

Vroegtijdige herkenning van een delirium bij de oudere patiënt.



Erasmus Universiteit te Rotterdam
Beleid Management & Gezondheidszorg

Onderzoeksinstelling: Mesos Medisch Centrum

Naam: Janine Mulder

Studentnummer: 283783

Datum: 11-06-2007

Afstudeerbegeleider: Mevr. Dr. M.A. Goossensen

Voorwoord

Voor de afronding van deze Master Zorgmanagement heb ik een wetenschappelijk afstudeeronderzoek uitgevoerd. Deze scriptie is daarvan de verslaglegging. Ik heb gekozen voor het onderwerp delirium, omdat ik tijdens het onderzoek als verpleegkundige werkzaam was binnen de psychiatrie en omdat ik later als verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis ben gaan werken. Ik wilde graag praktijkervaring en wetenschappelijke kennis combineren.

Na de opleiding HBO-V wilde ik kennis verwerven om op een overstijgend niveau naar de hedendaagse gezondheidszorg te kunnen kijken en om daarin te kunnen participeren. Daarom ben ik in 2004 gestart met het schakelprogramma Zorgmanagement. Deze opleiding van de Erasmus Universiteit Rotterdam voldoet aan die criteria.

De Master afrondend stel ik vast, dat ik door het volgen van deze studie veel kennis heb opgedaan. Die kennis kan en ga ik nu en in de toekomst zeker gebruiken! Het realiseren van deze opleiding werd mogelijk door hulp, advies en support van veel mensen in mijn directe omgeving. Ik wil een aantal mensen in het bijzonder bedanken. In de eerste plaats mijn ouders die mij de afgelopen jaren op alle fronten hebben bijgestaan en gesteund. Ik wil ook mijn partner bedanken voor zijn steun en begrip. Hij heeft mij aan het einde van de studie gestimuleerd de studie af te ronden. Want het gezegde *'de laatste loodjes wegen het zwaarst'* gold ook voor mij! Ik wil mijn begeleider, Anne Goossensen van de Universiteit ook hartelijk bedanken voor haar concrete en voor mij waardevolle adviezen.

Hartelijk bedankt voor jullie steun, adviezen en begeleiding

Almere, juni 2007

Samenvatting

Ernstige verwardheid bij oudere patiënten vormt steeds vaker een probleem in het ziekenhuis. Hierbij gaat het onder andere om hallucinaties en onrust. We spreken ook wel van een delirium. In dit onderzoek is aan de hand van een implementatie van de Delirium Observatie Schaal (DOS) gekeken naar de effecten in termen van herkenning van een delirium en de impact voor de verpleegkundige zorg.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het Mesos Medisch Centrum Utrecht locatie Ouderijn op afdeling 5 (maag, darm en lever). In een aftrapbijeenkomst heeft de onderzoeker informatie gegeven omtrent de implementatie van de Delirium Observatie Schaal. Aansluitend hebben de verpleegkundigen op deze afdeling een maand met het DOS-instrument gewerkt. Naast het werken met de DOS-lijsten zijn er zeven interviews afgenomen. Een betrokken psychiater heeft het onderzoek overwegend via de mail begeleid.

Uit het onderzoek is gebleken, dat verpleegkundigen het werken met de DOS-lijsten over het algemeen genomen als prettig hebben ervaren. Men signaleerde in een eerder stadium de symptomen, waardoor preventief met verpleegkundige interventies gestart kon worden.

Tijdens het onderzoek bleek, dat er relatief weinig DOS-lijsten geretourneerd werden. Dat maakt de beoordeling van de bruikbaarheid van de DOS-lijst voor deze afdeling lastig. Om meer te kunnen zeggen over de toepasbaarheid van deze lijst zal een dergelijk onderzoek op grotere schaal herhaald moeten worden. Het is van belang dat het management en de afdeling psychiatrie in een dergelijk onderzoek participeren door openlijk hun steun te betuigen aan het onderzoek en het bijvoorbeeld mee te nemen tijdens afdelingsvergaderingen.

Summary

Severe mental disorder with the elderly patient is a growing problem within the general hospital. Main problems are hallucination and unrest. This is called a delirium. During this research the effects of implementing the Delirium Observation Scale (DOS) in terms of recognition by and impact on the nursing staff have been observed.

The research has been executed at department 5 (Stomach, Vowels and Liver) of the Mesos Medical Centre Utrecht, location Ouderijn. A kick-off meeting has been conducted in which the researcher provided information on the implementation of the Delirium Observation Scale. After this kick-off meeting the nursing staff has used the instrument for a month. In addition to the results of this months work, seven interviews have been held. A psychiatrist associated with the department has participated to the implementation mainly through the mail.

The result of the implementation has been that the nursing staff in general has found working with the DOS-instrument pleasant. They now discover the symptoms in an earlier stage, which enables them to act in an earlier stage on these symptoms.

A low amount of DOS-forms have been returned during the research. As a result, not as much as planned can be said on the usability of the instrument. To be able to draw better conclusions on this, the research needs to be repeated on a larger scale. Important is, that management and the psychiatric department need to be included in this research by openly supporting the research and include it during department meetings.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
1.1 Doelstelling	10
1.2 Deelvragen	10
1.3 Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader	12
2.1 Definitie delirium	12
2.2 Klinische verschijnselen.....	12
2.3 Diagnostiek.....	13
2.4 De prognose en het verloop van een delirium.....	13
2.5 Delirium in relatie tot dementie en alzheimer.....	14
2.6 Ontwikkelde instrumenten voor het herkennen van een delirium.....	14
3.2 Instrument.....	19
3.3 Onderzoeksmethoden	22
3.4 Wijze van data verzamelen	23
3.4.1 Literatuurstudie	23
3.4.2 Werkwijze aangaande bronnen	23
3.4.4 Betrouwbaarheid	24
3.4.5 Validiteit.....	25
4 Resultaten	26
4.1 Algemene analyse geretourneerde DOS-lijsten	26
4.2.1 DOS-lijsten.....	28
4.3 Analyse.....	33
4.3.1 DOS-lijsten.....	33
4.3.2 MIP-meldingen.....	36
4.3.3 Interviews	37
5 Discussie en conclusie.....	41
5.1 Wat is een delirium en hoe onderscheidt dit zich ten opzichte van dementie /.....	41
alzheimer?	41
5.2 Hoe kunnen verpleegkundigen op eenvoudige en betrouwbare manier een delirium	
diagnosticeren bij de chirurgische patiënt?	42
5.3 Welke effecten heeft de introductie van de Delirium Observatie Schaal op de.....	43

patiënt (de herkenning van een delirium / de eventuele schade voor de patiënt)?.....	43
5.4 Welke effecten heeft de invoering van de Delirium Observatie Schaal op de.....	43
verpleegkundigen (organisatie van het werk / deskundigheid).....	43
5.5 In hoeverre voldoen de afkappunten van de Delirium Observatie Schaal voor deze	
patiëntengroep?	44
5.6 Conclusie.....	46
6 Wetenschappelijke reflectie	47
7 Aanbevelingen.....	51
8 Referenties.....	53
Bijlagen	55
A Uiteenzetting ziektebeeld delirium.....	56
B Diagnostiek aan de hand van de DSM-IV en ICD-10.....	59
C De experts die benaderd werden	60
E Overzicht tabellen behorende bij de grafieken in voorgaande document	64
F correspondentie met Dr. Lanting.....	66

Figuren:

Figuur 1 Schematische weergave ingevulde DOS-lijsten	24
Figuur 2 Overzicht scores predisponerende factoren	26
Figuur 3 Verdeling van de scores op de predisponerende factoren (N=13)	27
Figuur 4 Overzichtscores kenmerken delirium	28
Figuur 5 Verdeling scores tweede deel formulier per dienst (N=6)	29
Figuur 6 Overzicht MIP-meldingen 2005&2006	30
Figuur 7 Percentage ingevulde DOS-lijsten (N=101)	31
Figuur 8 Percentage gescoorde formulieren per dienst (N=23)	32
Figuur 9 Percentage correct ingevulde DOS-lijsten (N=23)	33

1. Inleiding

Ernstige verwardheid bij oudere patiënten vormt een steeds groter probleem in het ziekenhuis. Het betreft onder andere hallucinaties en onrust. Het is één van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen, die vooral ontstaat bij de oudere patiënt [1] en die niet altijd goed te onderscheiden is van alzheimer of dementie. Het delirium is een probleem dat op alle afdelingen van een algemeen ziekenhuis kan voorkomen [2].

Het komt steeds vaker voor, dat patiënten in het ziekenhuis een delirium doormaken. Dat betekent hogere de kosten per patiënt. Een groot deel van de totale jaarlijkse kosten van de medische zorg is te relateren aan het aantal deliriums dat in het desbetreffende ziekenhuis heeft plaatsgevonden [1].

Op dit moment is sprake van een incidentie van 10-30%. Ondanks het feit, dat oudere patiënten steeds vaker een delirium doormaken en dat het bij deze groep patiënten de meeste complicaties veroorzaakt, wordt het in de ziekenhuissetting nog niet altijd (tijdig) herkend. [3,4].

Het niet tijdig herkennen van een delirium kan nadelig zijn voor de patiënt. Het kan in de zorg voor de patiënt en in omgang met de patiënt en zijn naasten belemmerend werken. Voorbeelden hierbij zijn: valincidenten/fracturen (29%), zichzelf verwonden/zichzelf in gevaar brengen (23%), uittrekken van drains/katheters (10%) [4].

Het is duidelijk, dat de zorg voor deze patiëntengroep soms te wensen over laat, dat de medisch specialisten en de verpleegkundigen vaak onvoldoende kennis van deliriums hebben en dat de kwaliteit van zorg daardoor minder is. De inspecteur van de gezondheidszorg prof. dr. J.H. Kingma heeft deze problematiek geconstateerd en vervolgens in een rapport voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beschreven. Hij geeft aan, dat in het omgaan met deliriums nog veel winst te behalen is. Een goed deliriumbeleid is van het grootste belang. Bij de ontwikkeling van een dergelijk beleid moet ook de financiële situatie in kaart worden gebracht, omdat de kosten omtrent het deliriumbeleid ongetwijfeld zullen toenemen [2].

De kwaliteit van zorg voor deze specifieke patiëntenpopulatie moet naar een hoger niveau. De CBO richtlijn Delirium 2004 kan een bijdrage leveren aan de vermindering van de incidentie en bekorting van een delirium [5]. Artsen, verpleegkundigen en andere disciplines moeten inzicht krijgen in de kenmerken en de ernst van een delirium.

Verschillende onderzoekers hebben meetinstrumenten ontwikkeld om zowel een delirium in kaart te brengen, als om de ernst van een delirium vast te stellen. Met behulp van één van deze meetinstrumenten moeten verpleegkundigen op eenvoudige en betrouwbare manier een delirium kunnen herkennen.

Het doel van dit onderzoek: het implementeren en evalueren van één van deze meetinstrumenten. Het betreft de implementatie van de Delirium Observatie Schaal (DOS) [6] gericht op het tijdig herkennen en diagnosticeren van een delirium bij een chirurgische patiënt. In dit onderzoek wordt nagegaan welke invloed het DOS-instrument heeft op de algemene zorg voor de patiënt, de verpleegkundige zorg en hoe verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk met het instrument omgaan. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in ziekenhuis Mesos, locatie Ouderijn op afdeling 5 (maag, darm en lever).

1.1 Doelstelling

Implementatie van de Delirium Observatie Schaal (ter herkenning van een delirium) en het vaststellen van de effecten hiervan in termen van de herkenning van de deliriums door de staf en de impact voor de verpleegkundige zorg.

1.2 Deelvragen

1. Wat is een delirium en hoe onderscheidt dit beeld zich ten opzichte van dementie of alzheimer?
2. Hoe kunnen verpleegkundigen op eenvoudige en betrouwbare manier een delirium diagnosticeren bij de chirurgische patiënt?
3. Welke effecten heeft de introductie van de Delirium Observatie Schaal op de patiënt (de herkenning van een delirium / de eventuele schade voor de patiënt)?
4. Welke effecten heeft de invoering van de Delirium Observatie Schaal op de verpleegkundigen (organisatie van het werk / deskundigheid)?
5. In hoeverre voldoen de afkappunten van de Delirium Observatie Schaal voor deze patiëntengroep?

1.3 Leeswijzer

De scriptie bestaat uit een aantal delen. Deze leeswijzer beschrijft de opbouw van het document.

In het eerste deel van deze scriptie, hoofdstuk twee, staat het theoretisch kader beschreven. In het theoretisch kader worden de klinische verschijnselen, de diagnostiek, de prognose en het verloop van een delirium benoemd. Aansluitend worden de ontwikkelde instrumenten om een delirium te herkennen beschreven.

In het tweede deel van deze scriptie, hoofdstuk drie, komen de methoden van onderzoek aan de orde. Aandachtspunten zijn: het onderzoeksdesign, de onderzoeksmethoden, de wijze van data verzamelen, interviews en het verwachte resultaat van het onderzoek

In het derde deel, hoofdstuk 4, worden door middel van een kwalitatieve- en een kwantitatieve analyse de resultaten van het onderzoek gepresenteerd.

In het vierde deel, hoofdstuk 5, wordt ingegaan op de beantwoording van de deelvragen van dit onderzoek. Ten slotte komen de discussie en de conclusies aan de orde.

Ter afsluiting van deze scriptie worden in hoofdstuk 6 aanbevelingen gedaan voor de dagelijkse praktijk en voor verder onderzoek.

2. Theoretisch kader

Om antwoord te kunnen geven op de eerste twee deelvragen wordt in dit hoofdstuk beschreven wat een delirium is. Verder komen aan de orde: het ontstaan, de kenmerken en de instrumenten om een delirium te herkennen, of om de ernst van een delirium te meten. In de bijlage is de verdere uiteenzetting van het ziektebeeld en de diagnostiek aan de hand van de DSM-IV en ICD-10 opgenomen.

2.1 Definitie delirium

Het delirium is een psycho-organische stoornis ten gevolge van het falen van het cerebrale metabolisme, dat min of meer acuut ontstaat, van tijdelijke duur is en in ernst en symptomatologie wisselt [2].

