

Leidraad delier in de langdurige zorg

herkenning en diagnostiek, omgangsadviezen, medicamenteuze aanbevelingen en organisatie van zorg en behandeling

Anke Persoon, Kim Bergmans, Monique Jozen, Rosa Maas, Dayenne Salamink, Trees Boerakker en Charlotte van Corven



Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
Theoretische achtergrond	8
Herkenning	14
Diagnostiek	20
Omgangsadviezen en basiszorg	22
Medicamenteuze aanbevelingen	30
Nazorg	34
Delierzorg - organisatiebreed	39
Delierzorg - procesmatig	42
Literatuurlijst	43

Voorwoord

Deze tweede versie van de leidraad delier in de langdurige zorg is een actualisatie van de voorgaande, omdat de afgelopen jaren maar liefst vier nieuwe richtlijnen delier uitgekomen zijn en een aantal proefschriften. De actualisatie is uitgewerkt door het expertteam Delier van het Universitair Kennisnetwerk Ouderen Nijmegen (UKON). Het doel van de leidraad is om handvatten te bieden voor optimale multidisciplinaire delierzorg in de langdurige zorg. Delierzorg richt zich op preventie, herkenning en behandeling van een delier. De focus ligt op psychogeriatrische, somatische en terminale cliënten die thuis of in het verpleeghuis wonen.

Cliënten in de langdurige zorg zijn vaak kwetsbare mensen met multimorbiditeit en met een verhoogd risico op het doormaken van een delier. Het doormaken van een delier heeft een slechte prognose en vaak een sterk negatieve invloed op de kwaliteit van leven van zowel de cliënt als van naasten. Optimaliseren van de delierzorg richt zich op het voorkómen van een delier, het tijdig herkennen en het zo snel mogelijk doen verbleken van het delier. Het delier in de langdurige zorg wordt echter nog onvoldoende herkend en behandeld, zowel thuis als in het verpleeghuis. Zeker wanneer het optreedt bij iemand met een reeds ontwikkelde cognitieve achteruitgang.

Deze leidraad is geschreven voor alle professionals en managers die multidisciplinair in de langdurige zorg werken, zowel in de eerstelijns als intramuraal. Tijdige herkenning is één van de grootste uitdagingen in de delierzorg. Kennis, goede samenwerking, voldoende scholing en adequate facilitering vanuit management zijn belangrijke voorwaarden om de kwaliteit van delierzorg thuis en binnen het verpleeghuis te borgen.

Missie

De missie van het UKON-expertteam Delier is het voorkomen en vroegtijdig signaleren van een delier en vervolgens het bieden van optimale zorg en behandeling. Daarbij focussen we op zorgprofessionals en zorgorganisaties. Onze missie is het opbouwen van expertise in delierzorg en zorgen dat professionals hierin verantwoordelijkheid nemen. Managers dienen de delierzorg te faciliteren en de gelegenheid te creëren om verantwoordelijke en veilige zorg te bieden, een delierprotocol vormt de basis.

Ambities

De ambitie van het UKON expertteam Delier is het optimaliseren van delierzorg. We werken hieraan door bewustwording te creëren van het delier bij professionals en managers, door kennisoverdracht te realiseren en door tools en scholing te ontwikkelen.

Inhoud en verantwoording

De leidraad beschrijft in de eerste hoofdstukken de state of the art met betrekking tot delier, Het omvat de theoretische kennis, diagnostiek, basiszorg, benaderingswijze, medicamenteuze aanbevelingen en nazorg. Hoe de delierzorg in de langdurige zorg georganiseerd kan worden, wat ieders rol is en hoe het proces van delierzorg eruit kan zien, is in de laatste hoofdstukken beschreven.

De basis van de leidraad is gebaseerd op onderstaande richtlijnen:

- NHG-standaard Delier, NHG, 2020
- Richtlijn Delier, NVVP, 2004
- Richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen, NVKG, 2023
- Richtlijn Delier, Verpleegkundige uitgangsvragen bij de richtlijn Delier volwassenen en ouderen, V&VN, 2023
- Richtlijn Delier in de palliatieve fase, IKNL en Pallialine, 2022

Het besluit wat van de bovenstaande richtlijnen in deze leidraad gepubliceerd is, en wat de nadruk krijgt, is vastgesteld door het UKON expertteam delier. Daarmee is deze leidraad practice based. Het expertteam heeft zich laten leiden door wat zij ervaart als essentieel en kenmerkend voor delierzorg in de langdurige zorg. De experts zijn allen werkzaam in de langdurige zorg en zij vormen een goede afspiegeling van de disciplines die het meest bij delierzorg betrokken zijn, te weten: verzorging & verpleging, ouderengeneeskunde en psychologie. De expertise van de leden komt voort uit interesse, betrokkenheid en uitgebreide ervaring in het verpleeghuis, de geriatrische revalidatiezorg afdeling en de eerstelijns.

UKON expertteam Delier en de landelijke werkgroep Delier

De leidraad is geschreven door de leden van het UKON expertteam Delier:

- Anke Persoon, verpleegkundige-np, senioronderzoeker en programmaleider V&V, UKON, Radboudumc
- Kim Bergmans, specialist ouderengeneeskunde, Stichting De Waalboog
- Monique Jozen, verpleegkundig specialist, ZZG zorggroep
- Rosa Maas, psycholoog, De Zorgboog
- Dayenne Salamink, specialist ouderengeneeskunde, Liemerij
- Charlotte van Corven, netwerkcoördinator UKON, Radboudumc

Deze leidraad is daarnaast tot stand gekomen door input van ex-leden van het UKON expertteam delier:

- Sireen Hendriks Franssen; verpleegkundig specialist Zorggroep Maas en Waal
- Hilde Mulder, psycholoog, Attent Zorg en behandeling
- Charlotte Pasma, psycholoog, Attent Zorg en behandeling
- Trees Boerakker, verzorgende-IG, Zorggroep Maas en Waal

Het UKON expertteam Delier heeft een landelijke werkgroep delier in de langdurige zorg geïnitieerd.

Het doel van deze werkgroep is het uitwisselen van actuele kennis, en het optimaliseren en ontwikkelen van de kwaliteit van delierzorg in de langdurige zorg. De leden van het UKON expertteam Delier zijn lid van deze landelijke werkgroep, evenals:

- Daisy Quispel, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij Antes en onderzoeker bij UMCG
- Viona Wijnen, psycholoog en senioronderzoeker, Parnassia Groep
- Letty Oudewortel, specialist ouderengeneeskunde, ViVa!
- Karin van Os, verpleegkundige en promovenda, UMCG
- Dika Luijendijk, arts en senioronderzoeker, UMCG (oud lid)

Samenvatting

Een delier kenmerkt zich door:

- een wisselend bewustzijn en aandachtsstoornissen;
- een acuut begin (uren tot dagen) en over de dag fluctuerende ernst van de symptomen;
- een verandering in cognitie of waarnemingsstoornis (hallucinaties); soms ook (paranoïde) wanen (NVKG, 2023).

Er zijn drie vormen van delier: het hyperactieve delier, het hypoactieve delier en een combinatie van deze twee. Ondanks de screenings- en diagnostische meetinstrumenten, is de gouden standaard voor de diagnose delier het klinisch oordeel (NVKG, 2023). Dat maakt dat kennis en ervaring van professionals essentieel is om een juiste diagnose te kunnen stellen. De symptomen van een delier kunnen eveneens passen bij een depressie en dementie. Dat maakt herkenning ervan in de langdurige zorg extra complex. De combinatie, een delier bovenop dementie, maakt het zo mogelijk nog moeilijker om het delier te herkennen. Dit is een uitermate relevant verschijnsel, want probleemgedrag bij mensen met dementie kan samenhangen met een delier; het kan namelijk probleemgedrag veroorzaken (Verenso, 2018). Delier komt eveneens vaak voor in de palliatieve fase, met name in de laatste weken van het leven. Hoe zieker iemand is, hoe groter de kans op een delier, zeker als de stervensfase nadert.

Toch krijgt het delier relatief weinig aandacht in zorgorganisaties, zowel in de thuiszorg als in het verpleeghuis. Uit een studie van Kentin et al. bleek dat slechts een derde van de verpleeghuizen een delierprotocol heeft (2019). In een kleinschalige studie onder de negentien zorgorganisaties aangesloten bij het UKON was dit 2022 iets toegenomen (zeven van de achttien zorgorganisaties hadden een protocol), maar nog steeds een ongewenste situatie omdat een delierprotocol de basiskwaliteit omschrijft van de delierzorg. Het ontbreken van een delierprotocol is des te opmerkelijker omdat het delier veel voorkomt, het de kwaliteit van leven sterk beïnvloedt, een hogere mortaliteit laat zien en de kans vergroot op blijvende cognitieve problemen. Bovendien lijdt niet alleen de cliënt hieronder, het doormaken van een delier is ook voor naasten belastend. Het delier heeft eveneens grote impact hebben op de kwaliteit van leven en sterven.

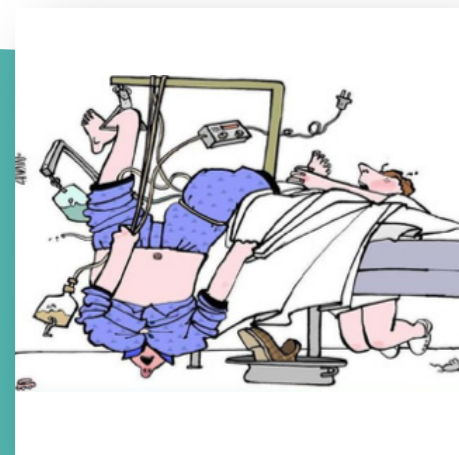
Preventie en behandeling van een delier komt in feite neer op: (1) het voorkomen van uitlokkende factoren en/of het achterhalen van de oorzaak; (2) het verminderen van symptomen door het optimaliseren van basiszorg en het toepassen van de juiste benaderingswijze; en (3) in de laatste plaats pas medicamenteuze behandeling. Zorgorganisaties zouden moeten werken met een delierprotocol en met een organisatiebreed expertteam delier dat optimale delierzorg kan implementeren. Het realiseren van goede delierzorg kan pas beginnen met professionals die zich bewust zijn van het voorkomen van delier bij hun eigen cliënten en het herkennen ervan.

Theoretische achtergrond

Wat is een delier?

Een delier is een syndroom. Een syndroom is een verzameling van klachten en symptomen, zodanig gecombineerd dat het als een ziekte te beschrijven is. Het delier is een ernstig, veelvoorkomend en acuut neuropsychiatrisch syndroom. Het wordt veroorzaakt door pathologische gevolgen van een acute medische aandoening, een complicatie of een intoxicatie waarbij medicatie een grote rol kan spelen. Een delier leidt tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. De duur van een delier wordt bepaald door het onderliggend somatisch lijden (Fong, Tulebaev & Inouye, 2009a).

Er zijn drie vormen van delier te onderscheiden: het hyperactieve delier, het hypoactieve delier en een combinatie van deze twee.. Een hyperactief delier kenmerkt zich door een fluctuerend verhoogd bewustzijn met hallucinaties, waarnemingsstoornissen en een verhoogde psychomotoriek, wat zich uit in motorische onrust. Bij een hypoactief delier heeft een cliënt een fluctuerend verlaagd bewustzijn en een verlaagde psychomotoriek, wat zich uit in teruggetrokken apathisch gedrag (American Psychiatric Association, 2004). Bij een mengvorm komen symptomen van de beiden vormen voor, die elkaar afwisselen. Wat opvalt, is dat iemand vaak helderder is in de ochtend en onrustiger wordt naar de avond toe.



