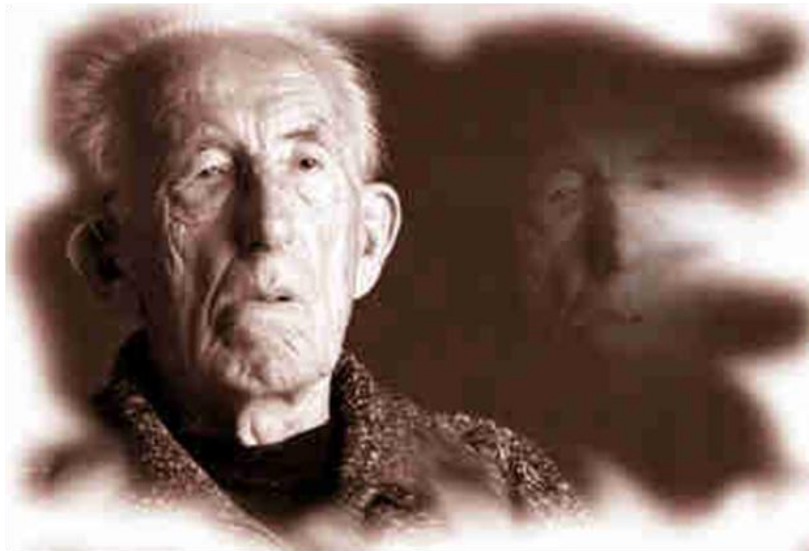


De zorg voor cliënten met een delirium

Verkenning van de huidige zorg in verpleeghuizen in Nederland



Charlotte Gijzen – Msc scriptie - Health and Society

Juli 2012



De zorg voor cliënten met een delirium

Verkenning van de huidige zorg in verpleeghuizen in Nederland

Juli 2012

Student: Charlotte Gijzen
(881013290040)

Master Health and Society

Begeleiders:

HSO-80333

Maria Koelen
Leerstoelgroep: HSO
Wageningen Universiteit

Ruth Pel-Littel
Senior programma medewerker
Programma kwaliteit en innovatie
ouderenzorg
Vilans

Voorwoord

Hierbij presenteer ik mijn scriptie aan u, de lezer van dit rapport. Deze scriptie is het resultaat van mijn afstudeeronderzoek dat liep van januari 2012 tot juli 2012. Het onderzoek heb ik uitgevoerd in opdracht van Vilans, het kenniscentrum voor de langdurige zorg.

Door mijn vakantiebanen en opleiding heb ik steeds meer interesse gekregen in de ouderenzorg. Hier wilde ik me daarom ook meer in verdiepen tijdens mijn afstudeeronderzoek. Aangezien Vilans op verschillende manieren de ouderzorg ondersteund, heb ik hen benaderd voor een afstudeerstage. Bij Vilans gaven ze aan dat ze graag meer onderzoek wilde doen naar de zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen. Dit leek mij een interessant onderwerp, omdat er nog weinig over bekend is. Daarom heb ik er voor gekozen om mij in deze scriptie te richten op de kwaliteit en de mogelijke verbeteringen van de zorg voor cliënten met een delirium.

In dit voorwoord wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Als eerste wil ik mijn begeleider bij Vilans, Ruth Pel-Littel bedanken. Zij heeft mij inzicht gegeven in de gang van zaken in verpleeghuizen. Ook heeft zij mij geholpen met de keuze voor de juiste manier van onderzoek doen in de verpleeghuizen. Tot slot heeft ze mij aan verschillende respondenten geholpen door haar netwerk aan te spreken.

Verder wil ik Maria Koelen, mijn begeleider op de Wageningen Universiteit bedanken. Zij heeft mij geleerd hoe ik op een goede manier een kwalitatief onderzoek moet uitvoeren en hoe ik hier een goed onderzoeksrapport over moet schrijven.

Tot slot wil ik alle zorgverleners bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek. Van hen heb ik belangrijke inzichten gekregen over de huidige zorg voor delirante cliënten in verpleeghuizen.

Achteraf kan ik concluderen dat het een leerzaam en interessant onderzoek is geweest met interessante inzichten voor mogelijke verbeteringen.

Ik wens u veel leesplezier!

Charlotte Gijzen, juli 2012

Samenvatting

Achtergrond

Deze scriptie is gebaseerd op een exploratief kwalitatief onderzoek naar de zorg voor cliënten met een delirium in de dagelijkse praktijk in verpleeghuizen. Dit onderzoek is uitgevoerd, omdat nog maar weinig onderzoek is gedaan naar delirium in verpleeghuizen. Uit het weinige onderzoek dat bekend is, blijkt dat een delirium wel vaak voor komt onder verpleeghuisbewoners, maar vaak niet (tijdig) herkend wordt door zorgverleners door een gebrek aan kennis.

Het doel van dit onderzoek is daarom om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen en eventueel aanbevelingen te doen voor verbeteringen.

Er is onderzocht wat de optimale zorg voor cliënten met een delirium is volgens de literatuur en hoe de huidige zorg voor delirante cliënten in de praktijk plaatsvindt. De zorg voor delirante cliënten is beschreven aan de hand van de fases: preventie, vroegsignalering, diagnose stellen, behandeling en nazorg. Vervolgens is door vergelijking van de optimale zorg met de huidige zorg onderzocht welke aanknopingspunten er zijn voor verbeteringen.

Methoden

De data verzameling is uitgevoerd door middel van een literatuur studie en interviews. Om de optimale zorg voor cliënten met een delirium weer te geven is een literatuur studie met 45 artikelen gebruikt.

De huidige zorg voor delirante cliënten is in kaart gebracht door 27 zorgverleners van twaalf verschillende verpleeghuizen te interviewen: elf specialisten oudergeneeskunde, zes psychologen, zes EVV'ers, drie teamleiders, één praktijkverpleegkundige en één kwaliteit verpleegkundige.

Resultaten

Resultaten literatuur studie

De resultaten uit de literatuurstudie geven voornamelijk de optimale zorg voor delirante cliënten in de ziekenhuissetting weer.

Op preventievak blijkt multifactoriële preventie de meest effectieve manier te zijn om de frequentie van delirium onder ziekenhuispatiënten te verminderen.

De diagnose van delirium bestaat uit: de vroesignalering van een delirium door een screeningsinstrument, het stellen van de diagnose met behulp van een diagnostisch instrument en tot slot het meten van de ernst met een ernstinstrument.

De behandeling van delirium bestaat uit het onderzoeken en behandelen van de onderliggende oorzaak, het toedienen van medicatie wanneer nodig en het nemen van ondersteunende maatregelen.

Nadat de delirante periode is afgelopen moeten de risicofactoren goed in de gaten worden gehouden en moet er met de patiënten worden nagepraat over de delirante periode.

Resultaten interviews

Uit de interviews blijkt dat er grote verschillen zijn in de schattingen van de cumulatieve incidentie van cliënten met een delirium per jaar.

De preventieve maatregelen die verpleeghuizen nemen zijn: alert zijn bij hoog risico groepen, rapporteren en het scheppen van een goede omgeving.

Wat betreft de vroegsignalering geven de verzorgenden in het algemeen wel signalen door, maar leggen niet het verband met een delirium. Hierdoor wordt er meestal pas actie ondernomen wanneer de specialist oudergeneeskunde komt kijken. Een hyperactief delirium wordt meestal goed herkend, maar een hypoactief delirium meestal niet. De DOS is het meest gebruikte screeningsinstrument voor de vroegsignalering.

De specialist oudergeneeskunde stelt, soms met hulp van de psycholoog, de diagnose voor een delirium. Hier worden meestal geen diagnostische instrumenten voor

gebruikt. Ze gebruiken wel observaties, eigen standaarden en anamnese.

De behandeling bestaat uit het onderzoeken en behandelen van de onderliggende oorzaak, het geven van onrustmedicatie en het inzetten van ondersteunende maatregelen. Wanneer de familie wordt ingezet hebben ze de taak om hun delirante familielid gerust te stellen, herkenning te bieden of om voor een vertrouwde omgeving te zorgen.

De meeste verpleeghuizen hebben een van de volgende vormen van nazorg: het controleren van de onderliggende oorzaak, rapporteren, alert zijn op risicofactoren, het afbouwen van medicatie en napraten met de cliënt en familie.

Volgens de meeste verpleeghuizen wisselt het kennisniveau per verzorgenden en kunnen de meeste verzorgenden hun kennis over delirium verbeteren.

Conclusie en aanbevelingen

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de huidige zorg voor cliënten met een delirium deels al overeenkomt met de optimale zorg die in de literatuur wordt beschreven. Er zijn echter wel nog mogelijkheden tot verbetering. In het algemeen hebben meeste verzorgenden nog een gebrek aan kennis over de zorg voor delirante cliënten. Uit het onderzoek volgen aanbevelingen op het gebied van: scholing en bewustwording, diagnostische en screeningsinstrumenten, het inzetten van middelen en personen en een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Inhoudsopgave

Voorwoord	p.3
Samenvatting	p.4
1. Introductie	p.8
<u>1.1 Beschrijving delirium</u>	p.8
<u>1.2 Achtergrond probleem</u>	p.9
<u>1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen</u>	p.10
2. Methoden literatuurstudie	p.12
3. Resultaten literatuurstudie	p.13
<u>3.1 De optimale zorg voor delirium</u>	p.13
3.1.1 Preventie en vroegsignalering	p.13
3.1.2 Diagnostiek	p.14
3.1.3 Behandeling	p.15
3.1.4 Zorg na de delirante periode	p.17
<u>3.2 Conclusie</u>	p.17
4. Methoden en data-analyse interviews	p.19
<u>4.1 Methoden</u>	p.19
<u>4.2 Data-analyse</u>	p.20
5. Resultaten interviews	p.23
<u>5.1 Geschatte cumulatieve incidentie</u>	p.23
<u>5.2 Preventie</u>	p.23
5.2.1 Huidige preventieve maatregelen	p.23
5.2.2 Preventieve maatregelen wanneer men naar het ziekenhuis moet	p.24
5.2.3 Verbeterpunten	p.24
<u>5.3 Vroegsignalering</u>	p.24
5.3.1 Signaleren	p.24
5.3.2 Instrumenten	p.25
5.3.3 Na de signalering	p.25
5.3.4 Verbeterpunten	p.26
<u>5.4 Diagnose stellen</u>	p.26
5.4.1 Rollen zorgverleners en diagnostische instrumenten	p.26
5.4.2 Verbeterpunten	p.26
<u>5.5 Behandeling</u>	p.26
5.5.1 Oorzaak	p.26
5.5.2 Medicatie	p.27
5.5.3 Ondersteunende maatregelen	p.27
5.5.4 Verbeterpunten	p.29
<u>5.6 Nazorg</u>	p.29
5.6.1 Nazorg maatregelen	p.29
<u>5.7 Kennis zorgverleners</u>	p.30
5.7.1 Kennis verzorgenden	p.30
5.7.2 Kennis arts	p.31
5.7.3 Kennis psycholoog	p.31
<u>5.8 Conclusie</u>	p.32
6. Conclusie en discussie	p.33
7. Conclusie	p.39
8. Aanbevelingen	p.40
9. Referenties	p.43

Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijst specialist oudergeneeskunde	p.48
Bijlage 2. Vragenlijst psycholoog	p.50
Bijlage 3. Vragenlijst EVV'er of team leider	p.52
Bijlage 4. Mail aan specialisten oudergeneeskunde	p.54
Bijlage 5. Algemene mail aan specialisten oudergeneeskunde	p.55
Bijlage 6. Code schema	p.56
Bijlage 7. Netwerk thema diagnose	p.58
Bijlage 8. Netwerk thema behandeling	p.59

1. Inleiding

Deze scriptie beschrijft een exploratief kwalitatief onderzoek naar de zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen. Een probleem is dat een delirium veel voorkomt onder ouderen in verpleeghuizen, maar er nog weinig over bekend is. Dit onderzoek is bedoeld om meer zicht te krijgen op de zorg voor delirante cliënten. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Vilans, het onafhankelijk kenniscentrum voor de langdurige zorg. Deze inleiding beschrijft eerst wat een delirium is, wat het probleem is waar dit onderzoek zich op richt en welke doelstelling en onderzoeksvragen zijn gebruikt.

1.1 Beschrijving delirium

Definitie

Een delirium is een acuut optredende verwardheid die veroorzaakt wordt door een lichamelijk probleem en wordt gekenmerkt door:

- veranderingen in het bewustzijn, oftewel minder besef van de omgeving, met een verminderd vermogen de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen
- veranderingen in de cognitie, zoals incoherent denken, geheugenstoornis of onsamenhangende spraak en desoriëntatie (American Psychiatric Association, 1994).

Een delirium ontstaat in enkele uren tot dagen en de klinische verschijnselen fluctueren gedurende de dag. De oorzaak bepaald mede hoe snel een delirium ontstaat. Een plotselinge ernstige lichamelijke verstoring zoals een operatie zal sneller een delirium veroorzaken dan een meer sluipende oorzaak zoals het gebruik van meer dan drie medicijnen (CBO et al., 2004).

Er zijn twee vormen van delirium te onderscheiden. De hyperactieve vorm kenmerkt zich door (soms extreme) onrust, een verhoogd bewustzijn en angst met of zonder wanen en hallucinaties. De hypoactieve vorm uit zich vooral in apathisch teruggetrokken gedrag. Tot slot is er ook een gemengde vorm, waarbij beide verschijningsvormen elkaar afwisselen (CBO et al., 2004).

Prevalentie en incidentie

Een delirium kan op elke leeftijd voorkomen, maar komt het meeste voor bij kwetsbare ouderen (Van der Weele, 2003). Kwetsbare ouderen zijn ouderen waarbij de lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren zich opstapelen, waardoor de kans op negatieve gezondheidssuitkomsten toeneemt. Voorbeelden van negatieve gezondheidssuitkomsten zijn functiebeperkingen en vroegtijdig overlijden (Campen, van, 2011). Uit één van de weinige onderzoeken naar de prevalentie¹ en incidentiedichtheid² van delirium in verpleeg- en verzorgingstehuizen in Nederland blijkt dat de prevalentie 8.9% in verpleeghuizen is en 8.2% in verzorgingstehuizen. De bijbehorende incidentiedichtheid was 20,7 per 100 personen per jaar in de onderzochte verpleeghuizen en 14,6 per 100 personen per jaar in de onderzochte verzorgingstehuizen (Boorsma et al., 2011).

Risicofactoren

Een delirium wordt veroorzaakt door meerdere risicofactoren. Deze risicofactoren bestaan uit predisponerende en precipiterende factoren. Predisponerende factoren zijn factoren die al aanwezig zijn wanneer iemand cliënt of patiënt wordt zoals: een leeftijd hoger dan 70 jaar, cognitieve stoornissen en visus- of hoorstoornissen. Deze factoren geven de kwetsbaarheid aan van de cliënt. Precipiterende factoren zijn instelling gerelateerde

¹ Het aantal gevallen van een delirium op een specifiek moment.

² Het aantal nieuwe gevallen van delirium gedeeld door het aantal geobserveerde persoonsjaren in een jaar.

beïnvloedbare factoren zoals: infectie, dehydratie, koorts en het geven van drie of meer medicijnen (CBO et al., 2004; Anderson, 2010). Een overzicht van de meest erkende predisponerende en precipiterende factoren volgens de richtlijn delirium van het CBO et al. (2004) zijn weergegeven in box 1.

Box 1. Predisponerende en precipiterende factoren

Predisponerende factoren

- Leeftijd \geq dan 70 jaar
- Cognitieve stoornissen
- Visus- gehoorstoornissen
- Stoornissen in activiteit van het dagelijks leven
- Gebruik van alcohol en opiaten

Precipiterende factoren

- Infectie
- Koorts
- Dehydratie
- Elektrolytstoornissen¹
- Polyfarmacie (meer dan 3 medicijnen)
- Gebruik van (genees)middelen met psychoactieve² werking

Bron: CBO et al., 2004

¹ Elektrolytstoornis: verstoring van de concentratie natrium en kalium in het lichaam

² Psychoactief: invloed op de hersenen: gedrag en beleving van de gebruiker

De predisponerende en precipiterende factoren zijn met elkaar verbonden en in de meeste gevallen veroorzaakt het samenspel van deze factoren een delirium. In het algemeen bepaald de hoeveelheid predisponerende factoren in hoeverre precipiterende factoren een rol spelen bij het ontwikkelen van een delirium. Zo zal iemand met veel predisponerende factoren sneller en makkelijker een delirium ontwikkelen wanneer er maar enkele precipiterende factoren ontstaan. Wanneer iemand weinig predisponerende factoren heeft is er een groot medisch probleem, oftewel veel precipiterende factoren, nodig om een delirium te veroorzaken (Anderson, 2010).

Gevolgen

Gevolgen van een delirium zijn vroegtijdige sterfte en het vaker vallen van ouderen (Inouye et al., 1998; Kalisvaart en Vreeswijk, 2008). Andere gevolgen van een delirium zijn: een vergrootte kans op het krijgen van dementie, een slechter herstel van de fysieke en cognitieve functies en een grotere afhankelijkheid in activiteiten in het dagelijkse leven (ADL) na de delirante periode (Kat et al. 2008; McCusker et al., 2003). Door een grotere afhankelijkheid in ADL, zoals hulp bij het wassen en aankleden, vermindert de kwaliteit van leven (Casarett et al., 2001). Verder kunnen patiënten met een bewustzijnsstoornis tijdens hun delirium gevoelens van eenzaamheid, grote angst en onmacht ervaren (Schofield, 1997).

Tot slot kunnen patiënten aan de delirante periode herinneringen over houden welke ze vervelend vinden (Young en Inouye, 2008). Ze kunnen gevoelens van angst en schaamte ervaren na hun delirante periode, omdat ze zich tijdens de delirante periode vaak anders hebben gedragen dan ze normaal zouden doen (CBO et al., 2004; Schofield, 1997).

1.2 Achtergrond probleem

Een probleem is dat een delirium vaak niet herkend wordt door zorgverleners in verpleeghuizen (Pel-Littel et al., 2011). Met een verpleeghuis wordt een instelling bedoeld die als taak heeft om intensieve zorg of medische behandelingen zowel extramuraal of intramuraal te verzorgen (www.rijksoverheid.nl, geraadpleegd op 27-01-'12). Uit een onderzoek van Siddiqi et al. (2011) waarin een interventie is gebruikt om het kennisniveau van personeel in verpleeghuizen te vergroten, kwam naar voren dat het

personeel voor de interventie niet in staat was een delirium goed te herkennen, maar erna wel.

Verpleegkundigen en verzorgenden zien weliswaar dat er iets mis is met de bewoner, maar leggen door onwetendheid geen verband met een mogelijk delirium. Hierdoor wordt het delirium niet of veel te laat herkend en behandeld, lijdt de bewoner onnodige schade en vermindert de kwaliteit van leven (Pel-Littel et al., 2011; Casarett et al., 2001). Uit verschillende andere onderzoeken komt ook naar voren dat het nodig is om de kennis van medewerkers in verpleeghuizen over delirium te vergroten (Department of health, 2003; Owen and NCHRDF 2006; Boorsma et al., 2011).

Ondersignalering van delirium kan onder andere komen door de wisseling van symptomen, de gelijkensis met sommige dementie-symptomen, een gebrek aan cognitieve testen en onderwaardering van delirium als medisch spoedgeval. Een andere reden voor ondersignalering is dat de hypoactieve (stille, apathische) vorm van delirium, welke vooral onder ouderen voorkomt, vaak over het hoofd wordt gezien (Inouye, 2006). Kiely et al. (2003) benadrukt dat de zorgverleners in verpleeghuizen vaak geen of weinig informatie hebben over de cognitieve status van een nieuwe cliënt waardoor veranderd gedrag moeilijker te herkennen is (Kiely et al., 2003). Vooral onder cliënten met dementie is het veranderde gedrag moeilijk te herkennen door de overlap van delirium met sommige dementie symptomen (Eeles en Rockwood, 2008).

