

**De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis:
verwardheid nog onvoldoende onderkend**

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Hierbij bied ik u het inspectierapport aan over het onderzoek naar oudere patiënten met een delirium in het algemeen ziekenhuis. Een delirium bij oudere patiënten is een ernstig ziektebeeld en is de meest voorkomende psychiatrische stoornis in het ziekenhuis. Het komt voor bij 10 tot 40 procent van de oudere patiënten. Wanneer geen of geen adequate behandeling plaatsvindt, leidt het tot langere opnameduur, verlies van zelfredzaamheid, een verhoogd risico op complicaties en een hogere mortaliteit zowel tijdens de ziekenhuisopname als daarna.

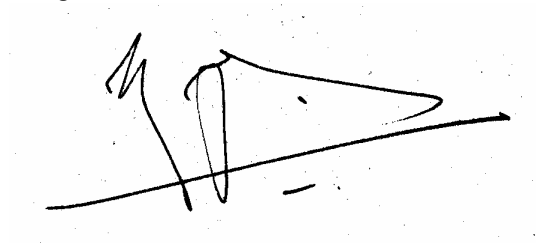
Uit het inspectieonderzoek blijkt dat een ziekenhuisbreed beleid over het delirium ontbreekt. De ziekenhuizen hebben geen kennis over de omvang van het probleem en de medisch specialisten en verpleegkundigen hebben over het algemeen weinig kennis over het delirium. Daarnaast ontbreekt structurele deskundigheidsbevordering en is er te weinig protocollering van de zorg aan deze groep patiënten. De ketenzorg voor deze kwetsbare groep patiënten moet sterk verbeteren.

Op een klein aantal ziekenhuisafdelingen zijn goede initiatieven genomen om de zorg aan delirante oudere patiënten te verbeteren. De recent uitgekomen landelijke richtlijn delirium draagt daartoe bij. Alle bezochte ziekenhuizen hebben inmiddels een plan van aanpak opgesteld om de kwaliteit van zorg voor patiënten met een delirium te verbeteren.

Voorwaarde voor verbetering is betrokkenheid van de bestuurders van de ziekenhuizen, die zorgen dat een ziekenhuisbreed beleid inzake het delirium wordt opgesteld en de landelijke richtlijn, in samenwerking met de beroepsbeoefenaren, in hun ziekenhuis implementeren.

De inspectie ziet er de komende jaren door middel van het gelaagd en gefaseerd toezicht actief op toe dat de zorg voor patiënten met een delirium verbetert. In overleg met alle betrokkenen wordt de mogelijkheid onderzocht om een prestatie-indicator voor het delirium te ontwikkelen.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'K' followed by a large, sweeping horizontal stroke that extends to the right.

Prof. dr. J.H. Kingma

Den Haag, oktober 2005

Samenvatting

Een delirium (of acute verwardheid) is een veel voorkomende, ernstige psychiatrische stoornis als gevolg van onderliggende lichamelijke oorzaken en wordt gekenmerkt door wisselend/gedaald bewustzijn, desoriëntatie, hallucinaties, waanideeën en verward denken en vaak, maar niet altijd, motorische onrust en angst.

Het delirium is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in het algemeen ziekenhuis en komt naast en in combinatie met depressie en dementie veel voor bij oudere patiënten. 25 procent van het totale aantal opgenomen patiënten is 70 jaar of ouder. Dat zijn er ruim 400.000. De schattingen zijn dat tussen de 40.000 en de 160.000 van hen een delirium krijgen. Op basis van literatuurgegevens en gesprekken met deskundigen uit het veld blijkt dat de voorwaarden voor de levering van verantwoorde zorg vrijwel nooit aanwezig zijn. Wanneer de onderliggende organische oorzaken niet worden behandeld, bestaat het risico dat oudere patiënten lijden en sterven aan een, in potentie omkeerbare, aandoening.

Het delirium bij oudere patiënten is een ernstig ziektebeeld. Bij een delirium is vaak sprake van een langere opnameduur, verlies van zelfredzaamheid, een verhoogd risico op complicaties en een hogere mortaliteit zowel tijdens de ziekenhuisopname als daarna.

Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de kwaliteitszorg bij het delirium, bewustwording van het probleem en de risico's van het delirium en te bevorderen dat ziekenhuizen werken volgens landelijke richtlijnen.

In dit onderzoek zijn twintig algemene ziekenhuizen bezocht, verspreid over het hele land. Per ziekenhuis zijn drie verschillende afdelingen bezocht waar het delirium veel voorkomt: veertien afdelingen neurologie, veertien afdelingen interne geneeskunde, zestien afdelingen chirurgie, elf afdelingen orthopedie en vijf afdelingen klinische geriatrie.

Voorafgaand aan het bezoek werd een vragenlijst ingevuld door het management van het ziekenhuis. Tijdens het inspectiebezoek is gesproken met de specialisten en de verpleegkundigen van de afdelingen.

Ondanks alle goede initiatieven die er door artsen en verpleegkundigen worden genomen, worden de risico's van het delirium in het ziekenhuis nog onvoldoende heren onderkend en is er met beleidsontwikkeling nog een wereld te winnen. Belangrijke conclusies zijn:

- Ziekenhuizen kennen de omvang van het probleem niet. De schattingen die worden gedaan, liggen aan de lage kant en lopen sterk uiteen.
- Een ziekenhuisbreed beleid over behandeling en verpleging bij een delirium en beleid gericht op preventie en vermindering van het voorkomen van delirium ontbreken.
- Protocollering komt langzamerhand op gang maar betreft nooit het hele ziekenhuis en op de naleving van de protocollen is geen toezicht.
- De specialisten en verpleegkundigen hebben weinig kennis over het delirium. Vaak wordt een beroep gedaan op de kennis en vaardigheden van de al dan niet aanwezige psychiater, klinisch geriater of specialistisch verpleegkundige.
- Scoringsinstrumenten worden weinig gebruikt.
- Deskundigheidsbevordering voor het delirium is in de ziekenhuizen niet structureel geregeld.
- De ketenzorg voor patiënten met een delirium moet sterk worden verbeterd.

De ziekenhuizen en professionals moeten maatregelen nemen om het aantal oudere patiënten met een delirium te verminderen en ervoor zorgdragen dat gewerkt wordt met de landelijke richtlijnen.

De inspectie ziet door gelaagd en gefaseerd toezicht en door het ontwikkelen van een prestatie-indicator delirium actief toe op de verbetering van de zorg voor patiënten met een delirium. Preventie voor het optreden van het delirium is daarbij het belangrijkste speerpunt.

