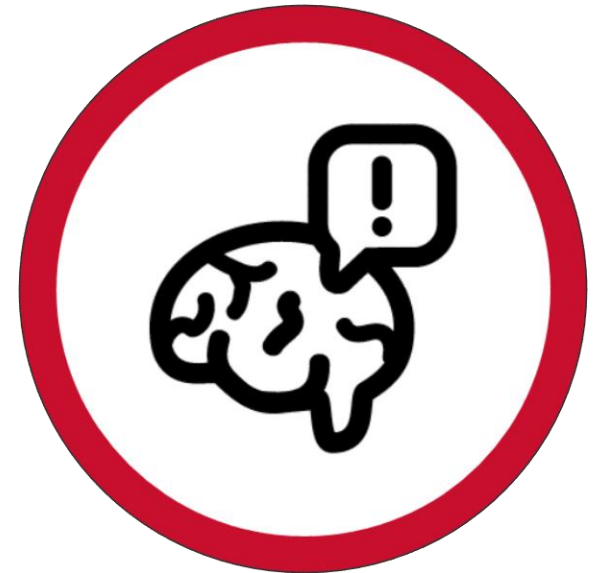


Cognitieve beperkingen & delier





Uit eerder onderzoek blijkt dat 16-40% van oudere patiënten op de SEH cognitieve beperkingen hebben

Oorzaken:

- Dementie
- Delier
- Depressie
- Klinisch ziek zijn → hypoperfusie van het brein

Hoewel er veel verschillende screeningsinstrumenten beschikbaar zijn worden cognitieve stoornissen maar weinig herkend tijdens een SEH-bezoek





Onafhankelijk van de oorzaak van de cognitieve beperkingen hebben deze patiënten:

- Een delier
- Risico op het ontwikkelen van een delier

**En deze patiënten moeten
ook zo behandeld worden**



Prospectieve multi-center study

- 2014/2015/2016
- Inclusie: Alle SEH patiënten van 70 jaar en ouder
- Exclusie: Instabiele patiënten
- Inclusie per ziekenhuis: 24/7 LUMC & 12/7 Alrijne/Bronovo
- Follow up na 3 maanden en 1 jaar
- Patiënten geïnterviewd & medische gegevens