2.2 Klinische verschijnselen

Het herkennen van een delirium is van groot belang, omdat het een indicatie is van een onderliggende medische conditie/oorzaak, die moet worden geïdentificeerd en behandeld. Daarom moet uitgebreid onderzoek worden gedaan naar de onderliggende etiologie. Dat is vaak niet gemakkelijk te diagnosticeren, omdat er soms sprake kan zijn van meerdere etiologische factoren, die een rol spelen bij het ontstaan van een delirium. Dat wordt zichtbaar bij de helft van de oudere patiënten met een delirium [5]. Een delirium ontstaat vaak binnen enkele uren tot dagen, waarbij de klinische verschijnselen gedurende de dag kunnen fluctueren. Verschijnselen komen en gaan. Het is zelfs mogelijk dat een delirante patiënt gedurende een korte periode vrij van symptomen is. Dat kan een valkuil zijn in de diagnostiek. De snelheid van het ontstaan van een delirium bij een patiënt is onder andere afhankelijk van de oorzaak. Vaak ziet men een delirium ontstaan bij oudere patiënten, die een operatie hebben ondergaan, of wanneer er sprake is van plotselinge ernstige lichamelijke verstoringen. Een delirium kan ook ontstaan door meer sluipende oorzaken, zoals: stofwisselingsstoornissen, chronische ziektes, voorgeschreven medicatie, (illegale) drugs [8,5].

Een delirium ontstaat vaak niet vanuit het niets. In een eerder stadium voorafgaande aan een delirium zijn bij een patiënt vaak prodromale verschijnselen aanwezig. Deze kunnen bestaan uit: slapeloosheid 's nachts, sufheid overdag, levendige dromen of nachtmerries, korte momenten van desoriëntatie die corrigeerbaar zijn, rusteloosheid, moeite met denken, geïrriteerdheid en angst. De genoemde verschijnselen kunnen in een korte periode (1 tot 3 dagen) overgaan in een volledig beeld van een delirium [5,8,9].

2.3 Diagnostiek

Een delirium kan uit verschillende, niet altijd te onderscheiden symptomen van dementie of psychiatrische stoornis bestaan. Om tot een juiste diagnose te komen, kan men gebruik maken van de DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) [10]. Het is van groot belang vroegtijdig de juiste diagnose te stellen. In de behandeling kan het niet onderkennen of het niet juist diagnosticeren van een delirium voor de patiënt zeer nadelige gevolgen hebben. Het is voor de artsen echter niet altijd gemakkelijk om de juiste diagnose te stellen, omdat het om een secundaire diagnose gaat [9].

2.4 De prognose en het verloop van een delirium

De ernst en de duur van een delirium hangen af van de medische oorzaak, de kwetsbaarheid van een patiënt en de behandeling. Voornamelijk oudere patiënten lopen het risico op een langer durend delirium. Over het algemeen is een delirium van tijdelijke aard, maar in enkele gevallen treedt geen herstel op. Het delirium gaat dan over in coma en dood. Oudere mensen herstellen soms ook niet volledig van een delirium. Het is vaak een voorspeller van een langere opname, verlies van zelfredzaamheid, verlies van verminderde zelfzorg, desoriëntatie, risico op verwonding, verstoord slapen, vocht- en voedingstekort, verhoogd risico op complicaties. Het betekent ook vaak, dat patiënten niet meer terug kunnen naar de oude woonvoorziening [5,9].

2.5 Delirium in relatie tot dementie en alzheimer

De symptomen van een delirium komen in grote mate overeen met de kenmerken en symptomen van dementie en alzheimer. Het grote verschil is gelegen in het genezingsproces. Dementie is een syndroom, dat gepaard gaat met een progressieve afname van de cognitieve functies ten gevolge van beschadiging of ziekte van de hersenen, buiten de te verwachten afname ten gevolge van ouderdom [14]. Bij alzheimer en dementie is sprake van ‘verschrompeling’ van delen van de hersenen en is irreversibel. Er is dus geen kans op herstel [13].

2.6 Ontwikkelde instrumenten voor het herkennen van een delirium

Er zijn inmiddels een aantal instrumenten ontwikkeld, die een delirium kunnen aantonen. Er zijn ook instrumenten, die de ernst van een delirium in kaart kunnen brengen. Deze instrumenten zijn van groot belang om tijdig een delirium te diagnosticeren, zodat een adequate behandeling om de kwaliteit van zorg ten aanzien van de patiënt te vergroten, ingezet kan worden. Er zijn twee verschillende soorten scales: screening scales en severity scales. De eerste meet *of* een delirium aanwezig is en de tweede geeft de ernst van een delirium weer [9].

Screening scales	Severity scales
<ul style="list-style-type: none">❑ Confusion Assessment Method❑ Delirium Symptom Interview❑ Neecham Confusion Scale❑ Cognitive Test for Delirium❑ Delirium Observation Screening Scale (DOS)	<ul style="list-style-type: none">❑ Delirium Rating Scale [10]❑ Memorial Delirium Assessment Scale❑ Confusional State Evaluation❑ Delirium Severity Scale❑ Delirium Index

Inmiddels zijn er in Nederland verschillende mogelijkheden om een delirium te screenen en daar een behandeling aan te koppelen. Het gebruik maken van het Delirium Detectie Programma, dat recent ontwikkeld werd door het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam (Bannink & Van Zuylen, 2005), is één van die mogelijkheden. Het screeningsinstrument bestaat uit:

- een risicoprofiel om een verhoogde kans op het ontstaan van een delirium te kunnen scoren;
- de Delirium Observatie Schaal (DOS). Dit is een screeningsinstrument waarbij iedere patiënt wordt gescoord aan de hand van 10 predisponerende factoren. Bedraagt de totale score 3 of meer, dan wordt aan de hand van 13 items gedurende 3 dagen een observatielijst bijgehouden. Indien de dagscore gedeeld door 3 gelijk is aan 3 of hoger, dan is waarschijnlijk sprake van een delirium en moet een consult voor de psychiater worden aangevraagd;
- een zorgplan/verpleegplan, inclusief het gebruik van maatregelen ter voorkoming van onnodig letsel en voorlichting/begeleiding aan naasten.

Met behulp van dit programma krijgen verpleegkundigen meer kennis van en inzicht in de vroegtijdige herkenning van een delirium.

Een andere mogelijkheid is onlangs ontwikkeld door klinisch geriater Kalisvaart [9]. Het betreft een verpleegkundig meetinstrument: Delier-O-Meter (DOM) om de ernst van een delirium in kaart te brengen, zodat er gerichte interventies gepland kunnen worden. Het is een schaal die driemaal per dag moet worden gebruikt om de ernst en het beloop te bepalen. Daarbij kan de DOM ook het effect van een interventie in kaart brengen [11].

Er is ondertussen steeds meer bekend over wat symptomen en mogelijke oorzaken van een delirium zijn. Er is al veel gepubliceerd over een delirium bij de oudere heup-OK patiënten [9,12] en over de invloed van medicatie, drugs, alcohol en metabolische stoornissen is inmiddels ook veel geschreven [8]. Daarentegen is er weinig literatuur over het voorkomen, herkennen en behandelen van een delirium bij andere patiëntenpopulaties, zoals bijvoorbeeld de urologiepatiënten.

Op het verpleegkundige vlak waren aanvankelijk weinig mogelijkheden. Daar begint verandering in te komen. Toch werken veel ziekenhuizen nog niet met een screeningsinstrument. Op dat gebied valt voor de verpleegkundige zorg dus nog het een en ander te verbeteren.

Dat ziekenhuizen nog niet met dergelijke meetinstrumenten werken, komt mogelijk omdat men nog onderschat hoe vaak een delirium voorkomt en omdat men niet altijd op de hoogte is van de bestaande screeningsinstrumenten.

3 Methoden van onderzoek

In dit deel van de scriptie wordt de uitvoering van het onderzoek beschreven. Daarbij wordt aandacht besteed aan: het onderzoeksdesign, de wijze van dataverzameling, de literatuurstudie, het gebruikte instrument en de methoden van onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign

Voor dit onderzoek werd gekozen voor één afdeling: de afdeling maag, darm en lever. Het betrof een onderzoek met een before en after design. Binnen deze afdeling kon een “diepte”onderzoek plaatsvinden. Gezien het feit, dat er gedurende een korte periode gemeten werd, kan sprake zijn van biases, zoals: seizoenseffecten en andere vertekeningen. Het was gezien de beperkte tijdsinvestering van dit onderzoek niet haalbaar om hiervoor een controlegroep samen te stellen.

In onderstaand schema wordt een overzicht gegeven van de deelvragen, die dit onderzoek bevat en wat, bij wie en hoe er per deelvraag gemeten werd.

Vraag	Wat te meten	Bij wie en hoe te meten
1 Wat is een delirium en hoe onderscheidt dit zich van dementie en alzheimer?	symptoombeschrijving en differentiaal diagnostiek	<input type="checkbox"/> lezen literatuur / theoretische beantwoording (literatuurstudie)
2 Hoe kunnen verpleegkundigen op eenvoudige en betrouwbare manier een delirium bij de chirurgische patiënt diagnosticeren?	overzicht van diagnostische instrumenten	<input type="checkbox"/> lezen literatuur / theoretische beantwoording (literatuurstudie)

<p>3</p> <p>Welke effecten heeft de introductie van de Delirium Observatie Schaal op de patiënt? (de herkenning van een delirium en de eventuele schade voor de patiënt)</p>	<p>effecten bij patiënten meten (aantal deliriums + gevolgen en het aantal valincidenten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dossiers lezen <input type="checkbox"/> onderzoeken invloed meetinstrument door middel van interviews en ingevulde doslijsten
<p>4</p> <p>Welke effecten heeft de invoering van de Delirium Observatieschaal op de verpleegkundigen? (organisatie van werk / deskundigheid)</p>	<p>effecten op verpleegkundig handelen meten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> interviews afnemen onder de verpleegkundigen na de introductie van het DOS instrument
<p>5</p> <p>In hoeverre voldoen de afkappunten van de Delirium Observatie Schaal voor deze patiëntengroep?</p>	<p>afkappunten: sensitiviteit / specificiteit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> door middel van de data afkomstig van het DOS instrument = nameting <input type="checkbox"/> door middel van gegevens afkomstig uit een vergelijkbare instelling

Ad 3. Met behulp van het DOS screeningsinstrument wordt gemeten in hoeverre er sprake is van een delirium. Door middel van het screeningsformulier wordt bij opname gescoord of de patiënt een (verhoogd) risico heeft op de ontwikkeling van een delirium. Indien dat het geval is, worden gedurende drie dagen de risico factoren van de patiënt gescoord. De totaliteit van het screeningsinstrument wordt gebruikt voor het vaststellen van de effecten op de patiënt. Hierbij gaat het om de vroegtijdige herkenning van een delirium, waardoor preventief of in een beginstadium ingegrepen kan worden. Hierdoor zal de kwaliteit van zorg voor de patiënt verbeteren en kan de opnameduur verkort worden. Effecten worden gemeten door de periode voor en ten tijde van de invoering van het screeningsinstrument te vergelijken.

In het kader van dit onderzoek is gekozen voor het meten van het aantal deliriums en valincidenten om het effect van de implementatie van het DOS instrument te kunnen bepalen. Het verwachte effect van de gebruikmaking van dit instrument is, dat het aantal valincidenten

zal afnemen en dat deliriums eerder herkend worden, waardoor schade aan de patiënt voorkomen kan worden.

Ad 4. Bij het meten van de effecten op het verpleegkundig handelen, gaat het om het tijdig leren herkennen van de symptomen en het aanpassen van het verpleegkundig handelen (organisatie van zorg) aan de herkende symptomen. Dit wordt bekeken vanuit het perspectief van de verpleegkundige. Door het afnemen van semi-gestructureerde interviews bij zeven verpleegkundigen wordt dit in kaart gebracht. Hierdoor wordt inzichtelijk gemaakt welke eventuele voordelen of nadelen het werken met het DOS instrument kan bieden. Bovendien wordt ten tijde van het gebruik van het instrument bekeken wat het leereffect voor de verpleegkundige is. Omdat een delirium nog niet altijd (tijdig) wordt herkend, is voor deze effecten gekozen. Het niet tijdig herkennen kan komen doordat verpleegkundigen nog onvoldoende inzicht hebben in de symptomen van een delirium.

In het kader van dit onderzoek is gekozen voor het afnemen van de interviews bij verpleegkundigen omdat het werken met het DOS instrument hoofdzakelijk een verpleegkundige interventie is.

3.2 Instrument

Zoals aangegeven in paragraaf 2.6 zijn er verscheidene instrumenten ontwikkeld om een delirium te herkennen. Voor dit onderzoek kwamen de Delier-O-Meter (DOM) en de Delirium Observatie Schaal (DOS) in aanmerking. De DOM, ontwikkeld door dr. Kalisvaart, is een screeningsinstrument gericht op het monitoren van de ernst van een delirium [9,11]. Dit instrument helpt zowel verpleegkundigen als artsen het verloop van een delirium snel en eenvoudig te kunnen rapporteren [11]. In tegenstelling tot de DOM is de DOS gericht op de herkenning van een delirium, zodat er vroegtijdig op verpleegkundig en medisch niveau gehandeld kan worden.

Voor de uitvoering van dit onderzoek is gekozen voor het DOS-instrument [zie bijlage D] omdat het beter aansluit bij het doel van dit onderzoek, namelijk: vroegtijdige herkenning van een delirium. Daarnaast gaf het management van het Mesos Medisch Centrum aan dat zij het DOS-instrument ziekenhuisbreed willen gaan invoeren.

De data die wordt verkregen met behulp van het DOS-instrument wordt gebruikt ter beantwoording van de deelvragen twee, vier en vijf. Met dit instrument kan goed in kaart worden gebracht of criteria bestaan voor de ontwikkeling van een delirium. Met dit instrument kan ook worden nagegaan hoe verpleegkundigen bij een chirurgische patiënt de herkenning van een delirium kunnen verbeteren. Met behulp van dit instrument gaat men meten hoe vaak een delirium op de afdeling voorkomt. Aan de hand daarvan wordt bestudeerd wat nodig is om vroegtijdig een delirium te herkennen of te diagnosticeren om de kwaliteit van zorg rondom deze patiënten te verbeteren.

Het screeningsinstrument bestaat uit twee fasen. De eerste fase betreft tien predisponerende factoren. De predisponerende factoren bestaan uit de volgende items:

- delirium in de voorgeschiedenis en/of verwardheid voor opname
- cognitie verstoring zoals bij: hersentumor, cva, dementie, M.Parkinson, contusio
- verandering van opioïde analgetica (zowel van soort als van toedieningsweg)
- gebruik van alcohol > 4 eenheden per dag
- leeftijd > 70 jaar
- gebruik drugs: uitgezonderd marihuana
- koorts > 38.5 graden Celsius
- metabole stoornis
- hardhorendheid, slechthoortheid
- ingreep onder narcose

Scoort de patiënt bij opname 3 of meer op de predisponerende factoren dan volgt fase twee. De verpleegkundige gaat met behulp van het screeningsinstrument de patiënt drie dagen lang gedurende alle diensten observeren aan de hand van 13 items:

- zakt weg tijdens gesprek of bezigheden
- is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving
- heeft aandacht voor gesprek of handeling
- maakt vraag of antwoord niet af
- geeft antwoorden die niet passen bij de vraag
- reageert traag op opdrachten
- denkt ergens anders te zijn
- beseft wel welk dagdeel het is
- herinnert zich recente gebeurtenis
- is plukkerig, rommelig, rusteloos
- trekt aan infuus, sonde, katheter enzovoort
- ziet/hoort dingen die er niet zijn

De uitkomsten worden genoteerd op de screeningslijst. Aan de hand van de uitkomsten wordt een verdere analyse toegepast.