Inhoudsopgave

1	Inleiding 9
1.1	Aanleiding en achtergrond 9
1.2	Het delirium, een ernstig ziektebeeld 9
1.3	Recente ontwikkelingen in de richtlijnen delirium 10
1.4	Doelstelling inspectieonderzoek 10
1.5	Vraagstelling en onderzoeksvragen 10
1.6	Onderzoeksmethode 11
2	Conclusies en maatregelen 12
2.1	Conclusie: Delirium wordt onvoldoende her- en onderkend 12
2.1.1	<i>De omvang van het probleem is niet bekend 12</i>
2.1.2	<i>Management heeft een te optimistisch beeld van beleid in het ziekenhuis 12</i>
2.1.3	<i>Risicogroepen en risicoafdelingen zijn niet duidelijk 13</i>
2.1.4	<i>Protocollering komt op gang 13</i>
2.1.5	<i>Vrijheidsbeperking bij delirium weinig toegepast 13</i>
2.1.6	<i>Deskundige professionals worden vaak geconsulteerd 14</i>
2.1.7	<i>Scoringsinstrumenten worden te weinig gebruikt 14</i>
2.1.8	<i>Scholingsbeleid over delirium is slecht ontwikkeld 15</i>
2.1.9	<i>Dossiers kunnen worden verbeterd 15</i>
2.1.10	<i>In de zorgketen is over het delirium weinig afgesproken 15</i>
2.1.11	<i>Vaak een prachtige brochure voor mantelzorgers maar... 15</i>
2.2	Maatregelen 15
2.2.1	<i>Maatregelen ten aanzien van zorgaanbieders 15</i>
2.2.2	<i>Maatregelen ten aanzien van beroepsbeoefenaren 16</i>
2.2.3	<i>Maatregelen ten aanzien van wetenschappelijke verenigingen 16</i>
2.2.4	<i>Maatregelen ten aanzien van de Inspectie voor de Gezondheidszorg 16</i>
3	Onderzoeksresultaten 17
3.1	Beleid 17
3.2	Zorgproces 17
3.3	Deskundigheidsbevordering 18
3.4	Mantelzorg 19
3.5	Vrijheidsbeperking 19
3.6	Afdelingen onderling vergeleken 19
3.7	Waardoor komen afdelingen goed uit het onderzoek? 20
3.8	Voorbeelden van Best Practice 21
3.9	Hoe kan de zorg voor het delirium worden verbeterd en wat zijn de belemmerende factoren daarbij? 21
4	Summary 24
 Bijlagen	
1	Literatuur 27

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Op grond van literatuurgegevens en gesprekken met deskundigen uit het veld moet worden aangenomen dat de zorgverlening in het ziekenhuis aan ouderen - 70 jaar en ouder - met een delirium niet voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg voortvloeiend uit de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de ontwikkelde veldnormen. Hierdoor staat de oudere patiënt bloot aan het risico op verhoogde morbiditeit en mortaliteit (*M. Lundstrum e.a. 2005*).

In 2003 vonden in totaal 1.574.903 opnames plaats in het ziekenhuis. 408.575 patiënten waren ouder dan 70 jaar, dat is ruim 25 procent. De verwachting is dat dit aantal zal stijgen.

Het delirium is één van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in het ziekenhuis (10 tot 40 procent) en komt naast en in combinatie met depressie en dementie veelvuldig voor bij ouderen. Het cijfer kan oplopen tot 70 à 80 procent bij oudere terminale patiënten met kanker en patiënten op de intensive care afdeling. In de algemene inleiding van de multidisciplinaire richtlijn delirium van het CBO^[1] wordt gesteld dat het delirium zowel door psychiaters als door somatisch specialisten vaak niet wordt herkend.

Het delirium is een probleem dat op alle afdelingen van het algemeen ziekenhuis kan voorkomen, het vraagt een ziekenhuisbrede aanpak, goede samenwerking tussen verschillende specialisten en disciplines, en is daarmee ook wel te vergelijken met decubitus.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft vanuit haar toezichthoudende taak de opdracht om de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen en kijkt met name naar de ontwikkeling en implementatie van beleid dat gericht is op het verminderen van risico op gezondheidsschade. Dit geldt zeker voor de zorg voor een kwetsbare groep ouderen met een delirium, een ziektebeeld dat grote risico's met zich meebrengt. Voorkomen moet worden dat ernstige gezondheidsschade optreedt als gevolg van niet of te late herkenning van het delirium en inadequate behandeling en verpleging.

1.2 Het delirium, een ernstig ziektebeeld

Het delirium is een psycho-organische stoornis ten gevolge van het falen van het cerebrale metabolisme, die min of meer acuut ontstaat, van tijdelijke duur is, in ernst en symptomatologie wisselt. Belangrijkste kenmerken zijn gestoorde cognitieve functies, een verlaagd bewustzijn, een gestoorde aandacht, toegenomen of afgenomen psycho-motorische activiteit en een gestoord slaap-/waakritme (*Lipowski 1990*). In de praktijk worden verschillende vormen van het delirium gezien: de hyperactieve actieve vorm en de hypo-actieve vorm of het stille delirium. De laatste verschijningsvorm wordt vaak bij ouderen waargenomen.

[1] In dit rapport wordt met de CBO-richtlijn bedoeld, de multidisciplinaire richtlijn delirium die in conceptvorm in maart 2004 is geplaatst op de website van het CBO. De richtlijn delirium van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie werd pas gepubliceerd toen het feitelijk onderzoek al was afgerond. De inhoud van beide documenten verschilt niet wezenlijk.

De diagnose delirium wordt gesteld op basis van het klinisch beeld, anamnese, observatie, psychiatrisch onderzoek en de diagnostiek van onderliggende somatische aandoeningen alsmede een evaluatie van de geneesmiddelen die worden gebruikt. Het risico van het delirium is dat patiënten lijden en sterven aan een, in potentie omkeerbare, aandoening wanneer de onderliggende organische oorzaken niet worden behandeld. Het delirium is, vooral bij ouderen, een onafhankelijke voorspeller van een langere opnameduur, verlies van zelfredzaamheid, een verhoogd risico op complicaties en een hogere mortaliteit zowel tijdens de ziekenhuisopname als daarna. De behandeling van het delirium is gericht op herstel van de onderliggende somatische aandoeningen/-functiestoornissen. Voor de verbetering van het psychiatrisch toestandsbeeld is haloperidol het middel van eerste keus. Soms, bijvoorbeeld in verband met alcohol, hebben benzodiazepines de voorkeur.

1.3 Recente ontwikkelingen in de richtlijnen delirium

De sectie consultatieve en ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stelde in 1998 al een richtlijn vast voor de diagnostiek en behandeling van het delirium.

In 2003 kwam de NHG-Standaard 'Delir bij ouderen' beschikbaar voor huisartsen. Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is enkele jaren geleden een werkgroep ingesteld om een nieuwe richtlijn voor gepaste zorg aan patiënten met een delirium op te stellen. In de werkgroep hebben ook leden van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie geparticipeerd. Daarnaast is de richtlijn bekrachtigd door de Nederlandse Internisten Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. De richtlijn is ontwikkeld in samenwerking met het CBO en was in maart 2004 in conceptvorm beschikbaar. Eind 2004 is de richtlijn door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gepubliceerd.

