

# Opvattingen van artsen en verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van delirium

L. Verstraete<sup>a</sup>, E. Joosten<sup>b</sup>, K. Milisen<sup>c</sup>

## Opinions of physicians and nurses regarding the prevention, diagnosis and management of delirium

To assess the current opinions of physicians and nurses regarding the prevention, diagnosis and management of delirium, survey administration was conducted to 2256 nurses and 982 physicians within the University Hospitals of Leuven (Belgium).

Response rate was 26% with 819 respondents (600 nurses; 219 physicians) completing the questionnaire. 72% of the respondents considered delirium as a minor problem or no problem at all. Yet over half of respondents working on a palliative care unit (87%, n=15), traumatological ward (67%, n=18), cardio-thoracic surgery ward (58%, n=20), intensive care unit (55%, n=120) and geriatric ward (55%, n=42) reported it as a serious problem.

Delirium was considered as an underdiagnosed (85%) but preventable (75%) syndrome. Yet patients at risk are rarely (34%) or never (52%) screened for delirium. In case of screening (48%), only 4% used a specific validated assessment tool.

97% of all respondents were convinced that delirium requires an active and immediate intervention of nurse and physician. 82% of the physicians preferred haldol® to treat delirium, in case of alcohol withdrawal 69% chose tranxène®. Physical restraints were considered important in the management of delirium by a greater proportion of nurses (49%) than physicians (28%).

Conclusion: the severity of the problem is underestimated. While opinions regarding the treatment were quite correct, prevention and early detection of delirium deserve more attention.

Key-words: acute confusional states, dementia, depression

Tijdschr Gerontol Geriat 2008; 39: 27-35

<sup>a</sup> Verpleegkundige, afdeling pneumologie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven

<sup>b</sup> Internist-geriater, afdeling geriatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven

<sup>c</sup> Hoofddocent verplegingswetenschap, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Univer-

siteit Leuven en verpleegkundig specialist, afdeling geriatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven.

**Correspondentie:** Prof. dr. Koen Milisen, Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Kapucijnenvoer 35/4, 3000 Leuven, België. Tel.: +32-16-336975 e-mail: koen.milisen@med.kuleuven.be

## Samenvatting

Deze survey wil zicht krijgen op de opvattingen van ziekenhuisartsen en verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van delirium. Vragenlijsten werden verspreid aan 2256 verpleegkundigen en 982 artsen werkzaam binnen de Universitaire Ziekenhuizen van Leuven (UZ Leuven). De respons bedroeg 26% met een totaal van 819 bruikbare vragenlijsten (600 verpleegkundigen; 219 artsen). 72% van alle respondenten oordeelde dat delirium geen tot een minimaal probleem was op hun afdeling. Toch vond meer dan de helft van de medewerkers op de afdeling palliatieve zorg (87%, n=15), traumatologie (67%, n=18), cardio-thoracale chirurgie (58%, n=20), intensieve zorg (55%, n=120) en geriatrie (55%, n=42) het een ernstig probleem. Delirium werd beschouwd als een ondergediagnosticeerd (85%), te voorkomen syndroom (75%). Risicopatiënten werden echter zelden (34%) tot nooit (52%) gescreend op delirium. Gebeurde dit toch (48%), dan gebruikte slechts 4% een specifiek gevalideerd meetinstrument. 97% van alle respondenten vond dat delirium een actieve en onmiddellijke interventie van de verpleegkundige en de zaalarts vereiste. Bij een delirium gebruikte 82% van de artsen haldol®, in het geval van een delirium tengevolge van alcohol of benzodiazepine onttrekking prefereerde 69% tranxène®. Het gebruik van fysieke fixatie bij onrustige, geagiteerde patiënten was belangrijk voor een groter aandeel verpleegkundigen (49%) dan artsen (28%). Conclusie: de ernst van het probleem wordt vaak onderschat. Hoewel de behandeling meestal correct wordt ingesteld, moet verder geïnvesteerd worden in de preventie en de vroegtijdige detectie van delirium.