Delier



Stil delier

Prevalentie

19% van de mensen die de polikliniek ouderenpsychiatrie bleek delier te hebben (Quispel et al., 2021). In een studie wordt een prevalentie van een delier in ziekenhuizen en verzorgingshuizen genoemd van 30% (Young et al., 2010). De prevalentie van een delier bij cliënten met dementie varieert van 22% tot 89% (Voyer et al., 2010). Jonker, Slaets & Verheij (2009) beschrijven aan de hand van verschillende literatuurstudies dat driekwart van de verpleeghuiscliënten met dementie delirante episodes doormaken.

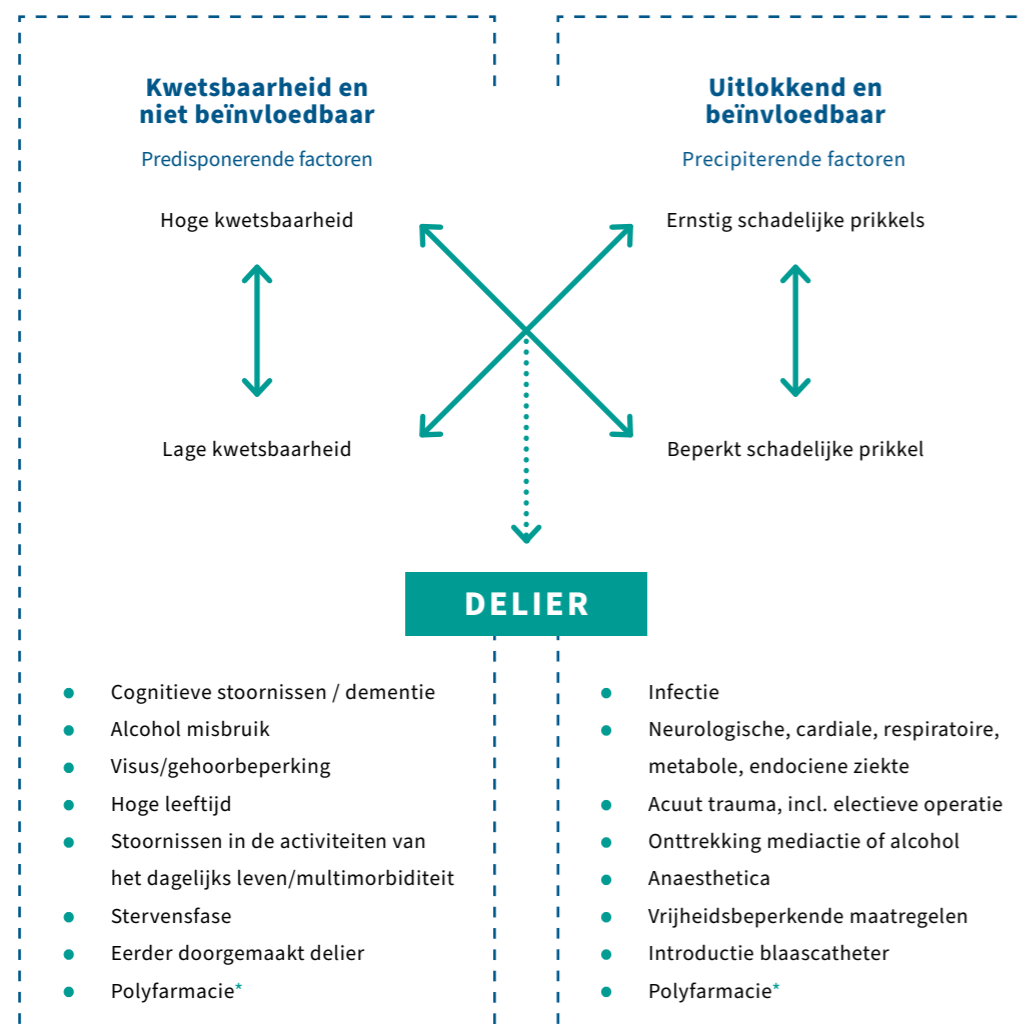
Pathofysiologie en etiologie

Het ontstaan van een delier is complex en onderzoek hiernaar is nog volop gaande, maar de belangrijkste hypothese is een (omkeerbare) aantasting van het cerebrale oxidatieve metabolisme en meerdere afwijkingen van verscheidene neurotransmitters (Fong et al., 2009a). Een van de oorzaken van een delier is de afname van de neurotransmitter acetylcholine (een stofje dat nodig is bij de prikkeloverdracht tussen zenuwcellen) (Pisani et al., 2007). Deze afname van acetylcholine zie je onder andere bij het ouder worden en bij dementie. Medicatie die voor de prikkeloverdracht acetylcholine nodig heeft (anticholinerge medicatie) kan om die reden een delier opwekken. Verhoogde dopaminerge-activiteit verstoort de balans tussen cholinerge en dopaminerge-activiteit en is om die reden ook verantwoordelijk voor het ontstaan van een delier. Een delier bij mensen met Parkinson kan daarom aanleiding zijn om de Parkinson-medicatie tijdelijk te verminderen (met name de dopamine agonisten). Andere neurotransmitters die in een verhoogde concentratie zijn aangetoond bij een delier zijn serotonine en gamma-aminoboterzuur (GABA). Ook melatonine geeft een verhoogd risico op een delier (Fong et al., 2009a). Al deze factoren hangen waarschijnlijk onderling samen, waardoor de verklaring voor het ontstaan van een delier een zeer complex vraagstuk blijkt.

Risicofactoren

Er is veel bekend over risicofactoren om een delier te ontwikkelen. Deze worden ingedeeld in predisponerende factoren en precipiterende factoren, zie Figuur 1. Predisponerende factoren zijn factoren waardoor iemand gevoeliger is voor een ziekte maar het zijn factoren die niet meer te beïnvloeden zijn en de kwetsbaarheid van een client weergeven, zoals een reeds eerder doorgemaakt delier, dementie, functionele beperkingen en hoge leeftijd. Precipiterende factoren worden ook wel uitlokkende factoren genoemd en zijn factoren die te beïnvloeden zijn, zoals koorts, obstipatie, polyfarmacie, alcohol of een urineweginfectie. Het ontstaan van een delier is een samenspel tussen de predisponerende en precipiterende factoren. De aanwezigheid van deze twee typen factoren bepaalt

of iemand al dan niet (snel) een delier ontwikkelt: de aanwezigheid van predisponerende factoren bij een cliënt, geeft standaard een hoge basale gevoeligheid voor het ontwikkelen van een delier. Dan kan een enkele kleine precipiterende factor al een delier kan uitlokken. Andersom geldt ook dat de aanwezigheid van meerdere uitlokkende precipiterende factoren, ondanks weinig predisponerende factoren toch een delier kunnen veroorzaken (Inouye, 1996; Voyer et al., 2009).



* Polyfarmacie is een factor die wel zowel mate van kwetsbaarheid weergeeft, namelijk noodzakelijk en onmisbaar tengevolge van multimorbiditeit, maar kan ook een factor zijn die het delier uitlokt terwijl er nog keuzes zijn in een medicatie, stoppen, verminderen of ander soort, of dat het nieuw geïndiceerd wordt om juist een andere uitlokkende factor te behandelen.

FIGUUR 1 Relatie tussen kwetsbaarheid en uitlokkende factoren (bewerking UKON-expertteam, 2024)

Een specifieke risicofactor voor het ontwikkelen van een delier is dementie, daardoor ontstaat 'een delier als gevolg van dementie' (Oude Wortel, 2022). Dit is waarschijnlijk één van de belangrijkste factoren voor het ontstaan van een delier door de verlaagde concentratie acetylcholine in de hersenen (Pisani et al., 2007).

Er zijn twee opties voor het delier ten gevolge van delirium:

1. delier bij dementie, waarbij de dementie de predisponerende factor is met daarnaast tegelijkertijd een mogelijk onderliggende precipiterende "somatische" ziekte. Denk hierbij aan urineweginfecties, luchtweginfecties, dehydratie, obstipatie of polyfarmacie. Dit delier is dus in principe behandelbaar.
2. delier als gevolg van de dementie waarbij de dementie zowel de predisponerende als de precipiterende factor is, en dus niet behandelbaar. Doordat dementie progressief is, neemt de hersenschade toe en verzwakt de pathofysiologie, zie pagina 6. Symptombestrijding van het delier is dan de enige optie.

Een ander specifieke risicofactor voor het ontwikkelen van een delier is de stervensfase (de laatste dagen van het leven). Het is een vaak voorkomend en complex probleem, waarbij verschillende factoren zoals pijn, urineretentie, infecties, medicatiebijwerkingen (bijvoorbeeld van opioïden en anticholinerge middelen), dehydratie en elektrolytenstoornissen (zoals hypo- of hypernatriëmie, hypomagnesiëmie en hypocalciëmie) een rol kunnen spelen. Tevens is er op dat moment een onomkeerbaar pathofysiologisch proces gaande: desintegratie van hersennetwerken en veranderde balans van neurotransmitters of electrolytstoornissen (IKNL, 2022). Hierdoor is er sprake van een refractair delier, dat wil zeggen een delier waarbij geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.

Klinische relevantie

Het doormaken van een delier heeft grote gevolgen voor de vier levensdomeinen van de "kwaliteit van het leven", namelijk het lichamelijk welbevinden, sociale redzaamheid, mentaal welbevinden, woon- en leefomgeving en kwaliteit van sterven.

Lichamelijk welbevinden

Het doormaken van een delier kan enorme gevolgen hebben voor een cliënt, zoals ondervoeding,

dehydratie, incontinentie en vallen. Het leidt in 38% tot een verhoogde mortaliteit (Neven, 2005; Witlox et al., 2010). Recent onderzoek van Quispel toont aan dat 47% van de cliënten met een delier op een polikliniek ouderenspsychiatrie, na drie maanden niet hersteld was van het delier, 15% overleden was en dat geen van hen hersteld was op het oude lichamelijk of cognitieve niveau (Quispel et al., 2024). Onderzoek van Kiely et al. (2009) toont aan dat bijna een derde van de onderzochte cliënten met een delier na zes maanden delirant blijft. In dit onderzoek was de mortaliteit na een jaar 39%. De kans op overlijden blijkt 2,9 keer groter wanneer het delier niet adequaat behandeld wordt (Kiely et al., 2009). Cliënten met een hypoactief delier hebben een grotere kans op overlijden dan cliënten met een hyperactief delier (Kiely et al., 2007; Quispel et al., 2024).

Sociale redzaamheid

Het doormaken van een delier gaat doorgaans gepaard met gedrag dat storend is voor de omgeving, zoals agitatie of agressie. Ook is het zo dat mensen met een delier op dat moment meestal niet voor zichzelf kunnen zorgen en bijvoorbeeld onvoldoende eten, drinken, slapen of hun medicatie niet correct innemen. Daardoor wordt men afhankelijk van naasten of verzorgenden. Hiermee belast een delier de naasten met zorgen. Naasten kunnen een delier als traumatisch ervaren.

Mentaal welbevinden

Het doormaken van een delier kan een uiterst beangstigende ervaring zijn voor de cliënt en zijn naasten. Er is hierbij geen verschil in beleving tussen de verschillende typen van het delier (NHG, 2020). Cliënten die een delier hebben doorgemaakt gaven aan gevoelens van paniek, boosheid, angst, hulpeloosheid en eenzaamheid als zeer belastend te hebben ervaren (Sörensen Duppils & Wikblad, 2007; McCurren & Cronin, 2003). Het doormaken van een delier versnelt de cognitieve achteruitgang bij dementie (Fong et al., 2009b).