3.3 Onderzoeksmethoden

In deze paragraaf wordt de opzet van de dataverzameling beschreven. Deze opzet is van belang om de resultaten goed in de tijd te kunnen vergelijken. Het was noodzakelijk om gegevens te hebben voordat werd gemeten met het DOS-instrument (baseline). Alleen dan kan bij de resultaten een goede vergelijking ten aanzien van de effectiviteit van het DOS-instrument worden gemaakt. In een schema worden aansluitend de deelvragen in relatie tot de dataverzameling weergegeven.

- Voormeting:
 - registreren deliriums,
 - registreren meldingen incidenten patiënten,
 - informatie opvragen bij experts op het gebied van screeningsinstrumenten (zie bijlage C voor overzicht van respondenten).
- Implementatie DOS instrument:
 - aftrapbijeenkomst,
 - aanbieden noodzakelijke informatie,
 - reminders ophangen op de afdeling.
- Nameting:
 - registreren deliriums,
 - registreren meldingen incidenten patiënten,
 - interviews met verpleegkundigen,
 - nazoeken specificiteit / sensitiviteit.

3.4 Wijze van data verzamelen

Het verzamelen van data vindt gedurende het onderzoek plaats door het lezen van (wetenschappelijke) literatuur. Verder komen er naar aanleiding van het meten met het screeningsinstrument data naar voren, die gebruikt kunnen worden in dit onderzoek. Ten slotte wordt nog gebruik gemaakt van data, die wordt verzameld middels semi-gestructureerde interviews.

3.4.1 Literatuurstudie

Bij het beantwoorden van de geformuleerde onderzoeksvraag en de deelvragen wordt een literatuurstudie uitgevoerd. Deze studie is bedoeld om vast te stellen wat bekend is ten aanzien van een delirium en de ontwikkelde screeningsinstrumenten. De geraadpleegde informatie wordt in de eindscripctie vermeld. De literatuurstudie is niet alleen bedoeld om informatie te verzamelen over een delirium, maar ook om te achterhalen wat ontbreekt op het gebied van een delirium.

3.4.2 Werkwijze aangaande bronnen

Het raadplegen van zoekmachines zoals Google, Pubmed, Picarta door het gebruik van zoektermen waaronder *delirium*, *DOS* en *ratingscale*. Vervolgens worden de relevante artikelen of boeken in de (medische) bibliotheek opgezocht en bestudeerd.

3.4.3 Interviews

In het kader van dit onderzoek, worden ter beantwoording van vraag drie en vier, bij een aantal verpleegkundigen van de afdeling semi-gestructureerde interviews afgenomen. De interviews focussen zich vooral op de verpleegkundigen, omdat de verpleegkundige interventies in dit onderzoek centraal staan. Er wordt een topiclijst gemaakt [15]. Door middel van de uitkomsten van de interviews wordt bestudeerd hoe verpleegkundigen het werken met het DOS instrument hebben ervaren en in hoeverre dit hun herkenning van het klinisch beeld van een delirium heeft vergroot.

3.4.4 Betrouwbaarheid

Met betrekking tot de interne betrouwbaarheid wordt gekeken naar de consistentie van dit onderzoek. Dit wordt aan de hand van de volgende stappen vastgesteld. Met behulp van deze stappen kunnen de onderzoeker en derden terugkijken hoe het proces is verlopen en waar en waarom is afgeweken.

- De te nemen stappen met betrekking tot het uitvoeren van dit onderzoek worden beschreven in dit onderzoeksvoorstel. De beschreven stappen vormen de leidraad voor het uit te voeren onderzoek naar het tijdig herkennen van een delirium door middel van het geïmplementeerde screeningsinstrument.
- Het ruwe datamateriaal ten aanzien van het onderzoek wordt verzameld en bewaard. Deze informatie kan na het einde van dit onderzoek dienen om te checken of de inhoud van het eindresultaat overeenkomt met de informatie uit de literatuur en de semi-gestructureerde interviews.

Naast interne betrouwbaarheid is er ook sprake van externe betrouwbaarheid. De externe betrouwbaarheid wordt door middel van auditing uitgevoerd. Dit is het laten beoordelen van het eindresultaat door middel van externe beoordelaren. Er wordt in het kader van dit onderzoek gekozen voor 3 à 4 personen, werk- en niet werkgerelateerd. Tevens zullen de resultaten van het onderzoek naast de literatuur gelegd worden om te checken in hoeverre het onderzoek overeenkomt met de literatuur [16,17,18].

3.4.5 Validiteit

Interne validiteit verwijst naar de geldigheid / kwaliteit van de conclusies, die naar aanleiding van dit onderzoek worden getrokken. De interne validiteit wordt aan de hand van de volgende stappen vastgesteld: Het gebruik van triangulatie [16]. Hierbij worden semi-gestructureerde interviews gehouden met veldmedewerkers, zoals verpleegkundigen. Tevens wordt er gebruik gemaakt van (wetenschappelijke) literatuur en documenten van het ziekenhuis en peer debriefing [16].

Wanneer het onderzoek klaar is, zal feedback ten aanzien van het eindresultaat van belang zijn. Hierdoor wordt het de onderzoeker niet alleen duidelijk of de inhoud logisch, maar ook begrijpelijk is voor derden.

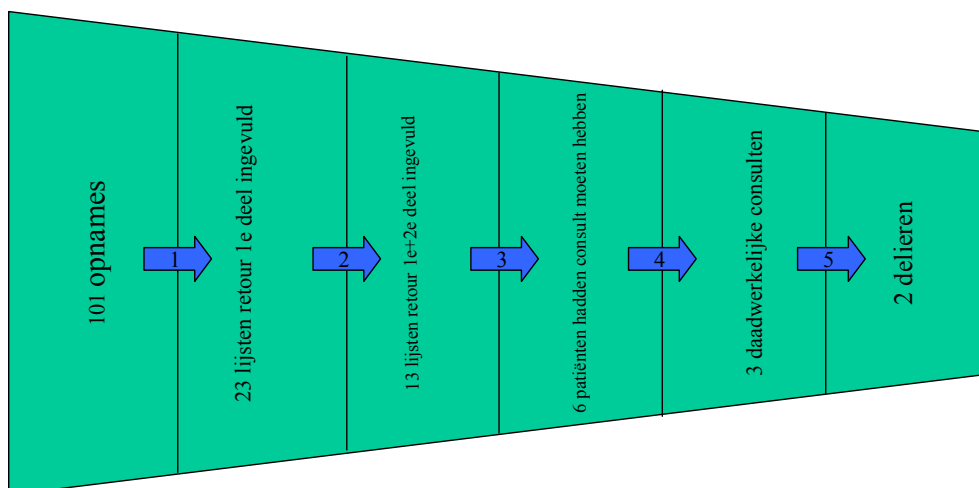
Externe validiteit [18,19] volgt logischerwijs uit de interne validiteit [18,19] Het gaat hierbij om de vraag in hoeverre de intern geldige conclusies generaliseerbaar zijn naar vergelijkbare situaties. De verkregen informatie door middel van interviews en documenten worden vergeleken met de gevonden/bestudeerde literatuur.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven. Het betreft zowel kwalitatieve als kwantitatieve resultaten.

4.1 Algemene analyse geretourneerde DOS-lijsten

De verpleegkundigen hebben op 30 maart 2006 in een aftrapbijeenkomst uitleg gekregen over de implementatie van de Delirium Observatie Schaal (DOS). In deze bijeenkomst is stapsgewijs aan de hand van sheets uitgelegd wat een delirium is, wat de symptomen zijn en hoe men dit alles kan meten met behulp van het DOS-instrument. De aanwezige verpleegkundigen konden participeren door het stellen van vragen en door hun ervaringen te delen met andere aanwezigen. Daarnaast zijn aan alle verpleegkundigen papieren documenten met het doel van onderzoek, de onderzoeksmethoden en de uitleg van het DOS-instrument uitgedeeld. Er zijn op de afdeling affiches opgehangen om verpleegkundigen te blijven herinneren aan het werken met het DOS-instrument. Naar aanleiding van de aftrapbijeenkomst zijn de verpleegkundigen gedurende de maand april op de afdeling met behulp van het DOS-instrument gaan meten. In onderstaand figuur wordt in vijf stappen het aantal opnames, het aantal ingevulde lijsten en het aantal patiënten met een delirium in de maand april weergegeven.



Figuur 1: schematische weergave ingevulde DOS-lijsten

In de maand april was er sprake van 101 opnames. Voor 23 van deze patiënten werd alleen het eerste deel van de DOS-lijst ingevuld. Dat betekent dat er voor 78 patiënten geen DOS-lijst werd ingevuld (pijl 1). Reden voor het ontbreken van de gegevens van de 78 patiënten had te maken met het feit dat patiënten die werden overgenomen van een andere afdeling niet werden gescoord en dat verpleegkundigen er ten gevolge van tijdsdruk niet aan toe kwamen om patiënten te scoren. Zie verder het kwalitatieve deel van dit onderzoek.

Van de 23 geretourneerde lijsten werd voor 13 patiënten ook het tweede deel ingevuld (pijl 2). Dat betekent dat naast de predisponerende factoren (deel 1 van de lijst) er gedurende drie dagen de observaties in bijna alle diensten werden gescoord. Patiënten waarvoor het tweede deel niet werd ingevuld scoorden niet voldoende op de predisponerende factoren, namelijk minder dan 3. Dat betekent dat patiënten niet een verhoogd risico hebben op het krijgen van een delirium gedurende de opname.

Gelet op de scores van de 13 DOS-lijsten die vrijwel volledig ingevuld waren, hadden 6 patiënten in aanmerking moeten komen voor een psychiatrisch consult (pijl 3). Zeven patiënten kwamen niet in aanmerking, omdat die op de observaties gedurende de drie dagen minder dan 3 scoorden waardoor zij niet een verhoogd risico hadden. Een psychiatrisch consult was dus niet noodzakelijk.

De data afkomstig van de psychiater geven weer dat 3 patiënten daadwerkelijk een consult hebben gehad (pijl 4). Het verschil tussen de 6 patiënten die een consult hadden moeten hebben en de drie die een consult hebben gehad, is te verklaren doordat de psychiater of arts-assistent de diagnose delirium niet heeft kunnen stellen.

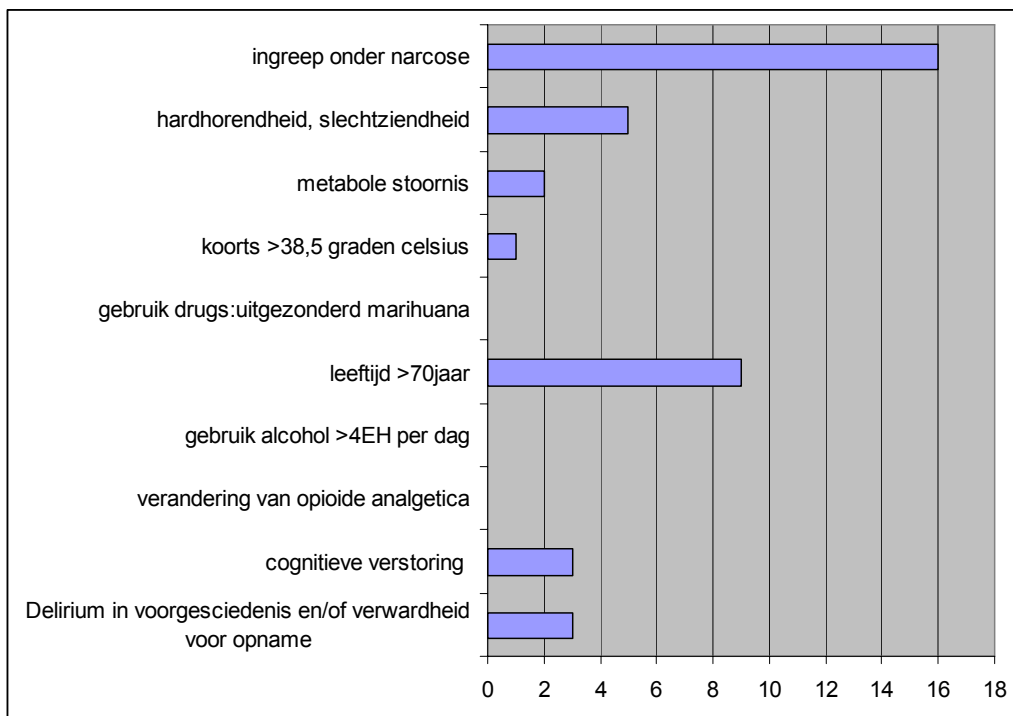
Twee patiënten hadden daadwerkelijk een delirium (pijl 5). De derde patiënt werd als dement gediagnosticeerd.

4.2 Kwantitatieve analyse

In deze paragraaf wordt een verslag van de kwantitatieve analyse gegeven van de data verkregen uit dit onderzoek. Eerst wordt een analyse gemaakt van de DOS-lijsten waarna een overzicht wordt gegeven van de Meldingen Incidenten Patiënten (MIP), meldingen voor en tijdens het onderzoek.

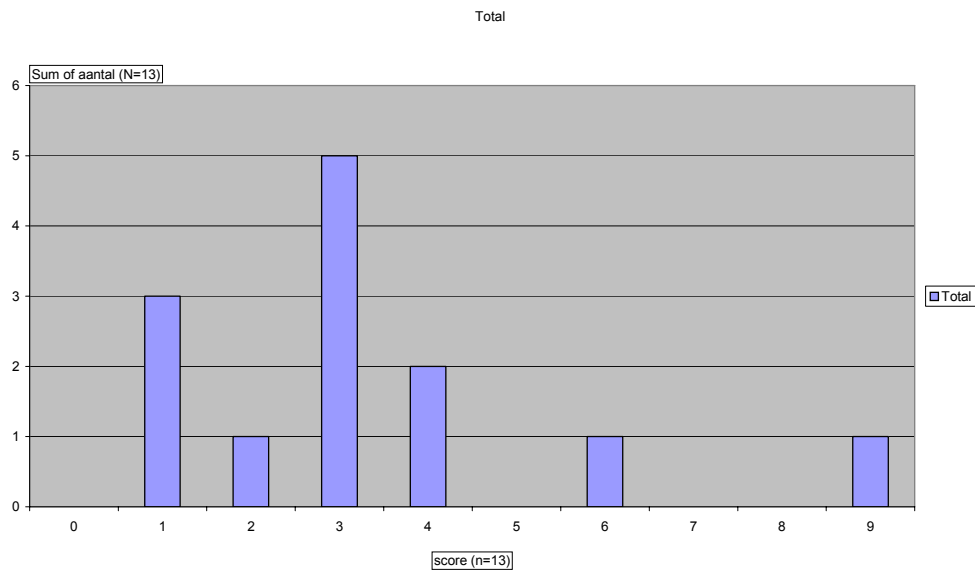
4.2.1 DOS-lijsten

Van de 23 geretourneerde DOS-lijsten waarvan het eerste deel werd ingevuld, scoorden patiënten vooral op de predisponerende factoren 'ingreep onder narcose' en 'leeftijd > 70 jaar'. In onderstaande figuur zijn de scores op deze predisponerende factoren opgenomen. In bijlage E kunnen de details worden nagelezen.



