

STAPPENPLAN DELIRIUM IN DE EERSTE LIJN

Doelen

1. Het vaststellen van een verhoogd risico op het ontstaan van een delirium (acute verwardheid).
2. Het vastgestelde verhoogde risico toelichten en kennis omtrent een delirium en de mogelijke (toekomstige) gevolgen vergroten.

STAP 1: Screenen op een verhoogd risico op delirium in de eerste lijn. Deze vraag wordt aan de patiënt gesteld tijdens het CGA.

Hebt u ooit een acute verwardheid doorgemaakt?

ja nee

Indien deze vraag met **ja** wordt beantwoord: dit probleem noteren op het **samenvattingvel**.

STAP 2: Herkent patiënt dit als probleem?

ja nee

STAP 3: Wil patiënt hiervoor nazorg?

ja nee



STAP 4: Diagnostiek naar risicofactoren voor acute verwardheid.

Doel

Vaststellen van risicofactoren die aanwezig voor ontwikkelen van een acute verwardheid.

4.1 Risicofactoren (neem over uit het CGA).

Risicofactor	Score uit CGA	Opmerking/interpretatie
1. Geheugenproblemen	MMSE score _____ punten	23 punten of minder geeft verhoogd risico op delier
2. ADL problemen (hulp nodig bij baden, aankleden, naar toilet gaan, maken van transfer, eten en incontinentie)	Heeft patiënt hulp nodig bij deze zelfzorg taken (Katz-ADL) 0 ja 0 nee	Ja geeft verhoogd risico op acute verwardheid.

4.2 Eerder doorgemaakt delier. Stel deze vragen aan oudere of mantelzorger.

Vraag	Antwoord	Opmerking/interpretatie
1. Kunt u zich herinneren dat u acuut verward bent geweest?	0 ja 0 nee	
2. Wilt u hiervoor nazorg?	0 ja 0 nee	

STAP 5: Overleg met huisarts.

Werkdiagnose

Eerder doorgemaakte acute verwardheid.

Adviezen en interventies

- Noteer in het HIS dat oudere verhoogde kans heeft op acute verwardheid bij ziekte en ziekenhuisopname.
- Patiëntfolder acute verwardheid.
- Doorverwijzing polikliniek geriatrie voor nabespreking periode van acute verwardheid tijdens ziekenhuisopname.