Woon- en leefomgeving

Naast de cognitieve achteruitgang heeft de cliënt tijdens delirante episodes een verhoogd risico op verwondingen of complicaties bij behandeling. De omgeving is dan voor iemand met een delier niet veilig. Dit leidt in ziekenhuizen tot een toename van de opnameduur van 5 tot 10 dagen, een toename van de kans op een opname in een verpleeghuis van 3% naar 16%, langdurige arbeidsongeschiktheid en hogere kosten van de gezondheidszorg (Schuurmans, Shortridge-Baggett & Duursma, 2001b; Fong et al., 2009a; Kuehn, 2010). Andersom kan het delier van een cliënt leiden tot een niet veilige omgeving voor naasten en medebewoners.

Kwaliteit van sterven

In de stervensfase kan een delier het van elkaar afscheid nemen voor de cliënt en de naasten verstoren. Bestrijding van angst, achterdocht, hallucinaties of motorische onrust is van belang om de cliënt de mogelijkheid te bieden zijn gedachten weer op orde te krijgen en waardig afscheid te nemen (NHG, 2020). Het meemaken van een beangstigend delirant verlopen sterfbed kan tevens bij naasten een onuitwisbare indruk achterlaten, die op zijn beurt de beeldvorming kan bepalen van het toekomstige eigen ziek zijn en sterven (IKNL, 2022).

Herkenning

Herkenning, signalering en screenen

Een delier is te herkennen aan het optreden van fluctuerende veranderingen in gedrag en cognitie bij een cliënt. De symptomen ontstaan in slechts enkele uren tot dagen en wisselen gedurende de dag in aanwezigheid én in ernst. De symptomen kunnen overdag, 's avonds en 's nachts anders zijn. Er is grote onderdiagnostiek van delier en daarom is het opbouwen van klinische expertise om een delier te herkennen uitermate belangrijk.

De volgende veranderingen in het gedrag kunnen een aanwijzing zijn van een (zich ontwikkelend) delier (V&VN, 2023):

- onduidelijk taalgebruik,
- snel afgeleid zijn, veranderd bewustzijn, of aandacht (trekken en/of behouden),
- verschil in cognitief functioneren in de loop van de dag,
- verandering in slaap-waak ritme,
- verandering in logisch (georganiseerd) denken,
- waarnemingsstoornissen (hallucinaties) of wanen,
- motorisch handelen (van lethargie tot agitatie) en
- Verandering in oriëntatie in plaats, tijd en persoon

Doordat er drie vormen zijn van een delier, is het herkennen complex. Het hyperactieve delier werd vroeger ook wel acute verwardheid genoemd en uit zich in fluctuerende motorische onrust (agitatie, rusteloos, roepen) en verhoogd bewustzijn (hyperalert) en cognitieve problemen (zoals hallucinaties, wanen, achterdocht). Het hypoactief delier wordt minder eenvoudig herkend. De cliënt heeft dan wel de cognitieve problemen (wanen, hallucinaties) en een verlaagd bewustzijn (minder alert en minder aandacht), maar ook een juist verlaagde psychomotoriek, waardoor de cliënt teruggetrokken en stil is, zelfs apathisch (American Psychiatric Association, 2004) waardoor het apatische delier voor een depressie aangezien kan worden. Bij de gemengde vorm kunnen alle symptomen gedurende een bepaalde tijd aanwezig zijn, zie het filmpje over herkennen van delier bij de verschillende uitingsvormen in de **UKON Toolkit delier**.

In de thuissituatie kan de herkenning lastig zijn. Een eenmalig bezoek is een momentopname en dat maakt de beoordeling van een delier veel minder betrouwbaar. Actief zoeken naar observaties van anderen (naasten) is dan nodig waarbij vooral veranderingen in de avond en nacht van belang zijn aangezien delier meer tot uiting komt in de nacht. (NHG, 2020).

De herkenning van een delier wordt bevorderd als de kenmerken van een eerder doorgemaakt delier bij een cliënt bekend zijn bij de professionals. Zo kunnen de observaties zich ook richten op die kenmerken. Het is daarom van belang dat de kenmerken van een delier bij die ene specifieke cliënt goed gerapporteerd en overgedragen worden. Ook moeten naasten op de hoogte zijn van de symptomen van doorgemaakt delier en moet informatie van naasten in de anamnese meegenomen worden.

Delier – Dementie – Depressie: de drie D's

Het herkennen van een delier wordt niet alleen bemoeilijkt doordat de symptomen zich op verschillende manieren kunnen uiten en wisselend aanwezig zijn gedurende de dag, maar ook omdat de symptomen bij verschillende ziektes en aandoeningen kunnen passen of deze ziektebeelden tegelijkertijd aanwezig kunnen zijn (McCusker et al., 2010; Han, Wilson & Ely, 2010; Van Blanken & Robben, 2005). Er is met name veel aandacht voor de overeenkomsten en verschillen tussen het delier en dementie en depressie, de zogenaamde 3D's, zie Tabel 1. Naast de overeenkomsten in het klinisch beeld hebben dementie en delier nog andere verwantschappen, namelijk: a) dat de prevalentie van beide aandoeningen sterk stijgt met de leeftijd; b) dementie is een sterk uitlokkende factor van een delier en c) een delier kan een eerste teken zijn van een zich ontwikkelende dementie (Laurila, Pitkala, Strandberg, & Tilvis, 2004).

TABEL 1 Onderscheid delier, dementie en depressie*

KENMERK	DELIER	ZIEKTE VAN ALZHEIMER	VASCULAIRE DEMENTIE	LEWY-BODY DEMENTIE	DEPRESSIE
Aanloop	Acuut	Sluipend	Acuut	Geleidelijk	Geleidelijk
Beloop	Fluctuerend	Langzaam progressief	Wisselend / stapsgewijs	Progressief / wisselend beloop	Dagschommelingen
Bewustzijn	Verminderd	Normaal	Wisselend	Normaal	Normaal
Aandacht	Gestoord	Meestal intact	Meestal intact	Gestoord	Intact, (interesseverlies kan beoordeling bemoeilijken)
Oriëntatie	Gestoord	Gestoord	Wisselend	Gestoord	Intact
Geheugen	Gestoord	Gestoord	Wisselend	Gestoord	Intact
Denktempo	Vertraagd / versneld	Normaal / vertraagd	Normaal / vertraagd	Normaal / vertraagd	Vertraagd
Inhoud denken	Incoherent	Verarmd	Incoherent	Verarmd	Preoccupatie
Waarneming	Wanen en hallucinaties	Meestal normaal	Meestal normaal, soms wanen	Wanen en hallucinaties	Meestal normaal maar ook mogelijk met wanen
Stemming	Labiël	Wisselend	Somber, labiël	Wisselend, depressief / angstig	Somber / geagiteerd

* Gebaseerd op: Van der Weele et al., 2003; Jonker, Slaets & Verhey, 2009; Sanders & van Gelderen, 2001;

Wiersma, Boukes, Geijer & Goudswaard, 2008.

Delier als gevolg van de dementie

Een plotselinge verslechtering of een verandering van gedrag bij mensen met dementie is een alarmsignaal waarbij men alert moet zijn dat een delier opspeelt (Fick et al, 2002). Dit vraagt dat

zorgmedewerkers het dagelijkse gedrag van de cliënt moeten kennen, zodat veranderingen herkend worden. Hier kan familie ook een rol in spelen om deze verandering in gedrag waar te kunnen nemen (NVKG, 2023).

Het lijkt of in de praktijk het delier bij een cliënt met dementie weinig aandacht krijgt en dat kan mogelijk liggen aan het feit dat het herkennen complex is. Meerdere artikelen beschrijven dat een delier bovenop een dementie niet herkend of beschreven worden, hoewel het wellicht de grootste risicofactor van een delier is (Kuehn, 2010; Voyer, Cole, McCusker & Belzile, 2006; Voyer et al., 2009; Inouye et al., 1996).

Overigens moet er aandacht zijn bij cliënten met dementie dat een symptoom zoals agitatie ook voorkomt bij somatische klachten als een volle blaas, obstipatie, pijn, benauwdheid of bijwerkingen van medicatie (Verhagen et al., 2005) en dat daar niet een delier onder hoeft te liggen. De andere symptomen van het delier die je ook zou verwachten zoals bewustzijnsdaling, wanen en hallucinaties zijn dan afwezig. De NHG-standaard beschrijft dan vervolgens dat mensen met dementie inderdaad een sterk verhoogd risico hebben, maar dan zónder de duidelijke fluctuaties en de aandachtsstoornis.

Meetinstrumenten herkennen van delier

In de diverse richtlijnen worden verschillende meetinstrumenten genoemd die kunnen helpen bij het herkennen van een delier, echter er is helaas geen gevalideerd en betrouwbaar meetinstrument voor de thuissituatie of het verpleeghuis. Het alert zijn op delier, op signaleren van mogelijke symptomen en het opbouwen van klinische expertise is daarom de belangrijkste aanbeveling. Het routinematig screenen wordt afgeraden (V&VN, 2023).

Desondanks worden diverse screeningsinstrumenten in de richtlijnen genoemd die als hulpmiddel kunnen dienen. De meeste benadrukken dat de screening gezien de fluctuaties drie momenten van de dag moet bevatten.

- DOSS, de Delier Observatie Screening Scale (DOSS) (Schuurmans et al., 2001a; Schuurmans et al., 201b) is het meest gebruikte instrument. Het is ontwikkeld voor het monitoren van een vastgesteld delier, het observeert de ernst van de deliersymptomen. Daar is het in de thuissituatie en in het verpleeghuis ook goed geschikt voor. De DOSS wordt echter ook gebruikt bij vermoeden van een delier. Het advies is om bij interpretatie van de uitslag niet het

vaste afkappunt twee te gebruiken, maar het te vergelijken met voorgaande resultaten: een relatieve verhoging van de score kan duiden op een delier. Inzage in symptomen van cliënten die thuis wonen moet verkregen worden van naasten.

- DIDAS, de Delirium in Dementia Assessment Scale, is onlangs specifiek ontwikkeld om de ernst van een delier te kunnen monitoren bij mensen met dementie. Wordt ook gebruikt voor screening op gedragsveranderingen van delier (Van Gils, 2022). Observatieschaal, bestaande uit tien vragen.
- DOM, de Delier-O-Meter, een observatieschaal bestaande uit twaalf vragen ontwikkeld om de ernst van een delier vast te stellen (De Jongh, 2002). Wordt ook gebruikt als screening.
- DCQ, de Delirium Caregiver Questionnaire, is onlangs ontwikkeld (Quispel, 2018) als een triage instrument op polikliniek om te bepalen of er risico is op een delier. Bestaat uit zeven vragen. Wordt toegepast in de ambulante psychiatrie en wordt momenteel getoetst als screeningsinstrument in de wijk door UMCG.
- Nu-Desc, een superkorte observatieschaal bestaande uit vijf vragen, in het buitenland gevalideerd voor de ziekenhuis setting. Het is niet formeel vertaald naar Nederlands, gratis toegankelijk, Zou apathisch delier goed herkennen (Hargrave et al, 2017).

