**Cluster E3: ZSO Delier**

**Auteur: M van den Brand**

**Achtergrond**

In de Palliatieve fase ontstaan naast lichamelijke beperkingen ook regelmatig cognitieve stoornissen.

Voor de basiskennis lees onderstaande tekst of kijk op internet de volgende youtube filmpjes (alles mag natuurlijk ook):

<https://www.youtube.com/watch?v=2upSzueYbHY>

<https://www.youtube.com/watch?v=HyXuYjdMxoc>

De meest ontregelende situatie in de palliatieve fase wordt gevormd door het delier. Het delier betreft een toestandsbeeld waarbij er in korte tijd (uren tot dagen) klachten ontstaan die leiden tot verwardheid, een wisselend bewustzijn en angst. Het klachtenbeeld kan heel divers zijn en uiteenlopen van hallucinaties en wanen tot juist een apatisch delier hetwelk zich uit in initiatiefverlies. Alhoewel het delier in principe een voorbijgaande aandoening is, vindt bij kwetsbare patiënten niet altijd volledig herstel plaats. Een delier komt voor bij 25-45% van de patiënten met kanker die worden opgenomen in een ziekenhuis of hospice en bij 40-90% van de terminale patiënten. Het delier moet onderscheiden worden van dementie en psychiatrische aandoeningen zoals psychose.

Het delier is op zich een uiting van ernstige somatische problematiek. Sterker nog, per definitie is er sprake van somatisch lijden. Het blijkt dat een aanzienlijk deel iatrogeen veroorzaakt wordt door bijvoorbeeld voorgeschreven medicatie. Wanneer een delier optreedt in de palliatieve fase, is dit een prognostisch ongunstig teken. De mediane overleving van patiënten met een gemetastaseerde maligniteit die een delier ontwikkelt betreft ongeveer 3 weken.

Bij een delier is er een gestoorde balans van neurotransmitters, waarbij er sprake is van een tekort aan acetylcholine en een teveel aan dopamine. Interfereren in deze neurotransmitters vormt dan ook de basis voor de medicamenteuze behandeling van het delier.

Ten onrechte wordt de niet-medicamenteuze behandeling van het delier onderschat. Het verzorgen en omgaan met delirante patiënten vraagt een gerichte en eenduidige aanpak en dit is van groot belang. Denk hierbij onder andere aan hulp bij oriëntatie (vertel de patiënt waar hij is, wie u bent en wat u komt doen, etc.), hulp bij reductie van angst (rustige, vriendelijke houding; laat de patiënt niet alleen; creëer een rustige omgeving, etc.) en het tonen van begrip voor emoties rondom wanen en hallucinaties. Binnen deze niet-medicamenteuze aanpak is het essentieel dat er goed samengewerkt wordt tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, te weten: de hoofdbehandelaar, geconsulteerde specialisten, verpleegkundigen en zorgassistenten. Vervolgens moet het (niet)-medicamenteuze behandelbeleid goed worden afgestemd met familieleden van de patiënt. Veel hulpverleners worden in de palliatieve fase door de situatie overvallen als de patiënt zelf niet meer goed aanspreekbaar is en de familie een burn-out vertoont. Het is dus belangrijk om te realiseren dat de behandeling van het delier een multidisciplinaire exercitie is.

Bij een delier is er sprake van een vrij acute cerebrale ontregeling. De oorzaak is meestal multifactorieel. Omdat er ook in de palliatieve fase vaak één of meer onderliggende reversibele factoren aanwezig zijn, is het altijd goed een differentiaal diagnose op te stellen en actief onderzoek hiernaar te verrichten. Indien geïndiceerd moet worden overgegaan tot behandeling van de onderliggende factor(en).

Daarnaast zal er symtoomgerichte behandeling plaats vinden om klachten te verlichten totdat een eventuele oorzakelijke aanpak effect sorteert. Indien er op geen enkele manier symptoom controle te verkrijgen is, zal dit een reden zijn om Palliatieve sedatie te starten (zie ook ZSO Palliatieve sedatie).