1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen

Er is nog maar weinig onderzoek uitgevoerd naar delirium in verpleeghuizen. Uit het weinige onderzoek blijkt dat een delirium vaak voor komt onder verpleeghuisbewoners (Boorsma et al., 2011). Een probleem is dat een delirium vaak niet (tijdig) herkend wordt door zorgverleners door een gebrek aan kennis (Pel-Littel et al., 2011). Hierdoor krijgen de bewoners niet de juiste zorg, lijden onnodig schade en verslechtert hun kwaliteit van leven (Pel-Littel et al., 2011; Casarett et al., 2001). Het is belangrijk om deze zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen te optimaliseren. Daarom is het doel van dit onderzoek:

Inzicht krijgen in de kwaliteit van de zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen en eventueel aanbevelingen doen voor verbeteringen.

Het is belangrijk om in kaart te brengen hoe de zorg voor cliënten met een delirium optimaal vorm moet hebben en dit te vergelijken met hoe de zorg rondom delirium in verpleeghuizen in de dagelijkse praktijk plaatsvindt. Hieruit zal volgen welke verbeterpunten nodig zijn. De onderzoeksvraag die hier uit volgt is:

Hoe wordt er op dit moment omgegaan met cliënten met een delirium in verpleeghuizen en hoe kan deze zorg eventueel verbeterd worden?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden zijn drie deelvragen opgesteld. De eerste deelvraag richt zich op de optimale zorg voor delirium volgens wetenschappelijk onderzoek. De tweede deelvraag richt zich op de zorg voor delirium in verpleeghuizen volgens de dagelijkse praktijk. Op basis van deze twee deelvragen wordt het antwoord op de derde deelvraag gegeven, namelijk of er aanknopingspunten zijn voor verbeteringen.

Deelvragen:

1.Hoe ziet de optimale zorg voor cliënten met een delirium er uit volgens wetenschappelijk onderzoek?

2.Hoe ziet de zorg voor cliënten met een delirium er in de dagelijkse praktijk in verpleeghuizen uit?

3. Zijn er aanknopingspunten voor verbeteringen in de zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen en zo ja, welke?

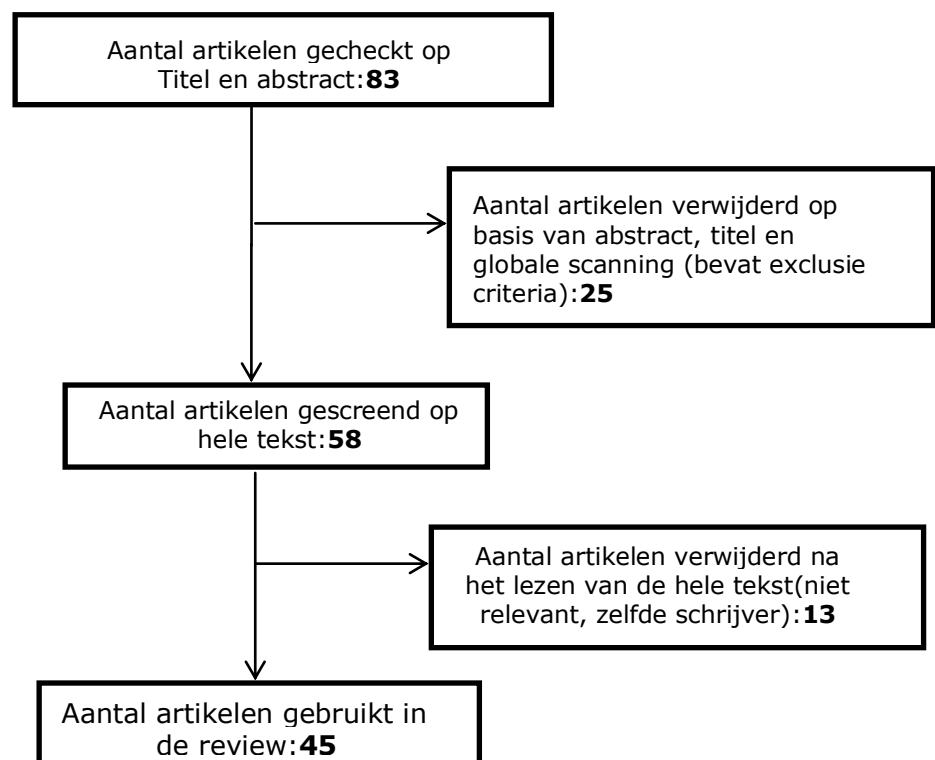
Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van een literatuurstudie en interviews. Er is gekozen voor exploratief kwalitatief onderzoek, omdat nog niet veel bekend is over de zorg voor delirante cliënten in verpleeghuizen. Vraag één wordt beantwoordt door middel van een literatuurstudie, vraag twee door het afnemen van interviews en vraag drie door de resultaten van vraag één en twee te vergelijken. Hoofdstuk twee en drie beschrijven de methoden en resultaten van de literatuurstudie. Vervolgens zijn de methoden en resultaten van de interviews beschreven in hoofdstuk vier en vijf en wordt er in de daarop volgende hoofdstukken afgesloten met de discussie, conclusie en aanbevelingen.

2. Methoden literatuurstudie

De literatuurstudie geeft antwoord op de eerste deelvraag door het geven van een overzicht van de optimale zorg voor cliënten met een delirium. Met behulp van de databases Google Scholar, Scopus en Pubmed is met de zoektermen: delirium, verpleeghuis, langdurige zorg, preventie, diagnose, behandeling, informeren familie en nazorg de literatuurstudie uitgevoerd. Verder is een promotieonderzoek van Schuurmans (2001) over de vroegtijdige herkenning van delirium door zorgverleners gebruikt. Er is gezocht naar Nederlandse en internationale algemene informatie over de zorg voor cliënten en patiënten met een delirium gepubliceerd na 1993. Er is gekozen voor deze tijdsperiode omdat in 1994 de definitie voor delirium is opgesteld door de American Psychiatric Association. De gezochte informatie is niet specifiek voor verpleeghuizen, omdat hier nog niet veel informatie over beschikbaar is. Zowel reviews als Randomized Controlled Trials (RCT's) zijn meegenomen in de literatuur studie.

Inclusie criteria zijn: delirium in verpleeghuizen, delirium in de langdurige zorg, preventie delirium, diagnose delirium, behandeling delirium, rol familie in de zorg voor delirium, nazorg en de Engelse vertaling van deze criteria in de titel en in de samenvatting. Exclusie criteria zijn: gerelateerde kosten van de zorg rondom delirium, delirium gerelateerd aan een specifieke operatie, delirium bij patiënten met kanker, delirium veroorzaakt door alcohol, de neurologische uitleg van delirium, delirium in de 'intensive care' afdeling en het gebruik van specifieke medicijnen bij een delirium. Na het lezen van de abstract en titel van 83 artikelen zijn de overgebleven 58 artikelen gescreend op basis van de hele tekst. Uiteindelijk zijn er 38 artikelen verwijderd en 45 artikelen gebruikt voor de literatuurstudie (zie *figuur 1*). Er is gezocht naar artikelen tot een algemeen beeld is verkregen waarin duidelijk bepaalde patronen naar voren kwamen voor de preventie-, diagnose-, behandeling- en nazorgfase.

Figuur 1. Selectie van de gevonden artikelen



3. Resultaten literatuurstudie

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van de literatuurstudie naar de optimale zorg voor cliënten met een delirium volgens wetenschappelijke literatuur.

3.1 De optimale zorg voor delirium

Voor de langdurige zorg bestaat er nog geen richtlijn voor de zorg voor cliënten met een delirium, wel is er de richtlijn Delirium van het CBO et al. (2004) voor acute zorg in ziekenhuizen. Deze richtlijn wordt momenteel herzien. Volgens deze richtlijn voor acute zorg bestaat de zorg voor cliënten met een delirium uit vier verschillende fases:

- preventie en vroeg signalering
- diagnostiek
- behandeling
- zorg na de delirante periode (CBO et al., 2004).

Deze fases zijn als uitgangspunt genomen om de optimale zorg voor delirium te beschrijven. De verschillende fases worden hieronder toegelicht.

3.1.1 Preventie en vroegsignalering

In de ziekenhuissetting

In ziekenhuizen zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de preventie van delirium. Preventie strategieën die meerdere manieren gebruiken om risicofactoren te verminderen blijken het meest succesvol te zijn voor het verminderen van de frequentie van delirium onder ziekenhuispatiënten (Inouye, 2006; CBO et al., 2004). Zo blijkt uit een experiment van Inouye et al. (1999) met 852 patiënten ouder dan 70 jaar dat het gebruik van preventie protocollen gericht op zes risicofactoren effectief is in het voorkómen van een delirium. De protocollen waren gericht op de risicofactoren: cognitieve achteruitgang, slaapproblemen, immobiliteit, visus problemen, gehoor problemen en uitdroging. Deze interventie strategie resulteerde in significant minder gevallen van delirium en een kortere duur van de delirante periodes. Hieruit blijkt dat primaire preventie een effectieve strategie is (Inouye et al., 1999).

Uit het onderzoek van Milisen (2010) blijkt ook dat het gebruik van een screeningsinstrument en het uitvoeren van preventieve handelingen door artsen en verpleegkundigen bijdraagt aan het voorkomen van een delirium. De volgende preventieve handelingen blijken effectief te zijn:

- patiënten oriënteren en snel mobiliseren
- patiënten met visuele of gehoorbeperkingen voorzien van hun noodzakelijke hulpmiddelen zoals bril of gehoorapparaat
- slaapmiddelen en anxiolytica vermijden
- ondervoeding en uitdroging voorkomen
- adequate pijnstilling toedienen (Milisen, 2010).

Naast het uitvoeren van preventieve handelingen is het belangrijk om de familie te informeren over delirium voor of tijdens de ziekenhuisopname. Doordat familieleden beter weten wat de signalen zijn kan een delirium mogelijk voorkomen worden of vroegtijdig worden gesignaleerd (CBO et al., 2004).

In de langdurige zorg

Er is nog weinig bewijs voor de effectiviteit van preventie van delirium in de langdurige zorg. Het is echter waarschijnlijk dat preventieve handelingen als hierboven genoemd in het experiment van Inouye et al. (1999) ook effect hebben in de langdurige setting (Holroyd-Leduc et al., 2010).

Volgens Pel-Littel (2011) is een probleem bij de vroegsignalering van delirium dat het vaak niet (tijdig) herkend wordt door zorgverleners in verpleeghuizen door een gebrek aan kennis. De interventie 'Stop Delirium!' gericht op het vergroten van de kennis

over delirium bij zorgverleners in de langdurige zorg, laat zien dat deze interventie potentieel heeft om de attitude en de handelingen van zorgverleners ten opzichte van delirium te veranderen. Een bijkomend effect is dat het de kwaliteit van de zorg kan verbeteren en het minder kosten met zich mee brengt doordat minder ziekenhuisopnames nodig zijn (Siddiqi et al., 2011). Trainingen om de kennis van de zorgverleners te vergroten zijn het meest effectief wanneer ze flexibel zijn ten opzichte van de medewerkers, verschillende methoden gebruiken en interactief zijn (Forsell et al., 2009; O'Brien et al., 2007).

Naast het vergroten van de kennis over de zorg voor cliënten met een delirium, is het belangrijk dat zorgverleners in een verpleeghuis bekend zijn met het cognitieve niveau van cliënten (Centers For Medicare en Medicaid Services, 2002). Voornamelijk onder patiënten met dementie is het moeilijk om een delirium op tijd te herkennen door een gedeeltelijke overlap van delirium met dementie symptomen (Inouye et al., 2006). Het is daarom belangrijk om kleine verschillen in het cognitief functioneren van cliënten in de langdurige zorg waar te nemen, zodat het delirium zo snel mogelijk opgemerkt en behandeld kan worden (Arizon et al., 2009). Dit kan door middel van het observeren van de cliënten in verschillende situaties. De invulling hiervan wordt verder niet toegelicht (Centers For Medicare en Medicaid Services, 2002).

3.1.2 Diagnostiek

Onderzoeken die zijn uitgevoerd om diagnostische instrumenten te onderzoeken en valideren, hebben voornamelijk plaatsgevonden in ziekenhuizen. De diagnose van delirium is in de eerste plaats gericht op het zorgvuldig observeren van de belangrijkste kenmerken. Wanneer een patiënt verward is, is van belang om de snelheid van de verandering in het cognitief functioneren vast te stellen en de cognitieve functies te onderzoeken (Inouye, 2006; Mensink en Heeren, 1995). Wanneer de cognitieve achteruitgang acuut plaats vindt en niet over een langere tijd (wat kan wijzen op dementie), moet een cliënt als delirant worden gezien tot het tegendeel is bewezen (Inouye, 2006). Er zijn drie verschillende meetinstrumenten die een rol spelen in het vaststellen van een delirium namelijk: screeningsinstrumenten, diagnostische instrumenten en ernstinstrumenten (CBO et al., 2004). Deze worden hieronder verder toegelicht.

Screeningsinstrumenten

Als eerste moet een delirium herkend worden. Wanneer er signalen zijn kunnen verpleegkundigen of algemene artsen screeningsinstrumenten gebruiken voor het herkennen van delirante symptomen voordat formeel de diagnose is gesteld (CBO et al., 2004).

De in Nederland ontwikkelde DOS 'Delirium Observation Scale' is een gevalideerd screeningsinstrument voor het vroeg herkennen van een delirium door middel van observaties van verpleegkundigen. Dit instrument is gericht op de symptomen van een delirium (CBO et al., 2004).

Verder kan de Mini-Mental State Examination (MMSE) een rol spelen bij het monitoren van het cognitief functioneren van een patiënt op een simpele en snelle manier. Een acute afnemende cognitieve functie kan wijzen op de ontwikkeling van een delirium (O' Keeffe et al., 2005; Casarett en Inouye, 2001).

Diagnostische instrumenten

Wanneer een delirium is herkend door een verpleegkundige of een algemene arts, kan een specialist vervolgens een diagnostische instrument gebruiken om formeel de diagnose vast te stellen. Deze diagnostische instrumenten zijn veelal gebaseerd op de 'Diagnostic Statistical Manual' (DSM) (CBO et al., 2004). Sinds 1980 hebben er drie revisies plaatsgevonden van de DSM (Voyer et al., 2009). De in 1994 laatst ontwikkelde DSM-IV criteria zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Diagnostische criteria van DSM-IV voor de diagnose van delirium

1.	Bewustzijnsstoornis met verminderd vermogen om de aandacht te concentreren, vast te houden of te verplaatsen.
2.	Een verandering in de cognitieve functie.
3.	De stoornis ontwikkelt zich in korte tijd en toont een tendens in het verloop van de dag te fluctueren.
4.	Er zijn aanwijzingen vanuit anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen dat de stoornis veroorzaakt wordt door de directe fysiologische consequenties van een somatische aandoening: A 1 + 2 komen voort uit intoxicatie (o.a medicatie) B 1 + 2 ontwikkelen als gevolg van onthoudingssyndroom C multiple oorzaken D onvoldoende aanwijzingen voor A ,B en C

Bron: American Psychiatric Association, 2000

Er zijn verschillende diagnostische instrumenten. De meeste instrumenten laten veelbelovende resultaten zien wat betreft betrouwbaarheid en validiteit maar moeten nog verder getest worden. De Confusion Assessment Method (CAM) en de Delirium Rating Scale (DRS) kunnen nu al gebruikt worden door artsen (Schuurmans, 2008; Inouye, 1994). De CAM is het meest bekende en gebruikte diagnostisch instrument (Élie et al., 2000; Lewis et al., 1995). Dit meetinstrument bevat vier criteria: een acute verandering in het cognitief functioneren welke fluctueert gedurende de dag, problemen om de aandacht te concentreren, ongeorganiseerd denken en een verhoogd niveau van bewustzijn (Kiely et al., 2003).

Ernstinstrumenten

Tot slot zijn er ernstmeetinstrumenten om de ernst van een delirium vast te stellen (CBO et al., 2004). De Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) en de Delerium Rating Scale (DRS) zijn ernstinstrumenten met een goed geteste betrouwbaarheid en validiteit (Schuurmans, 2001). Een arts moet deze instrumenten invullen gebaseerd op zijn of haar eigen observaties, vraaggesprekken en onderzoeken van de patiënt. Uit het onderzoek van Jonghe, de et al. (2005) blijkt dat de Delier-O-Meter ook een valide ernstinstrument is. Dit instrument is bedoeld voor verpleegkundigen die hier een minimale training voor hebben gehad (Jonghe, de et al., 2005).

3.1.3 Behandeling

Onderzoeken gericht op de behandeling van delirium zijn ook voornamelijk uitgevoerd in ziekenhuizen. Uit de meeste onderzoeken blijkt dat een delirium bij mensen met dementie dezelfde symptomen heeft en dus hetzelfde behandeld moet worden als bij mensen zonder dementie (Cole et al., 2002; Fick et al., 2002; Voyer et al., 2006; Laurila et al., 2004). Een onderzoek van Edlund et al. (2007) toont echter aan dat er wel verschillen zijn bij mensen met dementie en dat daar de behandeling voor een delirium op moet worden aangepast. Hier bestaat dus nog onduidelijkheid over.

In het algemeen bestaat de behandeling van delirium uit verschillende onderdelen: de behandeling van de onderliggende oorzaak, de behandeling van de symptomen en tot slot het nemen van ondersteunende maatregelen (Inouye, 2006; CBO et al., 2004; Mensink en Heeren, 1995; Chan en Brennan, 1999; Pae et al., 2008). Deze onderdelen worden hieronder toegelicht.

Behandelen onderliggende oorzaak

Uit verschillende artikelen komt naar dat voren dat als eerste van belang is dat de arts de onderliggende lichamelijke aandoening herstelt en behandelt (Inouye, 2006; Mensink en Heeren, 1995; Potter en George, 2006; Pae et al., 2008; Anderson, 2010).

Bij deze behandeling moet rekening worden gehouden met de predisponerende factoren en ze moet gericht zijn op de precipiterende factoren die mogelijk een rol spelen in het veroorzaken van een delirium. Bij het onderzoeken van de onderliggende oorzaak kan onderscheidt worden gemaakt in het evalueren van de medicatie die gebruikt wordt en de algemene evaluatie van andere signalen zoals fysieke en neurologische afwijkingen (Inouye, 2006).

Behandelen van de symptomen door medicatie

Het tweede onderdeel van de behandeling is het behandelen van de symptomen van een delirium (Inouye, 2006; CBO et al., 2004). Dit kan door het gebruik van medicatie. Voordat gestart wordt met medicatie is het van belang om de medicatiegeschiedenis te controleren en laboratoriumtesten uit te voeren (Pae et al., 2008; Casarett et al., 2001). Medicatie moet alleen gebruikt worden wanneer de patiënt hallucinaties heeft en wanneer de symptomen gevaarlijk worden voor de patiënt of voor anderen (Eeles en Rockwood, 2008; Inouye et al., 2006; Conn en Lieff, 2001). Bij het toedienen van medicijnen moet de balans worden behouden tussen een effectieve behandeling en bijkomende ongewenste effecten. Voorbeelden van ongewenste effecten zijn: het moeilijker vaststellen van het cognitief functioneren, het niet begrijpen van de behandeling van delirium en het vaker vallen van ouderen (Meagher, 2001).

Wanneer het nodig is om medicatie te gebruiken wordt in het algemeen een neurolepticum geadviseerd (Mensink en Heeren, 1995; Conn en Lieff, 2001; Lyons, 2006). Dit is een kalmerend middel met anti-psychotische werking (www.encyclo.nl, geraadpleegd op 01-03-'12). Een neurolepticum is zowel effectief in het bestrijden van de hyperactieve als de hypoactieve vorm van delirium en verbetert over het algemeen de cognitie (Meagher, 2001; American Psychiatric Association, 1999; Breitbart et al. 1996). Volgens Spiller en Keen (2006) is het gebruik van een neurolepticum te rechtvaardigen wanneer iemand geagiteerd is, gestrest is of de orde verstoord, maar dit is bij de hypoactieve vorm meestal niet het geval. Bij de hypoactieve vorm is het gebruik van een neurolepticum daarom niet zo voor de hand liggend. Er zijn echter nog te weinig onderzoeken gedaan om aan te geven welke medicatie wel of niet moet worden gebruikt bij de hypoactieve vorm (Spiller en Keen, 2006).

