
Is de aanpak van delier in Nederlandse verpleeghuizen conform de richtlijn?

Auteurs: Zippora H.A. Kentin, Talita Hopman, Astrid Mulder, Linda Dauwerse, Hendrika J. Luijendijk, Roland B. Wetzels, Barbara C. van Munster

Samenvatting

Introductie: Delier komt veel voor bij ouderen in het verpleeghuis en heeft grote impact op de patiënt. Implementeren van goede zorg en behandeling kan een delier potentieel voorkomen dan wel de ernst of duur verminderen. Dit onderzoek werd verricht om een indruk te krijgen van de delierzorg in Nederlandse verpleeghuizen en of deze zorg conform de richtlijn wordt uitgevoerd.

Doelen: Nagaan hoeveel verpleeghuizen een lokaal delierprotocol hebben en onderzoeken in hoeverre de specialist ouderengeneeskunde 'basiszorg' delier conform de landelijke richtlijn delier inzet.

Methode: Van juni tot en met december 2016 werden verpleeghuizenorganisaties benaderd om een online enquête in te vullen. Data werden verzameld in Survey Monkey en er werden beschrijvende analyses werden verricht.

Resultaten: 68 verpleeghuisorganisaties zijn geïnccludeerd. 32% daarvan beschikte over een lokaal delierprotocol. 48% van de specialisten ouderengeneeskunde (SO's) was op de hoogte van de landelijke richtlijn delier. 60% gebruikte preventieve maatregelen en 98% gebruikte een screeningsinstrument. 29% maakte gebruik van diagnostische criteria. Niet-medicamenteuze interventies werden door 96% van de SO's ingezet. Bij 98% van de SO's was haloperidol de eerste keus bij de behandeling van delier. Preventieve antipsychotica werd door 21% van de SO's geadviseerd.

Conclusie: Slechts een derde van de onderzochte verpleeghuisorganisaties heeft een lokaal delierprotocol. Het standaardiseren van lokale zorg, met daarin speciale aandacht voor preventie, diagnostiek en nazorg, kan een belangrijke stap zijn in de verbetering van de huidige delierzorg.

Is the approach of delirium in Dutch nursing-homes in accordance with the national guideline?

Abstract

Introduction: Delirium is a common disorder, affecting many patients in nursing-homes, with large impact on patients. Implementation of good care and treatment can potentially prevent development of a delirium or may reduce the severity or duration. This research was conducted to get an impression of delirium care in Dutch nursing homes, and of the implementation of the recommendations of the national guideline.

Objectives:

1. How many Dutch nursing homes have a local protocol for delirium?
2. To what extent do doctors, specialised in care for older people in nursing homes, screen, diagnose and treat delirium according to the Dutch guideline for delirium?

Methods: Between June and December 2016, Dutch nursing homes were approached with an online questionnaire. Data were collected in Survey Monkey and descriptive analyses were performed.

Results: 68 nursing homes were included. 32% of the nursing homes had a local delirium protocol. 48% of the doctors knew about the national guideline delirium, 60% used preventive measures, and screening instruments were used in 98%. 29% used diagnostic criteria. Non-medical interventions were applied by 96%. In 98%, haloperidol was the drug of first choice. Preventive antipsychotics were prescribed by 21%.

Conclusions: Only a third of the organisations developed a local delirium protocol. Standardising delirium care by a local delirium protocol, with special attention for prevention, diagnostics and aftercare of delirium, can be an important step in improving the quality of care in nursing homes.

Kernwoorden: delier, haloperidol, ouderen, richtlijn, verpleeghuizen

Keywords: Delirium, Elderly persons, Guidelines, Haloperidol, Nursing homes

Inleiding

Delier is een veel voorkomend probleem bij patiënten in verpleeghuizen, met grote impact voor patiënten en hun omgeving. Het kan gepaard gaan met invaliderende gevolgen, zoals blijvende cognitieve beperkingen en functionele achteruitgang^{1,2}.

Volgens Nederlands onderzoek wordt er een prevalentie van 8,9% en een incidentie van 20,7% gezien in verpleeghuizen³. Delier kenmerkt zich door (sub)acute verwardheid met een wisselend bewustzijn, waarbij een vermindering van aandacht en verandering in cognitief functioneren met symptomen zoals onrust of apathie, desoriëntatie en psychotische verschijnselen wordt gezien⁴. Na het doormaken van een delier is er sprake van een hogere kans op cognitieve problemen zoals dementie en er wordt een hogere mortaliteit gezien tot twee jaar na doormaken van een delier^{5,6}. De herkenning van delier kan lastig zijn vanwege het fluctuerende beeld en de overlap van symptomen met dementie en depressie. Geschat wordt dat in het verpleeghuis in ongeveer 10-50% van de gevallen een delier als zodanig wordt herkend.⁷

In april 2014 is de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn delier voor volwassenen en ouderen gepubliceerd⁸. Het primaire doel van deze richtlijn is om de "herkenning, preventie en de behandeling van delier te verbeteren" in ziekenhuizen en verpleeghuizen. De richtlijn pleit ervoor dat iedere arts in staat is 'basiszorg' aan patiënten met delier te verstrekken. Hier wordt onder verstaan: het inzetten en interpreteren van adequate screening en diagnostiek, zo nodig ondersteund met meetinstrumenten, het toepassen van niet-medicamenteuze interventies in de preventie en behandeling, het indiceren van medicamenteuze behandeling en het verrichten van adequate nazorg.