Figuur 2: overzicht scores predisponerende factoren

Van het totaal van de gescoorde lijsten (23) zijn 13 lijsten volledig ingevuld. De tabel geeft weer hoe vaak bij formulieren waar het tweede deel van ingevuld is een bepaalde score op de predisponerende factoren voorkwam



Figuur 3: Verdeling van de scores op de predisponerende factoren (N=13)

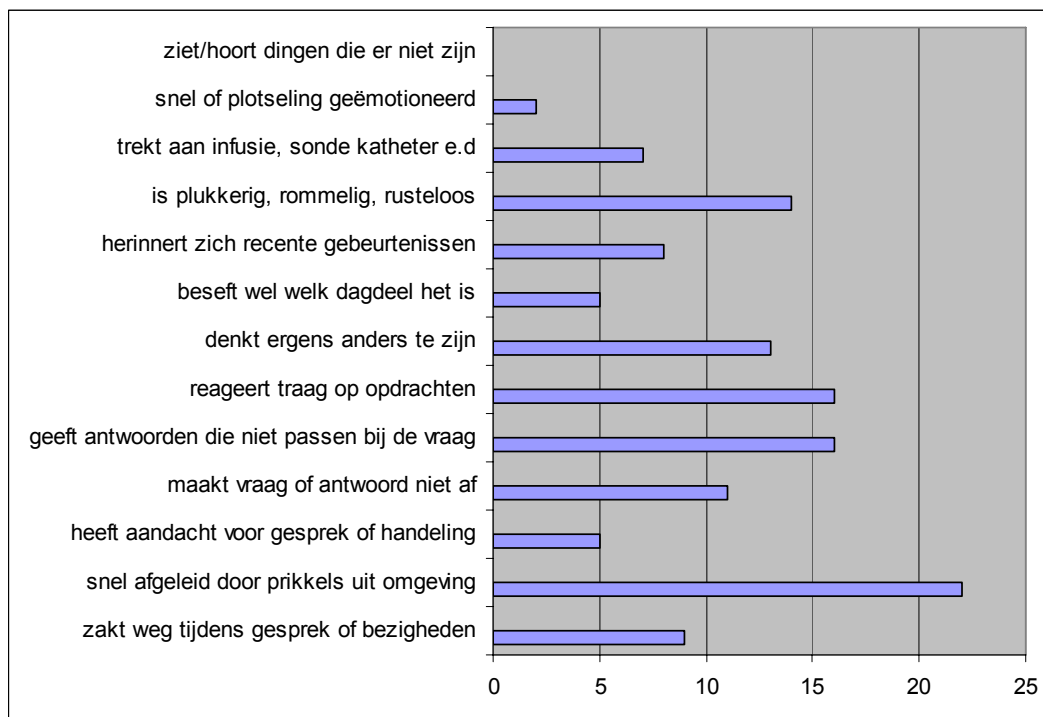
X-as: Hoogte van de score op de predisponerende factoren

Y-as: Aantal patiënten dat deze score gehaald heeft

In het tweede deel van de DOS-lijsten, het daadwerkelijk observeren van de patiënt, vallen de volgende aspecten op:

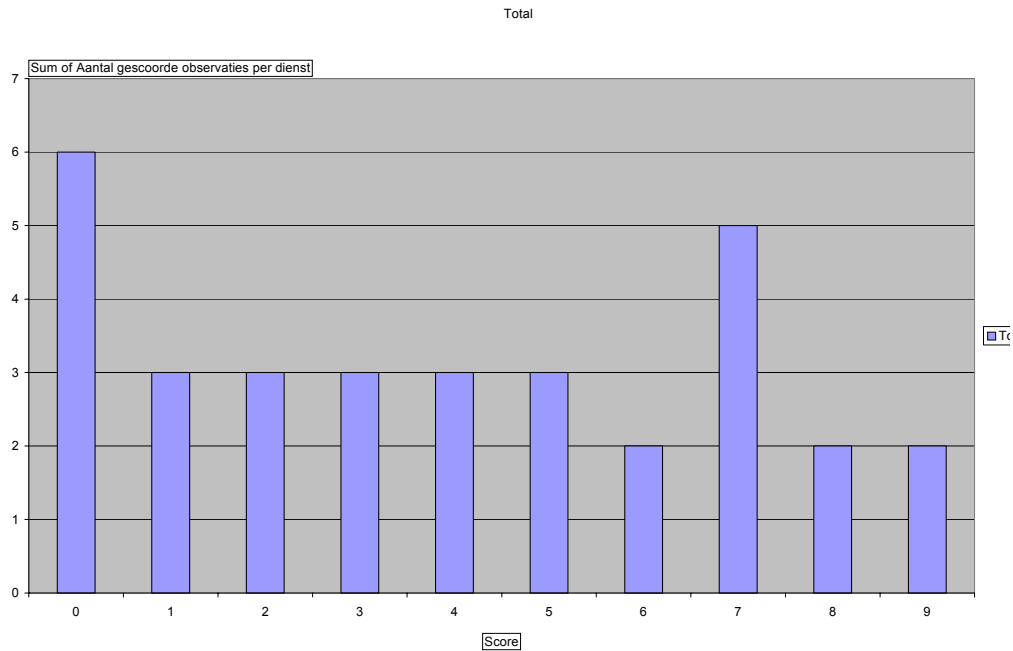
- patiënten zijn snel afgeleid door prikkels uit de omgeving;
- de patiënt geeft antwoorden, die niet passen bij de vraag;
- de patiënt reageert traag op opdrachten.

Onderstaande figuur geeft de scores op de 13 kenmerken van een delirium weer. Voor de details van de scores wordt verwezen naar bijlage E.



Figuur 4: overzicht scores kenmerken delirium

Van de 13 DOS-lijsten waarvan het tweede deel werd gescoord, hadden zes patiënten in aanmerking moeten komen voor een psychiatrisch consult. Onderstaande tabel geeft het aantal keren, dat een score op de observaties tijdens een dienst voorkwam, weer.

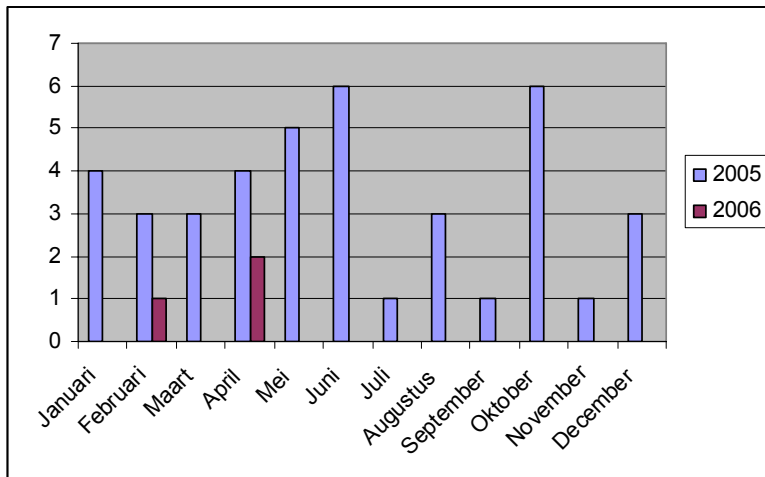


Figuur 5: Verdeling scores tweede deel formulier per dienst (N=6)

X-As: Hoogte van de score op het tweede deel tijdens een dienst
Y-As: Aantal diensten dat deze score genoteerd heeft

4.2.2 MIP-meldingen

Onderstaande figuur geeft het aantal MIP-meldingen (meldingen en incidenten patiëntenzorg) in 2005 & 2006 (tot en met april) weer. Gedurende 2005 en de maanden januari tot en met maart van 2006 is er op de afdeling (lever, maag, darm) waarvoor gemeten is, geen methode gebruikt voor de herkenning van een delirium. Alle andere kwantitatieve variabelen (zoals seizoensinvloeden, patiëntenaantallen en dergelijke) waren gedurende deze periode, voor zover bekend bij de onderzoeker, vergelijkbaar.



Figuur 6: overzicht MIP-meldingen 2005&2006

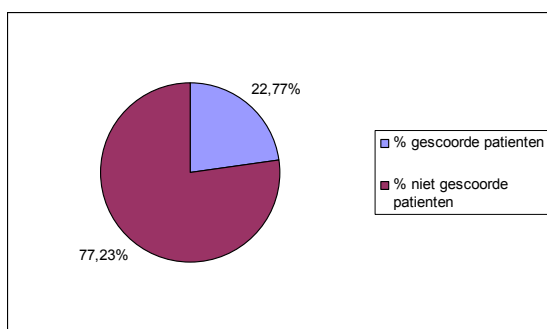
Zie voor verdere uitleg MIP-meldingen paragraaf 4.3.2

4.3 Analyse

In deze paragraaf wordt een nadere analyse van de DOS-lijsten en de MIP- meldingen weergegeven, zoals die naar voren zijn gekomen tijdens het onderzoek.

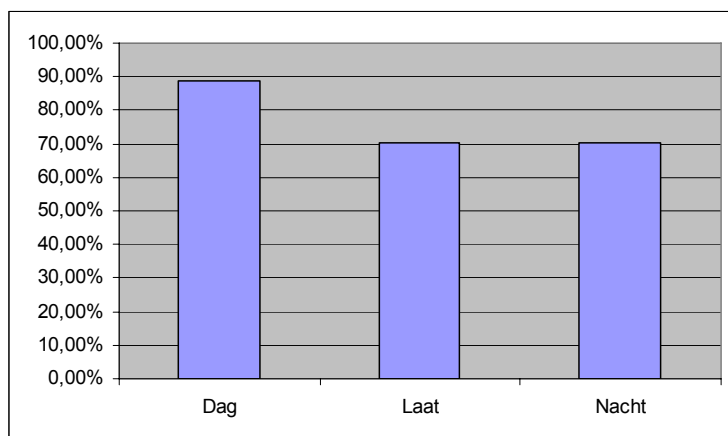
4.3.1 DOS-lijsten

Niet bij alle patiënten werd de DOS-lijst afgenomen. Dat is gebleken uit de geretourneerde data. Redenen van non-respons hadden onder andere te maken met de werkdrukke van de verpleegkundigen. Patiënten die werden overgenomen van een andere afdeling werden niet gescoord. Men deed dit niet, omdat dit onderzoek niet op andere afdelingen is uitgevoerd waardoor er niet in het begin van de opname al is gekeken naar predisponerende factoren.



Figuur 7: percentage ingevulde DOS-lijsten (N=101)

Verhoudingsgewijs werden er ook weinig *volledig* ingevulde lijsten retour gezonden. Van de 23 geretourneerde lijsten waren niet altijd alle aspecten ingevuld. De meest opvallende aspecten waren onvoldoende kennis met betrekking tot de predisponerende factoren, zoals slechtiendheid. Er waren enkele verpleegkundigen die een vraagteken noteerden op de lijsten of de onderzoeker belden voor nadere uitleg omtrent een bepaald kenmerk. Daarnaast waren er patiënten die lager dan 3 scoorden bij de predisponerende factoren, maar waarbij wel gedurende één of enkele diensten werd gescoord (dit gebeurde bij 4 van de 23 lijsten). Dan waren er nog de patiënten die bij de predisponerende factoren lager dan 3 scoorden, maar bij de observaties toch gemiddeld 3 scoorden (of hoger). Als laatste kwam naar voren dat niet de lijsten niet gedurende alle diensten werden ingevuld, waardoor er geen goed beeld gegeven kon worden van de patiënt.



Figuur 8: percentage gescoorde formulieren per dienst (n=23)

Bovenstaande figuur (Figuur 8) geeft weer, welk deel van de formulieren waarvan het tweede deel ingevuld moest worden, ook daadwerkelijk is gescoord door de verschillende diensten.

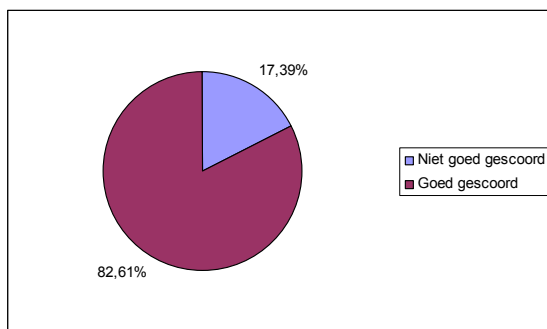
Gekeken naar de geretourneerde lijsten waarvan het tweede deel gedeeltelijk was ingevuld, viel een aantal aspecten op. Er werd niet standaard een psychiater of consultatief psychiatrisch verpleegkundige in geconsulteerd als een patiënt bij de observaties hoger dan 3 scoorde. Het kan zijn dat er telefonisch overleg is geweest met de arts-assistent psychiatrie, maar dat er geen officieel consult is aangevraagd. Anderzijds bestaat de mogelijkheid dat verpleegkundigen, ondanks de score van de patiënt de noodzaak niet inzag om de psychiater of consultatief psychiatrisch verpleegkundige in te schakelen.

Er bleek een patiënt bij de predisponerende factoren hoger dan 3 te scoren en bij de observaties met uitzondering van één late dienst, gemiddeld lager dan 3 te scoren. Toch bleek bij deze patiënt sprake te zijn van een delirium.

Bij een andere patiënt was sprake van dementie in plaats van een delirium. Deze patiënt scoorde bij de predisponerende factoren hoger dan 3 scoorde en bij de observaties gedurende de drie dagen was er sprake van een gemiddelde score van 3. Hierbij werd wel een psychiater in consult gevraagd. De psychiater gaf aan dat er standaard in aansluiting aan een eerste behandeling een dementie-screening moet worden afgenomen. Dit kan een reden zijn waarom de patiënt de diagnose dementie heeft gekregen in plaats van een delirium. Als laatste viel op dat patiënten die daadwerkelijk een delirium hadden ouder waren dan 70 jaar. Beide scoorden op de cognitieve verstoring. De reden hiervan is dat oudere mensen eerder met een verstoring

in cognitieve functies (waarneming, aandacht, concentratie, geheugen, oriëntatie, taalgebruik, vaardigheden) te maken krijgen dan mensen onder de 70 jaar. Dit komt doordat het geheugen in de loop der jaren net als de concentratie minder wordt. Het zijn aspecten die een grote rol spelen bij het ontwikkelen van een delirium (omdat onder andere verminderde concentratie en oriëntatie daar een symptoom van zijn).