Er zijn een aantal eenvoudige instrumenten die niet een delier herkennen maar een globale cognitieve achteruitgang zichtbaar maken, die weinig tijd kosten (korter dan 3 minuten), ingezet kunnen worden door leken en die een indicatie geven van een mogelijk delier (Quispel et al., 2018). Het idee is om bij positieve resultaten, een gericht delier screenings- of diagnostisch instrument in te zetten. Het is onbekend of deze korte instrumenten in Nederland toegepast worden:

- OSLA, SLA: Observational Scale of Level of Arousal: voornamelijk gebruikt in ziekenhuis en verpleeghuis waarmee verstoorde aandacht getest wordt en een van de weinige testen geschikt om een te gebruiken bij dementerenden (Tieges et al., 2013).
- RASS: Richmond Agitation and Sedation Scale (Han et al., 2015).
- AMT-4, 4-point Abbreviated Mental Test: de symptomen kunnen duiden op delier of dementie (Bellelli et al., 2014). Bestaat uit vier vragen.
- MOTYB, de Month of the Year Backwards, stelt in verpleeghuissetting vast of er sprake is van verstoorde aandacht (Quispel, 2018, Volier 2016). De cliënt moet de maanden van het jaar achter elkaar in omgekeerde volgorde opnoemen.

BRAVE is een werkwijze gericht op betere herkenning van signalen van delier en communicatie daarover. De aanpak richt zich op verschillende stappen van delierherkenning, en is multidisciplinair. BRAVE staat voor Bewust zijn, Reageren, Analyseren, Vertellen en Evalueren. Deze wordt momenteel getoetst binnen het UNO-UMCG.

Diagnostiek

De DSM-5 TR criteria beschrijven de criteria voor een delier (Adamis, 2018). Het delier betreft een stoornis met de volgende kenmerken (American Psychiatric Association, 2022):

- A.** Bewustzijnsstoornis en aandachtstoornissen; respectievelijk verminderd besef van de omgeving (bewustzijn) en een verminderd vermogen om de aandacht te sturen, te richten, vast te houden en te verplaatsen.
- B.** ontwikkelt zich in korte tijd (meestal binnen een aantal uren of dagen), betreft een verandering in het premorbide niveau van bewustzijn en aandacht, en heeft de neiging in de loop van de dag in ernst te fluctueren.
- C.** Er zijn een bijkomende cognitieve functiestoornis en een waarnemingsstoornis.
- D.** De symptomen in criteria A en C kunnen niet beter verklaard worden door een andere neurocognitieve stoornis en doen zich niet voor als ernstig gedaald bewustzijn
- E.** Er zijn aanwijzingen van een somatische oorzaak zoals onderliggende aandoening, intoxicatie, door of onttrekking van een middel (zoals een drug of medicatie), blootstelling aan een giftige stof of het gevolg is van multipale oorzaken.

De DSM-5 TR maakt vervolgens onderscheid tussen hyperactief delier en een hypoactief delier, zie aldaar.

Bij differentiaal diagnostiek bij een delier worden gedacht aan dementie, depressie, psychose, Lewy Body dementie (Van de Mast et al., 2004), maar ook aan angst en radeloosheid ten gevolge van ziekte (Verhagen, Bannink & Krol, 2005). Overeenkomsten tussen dementie en delier zijn de stoornissen in het geheugen, de oriëntatie, het denken en het oordelen. Een delier bovenop dementie is in de klinische praktijk moeilijk vast te stellen omdat ook dan het onderscheid met andere aandoeningen, zoals depressie en psychose, niet eenvoudig is.

Oude Wortel stelt de volgende criteria voor om diagnose 'delier ten gevolge van dementie' te hantieren (2022):

- A.** Reeds bestaande dementie of cognitieve stoornis.
- B.** Verstoring van alertheid of aandacht; onvermogen om de aandacht te richten, vast te

houden of te verleggen

- C.** Een verandering ten opzichte van voorgaand niveau van functioneren die:
 - zich heeft ontwikkeld in een korte periode (uren tot enkele dagen),
 - en een duidelijke verandering inhoudt ten opzichte van reeds bestaande beperkingen,
 - en neigt te fluctueren gedurende de dag.
- D.** Daarbij: minste twee van de volgende symptomen: hallucinaties, wanen, labiel affect of veranderd motorisch gedrag, dwalen, ijsberen, plukgedrag.
- E.** Bewijs dat het onwaarschijnlijk is dat een systemische ziekte verantwoordelijk is voor de klinische verschijnselen in A-D.

Meetinstrumenten diagnostiek delier

De twee meest gebruikte diagnostisch instrument zijn de CAM, en de hiervan afgeleide 3-D-CAM (Inouye et al., 1990) en de Delier Rating Scale revised (DRS-R-98) (Trzepacz et al., 2001).

- A.** CAM, een interview en observaties door een getrainde professional, bestaande uit 10 hoofdvragen, en gebaseerd op de DSM-5 criteria. Aan vier criteria moet voldaan zijn voordat diagnose delier gesteld kan worden (Inouye, 1990).
- B.** 3-D-CAM, een verkorte versie van de CAM. DRS-R-98 wordt gebruikt voor diagnostiek en als ernstschaal. Is evenals de CAM een interview en observaties, ook kan informatie opgevraagd worden bij zorgverleners en naasten. Bestaat uit 14 vragen. De instructie en scores zijn gedetailleerder dan van de CAM. Kan uitgevoerd worden door getrainde professionals (Trzepacz, 2001).

Het monitoren van de ernst van het delier, het uitdoven of verergeren is belangrijk om de therapeutische interventie te kunnen evalueren (van de Mast et al., 2004). De ernst kan gemeten worden met dezelfde instrumenten, de CAM of de DRS-R-98. In praktijk worden voor het monitoren van de ernst van het delier echter observatie instrumenten gebruikt, zoals DOSS, DIDAS en de DOM doordat deze ingevuld kunnen worden door verzorgenden en verpleegkundigen.

Omgangsadviezen en basiszorg

Preventie delier

Er is beperkt onderzoek gedaan naar preventieve interventies in het verpleeghuis en in de thuissituatie. In het ziekenhuis heeft onderzoek laten zien dat een preventief delierbeleid van groot belang is. Onderzoek toont aan dat een delier in 30-40 % van de gevallen te voorkomen is door tijdige adequate preventieve interventies (Inouye et al., 2014), gericht op de uitlokkende factoren. In een studie werd aangetoond dat verpleegkundige interventies gericht op mobilisatie, oriëntatie, cognitie, vocht- en voedingsbalans, slaap, visus en gehoor leiden tot een verlaging van de incidentie en prevalentie van een delier en het verkorten van de duur van een delier (Holt, Young & Heseltine, 2013; Wand et al., 2014). Het geven van zorg ter preventie van een delier komt overeen met de behandeling van een delier.

Behandelen delier

De behandeling van een delier is voornamelijk gebaseerd op best practices, consensus en observationele studies (Francis, 2021). Het multifactoriële ziektebeeld, de verwevenheid met cognitieve problemen en de hoge leeftijd van cliënten maakt dat wetenschappelijke studies uitermate complex zijn om uit te voeren en om conclusies hieruit te trekken. Voorlopig berust de behandeling van een delier op de pijlers: het achterhalen van de oorzaak, optimale basiszorg om basisfuncties te optimaliseren, een individuele benaderingswijze gericht op verminderen van deliersymptomen en in laatste instantie pas medicamenteuze behandeling.

Het achterhalen van de oorzaak wordt in deze leidraad niet verder uitgeschreven, we verwijzen hiervoor naar de richtlijnen delier. Wanneer de cliënt terminaal is, kan het zoeken naar oorzaken sterk beperkt blijven.

Optimaliseren basiszorg

Wat veel minder aandacht krijgt in de literatuur is behandeling van het delier door optimale basiszorg te verlenen. Het optimaliseren van basiszorg dient er voor om de basisfuncties van een cliënt te

verbeteren. Het is van belang omdat een verdere ontregeling van de basisfuncties juist uitlokkende factoren zijn die het delier in stand houden of zelfs doen toenemen. Het optimaliseren van de basiszorg is daarom essentieel om een delier te doen doven. Denk hierbij aan goed eten en drinken, goed slapen, goed rusten, voldoende mobiliteit en een goed uitscheidingspatroon. Het realiseren van optimale basiszorg bij een cliënt met een hyperactief of hypoactief delier vereist extra inzet van verzorgend personeel en naasten, en is voor hen ook belastend. Het vraagt extra organisatie en eventueel extra financiering.

Symptoombestrijding door middel van benaderingswijze

Het verzorgen van, en omgaan met, een delirante cliënt vraagt om een eenduidige en gerichte multidisciplinaire aanpak. Bij de zorg en behandeling is het belangrijk om de verschijnselen van het delier te verminderen, bijvoorbeeld de agitatie, angst, verwardheid of juist de passiviteit. De omgang met een cliënt wordt bepaald door de deliersymptomen die op de voorgrond staan. Voor het doseren van prikkels, is het daarom van belang om onderscheid te maken tussen het hypo- en hyperactieve delier. Bij een hypoactief delier is het stimuleren van prikkels van belang; bij een hyperactief delier is juist prikkelreductie belangrijk. Indien er sprake is van een mengvorm van afwisselend hypo- en hyperactief delier, dan vraagt dit om goede balans tussen beide benaderingswijzen. Per cliënt moet per moment bekeken worden wat wenselijke interventies zijn. Duidelijkheid, prikkeldosering en structuur van de dag zijn bij alle drie de vormen essentieel.

Omgangsadviezen

De term omgangsadviezen staat in deze leidraad voor interventies die voortkomen uit de integratie van het optimaliseren van basiszorg en het werken met een individuele benaderingswijze om deliersymptomen te verminderen. In de praktijk lopen deze twee aspecten van zorg en behandeling door elkaar. Beide aspecten richten zich op het zo snel en efficiënt mogelijk verminderen van de symptomen van het delier en het verminderen van factoren die het delier uitlokken. De omgangsadviezen worden uitgevoerd door zowel de medische als de verpleegkundige zorgverleners, als ook door naasten. Veel van de onderstaande adviezen zijn overgenomen uit de richtlijn Delier van de website Pallialine (IKNL, 2022) en zijn deels aangepast of aangevuld.

Alle ingezette interventies worden opgenomen in een meervoudig interventieprogramma, als onderdeel van het probleem delier in het individuele zorgplan.

Algemene omgangadviezen

- Creëer een rustige, stabiele en veilige omgeving.
- Hanteer een rustige, vriendelijke houding die niet als bedreigend overkomt.
- Laat de cliënt zo min mogelijk alleen.
- Benader de cliënt op een geruststellende manier.
- Vertel wie je bent en wat je komt doen.
- Spreek rustig, met korte zinnen en stel korte vragen.
- Spreek eventueel in het dialect dat de cliënt gewend is.
- Gebruik weinig woorden.
- Controleer of het gezegde begrepen wordt, maar besef dat niet alles zal worden onthouden.
- Maak regelmatig een praatje, sluit aan bij de leefwereld en interesses van de cliënt.
- Beperk omgevingsprikkels.
- Vertel wanneer je terugkomt en schrijf dit eventueel duidelijk leesbaar op voor de cliënt.
- Stem het aantal bezoekers met elkaar af.
- Verwijder zaken die mogelijk gevaar voor letsel opleveren.
- Ga na wie een positieve uitwerking heeft op de cliënt, probeer deze persoon zoveel mogelijk in te zetten bij de begeleiding van de cliënt.
- Praat met de cliënt over echte gebeurtenissen, betrek de cliënt in het hier en nu door bijvoorbeeld stukjes voor te lezen uit de plaatselijke of regionale krant.
- Vermijd discussie, stemverheffing en het op confronterende wijze tegenspreken van de cliënt.
- Zorg ervoor dat de cliënt goed zicht heeft op zijn omgeving, vermijd gesprekken bij de deuropening met derden.

