

3.3 Delirium

Delirium is waarschijnlijk de meest voorkomende neuropsychiatrische stoornis in het algemeen en academisch ziekenhuis, met een prevalentie van 15 tot 50 procent bij opgenomen oudere patiënten. In geselecteerde patiëntengroepen kan de incidentie zelfs hoger zijn, bijvoorbeeld op een intensive care-afdeling en bij terminale kankerpatiënten^[27]. Hoewel het delirium niet alleen op hoge leeftijd voorkomt, stijgt de kans op een delirium met het stijgen van de leeftijd (boven de kinderleeftijd) aanzienlijk. Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van het hersenmetabolisme die gepaard gaat met een verscheidenheid aan neuropsychiatrische symptomen. Het wordt gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn met een gestoorde aandacht en concentratie, cognitieve stoornissen, waaronder stoornissen van het geheugen, oriëntatie en taal, en perceptuele stoornissen, zoals hallucinaties. In het meest typische geval ontstaat een delirium binnen een korte periode en heeft het een fluctuerend beloop. De diagnostische criteria zijn gebaseerd op de (DSM-IV)^[28].

Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijngevolgen, zoals een langere duur van een ziekenhuisopname, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in het ziekenhuis, een toegenomen ziekenhuissterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere financiële kosten^[29].

Een klinisch bruikbaar model voor het delirium is het model ontwikkeld door Inouye. Zij maakt onderscheid tussen enerzijds predisponerende factoren ofwel preëxistente risicofactoren, en anderzijds precipiterende factoren, die de directe aanleiding voor het delirium zijn^[29]. Doordat de predisponerende factoren al vóór opname bekend zijn, biedt dit model aangrijpingspunten voor preventie.

Ondanks de negatieve prognostische implicaties van het doormaken van een delirium wordt in de meeste ziekenhuizen weinig aandacht besteed aan het optreden van een delirium. In veel ziekenhuizen ontbreekt een ziekenhuisbreed protocol voor delirium, is er geen structurele deskundigheidsbevordering en ontbreekt samenwerking in ketenzorg^[30]. Uit onderzoek is bekend dat het delirium bij tweederde van de patiënten niet herkend wordt. Onduidelijk is in hoeveel procent het delirium niet, of niet volgens de gangbare richtlijnen, behandeld wordt.

[27] Van der Mast, R.C., et al., Richtlijn delirium. 2004, Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

[28] American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Fourth edition, text revision ed. 2000, Washington: American Psychiatric Association.

[29] Inouye SK., Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006 Mar 16;354(11):1157-65. Review. No abstract available. Erratum in: *N Engl J Med.* 2006 Apr 13;354(15):1655.

[30] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend. 2005, IGZ: Den Haag.

3.3.2 Indicator: Risico op delirium

De volgende stap in de indicator is het screenen van patiënten op een verhoogd risico voor het optreden van delirium. Het risico op delirium is uitgebreid in verschillende specifieke patiëntengroepen onderzocht. Voorspellende factoren voor het optreden van delirium zijn onder te verdelen in factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium (de pre-existente risicofactoren) en factoren die een directe aanleiding vormen voor delirium (de precipiterende factoren). Deze indicator richt zich op de volgende factoren die de patiënt meer ontvankelijk maken voor delirium: hoge leeftijd, een reeds gestoorde cognitie en de aanwezigheid van ernstige chronische ziekten die de dagelijkse activiteiten belemmeren (American Society of Anesthesiologists (ASA) III-V). Alcoholmisbruik wordt niet meegenomen, omdat dit niet betrouwbaar is vast te stellen en omdat in het algemene ziekenhuis het onderscheid met andere oorzaken van delirium niet goed te maken is (zie: 'Richtlijn delirium'). Het verhoogde risico op delirium wordt vastgesteld aan de hand van 3 inventariserende vragen aan patiënt en/of mantelzorger.

Hoe wordt voor deze indicator het risico bepaald?