In onderstaande figuur wordt het percentage correct ingevulde DOS-lijsten (N=23) weergegeven. Ondanks bovengenoemde aspecten kan hieruit worden afgelezen dat 83% van de lijsten correct werd ingevuld.



Figuur 9: percentage correct ingevulde DOS-lijsten (N=23)

4.3.2 MIP-meldingen

Uit de verkregen data over MIP-meldingen kwam duidelijk naar voren, dat er in het jaar 2005 veel incidenten, waarbij patiënten zijn gevallen, hebben plaatsgevonden. Er was sprake van 17 MIP-meldingen waarvan 6 patiënten een delirium hadden. Er was sprake van onrust en/of verwardheid. Deze patiënten maakten al gebruik van psychofarmaca. Eén patiënt werd gefixeerd, omdat de patiënt onrustig was. Men zag geen noodzaak tot extra medicatie. De patiënt viel ten gevolge van vooroverbuigen met zijn gezicht op de grond.

In 2006 (van januari tot en met april) was er sprake van 4 meldingen. Hierbij was er één patiënt met psychische problematiek, namelijk dementie. In het jaar 2005 was er in dezelfde maanden sprake van 14 MIP-meldingen.

	2005	2006
Januari	4	0
Februari	3	1
Maart	3	0
April	4	2
Mei	5	
Juni	6	
Juli	1	
Augustus	3	
September	1	
Oktober	6	
November	1	
December	3	

Tabel 3: aantal MIP-meldingen in 2005 en 2006

4.3.3 Interviews

Introductie

Tijdens het onderzoek zijn er door de onderzoeker zes interviews afgenomen bij de verpleegkundigen werkzaam op de afdeling en één bij een consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

Opbrengsten implementatie

Na afloop van de implementatie waren de verpleegkundigen op de hoogte van de oorzaken van het ontstaan van een delirium en konden zij kenmerken behorende bij een delirium aangeven. Voorheen bleek dat anders te zijn. Men had onvoldoende kennis over patiënten met een delirium.

CPV-er: 'De meerwaarde is dat je mensen traint om bepaalde vragen te stellen en op bepaalde dingen te letten. Nu gaan ze er pas op letten als het prominent aanwezig is.'

Dit betrof niet alleen de verpleegkundigen maar ook de chirurgen. Men wist niet goed wat te doen. Sinds enige tijd is hier verandering in gekomen. Die verandering is ontstaan, doordat er de laatste tijd via verschillende kanalen (waaronder de media) meer aandacht werd gegeven aan dit onderwerp.

CPV-er: 'Het is sowieso drukker rondom het delier. Het staat veel in de kranten. Ze zijn met allerlei dingen bezig en in die zin is het een hot item, waardoor het meer aandacht krijgt.'

In het verleden waren op deze afdeling verschillende patiënten die een delirium ontwikkelden en die daar vervolgens niet snel bovenop kwamen. Het niet onderkennen door zowel de verpleegkundigen als de chirurgen speelde hierin een grote rol. Daardoor werd te laat aan de bel getrokken. De situatie moest eerst (flink) escaleren, wilde de psychiater geconsulteerd worden. Verpleegkundigen moesten in die periode eerst nog overleggen met de chirurg en die moest zijn fiat geven om een psychiater te kunnen consulteren. Over het algemeen wilden de chirurgen dergelijke situaties eerst zelf oplossen.

Verpleegkundige: 'We moesten het altijd eerst overleggen met de chirurg. En vaak was het ik kijk/regel het zelf wel even. Daar werden wij vaak niet blij van.'

Inmiddels gaat men daar nu anders mee om, doordat het in het verleden nogal eens uit de hand was gelopen. Het gevolg van dergelijke situaties was, dat verpleegkundigen veel tijd voor de patiënt nodig hadden en dat had weer invloed op de andere patiënten. Ze gaven aan dat deze situaties tijdrovend waren, hun diensten verstoorden, maar dat er ook sprake was van frustraties. Door de minimale kennis ontstonden discussies. Het maken van beleid bleef uit. Dat betekende weer, dat de verpleegkundigen, vaak buiten kantooruren, veel moesten regelen voor deze patiëntencategorie.

Verpleegkundige: 'Het kostte ontzettend veel tijd, omdat je de mensen niet alleen kon laten. Als het druk was, vroeg je je wel eens af waar je nu mee bezig was.'

Zoals de verpleegkundigen al hebben aangegeven, is inmiddels een positieve kentering gaande. De introductie van het DOS-instrument sluit hier goed bij aan. Verpleegkundigen hebben dit instrument over het algemeen genomen als positief ervaren.

Verpleegkundige: 'Ik was er erg blij mee. Hoop dat we het formulier in de toekomst gaan houden. Het geeft meer duidelijkheid. Je weet wanneer je er iets mee moet. Vooral doordat het duidelijk is op welke punten je moet letten'.

CPV-er: 'Meerwaarde is dat je de mensen traint bepaalde vragen te stellen en op bepaalde dingen te letten. Nu gaan ze er pas op letten als het prominent aanwezig is.'

Samenvattend: verpleegkundigen en chirurgen hadden in het begin onvoldoende kennis over het ziektebeeld delirium. Verpleegkundigen waren veel tijd kwijt aan de delirante patiënt met als gevolg dat de drukte op de afdeling toe nam. Door onder andere de aandacht vanuit de media heeft er een positieve kentering plaats gevonden. De implementatie van de Delirium Observatie Schaal heeft daar verder toe bijgedragen. Het geeft de verpleegkundigen een handvat in onder andere de observatiepunten of een patiënt mogelijk delirant is. Het DOS-instrument wordt gezien als een instrument om effectief te werken.

Evaluatie implementatie DOS-instrument

De implementatie van het instrument heeft men als positief ervaren. Er was voldoende informatie en uitleg geboden omtrent het DOS-instrument. Dat was dus niet de reden dat de formulieren niet goed gebruikt werden.

Ten aanzien van de herkenning van een delirium gaven de verpleegkundigen aan, dat ook daadwerkelijk snellere acties plaatsvonden wanneer er een hogere score in de DOS-lijst was. De psychiater werd sneller geconsulteerd. De behandeling kon zodoende eerder worden gestart en de patiënt had vervolgens weinig tot geen hinder van een delirium post-ok. Men is door de introductie van deze lijst bovendien alerter geworden op herkenning.

De verpleegkundigen benoemden zelf een aantal algemene aandachtspunten. Voorbeeld: kennisontwikkeling moet nu vooral door blijven gaan.

Gedacht wordt aan klinische lessen – inschakelen psychiatisch verpleegkundige – duidelijke onderlinge communicatie. Een verpleegkundige van de afdeling gaf aan, dat de consultatief psychiatisch verpleegkundige in dergelijke situaties ook zelf meer initiatief zou mogen tonen.

Verpleegkundige: 'Ik denk ook dat de CPV-er daarin een taak zou kunnen hebben en dat ze die taak meer naar zich toe zou kunnen trekken'

De consultatief psychiatisch verpleegkundige van haar kant gaf aan, dat de afdeling haar vaker zou mogen inschakelen, vaker een beroep zou mogen doen op haar expertise.

CPV-er: 'We worden veel vaker niet ingeschakeld. We worden vaak pas ingeschakeld als de patiënt lastig is. Ze mogen mij iedere keer inschakelen als ze twijfelen of dingen niet weten.'

Een verpleegkundige gaf aan, dat de DOS-lijst in twee onderdelen aangeboden zou moeten worden. Eén specifiek voorafgaand aan de opname en één formulier voor tijdens de opname. Andere verpleegkundigen vinden dat absoluut niet nodig. Dat zou voor de werkvloer nog meer formulieren betekenen.

Enkele verpleegkundigen gaven aan, dat er wel ‘weer een formulier bij kwam’. Dat was meer dan alleen maar een opmerking. De verpleegkundigen die dat opmerkten hadden weinig of geen DOS-lijsten ingevuld. Resultaat: (te) weinig goed ingevulde lijsten. Maar er waren meer factoren die een rol speelden: de lijsten werden niet altijd uit de patiëntendossiers gehaald; de lijsten werden niet altijd volledig ingevuld; de routine en de kennis ontbraken soms (het zat er nog niet ‘ingebakken’) en de drukte van een dienst speelde tenslotte ook een rol.

Verpleegkundige: ‘Een reden was de drukte in de avonddiensten waardoor er geen tijd voor extra formulieren was’

Verpleegkundige: ‘Helaas werd lang niet in alle diensten de DOS score ingevuld, waardoor formulieren onbruikbaar werden en het invullen opnieuw opgestart moest worden. Dat werkt demotiverend’

Daarbij waren er in de maand april weinig deliriums, veel jonge patiënten en een aantal lang liggers. Enkele verpleegkundigen gaven aan, dat ze de indruk hadden dat de DOS-lijst niet voor alle leeftijden optimaal was. Zij vonden dat de leeftijdsgrens van zeventig jaar wel iets omlaag zou mogen. Tevens gaven zij aan, dat het jammer was dat de overnames geen deel uitmaakten van het onderzoek. Hierdoor werden een aantal patiënten niet gescoord.

Samenvattend: de verpleegkundigen hebben de implementatie van het DOS-instrument als positief ervaren, doordat het gebruik van dit instrument bijdraagt aan het vroegtijdiger herkennen van een delirium, waardoor sneller acties kunnen worden ondernomen. Het is van belang dat alle verpleegkundigen bij alle patiënten de DOS-lijst afnemen. Scholing en facilitering lijken noodzakelijk.

5 Discussie en conclusie

In de voorgaande paragrafen werd uiteengezet wat een delirium is, met welk screeningsinstrument is gewerkt en wat de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten zijn van dit onderzoek. In de volgende paragrafen wordt nader ingegaan op de beantwoording van de deelvragen en de conclusie. Gezien het feit, dat het een afstudeeronderzoek betreft waren er enkele beperkende factoren als tijd en financiële middelen, die invloed hadden op de dataverzameling. Het was niet goed mogelijk het onderzoek op meerdere afdelingen uit te voeren. Daardoor konden geen vergelijkingen gemaakt worden. Het daadwerkelijk screenen heeft één maand geduurd, waardoor beperkt inzicht verkregen werd in de af- of toename van het aantal deliriums en de ernst daarvan. Voor aanvullende informatie is in dit onderzoek gebruikt gemaakt van interviews.

5.1 Wat is een delirium en hoe onderscheidt dit zich ten opzichte van dementie / alzheimer?

Het delirium is een psycho-organische stoornis ten gevolge van het falen van het cerebrale metabolisme, die min of meer acuut ontstaat, van tijdelijke duur is en in ernst en symptomatologie wisselt [2].

Voor een verdere uiteenzetting van een delirium verwijs ik u naar de paragrafen 2.1 tot en met 2.5.

5.2 Hoe kunnen verpleegkundigen op eenvoudige en betrouwbare manier een delirium diagnosticeren bij de chirurgische patiënt?

De Delirium Observatie Schaal helpt verpleegkundigen om de symptomen van een delirium te herkennen. Dit kan een bruikbaar instrument zijn voor de verpleegkundigen indien er in alle diensten gescoord wordt.

Tijdens dit onderzoek is gebleken, dat het invoeren van een dergelijk instrument niet eenvoudig is. Dit blijkt uit het feit dat van de 101 opnames slechts 23 DOS-lijsten retour gezonden zijn. Gevolg: nog lagere respons met betrekking tot de vervolgstappen. Van de 23 lijsten werd tijdens alle diensten 77% gescoord. Dat wil dus zeggen, dat een deel van de lijsten voor de patiënten niet gescoord zijn. Van de lijsten die wel gescoord zijn, werd in 23% van de gevallen niet in alle diensten gescoord. De predisponerende factoren werden ook niet altijd in alle DOS-lijsten op correcte wijze ingevuld. Hierdoor ontbreken observaties, die van invloed zijn op de vroegtijdige herkenning van een delirium.

Gelet op de getallen in de vorige alinea kan er in dit onderzoek geen conclusie getrokken worden met betrekking tot de betrouwbaarheid van het instrument. Daarvoor zijn de aantallen te laag. Om de respons hoger uit te laten vallen en de betrouwbaarheid van het instrument te toetsen had meer aandacht besteed moeten worden aan de invoering. Deze aandacht had met name moeten komen van het management van de afdeling waardoor bij de verpleegkundigen een gevoel van urgentie met betrekking tot de implementatie duidelijker aanwezig geweest zou zijn. Bij een dergelijke implementatie is het verstandig om als onderzoeker regelmatig follow-up te plegen en op basis van de resultaten bij te sturen. In dit traject was dit echter gezien de korte doorlooptijd niet mogelijk.

5.3 Welke effecten heeft de introductie van de Delirium Observatie Schaal op de patiënt (de herkenning van een delirium / de eventuele schade voor de patiënt)?

Op basis van de interviews is gebleken dat de introductie van de Delirium Observatie Schaal positief is. Verpleegkundigen gaven aan, dat zij met behulp van het instrument eerder geattendeerd werden op de symptomen van een delirium. Hierdoor konden zij eerder starten met verpleegkundige interventies, waardoor zij de gevolgen voor de patiënten konden beperken.

Verpleegkundigen gaven aan, dat er naar hun idee minder patiënten waren die een ernstig delirium doormaakten doordat zij preventief de psychiater konden inschakelen. Uit de informatie van de psychiater (zie bijlage F voor details correspondentie) kwam naar voren dat hij niet vaker formeel in consult is gevraagd nu men met dit instrument werkt. In die periode werd niet preventief medicatie voorgeschreven.

5.4 Welke effecten heeft de invoering van de Delirium Observatie Schaal op de verpleegkundigen (organisatie van het werk / deskundigheid)

Ten aanzien van de invoering van de Delirium Observatie Schaal waren de meningen van de verpleegkundigen verdeeld. Bij de aftrapbijeenkomst bleek dat verpleegkundigen enthousiast waren om met dit instrument aan de slag te gaan. Tijdens het traject werd duidelijk dat zij niet content waren met *'nog een formulier'*. Zij waren van mening dat er al genoeg formulieren zijn, waarmee ze moeten werken. Daardoor waren zij minder positief ten opzichte van de DOS-lijst. Na het traject was er in eerste instantie belangstelling om door te gaan met dit instrument. Maar omdat het management van de afdeling dit niet heeft overgenomen is dit instrument op dat moment niet ingevoerd.