In de Nederlandse richtlijn over delirium wordt geadviseerd om bij medicijngebruik de Algoritme Medicamenteuze Behandeling Delirium te raadplegen. In dit algoritme wordt onderscheidt gemaakt in drie verschillende oorzaken van een delirium, namelijk: door alcohol, somatische problemen of door intoxicatie door middelen. Vervolgens wordt aangegeven wat de juiste behandeling is voor de verschillende oorzaken, bijvoorbeeld het toedienen van de onrustmedicatie haloperidol of het staken van de medicatie (CBO et al., 2004).

Ondersteunende maatregelen

Het derde onderdeel bestaat uit ondersteunende maatregelen. Deze ondersteunende maatregelen spelen ook een rol in het verminderen van de symptomen (Inouye, 2006). Op dit moment is er nog geen sterk wetenschappelijk bewijs voor het effect van ondersteunende maatregelen door methodologische beperkingen van de onderzoeken (Lyons, 2006; Pae et al., 2008; Britton en Russel, 2006). Er zijn wel al enkele onderzoeken uitgevoerd die aantonen dat ondersteunende maatregelen effectief kunnen zijn in het verminderen van de ernst van een delirium (McCusker et al., 2001; Cole et al., 1994; Meagher et al., 1996). Een observationeel prospectief onderzoek van McCusker et al. (2001) onder delirante patiënten in ziekenhuizen laat zien dat een aantal factoren significant gerelateerd zijn aan het verergeren van een delirium. Deze factoren zijn: het aantal kamer wisselingen, afwezigheid van een klok of horloge, afwezigheid van een bril en het gebruik van medische of fysieke vrijheidsbeperkende middelen.

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat het belangrijk is te zorgen voor de juiste sensorische stimulatie door te zorgen voor een rustige kamer en een bril of hoorapparaat wanneer nodig. Verder moeten delirante patiënten hulp krijgen bij de oriëntatie door een klok, kalender, vertrouwde voorwerpen, foto's en het behouden van dezelfde kamer en zorgverleners (CBO et al., 2004; Conn en Lieff, 2001; Anderson,

2010; Potter en George, 2006).

Vrijheidsbeperkende maatregelen moeten volgens Fong et al. (2009) en Inouye et al. (1996) niet worden gebruikt wanneer iemand een delirium heeft, omdat vrijheidsbeperkende maatregelen een precipiterende factor zijn voor delirium en leiden tot meer irritatie en het verergeren van een delirium. Het CBO et al. (2004) en Mensink en Heeren (1995) bevelen echter aan wel soms beschermende maatregelen te nemen wanneer nodig, in de vorm van veiligheidshokjes om het bed en het fixeren van de handen. Hier bestaat dus nog geen consensus over.

Ook de familie speelt een rol bij de ondersteunende maatregelen (Inouye, 2006). Verschillende onderzoeken bevelen aan om familieleden zoveel mogelijk te informeren en te betrekken bij de zorg voor delirante patiënten (CBO et al., 2004; Meagher, 2001; Conn en Lief, 2001). Ook een artikel geschreven door Mensink en Heeren (1995) over delirium in verpleeghuizen geeft aan dat het belangrijk is om de familie te informeren en hen erbij te betrekken.

De familie moet informatie krijgen over wat een delirium is, wat de oorzaak is, hoe de behandeling er uit ziet en hoe de familie het beste om kan gaan met het veranderde gedrag (CBO et al., 2004). Het is belangrijk om deze informatie te geven, omdat een familielid die slecht geïnformeerd en van slag is, de symptomen van een delirium kan verergeren (Meagher, 2001). De familie kan een rol spelen in het beantwoorden van vragen over het cognitief functioneren voordat het familielid delirant was. Ook kan de familie helpen bij de oriëntatie en het gerust stellen van hun delirante familieleden (Meagher, 2001).

3.1.4 Nazorg

Over de zorg na de delirante is nog niet veel literatuur beschikbaar. Uit twee artikelen blijkt dat de risicofactoren voor een delirium in de gaten moeten worden gehouden, zodat een volgend delirium voorkomen wordt. Voorbeelden zijn het in de gaten houden van de medicatie, de juiste rustige omgeving scheppen en het dragen van een bril en hoorapparaat wanneer nodig (Meagher, 2001; Brown en Boyle, 2002). Verder geeft Meagher (2001) aan dat het belangrijk is om de revalidatie na een delirium goed te documenteren en de familie op de hoogte brengen dat een familielid delirant is geweest en dat het risico op herhaling bestaat. Familieleden kunnen een rol spelen door het gedrag van hun familielid in de gaten te houden en achteruitgang in het cognitief functioneren door te geven (Meagher, 2001). Deze nazorg komt voor een groot deel overeen met de eerder genoemde ondersteunende maatregelen.

Volgens de richtlijn van het CBO et al. (2004) is het belangrijk om met de patiënt terug te komen op de delirante fase, zodat angst en schaamte verminderen en de verhoudingen met de hulpverleners normaliseren. Uit het onderzoek van Schofield (1997) volgt ook dat patiënten het fijn vinden om na een delirante periode hier over te praten met bijvoorbeeld verpleegkundigen. (Meagher, 2001).

3.2 Conclusie

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de optimale zorg voor delirante cliënten op het gebied van preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg in verpleeghuizen. Dit heeft verder onderzoek omdat er aanwijzingen zijn dat een delirium vaak voorkomt in verpleeghuizen (20,7 per 100 personen per jaar) en ernstige gevolgen heeft. In de ziekenhuissetting zijn wel al verschillende onderzoeken gedaan naar de optimale zorg voor delirante cliënten.

Op preventievak blijkt multifactoriële preventie de meest effectieve manier te zijn om de frequentie van delirium onder ziekenhuispatiënten te verminderen.

De diagnose van delirium bestaat uit drie fases, namelijk: het vroeg herkennen van een delirium door een screeningsinstrument, het stellen van de diagnose met behulp van een diagnostisch instrument en tot slot het meten van de ernst van een delirium met een ernstinstrument. Er zijn veel verschillende instrumenten voor deze drie verschillende

fases. De instrumenten met een goed geteste validiteit en betrouwbaarheid worden aanbevolen, zoals de DOS, de CAM en de DRS.

De behandeling van delirium bestaat uit verschillende onderdelen. Als eerste de behandeling van de onderliggende oorzaak, deze houdt rekening met de predisponerende factoren en is gericht op de precipiterende factoren. Het tweede onderdeel is het behandelen van de symptomen door medicatie wanneer nodig. Het derde onderdeel bestaat uit ondersteunende maatregelen zoals het verzorgen van de juiste sensorische stimulatie, hulp bieden bij de oriëntatie en het betrekken van familieleden. Deze maatregelen helpen ook bij het verminderen van de symptomen.

Nadat de delirante periode is afgelopen moeten de risicofactoren goed in de gaten worden gehouden en moet er met de patiënten worden gepraat over de delirante periode.

Doordat de meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in een ziekenhuissetting met somatische patiënten, zijn deze resultaten echter niet allemaal goed vergelijkbaar met psychogeriatrische cliënten in verpleeghuizen. Hier moet rekening mee worden gehouden in de conclusie en discussie in hoofdstuk zes. De somatische cliënten in verpleeghuizen komen wel grotendeels overeen met de patiënten in een ziekenhuis.

Uit de literatuurstudie blijkt dus dat er nog weinig bekend is over de zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen. Hier zal daarom verder op worden ingegaan in de interviews.

4. Methoden en data-analyse interviews

4.1 Methoden

De data voor de tweede deelvraag is verkregen door middel van semi-gestructureerde interviews. Er is gekozen voor deze methode van interviewen, omdat de respondenten bij deze manier van interviewen de mogelijkheid hebben om te vertellen wat zij vooral belangrijk vinden (Britten, 1995). Deze interviews met medewerkers met verschillende functies in verpleeghuizen geven inzicht in de huidige zorg voor cliënten met een delirium volgens praktijkinzichten.

Respondenten

De geïnterviewde personen zijn specialisten oudergeneeskunde, psychologen, Eerst Verantwoordelijke Verzorgenden (EVV'ers) en teamleiders. Daarnaast is ook één praktijkverpleegkundige en één kwaliteit verpleegkundige geïnterviewd. Er is gekozen voor deze respondenten, omdat ze allemaal een rol spelen in de zorg voor cliënten met een delirium. Door personen met verschillende functies te interviewen wordt getracht meer inzicht te krijgen in de verschillende rollen en wordt vanuit verschillende invalshoeken naar de zorg voor cliënten met een delirium gekeken. Hieronder zijn de verschillende functies kort toegelicht.

De specialist oudergeneeskunde is verantwoordelijk voor de behandeling, begeleiding en het verrichten van medische diagnostiek van cliënten in een verpleeghuis.

De psycholoog is verantwoordelijk voor het verrichten van (neuro)psychologisch onderzoek, het behandelen van cliënten, het opstellen van behandelplannen en het adviseren van een multidisciplinair team.

De EVV'er is naast het uitvoeren van de reguliere verzorgende taken bezig met het afstemmen van verschillende werkzaamheden, de cliënt ondersteunen bij het bereiken van optimale kwaliteit van leven en een bijdrage te leveren aan het doorvoeren van vernieuwingen.

De teamleider is bezig met het dagelijks afstemmen en organiseren van de werkzaamheden op een afdeling, het coachen van andere werknemers op de afdeling en hij of zij fungeert als eerste aanspreekpunt.

De praktijkverpleegkundige assisteert en neemt bepaalde taken over van de specialist oudergeneeskunde. Zij gaat bijvoorbeeld in op de signalen van de verzorging en schakelt zo nodig de arts in. Ook kan zij bepaalde kleine medische behandelingen verrichten zoals het verzorgen van wonden.

De kwaliteit verpleegkundige heeft diverse taken en is vooral bezig met wondzorg en complexe zorg. Verder ontwikkelt ze beleid voor de desbetreffende zorggroep. Op deze manier bewaakt ze de kwaliteit van de zorg.

De zorgverleners werken op psychogeriatrische afdelingen of op somatische afdelingen. Op somatische afdelingen verblijven alleen cliënten met lichamelijke klachten en op psychogeriatrische afdelingen verblijven cliënten met geheugen- en gedragsstoornissen zoals dementie.

Vragenlijst

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een vragenlijst met open vragen. Er is een aparte vragenlijst opgesteld voor de specialist oudergeneeskunde (*bijlage 1*), de psycholoog (*bijlage 2*) en de EVV'er of teamleider (*bijlage 3*). Voor de praktijkverpleegkundige en kwaliteit verpleegkundige is dezelfde vragenlijst als voor de EVV'ers en teamleiders gebruikt.

De interviewvragen zijn gebaseerd op de literatuur studie naar de optimale zorg voor delirium zoals gerapporteerd in hoofdstuk drie. De vragen richtten zich op de zorg voor cliënten met een delirium die zowel langdurig als kortdurend intramuraal in een verpleeghuis behandeld worden. De leidraad voor alle drie de interviews is hetzelfde, alleen is de vraagstelling afgestemd op de functie van de geïnterviewde. Voor de interviewvragen is dezelfde indeling gebruikt als in de literatuur studie.

De eerste twee vragen zijn algemene vragen over de schatting van de cumulatieve incidentie en hoe de vroegsignalering van delirante cliënten verloopt. Vervolgens zijn er een aantal vragen gericht op wat men doet in de desbetreffende verpleeghuizen op het gebied van preventie, diagnose en behandeling. Hierbij wordt ook ingegaan op wat de rollen zijn van de specialist oudergeneeskunde, de psycholoog en verzorgenden in de verschillende fases in de zorg voor cliënten met een delirium. Hierna volgen twee vragen die ingaan op de zorg na de delirante fase en de rol van de familie. De laatste drie vragen gaan over het kennisniveau van de verschillende medewerkers en de overdracht van nieuwe kennis.

Procedure

Acht specialisten oudergeneeskunde hebben in een eerdere inventarisatie van Vilans aangegeven dat ze benaderd mochten worden voor verder onderzoek. Door middel van een enquête werd in deze inventarisatie gevraagd naar de ontwikkelingen en eventuele knelpunten ten aanzien van de zorg voor cliënten met een delirium. Deze specialisten zijn eerst per mail (*bijlage 4*) en vervolgens per telefoon benaderd om mee te doen aan het onderzoek. Andere specialisten oudergeneeskunde zijn bereikt via contacten van verschillende medewerkers van Vilans die nog niet aan eerder onderzoek van Vilans over delirium hebben meegedaan. Deze specialisten oudergeneeskunde zijn ook per mail (*bijlage 5*) en telefoon benaderd. In totaal zijn er negentien specialisten oudergeneeskunde gevraagd om mee te doen aan het onderzoek, waarvan twaalf uiteindelijk hebben meegewerkt. De responsratio was dus 63%. De redenen waarom zeven specialisten oudergeneeskunde niet hebben meegedaan zijn: omdat ze niet reageerden, ze zelf te weinig ervaring hadden met delirante cliënten of omdat ze niet meer intramuraal werkzaam waren.

Voor het werven van psychologen, EVV'ers en teamleiders is de sneeuwbalmethode gebruikt. Er is gekozen voor deze snelle methode, omdat er beperkte tijd was voor het werven van respondenten (Baarda et al., 2007). Aan de specialisten is gevraagd welke andere medewerkers geschikt zijn om te interviewen binnen hun verpleeghuis. Deze medewerkers zijn vervolgens gevraagd door de desbetreffende specialist oudergeneeskunde of door de onderzoekster zelf benaderd via de mail en telefoon met verwijzing naar de specialist oudergeneeskunde.

De medewerkers zijn gedurende 45 minuten geïnterviewd op de locaties waar ze werkzaam waren of via de telefoon. In totaal hebben acht van de 27 interviews telefonisch plaats gevonden, omdat deze zorgverleners te ver weg werkten of omdat het qua planning niet anders mogelijk was. Indien er toestemming was, zijn de interviews opgenomen met behulp van opnameapparatuur. 26 van de 27 opnames zijn na de uitwerking anoniem voor een periode van vijf jaar opgeslagen bij Vilans. Eén geïnterviewde had namelijk bezwaar tegen het opslaan van de opname voor vijf jaar. De zorgverleners die op locatie zijn geïnterviewd hebben als bedankje Merci chocolade en een promotiepakketje van Vilans ontvangen. Wanneer gewenst hebben de respondenten een samenvatting van de belangrijkste resultaten gekregen zodra het onderzoek was afgerond. De interviews hebben plaatsgevonden tot een bepaald niveau van verzadiging was bereikt.

4.2 Data-analyse

In totaal zijn 27 interviews afgenomen met zorgverleners van twaalf verpleeghuizen. Deze twaalf verpleeghuizen behoren tot elf zorggroepen. Binnen één zorggroep hebben twee verschillende locaties meegedaan waar niet dezelfde geïnterviewde zorgverleners werken. Hierdoor worden deze locaties als twee aparte verpleeghuizen gezien in dit onderzoek. Er zijn elf specialisten oudergeneeskunde, zes psychologen, zes EVV'ers, drie teamleiders, één praktijkverpleegkundige en één kwaliteit verpleegkundige geïnterviewd. In de data verwerking vallen de praktijkverpleegkundige, de kwaliteit verpleegkundige, de EVV'ers en teamleiders onder de verzorging, omdat hun functies hier het dichtste bij staan.

De door de interviews verkregen data zijn kwalitatief. De interviews zijn op basis van de aantekeningen uitgewerkt. De opnames van de interviews zijn ter ondersteuning voor de uitwerking gebruikt. Verder zijn citaten van de geïnterviewden gebruikt als illustraties.

Het kwalitatieve data-analyse programma ATLAS.ti 6.2 is gebruikt om de data te verwerken en het analytisch proces transparant te houden. Deze software maakt het mogelijk om zowel vooraf vastgestelde codes als nieuwe achteraf toegevoegde codes te gebruiken.

Het proces van codering en categorisering bestaat uit vier fases. In de eerste fase zijn uitwerkingen van de interviews verdeeld in de volgende thema's: inschatting cumulatieve incidentie (a), preventie (b), diagnose (c), behandeling (d), nazorg (e), rol familie (f) en kennis zorgverleners (g). De thema's b, c, d, e en f zijn gebaseerd op de literatuurstudie. De thema's a en g zijn extra toegevoegd. In de tweede fase zijn de thema's onderverdeeld in codes en (sub codes). Indien er 'proces' in de code of sub code staat is hiermee bedoeld hoe het gaat. De onderstreepte sub codes zijn later toegevoegd gedurende de data-analyse. Alle codes en sub codes zijn hieronder weergegeven:

- Thema a:
 - Geschatte cumulatieve incidentie

- Thema b:
 - Preventiemaatregelen
 - Preventie maatregelen voordat iemand naar ziekenhuis gaat
 - Proces preventie

- Thema c:
 - Vroegsignalering (signalen, instrumenten, wat doen bij herkenning, proces, hoe beter, proces instrumenten, proces wat te doen, rol overige zorgverleners)
 - Diagnose stellen (rol arts, rol psycholoog, rol verzorging, instrumenten)

- Thema d:
 - Onderliggende oorzaak (rol specialist oudergeneeskunde, rol psycholoog, algemeen)
 - Medicatie (rol specialist oudergeneeskunde, rol psycholoog, rol verzorging, algemeen)
 - Ondersteunende maatregelen (rol verzorgenden, rol specialist oudergeneeskunde, rol psycholoog)
 - Overig (rol specialist oudergeneeskunde, rol psycholoog, rol verzorging, algemeen)
 - Verschil dementie
 - Proces (oorzaak, medicatie, ondersteunende maatregelen, overig)

- Thema e:
 - Risicofactoren/ alertheid
 - Napraten met cliënt en familie
 - Rapporteren/ documenteren
 - Nachecken
 - Overig
 - Proces

- Thema f:
 - Signaleren
 - Informeren
 - In Behandeling
 - Proces (ondersteunende maatregelen, signaleren)

- Thema g:
 - kennis specialist oudergeneeskunde (bestaande kennis, kennistekort, bijscholing)
 - kennis psycholoog (bestaande kennis, kennistekort, bijscholing)
 - kennis verzorgenden (bestaande kennis, kennistekort, bijscholing, e-learning)

De codes zijn ook allemaal weergegeven in het code schema (*bijlage 6*). In de derde fase zijn de thema's met bijbehorende codes steeds opnieuw getest tot een uiteindelijke set van thema's bereikt is.

Tot slot zijn resultaten in de laatste fase per thema uitgewerkt, op de volgende uitzonderingen na. Zoals in *bijlage 7* is weergegeven zijn binnen het thema diagnose de resultaten van de codes 'vroegsignalering' en 'diagnose stellen' apart uitgewerkt. De resultaten van de codes binnen het thema familie zijn onder de andere thema's verdeeld. Zo zijn de codes (familie) 'signaleren' en (familie) 'proces signaleren' binnen de code 'vroegsignalering' uitgewerkt (*bijlage 7*). De codes (familie) 'in behandeling', (familie) 'informereren' en (familie) 'proces ondersteunende maatregelen' zijn binnen het thema behandeling uitgewerkt (*bijlage 8*). De bijlages 7 en 8 geven aan hoe de codes met elkaar verbonden zijn binnen de thema's. Op deze manier wordt antwoordt gegeven op de tweede deelvraag.

5. Resultaten interviews

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de interviews. Van de 27 geïnterviewde zorgverleners werken elf zorgverleners alleen op psychogeriatrische afdelingen, zeven zorgverleners alleen op somatische afdelingen en negen zorgverleners op zowel somatische als psychogeriatrische afdelingen.

