



Dokter, waarom is mijn man opeens zo in de war?

Handreiking voor patiënten en hun naasten die te maken krijgen met een delier

Aanleiding

In de periode van september 2007 tot en met juni 2008 heeft ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV in opdracht van de PCOB, ANBO, CSO en Unie KBO, onderzoek gedaan naar de zorgverlening rondom de aandoening delier. Het doel was samen met patiënten en professionals kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief te ontwikkelen.

Uit gesprekken met deskundigen en patiënten en hun naasten of mantelzorgers, blijkt dat het ziektebeeld redelijk onbekend is en de zorgverlening verbetering behoeft. De ouderenorganisaties willen daarom hun leden hierover informeren.

Momenteel is er veel aandacht voor het delier. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil prestatie-indicatoren ontwikkelen die er voor zorgen dat bij een ziekenhuisopname van kwetsbare ouderen minder complicaties zoals delier optreden.

In de gezondheidszorg staat vooral het behandelen van het probleem voorop, maar de patiënt is niet of nauwelijks aanspreekbaar als hij last heeft van deze aandoening. Achteraf komen de vragen en de onzekerheden, maar dan is de medische behandeling vaak al afgerond.

In deze handreiking vindt u een uiteenzetting over de aandoening met aanbevelingen hoe mensen het beste met iemand kunnen omgaan die een delier heeft. Daarnaast informeren wij u over de kwaliteitscriteria, zodat u weet welke zorg u kunt verwachten.

Wat is een delier?

Iemand met een delier gedraagt zich anders dan u gewend bent. Hij is verward en praat vaak onstamenhangend. De mate van verwardheid is het ene moment erger dan het andere. Vaak is de verwardheid maar tijdelijk. Een gesprek is daarom moeilijk te voeren. Iemand met een delier verliest de greep op de werkelijkheid. Hij heeft geen vat meer op zichzelf of de omgeving. Wat opnieuw bevestigd wordt door het onderzoek van de ouderenorganisaties is de onbekendheid met het ziektebeeld en de gevoelens van onzekerheid, angst en schaamte bij de patiënt en de mantelzorger. De aandoening komt vooral voor bij ouderen.

Oorzaken

Een delier kan overal optreden, thuis, in het ziekenhuis en het verpleeghuis en kan worden veroorzaakt door bijvoorbeeld een niet ontdekte ontsteking of na een operatie. Een delier is niet altijd tijdig te herkennen en dat heeft ongewenste gevolgen. Daarbij kunt u denken aan onnodig lang verblijf in het ziekenhuis en zelfs overlijden. Voor mensen die een delier hebben meegemaakt is het een traumatische ervaring. Ook voor de directe naasten.

Bij een delier denken mensen vaak aan alcohol, maar het ontstaat bijna altijd door een lichamelijk probleem, zoals een longontsteking, een blaasontsteking of een botbreuk ten gevolge van een val.

Iedereen heeft belang bij het tijdig ontdekken van een delier. In tegenstelling tot dementie gaat een delier weer over. Delier heeft een lichamelijke oorzaak. Als het op tijd wordt ontdekt en weggenomen, dan is het te genezen.

De cijfers

Vooral ouderen zijn gevoelig voor het krijgen van een delier: in het ziekenhuis ontwikkelt liefst 25 tot 35 procent van de patiënten boven de 65 jaar een delier (1) We hebben het dan over 40.000 tot 80.000 ouderen die dit in het ziekenhuis krijgen (2). Er zijn geen cijfers over voorkomen van delier in de huisartsenpraktijk (dus in de thuissituatie), maar de prevalentie (het op enig moment voorkomen) van het delier in de bevolking is ongeveer 0,4% en 0,1% (1 op de 1000) in personen van 55 jaar en ouder (3).

In de ontwikkeling van de kwaliteitscriteria staat de positie van de patiënt centraal en de vraag hoe de zorgverlening aan ouderen met een delier zo verantwoord mogelijk plaats kan vinden.

Verschijselen

Bij iemand met een delier kunnen verschillende volgende verschijnselen optreden.

- Een verminderd besef van de omgeving.
- Niet goed kunnen concentreren of de aandacht naar iets anders verplaatsen.
- Onlogisch en onsamenhangend denken.
- Onsamenhangend spreken, of nauwelijks of niet meer praten.
- Wisselende geheugenstoornissen.
- Gedesoriënteerd zijn, niet weten welke dag het is of waar men is.
- Dingen zien die er niet zijn.
- Bekenden niet meer herkennen.
- Onrustig of juist apathisch zijn.
- Snelle en onvoorspelbare stemmingswisselingen hebben.
- Er is altijd sprake van een verstoord slaap-waakritme.

