

## Toelichting DOS-schaal<sup>1</sup>

### 1 Inleiding

---

Het delirium is een van de meest voorkomende vormen van psychopathologie bij oudere patiënten en bij patiënten in de laatste fase van het leven. Kenmerkend voor het delirium zijn het snelle ontstaan en de wisseling van de symptomen. De DOS-schaal bevat 13 observaties van gedrag (verbaal en non-verbaal) die de symptomen van het delirium weergeven. Deze observaties kunnen gedaan worden tijdens reguliere contacten met de patiënt. Om het delirium goed te herkennen is het van belang om per shift de observatie van het gedrag vast te leggen. Nadere informatie is op te vragen bij M. Schuurmans. Emailadres: M.J.Schuurmans@med.uu.nl

### 2 Beoordeling

---

Nooit (N)	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie geen enkele keer waargenomen. ( <i>omcirkel getal in deze kolom</i> )
Soms (S) – altijd (A)	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie één of meer keer of zelfs steeds waargenomen ( <i>omcirkel getal in deze kolom</i> )
Weet niet (?)	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie niet waargenomen omdat de patiënt steeds sliep of geen verbaal contact maakte of omdat de beoordelaar zichzelf niet in staat acht de aan- dan wel afwezigheid te beoordelen ( <i>omcirkel getal in deze kolom</i> )

### 3 Nadere toelichting/ voorbeelden

---

Iemand is **snell afgeleid door prikkels uit de omgeving** wanneer hij/zij verbaal of non-verbaal reageert op geluiden of bewegingen die geen betrekking op hem/haar hebben en die van dien aard zijn dat je geen reactie van hem/haar zou verwachten (het is bijvoorbeeld normaal dat iemand reageert op een harde gil op de gang, maar niet normaal als iemand reageert op een rustige vraag aan een andere patiënt). **Iemand heeft aandacht voor gesprek of handeling** als hij/zij verbaal of non-verbaal blijkt geeft het gesprek of de handeling te volgen. Iemand **reageert traag op opdrachten** wanneer het handelen is vertraagd en/of er momenten van stilte/inactiviteit zijn voordat tot handelen wordt overgegaan. **Iemand denkt ergens anders te zijn** als hij/zij in woorden of in handelen dit laat blijken (iemand die je bijvoorbeeld vraagt om iets te pakken wat op het dressoir ligt of iemand die de omgeving anders interpreteert dan als ziekenhuis).

Iemand **beseft welk dagdeel het is** als hij/zij in woorden of handelen dit laat blijken (iemand die bijvoorbeeld midden in de nacht opstaat en wil douchen heeft meestal geen besef welk dagdeel het is). Iemand **herinnert zich recente gebeurtenissen** wanneer hij/zij bijvoorbeeld juist kan vertellen of er bezoek is geweest of wat hij/zij gegeten heeft. Iemand **is snel of plotseling geëmotioneerd** wanneer hij/zij reageert met een heftige emotie zonder aanleiding of wanneer de heftigheid van de emotie niet in overeenstemming lijkt met de aanleiding (iemand die bijvoorbeeld zomaar begint te huilen of heel angstig

---

<sup>1</sup> DOS: Delirium Observatie Screening © M.J. Schuurmans, UMC Utrecht, 2001

wordt van wassen of woedend reageert als de thee koud is). Iemand **ziet/ hoort dingen die er niet zijn** wanneer hij/zij hiervan verbaal (navragen!) of non-verbaal blijk geeft (bijvoorbeeld iemand die niet zichtbare voorwerpen wil verplaatsen of die reageert op mensen of dieren die er niet zijn).

## 4 Interpretatie

---

- » Per shift word een totale score berekend door het aantal omcirkelde 1-en op te tellen. De totaalscore per shift is minimaal 0 en maximaal 13.
- » NB. Als de patiënt 's avonds wordt opgenomen dan dient de nachtschift voor het einde de shift de schaal in te vullen, daarna ochtend en middag.
- » De totaalscores van drie shiften worden opgeteld tot de totaalscore. De totaalscore deze dag is minimaal 0 en maximaal 39.
- » De DOS-schaal eindscore wordt berekend door de totaalscore te delen door 3. De DOS eindscore ligt tussen de 0 en 13.
- » Een DOS-schaal eindscore <3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk niet delirant is, een DOS-schaal eindscore  $\geq 3$  betekent dat de patiënt waarschijnlijk wel delirant is.

*In een groep van 92 heupfractuurpatiënten waarvan er 18 delirant scoorden 94.4% (sensitiviteit DOS-schaal) van de delirante patiënten een score hoger of gelijk aan 3. 76.6% (specificiteit DOS-schaal) van de niet delirante patiënten hadden een score lager dan 3 (0-2). Dit wil zeggen dat de patiënten met een score hoger of gelijk aan 3 niet allemaal delirant zijn terwijl de patiënten met een score lager dan 3 vrijwel zeker niet delirant zijn (Schuurmans, 2001).*