Als eerste wordt de schatting van de cumulatieve incidentie³ van het aantal gevallen van delirium in een jaar beschreven. Vervolgens worden de resultaten weergegeven voor de preventie, de vroegsignalering, de diagnose, de behandeling en de nazorg van cliënten met een delirium. Het laatste deel gaat in op de kennis van de zorgverleners over delirante cliënten.

5.1 Geschatte cumulatieve incidentie

De schatting van de cumulatieve incidentie van het aantal gevallen van delirium in verpleeghuizen per jaar op psychogeriatrische afdelingen varieert tussen de 3% en 100%. De gemiddelde geschatte cumulatieve incidentie op psychogeriatrische afdelingen is 36% per jaar. Van de 23 schattingen zijn er elf zorgverleners die lager dan de gemiddelde incidentie schatten, zes zorgverleners die hoger dan het gemiddelde schatten en zes zorgverleners die ongeveer de gemiddelde waarde aangeven. De specialisten oudergeneeskunde schatten over het algemeen onder de gemiddelde incidentie en de psychologen schatten voornamelijk boven dit gemiddelde. De schatting van de EVV'ers en teamleiders wisselt. Eén zorgverlener gaf een schatting van de van de cumulatieve incidentie van 280%. Deze schatting is niet meegenomen in het weergeven van de spreiding en in de berekening van het gemiddelde, omdat deze waarde niet realistisch is en het gemiddelde te ver laat afwijken van de rest van de geschatte incidentiewaardes.

De schatting van de cumulatieve incidentie van het aantal gevallen van delirium in verpleeghuizen per jaar op somatische afdelingen varieert tussen de 5% en 100%. De gemiddelde geschatte cumulatieve incidentie op somatische afdelingen is 43% per jaar. Van de 14 schattingen zijn er zeven zorgverleners die onder het gemiddelde schatten, zes zorgverleners die boven het gemiddelde schatten en één zorgverlener die ongeveer de gemiddelde waarde aangeeft. Er is geen patroon te ontdekken in de verschillen van de schattingen tussen de verschillende functies.

Onder de bovengenoemde percentages vallen ook cliënten die meerdere malen een delirium krijgen in een jaar. Twee psychologen en een praktijkverpleegkundige vinden het lastig om een schatting te maken, omdat ze niet in alle gevallen betrokken worden.

5.2 Preventie

In dit deel worden de preventieve maatregelen in verpleeghuizen beschreven. Als eerste wordt ingegaan op de huidige preventieve maatregelen binnen verpleeghuizen. Vervolgens worden de preventieve maatregelen beschreven die worden genomen wanneer een cliënt naar het ziekenhuis moet. Het laatste deel beschrijft de mogelijke verbeterpunten op preventief vlak die de zorgverleners zelf aangeven.

5.2.1 Huidige preventieve maatregelen

Een veelvoorkomende preventieve maatregel in verpleeghuizen is alert zijn bij hoog risico groepen. Vooral bij cliënten met regelmatig terugkerende blaasontsteking controleren verzorgenden regelmatig de urine, de temperatuur en letten ze er op dat de cliënten voldoende vocht binnen krijgen en regelmatig naar het toilet gaan. De

³ Het aantal nieuwe gevallen delirium per jaar gedeeld door het totaal aantal cliënten.

zorgverleners van vijf van de twaalf verpleeghuizen zetten in het zorgleefplan⁴ dat iemand een verhoogd risico heeft op een delirium of op klachten die een delirium kunnen veroorzaken.

De specialisten oudergeneeskunde in meer dan de helft van de verpleeghuizen geven aan dat ze geen tot weinig preventieve maatregelen nemen om een delirium te voorkomen. De meeste psychologen van deze verpleeghuizen geven echter wel aan preventief te werken door een goede omgeving te scheppen. Volgens hen wordt een goede omgeving gecreëerd door een goede hoeveelheid prikkels, genoeg rust en een goede dag- en nachtstructuur. Van de verzorging geven alleen twee teamleiders aan dat ze deze maatregelen inzetten om een delirium te voorkomen.

5.2.2 Preventieve maatregelen wanneer men naar het ziekenhuis moet

Wanneer iemand van het verpleeghuis naar het ziekenhuis moet, vinden er niet veel preventieve maatregelen plaats. Wel geven de zorgverleners van de meeste verpleeghuizen het zorgleefplan mee waarin staat dat de cliënt een hoger risico heeft op een delirium. De zorgverleners zijn onzeker of ze wel of niet preventief onrustmedicatie moeten geven, wanneer de cliënt naar het ziekenhuis moet. Eén specialist oudergeneeskunde geeft aan dat cliënten daarvan bijwerkingen kunnen krijgen. Daarnaast geeft een andere specialist oudergeneeskunde aan dat uit onderzoek blijkt dat het preventief geven van het rustgevende middel haloperidol geen beter effect heeft.

5.2.3 Verbeterpunten

Het merendeel van zorgverleners in de verpleeghuizen geeft aan dat de preventieve zorg voor delirium verder verbeterd kan worden, hoewel niet iedereen weet hoe. De volgende uitspraak geeft dit ook weer: *'Ik vermoed dat er op gebied van preventie nog wel wat te halen is, maar ik weet niet zo goed wat.'* Met preventie wordt het voorkomen van een delirium bij cliënten bedoeld. Een suggestie van drie zorgverleners is om de preventieve maatregelen meer structureel in de organisatie in te bedden. Dit kan bijvoorbeeld door een richtlijn of protocol op te stellen en hierover scholing te geven. Een andere suggestie van twee zorgverleners is om ook alert te zijn bij andere oorzaken dan blaasontsteking, zoals nieuwe medicatie of een andere infectie.

5.3 Vroegsignalering

Wat betreft de resultaten van de vroegsignalering wordt ingegaan op; hoe de vroegsignalering gaat, welke signalen vanuit de verzorging worden gegeven, of er screeningsinstrumenten worden gebruikt en welke mogelijke verbeterpunten er zijn om de vroegsignalering te verbeteren.

5.3.1 Signaleren

De zorgverleners van acht van de twaalf verpleeghuizen geven aan dat de signalering van delirante cliënten over het algemeen wel goed gaat. Vooral de hyperactieve vorm van delirium wordt goed herkend. In de helft van de verpleeghuizen geven zorgverleners aan dat er wel eens gevallen gemist worden van delirium. Een voorbeeld waar dit uit blijkt is: *'Een onrust wordt niet altijd gelinkt aan een delier, terwijl het achteraf wel vaak te wijten is aan een delier. Dus ik vind niet dat dat altijd meteen gedacht wordt bij onrust.'* De meeste zorgverleners ervaren problemen met de herkenning van de hypoactief (stil) delirium. Een reden die ze hiervoor geven is dat een stil delirium niet

⁴ Een uitgebreide beschrijving hoe de cliënt zijn of haar leven wil leiden en welke ondersteuning daarbij nodig is.

veel overlast veroorzaakt en een onrustig delirium wel.

In de helft van de verpleeghuizen herkennen zorgverleners een delirium niet zo goed bij nieuwe cliënten of bij cliënten die het nooit gehad hebben. De zorgverleners van vijf verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen ervaren problemen met het onderscheiden van een delirium en achteruitgang in de dementie. De psychologen en een praktijkverpleegkundige van deze verpleeghuizen ervaren het probleem dat verzorgenden niet alle symptomen van een delirium kennen, waardoor ze niet alle verschijningsvormen herkennen.

De verzorgenden in de meeste verpleeghuizen geven wel de signalen door, maar relateren de signalen niet aan een delirium. Dit volgt ook uit de volgende uitspraak: *'Ze herkennen wel de symptomen maar leggen geen verband met een delier.'* Vier verpleeghuizen geven aan dat verzorgenden niet snel genoeg actie ondernemen, omdat ze niet weten wat het is. Hierdoor wachten ze bijvoorbeeld met het nemen van ondersteunende maatregelen tot dat de specialist oudergeneeskunde er is.

Een signaal dat alle verzorgenden aangeven is dat de cliënt afwijkend gedrag vertoont. Ze herkennen vooral de signalen dat een cliënt onrustig is en hallucinaties heeft. In vier verpleeghuizen herkennen verzorgenden ook nachtelijke onrust als signaal voor een delirium. Vier andere verpleeghuizen geven aan dat stil en teruggetrokken gedrag ook een signaal is voor de verzorging.

Naast de verzorgenden signaleert de psycholoog in drie verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen ook af en toe een delirium. In twee verpleeghuizen met somatische cliënten signaleert de arts ook af en toe een delirium. In de meeste verpleeghuizen signaleren familieleden soms ook veranderingen in gedrag. Dit geven ze dan aan bij de verzorging.

5.3.2 Instrumenten

De verzorgenden in vijf verpleeghuizen gebruiken geen screeningsinstrument om een delirium te herkennen. Twee specialisten oudergeneeskunde van deze verpleeghuizen gebruiken de DOS niet, omdat ze deze niet geschikt vinden voor psychogeriatrische cliënten. Eén van hen geeft aan: *'Een DOS bij dementerende ouderen is heel lastig. Daar hebben we eigenlijk vind ik, geen goede observatie methode, een screeningslijst voor.'*

De zorgverleners van de overig zeven verpleeghuizen geven aan dat ze de DOS gebruiken. Ze vinden dat het invullen van DOS goed gaat. De zorgverleners in drie verpleeghuizen geven aan dat de DOS snel en makkelijk is om te gebruiken. Wel worden er problemen ervaren met de uitkomst van de DOS. Deze geeft volgens de meeste zorgverleners vaker te veel vals-positieven. Cliënten worden herkend als delirant, terwijl ze eigenlijk depressief zijn of achteruit gaan in hun dementieproces. Een psycholoog geeft dit ook aan: *'Dan ga je een hoop mensen als delirant zien die dat eigenlijk niet zijn.'* Van de zeven verpleeghuizen gebruiken zorgverleners in twee verpleeghuizen de DOS standaard. In de andere vijf verpleeghuizen wordt de DOS maar af en toe gebruikt, bijvoorbeeld alleen als de psycholoog de opdracht geeft.

5.3.3 Na de signalering

De verzorgenden in alle verpleeghuizen schakelen de specialist oudergeneeskunde in wanneer ze signalen herkennen. Bij problemen met afwijkend gedrag wordt in vijf verpleeghuizen ook de psycholoog soms ingeschakeld. De meeste verzorgenden vinden dat de arts goed luistert naar de signalen van de verzorging en snel in actie komt.

In acht verpleeghuizen controleert de verzorging de temperatuur en urine alvast, voordat de specialist oudergeneeskunde er is geweest. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een uitspraak van een EVV'er: *'Dan schakelen we de arts in en vaak doen we ook wel functies checken, de temperatuur en tensie meten.'* De zorgverleners in overige verpleeghuizen geven dit niet aan.

5.3.4 Verbeterpunten

Volgens de zorgverleners in de meeste verpleeghuizen kunnen verzorgenden een delirium (vooral een hypoactief delirium) beter herkennen door het krijgen van scholing. Hier wordt verder op ingegaan onder het kopje 'Kennis verzorgenden'. De vroegsignalering kan ook verbeteren door gericht en alerter cliënten te observeren, geven de zorgverleners in drie verpleeghuizen aan. Uit de ervaringen in vier verpleeghuizen blijkt dat een delirium beter herkend wordt wanneer het vaker voorkomt. Dit komt ook naar voren in de volgende uitspraak: '*Als het vaker voorkomt dan zit het nog verser in je geheugen.*' Een specialist oudergeneeskunde welke problemen ervaart met de DOS, geeft aan dat de vroegsignalering kan verbeteren door het gebruik van een screeningsinstrument specifiek voor psychogeriatrische cliënten.

5.4 Diagnose stellen

In dit deel wordt ingegaan op: hoe het stellen van de diagnose gaat, wie daarbij een rol speelt, of er diagnostische instrumenten worden gebruikt en of er mogelijkheden zijn om het stellen van de diagnose te verbeteren.

5.4.1 Rollen zorgverleners en diagnostische instrumenten

De zorgverleners in de meeste verpleeghuizen zijn over het algemeen wel tevreden over het stellen van de diagnose. Drie zorgverleners vinden het stellen van de diagnose ingewikkeld onder andere door de overlap met de achteruitgang van het dementie proces.

De specialisten oudergeneeskunde stellen over het algemeen de diagnose voor een delirium door de lichamelijke oorzaak te onderzoeken en in te gaan op de signalen van de verzorging. De meeste specialisten oudergeneeskunde gebruiken geen diagnostische instrumenten voor het stellen van de diagnose. Drie specialisten oudergeneeskunde geven als reden dat ze andere standaarden, eigen observaties en anamnese (vraaggesprek met de cliënt) gebruiken. Een andere reden is dat de specialisten oudergeneeskunde zich niet verdiept hebben in diagnostische instrumenten.

In vier verpleeghuizen wordt de psycholoog soms ingeschakeld om het gedrag te vergelijken, te screenen en om te helpen bij het stellen van de diagnose. Ook kunnen de psychologen signaleren tijdens eigen observaties en gedragsbesprekingen dat er mogelijk sprake is van een delirium. De psychologen van vier verpleeghuizen geven aan dat ze in hun verpleeghuis de DOS gebruiken als diagnostisch instrument. Twee psychologen hebben wel eens de CAM, de DRS en de Delier-O-Meter gebruikt.

5.4.2 Verbeterpunten

Volgens de zorgverleners van vier verpleeghuizen is een verbeterpunt om vaker een diagnostisch instrument zoals de CAM of de Delier-O-Meter te gebruiken. In twee andere verpleeghuizen geven zorgverleners aan dat ze explicieter moeten maken dat iemand een delirium heeft gehad door dit goed over te dragen en te documenteren.

5.5 Behandeling

Wat betreft de behandeling wordt in het algemeen aangegeven dat deze bestaat uit het onderzoeken en behandelen van de onderliggende oorzaak, het geven van onrustmedicatie zoals haloperidol en het inzetten van ondersteunende maatregelen. De zorgverleners van vijf van de twaalf verpleeghuizen zijn tevreden over de manier waarop ze een delirium behandelen. In de overige verpleeghuizen wordt dit niet expliciet aangegeven. Elk onderdeel van de behandeling wordt hieronder besproken.

5.5.1 Oorzaak

Een onderdeel van de behandeling van een delirium is het onderzoeken en behandelen

van de oorzaak. Dit is de taak van de specialist oudergeneeskunde. In de helft van de verpleeghuizen geven de zorgverleners aan labonderzoek te gebruiken om de lichamelijke oorzaak uit te sluiten. Het labonderzoek kan bestaan uit bloedonderzoek, urinekweek en het checken van de nierfuncties. De zorgverleners van de overige verpleeghuizen geven niet expliciet aan labonderzoek te gebruiken.

Volgens de zorgverleners van vijf verpleeghuizen is blaasontsteking de meest voorkomende oorzaak. In drie verpleeghuizen wordt het probleem ervaren dat niet alle oorzaken gevonden en behandeld kunnen worden, zoals een CVA (beroerte). De zorgverleners in bijna de helft van de verpleeghuizen geven aan dat bij mensen met dementie de afweging moet worden gemaakt hoe ver wordt gegaan om de oorzaak te vinden. Een specialist oudergeneeskunde zegt hierover het volgende: *'Bij de mensen met dementie is het altijd de afweging hoe snel en hoeveel onderzoek ga je doen om er achter te komen wat aan de hand is. Want je doet geen onderzoek om de mensen er alleen maar lastig mee te vallen.'*

In de meeste verpleeghuizen stelt de specialist oudergeneeskunde een behandelplan op wanneer de oorzaak gevonden is. De verzorgenden voeren dit behandelplan vervolgens uit. De behandeling van een delirium is over het algemeen bij dementerenden niet anders is dan bij somatische cliënten.

5.5.2 Medicatie

Een ander onderdeel van de behandeling van een delirium is het bestrijden van de symptomen met onrustmedicatie. In de meeste verpleeghuizen bepaalt de arts of en welke medicatie wordt voorgeschreven en deze wordt vervolgens in de meeste gevallen door de verzorgenden toegediend. Haloperidol is de meest gebruikte medicatie wanneer het geen hypoactief delirium is en wanneer er geen contra indicaties zijn, zoals bij mensen met Parkinson. Medicatie wordt ook niet altijd gebruikt wanneer ondersteunende maatregelen al voldoende helpen.

Door sommige specialisten oudergeneeskunde worden problemen ervaren met het volgen van de richtlijn voor het gebruik van medicatie bij dementerenden en bij somatische cliënten. Een voorbeeld hiervan is de volgende uitspraak: *'De richtlijn die gemaakt is voor delier is gemaakt vanuit de psychiatrie, die past niet goed bij de zorg voor dementerenden. Dus als je naar de dosering kijkt van de medicatie, die is veel te hoog, daar leg ik de gemiddelde dementerende volledig plat mee.'*

5.5.3 Ondersteunende maatregelen

Maatregelen

In de helft van de verpleeghuizen gebruiken zorgverleners nauwelijks of geen extra ondersteunende maatregelen als iemand delirant is. Wel letten ze al standaard op een goede dag- en nachtstructuur en veiligheid.

Veel voorkomende ondersteunende maatregelen die in de andere verpleeghuizen worden ingezet zijn: zorgen voor voldoende eten en drinken, zorgen voor een vertrouwde omgeving, de benadering aanpassen aan de delirante cliënt en zorgen voor de juiste hoeveelheid prikkels.

Een vertrouwde omgeving creëren de zorgverleners onder andere door foto's, een klok, een kalender en een extra lampje. Wat betreft de benadering vinden ze belangrijk dat ze de delirante cliënten gerust stellen, niet tegen hun mogelijke hallucinaties ingaan en hen bij de realiteit proberen te houden wanneer dat mogelijk is. Het bepalen van de prikkels is afhankelijk per persoon, belangrijk is om niet te veel en niet te weinig prikkels te geven. Een voorbeeld van een instrument waarin al deze bovengenoemde ondersteunende maatregelen zijn opgenomen is het 'Zorgpad delier'. Dit instrument wordt door één van de verpleeghuizen als pilot op de palliatieve afdeling gebruikt en bevat onder andere: de DOS, interventies die genomen kunnen worden en handvaten hoe de verzorging de familie kan informeren.

Rollen zorgverleners

De psycholoog of de specialist oudergeneeskunde geven de verzorging tips welke ondersteunende maatregelen moeten worden toegepast. In vijf van de twaalf verpleeghuizen worden de psychologen niet tot nauwelijks ingezet bij delirante cliënten. Bij de overige verpleeghuizen wordt de psycholoog ingeschakeld door de specialist oudergeneeskunde.

De psychologen worden alleen ingeschakeld wanneer er geen snel herstel optreedt, er gedragsproblemen zijn of wanneer er sprake is van een chronisch delier. In deze gevallen is de psycholoog voornamelijk verantwoordelijk voor het geven van uitleg, het geven van omgangsadvies voor de symptomen en het geven van tips voor goede ondersteunende maatregelen aan de verzorging. Een voorbeeld van de taak van de psycholoog is: *'De psycholoog kan helpen laten inzien wat het probleem is bij de ander en hoe hij daarop reageert en hoe wij daar mee om moeten gaan.'*

De verzorging is vervolgens verantwoordelijk voor het toepassen van het omgangsadvies en de ondersteunende maatregelen. Verder geven de meeste psychologen aan dat de verzorgenden goed moeten observeren en rapporteren, omdat zij het meeste bij de cliënt aanwezig zijn. Vooral de zorgverleners van verpleeghuizen met somatische afdelingen benadrukken dat de samenwerking tussen het verzorgingsteam en de specialist oudergeneeskunde erg belangrijk is.

Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen

De geïnterviewde zorgverleners geven aan geen of zo weinig mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen te gebruiken. Fixerende middelen worden over het algemeen niet meer gebruikt. De volgende uitspraak geeft dit ook weer: *'De banden zijn we vanaf, dat doen we niet meer.'* Wel gebruikt de helft van de verpleeghuizen een speciale stoel met een gordel of blad erin of doen ze de beddekken omhoog. Deze maatregelen gebruiken ze wanneer iemand erg onrustig is en er niet continu toezicht is. Een EVV'er gaf aan dat het gevaar van beddekken omhoog is dat mensen er weer overheen gaan klimmen waardoor ze juist harder vallen. Andere veel gebruikte maatregelen zijn sensoren en bel- of slibmatten onder stoelen.