Gericht op oriëntatie

- Optimaliseer zintuigen: bril op en gehoorapparaat in (controleer gehoorapparaat en gehoorgang).
- Benader de cliënt aan de kant met het beste gehoor/visus.
- Faciliteer de toegankelijkheid van hulpmiddelen, bijv. groot letterboeken, verlichte telefoon, fluorescerende tape op de bel.
- Zorg voor de aanwezigheid van klok en kalender.
- Houd gesprekken kort.

- Herinner cliënten dagelijks aan de dag, plaats en reden van opname.
- Maak kamer, toilet, badkamer als zodanig herkenbaar.
- Zorg voor goede verlichting, ook evt. nachtlampje in de nacht.
- Vraag naasten om bekende voorwerpen van thuis te laten meenemen, zoals foto's, eigen dekbed/kussen.
- Zet zo min mogelijk verschillende zorgverleners in.
- Plaats foto's binnen het gezichtsveld.
- Gebruik agenda voor notities en afspraken.

Gericht op de cognitie

- Communiceer dagelijks met de cliënt gericht op oriëntatie.
- Stimuleer regelmatig bezoek van vrienden en familie.
- Heb aandacht voor oriëntatie: wie, wat, waar en waarom.
- Maak meerdere keren per dag tijd voor cognitieve stimulatie middels spel en discussie.
- Organiseer de aanwezigheid van een bord met namen van de teamleden op de afdeling.
- Zorg voor een dagprogramma, vaste dagindeling, structuur.

Gericht op verminderen van wanen en hallucinaties

- Ga niet mee in vreemde 'waanideeën'. Probeer de cliënt niet tegen te spreken maar maak wel duidelijk dat voor jou de waarneming anders is.
- Praat met de cliënt over echte gebeurtenissen; betrek de cliënt 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 cliënt; maak zo mogelijk wel duidelijk dat de waarneming van de cliënt niet juist is.
- Toon begrip voor emoties en angst die wanen en hallucinatie kunnen opwekken.
- Fluister niet met derden in het bijzijn van de cliënt.
- Probeer om de boodschap achter het verhaal te achterhalen.

Gericht op doseren van prikkels en waarnemingen, bij hyperactief delier

- Benader de cliënt op een rustige en geruststellende wijze.

- Gebruik een vaste dagindeling.
- Beperk geluiden, van mensen en van apparaten.
- Beperk omgevingsprikkels door overzichtelijke en ordelijke inrichting.
- Beperk het aantal zorgverleners en bezoekers.
- Laat radio of televisie niet aanstaan.
- Sluit eventueel deuren indien geluiden de agitatie versterken.

Gericht op doseren van prikkels en waarnemingen, bij hypoactief delier

- Stimuleer prikkels, op gecontroleerde wijze. Denk aan bezoek (niet teveel tegelijk), geluid radio/muziek,
- Denk aan bewegen, uit bed komen, zie ook Mobiliteit.
- Bied dagprogramma aan. Houd dag- en nachtritme vast
- Samen eten (hierbij toezien op (voldoende) drinken en inname medicatie)
- Zintuigen prikkelen (bril op, gehoorapparaat en prothese in)

Gericht op verminderen van angst

- Hanteer een rustige, vriendelijke houding die niet als bedreigend overkomt.
- Spreek eventueel de cliënt aan in het dialect dat hij gewend is.
- Gebruik weinig woorden.
- Creëer een rustige en stabiele omgeving.
- Toon begrip voor emoties en angst.
- Achterhaal wat de oorzaak van de angst is (hallucinaties, wanen, controleverlies).
- Laat de cliënt niet alleen bij hevige angst of paniek.
- Ga na wie of wat een positieve uitwerking hebben op de angst van de cliënt.
- Maak regelmatig een praatje, aansluitend bij de leefwereld en interesses van de cliënt.
- Vermijd beladen of emotionerende gespreksonderwerpen.

Gericht op verminderen motorisch 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;
 - het eventueel bekleden van bed of stoel met zachte materialen.
- Ga na of er factoren zijn die de agitatie versterken, denk hierbij aan een volle blaas of obstipatie.
- Stimuleer de aanwezigheid van vertrouwde personen en beperk het aantal personen in de omgeving van de cliënt.
- Ga zorgvuldig om met beschermende maatregelen; handel conform de Wet Zorg en Dwang.

Gericht op mobiliteit

- Probeer dagelijks zo veel mogelijk te mobiliseren (lieft 4 x per dag), wandelen, bedenk bewegingsoefeningen, actieve range-of-motion oefeningen, maak eventueel een dagschema.
- Vraag fysio-/ergotherapeut in consult voor beoordeling veilig lopen, het juiste loophulpmiddel en verbeteren loopbalans.
- Denk aan wisselgating bij bedlegerige cliënten elke 3 uur.
- Minimaliseer bewegingsbeperkende middelen (infuus, katheters, ed.)
- Vermijd vrijheidsbeperkende middelen.

Gericht op slaap

- Pas algemene maatregelen slaaphygiëne toe; zoals overdag voldoende beweging en daglicht.
- Vermijd (be)handelingen gedurende het rustuur/de nacht.
- Denk aan het aanbieden van warme dranken voor het slapen gaan.
- Optimaliseer de slaapkamer c.q. de afdeling met betrekking tot licht en geluid.
- Behandel slaapproblemen, bij voorkeur niet medicamenteus.
- Zorg voor goede verlichting, ook eventueel een nachtlampje in de nacht.
- Vermijd te veel prikkels (koffie, radio en tv).
- Voorkom zoveel mogelijk overdag slapen: stimuleer activiteit overdag.
- Zie: Kwaliteitsstandaard 'Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen' (V&VN, 2021)

Gericht op de vocht en voedingstoestand

- Stimuleer vochtinname.
- Garandeer dat vocht en voeding binnen handbereik staan.
- Zorg dat voeding in de juiste consistentie is.
- Probeer te achterhalen waarom de cliënt weinig eet/drinkt, soms is het uit angst om te vaak naar het toilet te moeten.
- Bijhouden van defecatie-, vocht- en voedingslijsten, minimale intake 1500 ml
- Zorgdragen voor gebruik van passend gebit.
- Inspecteer de mond (infectie/schimmel).
- Let op tekenen van dehydratie: dorst, droge slijmvliezen mond, spanning van de huid (turgor), weinig urineproductie, droge lippen, lichamelijke zwakte.
- Behandelen van uitdroging en/of obstipatie, laagdrempelig laxeren
- Overweeg consult diëtist/starten van bijvoeding.
- Schakel naasten in voor participatie bij maaltijden.
- Stimuleer gebruik huiskamer en eetkamer.
- Weeg cliënt.
- Zie multidisciplinaire richtlijn: 'Ondervoeding' (Stuurgroep Ondervoeding, 2019).

Gericht op pijn

- Bied afleiding.
- Reik ontspanningsoefeningen aan, gericht op pijnvermindering.
- Houd pijnscores bij en draag zorg voor adequate pijnstilling (let op bijwerkingen).
- Gebruik meetinstrumenten, maak keuze uit numerieke schalen (0-10), VAS-schalen (lijn), verbale schalen (heel erg – klein beetje), observatieschalen. Bijvoorbeeld: Pacslac D, Doloplus, PAIC, REPOS, PAINAD.
- Start en beoordeel een geschikte pijnbehandeling.
- Zie richtlijn: 'Pijn bij Kwetsbare ouderen' (Verenso, 2016).

Gericht op familieparticipatie

Bij de begeleiding dient expliciet aandacht te zijn voor de naasten van de cliënt. Het omgaan met, en verzorgen van, een delirante cliënt is voor de naasten een belastende akelige ervaring. Voorlichting over de oorzaak en het te verwachten beloop kunnen hierbij ondersteunend zijn. Daarnaast kunnen naasten juist een belangrijke rol spelen bij de preventie, diagnostiek en behandeling van een delier (NVKG, 2023). Aanbevelingen uit de richtlijn:

- Verstrek mondelinge en schriftelijke informatie over (het mogelijk optreden van) een delier aan de naaste en geef herhaaldelijk uitleg over de diagnose en behandeling.
- Geef een naaste een rol in de zorg bij een delier. Hij of zij kan bijvoorbeeld helpen bij desoriëntatie, immobilisatie, aanbieden van voeding, correctie van gezichtsbeperking en gehoorstoornissen (zie aanbevelingen hierboven).
- Kijk kritisch naar hoe de naaste optimaal betrokken kan worden bij de zorg voor het naaste met een delier (bijvoorbeeld rooming-in en maaltijdvoorzieningen voor de naaste).
- Daarnaast kan de naaste een belangrijke ondersteunende bijdrage leveren bij de diagnostiek, omdat zij bij uitstek acuut veranderend gedrag herkennen.
- Geef voorlichting aan cliënt en naasten over de bijwerkingen van medicatie en hoe te reageren als deze optreden.
- Bespreek na afloop van de delirante periode met de cliënt en/of naasten wat er gebeurd is en wat de oorzaak hiervan was. Bespreek ook de herinneringen die de cliënt en naasten hebben aan deze periode, dit bevordert een open communicatie over een nare periode. Voor naasten kan het delier van de cliënt een traumatische ervaring zijn geweest.
- Zie ook webpagina: Familieparticipatie (Zorg voor beter)

Medicamenteuze aanbevelingen

Verminderen van medicatie

De behandeling van een delier is in eerste instantie gericht op het achterhalen en bestrijden van de onderliggende oorzaak en uitlokkende factoren (NVKG, 2023). Veel studies hebben aangetoond dat medicijnen met anticholinerge eigenschappen en opioïden één van de meest voorkomende uitlokkende factoren zijn (Flaherty & Morley, 2013), zie voor een overzicht Tabel 2. Het verminderen en staken van deze medicatie moet daarom overwogen worden (NVKG, 2023).

TABEL 2 Medicatie met een verhoogd risico op delier (NHG, 2020)

Geneesmiddelen met verhoogd risico op delier*	
<p>Analgetica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opiaten, met name <i>langwerkende</i> (zoals morfinetabletten met geregleerde afgifte en fentanylpleisters); ook <i>tramadol</i> en <i>codeïne</i>. • NSAID's (o.a. risico op verslechtering nierfunctie). <p>Psychofarmaca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinen, met name bij gebruik langer dan een maand en middelen met lange halfwaardetijd: <i>chloordiazepoxide</i>, <i>nitrazepam</i>, <i>diazepam</i>. • Antidepressiva: tricyclische (anticholinerge werking sterkst bij <i>amitriptyline</i>, minst bij nortriptyline) en SSRI's. • Antipsychotica (met name bij gebruik langer dan een maand). 	<p>Overige groepen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urogenitale parasymphaticolytica (anticholinergica): <i>oxybutynine</i>, <i>tolterodine</i>. • Klassieke antihistaminica (met name bij gebruik langer dan een week): <i>dimetindeen</i>, <i>hydroxizine</i>, <i>promethazine</i>, <i>clemastine</i>, <i>cinnarizine</i>, <i>cyclizine</i>, <i>alimemazine</i>. • Corticosteroïden, met name hoge doses: prednison, dexamethason (vanaf circa 40 respectievelijk 10 mg/dag). • Metoclopramide, vooral bij langer gebruik (>5 dagen) en hogere doseringen (>3 dd 10/mg).