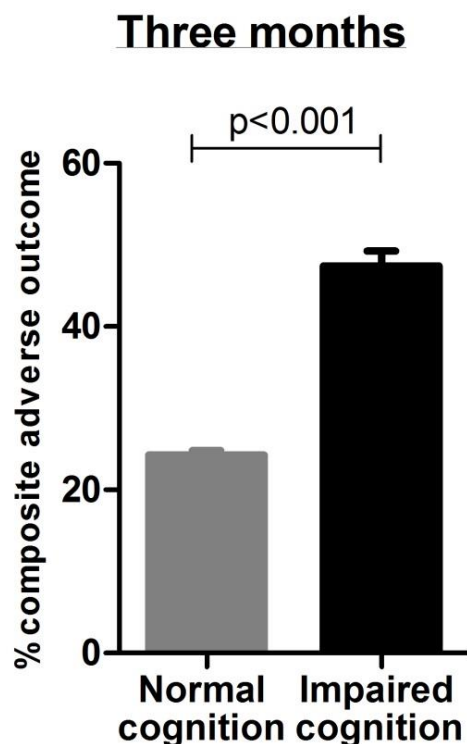




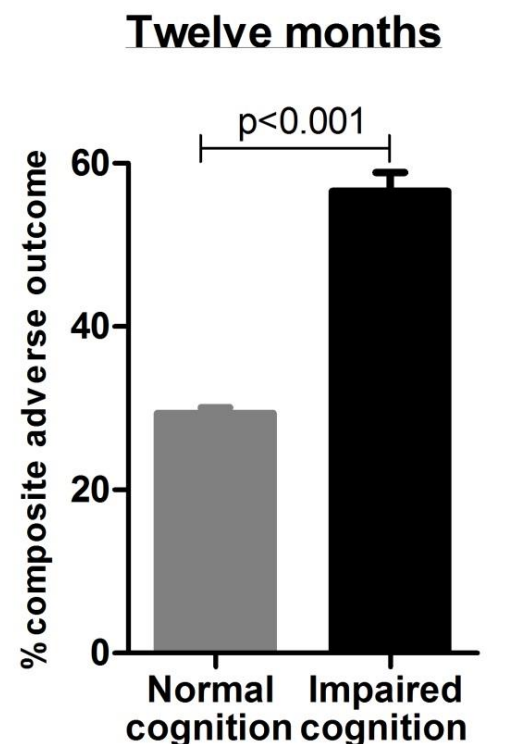
27,5% BEPERKTE COGNITIE

	Normale cognitie N=1542	Beperkte cognitie N=588	P-value
Leeftijd (jaren)	78 (74-83)	83 (77-88)	<0.001
Man, n (%)	691 (44.8)	262 (44.7)	0.916
Hoger onderwijs	389 (25.3)	77 (13.2)	<0.001
Ambulance	704 (45.7)	389 (66.2)	<0.001
Uren thuiszorg	0 (0-3)	2.5 (0-7)	<0.001
Hulpmiddel lopen	555 (36.1)	386 (63.0)	<0.001
Katz baseline	0 (0-1)	1 (0-3)	<0.001

De APOP studie - resultaten



24.3% vs 47.4%

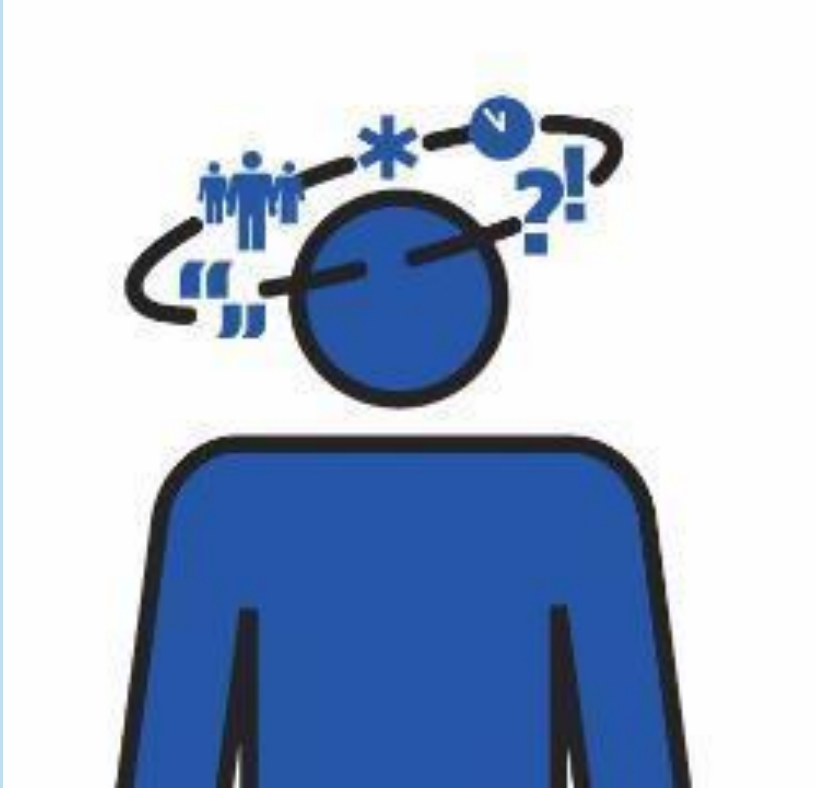


29.4% vs 56.6%

Patiënten met beperkte cognitie hebben significant hogere kans op slechte uitkomsten

Dit is onafhankelijk van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, aantal thuismedicamenten, voorafgaand functioneren, aankomst per ambulance en triagekleur

DELIER





“Delier is een acute stoornis in de aandacht en cognitie bij oudere patienten die vaak voorkomt, ernstig is, duur is, niet goed herkend wordt en fataal kan verlopen.”