Trefwoorden: delirium ; preventie; diagnose; fysieke fixatie; farmacotherapie

## Inleiding

Delirium is een frequent voorkomend en persisterend probleem, vooral bij ouderen opgenomen in het ziekenhuis met pre-existerende cognitieve stoornissen die fysiek of functioneel sterk verzwakt zijn.<sup>1-3</sup> Afhankelijk van de patiëntenpopulatie en het risico variëren prevalentiecijfers

van 15 tot 23% en incidentiecijfers van 4 tot 60%.<sup>4-8</sup>

Delirium wordt geassocieerd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit,<sup>9-11</sup> met een verlengde verblijfsduur,<sup>12-14</sup> met meer plaatsingen in een verzorgingsinstelling en bijgevolg ook met hogere kosten voor de gezondheidszorg.<sup>8,15</sup>

Het syndroom wordt vaak miskend en onderbehandeld door zowel artsen als verpleegkundigen.<sup>16,17</sup> Multifactoriële interventieprogramma's tonen echter aan dat de preventie en behandeling van delirium mogelijk is. Verschillende reviews gaven een significante reductie aan in de incidentie, de prevalentie, de duur en de ernst van het delirium.<sup>18-21</sup>

Delirium, vaak een gevolg van ziekenhuisgerelateerde complicaties, kan beschouwd worden als een kwaliteitsindicator van zorg. Het is niet enkel een symptoom van de lacunes in de gezondheidszorg bij geriatrische patiënten, maar het vormt eveneens een uitdaging om de kwaliteit van zorg te verbeteren.<sup>22,23</sup> De onderkenning van het syndroom vormt een fundamenteel obstakel om tot een betere zorg te komen.<sup>24</sup>

Ondanks de explosie aan onderzoek over de preventie, vroegtijdige detectie en de effectieve aanpak van oorzaken en symptomen van delirium is er nagenoeg geen onderzoek uitgevoerd over de opvattingen van artsen en verpleegkundigen betreffende deze problematiek. Het succesvol implementeren van effectieve strategieën voor de preventie en behandeling van delirium is echter medeafhankelijk van de heersende opvattingen in de praktijk.<sup>25</sup>

## Doel

Dit onderzoek wil zicht krijgen op de heersende opvattingen van ziekenhuisartsen en verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van delirium. Daarnaast werd het verschil in opvattingen tussen artsen en verpleegkundigen nagegaan.

## Methodologie

### *Design, steekproef en procedure*

Het onderzoek betreft een survey waarbij in januari 2005 een vragenlijst aan alle artsen (N=982) en verpleegkundigen (N=2256) werd verspreid die in contact komen met delirante patiënten opgenomen binnen de Universitaire Ziekenhuizen van Leuven (UZ Leuven). De vragenlijst, met daarbij een begeleidende brief over de doelstellingen en de procedure van het onderzoek, werd op naam verspreid. Na 14 dagen werd een herinnering verstuurd. Participatie was vrijwillig en het terugsturen van de vragenlijst werd als 'informed consent' beschouwd. Personeelsleden werkzaam op de diensten pediatrie en verloskunde werden geëxcludeerd.

### *Ontwikkeling van de vragenlijst*

De vragenlijst is gebaseerd op deze uit de studie van Ely et al., handelend over de opvattingen betreffende de preventie, diagnose en behandeling van delirium bij gezondheidszorgwerkers op intensieve zorg.<sup>25</sup> Ze werd in het Nederlands vertaald en aangepast voor gebruik in de huidige onderzoekssetting. Verder werd de inhoud, duidelijkheid en volledigheid van de vragen geanalyseerd door een panel van experts en ervaringsdeskundigen, allen lid van de werkgroep delirium (UZ Leuven). Tot slot werd de facevaliditeit getest bij 5 verpleegkundigen en 2 artsen. Op basis van hun opmerkingen werd de vragenlijst een laatste maal aangepast.