Rol familie in de behandeling

De familie wordt in de meeste verpleeghuizen geïnformeerd als hun familielid een delirium heeft. In het algemeen wordt de familie op de hoogte gebracht over wat een delirium is, wat de oorzaak is en hoe het delirium behandeld wordt. De specialist oudergeneeskunde geeft meestal deze uitleg aan de familie. De zorgverleners in bijna de helft van de verpleeghuizen geven aan dat de directe aanleiding om de familie te informeren vaak een verandering in de medicatie is.

De familie wordt in de meeste verpleeghuizen niet standaard ingezet in de behandeling van hun delirante familielid. De factoren die bepalen of de familie wordt ingezet in de behandeling zijn: de bereidheid van de familie om te helpen, het effect van de familie op de bewoner en controle van de verzorging over de delirante cliënt. In drie van de twaalf verpleeghuizen worden de familieleden helemaal niet of weinig ingezet. Een reden hiervoor is dat de verzorging volgens hun beter in staat is om met de delirante cliënt om te gaan.

In de overige verpleeghuizen wordt de familie ingezet om hun delirante familielid gerust te stellen, herkenning te bieden of om voor een vertrouwde omgeving te zorgen. Het wisselt per verpleeghuis op welke manier ze worden ingezet. In de meeste verpleeghuizen wordt de familie gevraagd om bij hun familielid te gaan zitten en hun gerust te stellen. Op deze manier zijn medicatie en vrijheidsbeperkende maatregelen mogelijk niet nodig, geven de zorgverleners van twee verpleeghuizen aan. De familie kan ook een herkenbaar persoon zijn voor hun familielid, waardoor ze hen kunnen helpen met de oriëntatie wanneer dat mogelijk is. Een EVV'er geeft dit ook aan: *'We hebben wel een keer de familie ingeschakeld omdat die meneer zo onrustig was voor herkenning.'* Verder worden familieleden van somatische cliënten gevraagd om herkenbare spullen mee te nemen van thuis en aan te geven wat herkenbaar is voor hun familielid, zoals

bijvoorbeeld muziek.

5.5.4 Verbeterpunten

Bijna alle zorgverleners geven aan dat er altijd wel mogelijkheid is om hun behandeling van delirante cliënten te verbeteren. Een verbeterpunt volgens de zorgverleners van vier van de twaalf verpleeghuizen is het verhogen van het kennisniveau van de verzorging over voornamelijk de ondersteunende maatregelen. Twee andere suggesties voor verbeteringen zijn meer één op één begeleiding voor delirante cliënten en de behandeling meer monitoren. Deze verbeteringen worden aangegeven door de zorgverleners van vier verpleeghuizen.

Over de rol van de familie in de behandeling zijn de zorgverleners van acht van de twaalf verpleeghuizen over het algemeen wel tevreden. Het verschilt wel vaak per familie in hoeverre ze betrokken zijn. In de helft van de verpleeghuizen geven zorgverleners aan dat sommige familieleden wel wat meer betrokken mogen zijn, maar het is vaker ook lastig omdat ze al overbelast zijn of omdat ze het moeilijk vinden om er mee om te gaan. Dit komt ook naar voren in de volgende uitspraak: *'Het mag altijd meer, maar mantelzorgers zijn vaak al overbelast.'* In vijf verpleeghuizen mogen de zorgverleners de familieleden wel wat meer informeren over hun rol en hen er zo meer bij betrekken.

De familie kan volgens een specialist oudergeneeskunde en een psycholoog meer een rol spelen door aan te geven hoe de cognitieve status van de delirante cliënt was voordat dat hij of zij werd opgenomen in het verpleeghuis. Dit kan bijvoorbeeld door ze de Gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatric (GIP) te laten invullen, gebaseerd op hoe de cliënt was voordat deze werd opgenomen. De GIP is een meetinstrument voor het meten van de cognitieve status van de cliënt.

5.6 Nazorg

De zorgverleners van zes van de twaalf verpleeghuizen geven in eerste instantie aan niets of weinig aan nazorg te doen. Uit latere antwoorden blijkt dat maar twee verpleeghuizen helemaal niet aan nazorg doen. Eén van hen geeft het volgende aan: *'Als iemand daar toch weer goed uit komt dan is dat klaar.'* In de overige verpleeghuizen worden wel bepaalde vormen van nazorg toegepast, te verdelen in de volgende maatregelen: het controleren van de onderliggende oorzaak, rapporteren, alert zijn op risicofactoren, het afbouwen van medicatie en napraten met de cliënt en familie.

5.6.1 Nazorg maatregelen

In vier verpleeghuizen geven zorgverleners aan te controleren of de onderliggende oorzaak genezen is. Dit gebeurt door het controleren van de urine, de longen en het bloed. De overige verpleeghuizen geven dit niet aan.

De zorgverleners van de helft van de verpleeghuizen rapporteren in het zorgleefplan wanneer iemand een delirium heeft gehad. Dit gebeurt vooral wanneer iemand meerdere malen een delirium heeft gehad. Hierbij wordt ook meestal de oorzaak van het delirium vermeld.

De meeste zorgverleners geven aan alert te zijn op een terugval van een delirium en op de terugkeer van de onderliggende oorzaak. Deze nazorg maatregel komt overeen met de eerder genoemde preventieve maatregelen.

Drie specialisten oudergeneeskunde geven aan dat ze proberen de medicatie weer af te bouwen na de delirante periode. In één verpleeghuis controleren ze het afbouwen van de medicatie met de DOS.

Een laatste nazorg maatregel is napraten met de cliënt en familie. De zorgverleners van drie verpleeghuizen met somatische cliënten geven aan standaard na te praten met de cliënt. Het belang van napraten blijkt ook uit een uitspraak van een specialist oudergeneeskunde: *'Je moet ze goed uitleg geven, want het is afschuwelijk voor mensen*

om mee te maken. De zorgverleners van drie andere verpleeghuizen met somatische cliënten praten alleen met de cliënt na wanneer de cliënt zich dingen herinnert en signalen afgeeft. Een reden die een teamleider hier voor geeft is: 'Je moet het zelf ook niet gaan oprakelen want *daar is ook niemand bij gebaat.*' De meeste verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen vinden het moeilijk of niet mogelijk om met een dementerende cliënt terug te komen op de delirante periode. Een psycholoog geeft hiervoor de volgende reden: '*De meeste mensen weten het dan niet meer.*'

De zorgverleners van de meeste verpleeghuizen geven aan niet standaard na te praten met de familie. Ze geven aan dat ze alleen met de familie napraten als ze het gevoel hebben dat de familie hier behoefte aan heeft of als de familie dit zelf aangeeft. Een andere mogelijkheid is dat het ter sprake komt tijdens een multidisciplinair overleg of tijdens de dagelijkse bezigheden van de verzorging.

5.7 Kennis

De resultaten over de kennis van de verzorgenden, artsen en psychologen kan worden onderverdeeld in de huidige kennis, het kennistekort en de mogelijkheden voor bijscholing per functie. De kennis is niet weergegeven per fase in de zorg, omdat de verschillende zorgverleners andere rollen hebben in de fases en andere soorten kennis nodig hebben.

5.7.1 Kennis verzorgenden

Huidige kennis

In zeven verpleeghuizen geven de zorgverleners aan dat het kennisniveau over delirium verschilt per verzorgende. Er zijn verschillen in de opleidingsniveaus van de verzorgenden. De MBO opleiding varieert van niveau één (laagste niveau) tot niveau vier (hoogste niveau). Vooral de verzorgenden met niveau twee of lager hebben vaak een gebrek aan kennis over delirium. De verzorgenden met niveau drie of hoger hebben meestal wel voldoende kennis over delirium. Deze verpleeghuizen geven aan dat ze met verschillende niveaus werken waardoor er altijd wel iemand is die het wel weet en herkent. Deze samenwerking tussen niveaus blijkt ook uit de volgende uitspraak: '*Er is altijd wel iemand die er alert op is en er is altijd wel iemand die zegt daar had ik niet aan gedacht.*'

De verzorgenden van acht verpleeghuizen hebben wel al eens een klinische les gehad over delirium. Eén EVV'er van de andere verpleeghuizen geeft het volgende aan: '*Er is genoeg bijscholing mogelijk maar niet over delier.*' Zij hebben dus geen bijscholing gehad over delirium.

Kennis tekort en bijscholing

De zorgverleners van alle verpleeghuizen geven aan dat de kennis van de meeste verzorgenden (behalve niveau 4) over delirium nog kan verbeteren. Ze moeten vooral hun kennis verbeteren over wat een delirium is, welke verschijningsvormen er zijn (vooral een hypoactief delirium) en welke ondersteunende maatregelen ze al meteen kunnen nemen. Het kennistekort over een hypoactief delirium komt ook naar voren in de volgende uitspraak: '*Die sufheid dat mag wel wat meer als alarmerend gezien worden.*'

Volgens de zorgverleners van twee verpleeghuizen helpt scholing ook om beter het verschil tussen achteruitgang in de dementie en een delirium te kunnen onderscheiden. De kennis kan volgens de zorgverleners verbeteren door klinische lessen of door in een teamoverleg casussen van delirium te bespreken. Een psycholoog waarbij dit al gedaan wordt gaf het volgende aan: '*We hebben gedragsbesprekingen met de verzorging bijvoorbeeld als iemand een delier heeft. Om in ieder geval de neus in de zelfde richting te krijgen.*'

De specialisten oudergeneeskunde van zes verpleeghuizen geven aan dat ze e-learning een goede methode vinden om verzorgenden bij te scholen, vooral wanneer er beeldmateriaal bij wordt gebruikt en wanneer het gecoördineerd is. De EVV'ers van twee

van deze zes verpleeghuizen geven aan dat ze persoonlijke uitleg beter vinden dan e-learning. Van de overige zorgverleners is de mening niet bekend of ze weten niet of e-learning een goede methode is. Uit eerdere ervaringen van zorgverleners in drie verschillende verpleeghuizen blijkt dat e-learning niet goed werkte, omdat de verzorgenden het in hun vrije tijd moesten doen. Uit een uitspraak van een EVV'er komt dit ook naar voren: *'Wie gaat er in zijn vrije tijd dat dan doen, een deel wel en een ander deel zegt: dag, dat doen we dan wel op de afdeling.'*

Het gebruik van praktische voorbeelden en beeldmateriaal is volgens de helft van de verpleeghuizen de beste manier om bijscholing te geven. Een psycholoog van één van deze verpleeghuizen gaf aan: *'De verzorging is best wel praktisch, dus je kan het het beste doen aan de hand van mensen die ze kennen.'* Volgens vijf verpleeghuizen is belangrijk dat ze regelmatig bijscholing geven en terugkoppelen op wat besproken is. Dit blijkt ook uit de volgende uitspraak: *'Je moet blijven scholen dat is heel belangrijk.'* Op die manier blijven de verzorgenden alert en zakt de kennis niet weg. De zorgverleners van vier verpleeghuizen geven aan dat de klinische lessen verplicht moeten worden en onderdeel van een scholingsmodule. Anders bereik je niet de mensen die je graag wil bereiken.

Een suggestie van de zorgverleners van twee verpleeghuizen is om een verpleegkundige of verzorgende gespecialiseerd in delirium in te zetten op afdelingen om andere verzorgenden alert te houden en te ondersteunen met hun kennis.

5.7.2 Kennis arts

Huidige kennis

De meeste EVV'ers, teamleiders en psychologen geven aan dat hun specialist oudergeneeskunde voldoende kennis heeft over delirium. Binnen één verpleeghuis hebben de zorgverleners de ervaring dat de vervangende artsen niet altijd voldoende kennis hebben.

Kennis tekort en bijscholing

Vier van de tien specialisten oudergeneeskunde geven aan dat ze hun kennis nog verder willen verbeteren op het gebied van preventie, diagnostische instrumenten en de chronische en hypoactieve vorm van delirium.

Vijf specialisten oudergeneeskunde geven aan dat er bijscholingen vanuit de beroepsgroep worden georganiseerd over delirium. Drie andere specialisten oudergeneeskunde geven aan dat er geen specifieke bijscholingen worden gegeven over delirium, maar dat het wel onderdeel is van de bijscholing probleemgedrag. Ze vinden het bijna allemaal interessant om bijscholing te krijgen over een nieuwe richtlijn voor delirium. Drie specialisten oudergeneeskunde geven aan graag online bij te scholen. Eén andere specialist oudergeneeskunde geeft aan graag naar bijeenkomsten te gaan. Van de andere zijn hierover geen gegevens bekend.

5.7.3 Kennis psycholoog

Huidige kennis

Van elk verpleeghuis gaf één of meerdere zorgverleners aan dat hun psycholoog voldoende kennis heeft over delirium. Twee EVV'ers en drie teamleiders wisten niet of hun psycholoog voldoende kennis had, omdat ze nooit met hun psycholoog over een delirium hebben gesproken.

Kennis tekort en bijscholing

Bijna alle geïnterviewde psychologen willen zelf hun kennis verder vergroten. Ze geven aan dat er geen bijscholingen specifiek over delirium worden gegeven. Wel wordt een delirium vaker besproken tijdens een scholing over gedragsproblematiek. Vier van de zes psychologen vinden het interessant om bijscholing te krijgen over een nieuwe richtlijn voor delirium.

Drie psychologen vinden het fijn om zich bij te scholen door het lezen van artikelen of door naar bijeenkomsten te gaan. Eén van deze drie psychologen vindt het ook fijn om zich bij te scholen door middel van e-learning. Van de overige psychologen is de voorkeur voor een manier van scholing niet bekend.

5.8 Conclusie

Door middel van de interviews is een beeld gekregen van de huidige zorg voor cliënten met een delirium in de dagelijkse praktijk in verpleeghuizen. Uit deze interviews blijkt dat er grote verschillen zijn in de schattingen van de cumulatieve incidentie van cliënten met een delirium per jaar.

De preventieve maatregelen die worden genomen in verpleeghuizen zijn: alert zijn bij hoog risico groepen, rapporteren in het zorgleefplan en het scheppen van een goede omgeving. Als iemand naar het ziekenhuis moet, worden er in het algemeen geen preventieve maatregelen genomen.

In het algemeen geven de verzorgenden wel signalen door, maar leggen niet het verband met een delirium. Hierdoor wordt er meestal pas actie ondernomen wanneer de specialist oudergeneeskunde komt kijken. De signalen van de hyperactieve vorm van delirium worden meestal goed doorgegeven. De hypoactieve vorm en een delirium bij nieuwe cliënten wordt niet goed herkend door verzorgenden. De DOS is het meest gebruikte screeningsinstrument voor de vroegsignalering van een delirium.

De specialist oudergeneeskunde stelt, soms met hulp van de psycholoog, de diagnose voor een delirium. Hier worden meestal geen diagnostische instrumenten voor gebruikt. Ze gebruiken wel observaties, eigen standaarden en een anamnese.

De zorgverleners geven aan dat de behandeling in het algemeen bestaat uit het onderzoeken en behandelen van de onderliggende oorzaak, het geven van onrustmedicatie zoals haloperidol en het inzetten van ondersteunende maatregelen. De familie wordt niet standaard ingezet in de behandeling. Wanneer de familie wel wordt ingezet hebben ze de taak om hun delirante familielid gerust te stellen, herkenning te bieden of om voor een vertrouwde omgeving te zorgen.

In de meeste verpleeghuizen worden één of meerdere van de volgende vormen van nazorg ingezet: het controleren van de onderliggende oorzaak, rapporteren, alert zijn op risicofactoren, het afbouwen van medicatie en napraten met de cliënt en familie.

De zorgverleners van de meeste verpleeghuizen geven aan dat het kennisniveau wisselt per verzorgenden en dat de meeste verzorgenden hun kennis over delirium kunnen verbeteren. De specialisten oudergeneeskunde en de psychologen hebben over het algemeen voldoende kennis over de zorg voor delirante cliënten.

Door middel van de interviews is een beter beeld verkregen van de huidige zorg voor delirante cliënten in de dagelijkse praktijk van verpleeghuizen. Voor het geven van aanknopingspunten voor verbeteringen moet deze dagelijkse praktijk vergeleken worden met de optimale zorg uit de literatuurstudie. Hier wordt verder op ingegaan in de conclusie en discussie in het volgende hoofdstuk.

6. Conclusie en discussie

Deze conclusie en discussie beschrijven in hoeverre de resultaten van de literatuurstudie overeen komen met of afwijken van de resultaten van de interviews. Op deze manier wordt antwoord gegeven op de derde deelvraag, namelijk welke aanknopingspunten er zijn voor verbeteringen. Dit is weergegeven aan de hand van de onderwerpen in de interviews. Alleen het onderwerp kennis is onderverdeeld onder de andere onderwerpen, omdat dit onderwerp ook niet apart besproken is in de literatuurstudie.

De verschillen tussen delirante somatische en psychogeriatrische cliënten zijn na de bediscussie van de verschillende fases in de zorg in een apart kopje toegelicht. Aan het einde van de discussie zijn de beperkingen en sterke punten van het onderzoek beschreven.

Incidentie

Wat betreft de geschatte cumulatieve incidentie valt op dat het geschatte gemiddelde per jaar (36% en 42%) een stuk hoger dan de incidentie van 20,7 per 100 personen per jaar uit het onderzoek van Boorsma et al. (2011). Dit kan komen doordat het een schatting is en doordat de incidentie van Boorsma et al. (2011) is weergegeven als incidentiedichtheid in plaats van als cumulatieve incidentie. De incidentiedichtheid is namelijk een meer nauwkeurige maat. Het kan ook zijn dat de schatting hoger ligt, omdat een delirante cliënt veel impact heeft op de omgeving. Hierdoor kan het aanvoelen alsof het vaker voorkomt dan in werkelijkheid.

Ook valt op dat de schattingen van de cumulatieve incidentie ver uit elkaar lopen. Dit kan liggen aan een gebrek aan kennis en inzicht over de gevallen van delirium. De zorgverleners hebben dus niet snel de gegevens bij de hand van het aantal gevallen van delirium. De specialisten oudergeneeskunde schatten over het algemeen lager dan de gemiddelde geschatte cumulatieve incidentie op psychogeriatrische afdelingen. De psychologen schatten in het algemeen hoger dan dit gemiddelde. De schatting van de specialisten oudergeneeskunde ligt dus dicht bij de incidentiewaarde uit de literatuur. Zij hebben waarschijnlijk een beter inzicht in het aantal gevallen van delirium dan de psychologen. Dit komt mogelijk doordat de psychologen niet zo vaak betrokken worden bij delirante cliënten.

Preventie

Eén van de weinige preventieve maatregelen in verpleeghuizen is dat zorgverleners alert zijn bij cliënten met regelmatig terugkerende blaasontsteking. Hiervoor controleren de verzorgenden onder andere regelmatig de urine en letten ze op dat de cliënten voldoende vocht binnen krijgen. Het voorkomen van uitdroging is echter maar één van de zes preventieve maatregelen uit het onderzoek van Inouye et al. (1999), uitgevoerd in een ziekenhuissetting. Het is waarschijnlijk dat deze interventies ook effectief zijn in de langdurige zorg (Holroyd-Leduc et al., 2010).

Er wordt dus maar weinig gedaan op preventief vlak in verpleeghuizen. Opvallend is dat de specialisten oudergeneeskunde in meer dan de helft van de verpleeghuizen aangeven dat er geen of weinig preventieve maatregelen worden genomen voor een delirium. De meeste psychologen van deze verpleeghuizen geven echter wel aan preventief te werken door een goede omgeving te scheppen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat psychologen meer bezig zijn met ondersteunende maatregelen ten opzichte van de specialisten oudergeneeskunde.