Inouye, Westendorp, &
Saczynski, 2014)



Delier kan gezien worden als 'acute brain failure'

Prevalentie op de SEH:

- 8-17% van de oudere patiënten
- 40% van de verpleeghuis patiënten

Delier wordt vaak gemist op de SEH!!

**Patiënten met een delier tijdens SEH bezoek
hebben 70% meer kans op mortaliteit
in de eerste 6 maanden na ontslag**



Acuut begin

**Veranderd
bewustzijnsniveau**

Aandachtstoornis

**Cognitieve
stoornissen**

Klinische kenmerken van delier

**Waarnemings
stoornissen**

**Motorische
onrust**

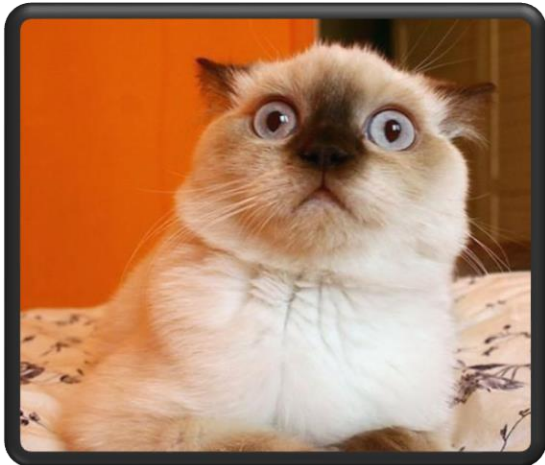
**Ongeorganiseerde
gedachtengang**

**Veranderd slaap-
waak patroon**

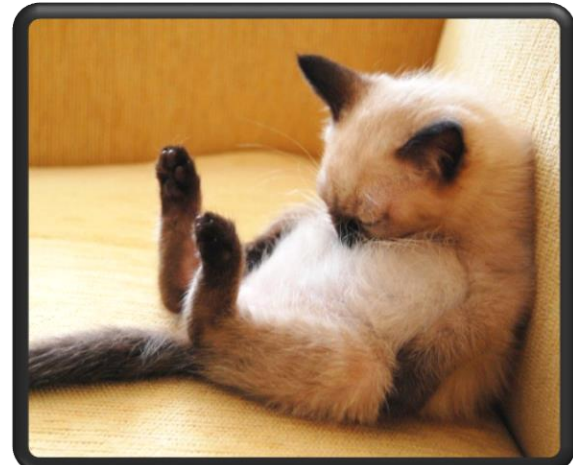
**Emotionele
ontregeling**



Hyperactief



Hypoactief





Kwetsbaarheidsfactoren

Luxerende factoren

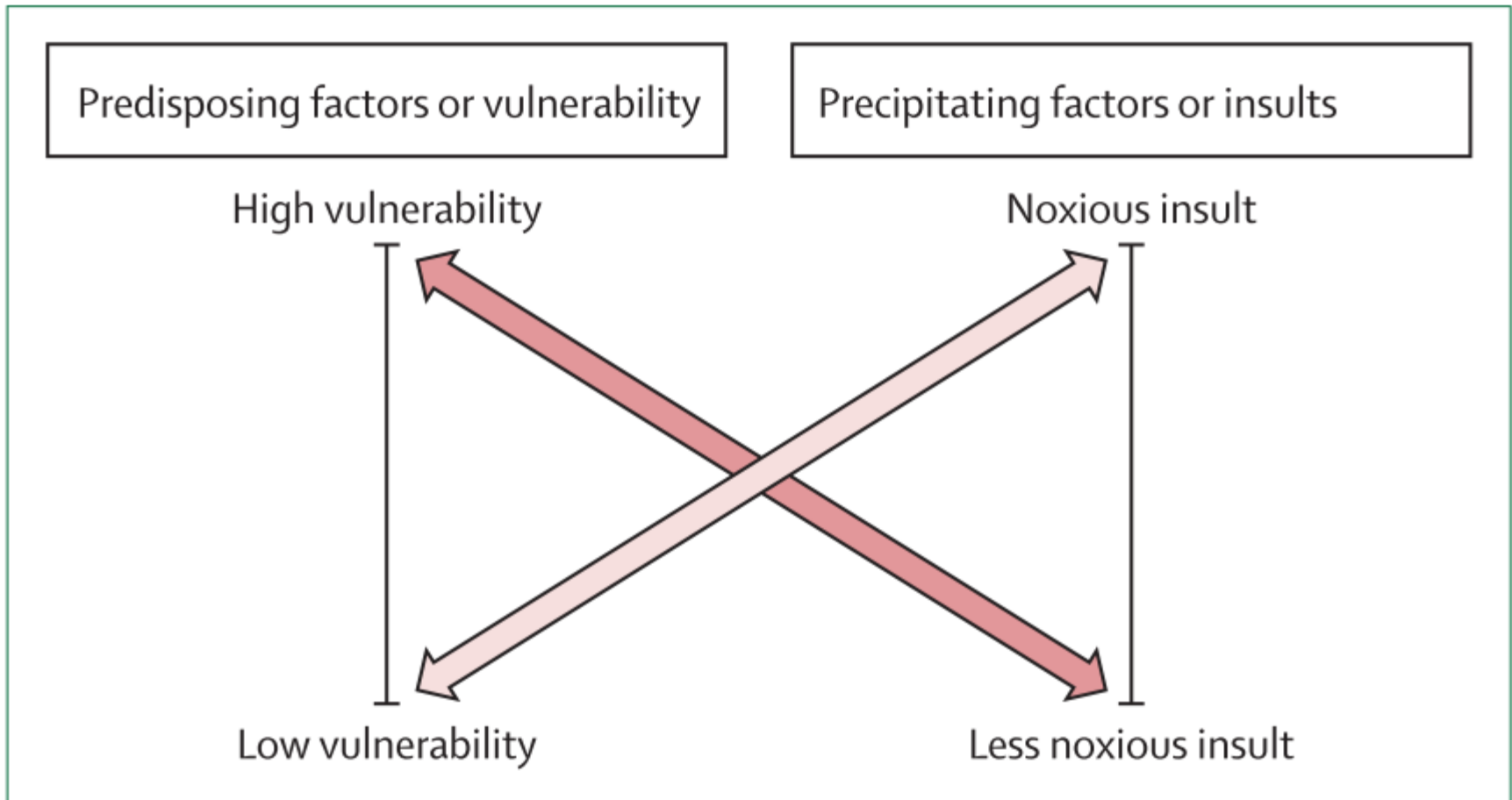


Figure: Multifactorial model of delirium in older people