Geselecteerd worden alle patiënten van 70 jaar en ouder. Bij elke opname wordt het risico op delirium vastgesteld door het beantwoorden van de volgende vragen:

- 1 Heeft de patiënt geheugenproblemen?
- 2 Heeft de patiënt in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- 3 Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat de patiënt in de war was?

Bij elke geplande opname voor een operatie wordt al poliklinisch (bij de preoperatieve screening) het risico op een delirium vastgelegd. Van een verhoogd risico is sprake bij één of meer positieve antwoorden.

Andere gronden voor vaststellen verhoogd risico

Indien alle vragen negatief zijn beantwoord maar er op andere gronden (o.a. meerdere psychotrope medicijnen of hersenletsel) toch verdenking is op een verhoogd risico op delirium, dan moet aanvullende risico-inventarisatie plaatsvinden, bijvoorbeeld met een cognitieve screeningstest. Bij een positieve uitkomst dient de patiënt vervolgens als risicopatiënt te worden beschouwd en te worden opgenomen in de groep die regelmatig geobserveerd wordt op het optreden van delirium indicator 3.

Uitkomst van deze indicator bestaat uit het percentage afdelingen dat structureel bij opname van patiënten van 70 jaar en ouder de risicoscore voor delirium vastlegt. Onder structureel vastleggen wordt verstaan dat bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen op die afdeling, de antwoorden op de bovenstaande drie vragen (vanaf nu 'de risicoscore') bij opname bekend en gedocumenteerd zijn, ongeacht de uitkomst.

De afdelingen waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium zijn bekend.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Teller: het aantal afdelingen of, in het geval van preoperatieve screening, poliklinieken, waar bij meer dan 80 procent van alle patiënten van 70 jaar en ouder bij opname een risicoscore is vastgelegd in het medisch dossier.			
Noemer: het aantal afdelingen in het ziekenhuis waar op enig moment in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder zijn opgenomen of in het geval van preoperatieve screening poliklinisch zijn onderzocht.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

3.3.3 Indicator: Screening op en observatie van delirium

Patiënten met een verhoogd risico op delirium dienen actief en regelmatig geobserveerd te worden met een screeningsinstrument. Twee situaties tijdens ziekenhuisbehandeling zijn bij uitstek startpunt van een op delirium gerichte observatie: een patiënt kan al bij opname in het ziekenhuis delirant zijn (prevalent delirium) of kan tijdens de ziekenhuisopname een delirium ontwikkelen (incident delirium).

* Geef toelichting

De uitkomst van deze indicator bestaat uit de fractie van de patiënten met een verhoogd risico op delirium (indicator 3.3.2), bij wie met een screeningsinstrument is beoordeeld of er sprake is van een delirium, ongeacht de uitkomst. Verpleegkundigen kunnen hiervoor de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) gebruiken, artsen de Confusion Assessment Method (CAM).^[31]

Meetmethode

Een dag per 3 maanden vaststellen van het aantal met de DOSS- of CAM-geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder, bij wie een verhoogd risico op delirium is vastgesteld. Dit zijn bij voorkeur zowel de patiënten bij wie een delirium aanwezig was bij opname als de gescreende hoog-risico patiënten van 70 jaar en ouder. De uitslag van de indicator is het gemiddelde van de 4 metingen.

- Inclusie criterium:
 - Patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen op de 4 meetdagen.

Is het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Zijn in de teller en noemer ook de patiënten opgenomen waarbij het risico op andere gronden is vastgesteld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	
Teller: het aantal patiënten dat met de DOSS of CAM tenminste éénmaal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium, ongeacht de uitkomst.			
Noemer: het aantal patiënten bij wie met de methode van indicator 3.3.2 is vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico op delirium (teller indicator 3.3.2), aangevuld met de patiënten bij wie op andere wijze een verhoogd risico op een delirium is vastgesteld.			
Percentage (wordt automatisch berekend):	%		
Toelichting:			

* Geef toelichting

[31] DOSS: http://www.psychiatrienet.nl/oudesite/files/DOS_vragenlijst_en_invulinstructie.doc.pdf
CAM: <http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/>