

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

DELIRIUM VAAK NIET HERKEND

Ziekenhuizen moeten snel de richtlijn 'delirium' implementeren

Een delirium komt jaarlijks voor bij 100.000 oudere patiënten in ziekenhuizen. Uit de veel lagere schattingen van de ziekenhuizen zelf blijkt dat deze psychiatrische stoornis vaak niet wordt onderkend en dus onbehandeld blijft. De inspectie ging op onderzoek uit en concludeerde dat scholing en het gebruik van de richtlijn tot verbetering kunnen leiden.

G. VAN BLANKEN
P.B.M. ROBBEN

Het delirium is - vaak in combinatie met depressie en dementie - een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouderen in het ziekenhuis. Bekend is het delirium bij alcoholisten, maar het komt ook frequent voor bij oncologische patiënten en aids-patiënten.¹ Bij een niet-onderkend en onbehandeld delirium is

er meestal sprake van een lange opname-duur, verlies van zelfredzaamheid, een verhoogd risico op complicaties en een hogere mortaliteit, zowel tijdens de ziekenhuisopname als daarna.

Uit literatuurgegevens en gesprekken met deskundigen blijkt dat de zorgverlening aan ouderen met een delirium niet voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. De inspectie onderzocht wat de knelpunten zijn in de hulpverlening, welke goede praktijken er zijn ontwikkeld en wat er moet verbeteren.

De diagnose 'delirium' is niet moeilijk te stellen. Was de patiënt gisteren niet verward en is hij dat vandaag wél, dan is er in de meeste gevallen sprake van een delirium. Dit eenvoudige onderscheid is van wezenlijk belang, zo betoogde professor Koen Milisen onlangs in de Anna Reynvaan Lezing. Conceptuele verwarring tussen de begrippen 'verwardheid' en 'acute verwardheid' leidt tot onderdiagnostiek. Het eerste duidt op een mogelijke dementie, het laatste op een delirium. Als de acute verward-

heid wordt toegeschreven aan bij de leeftijd behorende cognitieve achteruitgang, blijven verdere diagnostiek en behandeling van het delirium achterwege.

Door het falen van het cerebrale metabolisme is het delirium een psychoorganische stoornis, die meestal acuut ontstaat, van tijdelijke duur is en in ernst en symptomatologie wisselt. De belangrijkste kenmerken zijn: globaal gestoorde cognitieve functies, een verlaagd bewustzijn, gestoorde aandacht, toegenomen of afgenomen psychomotorische activiteit en een gestoord slaap-waakritme.² In de praktijk zien we twee vormen van het delirium: de hyperactieve vorm en de hypo-actieve vorm of het stille delirium. Deze laatste vorm en de veelvoorkomende mengvorm treden vaker op bij ouderen, worden minder snel opgemerkt en zijn moeilijker te diagnosticeren.

De diagnose 'delirium' wordt gesteld op basis van het klinisch beeld, de anamnese, de observatie, het psychiatrisch onderzoek en de diagnostiek van de onderliggende somatische aandoeningen alsmede op basis van een evaluatie van de gebruikte geneesmiddelen. De behandeling van het delirium is gericht op het herstel van de onderliggende somatische aandoeningen en functie-

zoek komen uit op een veel lager getal. Het delirium wordt dus vaak niet herkend en behandeld.

RICHTLIJN

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is er een werkgroep ingesteld om een richtlijn te maken voor gepaste zorg van patiënten met een delirium. In de werkgroep participeerden ook leden van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Daarnaast hebben de Nederlandsche Internisten Vereeniging en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie de richtlijn bekrachtigd. De richtlijn is ontwikkeld in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en was in maart 2004 in conceptvorm beschikbaar. Eind 2004 heeft de NVvP de richtlijn gepubliceerd.³

Over de richtlijn 'delirium', de diagnostiek en de behandeling ervan is onlangs gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.⁴

INSPECTIEONDERZOEK

Het doel van het inspectieonderzoek is te toetsen of in de algemene ziekenhuizen de noodzakelijke voorwaarden aanwezig zijn voor een verantwoorde zorgverlening aan ouderen met een deli-

Geriatric. Voorafgaand aan het bezoek vulde het management een vragenlijst in. Tijdens het bezoek is gesproken met de specialist en de verpleegkundige van de afdeling.