Demografische kenmerken	Comorbiditeiten	Medicatie
Hoge leeftijd	Aantal comorbiditeiten	Polyfarmacie
Mannelijk geslacht	Ernst van comorbiditeiten	Psycho-actieve medicatie
	Visuele beperkingen	Alcohol misbruik
	Gehoorsverlies	Drugs misbruik
	Dementie	
	Depressie	
	Voorgeschiedenis delier	
	CVA	
	Vallen	
	Functionele beperkingen	
	Terminale ziektes	
	Ondervoeding	

Luxerende factoren



Ziekte	Neurologische aandoeningen	Medicatie	Omgeving
Infectie/sepsis	Herseninfarct	Polyfarmacie	Langdurig SEH verblijf
Dehydratie	Meningitis	Onttrekking	Slaap deprivatie
Hypoxie	Encefalitis	Drugs/alcohol gebruik	Patient vast aan bed
Hoog CO ₂	Subdurale bloeding	Anticholinergica	Urine cathether
Shock	Epidurale bloeding	Sedativa	Pijn
Hypo/ hyperglycemie	Intracerebrale bloeding	Opoiden	Chirurgie of andere procedures
Hypo/ hyperthermie	Insulten/postictaal		
Trauma			
Myocardinfarct			
Electroliet afwijkingen			