**Instructie**

Beantwoord onderstaande vragen in de casus. Gebruik hiervoor de richtlijn Delier op [www.palliaweb.nl](https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/delier) en de richtlijn Delier Volwassenen en Ouderen van de richtlijnen database ([Startpagina – Delier bij volwassenen en ouderen - Richtlijn - Richtlijnendatabase](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen_en_ouderen/startpagina_-_delier_bij_volwassenen_en_ouderen_.html))

Ook kan de COVID-19 basisscholing Delier op [https://palliaweb.nl/opleidingen/covid-19-en-palliatieve-zorg-basisscholing](https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fpalliaweb.nl%2Fopleidingen%2Fcovid-19-en-palliatieve-zorg-basisscholing&data=04%7C01%7CMarieke.vandenBrand%40radboudumc.nl%7C367551b89f0446d6d52b08d9e9887f2d%7Cb208fe69471e48c48d87025e9b9a157f%7C1%7C0%7C637797594734665243%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000&sdata=ZUq8ViH8QlRebjIO24H6vABZAHZSDyU5aTAZL8NlPsw%3D&reserved=0) gebruikt worden.

Bestudeer de infographic delier in de palliatieve fase (<https://shop.pznl.nl/poster-delier-in-de-palliatieve-fase.html>)

**Opdracht 1**

*Het diagnostische traject rondom een delier*

Casus

Een 72-jarige man met een cT3N1M0 oesofaguscarcinoom wordt ’s nachts gezien op de SEH vanwege sinds 3 dagen bestaande onrust en verwardheid. In de nachten voorafgaand aan het SEH bezoek heeft patiënt ook visuele hallucinaties gehad. Hij zag toen mensen bij de auto staan die er niet zijn en pakte midden in de nacht zijn spullen om op vakantie te gaan. Het betreft een sterk wisselend beeld waarbij patiënt zich overdag eigenlijk vrij goed voelt. Overigens voelde patiënt zich 3 dagen geleden nog prima. Hij functioneerde goed en was ADL-zelfstandig. Voor zijn oesofaguscarcinoom heeft hij chemo- en radiotherapie gehad waarna complet remissie verkregen is. Verder is hij bekend met hypertensie, DM type 2 en nierfunctiestoornissen.

Bij aankomst op de SEH geeft patiënt aan ‘gek te worden in het hoofd’, maar hij kan het niet beter onder woorden brengen. Er is geen sprake van hoofdpijn, misselijkheid of braken. De familie vindt patiënt ook anders dan anders. Patiënt heeft moeite om op woorden te komen. Hij is motorisch onrustig, plukkerig en springt iedere 5 minuten weer uit bed. Patiënt heeft totaal geen rust. Familie is bang dat patiënt ervandoor gaat. De huisarts dacht aan een delier.

1. Welke risicofactoren (op basis van bovenstaande informatie) voor het ontwikkelen van een delier heeft deze patiënt?
2. Welke informatie in de anamnese mis je over deze patiënt om een beter beeld te krijgen van wat er aan de hand zou kunnen zijn?
3. a. Hoe ziet je differentiaal diagnose er dan uit?

b. welke diagnostiek wil je verrichten in acht genomen dat het een palliatief traject betreft en het midden in de nacht is?

In de nacht werd er op de SEH diagnostiek ingezet in de vorm van bloedonderzoek, urineonderzoek en een thoraxfoto. Hierbij bleek er sprake van dehydratie, toename van nierfunctiestoornissen en een urineweginfectie. Gedurende het verblijf op de SEH is patiënt hemodynamisch stabiel en heeft hij geen koorts. Bij neurologisch onderzoek wordt geen uitval gevonden.

1. Wat is nu je beleid?

**Opdracht 2**

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

1. Welke niet-medicamenteuze adviezen wil je geven aan de familieleden, de verpleegkundigen van de afdeling en andere zorgverleners? Hiervoor kun je ook op internet zoeken naar een patiënten folder over het delier.
2. Zou je symptoomgerichte medicamenteuze behandeling van het delier willen voorstellen en zo ja welke en waarom?
3. Wanneer je een medicamenteus advies zou moeten geven bij een patiënt met een delier, maar ook de Ziekte van Parkinson in de voorgeschiedenis, wat zou dat je advies zijn en waarom?

**Product**

Uitwerking van de casus en het beantwoorden van bovengenoemde vragen.

**Nabespreking**

Deze ZSO kan worden nabesproken tijdens het RC van de Palliatieve zorg