen. De omgeving aangenamer en stiller maken kan voordelig zijn. Het kan ook nuttig zijn om op regelmatige tijdstippen de persoon te heroriënteren en gerust te stellen.
- **Overwegingen met betrekking tot het levenseinde:** een delirium komt vaak voor aan het einde van het leven. Daarom is het vaak niet gepast om een agressieve en invasieve behandeling op te starten om de oorzaken van het delirium te identificeren bij personen die stervende zijn of die enkel nog comfortmaatregelen willen. Toch is het best om te bepalen of de huidige palliatieve metingen adequaat zijn om het comfort van de persoon en zijn/haar familie te garanderen. Indien de persoon last heeft van terminale agitatie (oncontroleerbaar delirium), kan het aangewezen zijn om kalmerende middelen te geven om angst en lijden te vermijden. De zorgbenadering moet gericht zijn op het maximaliseren van het comfort en de levenskwaliteit gedurende een zo lang mogelijke periode.
- **Informele steun:** overleg met familieleden is vaak essentieel om te garanderen dat optimale zorg verleend wordt, om familieleden te informeren over delirium en om hen gerust te stellen. Deze toestand kan voorkomen worden of de ernst kan verminderd worden door de familie in te lichten over de factoren die kunnen bijdragen tot een delirium.

## AANVULLENDE BRONNEN

**Flacker JM, Marcantonio ER.** 1998. Delirium in the elderly: optimal management. *Drugs and Aging* 13: 119-130.

**Gagnon PR.** 2008. Treatment of delirium in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2: 60-66.

**Inouye SK.** 2006. Current concepts: Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine* 354: 1157-1165.

**Murphy KM, Levkoff S, Lipsitz LA.** 1997. Delirium. In Morris JN, Lipsitz LA, Murphy KM, and Belleville-Taylor P, eds. *Quality Care in the Nursing Home*. St. Louis, MO: Mosby.

**Rapp, CG.** 2001. Acute confusion/delirium protocol. *Journal of Gerontological Nursing* 27:21-33.

Knight Steel, MD  
Sharon K. Inouye, MD  
John N. Morris, PhD, MSW  
Katharine M. Murphy, PhD, RN  
Edward Marcantonio, MD

□