De vragenlijst werd voorzien van de volgende definitie van delirium: "Een psychisch syndroom, als gevolg van een lichamelijke ontregeling, dat gekenmerkt wordt door een bewustzijnsstoornis met gedaalde aandacht én door een stoornis in de cognitie (vb. desoriëntatie, geheugenstoornissen) of in de perceptie (vb. hallucinaties). De symptomen ontwikkelen zich in enkele uren tot dagen en kunnen fluctueren in de loop van de dag."<sup>26</sup>

De uiteindelijke vragenlijst bestond uit twaalf hoofdvragen, onderverdeeld in zesenvestig sub-items met voornamelijk gesloten en een beperkt aantal open vragen waarin de volgende thema's werden bevraagd: het voorkomen, de ernst van het probleem, preventie (risicofactoren en screening), detectie en het interventiebeleid van delirium gekoppeld aan de UZ Leuven richtlijn. Het invullen van de vragenlijst vroeg ongeveer 15 minuten.

### *Analyses*

Descriptieve analyses werden uitgevoerd op de totale steekproef en zonodig in frequentietabellen weergegeven. Het verschil in opvattingen tussen artsen en verpleegkundigen werd eveneens descriptief geanalyseerd. Vanwege het probleem van multiple testing werd geen gebruik gemaakt van inferentiële statistiek.

### **Resultaten**

Van de 3238 vragenlijsten werden er 846 teruggestuurd (respons = 26%). Hiervan waren er 27

niet tot onvolledig ingevuld wat een totaal van 819 bruikbare vragenlijsten opleverde. De 819 respondenten bestonden voor 27% (N = 219) uit artsen (13% medische stafleden + 14% Geneesheer Specialisten in Opleiding - GSO) en voor 73% (N = 600) uit verpleegkundigen. Qua opleidingsniveau bestond de groep verpleegkundigen uit bachelors (80%), gediplomeerde verpleegkundigen (14%) en masters (6%). De totale steekproef bestond voor 66% uit vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar (SD = 9.4). Het gemiddelde aantal jaren werkervaring op de huidige afdeling bedroeg 9 jaar en 3 maanden (SD = 8.4). De respondenten waren werkzaam op de afdelingen inwendige geneeskunde (25%), heelkunde (20%), intensieve zorg (15%), medisch-technische/ambulante zorg (14%), hoofd/hals letsels (10%) en andere diensten (16%).

### *Inschatting van het voorkomen van delirium*

Eéneenzestig procent (N = 496 op 809) van de totale steekproef schatte dat minder dan 10% van de patiënten delirant was op hun afdeling. Een groter aandeel verpleegkundigen dan artsen (43% versus 25%) gaf aan dat het percentage delirante patiënten op hun afdeling 10% of meer bedroeg (zie tabel 1).

Het voorkomen van delirium werd het hoogst geschat door de respondenten op de afdeling palliatieve zorg: 53% schatte dit tussen 26-50% en 27% tussen 51-75%. Op de intensieve zorg schatte de meerderheid (73%) het aandeel delirante patiënten tussen 10-50%. Op geriatrie (n = 26 op 42), traumatologie (N = 12 op 18) en cardiothoracale chirurgie (N = 13 op 20) werd het voorkomen van delirium door meer dan 60% van de respondenten tussen de 10-25% geschat.

Het voorkomen van delirium werd het laagst geschat op oncologische heelkunde, medisch-technische/ambulante diensten en orthopedie. Respectievelijk 100% (N = 14), 94% en 93% (N = 41 op 44) beweerden dat het probleem in minder dan 10% van de gevallen voorkomt op hun afdeling.

<b>Tabel 1</b> <b>Inschatting van het voorkomen van delirium.</b>					
	< 10%	10-25%	26-50%	51-75%	> 75%
<b>DISCIPLINE (N = 809)*</b>					
Artsen (N = 216)	75	19	5	< 1	< 1
Verpleegkundigen (N = 593)	57	29	11	3	< 1
<b>DIENSTEN (N = 793)*</b>					
Palliatieve zorg (N = 15)	0	20	53	27	0
Intensieve zorg (N = 120)	16	49	24	8	3
Spoed (N = 25)	56	28	12	0	4
Inwendige (N = 198)	64	29	7	< 1	0
Heelkunde (N = 161)	66	29	5	0	< 1
Hoofd/halsletsels (N = 78)	67	21	11	1	0
Revalidatie (N = 22)	68	23	9	0	0
OK/PAZA (N = 60)	75	17	7	1	0
Medisch-technische en ambulante diensten (N = 114)	94	4	1	0	1

Alle waarden zijn uitgedrukt in percentages. OK = operatiekwartier; PAZA=Post-Anesthesie Zorgen Afdeling  
 \* N is geen 819 omdat niet alle respondenten de discipline, de dienst of het voorkomen van delirium hebben gespecificeerd.