De adviezen uit de richtlijn zijn grotendeels gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek verricht op ziekenhuizenafdelingen. Desondanks adviseert de landelijke richtlijn de bevindingen uit het ziekenhuis over te nemen in verpleeghuizen. Het is daarbij de vraag of dit voor alle patiëntengroepen binnen het verpleeghuis passend is. Daarnaast wordt er in de richtlijn geadviseerd om gebruik te maken van een lokaal delierprotocol met zowel medisch inhoudelijke informatie als logistieke afspraken⁸.

Uit eerder onderzoek blijkt dat 100% van de onderzochte Nederlandse ziekenhuizen over een lokaal protocol beschikt⁹. Een mogelijke impuls voor ziekenhuizen was dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vanwege de gebrekkige herkenning van delier gedurende een aantal jaren de aanwezigheid van delierprotocol als kwaliteitsindicator heeft gebruikt¹⁰. Hoe het gesteld is met de aanwezigheid van delierprotocollen in verpleeghuizen is nog onbekend. Daarnaast is het onduidelijk of de door de richtlijn benoemde punten van 'delier basiszorg' op de werkvloer worden ingezet bij ontbreken van een lokaal protocol.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verschaffen in de huidige stand van zaken ten aanzien van de benadering van delier in het verpleeghuis.

De onderzoeksvragen voor dit onderzoek waren:

- 1) Hoeveel verpleeghuizen hebben een lokaal delierprotocol?
- 2) In hoeverre zet de specialist ouderengeneeskunde 'basiszorg' delier in conform de landelijke richtlijn "delier voor volwassenen en ouderen"?

Methode

Met een groep van delier experts (BvM, HJL, RBW) en op basis van de 'richtlijn delier voor volwassen en ouderen'⁸ ontwikkelde de eerste auteur (ZK) een vragenlijst. De vragenlijst bestond uit twee delen: het eerste deel bestond uit organisatorische vragen en vragen over delier binnen de populatie waar de SO verantwoordelijk voor was. Het tweede deel bevatte vragen over het medisch beleid van delier. Indien een organisatie beschikte over een protocol en bereid was dit te verstrekken, werd verzocht het tweede deel van de vragenlijst niet in te vullen, om tegenstrijdige antwoorden te voorkomen.

Er werd vervolgens een lijst opgesteld met 213 verpleeghuizen met behulp van een [website](#) van een onafhankelijk zorgvergelijker¹¹. Verpleeghuizen binnen eenzelfde overkoepelde organisatie werden als één beschouwd. In de periode van juni tot en met december 2016 werden deze 213 verpleeghuizen per mail benaderd met het verzoek om de vragenlijst online in te vullen (Survey Monkey). Bij aanwezigheid van een delierprotocol werd verzocht deze aan de onderzoekers te sturen. Bij uitblijven van een reactie werd een herinnering gestuurd en bij wederom uitblijven van reactie werd het medisch secretariaat of de specialist ouderengeneeskunde van de verpleegorganisaties telefonisch benaderd met het verzoek om de vragenlijst in te vullen. Via een geplaatste oproep in de Verenso nieuwsbrief werden alle leden van de nieuwsbrief benaderd, om via deze weg nog meer SO's te benaderen. Het is onduidelijk hoeveel SO's dan wel verpleeghuisorganisaties hiermee werden bereikt. Er zijn in totaal waarschijnlijk meer dan 800 verpleeghuisorganisaties in Nederland, het precieze aantal konden we niet achterhalen.

Vragenlijsten ingevuld door ZZP'ers werden geëxcludeerd omdat zij mogelijk niet verbonden zijn aan één organisatie. Indien er twee vragenlijsten van dezelfde organisatie binnenkwamen, werd die door de specialist ouderengeneeskunde (SO) verkozen boven die van de arts-assistent. Indien beide door een SO werden ingevuld werd de meest complete geselecteerd en in tweede instantie de eerst ontvangen vragenlijst en dubbelvragenlijsten werden met elkaar vergeleken.

De antwoorden werden in Survey Monkey ingevoerd en vervolgens in Microsoft Excel gezet. Van de variabelen werden aantallen en percentages berekend en indien relevant ook gemiddelden en de spreiding.