Het overgrote deel van de verpleegkundigen stond positief tegenover de implementatie van het screeningsinstrument. Zij gaven in de aftrapbijeenkomst al duidelijk aan dat er op het (kennis-)gebied van delirijs nog veel winst te behalen was. In de verschillende face-to-face interviews en de vragenlijsten werd aangegeven, dat door het gebruik van de DOS-lijsten hun deskundigheid vergroot werd. Met behulp van de lijsten zagen zij eerder de kenmerken van een delirium, waardoor zij vervolgens in actie konden komen. Het gebruik van de lijsten

maakte de verpleegkundigen ook bewust van het feit, waarom er wel/geen sprake was van een delirium.

Opvallend was, dat niet alle patiënten, die in de maand april werden opgenomen, gescoord zijn. Deels had dit te maken met het feit, dat het overnames betrof. Hier ging het om patiënten die van een andere afdeling werden overgenomen. Deze patiëntencategorie werd buiten beschouwing gelaten voor het onderzoek.

Ten aanzien van de organisatie van het werk werd aangegeven, dat het in beginsel wat extra werk opleverde, omdat er gescoord moest worden. Uiteindelijk vertaalde het scoren zich in tijdswinst. Verpleegkundigen konden eerder ingrijpen, omdat ze met behulp van de DOS-schaal de symptomen van een delirium eerder konden waarnemen. Daardoor konden ze, zonder overleg te plegen met de psychiater, eerder starten met de verpleegkundige interventies.

5.5 In hoeverre voldoen de afkappunten van de Delirium Observatie Schaal voor deze patiëntengroep?

Tijdens dit onderzoek is naar voren gekomen, dat de predisponerende factoren niet door alle verpleegkundigen werden begrepen. Dit uitte zich in de wijze van invullen van de predisponerende factoren. Dit had voorkomen kunnen worden door meerdere informatie bijeenkomsten te organiseren, waar vragen omtrent het werken met de DOS-lijsten gesteld hadden kunnen worden. Patiënten die lager dan 3 scoorden, werden bijvoorbeeld wel gedurende enkele dagen geobserveerd.

Van de 23 DOS-lijsten werden vier niet goed ingevuld. Men vergat te scoren tijdens verschillende diensten en men telde de scores niet goed bij elkaar op. Er werd gescoord gedurende drie dagen terwijl de patiënt bij de predisponerende factoren hiervoor niet in aanmerking kwam. Uit dit alles kan geconcludeerd worden, dat ook meer aandacht besteed had moeten worden aan de implementatie door de verschillende lagen in het ziekenhuis. Dan had meer aandacht besteed kunnen worden aan de problemen die verpleegkundigen met het invullen van de formulieren hadden. Het effect van de implementatie had dan hoger kunnen zijn. De onderzoeker had de zorgcoördinatoren en het management tijdens het onderzoek nadrukkelijk bij de implementatie kunnen betrekken door hun de nodige informatie over het onderzoek te verschaffen en hen in de aftrapbijeenkomst te laten participeren.

Uit de interviews kwam ook naar voren, dat enkele verpleegkundigen het criterium van de leeftijd >70 jaar wel omlaag wilden hebben. Doordat de leeftijdsgrens nogal hoog lag, kregen zij het idee dat ze een hoop patiënten niet konden scoren, terwijl dit wel relevant leek.

Door het geringe aantal geretoureerde DOS-lijsten kan in dit onderzoek geen conclusie getrokken worden over de afkappunten van de Delirium Observatie Schaal. Om dit wel te kunnen, zal in de toekomst een uitgebreider onderzoek moeten plaatsvinden. Advies: plan een langere periode op meerdere afdelingen en in meerdere ziekenhuizen om dit instrument te implementeren.

Van de 23 patiënten scoorden 7 patiënten op het tweede deel van het DOS-instrument hoger of gelijk aan 3. Van deze 7 patiënten was 1 patiënt daadwerkelijk delirant. De tweede delirante patiënt scoorde bij de predisponerende factoren 4. Bij de observaties scoorde hij gedurende de drie dagen minder dan 3. Toch werd deze als delirant gediagnosticeerd door de psychiater! Hierbij kunnen verschillende factoren een rol gespeeld hebben. Verpleegkundigen die het formulier onjuist ingevuld hebben; verpleegkundigen die onvoldoende tijd genomen hebben om de patiënt goed te observeren, of er is een fout opgetreden in de afkappunten. Van de zeven patiënten werd behalve voor de eerder genoemde patiënt, ook voor een andere patiënt de psychiater in consult gevraagd. Deze patiënt werd echter gediagnosticeerd voor dementie.

Conclusie: er had meer aandacht besteed moeten worden aan de implementatie van het DOS-instrument. Hierbij had gebruik gemaakt kunnen worden van theorieën zoals beschreven in het artikel van Grol [20] en van de Plan-Do-Check-Act- cyclus [20]. De plan en do van de PDCA-cyclus zijn in dit onderzoek uitgevoerd, maar er was geen tijd voor de fasen check en act van de PDCA-cyclus. Indien er gedurende dit onderzoek tijd was geweest voor de fasen check en act, dan waren er meer ingevulde DOS lijsten retour gezonden.

5.6 Conclusie

De doelstelling van dit onderzoek was:

Implementatie van de Delirium Observatie Schaal ter herkenning van een delirium en het vaststellen van de effecten in termen van de herkenning van de deliriums door de staf en de impact voor de verpleegkundige zorg.

De implementatie van de delirium observatie schaal ter herkenning van een delirium en het vaststellen van effecten in termen van de herkenning van deliriums kan gezien worden als een belangrijke kwaliteitsimpuls voor de verpleegkundige zorg. Hoewel dit niet helemaal uit het onderzoek blijkt is het de inschatting van de onderzoeker, dat verpleegkundigen hun deskundigheid op dit gebied vergroot hebben en dat de invoering van dit instrument vrij eenvoudig te realiseren is als aan een aantal factoren (facilitering, scholing) wordt voldaan. Verpleegkundigen hebben houvast: ze weten waar ze op moeten letten en wanneer een psychiater ingeschakeld moet worden.

De Delirium Observatie Schaal is een waardevol meetinstrument als de verpleegkundigen het formulier op de juiste wijze invullen en conform het formulier de juiste acties ondernemen. Het gebruik van het DOS-formulier is dus in hoge mate afhankelijk van het consequent handelen van de verpleegkundigen dat verder vorm en inhoud kan krijgen door scholing en facilitering. Voor het optimale gebruik van de DOS-lijsten is het van belang dat het regelmatig op de agenda staat van werkoeverleggen en afdelingvergaderingen.

De eerste stap binnen dit ziekenhuis is gezet nu kunnen volgende stappen in de richting van de implementatie van de Delirium Observaties Schaal gezet worden. Zie hiervoor conclusies en aanbevelingen.

6 Wetenschappelijke reflectie

In dit hoofdstuk wordt een wetenschappelijke reflectie gegeven naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek en de daadwerkelijke implementatie, zoals die voor dit onderzoek heeft plaats gevonden. Met de beperkingen van dit onderzoek wordt rekening gehouden.

Met dit onderzoek is beoogd de Delirium Observatie Schaal (ter herkenning van een delirium) te implementeren en het vaststellen van de effecten hiervan in termen van de deliriums en de impact voor de verpleegkundige zorg.

Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren, dat er sprake is van een gedeeltelijke implementatie. Op basis van gegevens van een optimale implementatie lijkt eerdere herkenning van een delirium mogelijk te zijn.

In de literatuur, Mast e.a. [5] en Kalisvaart [9], worden verschillende meetinstrumenten voor de diagnostiek en het meten van de ernst van een delirium beschreven. De keuze van een instrument hangt af van verschillende factoren, zoals: de interviewer (psychiater, verpleegkundige of onderzoeker), het doel (screenen, diagnosticeren, het meten van de ernst van een delirium) of de locatie (algemeen ziekenhuis of verpleeghuis) [9].

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen Screening scales en Severity scales. De Screeningscales meet *of* een delirium aanwezig is en de Severity scale geeft de ernst van een delirium weer. De Delirium Observatie Schaal valt onder de Screening scales. Het is een Nederlandstalige schaal, bestaat uit 25 items en is ontwikkeld voor vroegtijdige herkenning van een delirium door de verpleegkundigen [6,9].

Voor dit instrument is gekozen, omdat het meet of er sprake is van een delirium. Daardoor sluit het instrument goed aan op de doelstelling van dit onderzoek: het vroegtijdig leren herkennen van een delirium. De Severity scale komt pas in aanmerking wanneer een patiënt als delirant is gediagnosticeerd. Men kan dan het beloop van het ziekteproces goed bijhouden. Daarnaast gaf het ziekenhuis, Mesos Medisch Centrum, aan, dat het ziekenhuis waarmee zij zullen fuseren al bezig is met de invoering van de Delirium Observatie Schaal en dat het desbetreffende instrument ook ingevoerd zal worden in het Mesos Medisch Centrum. De onderzoeker heeft begrepen, dat door de fusie van het Mesos Medisch Centrum en het Antonius Ziekenhuis er een groter draagvlak voor het DOS-instrument zou bestaan. De conclusie van Schuurmans [6] ten aanzien van het Delirium Observatie Schaal, dat deze

schaal valide en betrouwbaar is in het gebruik voor de vroegtijdige herkenning van een delirium met behulp van de verpleegkundige observaties heeft ook een belangrijke rol gespeeld bij de keuze voor dit instrument.

Het werken met de Delirium Observatie Schaal heeft bijgedragen aan het vroegtijdiger herkennen van een delirium. De eerste conclusie in dit kader moet zijn, dat verpleegkundigen niet altijd de predisponerende factoren begrijpen (dat uitte zich in de wijze van invullen van deze factoren op de lijsten). Een tweede conclusie is, dat niet alle verpleegkundigen, door drukte tijdens diensten, in de gelegenheid zijn om het DOS-instrument op juiste wijze te gebruiken.

Hoewel de groep patiënten in principe voldoende groot was, zijn door de genoemde omstandigheden (zie vorige alinea) bij een kleiner aantal patiënten de DOS-lijsten afgenomen. Schuurmans [6] stelt dat bij een aantal van 92 heupfractuur patiënten, dat patiënten met een score hoger of gelijk aan drie niet allemaal delirant zijn terwijl de patiënten met een score lager dan 3 vrijwel zeker niet delirant zijn. Op basis van dit onderzoek kan door het geringe aantal ingevulde DOS-lijsten die conclusie niet duidelijk worden getrokken.

Er kunnen wel andere conclusies ten opzichte van het DOS-instrument worden getrokken. Die conclusies zijn uiteraard gebaseerd op de ervaring van de onderzoeker:

1. De predisponerende factoren en de bijbehorende afkappunten moeten per afdeling worden beoordeeld en eventueel worden aangepast.
2. Er moet verdere studie worden gedaan naar de relatie tussen de predisponerende factoren en de bijbehorende afkappunten waarbij in ieder geval leeftijd een rol moet spelen.
3. Bij de predisponerende factoren moet een factor met betrekking tot psychologische achtergrond aan de orde komen (iemand met een trauma zal eerder vatbaar zijn voor een delirium).
4. De observatielijst kan in principe op elke willekeurige afdeling worden gebruik.
5. De lijst is, gekeken naar de beschikbare tijd van de verpleegkundige, qua hoeveelheid predisponerende factoren en observaties werkbaar.

Grol [20] stelt dat pas van een effectieve implementatie kan worden gesproken als sprake is van een goede voorbereiding en planning en een systematische aanpak. Daarnaast is het van belang om de doelgroep te betrekken in het implementatietraject, zodat de medewerkers zich betrokken gaan voelen. Dat zal bijdragen aan een succesvolle implementatie. Naast het vergroten van de betrokkenheid, is het ook van belang om het gehele traject te monitoren en te evalueren, zodat eventueel een bijstelling van het implementatieplan kan plaatsvinden. Naast deze elementen van implementatie zijn er voor het veranderingsproces nog vijf fasen van verandering, te weten: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Deze fasen van verandering moet een groep of individu doorlopen om tot een gewenste verandering te komen.

In het theoretisch kader van deze scriptie is het implementatietraject van de Delirium Observatie Schaal beschreven op basis van de opvattingen van onder andere Schuurmans [6] en Mast [5]. Dat heeft er mede toe geleid, dat de onderzoeker besloten heeft tot het houden van een aftrapbijeenkomst en het uitdelen van een hand out, met daarop het doel van het DOS-instrument en uitleg over het instrument aan alle verpleegkundigen van de afdeling maag, darm en lever.

Na de aftrapbijeenkomst gingen de verpleegkundigen aan het werk met het DOS-instrument. Bij deze bijeenkomst waren alleen die verpleegkundigen aanwezig die werkzaam waren op die desbetreffende dag. Het management was niet aanwezig. Aansluitend zijn er in alle postvakken hand outs neergelegd met het doel en de uitleg van het instrument. Op de afdeling hingen op verscheidene plaatsen reminders over het werken met het DOS-instrument. De onderzoeker zelf was (mobiel) bereikbaar voor vragen en of onduidelijkheden omtrent het instrument.

Doordat de implementatie niet in voldoende mate heeft plaatsgevonden, kunnen omtrent het DOS-instrument niet alle deelvragen (volledig) beantwoord worden. Gekeken naar de daadwerkelijke implementatie in vergelijking met de implementatie theorieën van Grol [20] had de onderzoeker meer aandacht moeten besteden aan: het creëren van een grotere betrokkenheid van de doelgroep tijdens het implementatieproces en aan het continue evalueren van het implementatieproces met eventuele bijstellingen van het plan op basis van continue monitoring. In dit onderzoek was sprake van een adequate voorbereiding, planning en een systematische aanpak [20], maar de tijd die beschikbaar was voor de implementatie van de Delirium Observatie Schaal (één maand) was onvoldoende.

Volgens het schema van Grol [20] bladzijde 71 (figuur 3.1 Implementatie van veranderingen) is één van de mogelijkheden, als doelen niet gehaald worden, het in kaart brengen van de gesignaleerde problemen. Dat leidt tot een aantal conclusies:

1. Er moet voldoende tijd beschikbaar zijn voor de implementatie van het instrument.
2. Er moet ruimte zijn voor (aftrap)bijeenkomsten om daardoor de betrokkenheid van de doelgroep te vergroten.
3. Het is van belang dat alle verpleegkundigen, desnoods in verschillende bijeenkomsten, aanwezig zijn.
4. Het management en de verschillende disciplines (consultatief psychiatisch verpleegkundige, psychiater) moeten in deze bijeenkomsten participeren.
5. Het management moet een sturende, faciliterende en motiverende functie, vooral een voorbeeldfunctie hebben. Denk bijvoorbeeld aan: consultatie in geval van een delirium, extra reminders, het continueren van het gebruik van het DOS-instrument en het introduceren van een formeel protocol, wat gehanteerd wordt binnen de instelling en dat ondertekend moet worden door de directie [20].

Bij de implementatie had de onderzoeker gebruik kunnen maken van de vijf verschillende fasen (oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud van verandering) zoals benoemd in Grol [20].