1.4 Doelstelling inspectieonderzoek

De doelstelling van dit onderzoek is te bevorderen dat ziekenhuizen werken volgens door de overheid en beroepsgroepen opgestelde wetten, regels en richtlijnen en beleidsvorming te stimuleren (onder andere voor preventie) over het delirium bij de oudere patiënt in algemene ziekenhuizen. Met andere woorden: het toetsen van de praktijk, het bevorderen van de bewustwording van het probleem en de risico's van het delirium en het stimuleren dat de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie wordt geïmplementeerd.

1.5 Vraagstelling en onderzoeksvragen

Zijn in de algemene ziekenhuizen de noodzakelijke voorwaarden aanwezig om te komen tot verantwoorde zorgverlening aan ouderen met een delirium en wordt er binnen de ziekenhuizen actief beleid gevoerd ter voorkoming van een delirium bij deze patiënten-categorie?

- Is er beleid en zijn er richtlijnen voor de preventie, diagnostiek, behandeling en verpleging van oudere patiënten met een delirium en zijn deze geïmplementeerd?
- Als er nog geen beleid en richtlijnen zijn, wat zijn dan de belemmerende factoren om richtlijnen in de praktijk in te voeren?
- Krijgen in de ziekenhuizen de risicofactoren voor het mogelijk ontstaan van een delirium bij ouderen, bij en tijdens opname aandacht?

- Hoe zijn de beschikbaarheid en inzetbaarheid van de specialismen psychiatrie en klinische geriatrie in het algemeen ziekenhuis geregeld bij ouderen met een delirium?
- Wordt conform wet- en regelgeving gehandeld bij de toepassing van vrijheidsbeperkende middelen en bij behandeling?
- Vindt fixatie op verantwoorde wijze plaats?

1.6 Onderzoeksmethode

In totaal zijn door de inspectie twintig (algemene) ziekenhuizen bezocht in de periode van september tot en met december 2004. De ziekenhuizen liggen verspreid over het hele land. Het gaat om zowel grotere als kleinere ziekenhuizen. Per ziekenhuis zijn drie verschillende afdelingen bezocht waar het delirium veel voorkomt: veertien afdelingen neurologie, veertien afdelingen interne geneeskunde, zestien afdelingen chirurgie, elf afdelingen orthopedie en vijf afdelingen klinische geriatrie.

Voorafgaand aan het bezoek werd een vragenlijst ingevuld door het management van het ziekenhuis. De inspectie heeft het beleid en de eventuele richtlijn over het delirium (bij de oudere patiënt) opgevraagd en geanalyseerd aan de hand van de concept-multidisciplinaire richtlijn delirium.

Tijdens het inspectiebezoek is gesproken met de specialist en een verpleegkundige van de betreffende afdeling. Alle deelnemende ziekenhuizen zijn schriftelijk op de hoogte gebracht van de bevindingen en zonodig is een plan van aanpak gevraagd.

Tijdens de bezoeken is gebruikgemaakt van de casuïstiekmethode. Aan de hand van een herkenbare casus voor de afdeling wordt met de specialist en de verpleegkundige een gesprek gevoerd over de zorgverlening aan oudere patiënten die risicofactoren hebben voor het ontstaan van een delirium. De meeste vragen die ook aan het management zijn gesteld, waren gesloten vragen. Aan het eind van het gesprek zijn enkele open vragen gesteld die inzicht moeten geven in de vraag naar verbetering van de zorg, de belemmeringen die er zijn om volgens de richtlijn te werken en eventueel de vraag welke factoren het verhinderen om richtlijnen in de praktijk in te voeren.

Het Trimbos-instituut heeft methodologische ondersteuning bij het onderzoek geboden en heeft de gegevensverwerking voor haar rekening genomen.

2 Conclusies en maatregelen

2.1 Conclusie: Delirium wordt onvoldoende her- en onderkend

In de ziekenhuizen worden goede initiatieven genomen door artsen en verpleegkundigen om meer aandacht te vragen voor de behandeling en verpleging van het delirium bij vooral oudere patiënten.

Het is voor medisch specialisten en verpleegkundigen of specifieke afdelingen zoals klinische geriatrie heel moeilijk om deze goede initiatieven in het gehele ziekenhuis van toepassing te laten zijn.

Op het gebied van beleidsontwikkeling is er nog een wereld te winnen. Te veel hangt af van initiatieven van individuen met het risico dat bij vertrek van deze medewerkers de verdere ontwikkeling zal stagneren. Eén van de belangrijkste bevindingen is dat er over het delirium weinig gegevens worden bijgehouden. Het probleem komt daardoor onvoldoende in beeld en er kan geen gebruik worden gemaakt van uitkomstgegevens om de zorg te verbeteren. Beleid is onvoldoende ontwikkeld en verankerd in het kwaliteitsbeleid van de ziekenhuizen.

De zorg voor oudere patiënten met een delirium in het ziekenhuis blijft daardoor kwetsbaar.

De conclusie is in onderstaande paragrafen verder uitgewerkt.

2.1.1 De omvang van het probleem is niet bekend

Registratie van het aantal patiënten met een delirium vindt nauwelijks plaats. De meeste ziekenhuizen die zeggen te weten hoeveel patiënten met een delirium in het voorgaande jaar in het ziekenhuis verbleven, baseren het aantal op een schatting. Die schattingen laten in de meeste gevallen een gering aantal zien en lopen sterk uiteen. Afgezet tegen beschikbare gegevens over prevalentie in de literatuur en gegevens uit de Landelijke Medische Registratie, moet worden geconcludeerd dat vaak de diagnose delirium niet wordt herkend. In die gevallen waarin men heeft geregistreerd, betreft het vaak één of enkele afdelingen en niet het gehele ziekenhuis. Om te weten of er een probleem is en om de eventuele omvang van het probleem te kennen en aan te pakken, is het niet goed om op incidentele bevindingen af te gaan. Daarvoor is systematische registratie vereist.

2.1.2 Management heeft een te optimistisch beeld van beleid in het ziekenhuis

Het management van het ziekenhuis heeft een te rooskleurig beeld over het beleid en het gebruik van protocollen bij het delirium. Geen van de onderzochte ziekenhuizen heeft een ziekenhuisbreed beleid op het gebied van het delirium bij oudere patiënten. Onder beleid wordt in dit geval niet alleen verstaan de concrete aanwijzingen over de behandeling en verpleging, maar vooral ook beleid gericht op preventie en vermindering van het delirium. Het beleid komt niet voort uit een grondige ziekenhuisbrede risico-analyse, maar is vaak gebaseerd op initiatieven van afdelingen of individuen.