*Deze lijst is niet limitatief; er zijn alleen geneesmiddelen vermeld waarvan het gebruik in NHG-standaarden wordt aanbevolen. Bij oudere en kwetsbare patiënten kunnen in principe alle middelen een delier induceren. Alertheid is vooral geboden bij een medicatie- of doseringswijziging.

Plaats van medicatie in behandeling delier

Het medicamenteus behandelen van de verschijnselen van het delier betreft slechts het bestrijden van de symptomen (Inouye et al., 2014). Er is weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van een medicamenteuze behandeling op een delier. In de langdurige zorg is er nog minder kwalitatief goede literatuur over medicamenteuze interventies. Daarnaast zijn in de meeste studies geen cliënten met dementie geïncludeerd, terwijl de populatie in het verpleeghuis voor een groot gedeelte uit mensen met dementie bestaat. Medicatie om symptomen van het delier te verminderen worden dus niet geadviseerd, tenzij de cliënt een hoge lijdensdruk ervaart, een gevaar is voor zichzelf of anderen, de behandeling in de weg staat of dat het delier persisteert (NVKG, 2023). In de dagelijkse praktijk van het verpleeghuis wordt medicatie veelal gebruikt om symptomen te onderdrukken.

De beste behandeling van een delier is de behandeling van de oorzaak. Het is allereerst de opdracht om een oorzaak te zoeken. Daarbij is het de kunst om de oorzaak weg te nemen, zonder bij te dragen aan nog meer risico op delier, bijvoorbeeld door polyfarmacie. Vervolgens heeft de niet-medicamenteuze behandeling altijd eerst de voorkeur boven de medicamenteuze. Dat betekent dat de omgangsadviezen, bestaande uit de basiszorg en verminderen van deliersymptomen door middel van een individuele benaderingswijze, een onderdeel zijn van de behandeling van delier (NVKG, 2023) zie hoofdstuk Omgangsadviezen en basiszorg.

Wanneer starten met medicamenteuze therapie

- Na diagnostiek en behandeling van uitlokkende en bijdragende factoren.
- Alleen als benaderingswijze en gerichte zorgverlening onvoldoende effectief zijn.
- Bij ernstige symptomen zoals angst, agitatie en/of hallucinaties, achterdocht en (paranoïde) wanen.
- Bij hevige motorische agitatie, mede om te voorkomen dat cliënt zichzelf of anderen letsel toebrengt.
- Bij nachtelijke agitatie en/of verstoord dag-nacht ritme.
- Om essentieel onderzoek of behandeling mogelijk te maken.

Algemene principes bij het starten van medicatie

- Weeg bijwerkingen af tegen de risico's, juist in deze doelgroep:
 - -Veiligheid van medicatie in acht nemen, bijvoorbeeld valrisico bij antipsychotica.

- Initiatiefverlies en emotionele afvlakking: dit is inherent aan de werking.
- Streef naar een zo'n kort mogelijke en de laagst effectieve dosis (NHG, 2020).
- Specificeer doel medicatie: bepaal welke symptomen verminderd moeten worden. Om het effect te kunnen evalueren, is het noodzakelijk een nulmeting te doen van de symptomen die beoogd worden te verminderen. Denk bijvoorbeeld bij geagiteerd gedrag aan de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Ook kan door leden van het multidisciplinaire team zelf of door cliënt en naasten een lijst worden gemaakt met gedrag dat men graag ziet toe- of afnemen.

Delier in de palliatieve / terminale fase

Bij een delier in de palliatieve fase waarbij eerdere niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect heeft gehad, kan medicatie overwogen worden indien (1) er een positief effect verwacht wordt, zoals toename van comfort, en (2) de voordelen opwegen tegen de nadelen en de behandeling toepasbaar en passend is in het licht van de wens, verblijfplaats, algehele toestand en levensverwachting van de cliënt. Indien er sprake is van een zeer onrustig delier in de stervensfase, waarbij de onrust op korte termijn op geen enkele andere wijze te behandelen is, kan overwogen worden om over te gaan op palliatieve sedatie. Dit kan bijvoorbeeld door middel van intermitterende Midazolam te geven als een manier om symptomen te bestrijden en rust te creëren. Met deze periode van rust krijgt het effect van de initiële behandeling meer kans.

Medicamenteuze behandeling per doelgroep

In de literatuur is er geen consensus over het differentiëren van de behandeling naar de aard van het delier: hypoactief, hyperactief delier of een mengvorm hiervan. Wel wordt er onderscheid gemaakt in de behandeling van een delier a) bij gebruik van geneesmiddelen, b) bij gebruik van alcohol, c) bij cliënten met de ziekte van Parkinson of Lewy Body dementie en e) bij dementie. Het delier in de f) palliatieve fase kent aparte aandachtspunten.

Er wordt onderscheid gemaakt in de behandeling van:

- A.** delier ten gevolge van geneesmiddelen,
 - Zie Tabel 2
- B.** delier uitgelokt door gebruik van alcohol
 - Zie richtlijn Delier, NVKG 2023

- Zie richtlijn Stoornissen in alcoholgebruik; NVvP 2024.
- Zie richtlijn Problematisch alcoholgebruik; NHG 2021

C. delier bij volwassenen en ouderen

- Zie richtlijn NVKG 2023

D. delier bij cliënten met de ziekte van Parkinson of Lewy Body dementie

- Zie richtlijn Delier, NVKG 2023
- Zie richtlijn Multidisciplinaire richtlijn voor mensen met parkinson, Parkinsonnet 2023
- Zie richtlijn ziekte van Parkinson, Verenso 2020;
- Zie richtlijn ziekte van Parkinson, NHG 2024

E. een delier bij dementie ('delirium superimposed dementia'):

- Zie richtlijn Delier, NVKG 2023
- Zie richtlijn Probleemgedrag bij dementie, Verenso 2018
- Zie NHG-standaard Dementie, NHG 2020

F. Het delier in de palliatieve fase

- Richtlijn Delier in de palliatieve fase, IKNL 2022

Nazorg

Na de acute fase is de zorg rondom het delier afgerond en is er vaak geen aandacht meer voor de langetermijneffecten. Echter, het herstel van een delier kan relatief lang duren en heeft daarom aandacht. Zelfs na zes maanden kunnen er nog negatieve effecten aanwezig zijn zoals: problemen met dagelijkse activiteiten, verlies van cognitieve vaardigheden, toename van depressie, hogere mortaliteit en overbelaste naasten. In een Nederlandse studie onder cliënten met een delier op de poli ouderenpsychiatrie was 21% binnen drie maanden verhuisd naar verpleeghuis; was 11% overleden en was niemand op het oude niveau van fysiek of cognitief functioneren teruggekomen (Quispel et al., 2024). Voorspellers van een slecht herstel van een delier zijn: duur van het delier, hypoactief delier, ernst van het delier, dementie en depressie (V&VN, 2023).

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- Noteer in dossier dat een delier is doorgemaakt en beschrijf de deliersymptomen.
- Plan een post-deliërgesprek met de cliënt en (indien mogelijk) diens naaste. Overweeg de volgende punten te bespreken:
 - Functieverlies (ADL)
 - Angst en cognitie
 - Voorkomen nieuw delier
 - Eerder herkennen van een delier
 - Mogelijke langetermijneffecten van het delier.
- Heb aandacht voor de naasten: neem hen mee en geef goede voorlichting over het delier. Het doormaken van een delier is ook voor hen een stressvolle ervaring.

Interprofessioneel samenwerken

Multidisciplinair werken houdt in dat verschillende zorgverleners samenwerken om met de cliënt en naasten het hoogst mogelijke niveau van zorg te bieden (WHO, 2010). Professionals werken binnen de grenzen van het eigen vakgebied en verdelen taken na onderlinge afstemming. Interessanter is het interprofessioneel samenwerken dat een stapje verder gaat in de samenwerking. Interprofessionele samenwerking is het proces van samenwerken waarbij er wordt gewerkt met een groep, team of netwerk dat bestaat uit leden van verschillende disciplines die vanuit complementariteit interprofessioneel samenwerken en elk vanuit hun expertise bijdragen aan het realiseren van een gezamenlijke opdracht, in dit geval het uitdoven van het delier (Goossens en van Dongen, 2024). Bij interprofessioneel samenwerken neemt de professional discipline-overstijgende teambesluiten en handelt vakoverstijgend (Huibers et al., 2012; Tsakitzidis & van Royen, 2015). Daarmee wordt een collectief eigenaarschap van de zorg- en behandeldoelen van de cliënt gecreëerd (Bronstein, 2003).

Een interprofessionele aanpak is het meest effectief om de zorg en behandeling zoals beschreven in hoofdstukken 4 en 5 te realiseren. Hierbij zetten alle betrokken disciplines zich in om de omgangsadvisen te realiseren. Vanuit de specifieke achtergrond en kennis heeft iedere discipline zijn eigen aandachtspunten om de effectiviteit van de interventie te vergroten.

Hieronder wordt beschreven wat de taak en rollen zijn van de verschillende professionals en managers met betrekking tot optimale delierzorg.

Verzorgenden en verpleegkundigen

Verzorgenden en verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de 24-uurszorg en hebben de taak om de symptomen die kunnen passen bij een delier te herkennen. Een vroege herkenning is belangrijk om het risico op complicaties te verkleinen en de duur van het delier te beperken. Ook zetten zij de juiste omgangsadvisen in, dat wil zeggen zowel de basiszorg als de benaderingswijze om deliersymptomen te verminderen.

Observeren is essentieel om een delier bij een cliënt te herkennen en te monitoren en dit is een belangrijke taak van verzorgenden en verpleegkundigen. Daarvoor is het noodzakelijk dat zij de cliënten kennen, om zo veranderingen in gedrag of cognitie goed te kunnen signaleren. Een wisselende personeelsplanning waarbij leden van het zorgteam de cliënten niet leren kennen, is ongunstig.

Verpleegkundigen stellen de verpleegkundige NANDA-diagnose delier. Goede observatie, bijvoorbeeld met de DOSS, wordt gevolgd door een nauwkeurige rapportage waardoor de andere disciplines een goed beeld hebben van de cliënt. Vervolgens zetten zij optimale basiszorg in, zij hebben hier meer aandacht voor dan gemiddeld omdat het optimaliseren van de dagelijkse functies van de cliënt het delier vermindert. Ook bij een vermoeden van delier zijn de omgangsadviezen hetzelfde, namelijk: optimale basiszorg. Extra aandacht voor eten, drinken, rusten, slapen en bewegen dragen bij aan het voorkomen of verbleken van het delier.

Daarnaast informeren en begeleiden verzorgenden de naasten, ze reiken een patiënteninformatiefolder aan (zie voorbeeld in de [UKON Toolkit delier](#)). Zij geven adviezen over wat de beste benaderingswijze is voor deze cliënt en bieden een luisterend oor voor de naasten. Ook bespreken zij of, en in hoeverre, naasten de cliënt kunnen ondersteunen door extra mantelzorg te bieden. Verzorgenden beoordelen of er voldoende en adequaat personeel aanwezig is om cliënten met een delier goed te verzorgen. Daarbij wordt uitdrukkelijk ook de veiligheid van andere medebewoners en naasten meegewogen. Zo nodig wordt extra personeel ingezet en extra financiering georganiseerd.