Resultaten

Respons en inclusie

Van de 83 ingevulde vragenlijsten konden er 68 verschillende organisaties worden geïnccludeerd. Er werden 15 vragenlijsten geëxcludeerd; vijf waren incompleet, acht dubbel (meerdere vragenlijsten van dezelfde organisatie) en twee waren ingevuld

door een ZZP-er. Van de vijf geëxcludeerde vragenlijsten waren er in vier gevallen geen inhoudelijke vragen beantwoord en in één geval werd het eerste deel van de vragen niet beantwoord, dus kon niet geverifieerd worden wie de vragenlijst heeft ingevuld en van welke organisatie de vragenlijst afkomstig was. Van de acht ontvangen dubbele vragenlijsten konden antwoorden van zes vragenlijsten met elkaar worden vergeleken (tabel 1). De andere twee waren onvoldoende ingevuld.

Tabel 1 Vergelijking van dubbele vragenlijsten ten aanzien van de basispijlers van delierzorg.

	Protocol aanwezig	Gebruik DOS	Gebruik CAM	Niet-medicamenteuze interventies	Medicamenteus beleid
1a	Nee	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Nee 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 1-2 mg, max 4 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: 7 dagen 4. Co-medicatie: Lorazepam.
1b	Nee	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Ja 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 1mg, max 5 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: 7 dagen 4. Co-medicatie: Nee
2a	Nee	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Nee 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 1mg, max 5 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: Niet beantwoord. 4. Co-medicatie: Lorazepam
2b	Nee	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Nee 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 2 dd 0,5 mg, max 5 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: 7 dagen 4. Co-medicatie: Lorazepam.
3a	Ja	*	*	*	*
3b	Nee	Ja	Ja	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Ja 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 0,5-1mg, max 2-3 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: 5 dagen 4. Co-medicatie: Lorazepam

4a	Nee	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Niet beantwoord. 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 2 dd 0,5 mg, max 2dd 2 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: Niet beantwoord, vraag niet teruggevonden 4. Co-medicatie: Niet beantwoord, vraag niet teruggevonden
4b	Ja	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Nee 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 2 dd 0,5 mg, max .. (niet ingevuld) mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: Zeer verschillend 4. Co-medicatie: Afhankelijk van de dd
5a	Nee	Ja	Ja	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Nee 2. Medicatiebeleid: Niet medicamenteus!!! (U doelt op haloperidol, dat anticholinerg werkt en dus volstrekt ongeschikt is om een delier te behandelen!! Je onderdrukt er symptomen mee, maar behandelt nooit en te nimmer de oorzaak!!!)
5b	Nee	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Nee 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 1 dd 0,5mg, max 3dd 0,5 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur: 7 dagen 4. Co-medicatie: Oxazepam
6a	Ja	Ja	Nee	Ja	1. Start preventieve antipsychotica: Nee 2. Medicatiebeleid: 1e keus: Haldol, start 1 dd 0,5mg, max 2 dd 3 mg/24 uur. 3. Gemiddelde behandelduur:
6b	Ja	*	*	*	*

*Vraag werd niet beantwoord; a = vragenlijst gebruikt in analyse; b = dubbele vragenlijst niet meegenomen in de analyse

Uitgaand van 800 verpleeghuisorganisaties in heel Nederland is de schatting dat er 8.5% (68/800) van de bestaande organisaties in dit onderzoek konden worden meegenomen.

Het tweede deel van de vragenlijst, met vragen over 'delier basiszorg' werd in één geval door een aios ouderengeneeskunde beantwoord en in 51 gevallen door een specialist ouderengeneeskunde beantwoord (de aios werd in verband met leesbaarheid onder de SO's geschaard). Van deze 52 SO's benoemden er 25 (48%) op de hoogte te zijn van de 'nieuwe' richtlijn delier.

In 22 (32%) vragenlijsten werd aangegeven dat de organisatie over een protocol beschikte. Hiervan gaven 8 organisaties aan bereid te zijn het protocol te verstrekken. Er werden uiteindelijk 5 protocollen ontvangen. In twee van deze 5 protocollen werd een bronvermelding vermeld en kon achterhaald worden dat in geen van deze twee protocollen de richtlijn delier uit 2014 werd vernoemd (tabel 2).

Tabel 2 Kenmerken van de ontvangen protocollen

Protocol (datum en bronvermelding)	Inhoud	Opmerkingen
1. Datum protocol staat niet vermeld. Bronvermelding: niet vermeld	Doel: Betere herkenning van delier, op tijd ingrijpen en inzet van een effectieve begeleiding m.b.t. delier bij ouderen. Doelgroep: Zorgmedewerkers, dagbestedingscoaches, artsen en behandelaren. Uitleg over delier. Beschreven onderwerpen: Hoe te herkennen? Wat te doen: niet-medicamenteuze adviezen voor de zorg en DOSS. Uitleg over nazorg. Gevolgen van delier. Als bijlage is de DOSS toegevoegd.	Er zijn in dit protocol geen adviezen over medicatie opgenomen.
2. Datum protocol staat niet vermeld. Bronvermelding: niet vermeld	Er werden twee protocollen ontvangen, een voor delier algemeen (1) en een in kader van een hypokinetisch syndroom (2). In beide werden met name medicamenteuze adviezen gegeven. Protocol 1. Doel: Afstemming medicamenteuze behandeling bij acuut delier. Doelgroep: Vakgroep Specialisten Ouderengeneeskunde. Beschreven onderwerpen: Processchema ten aanzien van medicamenteuze behandeling. Protocol 2. Doel: Afstemming medicamenteuze behandeling delier bij hypokinetisch rigide syndroom. Doelgroep: Vakgroep Specialisten Ouderengeneeskunde. Beschreven onderwerpen: Definitie hypokinetisch rigide syndroom. Medicatie adviezen bij hypokinetisch rigide syndroom.	Definitie delier werd in algemeen delierprotocol niet gegeven. De onderwerpen preventie, diagnostiek, niet-medicamenteuze interventie en nazorg werden niet benoemd. Dit protocol had dit niet als doel beschreven, enkel medicamenteus proces.