*Ernst van het probleem*

Tweeënzeventig procent (N = 582 op 806) van alle respondenten oordeelde dat delirium geen tot een minimaal probleem was op hun afdeling. Toch beschouwde meer dan de helft van de medewerkers op de afdeling palliatieve zorg (87%), traumatologie (67%), cardio-thoracale chirurgie (58%), intensieve zorg (55%) en geriatrie (55%) het syndroom als een ernstig probleem op hun afdeling.

Negenendertig procent van alle respondenten (N = 311 op 792), waaronder meer verpleegkundigen (43%) dan artsen (29%), vonden dat delirium een belangrijke invloed had op de prognose van volwassenen (16-70 jaar). Met betrekking tot de prognose van ouderen liep dit op tot 75% voor zowel de artsen als de verpleegkundigen.

*Preventie en detectie van delirium*

Delirium werd door de meerderheid beschouwd als een ondergediagnosticeerd (85%, N = 686 op 811), te voorkomen syndroom (75%, N = 604 op 810). Meer specifiek wezen een groter aandeel

verpleegkundigen dan artsen op de onderdetectie van het syndroom (88% versus 76%).

In de praktijk werden risicopatiënten altijd (4%), meestal (10%), zelden (34%) tot nooit (52%) gescreend op delirium. Van de 48% (N = 384 op 799) die screende, gebruikte slechts een kleine minderheid (4%) een gevalideerd meetinstrument, met name de Confusion Assessment Method (CAM) (N = 8), de Delirium Observation Screening (DOS) Schaal (N = 6) of de Neecham Confusion Scale (N = 2).<sup>27-29</sup> Verder werd verwezen naar minder specifieke schalen (Mini Mental State Examination, Glasgow Coma schaal), naar het registreren van fysieke en vitale parameters of werd er geen meetinstrument benoemd.

Verhoudingsgewijs meer artsen dan verpleegkundigen (85% versus 71%) beweerden dat de preventie van delirium mogelijk was. De belangrijkste risicofactor die zowel volgens de artsen als de verpleegkundigen aanleiding geeft tot het ontwikkelen van een delirium is het stopzetten van medicatie, alcohol of drugs. Verder werden binnen de top 3 de post-operatieve status van de patiënt en het hospitalisatiesyndroom opgegeven (zie tabel 2).

<b>Tabel 2</b>		<b>Risicofactoren (N = 766-800).**</b>
		<i>mediaan*</i>
1	Stopzetten medicatie, alcohol, drugs	6
2	Post-operatieve status	5
3	Hospitalisatiesyndroom	5
4	Lever- en nierfalen	4
5	Infectie	4
6	Dementie	4
7	Pijn	4
8	Ischemische hersenziekten	4
9	Fysieke fixatie	4
10	Opgestarte medicatie (1-4 weken)	4
11	Hart- en respiratoir falen	4

\* Risicofactoren werden gescoord op een schaal van 1 (niet belangrijk) tot 6 (heel belangrijk).

\*\* N is geen 819 omdat niet alle respondenten de risicofactoren specificeerden.

#### *Interventiebeleid*

Nagenoeg iedereen (97%, N = 789 op 816) vond dat delirium een actieve en onmiddellijke interventie van de arts en de verpleegkundige vereiste. Hierbij waren zowel de medicamenteuze behandeling als de omgevingsmaatregelen (zoals communicatie, sensorische prikkels en realiteitsoriëntatie) prioritair in het therapie-

beleid waarbij de medicamenteuze aanpak door een groter aandeel verpleegkundigen dan artsen (36% versus 26%) als meest prioritair werd bevonden (tabel 3). Het gebruik van fysieke fixatie bij onrustige, geagiteerde patiënten werd niet als prioritair beschouwd, maar was voor verpleegkundigen (49%) belangrijker dan voor artsen (28%).

