**Antwoorden bij ZSO Delier**

*Opdracht 1*

*Het diagnostische traject rondom een delier*

1. Antwoord:

\*Leeftijd boven de 70 jaar

\*Oesofaguscarcinoom, Diabetes Mellitus en nierfunctiestoornissen welke allen tot een somatische ontregeling kunnen lijden.

1. Antwoord (geen onuitputtelijke lijst) :
   1. Actuele medicatielijst?
   2. Recente verandering van medicatie?
   3. Allergieën?
   4. Is patiënt gevallen?
   5. Heeft patiënt pijn?
   6. Hoe gaat het met mictie en defaecatie?
   7. Hoe is de psychosociale situatie van patiënt?
   8. Gebruikt patiënt alcohol?
   9. Gebruikt patiënt drugs?
   10. Is er sprake van recent staken van roken, alcohol of drugsgebruik?
   11. Heeft patiënt koorts en/of koude rillingen gehad?
   12. Heeft patiënt veel moeten transpireren?
   13. Heeft patiënt goed gedronken de afgelopen periode?
   14. Is patiënt recent geopereerd?
   15. Hoort en ziet patiënt nog goed?
   16. Zijn er neurologische verschijnselen?
   17. Heb je zelf nog andere antwoorden gevonden, bespreek dit tijdens het RC.
2. A. Antwoord:
   1. Depressie
   2. Angststoornis
   3. Dementieel beeld
   4. Delier op basis van
      * Veranderd medicatie gebruik, denk ook aan vrij verkrijgbare medicamenten en kruiden preparaten.
      * Toename van nierfunctie verlies met metabole ontregeling
      * Dehydratie
      * Infectieus probleem bijvoorbeeld urineweg infectie
      * Urine retentie bij prostaat probleem, medicatie, neurologische problemen
      * Hypoglycemie of hyperglycemie bij bekende DM
      * Progressie van oesofaguscarcinoom met metastasering (bijvoorbeeld lever/botten/buik/hersenen)
      * Hypoxemie bij pulmonale problemen bij progressie oncologisch beeld (denk aan aspiratie)
      * Elektrolytstoornis (hyponatriemie bijv bij ontregeling DM, hypercalciemie bijv bij ossale metastasen of PTH related peptide)
      * Hersenmetastasen indien neurologische uitval aanwezig is en/of andere symptomen zoals hoofdpijn en misselijkheid/braken, dan is dit meer waarschijnlijk. Bij oesofaguscarcinomen wordt in 3% van de gevallen gezien.
      * Hersenbloeding of herseninfarct bij bekende hypertensie
      * Anemie
      * Gebruik van alcohol, opioiden, roken en/of drugs of onttrekking daarvan
      * Recente chirurgie/chemoradiotherapie
      * Pre-existente cognitieve stoornissen/dementieel beeld
3. B. Antwoord:

Aanbevolen inventarisatie + in te zetten diagnostiek bij palliatieve patiënt:

1. Nagaan voorgeschiedenis, medicatiegebruik en gebruik van alcohol, roken en drugs
2. Hoe is het gehoor en de visus
3. Lichamelijk onderzoek: oa vitale parameters? long afwijkingen?, huidafwijkingen?, volle blaas bij percussie? neurologische afwijkingen/uitval? Papiloedeem?
4. Laboratorium onderzoek: volledig bloedbeeld + differentiatie, kreatinine, eGFR, Na, K, Ca, albumine, bilirubine totaal, ASAT, ALAT, LDH, AF, glucose, CRP en TSH
5. Indien verdenking urineweginfectie: urineonderzoek
6. Indien verdenking pneumonie: X-thorax en overwegen bloedgas bij lage saturatie
7. Indien klinische verdenking op hersenmetastasen: CT cerebrum verrichten, echter de vraag is of dit in de nacht dient te gebeuren: welke consequenties dit heeft? Er kan ook blind met dexamethason gestart worden als er verdenking is op oedeemvorming.
8. Indien klinische verdenking op hersenbloeding: CT cerebrum verrichten, echter ook hier de vraag wat de consequenties zijn tav evt operatie, zeker als er verdenking is op gemetastaseerde ziekte. Indien antistolling, dan evt staken; wat is consequentie?
9. Gezien de moeizame thuissituatie lijkt opname aangewezen om intraveneus antibiotica te starten, vocht te geven en nefrotoxische medicatie te staken/om te zetten. Bij opname gelden dan de niet-medicamenteuze adviezen (rooming-in, structuur, zo weinig mogelijk prikkels, etc)

*Opdracht 2*

*De (niet)-medicamenteuze behandeling van het delier zelf*

1. Antwoord:

Zie richtlijn:

Het verzorgen van en omgaan met een delirante patiënt vraagt een eenduidige en gerichte aanpak. De aanpak wordt bepaald door de symptomen die op de voorgrond staan. Praktische richtlijnen voor het omgaan met de patiënt zijn van groot belang. Geef heldere uitleg aan de naasten en verwijs hen bijvoorbeeld naar de website: [www.overpalliatievezorg.nl](http://www.overpalliatievezorg.nl)

De volgende interventies kunnen worden toegepast, zowel door professionele hulp­verleners als door mantelzorgers:

**Bij desoriëntatie:**

• Laat de patiënt zo min mogelijk alleen; ook aanwezig zijn zonder iets te doen kan steun geven.