Aandachtspunten voor directe naasten

Iemand met delier kunt u het beste benaderen door rustig te praten met korte, duidelijke zinnen. Stel deze persoon eenvoudige vragen die met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden. Vertel steeds wie u bent, waarom u komt, waarom u bij iemand blijft en herhaal dit indien nodig. Zorg dat iemand zijn bril, horloge en eventueel hoorapparaat draagt, om hem zoveel mogelijk bij de realiteit te kunnen betrekken. Verder zijn de volgende punten van belang.

- Laat iemand zo min mogelijk alleen; zeker als hij angstig is.
- Plaats een klok en een kalender binnen iemands gezichtsveld.
- Praat over bestaande personen en gebeurtenissen. Probeer niet te veel in te gaan op de beelden die iemand ziet, maar die er in werkelijkheid niet zijn. Toon wel begrip voor de angst die deze beelden kunnen oproepen.
- Als iemand tijdens een delier een helder moment heeft, vertel hem dan dat hij lichamelijk ziek is en daardoor angstig en in de war. Leg uit dat dit tijdelijk is en overgaat.
- Zorg 's nachts voor gedempt licht in de slaapkamer.
- Geef als de periode van delier voorbij is, uitleg.

Kortom: iemand met een delier heeft steun en begrip nodig van zijn of haar omgeving.

Voorlichting en kwaliteit

Het is belangrijk voor ouderen en alle zorgaanbieders dat er kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief voor het delier komen. Goede voorlichting zorgt voor meer bekendheid en neemt angst, schaamte en onzekerheid weg. Door te werken aan betere signalering en preventie en het bieden van veilige zorg, verbetert de zorg aan kwetsbare ouderen met de aandoening.

De mantelzorger is in dit geheel een onmisbare schakel. Deze is het aanspreekpunt voor de zorgverleners en speelt een belangrijke rol bij het scheppen van een veilige zorgomgeving. Daarnaast kan de mantelzorger helpen bij de verwerking van wat er gebeurd is.

Kwaliteitscriteria en informatievoorziening

De kwaliteitscriteria gaan over wat patiënten belangrijk vinden. Twee belangrijke criteria zijn informatievoorziening en betrokkenheid van de mantelzorger of vertegenwoordiger van de patiënt. Niet weten wat er aan de hand is, wat er gebeuren gaat of wat je kunt doen, is heel onprettig. Iedereen wil heldere informatie. De beschikbare informatie verduidelijkt dan ook wat een delier is en welke behandeling wordt voorgesteld om de oorzaak weg te nemen, als dat mogelijk is. En voorop moet staan dat de mantelzorger of vertegenwoordiger van de patiënt een centrale rol vervult als aanspreekpunt in de hulpverlening.

De kwaliteitscriteria vindt u hierna, onderverdeeld in de situatie thuis en het ziekenhuis of verpleeghuis. De criteria kunnen gebruikt worden als een handreiking voor ouderen, voor mantelzorgers en alle mensen die in de zorg werkzaam zijn. Als aan de criteria wordt voldaan is er een grotere kans op goede zorg voor patiënten met delier.

Behandeling in het ziekenhuis/ verpleeghuis

Signalering en preventie

Als iemand wordt doorverwezen naar het ziekenhuis of verpleeghuis geeft de (verpleeg)huisarts aan of de deze persoon eerder een delier had. Bij elke ziekenhuis- of verpleeghuisopname van oudere patiënten wordt tijdens de intake nagevraagd of de patiënt eerder een 'delirante' episode heeft meegemaakt. Bij acute opname van een kwetsbare oudere vindt screening plaats op de aanwezigheid van een delier. En in de voorbereiding op een operatie van oudere patiënten is standaard aandacht voor 'optreden' van een delier als mogelijke complicatie van de behandeling waarvoor iemand is opgenomen.

Diagnostiek

De naaste kan zoveel mogelijk aanwezig zijn bij het vereiste diagnostisch onderzoek (ter geruststelling van de patiënt) en wordt actief gestimuleerd daarbij aanwezig te zijn. Het verhaal van de naaste vormt een belangrijk en onmisbaar onderdeel van het diagnostisch onderzoek. Zodra de diagnose is vastgesteld, wordt deze gedeeld met de patiënt en de naaste.