Verder valt op dat van de geïnterviewde verzorging alleen twee teamleiders aangeven dat ze preventief werken door een goede omgeving te scheppen. Het is dus nog onduidelijk of deze preventieve maatregel daadwerkelijk wordt uitgevoerd door de verzorging. Het kan ook zijn dat de verzorging deze maatregel als standaard beschouwt, waardoor ze het niet als preventieve maatregel zien. Indien een goede omgeving scheppen niet standaard in hun dagelijkse bezigheden is ingebed, is het van belang om de verzorgenden hiervan bewust te maken.

Vroegsignalering

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat de verzorgenden wel de signalen doorgeven, maar niet altijd een verband leggen met een mogelijk delirium. Dit komt overeen met het onderzoek van Pel-Littel et al. (2011) en Casarett et al. (2001), waaruit blijkt dat verzorgenden wel zien dat er iets mis is, maar door onwetendheid geen verband leggen met een delirium. Dit zou kunnen verbeteren door het geven van scholing over: wat een delirium precies is, het verschil van delirium met achteruitgang in de dementie en de verschillende verschijningsvormen (vooral de hypoactieve vorm) van een delirium. Belangrijk bij het bijscholen is dat er herhaling plaatsvindt of dat bijvoorbeeld gevallen van delirium worden besproken in een teamoverleg. Het blijkt namelijk dat verzorgenden het beter onthouden en alerter zijn als ze er vaker mee in aanraking komen.

Een suggestie voor bijscholing is om een verzorgende of verpleegkundige gespecialiseerd in delirium in te zetten op elke afdeling om de andere verzorgenden alert te houden en te ondersteunen met kennis. Probleem hierbij blijft dat verzorgenden dan niet zelf de kennis hebben om de gevallen direct te herkennen. Het idee zou wel kunnen werken wanneer er naast deze gespecialiseerde verzorgende ook algemene bijscholing wordt gegeven aan alle verzorgenden.

De zorgverleners van vier verpleeghuizen geven aan dat verzorgenden niet snel genoeg actie ondernemen doordat ze geen verband leggen met een delirium. Pel-Littel et al. (2011) en Casarett et al. (2001) geven ook aan dat een bewoner daardoor te laat behandeld wordt en onnodig schade leidt (Pel-Littel, 2011; Casarett et al., 2001). De verzorging van acht verpleeghuizen controleert echter wel al de temperatuur en urine voordat de specialist ouderengeneeskunde er is geweest. In deze verpleeghuizen nemen de meeste verzorgenden dus wel al actie, maar niet zo zeer op het gebied van ondersteunende maatregelen.

De zorgverleners in de helft van de verpleeghuizen merken problemen met het herkennen van delirium bij nieuwe cliënten. Kiely et al. (2003) geeft ook aan dat de zorgverleners in verpleeghuizen vaak geen of weinig informatie hebben over de cognitieve status van een nieuwe cliënt waardoor veranderd gedrag moeilijker te herkennen is (Kiely et al., 2003). Een specialist oudergeneeskunde en een psycholoog geven hier echter al een oplossing voor. Zij geven als suggestie om de familie te vragen naar de cognitieve status van een cliënt voordat de cliënt was opgenomen. Meagher (2001) geeft ook aan dat de familie hierin een belangrijke rol kan spelen, omdat zij de cliënt goed kennen.

Diagnose stellen

Wat opvalt is dat de specialisten oudergeneeskunde in de meeste deelgenomen verpleeghuizen geen diagnostische instrumenten gebruiken, terwijl dit wel door de richtlijn van het CBO et al. (2004) wordt aanbevolen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de specialisten oudergeneeskunde niet op de hoogte zijn van de mogelijke diagnostische instrumenten of dat ze al hun eigen standaarden hebben ontwikkeld om een diagnose te stellen.

Sommige psychologen geven wel aan met diagnostische instrumenten te werken. Opvallend is dat vier psychologen aangeven dat ze de DOS gebruiken als diagnostisch instrument terwijl dit volgens het CBO et al. (2004) alleen ontwikkeld is als screeningsinstrument. Dit kan komen door een gebrek aan kennis over diagnostische instrumenten.

Geen enkele zorgverlener geeft aan gebruik te maken van een ernstinstrument. Dit kan komen omdat er niet expliciet naar is gevraagd of omdat de zorgverleners niet op de hoogte zijn van mogelijke ernstinstrumenten.

Over het algemeen zijn de zorgverleners zelf wel tevreden over het stellen van diagnose. Het is dus de vraag of diagnostische instrumenten wel nodig zijn. Sommige zorgverleners vinden het stellen van de diagnose wel ingewikkeld, onder andere door de overlap met dementie. Een diagnostisch instrument kan het stellen van de diagnose dan

mogelijk makkelijker maken. Het gebruik hiervan kan ook bijdragen aan een beter inzicht in het aantal gevallen van delirium in hun verpleeghuis.

Behandeling

In het algemeen valt op dat de arts voornamelijk verantwoordelijk is voor het behandelen van de lichamelijke oorzaak en geven van medicatie. De psycholoog wordt indien nodig in ongeveer de helft van de verpleeghuizen alleen ingezet om de verzorging te ondersteunen in de omgang met delirante cliënten en om tips te geven voor ondersteunende maatregelen.

Medicatie

Voor het bestrijden van de symptomen van een hyperactief delirium wordt in de meeste gevallen haloperidol gebruikt, dit is een neurolepticum. Dit medicijn wordt ook door ander onderzoek geadviseerd (Mensink en Heeren, 1995; Conn en Lieff, 2001; Lyons, 2006). Opvallend is dat volgens onderzoek van Meagher (2001); American Psychiatric Association (1999); Breitbart et al. (1996) een neurolepticum effectief is bij zowel de hyperactieve als hypoactieve vorm, maar de geïnterviewde zorgverleners aangeven medicatie alleen bij de hyperactieve vorm te gebruiken. Dit komt overeen met het onderzoek van Spiller en Keen (2006) waaruit blijkt dat het gebruik van medicatie bij de hypoactieve vorm niet zo voor de hand liggend is, omdat er dan geen sprake is van agitatie, stress en ordeverstoring.

Daarnaast wordt door de Nederlandse richtlijn voor delirium geadviseerd om de Algoritme Medicamenteuze Behandeling Delirium te raadplegen voor medicijngebruik (CBO et al., 2004). Opvallend is dat de respondenten problemen ervaren met het volgen van de richtlijn voor medicatiegebruik bij zowel somatische cliënten als bij psychogeriatrische cliënten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat deze richtlijn gericht is op de ziekenhuissetting en daardoor niet past binnen de langdurige zorg. De richtlijn voor de psychiatrie sluit ook niet aan volgens een specialist oudergeneeskunde, omdat deze doseringen veel te hoog zijn voor dementerenden. Een richtlijn voor medicatie gericht op de langdurige zorg voor psychogeriatrische cliënten is mogelijk een goed hulpmiddel voor specialisten ouderengeneeskunde die twijfelen over de dosis medicatie.

Ondersteunende maatregelen

De ondersteunende maatregelen die zorgverleners nemen komen overeen met andere onderzoeken (CBO et al., 2004; Conn en Lieff, 2001; Anderson, 2010; Potter en George, 2006). Deze zijn: zorgen voor een vertrouwde omgeving, een goede dag- en nachtstructuur en de juiste hoeveelheid prikkels. Opvallend is dat niet wordt aangegeven dat ze extra opletten dat cliënten hun hoorapparaat in hebben en hun bril op hun neus. Dit wordt echter wel aanbevolen door CBO et al. (2004), Conn en Lieff (2001), Anderson (2010) en Potter en George (2006). Een verklaring hiervoor kan zijn dat ze dit als standaard bezigheid zien of dat ze geen kennis hebben over het belang hiervan tijdens een delirante periode. Het kan mogelijk dus helpen hun kennis over de verschillende ondersteunende maatregelen te vergroten. Ook kan de psycholoog mogelijk vaker worden ingeschakeld bij het geven van tips voor ondersteunende maatregelen. De psychologen worden nu namelijk bij bijna de helft van de verpleeghuizen niet ingezet en bij de overige verpleeghuizen niet standaard.

Als vrijheidsbeperkende maatregelen tijdens de delirante periode gebruiken de zorgverleners in de helft van de verpleeghuizen een speciale stoel met een gordel of blad erin of doen ze de bedhekken omhoog. Dit komt niet overeen met een aanbeveling uit het onderzoek van Fong et al. (2009) en Inouye et al. (1996) waaruit blijkt dat er helemaal geen vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden gebruikt wanneer iemand een delirium heeft. De resultaten uit de interviews komen wel overeen met de bevindingen van Mensink en Heeren (1995) en het CBO et al. (2004), die aangeven dat hekken om het bed gebruikt mogen worden. Het is waarschijnlijk belangrijk om per persoon te kijken, omdat het gebruik van bedhekken bijvoorbeeld gevaarlijk kan zijn voor mensen die erover heen klimmen.

Rol familie

Opvallend is dat de zorgverleners in drie verpleeghuizen de familie niet betrekken in de behandeling van een delirante cliënt, omdat de verzorging hier zelf meer geschikt voor is. Dit komt niet overeen met de onderzoeken van het CBO et al. (2004), Mensink en Heeren (1995), Meagher et al. (2001) en Conn en Lieff (2001), waaruit blijkt dat ze de familie moeten betrekken bij de zorg voor delirante cliënten. Een verklaring kan zijn dat de zorgverleners niet over de kennis beschikken over het belang van de familie in de behandeling. Het kan dus helpen om hen bewust te maken van het belang van de familie in de behandeling. De overige verpleeghuizen zetten indien mogelijk wel de familie in om te ondersteunen in de behandeling. Wel geven hiervan vijf verpleeghuizen aan dat ze de familieleden nog meer mogen informeren over hun rol. Bij deze verpleeghuizen is dus ook nog verbetering mogelijk.

Nazorg

De nazorgmaatregelen om alert te zijn bij risicofactoren en te rapporteren wanneer iemand een delirium heeft gehad, komen overeen met de resultaten uit de onderzoeken van Meagher et al. (2001).

De nazorgmaatregel om na te praten met cliënten na hun delirante periode wordt hieronder besproken bij de verschillen tussen psychogeriatrische en somatische cliënten.

Verschillen tussen psychogeriatrische en somatische cliënten

Uit de resultaten van de interviews valt op dat er verschillen zijn tussen de zorg voor delirante somatische en psychogeriatrische cliënten op het gebied van signaleren, het onderzoeken van de lichamelijke oorzaak en de napraten met de cliënt. Deze verschillen worden hieronder toegelicht.

Signaleren

In het algemeen worden meer problemen ervaren bij het herkennen van een delirium bij psychogeriatrische cliënten dan bij somatische cliënten. Dit komt onder andere door de overlap van een delirium met achteruitgang in de dementie. Dit komt overeen met het onderzoek van Eeles en Rockwood (2008). Scholing over het verschil tussen achteruitgang in de dementie en een delirium kan hierbij helpen. Daarnaast is het invullen van de DOS lastiger bij dementerenden. Een screeningsinstrument voor het herkennen van een delirium bij dementerenden zou kunnen helpen. Het is echter de vraag of het mogelijk is om een dergelijk instrument te ontwikkelen door de overlap van deliriumsymptomen met dementie.

Wat betreft het gebruik van screeningsinstrumenten valt op dat de zorgverleners in meer dan de helft van verpleeghuizen de DOS gebruiken, maar wel problemen ervaren met de uitkomst. Ze geven aan dat het een makkelijk en snel meetinstrument is, maar dat het problemen geeft bij psychogeriatrische cliënten met vals-positieven. Volgens het CBO et al. (2004) is de DOS een gevalideerd screeningsinstrument. Een kanttekening hierbij is dat de richtlijn van het CBO et al. (2004) alleen gericht is op de ziekenhuissetting, waar alleen somatische cliënten verblijven. Uit de praktijk blijkt dan ook dat de DOS een goed instrument is om te gebruiken bij somatische cliënten, maar niet bij cliënten met dementie. Het kan mogelijk wel een goed instrument zijn voor verzorgenden om te ontdekken dat er iets aan de hand is met de dementerende cliënt en niet zozeer of het wel of geen delirium is.

Onderzoeken oorzaak

Opvallend is dat de meeste verpleeghuizen aangeven dat de behandeling van een delirium bij dementerenden over het algemeen hetzelfde is als bij cliënten zonder dementie. Dit komt overeen met de meeste andere onderzoeken (Cole et al., 2002; Fick et al., 2002; Voyer et al., 2006; Laurila et al., 2004). De zorgverleners in bijna de helft van de verpleeghuizen geeft echter aan dat ze bij mensen met dementie de afweging

moeten maken hoe ver ze gaan om de oorzaak te vinden. Indien ze dan niet de onderliggende oorzaak behandelen, is er dus wel verschil in de behandeling. Dit komt overeen met het onderzoek van Edlund et al. (2007), welke aangeeft dat er wel verschil is in de behandeling van een delirium bij dementerenden. Uit de interviewresultaten volgt dus ook geen eenduidig antwoord op de vraag of een delirium bij dementerenden anders behandeld wordt dan bij cliënten zonder dementie.

Napraten

Wat opvalt is dat de richtlijn van het CBO et al. (2004) adviseert om met de cliënten altijd terug te komen op de delirante periode. De meeste verpleeghuizen geven echter aan dat ze dit niet standaard of helemaal niet doen. Een verklaring voor de psychogeriatrische afdelingen is dat de cliënten de delirante periode niet herinneren. Daar moet wel voor worden opgepast, mogelijk heeft een delirante periode meer effect op dementerenden dan wordt gedacht en heeft napraten wel nog zin met sommige dementerende bewoners. De helft van de verpleeghuizen met somatische cliënten praten niet standaard na met de cliënt, maar alleen als er signalen komen. Het is echter mogelijk dat de cliënt hier niet over durft te praten. Daardoor is het juist belangrijk dat de verzorging hierover begint tegen de cliënt. Het is belangrijk om zorgverleners bewust te maken van het belang hiervan.

Beperkingen onderzoek

Dit onderzoek heeft mogelijk een drietal beperkingen die invloed hebben op interne en externe validiteit. Een beperking van dit onderzoek kan zijn dat de interne validiteit is aangetast door sociaal-wenselijke antwoorden (Baarda et al., 2007). Zorgverleners kunnen bijvoorbeeld hebben aangegeven dat ze bepaalde dingen doen in de zorg voor delirante cliënten, omdat ze denken dat dit zo hoort. Of ze hebben mogelijk hun verbeterpunten niet geheel weergegeven, omdat ze dit niet wilde delen. Er is echter wel expliciet naar verbeterpunten gevraagd, zodat ze sneller geneigd zijn deze te vertellen.

De onderzochte verpleeghuizen zijn niet random geselecteerd. Een andere beperking van dit onderzoek is daardoor dat het moeilijk is om te generaliseren (Baarda et al., 2007). Waarschijnlijk hebben er verpleeghuizen meegedaan die meer bezig zijn met het onderwerp delirium. Hierdoor zijn ze mogelijk niet geheel representatief voor alle verpleeghuizen. Wel kunnen de resultaten gegeneraliseerd worden voor soortgelijke verpleeghuizen waar men ook al meer bezig is met het onderwerp.

Tijdens het interviewen is niet altijd de gewenste informatie verkregen, hierdoor is de interne validiteit van dit onderzoek mogelijk aangetast (Baarda et al., 2007). Doordat dit één van de eerste onderzoeken is, die zich richt op de zorg voor delirante cliënten in verpleeghuizen zijn niet altijd de juiste doorvragen gesteld. Hierdoor ontbreekt soms informatie.

Sterke punten onderzoek

Het onderzoek heeft ook een drietal sterke punten die invloed hebben op de betrouwbaarheid en validiteit. Een sterke punt van dit onderzoek is dat de data op een gestandaardiseerde manier is verzameld. Dit draagt bij aan een betere betrouwbaarheid en validiteit (Baarda et al., 2007). De dataverzameling heeft namelijk plaatsgevonden aan de hand van 27 semi-gestructureerde interviews. Hierdoor hebben er 26 herhalingen plaatsgevonden van ongeveer dezelfde vragen.

Deze interviews zijn afgenomen met zorgverleners met verschillende functies en niveaus. Hierdoor is vanuit verschillende invalshoeken een beeld is gevormd van de huidige zorg voor cliënten met een delirium in verpleeghuizen. Er is dus gebruik gemaakt van datatriangulatie, welke bijdraagt aan een betere betrouwbaarheid en validiteit (Baarda et al., 2005)

De data-analyse van de interviews is op een systematische en transparante manier is uitgevoerd. Dit draagt ook bij aan een goede betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (Baarda et al., 2007). Door uitleg van de methoden en het gebruik van

ATLAS.ti is de data op een transparante manier geanalyseerd. Hierdoor is het makkelijker voor andere onderzoekers om het onderzoek te herhalen.

7. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht krijgen in de kwaliteit van de zorg bij cliënten met een delirium in verpleeghuizen en eventueel aanbevelingen te doen voor verbeteringen. Wat betreft de vroegsignalering, het onderzoeken van de oorzaak en de nazorg zijn er verschillen tussen delirante psychogeriatrische en somatische cliënten. Verder kan uit de resultaten geconcludeerd worden dat de huidige zorg voor cliënten met een delirium deels al overeen met de optimale zorg voor delirante cliënten volgens de literatuur. Er zijn echter wel nog mogelijkheden tot verbetering. In het algemeen kan het kennisniveau van verzorgenden over delirium nog verbeterd worden.

Vooraf op preventief vlak gebeurt er op dit moment niet veel in verpleeghuizen. Deze preventieve zorg zou verbeterd kunnen worden door het inzetten van meer preventieve maatregelen.

Wat betreft de vroegsignalering is het probleem dat er wel signalen worden doorgegeven, maar dat er geen verband wordt gelegd met een delirium. De verpleeghuizen ervaren vooral problemen bij het herkennen van een delirium bij psychogeriatrische cliënten door de overlap met dementie. De vroegsignalering kan verbeterd worden door de verzorgenden verplicht regelmatig te scholen over wat een delirium is en wat de verschillende verschijningsvormen (vooral de hypoactieve vorm) zijn. Ook kan de vroegsignalering verbeteren door standaard de DOS te gebruiken als instrument om te ontdekken dat er iets aan de hand is met de cliënt.

Bij het stellen van de diagnose gebruiken weinig zorgverleners diagnostische instrumenten. Deze instrumenten kunnen echter wel bruikbaar zijn voor specialisten oudergeneeskunde die problemen ervaren met het stellen van de diagnose.

Voor het bepalen van de medicatie voor delirante cliënten ervaren specialisten oudergeneeskunde problemen met het volgen van de richtlijnen. Deze problemen kunnen verminderen door het opstellen van een aparte medicatierichtlijn voor somatische delirante cliënten en een aparte richtlijn voor psychogeriatrische cliënten in de langdurige zorg.

Wat betreft de ondersteunende maatregelen kan er winst worden behaald door de verzorgenden bij te scholen over de verschillende ondersteunende maatregelen die ze kunnen nemen.

Het inzetten van de familie en het napraten met cliënten kan verbeteren door verpleeghuizen bewust te maken van het belang hiervan.

Door het verbeteren van de zorg voor delirante cliënten zullen de cliënten minder afhankelijk zijn in hun ADL en zal hun kwaliteit van leven niet of minder afnemen.

8. Aanbevelingen

Uit dit onderzoek volgen een aantal aanbevelingen om de zorg voor delirante cliënten in verpleeghuizen te verbeteren. Deze aanbevelingen zijn niet weergegeven aan de hand van de verschillende fases in de zorg, omdat een aantal aanbevelingen deze fases overstijgen. Er zijn aanbevelingen op het gebied van: scholing en bewustwording, diagnostische en screeningsinstrumenten, het inzetten van middelen en personen en tot slot een aanbeveling voor vervolg onderzoek.

Uit de resultaten volgen een aantal aanbevelingen op het gebied van **scholing en bewustwording**:

1. School de verzorgenden regelmatig bij over wat een delirium is, over het verschil tussen achteruitgang in de dementie en een delirium, over de verschillende verschijningsvormen en over ondersteunende maatregelen.