In dit theoretisch kader wil de onderzoeker enkele kanttekeningen maken bij het implementatiemodel van Grol [20]:

1. Het model van Grol is goed toepasbaar voor grote implementatietrajecten.
2. Het model van Grol is niet zonder meer geschikt voor kleinere implementaties.
3. Kanttekening 2 geldt in nog sterkere mate voor de implementatie van een enkel instrument.
4. Als voor dergelijke implementaties alle onderdelen van het model worden uitgevoerd leidt dit tot een onevenredig lang traject.
5. Bij implementatie van een enkel instrument of voor kleinere groepen zullen stappen moeten worden weggelaten of vereenvoudigd.

7 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen met betrekking tot de implementatie van de Delirium Observatie Schaal in de praktijk gedaan.

Uit dit onderzoek is gebleken, dat het merendeel van de verpleegkundigen het werken met de Delirium Observatie Schaal als positief heeft ervaren. Het instrument gaf de verpleegkundigen inzicht in de kenmerken behorende bij een delirium. Toch is gebleken, dat werken met het instrument nog niet als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Het bleek voor deze afdeling van groot belang, dat er voldoende aandacht wordt geschonken aan het werken met het DOS-instrument. Het management (waaronder het afdelingshoofd en de zorgcoördinatoren) moet duidelijk aangeven, door middel van bijeenkomsten en (werk-)overleggen, wat het belang is van het juist invullen en scoren van de Delirium Observatie Schaal en welke winst zij daarmee kunnen behalen. Deze continue aandacht is van belang voor de implementatie van het DOS-instrument op de afdeling. Verpleegkundigen moeten zich het werken met dit instrument 'eigen' maken.

Daarnaast moet de afdeling meer continue aandacht schenken aan scholing op het gebied van het invullen van het DOS-instrument en deliriums. Dit kan doormiddel van klinische lessen, het bijwonen van een symposium of het uitnodigen van een consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

Voor de afdeling is het tevens van belang, dat niet alleen de eigen verpleegkundigen, maar ook anderen betrokken raken. Op deze afdeling wordt immers nauw samengewerkt met arts-assistent, chirurgen en fysiotherapeuten. Het is van belang, dat deze disciplines voldoende op de hoogte zijn van dit instrument, zodat er afstemming van beleid kan plaatsvinden. Communicatie is hierbij van groot belang, net als deelname aan multidisciplinaire bijeenkomsten.

In dit onderzoek is tevens aangegeven, dat niet alle patiënten gescoord werden, doordat ze werden overgenomen van andere afdelingen. Het zou daarom beter zijn de DOS-lijsten in het hele ziekenhuis te introduceren. Hiermee kan worden voorkomen, dat patiënten die een delirium ontwikkelen, gemist worden.

Een ziekenhuisbrede aanpak is van groot belang. Het moet een vast onderdeel worden, voor elke afdeling! Een screeningsinstrument is mooi, maar er moet ook een protocol voor behandeling komen. Verpleegkundigen en andere disciplines krijgen dan een extra handvat hoe zij moeten handelen wanneer een patiënt een delirium heeft.

Samenwerking binnen de zorgketen is dus één van de elementen voor verbetering van de zorg voor patiënten met een delirium. Daarnaast is het ook van wezenlijk belang, dat mantelzorgers en familie door middel van bijvoorbeeld een brochure worden geïnformeerd. Zij kunnen namelijk een belangrijke rol spelen, wanneer hun familielid een delirium doormaakt. Mantelzorgers kunnen de patiënt een vertrouwd gevoel geven – helpen met eten – en rust bieden.

Om bovenstaande te kunnen bereiken, is een goede implementatie van groot belang. Hieronder valt het opzetten van een goede voorbereiding, planning en een systematische aanpak. Evaluatie en monitoring van het veranderingsproces is van belang. Hierbij moet tevens rekening gehouden worden met de vijf fasen (oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud van verandering) van Grol [20]. De Plan-Do-Check-Act cyclus is hierbij een goed hulpmiddel [20].

8 Referenties

- 1 Inouye, Sharon K., M.D., M.P.H. Delirium in older persons. The new England journal of medicine. Vol. 354:1157-1165. Maart 2006
- 2 Prof. Dr. J.H. Kingma. De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend. Den Haag, Oktober 2005
- 3 Inouye, Sharon K., Foreman, Marquis D., Mion, Lorraine C., Katz, Karol H., Cooney, Leo M. Nurses' Recognition of Delirium and Its Symptom: Comparison of Nurse and Research Ratings. American Medical Association. Vol. 161. P. 2467, 7p. January 30-2006
- 4 Verstraete, Leen. Opvattingen van artsen en verpleegkundigen t.a.v. de preventie, diagnose en behandeling van delirium. Thesistartikel. Medische-Sociale Wetenschappen. Katholieke Universiteit Leuven. 2004-2005
- 5 Mast, van der R.C., Huyse., Drs. H.A. Droogleever Foruijn e.a. Richtlijn Delirium: richtlijnen Nederlandse vereniging voor psychiatrie. Uitgeverij Boom, Amsterdam 2004
- 6 Schuurmans M.J., Shordridge – Bagget L.M., Duursma S.A. The delirium observation screening scale: a screening instrument of delirium. Research and theory for nursing practice. Pag. 17:31-50. 2003
- 7 www.beamsolid.com/psychiatrie/delir/delir-pa.shtml
- 8 Gleason, Ondria C. American Family Physician. Vol 67. p1027,8p. 2000
- 9 Kalisvaart, Kees. Primary prevention of delirium in the elderly. Marcelis vd Lee ADU bv, Heerhugowaard 2005

Met opmaak: Engels (V.S.)

Met opmaak: Nederlands (standaard)

- 10 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition), Washington DC. 1994
- 11 Klaucke, Christie. Screenen van een delier: Verwardheid in kaart. Nursing. Februari 2006. nr. 2 Pag. 14-16
- 12 Dolan, Melissa M., Hawkes William W. Delirium on hospital admission in aged hip fracturepatiënts of mortality and 2-year functional outcomes. Journals of gerontology: Serie A. 2000Volg: 55A(2000), afl. 9 (0109), pag. M527(8).
- 13 [www.http.nl:wikipedia.org/wiki/ziekte_van_Alzheimer#ziektebeeld](http://nl.wikipedia.org/wiki/ziekte_van_Alzheimer#ziektebeeld)
- 14 [www.http.nl:wikipedia.org/wiki/dementie](http://nl.wikipedia.org/wiki/dementie)
- 15 Creswell, John W., Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches, Second Edition. Sage Publications. 2003
- 16 Bowling, Ann. Research methods in health: investigating health and health services. Second edition. Open University Press. Maidenhead. Philadelphia. 2002
- 17 Sijmonsma, S.M., Loth C.A. Methodiek van zorgonderzoek. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten / Diegem 1997
- 18 Frederiks, Carla M.A., te Wierik, Magreet J.M. Verpleegkundig onderzoek voor kwalificatieniveau 5. Derde herziene druk. Uitgeverij Kavanah. 1998
- 19 Stevens, Paul., Schade, Annette. De verpleegkundige op onderzoek: verplegingswetenschappelijk onderzoek voor het verpleegkundig beroepsonderswijs. Spruyt, Van Mantgem & De Does bv. Leiden. 1999
- 20 Grol, R. & M. Wensing. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Tweede druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. Hoofdstuk 3 pag. 67-88. 2001

Bijlagen

A Uiteenzetting ziektebeeld delirium

Bewustzijnsstoornissen

Bewustzijnsstoornissen uit zich in een verminderde helderheid en een afgenomen besef van de omgeving waarbij er geen sprake is van een coma.

- Moeite met de concentratie.
- Niet helder en logisch kunnen nadenken → afhankelijk van de ernst van een delirium kan de patiënt wel of niet vertellen dat hij moeite heeft met denken. Vaak is het onmogelijk om een gesprek te voeren met een delirante patiënt, waarbij de gedachtegang niet of nauwelijks te volgen is.
- Delirante patiënten kunnen zwijgzaam worden, terwijl anderen gaan schelden en tieren.
- Geen ziektebesef, doordat het oordeelsvermogen en het begrip verstoord raken.
- Achterdocht en /of paranoïde wanen, wat zich kan uit in agressief gedrag omdat de patiënt het idee heeft achtervolgd of vermoord te worden.
- Angst

Door de angst en/of agressie kan de patiënt het risico lopen zichzelf te beschadigen door (inфуs)lijnen of katheters uit te trekken, maar de patiënt kan ook uit het bed vallen.

Geheugenstoornissen

Geheugenstoornissen betreffen met name het korte termijngeheugen en leiden vaak tot anterograde amnesie, waarbij de anamnese vaak onbetrouwbaar is.

- Delirante patiënten kunnen gaan confabuleren (het vertellen van gefantaseerde verhalen).
- Delirante patiënten herinneren zich vaak ten dele van wat er is gebeurd.
- Verhalen uit het verleden (bv. oorlogsverhalen) spelen vaak een rol in een psychotische beleving.
- Desoriëntatie in tijd, plaats en van personen → er kunnen tijdens een delirium wel momenten zijn dat één van deze aspecten een kort moment intact is.
- In ernstige gevallen kan er sprake zijn van benoemingsstoornissen en afasie (stoornis in het uitdrukkingsvermogen).

Waarnemingsstoornissen

Waarnemingsstoornissen kunnen bestaan uit misinterpretaties, disperseptie, illusies en hallucinaties. Over het algemeen genomen betreft het visuele waarnemingsstoornissen maar het kunnen ook akoestische e.a. vormen van waarneming zijn.

- Hallucinaties kunnen eenvoudig en meer complex zijn
- Hallucinaties zijn voor de patiënt vaak levensecht, kleurrijk en zeer angstaanjagend.
- Hallucinaties kunnen levenloze objecten, dieren en/of mensen betreffen.

Met name 's nachts ontstaan er waarnemingsstoornissen bij een delirante patiënt, omdat zintuiglijke prikkels dan vaak minder zijn.

Naast alle bovengenoemde verschijnselen zie je bij een delirante patiënt ook vaak dat het slaap-waakritme verstoord is. Patiënten gaan vaak overdag slapen, terwijl ze 's nachts wakker zijn. Dat kan nachtelijke onrust bij de patiënt teweeg brengen. Dit wordt vaak in een begin stadium bij de patiënt waargenomen. Naast een verstoord dag-nachtritme kan er bij een delirante patiënt ook extreme onrust of juist het tegenovergestelde – apathie – worden waargenomen.

Naast al het bovengenoemde kan ook iets gezegd worden over de stemming van de patiënt. Bij een delirante patiënt worden vaak stemmingsstoornissen waargenomen, die kunnen variëren van emotioneel labiel en radeloosheid tot angst, somberheid en geprikkeldheid.

Indien het een oudere patiënt of een ernstig delirium betreft, kan incontinentie voor urine en feces voorkomen.

Delirium subtypen

Een delirium is te onderscheiden in drie subtypen, die bestaan uit hyperactief, hypoactief en een mix tussen beide.

- Het *hyperactieve* subtype wordt vaak waargenomen bij onthouding van alcohol en drugs. Symptomen bestaan dan vaak uit agitatie, desoriëntatie en hallucinaties. Deze vorm van delirium wordt soms verward met de ziekte schizofrenie; geagiteerde dementie of een psychotische stoornis, die uit gelijksoortige symptomen bestaat.
- Het *hypoactieve* subtype (stil delirium) wordt vaak gekenmerkt door apathie; teruggetrokken gedrag of verminderde alertheid. Patiënten met deze vorm van delirium worden vaak niet herkend → wordt vaak waargenomen bij ouderen en bij veranderingen van het hersenweefsel ten gevolge van een ziekte, alcoholisme of een schedeltrauma.
- Het *gemengde* subtype wordt vaak gekarakteriseerd door fluctuaties tussen de hyperactieve en hypoactieve subtypes.

B Diagnostiek aan de hand van de DSM-IV en ICD-10

Een delirium moet volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV-TR* (APA 2000) aan de volgende criteria voldoen:

- Bewustzijnsstoornis met verminderd vermogen om de aandacht te concentreren, vast te houden of te verplaatsen; de stoornis representeert een verandering in functioneren;
- Een verandering in de cognitieve functie (zoals geheugenstoornis, desoriëntatie, taalstoornis) of het optreden van een waarnemingsstoornis, die niet is toe te schrijven aan een reeds aanwezige, vastgestelde of zich ontwikkelde dementie;
- De stoornis ontwikkelt zich in korte tijd (meestal uren tot dagen) en neigt ertoe in het verloop van de dag te fluctueren;
- Er zijn aanwijzingen uit de voorgeschiedenis, het lichamelijk onderzoek en/of het laboratoriumonderzoek, dat de stoornis wordt veroorzaakt door de directe fysiologische gevolgen van een algemene medische aandoening.

In de DSM-IV wordt het delirium onderscheiden op basis van oorzaak, zoals ‘delirium door een algemeen medische aandoening’ of ‘delirium door het gebruik van (genees)middelen’.

Naast de DSM-IV bestaat de ICD-10: *Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Hier wordt een delirium geassocieerd onder ‘F00-F09: organic, including symptomatic, mental disorders’: met als subclassificaties:

- F05 delirium, niet geïnduceerd door alcohol en/of andere psychoactieve middelen;
- F05.0 delirium, niet bij vastgestelde dementie;
- F05.1 delirium, bij vastgestelde dementie;
- F05.8 ander delirium;
- F05.9 delirium, ongespecificeerd

Daarnaast wordt de ‘F10-F19 mentale en gedragsmatige afwijkingen veroorzaakt door gebruik van psychoactieve middelen’ onderscheiden.

C De experts die benaderd werden

Dr. Kalisvaart; geriater van het medisch centrum Alkmaar werd benaderd naar aanleiding van zijn onderzoek naar het voorkomen van een delirium bij de oudere chirurgische heup-patiënt. Dr. Kalisvaart heeft in 2005 onderzoek gedaan naar het voorkomen van delirium bij de oudere patiënt en heeft tevens de Delier – O – Meter ontwikkeld. De data, die naar voren komen in zijn proefschrift zijn relevant voor het beantwoorden van vraag 1&2. Hij beschrijft in zijn proefschrift welke instrumenten er al bestaan, welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van een delirium en hoe men preventief een delirium tegen kan gaan.

Dr. Lanting; psychiater Mesos. Dr. Lanting werd benaderd in het kader van het onderzoek omdat hij kan voorzien in de gegevens met betrekking tot het aantal keren, dat hij in consult is geroepen bij patiënten die in de afgelopen periode (december – januari) mogelijk een delirium hebben gehad en die ook dusdanig zijn gediagnosticeerd. Deze gegevens werden gekoppeld aan de verzamelde data naar aanleiding van de analyse, die werd uitgevoerd nadat ik een maand gescreend had. Dr Lanting werd tevens benaderd met de vraag of hij wilde scoren hoe vaak hij in consult werd geroepen:

- a) zonder dat er sprake was van een delirium, terwijl het DOS formulier aangaf dat er wel sprake was van een delirium;
- b) terwijl er sprake was van een delirium, hoewel het DOS formulier geen delirium aangaf.