BELEID

De ziekenhuizen hebben geen systematische registratie en analyse van gegevens over delirante patiënten. De helft van de ziekenhuizen zegt wel te weten hoeveel patiënten met een delirium waren opgenomen in het voorgaande jaar. Die cijfers zijn echter altijd gebaseerd op schattingen en deze zijn aan de lage kant en lopen sterk uiteen. Slechts vier afdelingen hebben werkelijk geregistreerd. Afgezet tegen de gegevens over prevalentie in de literatuur moet worden geconcludeerd dat in veel gevallen de diagnose 'delirium' niet wordt herkend.

Als een goede registratie ontbreekt, is een ziekenhuisbreed beleid op het gebied van het delirium bij oudere patiënten onmogelijk. Geen van de onderzochte ziekenhuizen heeft op basis van een risicoanalyse een ziekenhuisbreed beleid en protocollen voor de preventie, diagnostiek, behandeling en verpleging van het delirium. Het identificeren van risicogroepen en afdelingen en het zo mogelijk wegnemen van risicofactoren hebben geen prioriteit. Daarvoor is het noodzakelijk de risicogroepen en afdelingen vast te stellen en bij opname van de patiënten die een risico vormen zorgvuldig door middel van gericht onderzoek en observatie vast te stellen of er sprake is van een delirium en of er verschijnselen optreden tijdens de opname. Slechts op een van de bezochte afdelingen is het beleid over risicogroepen vastgelegd en op vijf afdelingen wordt gebruikgemaakt van screeningsinstrumenten.

Internationaal onderzoek laat zien dat een interventieprogramma effect heeft op het ontstaan, de duur en de ernst van het delirium; daarnaast verkort het de opnameduur en heeft het een positieve invloed op de morbiditeit en de mortaliteit. Controle op en evaluaties van uitgevoerde interventies bij een delirium vinden onvoldoende plaats. Het management van het ziekenhuis heeft een te rooskleurig beeld; het heeft vaak niet de indruk dat er ten aanzien van het delirium iets moet verbeteren. Uit ons onderzoek blijkt wel dat er bij de medewerkers een grote behoefte >>

Het management heeft dikwijls niet de indruk dat er iets moet verbeteren

stoornissen. Voor de medicamenteuze behandeling van het psychiatrisch beeld is haloperidol het middel van eerste keus.

Een delirium komt voor bij 10 tot 40 procent van de oudere patiënten in het ziekenhuis, zo blijkt uit de literatuur. Dit cijfer kan oplopen tot 70 tot 80 procent bij oudere, terminale patiënten met kanker en patiënten op de Intensive Care. Uitgaand van een gemiddelde hiervan, 25 procent, betekent dit ongeveer 100.000 oudere patiënten (70-plus) met een delirium per jaar.

Ter vergelijking: uit cijfers van de landelijke medische registratie uit 2002 blijkt echter dat in dat jaar 2077 patiënten (65-plus) werden opgenomen die als hoofd- of nevendiagnose een delirium hadden. Ook de schattingen van het management en de medewerkers van ziekenhuizen tijdens het inspectieonder-

zoek. Maar ook wordt nagegaan of de ziekenhuizen een actief beleid voeren om een delirium bij deze patiëntencategorie te voorkomen. Gekeken is naar de aanwezigheid van beleid en protocollen voor preventie, diagnostiek, behandeling en verpleging van oudere patiënten met een delirium; en of het beleid en de protocollen zijn geïmplementeerd. Daarnaast is onderzocht of de risicofactoren voor een delirium bij ouderen voldoende aandacht krijgen.