Op dit moment heerst er nog kennistekort onder de verzorgenden. Het is daarom goed om ze bij te scholen over de bovenstaande onderwerpen. De scholing kan het beste verplicht gebeuren, omdat anders de verzorgenden met het kennistekort niet worden bereikt. Het is belangrijk om de scholing te herhalen of om gevallen van delirium te bespreken tijdens teamoverleg, omdat het anders weg zakt. De trainingen werken het beste als ze interactief zijn en flexibel kunnen worden ingepland. Verder werkt het goed om verschillende methoden te gebruiken zoals beeldmateriaal en informatie aan de hand van praktische voorbeelden.

2. Zet aandachtsvelders (een verzorgenden of verpleegkundige gespecialiseerd in delirium) in op elke afdeling om de andere verzorgenden alert te houden en te ondersteunen.

Naast het bijscholing van de verzorgenden, kan het helpen om een aandachtsvelder in te zetten. Deze moet de andere verzorgenden alert houden en met kennis ondersteunen.

3. Verspreid kennis onder specialisten oudergeneeskunde en psychologen over diagnostische instrumenten en het verschil met screeningsinstrumenten.

Een aantal specialisten oudergeneeskunde en psychologen geeft aan dat ze nog niet veel weten over diagnostische instrumenten. Door hen te informeren hierover zullen ze mogelijk eerder geneigd zijn de diagnostische instrumenten te gebruiken. Daarnaast gebruikt meer dan de helft van de geïnterviewde psychologen een screeningsinstrument als diagnostisch instrument. Het zou daarom goed zijn om hun kennis over het verschil hier tussen te vergroten.

4. Maak zorgverleners bewust van het belang en de mogelijkheden van het betrekken van de familie in de behandeling.

In drie verpleeghuizen geven de zorgverleners aan dat ze de familie helemaal niet inzetten. Het kan echter belangrijk zijn voor de behandeling van een delirant familielid om de familie in te zetten. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners hier bewust van worden.

5. Zorg voor de bewustwording van het belang van napraten met somatische cliënten onder zorgverleners.

De meeste verpleeghuizen geven aan dat ze dit niet standaard of helemaal niet napraten met de cliënt. Het is echter belangrijk dat de verzorgenden wel standaard napraten met somatische cliënten, omdat de cliënten mogelijk zelf niet altijd met signalen komen dat ze willen napraten.

De aanbevelingen voor het gebruik van **diagnostische en screeningsinstrumenten** zijn:

6. Gebruik de DOS als hulpmiddel bij psychogeriatrische cliënten om te kijken of er iets aan de hand is, vervolgens door arts of psycholoog laten onderzoeken wat er daadwerkelijk aan de hand is.

De DOS geeft problemen met vals-positieven bij psychogeriatrische cliënten, maar is wel een snel en makkelijk instrument voor verzorgenden. Daarom zou het goed zijn dat de verzorgende de DOS alleen gebruiken om te ontdekken dat er iets mis is met de cliënt. Voor de somatische cliënten kan de DOS wel als echt screeningsinstrument gebruikt worden.

7. Ontwikkel een screeningsinstrument specifiek voor psychogeriatrische cliënten.

Aangezien de DOS niet goed toepasbaar is bij psychogeriatrische cliënten, zou het goed zijn om een instrument te ontwikkelen welke geen problemen geeft met vals-positieven. Het is echter nog onduidelijk of dit mogelijk is door de overlap met dementie symptomen.

8. Gebruik diagnostische instrumenten wanneer zorgverleners moeite hebben met het stellen van de diagnose.

Door bijna geen enkele zorgverlener wordt een diagnostisch instrument gebruikt voor het stellen van de diagnose voor een delirium. Een aantal specialisten oudergeneeskunde ervaren echter problemen met het stellen van de diagnose, vooral door de overlap met dementie. Een diagnostisch instrument kan dan helpen met het stellen van de diagnose.

De zorg voor delirante cliënten kan nog verder verbeteren door het **inzetten van de volgende middelen of personen:**

9. Zet meer preventieve maatregelen in zoals het voorkomen van: slaapproblemen, immobiliteit en visus- en gehoorproblemen.

Vergeleken met andere onderzoeken over effectieve preventieve maatregelen worden er nu nog maar weinig maatregelen ingezet in verpleeghuizen. Het zou daarom goed zijn als verpleeghuizen meer preventieve maatregelen standaard gaan invoeren.

10. Zorg voor een goede richtlijn voor medicatie gebruik bij psychogeriatrische en somatische delirante cliënten.

Aangezien zorgverleners nu problemen ervaren met de richtlijnen voor medicatie gebruik, zou het goed zijn om een richtlijn op te stellen voor de langdurige zorg. Het beste zou zijn om een richtlijn voor psychogeriatrische cliënten en somatische cliënten afzonderlijk te maken, omdat hier ook weer verschillen in zitten.

11. Betrek de familie om de cognitieve status van de cliënt weer te geven voordat deze was opgenomen.

Omdat er problemen worden ervaren met het herkennen van een delirium bij nieuwe cliënten, is het goed om de familie te vragen naar de cognitieve status voordat de cliënt was opgenomen. Dit kan mogelijk door de GIP in te vullen, een meetinstrument voor de cognitieve status van de client.

12. Schakel de psycholoog standaard in bij het geven van tips voor ondersteunende maatregelen.

De psychologen worden nu in bijna de helft van de verpleeghuizen niet ingezet en bij de overige verpleeghuizen niet standaard. Aangezien de verzorgenden nog niet goed weten welke ondersteunende maatregelen ze kunnen gebruiken, kunnen de psychologen hier meer een standaard rol in spelen.

Een aanbeveling voor **vervolg onderzoek** is:

13. Onderzoek of en welk verschil er is in de behandeling van een delirium bij cliënten met en zonder dementie.

Zowel uit de resultaten van de literatuurstudie als uit de resultaten van de interviews volgt nog geen eenduidig antwoord of de behandeling van een delirium bij dementerenden verschilt van de behandeling bij somatische cliënten. Uit de interviewresultaten blijkt wel dat er verschillen zijn op het gebied van vroegsignalering, het onderzoeken van de oorzaak en de nazorg. Het is echter goed om te onderzoeken of er nog meer verschillen zijn bij bijvoorbeeld het geven van medicatie en het behandelen van de oorzaak. De specialisten oudergeneeskunde kunnen hier dan hun behandeling op aanpassen.

6. Referenties

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV fourth edition. *Washington, DC: American Psychiatric Press*
- American Psychiatric Association. (1999). Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. *Washington, DC: American Psychiatric Association*
- Baarda D.B., Goede de M.P.M., Meer-Middelburg van der A.G.E. (2007). Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews. *Groningen: Wolters-Noordhoff*
- Baarda D.B., Goede de M.P.M., Teunissen J. (2005). Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. *Groningen: Wolters-Noordhoff*
- Boorsma M., Joling K.J., Frijters D.H.M., Ribbe M.E., Nijpels G., van Hout H.P.J. (2011). The prevalence, incidence and risk factors for delirium in Dutch nursing homes and residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27 (7), p.709-715*
- Breitbart W., Marotta R., Platt M.M., Weisman H., Derevenco M., Grau C., Corbera K., Raymond S., Lund S., Jacobsen P. (1996). A double blind trial of haloperidol, chlorpromazine and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *American Journal of Psychiatry, 153 (2), 231-7*
- Britten N. (1995). Qualitative research: qualitative interviews in medical research. *Britisch Medical Journal, 311, 251-253*
- Brown T.M., Boyle F.M. (2002). Delirium. *Britisch Medical Journal, 325 (7365), p.644-647*
- Campen, van C. (2011). Kwetsbare Ouderen. *Den Haag: Sociaal-Cultueel Planbureau*
- Chan D., Brennan N.J. (1999). Delirium: making the diagnosis, improving the prognosis. *Geriatrics, 54 (3), 28-30,36,39-42*
- Casarett D.J., Inouye S.K. (2001). Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Annals of Internal Medicine, 135 (1), 32-40*
- CBO (Centraal BegleidingsOrgaan), NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie) (2004). Richtlijn Delirium. *Amsterdam: Boom*
- Centers For Medicare en Medicaid Services. (2002). Long-term care facility resident assessment instrument (RAI) User's manual, version 2.0. *Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services*
- Cole M.G., McCusker J., Dendukuri N., Han L. (2002). Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia, *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience, 14 (2), 167-175.*
- Cole M. G.,Primeau F.J., Bailey R.F., Bonnycastle M.J., Masciarelli F., Engelsmann F., Pepin M.J., Ducic D. (1994). Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal, 151 (7), 965-970*
- Conn D.K., Lief S. (2001). Diagnosing and managing delirium in the elderly. *Canadian family physician, 47 (1), 101-108*

- Department of Health. (2003). Care homes for older people: National minimum standards and the care homes regulations, 3rd revised edition. *London: TSO*
- Eeles E., Rockwood K. (2008). Delirium in the long-term care setting: clinical and research challenges. *Journal of the American Medical Directors Association, 9* (3), 157-161
- Élie M., Rousseau F., Cole M., Primeau F., McCusker J., Bellavance F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal, 163* (8), 977-981
- Fick D.M., Agostini J.V., Inouye S.K. (2002). Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *Journal American Geriatrics Society, 50* (10), 1723-1732
- Forsetlund L., Bjørndal A., Rashidian A., Jamtvedt G., O'Brien M.A., Wolf F., Davis D., Odgaard-Jensen J., Oxman A.D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*
- Holroyd-Leduc J.M., Khandwala F., Sink K.M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? *Canadian Medical Association Journal, 182* (5), 465-470
- Inouye S.K. (1994) The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *The American Journal of Medicine, 97* (3), 78-88
- Inouye S.K. (2006). Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine 354* (11), 1157-65
- Inouye S.K., Bogardus S.T., Charpentier P.A., Leo-Summers L., Acampora D., Holford T.R., Cooney L.M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patient. *The New England Journal of Medicine, 340* (9), 669-676
- Inouye S.K., Charpentier P.A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability, *JAMA, 275* (11), 852-857.
- Inouye S.K., Rushing J.T., Foreman M.D., Palmer R.M., Pompei P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes. *Journal of General Internal Medicine, 13* (4), 234-242
- Jonghe de, J.F.M., Kalisvaart K.J., Timmers J.F.M., Kat M.G., Jackson J.C. (2005). Delirium-O-Meter: a nurses' rating scale for monitoring delirium severity in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20* (12), 1158-1166
- Kalisvaart K., Vreeswijk R. (2008). Prevention of delirium in the elderly. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia, Elsevier, 43* (3), 19-24.
- Kat M.G., Vreeswijk R., de Jonghe J.F., van der P.T., van Gool W.A., Eikelenboom P., Kalisvaart K.J. (2008). Long-term cognitive outcome of delirium in elderly hip surgery patients: A prospective matched controlled study over two and a half years. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders, 26* (1), 1-8
- Kiely D.K., Bergmann M.A., Murphy K.M., Jones R.N., Orav E.J., Marcantonio E.R. (2003). Delirium among newly admitted post-acute facility patients: prevalence, symptoms, and severity. *Journal of Gerontology, 58* (5), 441-445

- Laurila J.V., Pitkala K.H., Strandberg T.E., Tilvis R.S. (2004). Delirium among patients with and without dementia: does the diagnosis according to the DSM-IV differ from the previous classifications? *International Journal Geriatric Psychiatry*, 19 (3), 271-277
- Lewis L.M., Miller D.K., Morley J.E., Nork M.J., Lasater L.C. (1995). Unrecognized delirium in ED geriatric patient. *American Journal of Emergency Medicine*, 13 (2), 142-145
- Lyons W.L. (2006). Delirium in post-acute and long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7 (4), 254-261
- McCusker J., Cole M., Abrahamowicz M., Han L., Podoba J.E., Rammn-Haddad L.R. (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 49 (10), 1327-1334
- McCusker J., Cole M., Dendukuri N., Han L., Bedzile E. (2003). The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. *Journal General Internal Medicine*, 18 (9), 696-704
- Meagher D. (2001). Delirium: optimising management. *Britisch Medical Journal*, 322 (7279), 144-149
- Meagher D., O'Hanlon D., O'Mahony E., Casey P. (1996). The use of environmental strategies and psychotropic medication in the management of delirium. *Britisch Journal of Psychiatry*, 168, 512-515
- Mensink H.J., Heeren T.J. (1995). Klinische les: Delier in het verpleeghuis, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139 (6), 257-259
- Milisen K. (2010). Zorgmodellen willen zorgkwaliteit verbeteren. Zorg onderzoek en ontwikkeling, *Leuven: Azimuz*
- O'Brien M.A., Rogers S., Jamtvedt G., Oxman A.D., Odgaard-Jensen J., Kristoffersen D.T., Forsetlund L., Bainbridge D., Freemantle N., Davis D., Haynes B., Harvey E. (2007). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4
- O'Keefe S.T., Mulkerrin E.C., Nayeem K., Varughese M., Pillay I. (2005). Use of serial Mini-Mental State Examinations to diagnose and monitor delirium in elderly hospital patient. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (5), 867-870
- Pae C.U., Marks D.M., Han C., Patkar A.A., Masand P. (2008). Delirium: Underrecognized and undertreated. *Current Treatment Options in Neurology*, 10 (5), 386-395
- Pel-littel R., Ginneken van L., Schuurmans M. (2011). Meer kennis nodig om een delier bij ouderen te herkennen: Wel gezien maar niet begrepen. *Denkbeeld: Tijdschrift voor psychogeriatric*, 23, 22-23
- Potter J., George J. (2006). The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. *Clinical Medicine London England*, 6 (3), 303-308
- Schofield I. (1997). A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium, *Journal Advanced Nursing*, 25 (5) , 942-52
- Schuurmans M.J. (2008). Delirium, In: Achterberg, van T., Bours G.J.J.W., Eliens A.M., Strijbol N.C.M. Effectief Verplegen 1. *Dwingelo: Kavannah*

Siddiqi N., Young J., House A.O., Featherstone I., Hopton A., Martin C., Edwards J., Krishnan R., Peacock R., Holt R. (2011). Stop Delirium! A complex intervention to prevent delirium in care homes: a mixed-methods feasibility study. *Age and Ageing*, 40 (1), 90-98

Spiller J.A., Keen J.C. (2006). Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative. *Palliative Medicine*, 20 (1), 17-23

Owen T., NCHPDF (The National Care Homes Research and Development Forum). (2006). My home life: Quality of life in care homes, *London: Help the aged*

Van der Weele G.M., Van Dijk A., Eekhof J.A.H., Olde Rikkert M.G.M., Scholtes A.B.J., Veehof L.J.G., Janssen P.G.H., Eizenga W.H. (2003). NHG-Standaard Delier bij ouderen, *Huisarts Wet*, 46 (3), 141-6

Voyer P., Cole M.G., Mc Cusker J., Belzile E. (2006). Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clinical Nursing Research*, 15 (1), 46-66

www.encyclo.nl, geraadpleegd op 01-03-'12,
<http://www.encyclo.nl/begrip/neurolepticum>.

www.rijksoverheid.nl, geraadpleegd op 27-01-'12,
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-verzorgingshuizen/vraag-en-antwoord/wat-is-het-verschil-tussen-een-verzorgingshuis-en-een-verpleeghuis.html>

Young J., Inouye S.K. (2007). Delirium in older people, *British Medical Journal*, 334 (7596), 842-846

Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijst specialist oudergeneeskunde	p. 48
Bijlage 2. Vragenlijst psycholoog	p. 50
Bijlage 3. Vragenlijst EVV'er of teamleider	p. 52
Bijlage 4. Mail aan specialisten oudergeneeskunde	p. 54
Bijlage 5. Algemene mail aan specialisten oudergeneeskunde	p. 55
Bijlage 6. Code schema	P. 56
Bijlage 7. Netwerk thema diagnose	p. 58
Bijlage 8. Netwerk thema behandeling	p. 59

Bijlage 1. Vragenlijst specialist oudergeneeskunde

Fijn dat u wilde mee werken aan het interview. Ik zal eerst even kort vertellen waar het interview over gaat. Ik heb eerst een paar algemene vragen over het voorkomen van delier in uw verpleeghuizen, vervolgens zal ik verder ingaan op de zorg voor cliënten met een delier zoals wat er gebeurt op het gebied van preventie, het stellen van een diagnose en de behandeling van delier binnen uw verpleeghuizen. Tot slot zal ik afsluiten met een paar vragen gerelateerd aan de kennis over delier onder zorgverleners in verpleeghuizen.

Het interview zal ongeveer 45 minuten duren en uw gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden zonder directe referentie naar u. Vindt u het goed als ik het interview opneem? De opname gebruik ik alleen om de interviews uit te werken en wordt vervolgens anoniem opgeslagen. Zo ja, dan zet ik nu de recorder aan.

Algemeen

1a. Werkt u voor één of meerdere verpleeghuizen?

1b. Op welke afdelingen: psychogeriatrische of somatische?

1c. Kunt u een schatting maken van het aantal gevallen van delier in uw verpleeghuizen per jaar per verpleeghuis?

2. Worden deze gevallen van delier doorgaans op tijd herkend volgens u?

Zo nee, welke problemen worden ervaren en door wie?

Voorafgaand aan deze interviews ben ik de literatuur ingedoken waarin onderscheidt wordt gemaakt in de fases preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg voor cliënten met een delier. Als eerste zal ik nu ingaan op de preventie fase.

Preventie

3a. Worden er maatregelen genomen om een delier te voorkomen in de verpleeghuizen waar u werkzaam bent? Zo ja, welke en waarom deze? Zo nee, waarom niet? (Bijv. preventie interventies zoals voorzien van bril en hoorapparaat, niet meer dan drie medicijnen tegelijk, observeren in verschillende situaties)

3b. Bent u hier tevreden over?

Diagnose

4a. Hoe wordt een delier herkend door bijvoorbeeld de verzorgenden?

4b. Worden hiervoor instrumenten gebruikt? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet? (Bijv. de DOS)

4c. Vindt u dat dit goed gaat? (Bijv. teveel vals-positieven bij DOS; mensen met dementie onterecht met een delier worden herkend)

5a. Wat is uw rol in het stellen van de diagnose van een delier? Wanneer komt u in aanraking met een cliënt met een delier?

5b. Gebruikt u zelf diagnostische instrumenten om de diagnose te stellen voor een delier? Zo ja, welke en waarom deze? Zo nee, waarom niet?

5c. Gebruiken anderen diagnostische instrumenten? (Bijv. CAM, DRS) Zo ja, welke en waarom deze?

5d. Bent u tevreden over de manier waarop de diagnose wordt gesteld?

Behandeling

6a. Hoe wordt een cliënt behandeld, wanneer de diagnose voor een delier is gesteld?

1: Onderliggende oorzaak behandelen?

2: Worden de symptomen bestreden (met of zonder medicatie)?

3: Vinden er ondersteunende maatregelen/verpleegkundige interventies plaats? (niet te veel verschillend personeel, voorzien van bril/hoorapparaat)

Worden er vrijheid beperkende maatregelen gebruikt?

6b. Is er verschil tussen de behandeling van een delier bij cliënten met en

zonder dementie?

6c. Kan de manier van behandelen volgens u nog verbeterd worden?

7. Ziet u een rol voor de verzorgenden/ verpleegkundigen in de behandeling van een delier?

8. Is er een psycholoog betrokken bij de behandeling van delier? Wat is zijn/haar rol?

Nazorg

9a. Vindt er specifieke zorg plaats nadat de delirante periode is afgelopen? Zo ja, waaruit bestaat deze zorg? (Bijv. in de gaten houden risicofactoren, napraten met de patiënt/ familie wat er gebeurd is)

9b. Kan deze zorg volgens u nog verbeterd worden?

Rol familie

10a. Speelt de familie een rol in de zorg voor een delirante cliënt?

Hebben zij een rol in de preventieve fase/vroeg herkennen van een delier?