Deze data zijn van invloed op vraag 4.

Dr Bannink; psychiater Erasmus MC en dr. Van Zuylen; oncoloog Erasmus MC. Beide artsen zijn benaderd, omdat zij een screeningsinstrument ontwikkeld hebben om een delirium te screenen. Deze data wordt gebruikt in het kader van dit onderzoek, omdat het door hen ontwikkelde screeningsinstrument wordt geïmplementeerd. Deze gegevens zijn met name van invloed op de vragen 2, 3, 4 & 5

D Delirium Observatie Schaal

PREDISPONERENDE FACTOREN PATIËNT:		JA	WEGING OP DATUM	SCORE
1. Delirium in de voorgeschiedenis en/of verwardheid vóór opname			3	
2. Cognitieve verstoring zoals bij: hersentumor, cva, dementie, M.Parkinson, contusio			3	
3. Verandering van opioïde analgetica (zowel van soort als van toedieningsweg)			3	
4. Gebruik alcohol > 4 eenheden per dag			2	
5. Leeftijd > 70 jaar			1	
6. Gebruik drugs: uitgezonderd marihuana			1	
7. Koorts > 38,5 °C			1	
8. Metabole stoornis			1	
9. Hardhorendheid, slechthoortendheid			1	
10. Ingreep onder narcose			1	
PARAAF ARTS	PARAAF VPK.	BIJ SCORE VAN 3 OF MEER: START DELIRIUM OBSERVATIE SCREENING (DOS) SCHAAL		
				TOTAAL SCORE 3 OF MEER IS VERHOOGD RISICO OP EEN DELIRIUM

Delirium Observatie Screening (DOS) schaal gedurende 3 dagen bij verhoogd risico

Observaties	Datum:									Datum:									Datum:												
	Dagdienst			Late dienst			Nachtdienst			Dagdienst			Late dienst			Nachtdienst			Dagdienst			Late dienst			Nachtdienst						
	Nooit	Soms - altijd	Weet niet	Nooit	Soms - altijd	Weet niet	Nooit	Soms - altijd	Weet niet	Nooit	Soms - altijd	Weet niet	Nooit	Soms - altijd	Weet niet	Nooit	Soms - altijd	Weet niet	Nooit	Soms - altijd	Weet niet	Nooit	Soms - altijd	Weet niet							
1	Zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-			
2	Is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
3	Heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
4	Maakt vraag of antwoord niet af	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
5	Geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
6	Reageert traag op opdrachten	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
7	Denkt ergens anders te zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
8	Beseft wel welk dagdeel het is	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
9	Herinnert zich recente gebeurtenis	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-	1	0	-
10	Is plukkerig, rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
11	Trekt aan infuus, sonde, katheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
12	Is snel of plotseling geëmotioneerd	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
13	Ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-	0	1	-
Totaal score per dienst (0-13)																															
Totaal score per dag																															

DOS schaal eindscore totaalscore per dag / 3 :
indien < 3 geen delier, indien ≥ 3 waarschijnlijk delier en consult vragen van verpleegkundig consulent psychiatrie of psychiater.

TOELICHTING

Inleiding

Het delirium is een van de meest voorkomende vormen van psychopathologie bij oude patiënten en bij patiënten in de laatste fase van het leven. Kenmerkend voor het delirium zijn het snelle ontstaan en de wisseling van de symptomen. De Delirium Observatie Screening Schaal bevat 13 observaties van gedrag (verbaal en non-verbaal) die de symptomen van het delirium weergeven. Deze observaties kunnen gedaan worden tijdens reguliere contacten met de patiënt. Om het delirium goed te herkennen is het van belang om per dienst de observatie van het gedrag vast te leggen.

Beoordeling

nooit	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie geen enkele keer waargenomen (OMCIRKEL GETAL IN DEZE KOLOM)
soms - altijd	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie één of meer keer of zelfs steeds waargenomen (OMCIRKEL GETAL IN DEZE KOLOM)
weet niet	In de contacten met de patiënt gedurende deze dienst, werd de beschreven observatie niet waargenomen omdat de patiënt steeds sliep of geen verbaal contact maakte of omdat de beoordelaar zichzelf niet in staat acht de aan- dan wel afwezigheid te beoordelen (OMCIRKEL -)

Nadere toelichting/voorbeelden

Iemand **is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving** wanneer hij/zij verbaal of nonverbaal reageert op geluiden of bewegingen die geen betrekking op hem/haar hebben en die van dien aard zijn dat je geen reactie van hem/haar zou verwachten (het is bijvoorbeeld normaal dat iemand reageert op een harde gil op de gang, maar niet normaal als iemand reageert op een rustige vraag aan een andere patiënt). Iemand **heeft aandacht voor gesprek of handeling** als hij /zij verbaal of non-verbaal blijk geeft het gesprek of de handeling te volgen. Iemand **reageert traag op opdrachten** wanneer het handelen is vertraagd en/of er momenten van stilte/inactiviteit zijn voordat tot handelen wordt overgegaan. Iemand **denkt ergens anders te zijn** als hij/zij in woorden of in handelen dit laat blijken (iemand die je bijvoorbeeld vraagt om iets te pakken wat op het dressoir ligt of iemand die de omgeving anders interpreteert dan als ziekenhuis)

Iemand **beseft welk dagdeel het is** als hij/zij in woorden of handelen dit laat blijken (iemand die bijvoorbeeld midden in de nacht opstaat en wil douchen heeft meestal geen besef welk dagdeel het is). Iemand **herinnert zich recente gebeurtenis** wanneer hij/zij bijvoorbeeld juist kan vertellen of er bezoek is geweest of wat hij/zij gegeten heeft. Iemand **is snel of plotseling geëmotioneerd** wanneer hij/zij reageert met een heftige emotie zonder aanleiding of wanneer de heftigheid van de emotie niet in overeenstemming lijkt met de aanleiding (iemand die bijvoorbeeld zomaar begint te huilen of heel angstig wordt van wassen of woedend reageert als de thee koud is). Iemand **ziet/hoort dingen die er niet zijn** wanneer hij/zij hiervan verbaal

(navragen!) of non-verbaal blijk geeft (bijvoorbeeld iemand die niet zichtbare voorwerpen wil verplaatsen of die reageert op mensen of dieren die er niet zijn).

Score

- per dienst wordt een totaal score berekend door het aantal omcirkelde enen op te tellen; de **totaal score per dienst** is minimaal 0 en maximaal 13
- de totaal scores van drie diensten worden opgeteld tot **de totaal score deze dag**; de totaal score deze dag is minimaal 0 en maximaal 39
- de **DOS Schaal eindscore** wordt berekend door de totaal score deze dag te delen door 3; de DOS eindscore ligt tussen de 0 en 13
- een DOS Schaal eindscore < 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk niet delirant is, een DOS Schaal eindscore ≥ 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk wel delirant is*

* in een groep van 92 heupfractuur patiënten waarvan er 18 delirant werden scoorden 94.4% (sensitiviteit DOS Schaal) van de delirante patiënten een score hoger of gelijk aan 3, 76.6% (specificiteit DOS Schaal) van de niet delirante patiënten hadden een score lager dan 3 (0 -2). Dit wil zeggen dat de patiënten met een score hoger of gelijk aan 3 niet allemaal delirant zijn terwijl de patiënten met een score lager dan 3 vrijwel zeker niet delirant zijn (Schuurmans, 2001)

E Overzicht tabellen behorende bij de grafieken in voorgaande document

Scores DOS observatielijsten

	zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	snel afgeleid door prikkels uit omgeving	heeft aandacht voor gesprek of handeling	maakt vraag of antwoord niet af	geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	reageert traag op opdrachten	denkt ergens anders te zijn	beseft wel welk dagdeel het is	herinnert zich recente gebeurtenissen	is p;lukkerig, rommelig, rusteloos	trekt aan infusie, sonde katheter e.d	snel of plotseling geëmotioneerd	ziet/hoort dingen die er niet zijn
1		1		1	1	1	1		1	1		1	1
2	4	1		4	3	4	1	1	1	3	3		
3				1						1			
4		5		3	2	4	4			5	1	1	3
5									1				
6										1	1		
7													
8		7			3	1	2		2				4
9	2	5	3		5	3	3	2	1	1	2		1
10	2	1	2	2	2	3	2	2	2				
11	1	2								2			
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
totaal	9	22	5	11	16	16	13	5	8	14	7	2	

Observaties	Geen Psychiatrisch Consult	Psychiatrisch consult
Zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	9
Is snel afgelied door prikkels uit de omgeving	0	22
Heeft aandacht voor gesprek of handeling	0	5
Maakt vraag of antwoord niet af	1	10
Geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	16
Reageert traag op opdrachten	0	16
Denkt ergens anders te zijn	0	11
Beseft wel welk dagdeel het is	0	5
Herinnert zich recente gebeurtenis	1	7
Is plukkerig, rommelig, rusteloos	2	12
Trekt aan infuus, sonde, katheter, etc	1	6
Is snel of plotseling geemotioneerd	0	4
Ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	9

N=13

F correspondentie met Dr. Lanting

Mail dd.13 maart 2006

Van: Lanting, R.H.H. (psychiater)
> Verzonden: maandag 13 maart 2006 16:56
> Aan: Mulder, J.
> Onderwerp: Delirante patienten afd. 4 en 5 dec-jan 05-06
>
> <<Map2.xls>> Beste Janine,
> Vorige week was ik met vacantie, vandaar wat laat mijn reactie;
> Dit zijn patienten waar volgens mijn gegevens wij (de Psychiatr. consult. dienst) bij
in consult zijn gevraagd. Dat wil niet zeggen dat er niet meer patienten delirant zijn
geweest.
> Hopelijk heb je er wat aan?
> Laat het even weten
> Groet
> R. Lanting.

Mail dd. 2 mei 2007:

Datum: Tue, 2 May 2006 12:31:02 +0200
Van: "Lanting, R.H.H. (psychiater)" <rhhlanting@mesos.nl>
Antwoorden aan:"Lanting, R.H.H. (psychiater)" <rhhlanting@mesos.nl>
Onderwerp: Map3.xls
Aan: "w.j.mulder@zonnet.nl" <w.j.mulder@zonnet.nl>
Cc: "Kuiper, I. (paaz)" <ikuiper@mesos.nl>

<<Map3.xls>> Beste Janine,
Hier data over 2005, toen geen DOS afgenomen dus geen antwoord op je
andere vragen.
Ok als de afspraak niet doorgaat.
Groet
R. Lanting.

Mail dd. 9 augustus 2007:

Beste Janine,
De registratie die ik je stuurde had betrekking op door ons (de consultatieve dienst)
vastgestelde delieren. Dat betekent dus dat wij daadwerkelijk die patienten hebben
gezien, en daarvan hebben vastgesteld dat er sprake was van een delirium. Destijds
werd er nog niet structureel haldol preventief (voor operatie) gegeven. We zijn nu
 bezig om dat in overleg met anesthesie en chirurgen voor bep. categorieen patienten
te organiseren.
Groet
R.Lanting

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: w.j.mulder@zonnet.nl [mailto:w.j.mulder@zonnet.nl]

Verzonden: maandag 7 augustus 2006 21:54

Aan: Lanting, R.H.H. (psychiater)

CC: Kuiper, I. (paaz)

Onderwerp: onderzoek delirium

Geachte heer Lanting,

Naar aanleiding van de data die ik enige tijd geleden van u heb mogen ontvangen heb ik nog een tweetal vragen.

1: in de maand april scoorde er daadwerkelijk 2 patienten op een delirium. Kunt u zich nog herinneren of u die maand daadwerkelijk bij 2 patienten een consult heeft gedaan of dat u ook preventief al medicatie had voorgeschreven om een eventueel delier te voorkomen bij een aantal patiënten.

2: Kunt u zich nog herinneren of het aantal consulten voor afdeling 5 in de maand april significant af of toegenomen is ten opzichte van voorgaande maanden?

Ik zou uw reactie zeer op prijs stellen gezien het feit ik nu bezig ben met het daadwerkelijk analyseren en schrijven.

Vriendelijke groet,

Janine

Mail dd. 11 oktober 2007:

Geachte heer Lanting,

Zoals u weet heb ik in april jl. gewerkt op afdeling 5 met het DOS-score lijst. Naar aanleiding daarvan heb ik enkele gegevens mogen ontvangen van u.

Naar aanleiding van uw gegevens en die van de verpleegkundigen heb ik toch nog een vraag.

Uit uw gegevens bleken er 3 consulten te zijn geweest in de maand april. 2 Patiënten scoorden een delirium en één patiënt bleek dementie te hebben.

De verpleegkundigen gaven echter aan dat er in de maand april veel contact is geweest met de psychiater / arts-assistent psychiatrie.

Kan het zijn dat de arts-ass. dr. Siebing /Siebling? vaker in consult is geweest in de maand april en mogelijk preventief wel medicatie heeft voorgeschreven?! Zou u hier

een verklaring voor kunnen geven?

Of dat ze wel in consult is geweest maar niet direct med. heeft voorgeschreven?

Uw reactie zou ik wederom zeer op prijs stellen. Ik weet dat u vanaf vrijdag met vakantie bent voor vier weken dus ik hoop van harte dat u nog de gelegenheid vindt om te antwoorden.

Mocht u daar niet de gelegenheid meer voor hebben zou u mij dan misschien het emailadres van dr. Siebing kunnen geven? Ik heb nl vernomen dat zij niet meer werkzaam is binnen Mesos.

Ik wens u alvast een hele fijne vakantie!

vriendelijke groeten,

nb: ik heb deze mail per ongeluk vanuit een andere outlook gezonden, dus graag reageren op dit adres. excuus

Janine Mulder

indien mogelijk graag antwoorden op: janine80@gmail.com

Lanting,
R.H.H.(psychiater) to (paaz), me

More
options 11/10/06

Hallo Janine,

voor mijn vacantie zag ik geen kans je te antwoorden.

Mogelijke zijn we in die maand inderdaad maar weinig op de afdeling geweest in het kader van behandeling van delier. In principe worden nl. alle consulten geregistreerd.

Van de meeste patienten met een delier doen we overigens in aansluiting aan een eerste behandeling een dementiescreening. Wellicht is dat met die (ene) patient gebeurd.

Er werd in deze periode nauwelijks preventief medicatie gegeven.

Mogelijk zijn er in die periode wel delirante patienten geweest, maar zijn we daarvoor niet formeel in consult gevraagd.

Ik kan je hier verder denk ik niet veel zinnigs over zeggen.

Groet

Rolf Lanting.