<p>3. Datum laatste herziening van het protocol 2016. Bronvermelding: NHG-standaard delier bij ouderen</p>	<p>Doel: Hoe te handelen bij delirante verschijnselen bij bewoners/cliënten met een verpleeghuisindicatie. Doelgroep: Verzorgenden, Verpleegkundigen, Nurse practitioner, Specialist ouderengeneeskunde, Psychologen</p> <p>Beschreven onderwerpen: Werkwijze: hierin is een duidelijk stappenplan beschreven, en duidelijk taak verdeling en wordt verwezen naar de betreffende bijlages. Bijlage 1: Achtergrondinformatie over wat een delier is: wat is een delier, welke verschijnselen, algemene adviezen, welke medicijnen (algemeen uitgelegd geen doseringsschema), en hoe verder. Bijlage 2: Overzicht aandachtspunten bij delier Bijlage 3: Standaardverpleegplan delier (Bron: www.delirant.info) Bijlage 4: DOS schaal en uitleg Bijlage 5: Stappenplan diagnostiek en medicamenteuze behandeling van delier voor de specialist ouderengeneeskunde en nurse practitioner. Medicamenteuze adviezen voldoen aan de adviezen van de richtlijn ten aanzien van startdosering en maximale dosering.</p>	<p>In vergelijking met de andere vier ontvangen protocollen een zeer uitgebreid en compleet protocol met duidelijk taakbeschrijving.</p> <p>Opvallend genoeg is de richtlijn van 2014 niet gebruikt maar de NHG-standaard.</p>
<p>4. Datum protocol: 2016 Bronvermelding: CBO richtlijn Delirium: richtlijnen voor de behandeling 2005 NHG standaard delier bij ouderen, maart 2003 Herziene richtlijn probleemgedrag, Verenso, november 2008</p>	<p>Doel: Dit protocol beschrijft de wijze waarop men handelt bij de verzorging en behandeling van een cliënt met een delier. Doelgroep: Dit protocol is bestemd voor artsen, verpleegkundigen en woonbegeleiders.</p> <p>Beschreven onderwerpen: Kenmerken en risicofactoren delier. Opsporen onderliggende oorzaak delier. Medicamenteuze behandeling delier. Beschrijving van niet- medicamenteuze behandeling. Beknopte definitie/uitleg over delier.</p>	<p>Opvallend in dit protocol is dat het overzichtelijk in een tabelvorm staat en dat per onderwerp is afgebakend wie verantwoordelijk is.</p> <p>Medicamenteuze adviezen voldoen aan het advies van de huidige richtlijn.</p>
<p>5. Datum protocol staat niet vermeld. Bronvermelding: niet vermeld</p>	<p>Doel: Vroegtijdige herkenning en een adequate begeleiding van de delirante, acuut verwarde cliënt op de somatische afdeling. Doelgroep: niet vermeld.</p> <p>Beschreven onderwerpen: Voorwaarden: In dit kopje wordt uitgelegd wat een delier is, en is opgenomen de niet-medicamenteuze adviezen (aangeduid als attitude) Vorbereiding: Onder dit kopje worden clientafhankelijke factoren benoemd, materialen(hiermee wordt de DOS, vochtvoedingslijsten etc bedoeld) en omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn). Uitvoering: in kaart brengen risicofactoren, dos, wanneer een dokter inschakelen, familie op de hoogte brengen en nazorg. Complicaties: mogelijke complicaties worden hier vernoemd, bv client verzet zich tegen behandeling. Verwijzing: naar de DOS en delier folder (niet meegezonden).</p>	<p>Er worden geen medicamenteuze adviezen beschreven. Het protocol imponeert als een verpleegkundige protocol en geen medisch protocol.</p>

Gemiddeld waren SO's verantwoordelijk voor 61 patiënten (spreiding 16-200). Iedere SO had gemiddeld tussen de één of twee (1,4) patiënten met een delier op het moment van invullen (spreiding 0-8). Eén van de 52 (2%) organisaties beschikte over een specifieke afdeling voor patiënten met een delier en één organisatie had een delierteam.

Preventie, screening en diagnostiek

Preventieve maatregelen werden door 31 (60%) SO's ingezet (tabel 3).