Behandeling en begeleiding

Gedurende de gehele opnameperiode is er één aanspreekpunt voor patiënt en mantelzorger bij wie zij met vragen terecht kunnen. Delirante patiënten worden behandeld in een veilige en vertrouwde zorgomgeving. Dat wil zeggen dat de naaste de hele dag bij de patiënt kan blijven en dat de naaste bij de patiënt overnacht en zoveel mogelijk aanwezig kan zijn bij behandelingen en/of onderzoeken tijdens de opname.

Delirante patiënten verblijven in een voor hen passende ambiance (een balans in prikkels/ dagstructuur). Samen met de naaste wordt bepaald wat voor de patiënt een passende ambiance is.

Ontslag en nazorg

Bij ontslag uit het ziekenhuis of verpleeghuis naar huis, wordt expliciet in de brief aan de huisarts vermeld dat een delirante episode heeft plaatsgevonden. Als de thuiszorg is betrokken, ontvangen zij ook de informatie over de delirante episode.

Voor ontslag uit een instelling vindt een evaluatiegesprek plaats tussen de persoon die optreedt als centraal aanspreekpunt, de patiënt en naaste. Dan bespreken zij het verloop van het proces en de beleving van de episode door de patiënt en naaste. Als het nodig is worden afspraken gemaakt voor nazorg.

De coördinator van de totale behandeling in de instelling zorgt voor de overdracht naar de huisarts en eventuele anderen die betrokken zijn bij de nazorg. Na het ontslag kunnen patiënten en naaste met vragen terecht bij de behandelcoördinator.

Opvang in thuissituatie

Signalering

De huisarts neemt elk signaal (van familie, bureu, thuiszorg, Riagg, GGz) dat er iets niet in orde is bij een oudere cliënt, serieus en start zo snel mogelijk het diagnostisch onderzoek; zo mogelijk in de thuissituatie. Als het niet mogelijk is het diagnostisch onderzoek thuis uit te voeren kan de patiënt meteen worden opgenomen in een ziekenhuis of terecht op een (geriatrische) poli.

Behandeling en begeleiding

De huisarts zorgt voortdurend voor een actuele overdracht tijdens avond- en weekenddiensten. Als de thuiszorg is betrokken worden er zo weinig mogelijk verschillende medewerkers ingezet in de zorg en is er een actuele zorgvuldige overdracht. Tussen alle betrokken vindt afstemming, uitwisseling en coördinatie plaats, zodat de patiënt en de mantelzorger eenduidige informatie en adviezen ontvangen.

Bronvermelding

- (1) de Rooy in Plus Magazine, feb 2008.
- (2) Wilmer, Patient Care, nov 2007
- (3) van Munster, Patient Care, nov 2007

Advies en meer informatie

Wilt u meer informatie over het onderzoek neemt u dan contact op met Gerrie Abrahamse van de PCOB, e-mailadres g.abrahamse@pcob.nl telefoon (038) 422 55 88.

Wilt u meer informatie over de aandoening delier, neemt u dan contact op met uw huisarts of een andere behandelende arts.



Blijmarkt 12
8011 NE Zwolle
telefoon: (038) 422 55 88
e-mail info@pcob.nl
www.pcob.nl



ANBO voor 50-plussers
Koningin Wilhelminalaan 3,
3527 LA Utrecht
telefoon: (030) 233 00 60
e-mail: info@anbo.nl
www.anbo.nl




CSO
cso@ouderenorganisaties.nl
www.ouderenorganisaties.nl



Unie KBO
Julianaplein 2
5211 BC 's-Hertogenbosch
telefoon: (073) 612 34 75
e-mail: info@uniekbo.nl
www.uniekbo.nl



ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV
L.J. Zielstraweg 1
9713 GX Groningen
telefoon: (050) 3637464
www.argo-rug.nl



Dit is een gezamenlijke uitgave van de PCOB, ANBO, CSO, Unie KBO en onderzoeksbureau ARGO en is mede mogelijk gemaakt door subsidie van het Fonds PGO in kader van het programma Zekere Zorg.

Uitgave ouderenorganisaties juli 2008

www.pcob.nl, www.anbo.nl, www.uniekbo.nl, www.ouderenorganisaties.nl