

Op weg naar preventie van het delier

C.J.Kalisvaart *Primary prevention of delirium in the elderly*

Promotie: 14 december 2005, Universiteit van Amsterdam

Promotores: prof. dr. P. Eikelenboom en prof. dr. W. A. van Gool

Bespreking: dr. A. F.G. Leentjes, psychiater, Afdeling Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Maastricht

Van de oudere patiënten die opgenomen zijn in het algemeen ziekenhuis maakt 10 tot 40% een delier door. In bepaalde patiëntenpopulaties is de prevalentie zelfs hoger. Het doormaken van een delier heeft belangrijke, negatieve, prognostische implicaties voor de patiënt. Onbehandeld leidt het tot een langere opnameduur, een hogere morbiditeit en mortaliteit, verlies van zelfredzaamheid en een slechter functioneel herstel. Bovendien kan een delier preëxistente cognitieve beperkingen onomkeerbaar doen toenemen.¹ Ondanks het feit dat deze wetenschap bij klinische geriateren en psychiaters al lang bekend is, is er op de meeste ziekenhuisafdelingen toch nauwelijks aandacht voor deze aandoening. Het gevolg hiervan is dat een delier vaak niet herkend, en dientengevolge ook niet behandeld wordt. Dit is de belangrijkste conclusie uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over delieren bij oudere opgenomen patiënten, dat oktober jongstleden verscheen.² De Inspectie heeft op basis van haar onderzoek een aantal aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van zorg voor delirante patiënten in het ziekenhuis te verbeteren. Zo pleit zij voor de opzet van een verplicht registratiesysteem voor delirante patiënten, het verplichten van ziekenhuizen om een beleidsplan voor delier op te stellen, en voor implementatie van de recent verschenen 'Richtlijn delirium' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).³ Daarnaast kondigde de Inspectie aan dat zij door middel van actiever toezicht toe zal zien op

verbetering van de zorg voor patiënten met een delier, en de mogelijkheid bestudeert om een prestatie-indicator voor delirium te ontwikkelen die aan ziekenhuizen opgelegd kan worden.² De tekortschietende zorg voor delirante patiënten leidde niet alleen tot het onderzoek van de Inspectie, maar recent zelfs tot kamervragen.⁴ Hiermee komt de zorg voor delirante patiënten niet alleen hoog op de 'medische agenda', maar ook op de maatschappelijke en politieke agenda.

Tegen deze achtergrond heeft het proefschrift van Kees Kalisvaart, klinisch geriater in het Medisch Centrum Alkmaar (47 jaar), niet alleen wetenschappelijke waarde, maar ook maatschappelijke betekenis. In dit proefschrift, getiteld 'Primary prevention of delirium in the elderly', beschrijft Kalisvaart zijn onderzoek naar risicofactoren voor, vroegherkenning van, en mogelijkheden tot preventie van het delier. Hij combineert hierin wetenschappelijke originaliteit met pragmatiek en klinische relevantie. Het proefschrift bestaat uit twee overzichtsartikelen en vijf originele onderzoeken. De twee overzichtsartikelen betreffen een overzicht over beschikbare beoordelingsschalen voor delirium, en een systematisch overzicht van multifactoriële interventies ter preventie van delier. Beide zijn gedegen overzichten van de literatuur en werden eerder in dit tijdschrift gepubliceerd.^{5,6} Wat betreft het effect van proactieve geriatrische consultatie op de incidentie van delier werd geconcludeerd dat er weinig gedegen onderzoek is verricht. Er zijn weliswaar aanwijzingen dat een dergelijke proactieve consultatie een preventief effect kan hebben, maar er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs om een dergelijk benadering als richtlijn aan te bevelen.⁶ De originele onderzoeken werden verricht bij 603 patiënten die in het Medisch Centrum Alkmaar een heupoperatie ondergingen en gevraagd werden te participeren in een

dubbelblind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van haloperidol als primaire profylaxe van het delier. Uiteindelijk namen 430 patiënten met een verhoogd risico op delier deel aan dit onderzoek. Zij kregen vanaf de dag van opname tot drie dagen na de operatie ófwel haloperidol 0,5 mg 3dd1 ófwel placebo toegediend. De incidentie van postoperatief delier verschilde in beide groepen niet, maar in de haloperidol-groep waren de optredende delieren minder ernstig en korter (5,4 versus 11,8 dagen), waardoor ook de duur van de ziekenhuisopname korter was (17,1 versus 22,6 dagen).⁷ Het perioperatief toedienen van haloperidol was dus niet effectief als primaire profylaxe (het voorkómen van delier), maar wel als secundaire profylaxe (het beperken van de ernst en duur van het delier). Hoewel er andere studies zijn die het effect van primaire farmacologische preventie op de incidentie van delier in omschreven patiëntenpopulaties hebben onderzocht, is dit het eerste dubbelblinde, gerandomiseerde placebogecontroleerde onderzoek, en daarom van internationaal belang. In een ander onderzoek bestudeerde Kalisvaart de prodromale symptomen van het delier. Ook dit is een uniek onderzoek, omdat er nauwelijks onderzoek wordt verricht naar de fenomenologie van het delier, laat staan naar prodromale symptomen. In de laatste drie dagen voorafgaand aan het delier blijkt er sprake te zijn van toenemende cognitieve symptomen. Deze bevinding biedt mogelijkheden voor vroegdiagnostiek en primaire preventie. Ten slotte is ook de validatie van het gestratificeerde risicomodel van Inouye een originele benadering om tot een klinisch bruikbare inschattingmogelijkheid voor het risico op delier te komen.