Tabel 3 Eerste deel van de vragenlijst: base-line gegevens

Vragen deel 1	Aantal beantwoorde vragen: N (%)	Antwoorden:
1. Wat is uw functie?	68 (100%)	Specialist ouderengeneeskunde n= 67 (99%) ; Aios Specialist ouderengeneeskunde n =1 (1%)
2. Hoeveel bedden heeft uw organisatie. Hier worden alle verpleeghuisbedden bedoeld, zowel somatische, revalidatie als psychogeriatrische bedden.	65 (96%)	120-2000 bedden
3. Is uw organisatie verbonden aan een opleiding tot specialist ouderengeneeskunde zoals VOSON, Gerion, of LUMC ?	68 (100%)	Voson: n=27(39%); Gerion: n=19(28%); LUMC: n=12(17%); Niet verbonden: n=11(16%)
4a. Voor hoeveel patiënten bent u normaal verantwoordelijk?	68 (100%)	Gemiddelde (M) van 61 bewoners met een spreiding van (16-200)
4b. En hoeveel van uw eigen patiënten behandelt u op dit moment voor de diagnose delier?	65 (96%)	0: 23; 1: 18; 2: 12; 3: 6; >3: 6. Gemiddeld 1.4 aantal patiënten met delier (0-8)
5. Houdt u binnen uw organisatie het aantal bewoners met delier bij?	68 (100%)	Ja: n=0 (0%)
6. Is er in uw organisatie een delier protocol aanwezig?	68 (100%)	Ja: n=22(32%)

51 (98%) SO's noemden de DOSS in de instelling te gebruiken, daarnaast gebruikten 15 (29%) SO's diagnostische criteria, zoals de CAM (Confusion Assessment Scale) of DSM IV. 100% van de SO's zetten bij verdenking van een delier diagnostiek in, 31 keer werd lichamelijk onderzoek genoemd, 34 keer urineonderzoek en 45 keer bloedonderzoek. 5 SO's lieten het inzetten van aanvullende diagnostiek afhangen van de situatie van de patiënt. 33 SO's stuurden patiënten bij onbegrepen delier eventueel in naar het ziekenhuis voor nadere diagnostiek en behandeling. Door 24 SO's werd dit gespecificeerd; 15 van de 24 stuurden alleen patiënten van een somatische/revalidatieafdeling in en 9 van de 24 stuurden zowel patiënten van een somatische/revalidatieafdeling als van een psychogeriatrische afdeling in.

Behandeling en nazorg

Niet-medicamenteuze interventies werden door 50 (96%) SO's ingezet (tabel 4). Preventieve antipsychotica werden door 11(21%) SO ingezet, als reden werden de volgende voorbeelden genoemd: patiënten waarbij de kans op het optreden van een delier als groot/voorspelbaar werd gezien, bij operatieve ingrepen, ziekenhuisopname, infectie bij hoog-risico-patiënten (zoals eerder optreden van een delier). In geval van medicamenteuze interventie bij een delier was bij 50 SO's haloperidol de eerste keus. De startdosering varieerde tussen 0,5 en 3 mg per dag. De maximale dosering per 24 uur varieerde van 2 tot 10 mg, hiermee voldoet 100% van de respondenten aan het advies van de richtlijn om niet hoger dan 10 mg haloperidol te doseren. Van de SO's noemden 26 van de 46 (57%) vooral lorazepam als co-medicatie, daarnaast overige benzodiazepines (oxazepam, temazepam, midazolam) en rivastigmine.

Tabel 4 Behandeling en nazorg

Vraag	Antwoord: N (%)
Wordt er onderscheid gemaakt in de benadering van delier op verschillende afdelingen, zoals somatische afdelingen en psychogeriatrische afdelingen? *	Ja: 10 (19,6 %)
Worden niet-medicamenteuze interventies ingezet?	Ja: 50 (96.2 %)
Start u wel eens antipsychotica in het kader van preventie?	Ja: 11 (21,1%)
Vindt er diagnostiek plaats naar het geheugen na het doormaken van een delier?	Ja: 21 (40.4 %)
Wordt er nazorg verstrekt aan patiënten en mantelzorgers?	Ja: 22 (42.3 %)
Als uw patiënt in het ziekenhuis moet worden opgenomen geeft u dan geïndividualiseerde adviezen? **	Ja: 8 (19.5 %) Soms: 5 (12.2 %)

* Eén respondent heeft deze vraag niet beantwoord **Elf respondenten hebben deze vraag niet beantwoord

22 van 52 (42%) SO's verstrekte volgens de vragenlijst een vorm van nazorg. Een subvraag hierover werd vaker ingevuld (n=25): in 23 gevallen bestond nazorg uit een gesprek/uitleg en in twee gevallen werd op verzoek van familie een folder verstrekt.

Discussie

Lokale delierprotocollen zijn slechts in een beperkt aantal van de onderzochte Nederlandse verpleeghuisorganisaties (32%) aanwezig. Minder dan de helft (48%) van de deelnemende SO's geeft aan kennis te hebben van de delierrichtlijn. Dit wekt de

suggestie dat de richtlijn nog maar matig is geïmplementeerd.