Wat er niet is, kan vanzelfsprekend ook niet opgenomen worden in een kwaliteitscyclus. Controle op en evaluatie van uitgevoerde interventies bij een delirium vinden onvoldoende plaats. Een visie op de vormgeving van de zorg aan delirante patiënten is niet waargenomen. In de meeste gevallen is niet duidelijk vastgelegd welke specialist in welke situaties moet worden geconsulteerd. Het kan de psychiater zijn van een

naburige GGZ-instelling, de eventueel aanwezige klinisch geriater of een geïnteresseerde neuroloog of internist. Veel hangt af van het informele netwerk en voorkeur van de betrokken behandelaar of verpleegkundige.

2.1.3 Risicogroepen en risicoafdelingen zijn niet duidelijk

Binnen ziekenhuizen is niet eenduidig vastgesteld bij welke patiëntengroepen en op welke afdelingen een verhoogde kans op het optreden van een delirium bestaat. Het belang van beleid voor primaire preventie - hiermee wordt bedoeld het identificeren van risicogroepen en het, indien mogelijk, wegnemen van risicofactoren - heeft nog geen prioriteit. Het zou dat wel moeten hebben. Preventie zo blijkt uit internationaal onderzoek, levert wezenlijke resultaten op zoals verkorting van de opnameduur, de duur en de ernst van het delirium, minder morbiditeit en mortaliteit.

Uit het inspectieonderzoek blijkt dat er wel een grote behoefte bestaat aan beleid voor patiënten met een delirium.

2.1.4 Protocollering komt op gang

In veel ziekenhuizen is een protocol beschikbaar voor de specialist en/of de verpleegkundige, soms voor beide groepen medewerkers. Veelal is het initiatief hiertoe genomen door een enkeling of een enkele afdeling en wordt zendingsarbeid in het ziekenhuis verricht. Toch moet worden vastgesteld 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* 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 inspectiebezoeken heeft bijgedragen aan de initiatieven. Bij de protocollen of richtlijnen die tijdens onderzoek zijn gezien, is vastgesteld dat de concept-richtlijn is gebruikt. In het onderzoek is geen scherp onderscheid gemaakt tussen protocol en richtlijn.

2.1.5 Vrijheidsbeperking bij delirium weinig toegepast

Omdat er bij de inspectie nog regelmatig calamiteiten met dodelijke afloop als gevolg van het ondeskundige gebruik van fixatiebanden gemeld worden, is in het onderzoek ook het beleid inzake vrijheidsbeperking betrokken.

Een belangrijk verschijnsel bij het ziektebeeld is onrust. Om onrust te beheersen worden regelmatig vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixatie toegepast, als andere interventiemethoden niet toereikend blijken. De aanwezigheid van en de bekendheid met de richtlijnen voor vrijheidsbeperking nemen toe.

Door de grote diversiteit aan en kwaliteit van de materialen die gebruikt worden, maar ook door de geringe ervaring die er is met de uitvoering van vrijheidsbeperking, vormt de toepassing van deze maatregelen een onderschat risico. Registratie van het gebruik van fixatiebanden vindt niet plaats.

Anderzijds kan het ten onrechte niet-toepassen van fixatie, terwijl er wel grote risico's zijn, leiden tot gezondheidsschade; dat geldt zeker wanneer een delirium gepaard gaat met ernstige verwardheid en heftige onrust.

Sporadisch werd een beleid aangetroffen dat ingaat op behandeling wanneer de vereiste toestemming van de patiënt voor de behandeling ontbreekt.

2.1.6 Deskundige professionals worden vaak geconsulteerd

Een aantal specialisten en verpleegkundigen geven aan dat zij weinig kennis hebben van het delirium. Niet zelden wordt een consult gevraagd wanneer de onrust van de patiënt voor verpleegkundigen moeilijk is te hanteren. Adequate interventie en een consultaanvraag blijven achterwege als het delirium een andere uitingsvorm heeft dan de moeilijk te hanteren onrust. Met name bij ouderen is vaak sprake van een hypo-actieve vorm van het delirium. Verpleegkundigen spelen een bepalende rol bij het herkennen van de gedragingen die kunnen wijzen op het ontstaan of bestaan van een delirium.

Vooral de klinisch geriater, de psychiater of de consultatief psychiatisch/geriatriesch verpleegkundige worden veel geconsulteerd. De beschikbaarheid van deze disciplines is niet overal even goed geregeld. Gerapporteerd wordt vooral het gemis van een verpleegkundige met kennis op het gebied van ouderen met een delirium, die laag-drempelig toegankelijk is en vooral op eigen initiatief de afdelingen in de ziekenhuizen bezoekt of patiëntenbesprekingen bijwoont (de geriatriesch/psychiatisch consultatief verpleegkundige). In die ziekenhuizen waar deze verpleegkundige wel is aangesteld, is volgens geïnterviewden de kwaliteit van de zorg voor de betrokken groep patiënten sterk verbeterd.

Het structureel gebruikmaken van bovengenoemde expertise anders dan een patiënt-gericht consult, bijvoorbeeld het bijwonen van patiëntenbesprekingen door deskundigen of de risicogroep tijdens opname ook laten beoordelen door een geriater, komt weinig voor.

De rol die de apotheker met betrekking tot het delirium vervult, speelt zich erg op de achtergrond af. Structurele actieve signalering bij polyfarmacie, ongewenste geneesmiddelencombinaties en bepaalde soorten geneesmiddelen, waarbij het risico op het ontstaan van een delirium aanwezig is, vindt nauwelijks plaats.

2.1.7 Scoringsinstrumenten worden te weinig gebruikt

Het identificeren van risicofactoren is cruciaal omdat daar belangrijke aanwijzingen kunnen komen voor verdere observatie en eventuele vroegtijdige herkenning van het delirium.

Zorgvuldige bepaling van het mogelijke risico op een delirium en/of het systematisch observeren van de mogelijke verschijnselen van een delirium komen te weinig voor. Gestandaardiseerd opnemen van risicofactoren in de anamnese ontbreekt vaak bij zowel de specialisten als bij de verpleegkundigen op de verpleegafdelingen. De Delirium Observatie Screening (DOS) schaal is een Nederlands instrument, ontwikkeld om gedrag vast te leggen zoals dat tijdens de dagelijkse zorgverlening door verpleegkundigen wordt geobserveerd. Dit instrument heeft op een aantal verpleegafdelingen zijn intrede gedaan, met name op afdelingen waar projecten zoals cerebro vasculair accident (CVA) of collum-fractuur liepen. Het gebruik draagt bij aan bewustwording van en kennisverbetering over de psychische toestand van de patiënt en optredende verandering.

2.1.8 Scholingsbeleid over delirium is slecht ontwikkeld

Bij een goed deliriumbeleid hoort deskundigheidsbevordering. Ziekenhuisorganisaties staan voor de niet-geringe opgave om op een doelgerichte en doelmatige manier de deskundigheid van hun medewerkers op het gebied van het delirium te verbeteren. Het bespreken in de medische staf of het organiseren van een klinische les lijken onvolgende vruchten af te werpen. Temeer als dit ad hoc wordt georganiseerd, geen follow-up kent en niet systematisch in het scholingsbeleid terugkeert. In driekwart van de ziekenhuizen is over dit onderdeel niets structureel geregeld.