Al deze nieuwe kennis moet uiteindelijk leiden tot een meer proactieve benadering van het delier in het ziekenhuis. Specialististen zullen in samenwerking met consultatief geriateren en psychiaters moeten zoeken naar mogelijkheden om patiënten met een verhoogd risico op delier beter te detecteren en binnen deze groep specifieke en wetenschappelijk onderbouwde interventies toe te passen teneinde de kans op, en de ernst van, het delier te verminderen. Dit vergt een andere organisatie van zorg dan dewelke in de meeste ziekenhuizen via reguliere intercollegiale consulten wordt geleverd. Het is daarom jammer dat Kalisvaart in zijn discussie alleen in gaat op de wetenschappelijke aspecten van zijn onderzoek en niet van de gelegenheid gebruik maakt om zijn visie te geven op deze gevolgen voor de organisatie van ziekenhuiszorg. Wat zou een wetenschappelijk onderbouwde en klinisch haalbare benadering zijn van het probleem rondom onderdetectie en onderbehandeling van delieren in het algemeen ziekenhuis? Hoe kan het effect van deze benadering gemeten worden en biedt dit aanknopingspunten voor het formuleren van een prestatie-indicator, zoals de

Inspectie voorstaat? De kloof tussen wetenschappelijke kennis over delier en de tekortschietende klinische praktijk van alledag in het ziekenhuis was immers de aanleiding tot het onderzoek van de Inspectie. Deze ommissie doet echter niets af aan de wetenschappelijke relevantie en originaliteit van het proefschrift.

Dr. A.F.G. Leentjens, februari 2006, Maastricht

Naschrift

Allereerst wil ik collega Albert Leentjens hartelijk danken voor zijn vriendelijke woorden en voor het werk dat hij van de bespreking van mijn proefschrift heeft gemaakt! Graag deel ik de lovende woorden met mijn co-werkers.

Leentjens stelt aan het eind echter een paar vragen waar ik graag op in wil gaan.

Ik denk dat een proefschrift in de eerste plaats een wetenschappelijke proeve van bekwaamheid is en dat die aspecten de boventoon moeten voeren. Ik heb in de bespreking en samenvatting wel duidelijk gemaakt dat de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen tekort schiet, gezien de wijze waarop met dit probleem (niet) wordt omgegaan. Elk hoofdstuk van het proefschrift heeft een duidelijke conclusie gegeven en dus ben ik er vanuit gegaan dat hiermee voldoende duidelijk gesteld werd wat er beter zou kunnen en hoe dat aangepakt zou kunnen worden.

Door het gebruik van goede meetschalen is het beter mogelijk delieren te detecteren en bij bestaande delieren de ernst in de tijd te vervolgen. De combinatie van beide leidt tot meer diagnoses en een adequatere behandeling (het gebruik van de ernstschaal leidt in de praktijk tot gericht en minder gebruik van antipsychotica en benzodiazepines). Het screenen van patiënten (alle) boven de 70 jaar geeft een duidelijk onderscheid in patiënten met en zonder risico op delier, waardoor dure zorg en begeleiding gericht gegeven kan worden. In ons onderzoek leidde het toepassen van die zorg (Best Supportive Care, gebaseerd op de evidentie uit de literatuur) tot een forse reductie van de incidentie van delier. Door ook nog eerder gealarmeerd te worden, door de veranderingen in symptomen voor het optreden van het delier in de prodromale fase, kan nog gericht gehandeld worden. Ik denk dat we voldoende hebben aangedragen om in de praktijk verder te kunnen. Een gericht, algemeen toepasbaar, screeningprogramma is niet moeilijk te ontwikkelen en te evalueren. Het bijkomstige effect zal zijn dat de totale zorg voor ouderen zal verbeteren, omdat ook oorzakelijke problemen zullen worden aangepakt.

Ook de inspectie zal aan de hand hiervan mogelijkheden vinden tot het formuleren van een prestatie-indicator.

Dr. C. Kalisvaart, Alkmaar, 21 februari 2006

Literatuur

- Leentjens AFG, Van der Mast RC. Delirium in elderly people: an update. *Current Opinion in Psychiatry* 2005;18:325-330.
- Anoniem. De oudere patient met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2005.
- Van der Mast RC, Huyse FJ, Droogleeveer-Fortuijn HA, et al. Richtlijn delirium. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2004.
- <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2006/antwoorden-op-kamervragen-van-arib-en-verbeet-over-het-verschijnsel-delirium-bij-ouderen.asp> (geraadpleegd 14 Februari 2006)
- Timmers J, Kalisvaart CJ, Schuurmans MJ, De Jonghe J. Een overzicht van beoordelingsschalen voor delier. *Tijdsch Geriatr Gerontol* 2004;35:5-14.
- Kalisvaart CJ, Vreeswijk R, De Jonghe JFM, Milisen K. Een systematisch overzicht van multifactoriele interventies ter primaire preventie van delier bij ouderen. *Tijdsch Geriatr Gerontol* 2005;36:224-231.
- Kalisvaart KJ, De Jonghe J, Bogaarts M, et al. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium A randomized placebo-controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1658-1666.