De lage bekendheid over het bestaan van de richtlijn is mogelijk een verklaring voor de onvolledige implementatie van de aanbevelingen uit de richtlijn. In de huidige richtlijn delier wordt benoemd dat een van de belangrijkste kennislacunes is dat er onvoldoende onderzoek is over 'delier in het verpleeghuis'. Hiermee wordt bedoeld op gestructureerde psychiatrische en somatische diagnostiek en daaruit voortvloeiende behandeling van delier⁸. Het ontbreken van specifieke kennis voor de verpleeghuissetting zou mogelijk tot gevolg kunnen hebben dat SO's geen aansluiting voelen met de praktijk. Dit komt overeen met eerder onderzoek waarin artsen aangeven weerstand te voelen voor het gebruik van richtlijnen met als belangrijkste reden dat ze onvoldoende aansluiten bij de praktijk¹².

Op basis van de gevonden incidentie van 20,7% uit onderzoek van 2012³ is te concluderen dat een groot aantal verpleeghuisbewoners een delier doormaakt. De afgelopen jaren worden er veel veranderingen gezien in de verpleeghuissector en het huidige beleid richt zich op zo lang mogelijk zelfstandig thuiswonen. Hierdoor worden met name ouderen met een hogere zorgbehoefte opgenomen in het verpleeghuis. De mate van zorgbehoefte is een risicofactor voor delier¹³.

Het is te verwachten dat de kans op delier hierdoor in een verpleeghuizen tegenwoordig is toegenomen ten opzichte van 2012. De grote aantallen patiënten met delier en de mogelijk ernstige gevolgen vragen dan ook om een optimale aanpak. In de richtlijn wordt gepleit voor een protocol, juist om uniform handelen na te streven en om kwalitatief goede zorg te bieden.

De functie van protocollen (en richtlijnen) is om bestaand wetenschappelijk bewijs samen te vatten en te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Het nastreven van *evidence-based medicine* wordt gezien als de basis van de huidige geneeskunde. Echter om de wetenschappelijk verworven kennis als individuele dokter te kunnen bijhouden moeten er dagelijks tussen de vijftien en dertig artikelen gelezen worden¹⁴. Een protocol kan een hulpmiddel zijn om de individuele dokter te helpen up-to-date te blijven.

Een protocol is overigens geen garantie voor goede delier zorg, aangezien implementatie van de inhoud in de dagelijkse praktijk niet geborgd is. Tevens maken individuele patiënt-karakteristieken het soms wenselijk om af te wijken van de richtlijn om op individueel patiënt niveau de optimale zorg te kunnen bieden.

Uit onderzoek van de IGZ bleek dat na inzet van een indicator in het ziekenhuis een duidelijke verbetering te zien is in de beschikbaarheid van multidisciplinaire protocollen en gespecialiseerd personeel over het onderwerp delier¹⁵. Mogelijk dat een verplichting vanuit de IGJ of de beroepsvereniging (Verenso) een impuls kan zijn voor het ontwikkelen van een lokale protocol binnen het verpleeghuis. Hopelijk draagt publicatie van dit onderzoek ook bij als impuls om delier binnen het verpleeghuis weer op de kaart te zetten.

Om inzicht te geven in hoe SO's screening, diagnostiek en adequate (multidisciplinaire) behandeling inzetten werden inhoudelijke vragen gesteld. Het screeningsinstrument de DOSS blijkt uitgebreid te zijn gebruikt te worden door de deelnemende SO's en voldoet hiermee aan een goede implementatiegraad van meer dan 90%¹⁶.

Het gebruik van diagnostische criteria, zoals de CAM of DSM is onder de SO's beperkt (28.9%) en blijft achter ten aanzien van het gebruik van deze criteria in ziekenhuis, waar diagnostisch criteria in 74% van de ziekenhuisprotocollen worden beschreven⁹. Diagnostische criteria kunnen juist in de verpleeghuissetting een extra ondersteuning vormen bij het onderscheiden van delier ten opzichte van (gedragsproblematiek bij) dementie.

Niet-medicamenteuze interventies worden veelvuldig (96.2%) ingezet, hierbij werd bedoeld op oriënterende maatregelen, aandacht voor dehydratie, gehoor- en visusstoornissen en immobiliteit bij de patiënt en op het aanpakken van omgevingsfactoren.

In het kader van medicamenteuze behandeling benoemen vrijwel alle SO's (98%) haloperidol als eerste keus; zij voldoen hiermee aan het advies van de richtlijn. Geen van de SO's overschreden de in de landelijke richtlijn gestelde maximale dosering haloperidol van 10mg. Dit in tegenstelling tot in het ziekenhuis, waar in 45% van de protocollen de maximale dosering wordt overschreden⁹. Opvallend is dat 21.2% van de SO's het inzetten van preventief antipsychotica benoemen, terwijl er geen wetenschappelijk onderbouwing bestaat dat dit effectief is¹⁷. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage van 19% dat in een eerder onderzoek in de ziekenhuissetting werd gevonden. Het overbodig voorschrijven van antipsychotica kan potentieel leiden tot ernstige en irreversibele bijwerkingen^{18,19}.