STOP LUXERENDE FACTOREN





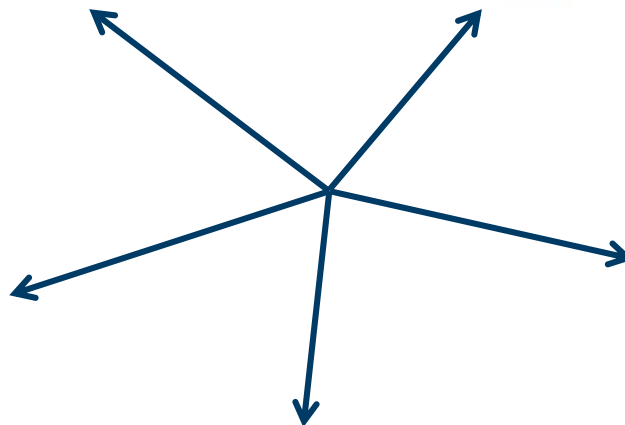
NIET MEDICAMENTEUZE MAATREGELEN



Niet medicamenteuze behandeling



deur sluiten



MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Doseringsschema haloperidol **NB: Haloperidol werkt parenteraal ongeveer twee maal zo sterk als oraal!**

Ernst delirium / specifieke omstandigheden	Dosering haloperidol per 24 uur	Comedicatie
Licht tot matig ernstig delirium	0,5-1 mg per os, 1 tot 2x daags max. Bij onvoldoende effect: overleg met - CDO bij patiënten >70 jaar - PCD bij patiënten < 70 jaar	Bij onvoldoende sedatie kan lorazepam worden bijgegeven (oraal, i.m. of i.v. in dosering van 0.5 - 1 mg per dag) NB. Liever niet bij patiënten >70 jaar.
Matig tot ernstig delirium: consult PCD bij patiënten < 70 jaar consult CDO bij patiënten > 70 jaar	<70 jaar: titreren tot max 10 mg oraal per dag in 1 of 2 giften >70 jaar: titreren tot max 7 mg oraal per dag in 1 of 2 giften	
Zeer ernstig delirium, malabsorptie, of indien snelle werking gewenst is: Altijd consult (zie hierboven)	5-10 mg i.m. (pijnlijk!) of i.v., 1-2x daags, max. 10 mg per dag	

In principe geen plaats voor starten haldol op SEH
Alleen bij zeer ernstige onrust en gevaar voor patient



De APOP screener stelt twee cognitievragen:

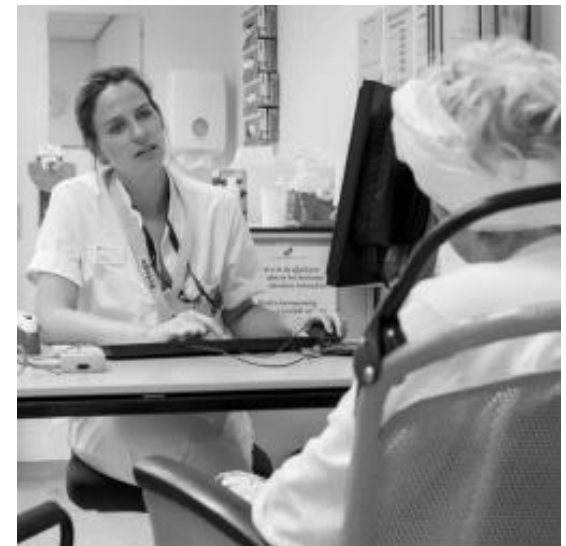
- “In welk jaar zijn we nu?” (Oriëntatie)
- “Kunt u de maanden in omgekeerde volgorde opnoemen?” (Aandacht)