Specialist ouderengeneeskunde / verpleegkundig specialist / physician assistant

De arts, verpleegkundig specialist of een physician assistant zijn verantwoordelijk voor een juiste medische diagnose en behandeling. Zij worden ingeschakeld bij een vermoeden van een delier en onderzoeken mogelijke oorzaken en uitlokkende factoren. Diagnostisch onderzoek houdt onder andere lichamelijk onderzoek in, labonderzoek en (hetero)anamnese. Zij verrichten een medicatiebeoordeling naar delier-uitlokkende medicijnen en verwijzen zo nodig naar andere behandelaren van het team. Ze vermelden de diagnose delier altijd in het dossier omdat het de behandeling en inzet van extra verpleegkundige interventies legitimeert.

Naasten

De naasten van een cliënt spelen een belangrijke rol in de behandeling van een delier, zowel intra- als

extramuraal. Zij kennen de cliënt het beste en zijn de vertrouwde gezichten voor een cliënt en kunnen voor hen rust en veiligheid bieden. Naasten dienen door alle zorgmedewerkers goed geïnformeerd te worden bij zowel de kans op een delier als bij de behandeling van een delier. Naasten ontvangen een patiënteninformatiefolder. Voor alle zorgmedewerkers is het belangrijk om een luisterend oor voor naasten te hebben waarbij er aandacht is voor de gevoelens die het delier bij hen oproept. De belasting van naasten wordt in kaart gebracht en gemonitord en de zorg wordt hierop afgestemd.

Psycholoog

Psychologen zijn wisselend betrokken bij het detecteren van een delier en bij het adviseren van verzorgenden en naasten over hoe om te gaan met een delier. Met name bij cliënten met dementie kan aanvullende diagnostiek nodig zijn om gedrag te duiden. De psycholoog informeert de verzorgenden en de SO, en evalueert met verzorgenden en verpleegkundigen, naasten en SO de behandeling van de cliënt.

Paramedici

Een paramedicus kan in consult worden gevraagd. Een paramedicus is dan medeverantwoordelijk voor het signaleren van een mogelijk delier. Wanneer tijdens een regulier consult veranderd gedrag wordt waargenomen, rapporteert en informeert de paramedicus zowel aan verzorgenden als aan SO. De behandeling van paramedici bestaat uit:

- Logopedie: op het gebied van gehoor en visus: passende communicatie, herkenbaarheid van omgeving en bewustzijn van wisselend beeld in advisering.
- Diëtik: optimalisering van vocht- en voedingsintake.
- Ergotherapie: verbetering van oriëntatie in plaats en tijd, passende prikkeldosering en advies ter voorkoming van omdraaien dag-/nachtritme.
- Fysiotherapie: optimalisering van mobiliteit en bewegingsoefeningen.

Geestelijk verzorgende

Geestelijk verzorgenden spelen een rol als er meer complexe zingevingsvragen spelen. Dat kan zijn in verband met een dementie of de palliatieve fase.

Teamleider, verpleegkundige, casemanager

De verpleegkundige of casemanager heeft een ondersteunende taak bij de implementatie van

het protocol delier waarbij hij/zij een coachende rol naar het zorgteam heeft. Ook heeft de verpleegkundige een signalerende rol waarbij hij/zij knelpunten signaleert in de uitvoering van zorg en de zorgmanager hiervan op de hoogte brengt. De verpleegkundige kan tevens het expertteam om advies vragen.

Manager, het management

Het management team (MT) is eindverantwoordelijk voor het gehele beleid met betrekking tot de preventie, diagnostiek en behandeling en zorg van mensen met een delier. Het MT is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van het protocol delier en een organisatiebreed expertteam delier. Dit expertteam zorgt voor scholing, biedt consultatie aan, creëert randvoorwaarden voor het verlenen van de juiste zorg en stelt zo nodig beleidsvoorstellen op.

Delierzorg - organisatiebreed

In dit hoofdstuk beschrijven we de ideale situatie om de delierzorg optimaal te regelen in een zorgorganisatie. Dit ideaalbeeld is ontstaan op basis van literatuurstudie, de expertise en ervaringen van de expertleden en hun onderlinge discussie. In elke zorgorganisatie is een expertteam nodig dat verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en evalueren van een organisatiebrede protocol, de uitrol ervan in de gehele organisatie, het geven van consultaties en het scholen van collega's. In onderstaand schema staan de disciplines beschreven die in de zorgorganisatie hierin een rol hebben.



FIGUUR 2 Het ontwikkelen, uitvoeren en implementeren van optimale delierzorg.

Organisatiebreed expertteam delier

Om de delierzorg goed te borgen in de zorgorganisatie is het verstandig dat elke zorgorganisatie een intern organisatiebreed expertteam delier heeft. Dit team zal in eerste instantie een organisatiebreed protocol opstellen. Het expertteam delier baseert zich daarbij op (inter-)nationale ontwikkelingen en

nieuwe inzichten en past indien nodig het protocol aan. Het expertteam kan geraadpleegd worden voor individuele consulten in de gehele organisatie. Het team verzamelt knelpunten die zich in de organisatie voordoen om optimale zorg te kunnen verlenen, zoekt naar antwoorden, bespreekt dit met de verantwoordelijke manager en verwerkt werkafspraken in het protocol. Daarnaast is het team ondersteunend bij de implementatie, kan het gebruik maken van de **UKON Toolkit delier** en ondersteund worden door de implementatiedeskundige van het UKON. Het team biedt in de organisatie deskundigheidsbevorderende activiteiten aan. Het expertteam bestaat minstens uit een verzorgende, een verpleegkundige, een specialist ouderengeneeskunde en een psycholoog. Functioneel valt het expertteam onder een leidinggevende manager.

Protocol delier

Een protocol is een document dat afspraken bevat over hoe te handelen in de dagelijkse praktijk zoals binnen een zorgorganisatie is vastgesteld. Een protocol is afgeleid van landelijke richtlijnen, en zo nodig aangevuld met practice-based kennis en aangepast aan de context van de zorgorganisatie. Deze onderliggende leidraad delier kan gebruikt worden als basis voor een protocol, aangezien het onder andere is afgeleid van de landelijke richtlijnen zoals beschreven onder Verantwoording (in het Voorwoord).

Een protocol delier voor de thuissituatie of intramuraal is altijd multidisciplinair; verschillende vakgebieden dragen bij aan optimale delierzorg. Een protocol bevat werkafspraken en een stroomdiagram (zie volgende pagina). Twee voorbeelden van een protocol is in de UKON Toolkit delier opgenomen.

UKON Toolkit delier

Deze Leidraad is een van de onderdelen uit de **UKON Toolkit delier**, zie daarvoor ook de website: <https://www.ukonnetwerk.nl/tools/toolkit-delier/>. De Toolkit faciliteert het adequaat en systematisch organiseren van de zorg, zoals noodzakelijk voor optimale preventie en behandeling van het delier. Voor de implementatie van de leidraad delier zijn specifieke kennis, vaardigheden en attitude vereist van de professionals en daarom bevat de toolbox als deskundigheidsbevordering een powerpoint-presentatie voor verzorgenden, artsen en psychologen. De presentatie bevat ook opdrachten. De presentatie is zo opgebouwd dat het kan plaatsvinden tijdens koffie- of overlegmomenten. Onderdeel van deze scholing voor verzorgenden is het oefenen, met behulp van een kaart, in het herkennen van symptomen die kunnen passen bij een delier. Naast deze

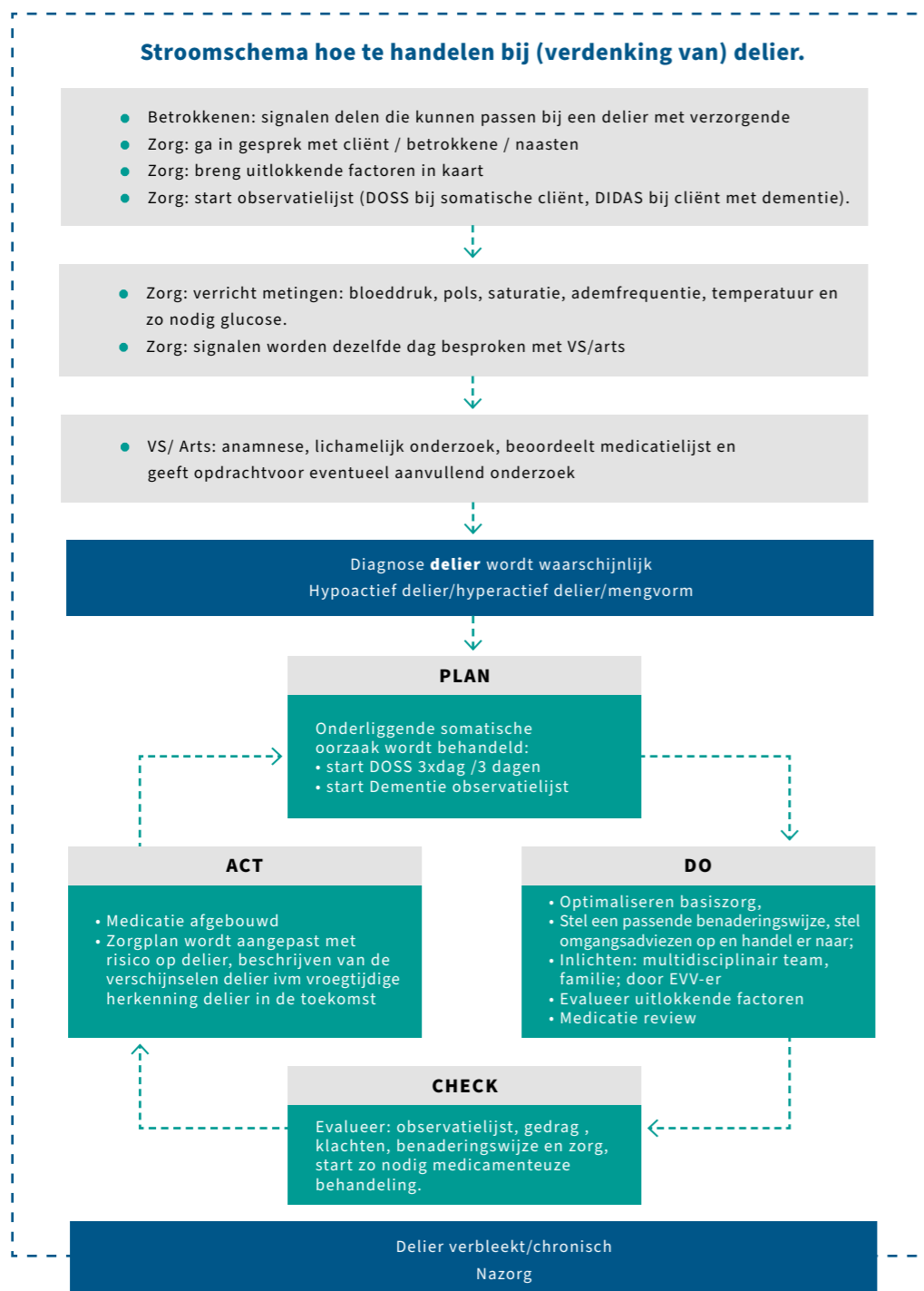
powerpoint-presentatie kan er per discipline aanvullende scholing nodig zijn. Voor bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde is er een scholing met een apotheker die tijdens een artseneroverleg kan plaatsvinden. De toolkit bevat een voorbeeld van een informatiefolder voor familieleden, eventueel kan een zorgorganisatie de folder aanpassen naar eigen voorkeuren. Een webinar over de implementatie van delierzorg vind je in de UKON Toolkit delier.