Minder dan de helft van de SO's (42,3%) biedt nazorg aan bij een delier. In de meeste gevallen zijn de genoemde voorbeelden van nazorg een folder en/of een gesprek. Dit komt echter niet overeen met wat de richtlijn beschouwd wordt als nazorg, waar de volgende voorbeelden worden genoemd: zorgdragen voor een veilige zorgomgeving, afbouw van antipsychotica, zorgdragen voor informatieoverdracht en cognitieve screening⁸.

Uit onderzoek van Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties blijkt dat er bij patiënten en mantelzorgers een grote behoefte bestaat aan schriftelijke informatie. Dit wordt mogelijk verklaard door de grote impact van delier op de patiënt en mantelzorgers²⁰. De kennis over wat een delier is, en welke gevolgen het heeft, blijkt bij mantelzorgers laag. Bij gebrek aan aanvullende (schriftelijke) informatie bleek dat 70% van de mantelzorgers negatieve emoties ervaart bij het optreden van een delier bij naasten^{21,22,23}. Dit bevestigt de behoefte aan schriftelijke informatie en nazorg.

Sterke punten en zwakke punten

Een sterk punt van ons onderzoek is dat de vragenlijst is ontwikkeld met behulp van experts op het gebied van delier en aansluit op de aanbevelingen van de landelijke richtlijn. Wij hebben aan 213 verschillende organisaties een vragenlijst

toegestuurd. Een hogere respons werd bereikt door verpleeghuizen die niet gereageerd hebben na te bellen en daarnaast een oproep in de nieuwsbrief van Verenso (de landelijke vereniging van specialisten ouderengeneeskunde) te plaatsen.

Een zwak punt is dat, aangezien individuele leden van de nieuwsbrief werden aangeschreven, het onduidelijk is wat de precieze respons was en dit ook niet meer kon worden achterhaald. Waarschijnlijk zijn er in Nederland ongeveer 800 verpleeghuisorganisaties. Het precieze aantal bleek niet te achterhalen. Met de 68 geïncludeerde organisaties hebben we naar schatting 8,5% van de verpleeghuisorganisaties kunnen includeren. De generaliseerbaarheid van onze bevindingen is daarmee waarschijnlijk laag.

Een ander zwak punt is dat mogelijk de vraag over de bekendheid met de richtlijn onvoldoende specifiek gesteld is. De vragenlijst werd verstuurd in 2016 met de vraag naar bekendheid met 'de nieuwe landelijke richtlijn', waarbij niet specifiek benoemd werd dat het de richtlijn uit 2014 betrof. Omdat wellicht door SO's gedacht is dat er inmiddels alweer een nieuwe richtlijn was ontwikkeld, dan wel er van een oudere richtlijn werd uitgegaan, kan dit hebben geleid tot respectievelijk onder- dan wel overrapportage.

Tevens ontbreken er gegevens omdat aan de organisaties die bereid waren hun protocol op te sturen, gevraagd is om het tweede deel van de vragenlijst niet in te vullen. De intentie was om dubbele antwoorden te voorkomen. Uiteindelijk heeft echter maar een deel ook daadwerkelijk het protocol opgestuurd, waardoor deze gegevens uiteindelijk helemaal niet beschikbaar waren. Retrospectief is het verzoek om het tweede deel van de vragenlijst niet in te vullen, een mogelijke beperking geweest. De verschillen in antwoorden hadden mogelijk een aanvullend inzicht kunnen geven.

De initiële insteek van het onderzoek was om de implementatie van de richtlijn op protocollair niveau inzichtelijk te krijgen. Het percentage protocollen in verpleeghuizen bleek echter laag, en hiervan werd maar beperkt deel aan ons verstrekt. Hierdoor is het aantal ontvangen protocollen te laag om een representatieve analyse uit te voeren.

Conclusie

Slechts een derde van de onderzochte verpleeghuisorganisaties heeft een lokaal delierprotocol.

Het advies is om op verpleeghuisniveau een lokaal protocol te implementeren om kwaliteit te waarborgen. Het standaardiseren van lokale zorg, met daarin speciale aandacht voor preventie, diagnostiek en nazorg, kan een belangrijke stap zijn in de verbetering van de huidige delierzorg.

Een opvallend positief gegeven uit het onderzoek is dat behandeling van delier zowel op medicamenteus als niet-medicamenteus vlak door SO's conform de richtlijn wordt uitgevoerd ondanks onbekendheid met deze richtlijn.

Auteurs

Zippora A.P. Kentin

Zelfstandig specialist ouderengeneeskunde, Apeldoorn, Netherlands
freelance specialist ouderengeneeskunde.

Correspondentie: Zippora Kentin, Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn.