Tijdens het onderzoek zijn twintig (algemene) ziekenhuizen, verspreid over het land en variërend in grootte, at random uitgekozen. Per ziekenhuis zijn drie verschillende afdelingen bezocht waar het delirium veel voorkomt. In totaal veertien afdelingen Neurologie, veertien afdelingen Interne Geneeskunde, zestien afdelingen Chirurgie, elf afdelingen Orthopedie en vijf afdelingen Klinische

<< is aan ziekenhuisbreed beleid voor patiënten met een delirium.

Tijdens het onderzoek zijn we enkele praktijken tegengekomen die als voorbeeld kunnen dienen voor andere afdelingen en ziekenhuizen.

De patiënten van een afdeling Cardiothoracale Chirurgie bijvoorbeeld, vormen een hoogrisicogroep: zij worden aangesloten op de hart-longmachine, wat kan leiden tot cerebrale schade. De medisch specialisten van de afdeling hebben de risico-inschatting voor een delirium preoperatief en tijdens de behandeling goed geregeld. Zij gebruiken

verpleegkundigen een belangrijke rol. De klinisch geriater, de psychiater en de consultatief geriatisch/psychiatrisch verpleegkundige worden het meest geconsulteerd. De beschikbaarheid van deze disciplines is niet overal goed geregeld. Dit is echter wel een absolute voorwaarde voor verantwoorde zorg bij het delirium. In het ziekenhuis is niet altijd een psychiater of een klinisch geriater aangesteld, soms komt deze uit een naburige zorginstelling.

Een aantal specialisten en verpleegkundigen geeft aan dat hun kennis over het delirium gering is. Alleen als de

in het scholingsbeleid van het ziekenhuis terugkeren.

OVERDRACHT

Vanuit het streven de opnameduur in het ziekenhuis zoveel mogelijk te beperken is het belangrijk dat in de zorgketen goede afspraken worden gemaakt over de samenwerking en de overdrachtsgegevens bij het delirium. In de praktijk worden er met andere zorgverleners echter nauwelijks afspraken gemaakt over de kwaliteit en de inhoud van de over te dragen informatie. De diagnose 'delirium' wordt vaak niet geregistreerd en dus ook niet vermeld als ontslagdiagnose. De medicatie om de onrust tijdens een doorgemaakt delirium te behandelen, wordt dan bij ontslag gecontinueerd zonder dat daarvoor nog een indicatie is. De risico's die hieruit kunnen voortvloeien, zijn dat patiënten vallen of dat er andere bijwerkingen van de psychofarmaca optreden.

VOORLICHTING

Eenderde van ziekenhuizen heeft een brochure ontwikkeld die familie en bekenden informatie geeft over acute verwardheid. De brochure is wel vaak op de afdelingen aanwezig, maar wordt niet structureel uitgereikt aan familieleden van risicopatiënten. Soms wisten verpleegkundigen niet eens van het bestaan van deze brochure. Dit is een gemiste kans, omdat de naasten van de patiënt de professionals kunnen attenderen op belangrijke gedragsveranderingen die op een beginnend delirium kunnen wijzen. Daarnaast is de manier waarop de familie met de delirante patiënt omgaat belangrijk, en daarover wordt nu juist in de brochure informatie gegeven.

VERBETERING NOODZAKELIJK

De belangrijkste aanbeveling van de inspectie om de zorg te verbeteren is het opstellen van een beleidsplan en protocollen voor de preventie, diagnostiek en behandeling van het delirium bij oudere patiënten. Zij vormen immers vanwege hun hoge leeftijd de belangrijkste risicogroep. Omdat voorkómen belangrijker is dan genezen, moet een preventie- en interventieplan prioriteit hebben. Het ligt in de rede dat de 'richtlijn delirium' van de NVvP daarbij als uitgangspunt wordt genomen. Hierin zijn ook de richtlijnen voor de behandeling opgenomen. Gezien de positieve reacties die onze vraag om een plan van aanpak van

Tijdens een delirium toegediende medicatie wordt bij ontslag gecontinueerd

hiervoor het klinisch pad delirium (zie kader). Als dit wordt ingezet bij risicopatiënten, volgt een heel traject om te voorkomen dat de patiënt delirant wordt. Ook is duidelijk wat de verpleging moet doen bij een delirium.