• Zeg regelmatig wie u bent en wat u komt doen.

• Vertel de patiënt waar hij is.

• Spreek rustig in korte zinnen en stel korte vragen zonder veel keuze mogelijkheden.

• Beperk bezoek in aantal en tijdsduur.

• Ga in het gezichtsveld van de patiënt zitten (pak ook als je haast hebt er een stoel bij) en zoveel mogelijk aan één zijde van het bed.

• Let erop dat de patiënt (indien van toepassing) bril en gehoorapparaat gebruikt.

• Zorg voor continue verlichting van de kamer, ook ’s nachts door middel van een nachtlampje.

• Hang een klok op met duidelijk zichtbare wijzerplaat.

• Benoem dag en tijdstip.

• Plaats eventueel belangrijke foto’s binnen gezichtsveld van de patiënt.

• Controleer of het gezegde begrepen wordt, maar besef dat niet alles zal blijven hangen in het geheugen.

• Zeg wanneer u weer terugkomt, schrijf dit eventueel duidelijk leesbaar voor de patiënt op.

• Als de patiënt ’s avonds wel moe is maar niet in slaap komt, kan het helpen hem juist alleen te laten, de verlichting helemaal uit te doen en de kamer te verduisteren en geluidsprikkels te vermijden.

**Bij angst:**

• Hanteer een rustige, vriendelijke houding die niet als bedreigend overkomt.

• Spreek eventueel de patiënt aan in het dialect dat hij gewend is.

• Creëer een rustige en stabiele omgeving.

• Achterhaal indien mogelijk wat de oorzaak van de angst is (hallucinaties, wanen, controleverlies).

• Laat de patiënt niet alleen bij hevige angst of paniek.

• Ga na wie of wat een positieve uitwerking hebben op de angst van de patiënt.

• Maak regelmatig een sociaal praatje, aansluitend bij de leefwereld en interesses van de patiënt.

• Vermijd beladen of emotionerende gespreksonderwerpen.

**Bij overgevoeligheid voor prikkels/waarnemingen:**

• Gebruik een vaste dagindeling als voorwaarde om het aantal en de aard van de prikkels te doseren.

• Benader de patiënt op een rustige en geruststellende wijze.

• Beperk omgevingsprikkels door overzichtelijke en ordelijke inrichting, beperking aantal personen, eventueel deur sluiten indien geluiden de onrust versterken.

• Schakel radio en televisie uit.

**Bij wanen en hallucinaties:**

• Ga niet mee in de vreemde “waanideeën”; probeer de patiënt niet tegen te spreken maar zo mogelijk wel duidelijk te maken dat uw waarneming anders is.

• Praat met de patiënt over echte gebeurtenissen; betrek de patiënt 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 patiënt; maak zo mogelijk wel duidelijk dat de waarneming van de patiënt niet juist is.

• Toon begrip voor emoties en angst die wanen en hallucinatie opwekken.

• Probeer om de boodschap achter het verhaal te achterhalen.

• Zorg ervoor dat de patiënt goed zicht heeft op zijn omgeving, dat wil zeggen niet bij de deuropening zachtjes praten met derden. Besef dat achter een bedgordijn geluiden van medepatiënten te horen zijn.

**Bij motorische 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 bedhekken, en het eventueel bekleden van bed of stoel met zachte materialen.

• Ga zorgvuldig om met beschermende maatregelen zoals fixatie; soms kunnen deze maatregelen onrust juist versterken.

• Ga na of er factoren zijn die de onrust versterken, denk hierbij aan volle blaas of volle darmen.

• Stimuleer de aanwezigheid van vertrouwde personen en beperk het aantal per­sonen in de omgeving van de patiënt.

1. Antwoord:

Wacht eerst het effect van de niet medicamenteuze behandeling van het delier af samen met de oorzakelijke behandeling (antibiotica, vochttoediening, nierfunctie verbetering). Dat laatste is het belangrijkste.

Conform richtlijn is haloperidol 0,5-2 mg per dag eventueel in meerdere giften de eerste keus. Vaak worden de toedieningstijden niet gelijk over de dag verdeeld maar bijvoorbeeld om 8.00- 17.00 en 22.00 uur aangezien de nachten meestal problematisch zijn. Besef dat de evidence voor haloperidol niet heel hard is en dat het effect van de niet medicamenteuze opties soms op zich laat wachten en meer inspanning van de omgeving vraagt, maar een betere evidence kent dan de haloperidol. En minder bijwerkingen heeft!

De oorzaak van het delier behandelen is het belangrijkste.

Gezien het feit dat patiënt vooral nachtelijke last van het delier ervaart is de overweging om vooral in de nacht sederende medicatie te geven in plaats van overdag. Hiermee wordt ook het natuurlijke dag/nachtritme gewaarborgd. Het is een goede optie om nachtelijk midazolam continue toe te dienen. Dit is dan géén Palliatieve sedatie maar behandeling voor het delier.

1. Let op extrapiramidale bijwerkingen en interacties met andere medicatie. Indien de patiënt bekend is met Parkinson dan is haloperidol gecontra-indiceerd. Er is grote kans op verergering van de motorische verschijnselen door D2-blokkade wat een negatieve uitwerking heeft op motorisch functioneren van de patiënt met Parkinson. Alternatieven zijn atypische antipsychotica, zoals olanzapine, quetiapine, risperidon en clozapine.