Scholing

Buiten de scholing vanuit de **UKON Toolkit delier** zijn er landelijk diverse mogelijkheden om kennis te verwerven. Hieronder enkele voorbeelden.

- Voor het praktisch inoefenen: het “Delierspel”, zie www.delierexperience.nl.
- Zie het platform Zorg voor Beter
- Uitgeverijen en organisaties aanbieden, zoals V&VN Academy en Noordhoff.
- Zie nieuw onderwijsmateriaal van Palliane (2020): <https://palliaweb.nl/onderwijsmaterialen/richtlijn-delier>

Delierzorg - procesmatig



Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2004). Diagnostic Statistical Manual of Psychiatric disorders IV TR. Washington DC.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2022.

Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D.H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile S, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 2014;43:496-502. 10.1093/ageing/afu021

Van Blanken, G. & Robben, P.B.M. (2005). Delier vaak niet herkend. *Medisch Contact*, 43: 1724- 1727.

Bronstein, L.R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.

Van Dongen J. en Goossens W. (2024). Interprofessionele teams in hun kracht. Uitgeverij Kloosterhof.

Fick, D.M., Agostini, J.V. & Inouye, S.K. (2002). Delier Superimposed on Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: 1723- 1732.

Flaherty J.H., Morley J.E. (2013). Delirium in the Nursing Home. *JAMDA* 14 (2013) 632-634.

Francis, J. (2021) Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. UPDATE.

Fong, T.G., Tulebaev, S.R. & Inouye, S.K. (2009a). Delier in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 5: 210- 220.

Fong, T.G., Jones, R.N., Shi, P., Marcantonio, E.R., Yap, I., Rudolph, J.L., Yang, F.M., Kiely, D.K. & Inouye, S.K. (2009b). Delier accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. *Neurology*, 72(18): 1570- 1575.

Han, J.H, Wilson, A. & Ely, E.W. (2010). Delier in the older emergency department cliënt: a quiet epidemic. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 28(3): 611- 631.

Han, J. H., Vasilevskis, E. E., Schnelle, J. F., Shintani, A., Dittus, R. S., Wilson, A., & Ely, E. W. (2015). The diagnostic performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for detecting delirium in older emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*, 22(7), 878-882.

Hanson, J.C. & Lipka, C.F. (2009). Lewy body dementia. *International Review of Neurobiology*, 84: 215- 228.

Hargrave, A., Bastiaens, J., Bourgeois, J. A., Neuhaus, J., Josephson, S. A., Chinn, J., ... & Douglas, V. (2017). Validation of a nurse-based delirium-screening tool for hospitalized patients. *Psychosomatics*, 58(6), 594-603.

Holt, R., Young, J & Heseltine, D (2013) Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age Ageing*, Nov;42(6):721-7.

Huibers, J., Luitwieler, M., Martinot, N. & Meijers, A. (2012) Begrippen en definities van interdisciplinair werken. Opgevraagd van <http://finals2012magazine.artez.nl>.

IKNL (2022). Richtlijn Delier in de palliatieve fase.

Inouye, S.K. & Charpentier, P.A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *Journal of the American Medical Association*, 275: 852- 857..

Inouye, S.K., van Dyck, C.H., Alessi, C.A., et al. (1990) Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.*, Dec 15;113(12):941-948.

De Jonghe, J.F., Kalisvaart, K.J., Timmers, J.F., Kat, M.G. & Jackson, J.C. (2005) Delirium-O-Meter: a nurses' rating scale for monitoring delirium severity in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, Dec;20(12):1158-66.

Jonker, C., Slaets, J.P.J. & Verhey, F.R.J. (2009). *Handboek dementie: Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kalisvaart, K.J., Vreeswijk, R, Jonge, J.F.M. de., Ploeg, T. van der., Gool, W.A. van. & Eikelenboom, P. (2006). Risk factors and prediction of postoperative delirium in elderly hip-surgery clients: Implementation and validation of a medical risk factor model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54: 817- 822.

Kiely, D.K., Jones, R.N., Bergmann, M.A., & Marcantonio, E.R. (2007). Association between psychomotor activity delirium subtypes and mortality among newly admitted post-acute facility clients. *Journal of Gerontological and Biological Medical Sciences*, 62(2); 174- 179.

Kiely, D.K, Marcantonio, E.R., Inouye, S.K., Shaffer, M.L., Bergmann, M.A., Yang, F.M., Fearing, M.A. & Jones, R.N. (2009). Persistent Delirium Predicts Increased Mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1): 55-61.

Kentin, Z., Hopman, T., Mulder, A., Dauwerse, L., Luijendijk H.J., Wetzels, R.B., van Munster, B.C. (2019). Is de aanpak van delier in Nederlandse verpleeghuizen conform de richtlijn? *Tijdschrift voor Gerontologie*; Vol 50, Issue 2.

Korenaar, J.C., Munster, B.C. van. & Rooij, S.E. van. (2005). Risk factors for delirium in acutely admitted elderly clients: A prospective cohort study. *BioMed Central Geriatrics*, 5: 6.

Kuehn, B.M. (2010). Delirium Often Not Recognized or Treated Despite Serious Long-term Consequences. *The Journal of the American Medical Association*, 304(4): 389-395.

Neelon, V.J., Champagne, M.T., Carlson, J.R & Funk, S.G. (1996) The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation and clinical testing. *Nursing Research*, Nov-Dec;45(6):324-30

NHG (2020). NHG-standaard Delier

NHG (2021). NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik.

NHG (2024). NHG-standaard Ziekte van Parkinson

NVKG (2023) richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

NVVP (2004). Richtlijn delier. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

NVVP (2024). Richtlijn Stoornissen in alcoholgebruik

Laurila, J.V., Pitkala, K.H., Strandberg, T.E. & Tilvis, R.S. (2004). Delirium among clients with and without dementia: does the diagnosis according to the DSM-IV differ from the previous classifications? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19: 271- 277.

Van der Mast, R.C., Huyse, F.J., Droogleevers Fortuijn, H.A., Heeren, T.J., Izaks, G.J., Kalisvaart, C.J., et al. (2004). Richtlijn delier. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

McCurren, C. & Cronin, S.N. (2003). Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice. *Medsurg Nursing*, 12(5); 318- 323.

McCusker, J., Cole, M.G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciamp, A et al. (2010). Use of nurse-observed symptoms of delirium in long-term care: effects on prevalence and outcomes of delirium. *Int Psychogeriatr*. 30: 1-7.

NANDA International. (2017). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*.

Neven, A. (2005). Een delier bij ouderen: een moeilijk te stellen diagnose. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 8(4): 65- 68.

Oudewortel, L. (2022). *Delirium superimposed on dementia: Concept, characteristics and care*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].

Parkinsonnet (2023). Multidisciplinaire richtlijn voor mensen met Parkinson

Pisani, M.A., Murphy, T.E., Van Ness, P.H., Araujo, K.L. & Inouye, S.K. (2007). Characteristics associated with delirium in older patients in a medical intensive care unit. *Archives of Internal Medicine*, 167: 1629- 1634.

Quispel-Aggenbach, D. W. P., Holtman, G. A., Zwartjes, H. A. H. T., Zuidema, S. U., & Luijendijk, H. J. (2018). Attention, arousal and other rapid bedside screening instruments for delirium in older patients: a systematic review of test accuracy studies. *Age and Ageing*, 47(5), 644-653.

Quispel-Aggenbach, D. W., Schep-de Ruiter, E. P., van Bergen, W., Bolling, J. R., Zuidema, S. U., & Luijendijk, H. J. (2021). Prevalence and risk factors of delirium in psychogeriatric outpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(1), 190-196.

Quispel-Aggenbach, D. W., Zuidema, S. U., & Luijendijk, H. J. (2024). The prognosis of delirium in older outpatients. *Psychogeriatrics*, 24(2), 329-335.

Sanders, J. & Gelderen, T. Van. (2001). Observatieprotocol Lewy-Body Dementie. Utrecht: Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie Utrecht, from <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=588>; geraadpleegd op 23 april 2011.

Schuurmans, M.J. (2001a). Delier Observatie Screening (DOSS) schaal, (versie0-1). Utrecht: UMC Utrecht.

Schuurmans, M.J., Shortridge-Baggett, L.M. & Duursma, S.A. (2001b). Early recognition of delirium: Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6): 721-729.

Sörensen Duppils, G. & Wikblad, K. (2007). Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 810- 818.

Stuurgroep Ondervoeding (2019) richtlijn Ondervoeding – herkenning, diagnosestelling en behandeling van ondervoeding bij volwassenen.

Tieges, Z., McGrath, A., Hall, R. J., & MacLulich, A. M. (2013). Abnormal level of arousal as a predictor of delirium and inattention: an exploratory study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1244-1253.

Trzepacz, P.T., Mittal, D., Torres, R., Canary, K., Norton, J. & Jimerson, N. (2001) Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001 Spring;13(2):229-42.

Tsakitzidis, G. & van Royen, P (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken*. Antwerpen: De Boeck BV.

V&VN (2021) Kwaliteitsstandaard 'Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen.

Van der Weele, G.M., Van Dijk, A., Eekhof, J.A.H., Olde Rikkert, M.G.M, Scholtes, A.B.J., Veehof, L.J.G. et al., (2003). Nhg-Standaard Delier bij ouderen. Nederlandse Huisartsen Genootschap, from http://nhg.artsenet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M77_std.htm; geraadpleegd op 4 november 2010.

Verenso (2020). Richtlijn Ziekte van Parkinson.

Verenso (2018). Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie.

Verenso (2016). Richtlijn Pijn bij Kwetsbare ouderen.

Verhagen, E.H., Bannink, M. & Krol, R.J.H. (2005). Richtlijn delier. Integraal Kankercentrum Oost en MiddenNederland, from http://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Delier_3.pdf; geraadpleegd op 9 oktober 2010.

Voyer, P., Richard, S., Doucet, L. & Carmichael, P.H. (2009). Predisposing Factors Associated With Delirium Among Demented Long-Term Care Residents. *Clinical Nursing Research*, 18(2): 153- 171.

Voyer, P., Cole, M.G., McCusker, J & Belzile, E. (2006). Prevalence and Symptoms of Delirium Superimposed on Dementia. *Clinical Nursing Research*, 15(1): 46- 65.

Voyer, P., Richard, S., Doucet, L., Cyr, N. & Carmichael, P.H. (2010). Examination of the multifactorial model of delirium among long-term care residents with dementia. *Geriatric Nursing*, 31(2): 105-114.

Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciuriage, H., Ting, V., Baker, J. & Hunt, G.E. (2014) A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: a before and after study. *Int J Nurs Stud*, Jul;51(7):974-82.

Van der Weele, G.M., Van Dijk, A., Eekhof, J.A.H., Olde Rikkert, M.G.M, Scholtes, A.B.J., Veehof, L.J.G. et al., (2003). Nhg-Standaard Delier bij ouderen. Nederlandse Huisartsen Genootschap.

WHO (World Health Organisation) (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO Press.

Wiersma, T.J., Boukes, F.S., Geijer, R.M.M. & Goudswaard, A.N. (2008). Nhg-Standaarden voor de huisarts 2009. Houten: Springer Media BV.

Witlox, J., Eurelings, E., Jonghe, J. de., Kalisvaart, K., Eikelenboom, P. & Gool, W. van. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of post-discharge mortality, institutionalization, and dementia. A meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association* 304(4):443-451.

Young, J.,Murthy,L., Westby, M., Akunne, A. & O'Mahony R. (2010) Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ*;341:c3704