<b>Tabel 3</b>					<b>Therapiebeleid (N = 763*; waarvan 200 artsen en 563 verpleegkundigen).</b>
		<i>niet belangrijk</i>	<i>minder belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>prioritair</i>
<i>Omgevingsmaatregelen</i>					
artsen (%)		0	9	65	26
verpleegkundigen (%)		1	5	67	27
<i>Medicamenteuze aanpak</i>					
artsen (%)		1	6	67	26
verpleegkundigen (%)		0	5	59	36
<i>Fysieke fixatie</i>					
artsen (%)		7	63	28	2
verpleegkundigen (%)		8	39	49	4

\* N is geen 819 omdat niet alle respondenten het therapiebeleid hebben gespecificeerd.

*Farmacologische behandeling door artsen*

De grote meerderheid van de artsen (87%) verkoos neuroleptica bij een delirium en benzodiazepines (85%) bij een delirium tengevolge van alcohol of benzodiazepine onttrekking. Specifiek gebonden aan de voorkeursgeneesmiddelen die de UZ Leuven richtlijn aanbeveelt, gebruikte 82% van de artsen haldol® bij een delirium en prefereerde 69% tranxène® bij een delirium tengevolge van alcohol of benzodiazepine onttrekking (zie Tabel 4).

fiek gebonden aan de voorkeursgeneesmiddelen die de UZ Leuven richtlijn aanbeveelt, gebruikte 82% van de artsen haldol® bij een delirium en prefereerde 69% tranxène® bij een delirium tengevolge van alcohol of benzodiazepine onttrekking (zie Tabel 4).

Tabel 4 Farmacologische behandeling (artsen).		
	delirium (N = 154*)	delirium ten gevolge van alcohol- of benzodiazepine-onttrekking (N = 156)*
Neuroleptica (%)	87	8
- haldol (%)	82	6
- andere neuroleptica (%)	5	2
Benzodiazepines (%)	9	85
- tranxene (%)	6	69
- andere benzodiazepines (%)	3	16
Combinatie van neuroleptica en benzodiazepines (%)	3	0
Andere (clonidon, katapressan e.d.) (%)	1	7

\* N is geen 219 omdat niet alle artsen het therapiebeleid hebben gespecificeerd.

*Richtlijn en bijscholing over delirium*

Bijna de helft van de totale steekproef (47%, N = 375 op 802) wist dat er een richtlijn betreffende de ‘acute symptomatische behandeling van de hyperactieve vorm van delirium’ in de UZ Leuven bestond. Meer dan een vierde (28%, N = 214 op 779), waaronder minder verpleegkundigen (23%) dan artsen (39%), had deze richtlijn ooit geraadpleegd. Hiervan vond 90% (N = 193 op 214) het een goede richtlijn.

In de laatste 12 maanden volgde 86% (N = 656 op 765) van de respondenten geen bijscholing over delirium. Hiervan zou 54% (N = 354 op 656) graag een opleiding volgen.

**Discussie**

Ely et al. waren de eersten die wezen op het belang van opvattingen van gezondheidswerkers in de preventie, detectie en aanpak van delirium.<sup>25</sup> In het huidige onderzoek werden opvattingen niet enkel nagegaan op de afdeling intensieve zorg (zoals bij Ely et al.) maar werd dit ook op andere afdelingen bekeken. Daarnaast werd het verschil in opvattingen tussen artsen en verpleegkundigen geanalyseerd. Net zoals in de studie van Ely et al. werd er bevestigd dat delirium een ondergediagnosticeerd, te voorkomen

probleem is dat een snelle interventie vereist. In tegenstelling tot Ely et al. waarbij 92% van de respondenten delirium een significant tot ernstig probleem vond, vindt slechts 28% het een ernstig probleem in het huidige onderzoek. De heterogeniteit van de totale steekproef (verscheidenheid aan diensten) kan een verklaring zijn voor dit verschil. Uit een subanalyse blijkt echter dat op de afdeling intensieve zorg delirium door slechts 56% van de respondenten als een ernstig probleem wordt beschouwd.