In een ander ziekenhuis gaan de psychiater en de consultatief psychiatrisch verpleegkundige regelmatig langs op de afdelingen om te vragen of er problemen zijn. Dit is een vorm van screening die in een klein ziekenhuis goed werkt.

PROTOCOLLEN

Op de helft van de bezochte afdelingen is een protocol beschikbaar voor de specialist en/of de verpleegkundige, soms voor beide groepen medewerkers. Veelal heeft een enkeling of een enkele afdeling het initiatief hiertoe genomen en wordt in het ziekenhuis 'zendingsarbeid' verricht.

Toch moeten we vaststellen dat de aanwezige protocollen nooit op alle risicoafdelingen van het ziekenhuis bekend zijn en dat een multidisciplinair protocol meestal niet bestaat. De publicatie van het concept 'multidisciplinaire richtlijn delirium'⁵ door het CBO heeft wel als gevolg gehad dat een aantal verpleegkundigen en artsen/specialisten zich heeft ingespannen om een lokaal protocol op te stellen. Ook de aankondiging van de bezoeken van IGZ heeft bijgedragen aan de initiatieven.

CONSULTATIE

Bij het herkennen van gedragsveranderingen die kunnen wijzen op het ontstaan of bestaan van een delirium, spelen

onrust en de verwardheid voor de verpleegkundigen moeilijk te hanteren zijn, wordt een consult gevraagd, anders blijft een consultaanvraag achterwege.

Er is behoefte aan een verpleegkundige met kennis op het gebied van ouderen met een delirium, die laagdrempelig toegankelijk is en die vooral op eigen initiatief de afdelingen in de ziekenhuizen bezoekt of patiëntenbesprekingen bijwoont: een geriatisch/psychiatrisch consultatief verpleegkundige. In die ziekenhuizen waar deze verpleegkundige wel beschikbaar is, is de kwaliteit van de zorg voor de betrokken groep patiënten sterk verbeterd.

De rol van de ziekenhuisapotheker is marginaal. Structurele, actieve signalering bij polyfarmacie, ongewenste geneesmiddelencombinaties en bepaalde soorten geneesmiddelen, waarbij het risico op het ontstaan van een delirium aanwezig is, vindt in twee ziekenhuizen plaats.

SCHOLING

Opleiding en (bij)scholing zijn belangrijk voor het verbeteren van de kennis en vaardigheden met betrekking tot het delirium, te meer daar de professionals over het algemeen aangeven dat hun kennis over het delirium zeer beperkt is. In driekwart van de ziekenhuizen is hiervoor niets structureel geregeld. Besprekingen in de medische staf en het organiseren van een klinische les leveren onvoldoende resultaat op, zeker als deze zaken ad hoc worden georganiseerd, er geen follow-up is en zij niet systematisch

SAMENVATTING

- In de ziekenhuizen wordt het delirium bij oudere patiënten onvoldoende onderkend.
- Beleid, vooral op het gebied van primaire preventie, ontbreekt.
- Protocollen worden niet ziekenhuisbreed toegepast.
- De deskundigheid ten aanzien van het delirium, vooral bij oudere patiënten, schiet tekort.
- Verbetering is mogelijk door gebruik van de richtlijn en door scholing.
- De aanwezigheid van psychiatrisch of geriatrisch specialist en verpleegkundige is van groot belang.

Op www.medischcontact.nl/dezeweek vindt u links naar het rapport van de inspectie en naar meer interessante informatie over deliriums.



de ziekenhuizen al heeft opgeleverd, is verbetering van de zorg bij het delirium bij oudere patiënten goed mogelijk.

Positieve ontwikkelingen zijn verder dat het delirium bij ouderen aandacht krijgt op symposia en lezingen, zoals de reeds genoemde Anna Reynvaan Lezing en de workshops op het symposium 'Patiëntveiligheid' in het kader van het project 'Sneller beter'. Ook willen wij wijzen op de website van de consultatieve diensten klinische geriatrie en psychiatrie in Groningen (zie de *webverwijzingen*). ■

drs. G. van Blanken,
Inspecteur voor de Gezondheidszorg

dr. P.B.M. Robben, arts,
Inspecteur voor de Gezondheidszorg

Correspondentieadres: Inspectie voor de Gezondheidszorg,
Postbus 16119, 2500 BC Den Haag; l.jansen@igz.nl.