Afwijkend? → grote kans op beperkte cognitie

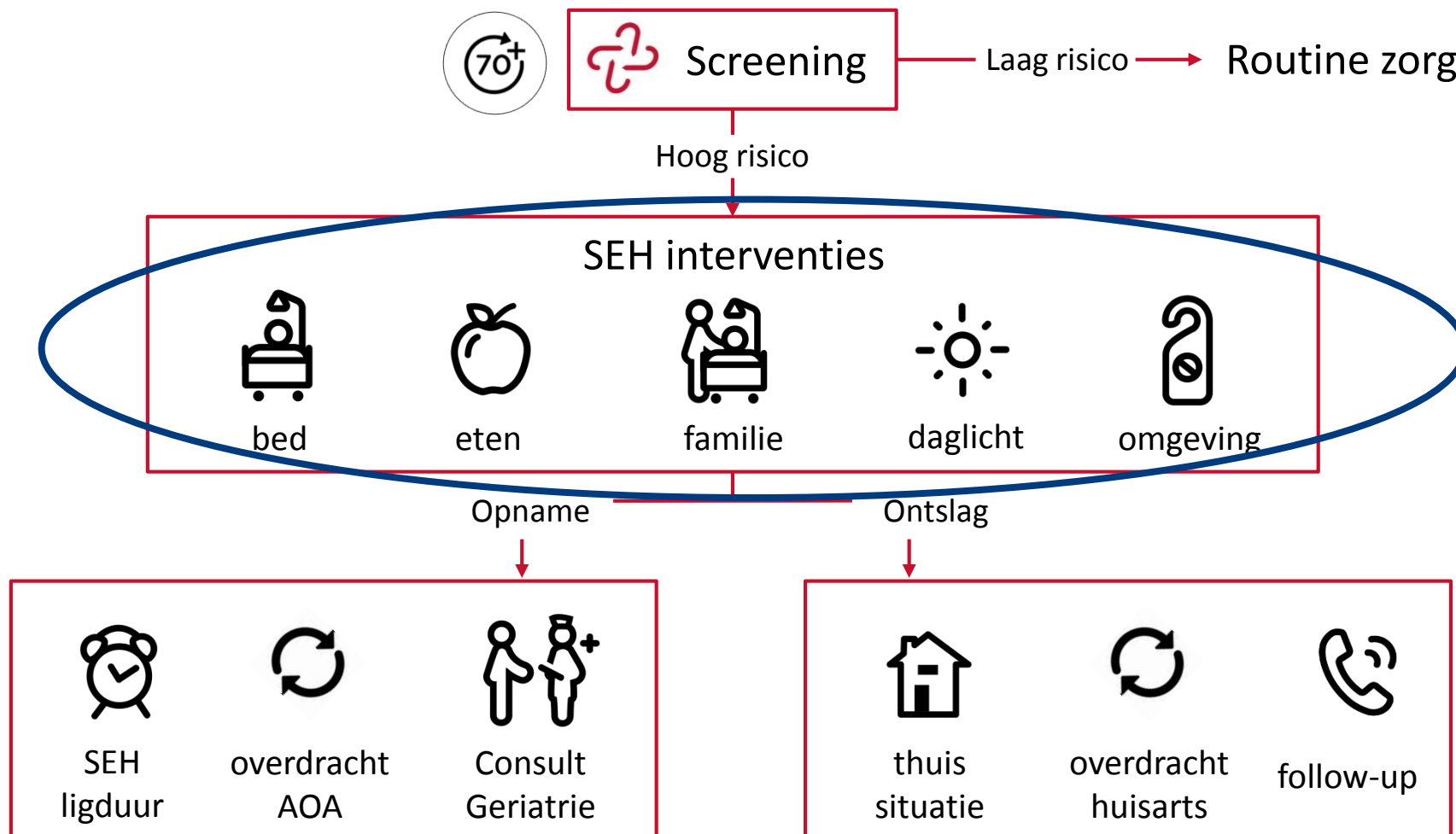
Start beschermende maatregelen

Ook als patient bekend is met dementie

Let op: draag deze informatie
ook over aan volgende
zorgverlener



Adviezen uit het APOP screeningsprogramma



Meer informatie of terugzoeken?



Zie Albinusnet voor video's en animaties

Zie Iprova voor SOP's:

- Afnemen APOP screener
- Uitslag APOP screener
- Telefonische follow-up APOP screener
- Verpleegkundige overdracht APOP screener
- APOP adviesschema

Website:

www.apop.eu

Of stel je vraag aan iemand van het APOP team!