Uit de analyses blijkt dat het voorkomen van delirium door de meerderheid van de respondenten (61%) op minder dan 10% werd geschat. Enkel op de afdelingen palliatieve zorg, intensieve zorg, geriatrie, traumatologie en cardiothoracale heelkunde schatte de meerderheid van de respondenten het percentage delirante patiënten hoger dan 10%. In de literatuur worden deze 5 diensten eveneens geïdentificeerd als risicopopulaties, met incidentiecijfers oplopend van 30% bij cardio-thoracale chirurgie, van 40 tot 50% bij een heupfractuur,<sup>30</sup> tot 87% op een afdeling intensieve zorg,<sup>9,12,31</sup> en tot 88% bij terminaal oncologische patiënten.<sup>32</sup> Voor geriatrie patiënten opgenomen op algemeen inwendige afdelingen variëren deze cijfers van 10 tot 20%.<sup>27</sup> Het voorkomen van delirium werd het laagst geschat op oncologische heelkunde (iedereen schatte dit op minder dan 10%), hoewel deze in

de literatuur eveneens wordt beschreven als een risicopopulatie met cijfers variërend van 20 tot 42%.<sup>33</sup>

Hoewel 72% van de totale steekproef de ernst van het probleem laag inschatte, beschouwde meer dan de helft van de respondenten op bovenstaande diensten delirium als een ernstig probleem (exclusief oncologische heelkunde) en gaf 75% van de totale steekproef aan dat delirium een belangrijke invloed had op de prognose van ouderen.

Ondanks de slechte prognose wordt delirium volgens de literatuur in 32 tot 67% van de gevallen ondergediagnosticeerd.<sup>16</sup> Zowel verpleegkundigen (88%) als artsen (76%) in de huidige studie bevestigen het probleem van onderdetectie van het syndroom. Vroegtijdige detectie is echter van essentieel belang voor de preventie en behandeling van delirium bij ouderen.<sup>34</sup> Verpleegkundigen zijn hierbij de meest aangewezen personen om de symptomen van een delirium vroegtijdig te detecteren. Verpleegkundigen staan immers continu in contact met de patiënten en kunnen het fluctuerende verloop en de verschillende presentaties van het syndroom het best in kaart brengen. Om de diagnose te kunnen stellen, zijn artsen hierdoor vaak medeafhankelijk van de klinische observatievaardigheden van verpleegkundigen.

In het huidige onderzoek screende ongeveer de helft van de respondenten op delirium. Daarvan gebruikte slechts een minderheid (4%) een gevalideerd en geëigend meetinstrument en gaven de overige respondenten eerder een eigen invulling aan het begrip 'screenen'. Naast een grondige kennis en klinische observatievaardigheden is het gebruik van een specifiek gevalideerd meetinstrument echter noodzakelijk om een delirium vroegtijdig op te sporen en dit voornamelijk bij de hypo-actieve presentaties van het syndroom.<sup>35,36</sup> Indien een delirium niet of onvolledig (h)erkend wordt als een potentiële medische urgentie, kan het immers niet adequaat behandeld worden.

In het symptomatische therapiebeleid voor delirium werden de medicamenteuze aanpak en omgevingsmaatregelen zowel door artsen en verpleegkundigen als belangrijk tot prioritair bevonden. Opmerkelijk was dat meer verpleegkundigen dan artsen (36% versus 26%) de medicamenteuze aanpak als meest prioritair beschouwden in de aanpak van delirium. De verhoogde zorgintensiteit van een patiënt met een hyperactief delirium en het vaak snel verkregen kalmerende effect van farmacotherapie kan deze voorkeur verklaren.