T: 055 581 83 95. E: poortje.kentin@gmail.com

Talita Hopman

Pleyade, Arnhem, Netherlands
Drs. T. Hopman, specialist ouderengeneeskunde, Pleyade, Arnhem.

Astrid Mulder

Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn, Netherlands
A.T. Mulder, verpleegkundig specialist, Gelre ziekenhuizen

Linda Dauwerse

Radboud UMC, afdeling VOSON, Nijmegen, Netherlands
Dr. L. Dauwerse, onderzoeker, gedragswetenschappelijk docent, supervisor RadboudUMC, afdeling VOSON, Nijmegen

Hanneke J. Luijendijk

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen, Netherlands
Dr. H.J. Luijendijk, senior onderzoeker en sociaal geriater np, Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen.

Roland B. Wetzels

Radboud UMC, afdeling VOSON, Nijmegen, Netherlands

Dr. R.B. Wetzels, specialist ouderengeneeskunde ZZZorggroep, Groesbeek, en docent Radboud UMC, afdeling VOSON, Nijmegen.

Barbara C. van Munster

Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Interne Geneeskunde, Groningen, Netherlands

Prof. dr. B.C. van Munster, internist-ouderengeneeskunde en klinisch geriater, Gelre ziekenhuizen, afd. Geriatrie, Apeldoorn, en Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling interne geneeskunde, Groningen.

Literatuurlijst

1. Rudolph JL, Inouye SK, Jones RN, Yang FM, Fong TG, Levkoff SE, Marcantonio ER. Delirium: an independent predictor of functional decline after cardiac surgery. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(4):643-49.
2. Anderson D. [Preventing delirium in older people](#). *British Medical Bulletin* 2005;73-74: 25-34.
3. Boorsma M, Joling KJ, Frijters DH, Ribbe ME, Nijpels G, van Hout HP. The prevalence, incidence and risk factors for delirium in Dutch nursing homes and residential care homes. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012 Jul;27(7):709-15.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth edition (Test Revision)*. 4th ed. 2000.
5. Krogseth M, Wyller TB, Engedal K, Juliebø V. Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2011;31(1):63-70.
6. Witlox J, Eurelings LSM, de Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. A Meta-analysis. *JAMA* 2010; 304:443-451.
7. Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, Braes T, Foreman M, Gastmans C, Milisen K. Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54, 685-9
8. [Richtlijn delier. Volwassen en Ouderen](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2013.
9. Kentin ZHA, Dautzenberg PLJ, Boelens HM, de Rooij SEJA, van Munster BC. Niet elk delierprotocol in ziekenhuizen is up-to-date. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2016 Aug;160. D151.
10. Inspectie voor de gezondheid. De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: Verwardheid nog onvoldoende onderkend. Den Haag:IGZ;2005
11. <https://www.zorgkiezer.nl/bladeren/verpleeghuizen>
12. van Everdingen JJE 'Een hoop gedoe, maar wel de moeite waard': oordelen van artsen over richtlijnen. *Med Contact.* 2003; 25:473-6.
13. Sociaal en Cultureel Planbureau. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16. Den Haag:SCP;2017
14. Lips P. De paradox van protocollen. *Med Contact.* 2006; 61: 1947-5
15. Inspectie voor de gezondheid [Het resultaat telt ziekenhuizen 2010](#). Den Haag:IGZ; 2012. p 60
16. Leentjens AF, Burgers JS. What factors are important for the successful implementation of guidelines?. *Tijdschr Psychiatr.* 2008; 50:329-35.
17. Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C, Browne J, Byrne S, McSharry J, Coughlan E, Timmons S. Influences on Decision-Making Regarding Antipsychotic Prescribing in Nursing Home Residents With Dementia: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. *J Am Med Dir Assoc.* 2017 Oct 1;18(10):897.e1-897.e12.
18. Kleijer BC, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PAF, Knol W, Heerdink ER. Risk of cerebrovascular events in elderly users of antipsychotics. *J Psychopharma.* 2009; 23 (8), 909-914.
19. Solmi M, Murru A, Pacchiarotti I, et al. Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review. *Ther Clin Risk Manag.* 2017;13:757-777. Published 2017 Jun 29. doi:10.2147/TCRM.S117321
20. PCOB, ANBO, Unie KBO, CSO, ARGO. [Geriatrische zorg vanuit patiëntenperspectief](#), Kwaliteitscriteria voor de oudere patiënt met delier vanuit patiëntenperspectief. Groningen: Argo; 2008.
21. Gagnon P, Charbonneau C., Allard P., Soulard C., Dumont S, Fillion L. Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *Journal of Palliative Care.* 2002; 18, 253-61.
22. Bull M.J. Delirium in older adults attending adult day care and family caregiver distress. *Int J of Older People Nursing* 2011; 6, 85-92.
23. Namba, M., Morita, T., Imura, C., Kiyohara, E., Ishikawa, S., Hirai, K. Terminal delirium: families'experience. *Palliative Medicine* 2007; 21, 587-94.