2.1.9 Dossiers kunnen worden verbeterd

Wanneer het preventiebeleid goed is ontwikkeld, moet dit ertoe leiden dat bij opname dan wel overplaatsing van de patiënt bepaald wordt of deze valt in de risicogroep of niet en als gevolg hiervan extra aandacht en observatie nodig heeft. Het ligt voor de hand dat in de anamneseformulieren voor verpleegkundigen en artsen vragen of aandachtspunten zijn opgenomen zodat het risico voor of de verschijnselen van een delirium, tijdig worden gezien. In de dossiers is de risicobepaling voor het ontstaan van een delirium meestal niet opgenomen.

2.1.10 In de zorgketen is over het delirium weinig afgesproken

In de richtlijn delirium staat dat de noodzaak van samenwerking in de verschillende zorgpraktijken één van de elementen is voor verbetering van de zorg voor patiënten met een delirium. In het onderzoek werden bijna nooit afspraken waargenomen die wijzen op samenwerking rond dit onderwerp.

De diagnose delirium wordt niet vaak geregistreerd en dus ook niet vermeld als ontslagdiagnose in de informatieoverdracht naar de volgende hulpverleners. De medicatie die gegeven wordt om de onrust tijdens een doorgemaakt delirium te behandelen, wordt regelmatig gecontinueerd bij ontslag. Vallen en andere bijwerkingen van psychofarmaca zijn hierbij een risico.

2.1.11 Vaak een prachtige brochure voor mantelzorgers maar...

In veel ziekenhuizen heeft men recent een brochure voor mantelzorgers ontworpen waarin wordt gewezen op belangrijke aspecten van de stoornis delirium en hun rol daarbij. Deze brochure wordt niet vaak systematisch uitgereikt. Dat is een gemiste kans omdat de naasten van de patiënt de professionals kunnen wijzen op gedragsveranderingen die het begin kunnen zijn van een delirium.

2.2 Maatregelen

2.2.1 Maatregelen ten aanzien van zorgaanbieders

- Ontwerpen en implementeren van instellingsbreed beleid en protocollen inzake het delirium, waaronder een effectieve ziekenhuisbrede interventiestrategie. (Olde Rikkert, inaugurale rede 2004). Het ligt voor de hand dat zulks aansluit bij de multidisciplinaire richtlijn, ontwikkeld in samenwerking met het CBO.
- Beleid en protocollen een plaats geven in het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling.
- Systematisch meten of oudere patiënten een delirium hebben. De gegevens moeten zowel op patiënt- als op instellingsniveau verzameld worden.

- Professionals ondersteunen door software aan te bieden voor de diagnostiek en behandeling van het delirium.
- Het kwaliteitsbeleid zodanig uitvoeren dat op gestructureerde wijze wordt gecontroleerd of volgens de richtlijn delirium wordt gewerkt en wat de resultaten van de interventies zijn.
- Vrijheidsbeperkende maatregelen en alternatieve interventies moeten volgens wet- en regelgeving worden toegepast om de gezondheidsrisico's die bij een delirium ontstaan zoveel mogelijk te beperken. De kwaliteit van de vaardigheden bij het toepassen en de kwaliteit van het materiaal is evenzeer van belang. Daarnaast is registratie van vrijheidsbeperking noodzakelijk.

2.2.2 Maatregelen ten aanzien van beroepsbeoefenaren

- Beroepsbeoefenaren die werken met patiënten met een verhoogd risico op een delirium, moeten binnen hun instelling een actieve bijdrage leveren aan het opstellen en het implementeren van een richtlijn/protocol dat voldoet aan wat hierover door de landelijke werkgroep in samenwerking met het CBO is ontworpen. Zij moeten zich van de inhoud op de hoogte stellen en hiernaar handelen.
- Beroepsbeoefenaren moeten in het dossier beschrijven welke maatregelen moeten worden genomen voor de preventie respectievelijk de behandeling van het delirium en in het dossier verantwoorden of die maatregelen ook zijn uitgevoerd.

2.2.3 Maatregelen ten aanzien van wetenschappelijke verenigingen

- In opleiding en (bij)scholing moet doorlopend aandacht worden besteed aan de richtlijn delirium.
- De richtlijn moet actief onder de aandacht van de leden worden gebracht en bevorderd moet worden dat de leden conform de richtlijn handelen.

2.2.4 Maatregelen ten aanzien van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

- De inspectie bespreekt met alle betrokkenen de mogelijkheid om een prestatie-indicator te ontwikkelen, die kan worden opgenomen in de al bestaande lijst met prestatie-indicatoren voor de algemene ziekenhuizen. Deze prestatie-indicator wordt jaarlijks door de instelling ingevuld.
- De inspectie ontwikkelt een follow-up van dit onderwerp door middel van het gelaagd en gefaseerd toezicht.

3 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk staan de belangrijkste resultaten van het onderzoek. Daarnaast worden de belemmerende factoren voor de invoering van een goed beleid en zorgvuldig handelen zoals die door professionals worden ervaren, beschreven. Ook de door hen genoemde mogelijke succesfactoren die kunnen bijdragen aan een goede zorgverlening aan de doelgroep, worden genoemd.

3.1 Beleid

Het aantal patiënten dat in het ziekenhuis een delirium heeft of heeft doorgemaakt, wordt door slechts vier van de zestig bezochte afdelingen geregistreerd. De helft van de ondervraagden zegt wel een schatting te kunnen maken van het aantal keren dat de diagnose delirium is gesteld.

De vraag of patiëntengroepen die een groot risico hebben om een delirium te ontwikkelen zijn geïdentificeerd, wordt door 45 procent van het management positief beantwoord en 30 procent is van mening dat het ook in een document is vastgelegd. Op de bezochte afdelingen zegt 42 procent van de ondervraagden dat de kwetsbare groep is vastgesteld. Slechts op één afdeling wordt in het beleidsdocument vastgelegd welke risicopatiënten er zijn en welke gevolgen dat heeft voor het handelen. Bij verder doorvragen komt over de aard van de groep een heel divers, weinig volledig en weinig consistent beeld naar voren. Soms worden de patiënten van een bepaald specialisme genoemd, dan weer een bepaalde stoornis zoals een verslaving, verschijnselen als koorts of infecties of oudere mensen die uit hun omgeving zijn gerukt. Ook wordt het risico vooral in verband gebracht met de eigen doelgroep/afdeling of de patiënten die deelnemen aan een speciaal project, zoals een cerebro vasculair accident (CVA) of collumfractuur.

Van de onderzochte afdelingen zegt 30 procent dat actieve screening plaatsvindt op het risico voor het ontstaan van een delirium. Het inspectieonderzoek heeft dat echter niet kunnen bevestigen. Van de zestig bezochte afdelingen wordt op vijf afdelingen gebruik gemaakt van een screeningsinstrument.