Fysieke fixatie vormt geen prioriteit in de zorg voor delirante patiënten maar was voor verpleegkundigen (49%) wel belangrijker dan voor artsen (28%). Hoewel het gebruik van fysieke fixatie in bepaalde omstandigheden (ernstige agitatie, fysieke agressie, ...) kan worden overwogen, dient er rekening te worden gehouden met de potentiële nadelige lichamelijke (verminderde

functionele capaciteit, drukletsels, infecties, contracturen, ...) en psychosociale gevolgen voor de patiënt. Bovendien wijst onderzoek erop dat fysieke fixatie vaak niet beantwoordt aan het beoogde doel en zelfs meer agitatie kan uitlokken en complicaties veroorzaken.<sup>37,38</sup>

Voor de farmacologische behandeling van een delirium gebruikten de meeste artsen de voorkeursgeneesmiddelen voor de juiste indicatie en dit ondanks het feit dat slechts 39% van de artsen aangaf dat ze de bestaande UZ Leuven richtlijn hadden geconsulteerd: haldol® bij een delirium en tranxène® bij een delirium tengevolge van alcohol of benzodiazepine onttrekking. Deze twee specifieke geneesmiddelen worden geadviseerd door onze richtlijn en worden met de huidige evidentie het sterkst aanbevolen.<sup>39-41</sup>

Naast de bekendmaking en invoering van een richtlijn, vormen opvattingen van zorgverleners belangrijke cognitieve factoren die de intenties van deze zorgverleners beïnvloeden om klinische richtlijnen consequent op te volgen.<sup>42</sup> Het huidige onderzoek toont aan dat er een verschil bestaat tussen het waargenomen belang en de huidige praktijk van onderdetectie en screening.<sup>25</sup> Het bezitten van de correcte opvattingen biedt echter geen garantie voor het stellen van het juiste gedrag. Verder onderzoek wordt aanbevolen betreffende de kennis-attitude-gedrag sequentie die de implementatie van een richtlijn/interventiestrategie voor delirium mede beïnvloedt.<sup>43</sup>

Tot slot moet gewezen worden op de methodologische beperkingen van deze survey. Zelfrapportage kan leiden tot een bias in de antwoorden door misinterpretatie van vragen of omwille van sociaal wenselijke antwoorden. Tevens werden niet alle vragen (voornamelijk het beperkt aantal open vragen) door iedereen beantwoord. Eveneens zijn de context waarin de vragenlijsten werden verspreid, het ontwerp en de extra tijdsinvestering (ongeveer 15 minuten) om de vragenlijst in te vullen, factoren die de antwoorden mede kunnen beïnvloeden.

In deze survey bedraagt de respons rate slechts 26%, maar met een gelijke verdeling tussen medische stafleden (21%), GSO (24%) en verpleegkundigen (27%). Deze lage respons kan de resultaten vertekenen. Men kan bijvoorbeeld veronderstellen dat de onder(h)erkenning van het syndroom als potentiële urgentie nog sterker in de praktijk vervat zit dan aangegeven door de resultaten omdat non-responders waarschijnlijk minder of niet geïnteresseerd zijn in de problematiek. Verder dient de extrapolatie van de gegevens uit deze studie naar andere ziekenhuissettings met de nodige voorzichtigheid te gebeuren mede vanwege de heterogeniteit van de steekproef (o.a. veel verschillende afdelingen) en het contextgebonden karakter van opvattingen binnen de tertiaire sector. Anderzijds bevestigen onze gegevens de resultaten uit een eerder

inspectierapport, uitgevoerd in 20 algemene ziekenhuizen in Nederland.<sup>44</sup>

### Besluit

De ernst van het probleem, en vaak ook de incidentie van delirium wordt onderschat. Hoewel de behandeling correct wordt ingeschat, dient verder geïnvesteerd te worden in de preventie en vroegtijdige detectie van het probleem. Er moet meer aandacht gaan naar het gebruik van gevali-

deerde screeningsinstrumenten en naar de erkenning van delirium als een potentiële medische urgentie. De basisopleiding van zowel artsen als verpleegkundigen kan hier een belangrijke rol in spelen.

### Dankwoord

De auteurs wensen alle verpleegkundigen en artsen, alsook de werkgroep Delirium van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven te bedanken voor hun medewerking aan de studie.

### Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry* 1999; 156(Mei suppl):1-20.
- Kiely DK, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Characteristics associated with delirium persistence among newly admitted post-acute facility patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(4): 344-349.
- Rockwood K. Delirium and frailty. *Primary Psychiatry* 2004; 11(11): 36-39.
- Cole MG. Delirium in elderly patients: clinical review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 7-21.
- Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *JAGS* 2003; 51: 4-9.
- Litton KA. Delirium in the critical care patient. What the professional staff needs to know. *Crit Care Nurs Q* 2003; 26(3): 208-213.
- Milisen K, Foreman MD, Godderis J, Abraham IL, Broos PLO. Delirium in the hospitalised elderly: nursing assessment and management. *Nurs Clin North Am* 1998; 33(3): 417-439.
- Schuermans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: review of the literature. *J Clin Nurs* 2001; 10: 721-729.
- Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004; 291(14): 1753-1762.
- McCusker J, Cole MG, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002; 162: 457-463.
- Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Impact on different diagnostic criteria on prognosis of delirium: a prospective study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 18: 240-244.
- Ely EW, Gautam S, Margolin R, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001; 27(12): 1892-1900.
- McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, Belzile E. Does delirium increase hospital stay? *JAGS* 2003; 51: 1539-1546.
- Saravay SM, Kaplowitz M, Kurek J, et al. How do delirium and dementia increase length of stay of elderly general medical inpatients? *Psychosomatics* 2004; 45(3): 235-242.
- Leslie DL, Zhang Y, Bogardus ST, Holford TR, Leo-Summers LS, Inouye SK. Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. *JAGS* 2005; 53: 405-409.
- Inouye, SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalised elderly medical patients. *Am J Med* 1994; 97: 278-288.
- Pun BT, Ely EW. The delirium dilemma in the intensive care unit: current concepts in monitoring and management. *Primary Psychiatry* 2004; 11(11): 59-64.
- Weber JB, Coverdale JH, Kunik ME. Delirium: current trends in prevention and treatment: review. *Intern Med J* 2004; 34: 115-121.
- Kalisvaart CJ, Vreeswijk R, de Jonghe JFM, Milisen K. Een systematisch overzicht van multifactoriële interventies ter primaire preventie van delier bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2005; 36: 224-231.
- Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman M. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalised older people: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 52(1):79-90.
- Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 2.
- Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med* 1999; 106: 565-573.
- Francis J. Historical overview of investigations into delirium. *Primary Psychiatry* 2004; 11: 31-35.
- Rockwood K, Bhat R. Should we think before we treat delirium? *Intern Med J* 2004; 34: 76-78.



- 25 Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Crit Care Med* 2004; 32(1):106-112.
- 26 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.-revised. American Psychiatric Association. Washington DC, 2000: 943.
- 27 Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113(12): 941-948.
- 28 Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract* 2003; 17(1): 31-50.
- 29 Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG. The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation and clinical testing. *Nurs Res* 1996; 45(6): 324-330.
- 30 Lindesay J, Rockwood K, Rolfson D. The epidemiology of delirium. In: Lindesay J, Rockwood K, MacDonald A, eds. *Delirium in old age*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2002.
- 31 McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. *JAGS* 2003; 51: 591-598.
- 32 Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-794.
- 33 Cobb JL, Glantz MJ, Nicholas PK, et al. Delirium in patients with cancer at the end of life. *Cancer Practice* 2000; 8(4): 172-177.
- 34 Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2467-2473.
- 35 Foreman MD, Milisen K. Improving recognition of delirium in the elderly. *Primary Psychiatry* 2004; 11(11): 46-50.
- 36 Meagher DJ. Clinical review. Delirium: optimizing management. *BMJ* 2001; 322: 144-149.
- 37 Evans D, Wood J, Lambert L A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs* 2002; vol. 40(6): 616-625.
- 38 Mott S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on the rehabilitation of older people. *Int J Nurs Pract* 2005; 11(3): 95-101.
- 39 Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, et al. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *JAGS* 2005; 53(10): 1658-1666.
- 40 Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Haloperidol for delirium: protocol. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; Issue 4.
- 41 Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med* 2004; 164(13): 1405-1412.
- 42 Puffer S, Rashidian A. Practice nurses' intentions to use clinical guidelines. *J Adv Nurs* 2004; 47(5): 500-509.
- 43 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines: a framework for improvement. *JAMA* 1999; 282(15): 1458-1465.
- 44 Kingma JH. De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvolgende onderkend. *Inspectierapport gezondheidszorg*. Den Haag, 2005.