Hebben zij een rol in de behandeling en na de delirante fase? Zo ja welke?

10b. Bent u hier tevreden over?

Kennis en overdracht

Uit onderzoek volgt dat een delier vaker niet herkend wordt door zorgverleners door een gebrek aan kennis.

11. Heeft u het idee dat u zelf voldoende kennis heeft over de zorg voor cliënten met een delier? Zo nee, zou u deze kennis willen verbeteren en hoe?

12a. Heeft u het idee dat de verzorgenden voldoende kennis hebben over de zorg voor cliënten met een delier? (Bijv. voor het herkennen van een delier)

12b. Heeft u het idee dat de psychologen voldoende kennis hebben over de zorg voor cliënten met een delier?

13. Worden er binnen uw beroepsgroep bijscholingstrajecten aangeboden? Zou het bijvoorbeeld interessant zijn om bijgeschoold te worden over een nieuwe richtlijn voor delier?

Ik ben nu aan het einde van mijn interview gekomen, heb ik nog iets gemist of heeft u misschien nog verder wat toe te voegen? Bedankt voor uw medewerking, dan zet ik nu de opnameapparatuur uit. Als dank heb ik een kleinigheidje meegenomen (Merci geven) en een promotiepakketje van Vilans (uitleggen). Als u het op prijs stelt kan ik u nadat het onderzoek is afgerond een samenvatting van de belangrijkste resultaten op een factsheet toesturen.

Bijlage 2. Vragenlijst psycholoog

Fijn dat u wilde mee werken aan het interview. Ik zal eerst even kort vertellen waar het interview over gaat. Ik heb eerst een paar algemene vragen over het voorkomen van delier in uw verpleeghuizen, vervolgens zal ik verder ingaan op de zorg voor cliënten met een delier zoals wat er gebeurt op het gebied van preventie, het stellen van een diagnose en de behandeling van delier binnen uw verpleeghuizen. Tot slot zal ik afsluiten met een paar vragen gerelateerd aan de kennis over delier onder zorgverleners in verpleeghuizen.

Het interview zal ongeveer 45 minuten duren en uw gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden zonder directe referentie naar u. Vindt u het goed als ik het interview opneem? De opname gebruik ik alleen om de interviews uit te werken en wordt vervolgens anoniem opgeslagen. Zo ja, dan zet ik nu de recorder aan.

Algemeen

1a. Werkt u voor één of meerdere verpleeghuizen?

1b. Op welke afdelingen: psychogeriatrische of somatische?

1c. Kunt u een schatting maken van het aantal gevallen van delier in uw verpleeghuizen per jaar per verpleeghuis?

2. Worden deze gevallen van delier doorgaans op tijd herkend volgens u?

Zo nee, welke problemen worden ervaren en door wie?

Voorafgaand aan deze interviews ben ik de literatuur ingedoken waarin onderscheidt wordt gemaakt in de fases preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg voor cliënten met een delier. Als eerste zal ik nu ingaan op de preventie fase.

Preventie

3a. Worden er maatregelen genomen om een delier te voorkomen in de verpleeghuizen waar u werkzaam bent? Zo ja, welke en waarom deze? Zo nee, waarom niet? (Bijv. preventie interventies zoals voorzien van bril en hoorapparaat, niet meer dan drie medicijnen tegelijk observeren in verschillende situaties)

3b. Bent u hier tevreden over?

Diagnose

4a. Hoe wordt een delier herkend door bijvoorbeeld de verzorgenden?

4b. Worden hiervoor instrumenten gebruikt? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet? (Bijv. DOS)

4c. Vindt u dat dit goed gaat? (Bijv. teveel vals-positieven bij DOS; mensen met dementie onterecht met een delier worden herkend)

5a. Wat is uw rol in het stellen van de diagnose van een delier? Wanneer komt u in aanraking met een cliënt met een delier?

5b. Gebruikt u zelf diagnostische instrumenten om de diagnose te stellen voor een delier? Zo ja, welke en waarom deze? Zo nee, waarom niet?

5c. Gebruiken anderen diagnostische instrumenten? Zo ja, welke en waarom deze? (Bijv. CAM, DRS)

5d. Bent u tevreden over de manier waarop de diagnose wordt gesteld?

Behandeling

6a. Hoe wordt een cliënt behandeld, wanneer de diagnose voor een delier is gesteld?

1: Onderliggende oorzaak behandelen?

2: Worden de symptomen bestreden (met of zonder medicatie)?

3: Vinden er ondersteunende maatregelen/verpleegkundige interventies plaats? (niet te veel verschillend personeel, voorzien van bril/hoorapparaat)

Worden er vrijheid beperkende maatregelen gebruikt?

6b. Geeft u ondersteuning aan andere zorgverleners hoe ze het beste kunnen omgaan met symptomen zoals angst en agressie?

6c. Is er verschil tussen de behandeling van een delier bij cliënten met en zonder dementie?

6d. Kan de manier van behandelen volgens u nog verbeterd worden?

7. Ziet u een rol voor de verzorgenden/ verpleegkundigen in de behandeling van een delier?

8. Ziet u een rol voor de specialist oudergeneeskunde in deze behandeling?

Nazorg

9a. Vindt er specifieke zorg plaats nadat de delirante periode is afgelopen? Zo ja, waaruit bestaat deze zorg? (Bijv. napraten met de patiënt/ familie)

9b. Kan deze nazorg volgens u nog verbeterd worden?

Rol familie

10a. Speelt de familie een rol in de zorg voor een delirante cliënt?

Hebben zij een rol in de preventieve fase/ vroeg herkennen van een delier?

Hebben zij een rol in de behandeling en na de delirante fase? Zo ja welke?

10b. Bent u hier tevreden over?

Kennis en overdracht

Uit onderzoek volgt dat een delier vaker niet herkend wordt door zorgverleners door een gebrek aan kennis.

11. Heeft u het idee dat u zelf voldoende kennis heeft over de zorg voor cliënten met een delier? Zo nee, zou u deze kennis willen verbeteren en hoe?

12a. Heeft u het idee dat de verzorgenden voldoende kennis hebben over de zorg voor cliënten met een delier? (Bijv. voor het herkennen van een delier)

12b. Heeft u het idee dat de specialist(en) oudergeneeskunde voldoende kennis hebben over de zorg voor cliënten met een delier?

13. Worden er binnen uw beroepsgroep bijscholingstrajecten aangeboden? Zou het bijvoorbeeld interessant zijn om bijgeschoold te worden over een nieuwe richtlijn voor delier?

Ik ben nu aan het einde van mijn interview gekomen, heb ik nog iets gemist of heeft u misschien nog verder wat toe te voegen? Bedankt voor uw medewerking, dan zet ik nu de opnameapparatuur uit. Als dank heb ik een kleinigheidje meegenomen (Merci geven) en een promotiepakketje van Vilans (uitleggen). Als u het op prijs stelt kan ik u nadat het onderzoek is afgerond een samenvatting van de belangrijkste resultaten op een factsheet toesturen.

Bijlage 3. Vragenlijst EVV'er of teamleider

Fijn dat u wilde mee werken aan het interview. Ik zal eerst even kort vertellen waar het interview over gaat. Ik heb eerst een paar algemene vragen over het voorkomen van delier in uw verpleeghuis, vervolgens zal ik verder ingaan op de zorg voor cliënten met een delier zoals wat er gebeurt op het gebied van preventie, het stellen van een diagnose en de behandeling van delier binnen uw verpleeghuis. Tot slot zal ik afsluiten met een paar vragen gerelateerd aan de kennis over delier onder zorgverleners in verpleeghuizen.

Het interview zal ongeveer 45 minuten duren en uw gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden zonder directe referentie naar u. Vindt u het goed als ik het interview opneem? De opname gebruik ik alleen om de interviews uit te werken en wordt vervolgens anoniem opgeslagen. Zo ja, dan zet ik nu de recorder aan..

Algemeen

1a. Bent u voornamelijk werkzaam op psychogeriatrische afdelingen of op somatische afdelingen?

1b. Kunt u een schatting maken van het aantal gevallen van delier in uw verpleeghuis per jaar?

2. Worden deze gevallen van delier doorgaans volgens u op tijd herkend? Zo nee, welke problemen worden er ervaren en door wie?

Voorafgaand aan deze interviews ben ik de literatuur ingedoken waarin onderscheidt wordt gemaakt in de fases preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg voor cliënten met een delier. Als eerste zal ik nu ingaan op de preventie fase.

Preventie

3a. Worden er maatregelen genomen om een delier te voorkomen onder verpleeghuisbewoners? Zo ja, welke en waarom deze? Zo nee, waarom niet?

(Bijv. preventie interventies zoals voorzien van bril en hoorapparaat, niet meer dan drie medicijnen tegelijk, observeren in verschillende situaties)

3b. Bent u hier tevreden over?

Diagnose

4a. Hoe wordt een delier door verzorgenden (en verpleegkundigen) herkend?

4b. Worden er instrumenten gebruikt voor het vroeg herkennen van een delier?

Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet? *(Bijv. de DOS)*

4c. Vindt u dat dit goed gaat?

5a. Wat doen de verzorgenden (en verpleegkundigen) wanneer ze het vermoeden hebben dat een cliënt een delier heeft? *(inschakelen van de specialist/ psycholoog)*

5b. Vindt u dat dit goed gaat?

Behandeling

6a. Hoe wordt een cliënt vervolgens behandeld, wanneer de diagnose voor een delier is gesteld? *(onderliggende oorzaak behandelen, bestrijden symptomen, ondersteunende maatregelen: niet teveel wisselend personeel, vast dagritme)*

6b. Worden er maatregelen gebruikt om cliënten hun vrijheid te beperken zoals het vastbinden van de handen?

6c. Denkt u dat de behandeling van een delier nog verder verbeterd kan worden?

7. Ziet u een rol voor de specialist oudergeneeskunde in de behandeling van een delier?

8. Ziet u een rol voor de psycholoog in de behandeling van een delier?

Nazorg

9a. Vindt er specifieke zorg in jullie verpleeghuis plaats nadat de delirante periode is afgelopen? Zo ja, waaruit bestaat deze zorg? (Bijv. napraten met de patiënt/ familie wat er gebeurd is)

9b. Kan deze nazorg volgens u nog verbeterd worden?

Rol familie

10a. Speelt de familie een rol in de zorg voor een cliënt met een delier?

Hebben zij een rol in de preventieve fase/ vroeg herkennen van een delier?

(Bijv. informeren over de kans op een delier voordat een delier is ontstaan)

Hebben zij een rol in de behandeling en na de delirante fase? Zo ja welke?

10b. Bent u tevreden over de rol van de familie?

Kennis en overdracht

Uit onderzoek volgt dat een delier vaker niet herkend wordt door zorgverleners door een gebrek aan kennis.

11. Heeft u het idee dat u zelf voldoende kennis heeft over de zorg voor cliënten met een delier? Zo nee, zou u deze kennis willen verbeteren en hoe?

12a. Heeft u het idee dat uw collega's voldoende kennis heeft over de zorg voor cliënten met een delier? (Bijv. voor het herkennen van een delier)

12b. Heeft u het idee dat de psycholoog en voldoende kennis heeft over de zorg voor cliënten met een delier?

12c. Heeft u het idee dat de specialist oudergeneeskunde voldoende kennis heeft over de zorg voor cliënten met een delier?

13. Worden er bijscholingstrajecten aangeboden aan de verzorgenden binnen uw verpleeghuis? Zou het bijvoorbeeld interessant zijn om bijgeschoold te worden over delier?

Ik ben nu aan het einde van mijn interview gekomen, heb ik nog iets gemist of heeft u misschien nog verder wat toe te voegen? Bedankt voor uw medewerking, dan zet ik nu de opnameapparatuur uit. Als dank heb ik een kleinigheidje meegenomen (Merci geven) en een promotiepakketje van Vilans (uitleggen). Indien u het op prijs stelt kan ik u nadat het onderzoek is afgerond een samenvatting van de belangrijkste resultaten op een factsheet toesturen.

Bijlage 4. Mail aan specialisten oudergeneeskunde

Geachte heer/mevrouw

U heeft enige tijd geleden gereageerd op een oproep van Inge van der Stelt (Verenso) waarin u werd gevraagd naar ontwikkelingen en eventuele knelpunten ten aanzien van de zorg voor cliënten met een delirium. Hartelijk dank voor uw reactie. Naar aanleiding van uw reactie vragen wij uw medewerking in de vorm van een interview op locatie. Bij voorkeur interviewen we in een verpleeghuis de specialist ouderengeneeskunde, de psycholoog en iemand van de verzorging, bijvoorbeeld een EVV'er of teamleider. Qua tijdsinvestering kunt u uitgaan van twee interviews van ongeveer 45 minuten met twee verschillende personen. Charlotte Gijzen, die als stagiaire bij ons werkzaam is, zal binnen enkele dagen contact met u opnemen voor toestemming en het plannen van een afspraak.

Actuele stand van zaken rond delierzorg

Op dit moment voeren wij vanuit Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg, een literatuurverkenning uit naar optimale delierzorg in verpleeghuizen. We vergelijken de literatuurresultaten met de dagelijkse praktijk van een aantal verpleeghuizen. Wij verwachten dat dit inzicht geeft in de actuele stand van zaken rond delierzorg in verpleeghuizen in Nederland en mogelijk aanknopingspunten biedt voor verbetertrajecten. Ook zijn we geïnteresseerd in goede voorbeelden van delierzorg.

Ik hoop dat u positief reageert op ons verzoek, bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Drs. Ruth Pel –Littel

senior programmamedewerker
Programma Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg
(030) 789 2501 (direct) | r.pel@vilans.nl
Mobiel werk : 06 2280 9660
Werkdagen: dinsdag, donderdag, vrijdag

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg
Postbus 8228 | 3503 RE Utrecht | 030 789 2300 | www.vilans.nl

Bijlage 5. Algemene mail aan specialisten oudergeneeskunde

Geachte heer/mevrouw

Op dit moment voeren wij vanuit Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg, een literatuurverkenning uit naar optimale delierzorg in verpleeghuizen. We vergelijken de literatuurresultaten met de dagelijkse praktijk van een aantal verpleeghuizen. Wij verwachten dat dit inzicht geeft in de actuele stand van zaken rond delierzorg in verpleeghuizen in Nederland en mogelijk aanknopingspunten biedt voor verbetertrajecten.

Voor de inzichten uit de praktijk zouden wij graag een specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog en/of iemand van de verzorging, bijvoorbeeld een EVV'er of teamleider willen interviewen. De voorkeur gaat uit naar twee interviews van ongeveer 45 min met twee verschillende personen op locatie. Zou u zelf willen meewerken met een interview en heeft u suggesties voor een andere medewerker binnen uw verpleeghuis?

Ik hoop dat u positief reageert op ons verzoek, bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Charlotte Gijzen

Bijlage 6 Code schema

Inschatting incidentie
<i>Cumulatieve incidentie</i>

Preventie
<i>Preventie maatregelen</i>
<i>Preventie maatregelen voordat iemand naar ziekenhuis gaat</i>
<i>Proces</i>

Diagnose								
<i>Vroeg herkenning</i>	Instrumenten	Wat te doen bij herkenning	Proces	Signalen	Hoe beter?	Proces instrumenten	Proces wat te doen	Rol overige zorgverleners
<i>Diagnose stellen</i>	Rol arts (afname testen)	Rol psycholoog	Instrumenten	Rol verzorging				

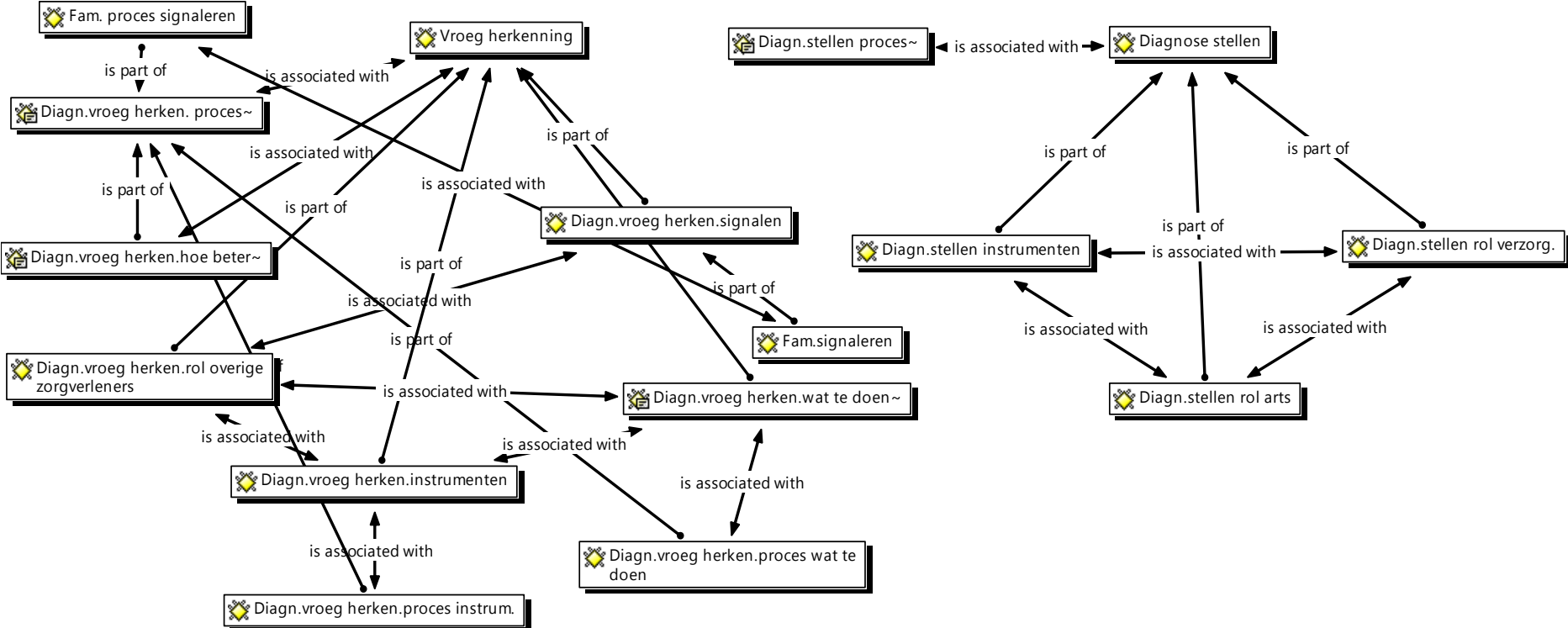
Behandeling					
<i>Medicatie</i>	Rol arts	Rol psycholoog	Rol verzorging	Algemeen	
<i>Oorzaak</i>	Rol arts	Rol psycholoog		Algemeen	
<i>Ondersteunende maatregelen</i>	Rol arts	Rol psycholoog	Rol verzorging	Algemeen	Vrijheidsbeperkende maatregelen
<i>Verschil dementie</i>					
<i>Proces</i>	Oorzaak	Medicatie	Ondersteunende maatregelen	Overig	
<i>Overig</i>	Rol arts	Rol psycholoog	Rol verzorging	Algemeen	

Nazorg
<i>Risicofactoren/ alertheid</i>
<i>Napraten met familie/ cliënt</i>
<i>Rapporteren/documenteren</i>
<i>Proces</i>
<i>Nachecken</i>
<i>Overig</i>

Rol familie		
<i>In de behandeling</i>		
<i>Informereren</i>		
<i>Signaleren</i>		
<i>Proces</i>	Ondersteunende maatregelen	Signaleren

Kennis				
<i>Verzorgenden</i>	Bestaande kennis	Kennistekort	Bijscholing	E-learning
<i>Specialisten oudergeneeskunde</i>	Bestaande kennis	Kennis tekort	Bijscholing	
<i>Psychologen</i>	Bestaande kennis	Kennis tekort	Bijscholing	

Bijlage 7 Netwerk thema diagnose: code vroeg herkenning en code diagnose stellen



Bijlage 8 Netwerk thema behandeling