In 20 procent van de gevallen zegt men dat de risicoafdelingen geïdentificeerd zijn. Vaak wordt de eigen afdeling genoemd als risicovol.

3.2 Zorgproces

Op de vraag of de instelling beschikt over een protocol antwoordt 65 procent van het management bevestigend. Tijdens bezoeken is in bijna 50 procent van de gevallen een protocol of richtlijn aangetroffen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het protocol of de richtlijn in veel gevallen niet in het hele ziekenhuis is geïmplementeerd en veelal beperkt blijft tot de eigen afdeling. De protocollen die er zijn, gaan in 60 procent van de gevallen ook over de multidisciplinaire behandeling van het delirium. In de andere gevallen gaat het vooral over verpleegkundige protocollen.

In bijna eenderde van de protocollen en richtlijnen is ook de medicamenteuze behandeling opgenomen. Bij bijna 60 procent van de ondervraagden is de concept-richtlijn bekend. Soms wordt afgewacht tot de richtlijn in definitieve vorm verschijnt alvorens een eigen richtlijn op te stellen.

Managers geven aan dat in alle ziekenhuizen specifieke expertise beschikbaar is. Niet alle ondervraagden van de zestig bezochte afdelingen zeggen dat het ziekenhuis over specifieke expertise op het gebied van het delirium beschikt. De psychiater wordt in dit geval het meest genoemd, daarna volgen de klinisch geriater, de geriatrisch verpleegkundige en consultatief psychiatisch verpleegkundige. Ook de neuroloog wordt dikwijls genoemd. Het is nauwelijks ziekenhuisbreed vastgelegd wie geconsulteerd moet worden in het geval van (vermoeden op) een delirium. Zelfs meende één van de gesprekspartners dat het beter zou zijn een delirante patiënt naar de thuissituatie te ontslaan omdat zulks beter zou zijn voor de verwardheid. Juiste diagnostiek en behandeling blijven hier dus achterwege. Verder werd eenmaal opgemerkt dat men liever de klinisch geriater in consult roept omdat deze de patiënt echt (lichamelijk) onderzoekt, terwijl een psychiater dat niet doet. Is dan wel de goede consultvraag gesteld? Het lijkt erop dat de geschiedenis en/of cultuur van het ziekenhuis en/of de beschikbaarheid van een deskundige op het gebied van het delirium bepalend zijn voor de keuze van soort specialist. Vastgesteld beleid is in deze niet bepalend en ontbreekt.

Bij bijna alle ziekenhuizen wordt de expertise op het gebied van het delirium altijd ingezet bij de behandeling van het delirium. Bij preventie is die inzet minder vanzelfsprekend. Niet iedereen heeft de zelfde opvatting over de vraag of de expertise op het gebied van het delirium 24 uur per dag beschikbaar is.

Bij 48 van de 60 bezochte afdelingen vindt verpleegkundige verslaglegging bij opname gestandaardiseerd plaats (=80%). Bij 7 (=11%) daarvan is het risico op een delirium een vast aandachtspunt. Bij de medisch specialisten is standaardverslaglegging op 42 van de 60 afdelingen het geval (=70%). Slechts in één situatie is het risico op een delirium een vast aandachtspunt. 10 van de 60 afdelingen (=16%) gebruiken een standaard verpleegplan voor patiënten met een delirium.

De ziekenhuisapotheker is slechts in twee ziekenhuizen structureel bij de diagnostiek en behandeling van het delirium betrokken.

Van de zestig specialisten zeggen er veertien dat er transmurale werkafspraken zijn over de overdracht van medische gegevens. Bij verpleegkundigen is de vraag over dit onderwerp vijftien maal positief beantwoord. Risicofactoren voor een delirium worden door vijf van de ondervraagden opgenomen in de overdracht. Bij doorvragen blijkt wel dat er nauwelijks afspraken gemaakt worden met andere zorgverleners over de kwaliteit en inhoud van de over te dragen informatie.

3.3 Deskundigheidsbevordering

Bij 33 procent van de afdelingen is er in de scholing en deskundigheidsbevordering structureel aandacht voor het delirium. Het management geeft in 50 procent een positief antwoord. Bij 10 procent maakt implementatie van de multidisciplinaire richtlijn onderdeel uit van de scholing. Voor verpleegkundigen vindt meer scholing plaats dan voor specialisten.

3.4 Mantelzorg

Soms hebben ziekenhuizen een brochure ontworpen die de familie en bekenden van de patiënt informatie moet geven over het delirium (vaak aangeduid als acute verwardheid). Informatievoorziening en instructie ten aanzien van de verschijnselen krijgen in die brochure de meeste aandacht. Hoewel deze brochure op de afdelingen aanwezig is, wordt die niet standaard verstrekt aan familieleden van risicopatiënten. Soms wist men van het bestaan niet.

65 procent van de managers geeft aan dat er beleid is ontwikkeld op het gebied van de mantelzorg. 55 procent van hen meent dat dit ook geldt op het gebied van het delirium. De afdelingen geven hier een ander, minder rooskleurig beeld, 35 respectievelijk 33 procent.

3.5 Vrijheidsbeperking

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) veronderstelt dat er bij behandeling sprake is van een informed consent. Een patiënt met een delirium zal meestal niet meer in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen. Dan kan door hem geen toestemming voor de verrichtingen meer worden verleend. Wanneer er toch (behandel- of andere) maatregelen (bijvoorbeeld fixatie) moeten worden genomen, vereist dit toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger.

Bij heftige onrust moet soms fixatie plaatsvinden om gezondheidsschade voor de patiënt en/of anderen te voorkomen. Tegelijk is fixatie ook een risicovolle handeling omdat bij ondeskundige toepassing ernstig lichamelijk letsel kan ontstaan. Tijdens de rondleiding op de afdeling bleek regelmatig dat de toepassing van fixatiematerialen inhumain wordt gevonden en daardoor niet plaatsvindt. Dit gebeurt dan ten onrechte niet, terwijl er soms wel een indicatie voor is als andere interventies ontoereikend zijn en er een dreigend gevaar voor schade aanwezig is.

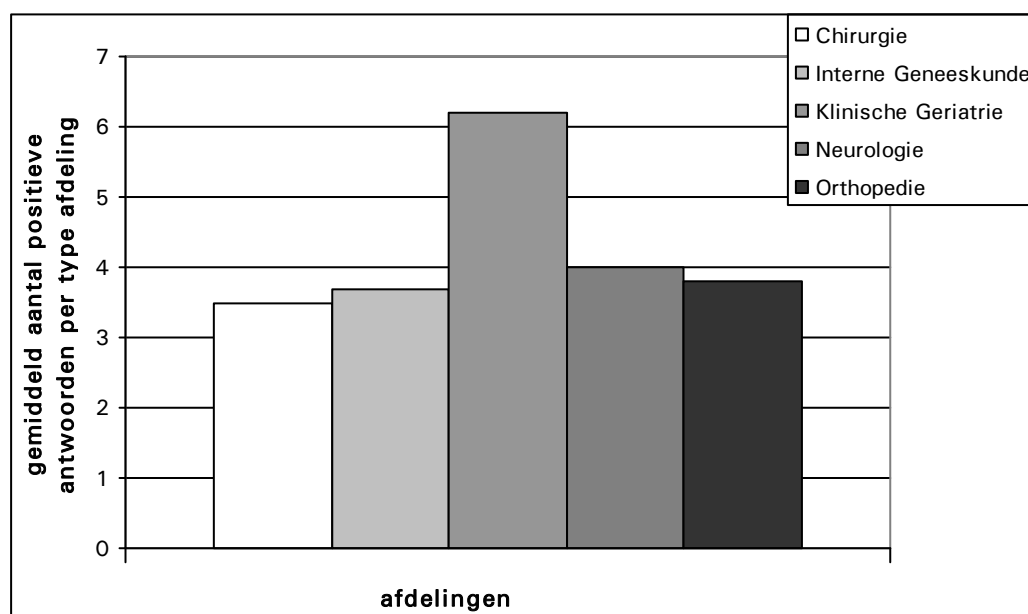
Het ligt voor de hand dat er op het niveau van zowel de afdeling als het ziekenhuis inzicht bestaat in de mate waarin fixatie (vrijheidsbeperking) plaatsvindt. Registratie en analyse van deze maatregelen is tijdens het onderzoek niet aangetroffen.

Het management heeft aangegeven dat in 80 procent van de gevallen een protocol over vrijheidsbeperking aanwezig is. Bij het onderzoek op de afdelingen wordt echter bij 63 procent van de afdelingen een protocol inzake vrijheidsbeperkende maatregelen gevonden. Het gaat in alle gevallen om een fixatieprotocol. Vijf afdelingen hebben een protocol dat ingaat op de behandeling als de toestemming ontbreekt.

3.6 Afdelingen onderling vergeleken

De afdeling klinische geriatrie komt het best uit het onderzoek naar voren. De reden is dat men specifiek is ingesteld op de oudere patiënt en diens problematiek. Figuur 1 geeft weer hoe de afdelingen ten opzichte van elkaar uit het onderzoek naar voren komen. De score is gebaseerd op het gemiddelde aantal positieve antwoorden op twaalf kernvragen die tijdens het inspectiebezoek zijn gesteld.

Figuur 1
Afdelingen vergeleken



Toch is het niet zo dat de ziekenhuizen die een afdeling klinische geriatrie of een klinisch geriatrie dienst hebben het per definitie in het onderzoek beter doen dan ziekenhuizen waar dat niet het geval is. Vaak is het zo dat beleid en protocollen alleen maar gelden voor de klinisch geriatrie afdeling en niet voor het ziekenhuis als geheel.

3.7 Waardoor komen afdelingen goed uit het onderzoek?

Op basis van de beantwoording van de vragen zijn de 60 bezochte afdelingen in een rangorde geplaatst. Bij de zes beste afdelingen is onderzocht welke onderwerpen ertoe hebben bijgedragen dat ze op een hoge plaats eindigen. Per vraag zijn de volgende punten toegekend: 1 punt als er geen beleid en geen implementatie (van beleid) is, 2 punten wanneer er wel beleid, maar geen implementatie is, 3 punten wanneer er geen beleid maar wel implementatie is en 4 punten wanneer er wel beleid en ook implementatie is. Uit de berekening blijkt dat de volgende zes onderwerpen bepalend zijn voor de plaats in de rangorde.

- Bekendheid van het aantal patiënten met een delirium en registratie.
- Het identificeren van risicogroepen.
- Beschikbaarheid van een protocol.
- Beschikbaarheid van voldoende expertise.
- Bestaan van transmurale werkafspraken.
- Beschikbaarheid van een protocol vrijheidsbeperkende maatregelen.

De inspectie vindt dat deze onderwerpen prioriteit moeten krijgen bij de verbeteracties.

3.8 Voorbeelden van Best Practice

Hieronder staat in willekeurige volgorde een aantal voorbeelden van situaties waarvan andere ziekenhuizen en afdelingen kunnen leren.

- Een afdeling cardio-thoracale chirurgie neemt een uitzonderingspositie in binnen het ziekenhuis. De patiënten vormen een hoog-risicogroep vanwege de aansluiting aan de hart-long machine, dat kan leiden tot cerebrale schade. Ze hebben de risico-inschatting voor een delirium preoperatief en tijdens de behandeling goed geregeld. Zij gebruiken de methode van het klinisch pad, ze hebben een klinisch pad delirium. Als dit wordt ingezet bij risicopatiënten volgt een heel traject om te voorkomen dat patiënt delirant wordt en het is ook duidelijk wat er moet gebeuren door verpleging tijdens optreden van delirium.
- De psychiater en consultatief psychiatrisch verpleegkundige (beiden van MFE, voorheen PAAZ) spelen een belangrijke rol. Ze gaan regelmatig, dagelijks en wekelijks, bij de afdelingen langs om te vragen of er problemen zijn, ook een vorm van screening in feite, die in een klein ziekenhuis goed werkt.
- De consultatieve diensten geriatrie en psychiatrie hebben een website opgezet www.delirant.info met het doel verpleegafdelingen richtlijnen te geven voor de diagnostiek, behandeling en preventie van het delirium.
- Een afdeling klinisch geriatrie registreert de consultaanvragen uit het ziekenhuis en weet bij hoeveel patiënten het om een delirium gaat. Op basis van de verwachting van bepaalde aantallen naar aanleiding van literatuur en de eigen aantallen komt men tot de conclusie dat sprake is van onderdiagnostiek. Terzake wordt dan beleid gemaakt.
- In een klein ziekenhuis is door de kleinschaligheid en daardoor overzichtelijkheid een gericht beleid mogelijk. De internist/geriater loopt dagelijks even langs de afdelingen.
- In het kader van het project Sneller beter wordt door een academisch medisch centrum en een vaktijdschrift een symposium Patiëntveiligheid georganiseerd. Daarin zijn twee workshops opgenomen: ‘Het herkennen van een delirium bij ouderen’ en ‘Betere veiligheid door vrijheidsbeperkende interventies?’.

3.9 Hoe kan de zorg voor het delirium worden verbeterd en wat zijn de belemmerende factoren daarbij?

Professionals en managers hebben goede ideeën en hebben deze vaak deels ook in de praktijk gebracht om de zorg te verbeteren.

Aan het eind van het vragenformulier is de open vraag gesteld wat de belemmerende factoren zijn bij het opstellen, dan wel uitvoeren van richtlijnen en beleid inzake het delirium bij ouderen. De vele antwoorden zijn hieronder samengevat en worden geclusterd weergegeven.

Kennis en deskundigheidsbevordering

Gebrek aan kennis komt vaak naar voren als belemmerende factor. Het structureel aanbieden van deskundigheidsbevordering op dit gebied en het opstellen van een multidisciplinair protocol worden als oplossing aangedragen.

Personeel en werkdruk

Tijdgebrek en een tekort aan personeel worden veel genoemd als belemmerende factoren voor het uitvoeren van kwalitatief verantwoorde zorg. Men meent ook dat verdere formalisering en protocollering van de zorg de werklust/druk verhoogt. Ondersteuning door een goed functionerende psychiatrisch of geriatrisch consultatieve dienst, die op eigen initiatief afdelingen benadert en bezoekt, wordt als een oplossing gezien.

Soms wordt geopperd dat met een eenvoudige checklist bij opname of enkele vragen die opgenomen worden in het anamneseformulier de ervaren verhoging van de werklust kan worden voorkomen. Ook kan worden gedacht aan door de patiënt of diens naaste in te vullen vragenlijsten.

Aandachtsfunctionaris

Een aandachtsfunctionaris in het ziekenhuis - een verpleegkundige of medisch specialist - voor het delirium wordt vaak gemist. Deze zou ook een belangrijke rol kunnen spelen bij de registratie, de coördinatie en de zorgverlening.

Financiën

Financiële belemmeringen voor verbetering van de zorg komen ook naar voren, zoals het bezuinigen op bepaalde activiteiten.

Protocollering

Vrijwel iedereen is het er over eens dat een ziekenhuisbreed protocol noodzakelijk is om de zorg voor deze patiëntengroep naar een hoger niveau te brengen. Hierbij doet zich wel de vraag voor hoe een algemeen protocol afgestemd wordt op de specifieke kenmerken van een afdeling. Maatwerk is noodzakelijk.

Prioritering

Belangrijk is dat het onderwerp delirium op de beleidsagenda van het ziekenhuis komt. Ziekenhuizen hebben veel onderwerpen die prioriteit verdienen. Het delirium heeft niet altijd bovenaan het lijstje gestaan.

Lege dagen

Het gebrek aan een zinvolle dagbesteding en het tekort aan activiteitenbegeleiding in het ziekenhuis worden gezien als factoren die het herstel belemmeren en mogelijk zelfs het ontstaan van een delirium bevorderen. Soms is op basis van financiële overwegingen gekort op het budget voor deze activiteiten.

Omgevingsfactoren

Een aangepaste fysieke omgeving, prikkelarm, overzichtelijk en indien noodzakelijk een eenpersoonskamer zijn van groot belang voor een verantwoorde zorgverlening. De familie moet de gelegenheid krijgen zoveel mogelijk aanwezig te zijn.

Preventie-

Meer preventie, beter letten op risicofactoren voor het ontstaan van een delirium en meer persoonlijke aandacht komen naar voren als onderwerpen die verbeterd kunnen worden.

Samenwerking

Een goede samenwerking tussen de klinische geriatrie en psychiatrie en de overige specialismen is van groot belang bij de preventie en behandeling van het delirium. In de praktijk blijkt dit nog niet overal even goed geregeld te zijn.

Informatisering

De elektronische beschikbaarheid van protocollen, vooral ook het protocol voor medicamenteuze behandeling, moet geregeld worden.

Bewustwording

Tenslotte - maar van grote betekenis - is bewustwording van het probleem van de verwarde oudere patiënt in het ziekenhuis.

4 Summary

Delirium (or acute confusion) is an extremely common and serious psychiatric disorder which may be due to underlying physical causes. Among the symptoms are fluctuating or reduced consciousness and awareness, disorientation, hallucinations, delusions, reduced cognition and perception, and sometimes (although not always) altered motor activity and general angst.

Delirium is one of the most common psychiatric disorders to be seen in the general hospital and, like depression and dementia, is particularly prevalent among elderly patients. Some 25% of all patients admitted to hospital are aged seventy or above, representing a total of over 400,000. It is estimated that between 40,000 and 160,000 will suffer from delirium. Based on a review of current literature and on interviews with experts, it may be concluded that the conditions for responsible care are rarely in place. If the underlying physical causes are not addressed, there is a risk that the elderly patient will suffer, and perhaps die, from a potentially reversible condition. Delirium in the elderly is a serious condition. It often leads to extended hospital admission, loss of independence, increased risk of complications and higher mortality, both during the hospital stay and thereafter.

The Health Care Inspectorate has conducted a study to assess the quality of care provided to patients with delirium, to assess the level of awareness for the problem and the risks of delirium, and to ensure that hospitals work according to the national guidelines.

For the purposes of the study, the Inspectorate visited twenty general hospitals in various parts of the country. In each hospital, three units in which delirium is particularly prevalent were inspected. The study therefore included fourteen neurology units, fourteen departments of internal medicine, sixteen surgical wards, eleven orthopaedic wards and five departments of clinical geriatrics. Prior to the visits, hospital managements were requested to complete a questionnaire. During the visits themselves, interviews were held with the specialists and nursing staff of the relevant departments.

Despite the many useful initiatives taken by medical and nursing staff, the risks of delirium in the hospital setting remain under-recognized. Great improvements can be made by means of policy. The main conclusions of the study are as follows:

- Hospitals are not adequately aware of the extent of the problem. Current estimates are extremely disparate and most are too low.
- There is a general lack of hospital-wide policy regarding the treatment and care of patients with delirium, and a similar lack of policy intended to prevent or reduce the prevalence of delirium.
- Protocols are gradually being developed, but few if any are intended for use throughout the hospital. Moreover, there are no measures to ensure compliance with the protocols.
- Neither specialists nor nursing staff know enough about delirium. In many cases, they rely on the knowledge and skills of the hospital psychiatrist, clinical geriatrician or specialist nursing staff, insofar as such personnel are available.
- Little use is made of scoring instruments.
- There are no structural arrangements to promote knowledge and expertise with regard to delirium and its management.
- The care chain for patients with delirium must be vastly improved.

- Hospitals and professionals must take measures to reduce the number of elderly patients developing delirium, and must ensure that the national guidelines are observed.

The Health Care Inspectorate is to take action to ensure improved care for patients with delirium. It will do so by means of layered and phased supervision, and the development of a performance indicator. The focus will be on prevention.

BIJLAGE 1 Literatuur

- CBO, Multidisciplinaire richtlijn delirium concept, Utrecht, 2004.
- Lipowski Z.J. Delirium: Acute confusional states. New York, Oxford University Press, 1990.
- Lundström M. e.a. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalisation, and mortality in delirious patients, Journal of the American Geriatrics Society, volume 53, issue 4, page 622, 2005.
- Olde Rikkert M.G.M. Ontwikkelingen en onderzoek in de geriatrie, quelques modes de traverser le mur de fragilité. Inaugurale rede Nijmegen, 2004.
- Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie. Richtlijn delirium, 2004