Referenties

1. American Psychiatric Association. Practical guideline for treatment of patient with delirium. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1-20. 2. Lipowski ZJ. *Delirium: Acute confusional states*. New York: Oxford University Press, 1990. 3. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn 'Delirium', 2004. 4. Mast RC van der, Huijse FJ, Rosier PFW. Richtlijn 'Delirium' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005; 149 (19): 1027-32. 5. CBO. *Multi-disciplinaire richtlijn 'Delirium', concept*. Utrecht 2004.

KLINISCH PAD DELIRIUM

Het Diaconessenhuis in Leiden gebruikt een klinisch pad delirium. De verpleegkundigen observeren en artsen komen in beeld bij patiënten met veel risico. Het aantal patiënten met een delirium is flink afgenomen.

Het klinisch pad is anderhalf jaar geleden ingevoerd op de afdelingen Chirurgie, Interne Geneeskunde en Orthopedie. Een multidisciplinair team ontwikkelde het pad en stelde een richtlijn op voor intern gebruik. Alle patiënten van 70 jaar en ouder krijgen een speciale sticker in hun status. Verpleegkundigen observeren de patiënten vijf dagen lang driemaal per dag en vullen de 'risicofactorensticker' in. Ze kruisen onder andere aan of de patiënt last heeft van cognitieve stoornissen, of hij alcohol of opiaten gebruikt, een verminderde ADL heeft, last heeft van visus- of hoorstoornissen en of er sprake is van comorbiditeit. Ook kijken zij naar aanvullende factoren, bijvoorbeeld of de patiënt katheters, infusen of drains heeft en of de ziekenhuisopname tot veel stress heeft geleid.

Artsen en verpleegkundigen overleggen over alle patiënten in deze leeftijdscategorie. Zij bekijken of er lichamelijke of geestelijke problemen zijn die voor de operatie moeten worden behandeld, zoals een laag HB, ondervoeding of dehydratie. Patiënten en hun familie krijgen informatie over delirium, zodat de familie vreemd gedrag kan melden. Een andere preventieve maatregel is het creëren van een 'therapeutisch klimaat' waarbij de patiënt weinig of juist veel prikkels krijgt.

Als er risicofactoren zijn, vult de verpleegkundige ook de Delirium Observatie Screening (DOS) Schaal in. Is de score drie of hoger, dan wordt direct de arts gewaarschuwd. Deze bekijkt wat de oorzaken kunnen zijn en start met medicatie. Als de arts er zelf niet uitkomt, kan hij de hulp inschakelen van een geriater of een psychiater.

Groot voordeel van de stickers en van het invullen van de DOS-schaal is volgens verpleegkundig specialist geriatrie Corry Knijnenburg dat de verpleegkundigen in het Diaconessenhuis nu dezelfde taal spreken als de artsen. 'Verpleegkundigen zeiden dat een patiënt onrustig is, zijn infuus eruit trekt en 's nachts rondloopt over de afdeling. Artsen hebben het over hallucineren en waanideeën. Daardoor ontstonden er in het verleden misverstanden, nu weet iedereen direct wat er aan de hand is.'

Het klinisch pad werkt goed. Het ziekenhuis registreert de deliriumgevallen en er is een duidelijke daling zichtbaar. In 2004 lag het aantal patiënten boven de 70 jaar met een delirium nog op gemiddeld 18 procent. In 2005 is dat in dezelfde periode gedaald naar 12 procent. Het ziekenhuis is op dit moment bezig het klinisch pad ook op andere afdelingen in te voeren. << MM

Het klinisch pad delirium staat in de databank van het project 'Sneller Beter' van de Orde van Medisch Specialisten, NVZ vereniging van ziekenhuizen en het ministerie van VWS.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET