

Opvattingen van verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van delier.

Naam: Berdine Anna van Harten

Roepnaam: Dianne

Studentnummer: 3229300

Status: Definitief

Datum: 02-07-2010

Universiteit Utrecht, Masteropleiding Verplegingswetenschap

Begeleider: drs. Roelof Ettema

Blokdocent: dr. Claudia Gamel

Stage-instelling: Röpcke Zweers Ziekenhuis, Hardenberg

Beoogd tijdschrift: Journal of the American Geriatrics Society

Referentiestijl: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to

Biomedical Journals

Aantal woorden artikel: 3986 maximaal 4000

Aantal woorden samenvatting: 250 maximaal 250

Aantal woorden abstract: 235 maximaal 250

Samenvatting

Doel: zicht krijgen op de huidige opvattingen van verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van delier.

Design: cross-sectioneel, beschrijvend kwantitatief, survey onderzoek.

Setting: algemeen ziekenhuis in Nederland.

Deelnemers: verpleegkundigen van klinische afdelingen.

Meting: vragenlijst via de post met de thema's: prevalentie, ernst, preventie, detectie en interventiebeleid van delier. De vragenlijst is gebaseerd op vragenlijsten gebruikt in eerdere onderzoeken en bevatte vragen met open, dichotome en op Likert schaal antwoorden. Er werden twee reminders verstuurd.

Resultaat: De respons bedraagt 61%. De prevalentie van delier wordt door 45% van de verpleegkundigen minder dan 10% geschat en door 41% van de verpleegkundigen 10-25%. Van alle verpleegkundigen vindt 38% dat delier een probleem is op de afdeling, 35% geeft aan dat delier een serieus probleem is. Van de verpleegkundigen acht 66% het mogelijk dat een delier te voorkomen is. Vrijwel alle verpleegkundigen zijn van mening dat er direct actie ondernomen dient te worden bij een delier. Delier wordt onder gediagnosticeerd volgens 77% van de verpleegkundigen. Verpleegkundigen geven aan niet routinematig op delier te screenen (98%). De Delirium Observatieschaal wordt het vaakst gebruikt om te screenen.

Conclusie: Verpleegkundigen beschouwen delier als een onder gediagnosticeerd te voorkomen probleem welke een snelle interventie vereist. De uitvoering van zorg is nog niet passend bij deze opvatting, want risicopatiënten worden niet gescreend op delier. Een groot aantal verpleegkundigen kennen de richtlijn niet, of lezen de richtlijn niet. Er zullen acties ondernomen moeten worden om hierin verandering te brengen, zodat de patiënt met risico op delier optimale zorg krijgt.

Trefwoorden: delier, verpleegkundigen, opvattingen.

Inleiding

Bij patiënten, die in een ziekenhuis worden opgenomen, kunnen complicaties ontstaan. Deze complicaties zijn soms niet rechtstreeks het gevolg van het probleem dat tot de opname heeft geleid. Een vaak voorkomende complicatie is een delier. Dit is 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 (bijvoorbeeld desoriëntatie, geheugenstoornissen) of in de perceptie (bijvoorbeeld hallucinaties). De symptomen ontwikkelen zich in enkele uren tot dagen en kunnen fluctueren in de loop van de dag(1). In een review over delier bij patiënten, die in een ziekenhuis zijn opgenomen, worden verschillende incidentiecijfers van delier weergegeven(2). Percentages variëren van 3 tot 29%, afhankelijk van de patiëntencategorie. Het gaat hierbij om een delier, ontstaan tijdens de ziekenhuisopname. Bij patiënten die bijvoorbeeld aan de heup worden geopereerd is een gemiddelde incidentie van 25% gevonden(3). Het doormaken van een delier kan ingrijpende gevolgen hebben voor de patiënt. Patiënten zijn na zes maanden nog vaak ADL afhankelijker dan patiënten die geen delier hebben doorgemaakt(4). Patiënten noemen gevoelens te hebben doorgemaakt in de periode van delier zoals diepe eenzaamheid, grote angst en hulpeloosheid. Ook het optreden van illusies en hallucinaties zorgt voor grote angst(4). Sommige patiënten ervaren geheugenverlies en desoriëntatie(4). Delier wordt geassocieerd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit(4); (5), met een verlengde verblijfsduur(6) en met meer plaatsingen in een zorginstelling(4). Delier heeft dus in de praktijk grote consequenties voor de patiënt. Door de ingrijpende gevolgen voor de patiënt heeft deze intensieve verpleegkundige zorg nodig. Dit vraagt veel van de verpleegkundige.

In een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt geconcludeerd dat ziekenhuizen de omvang van de problemen rondom delier niet kennen(7). De schattingen van het voorkomen van delier liggen aan de lage kant en lopen sterk uiteen(7). Daarnaast wordt geconcludeerd dat specialisten en verpleegkundigen weinig kennis hebben van een delier. Vaak wordt een beroep gedaan op de kennis en vaardigheden van de psychiater, klinisch geriater of specialistisch verpleegkundige(7). Om aandacht te vestigen op de problemen rondom delier, is een prestatie-indicator voor delier ontwikkeld(7). Prestatie-indicatoren geven een signaal over de (kwaliteit van de) zorg(8). Ze meten de mate waarin gestelde doelen worden behaald. Ze kunnen de structuur, het proces en de uitkomsten meten van de zorg. De indicatoren worden weergegeven door kwantitatieve gegevens, welke een basis zijn voor organisaties om de zorg en het zorgproces te verbeteren(9).

Om betere zorg te geven aan kwetsbare ouderen, is ten doel gesteld dat alle klinische patiënten ouder dan 70 jaar in 2010 gescreend gaan worden op delier(10). Dit zal van invloed zijn op de verpleegkundige zorg, omdat veel genoemde interventies uit de indicator door verpleegkundigen zullen worden uitgevoerd. Interventies rondom delier die door de verpleegkundige worden uitgevoerd zijn: risicoscreening, vroegtijdige herkenning, preventieve interventies en verpleegkundige interventies(10). De invoering van de indicator zal inzet vragen van de verpleegkundigen.

Bij het succesvol implementeren van interventies rondom delier is de attitude van verpleegkundigen over delier van belang(11). Deze kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op de implementatie. Implementatie is de introductie van een innovatie in de dagelijkse handelingen, waarin effectieve communicatiestrategieën worden gevraagd en barrières om te veranderen worden geïdentificeerd en overwonnen(12). Er kan weerstand ontstaan bij de implementatie. Het erkennen van die weerstand en de bewustwording van de achterliggende redenen kan een verhelderende rol vervullen in het proces van invoering (13). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat bij het invoeren van richtlijnen of innovaties, de attitude een beïnvloedende factor is op het implementatiesucces(13)(14). Attitude bestaat uit drie componenten. Het is een positieve, negatieve of gemengde affectieve reactie bestaande uit gevoelens over een object of subject; een neiging om zich op een bepaalde manier te gedragen ten opzichte van een object of subject; een cognitieve evaluatie van een object of subject op basis van onze opvattingen, beelden en langetermijngeheugen(13). Opvattingen zijn de basis voor het vormen van een attitude(15). Zij zorgen voor een positieve of negatieve attitude(16). Opvattingen sturen de attitude. Attitude wordt vaak onderzocht door opvattingen te meten(15).

In de Verenigde Staten zijn de opvattingen over de preventie, diagnose en behandeling van een delier onderzocht van verschillende zorgprofessionals die werken met patiënten die op de intensive care verblijven(11). De steekproef bestond uit verschillende zorgprofessionals, zoals artsen, apothekers en physician assistants. Het aandeel verpleegkundigen was maar 12%. De resultaten van de hele steekproef worden weergegeven. Het wordt hierdoor niet duidelijk wat de opvattingen van verpleegkundigen zijn. Daarnaast gaat het specifiek over delier op de intensive care. Het is niet duidelijk hoe het met de opvattingen op andere afdelingen gesteld is. Ook in België is een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd in een universitair ziekenhuis(17). In dit onderzoek worden wel specifiek de opvattingen van verpleegkundigen genoemd. In tegenstelling tot eerder onderzoek, bevat de steekproef wel verpleegkundigen van verschillende klinische opname afdelingen. De response rate in dit onderzoek is maar 26%. Dit is erg laag te noemen en vergroot de kans op non-respons bias.

Probleemstelling

Voor de invoering van interventies rondom delier, genoemd in de prestatie-indicator, zijn de opvattingen van verpleegkundigen van belang. Het is onbekend wat de opvattingen zijn van verpleegkundigen in Nederland betreffende preventie, diagnose en behandeling van een delier. Er is onderzoek gedaan naar deze opvattingen, maar niet in de Nederlandse situatie. De eerdere onderzoeken bieden onvoldoende bewijs dat de gegevens gegeneraliseerd kunnen worden naar verpleegkundigen van een Nederlands algemeen ziekenhuis.

Doel

Het doel van dit onderzoek is zicht krijgen op de huidige opvattingen van verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van delier. Als de opvattingen van verpleegkundigen over delier inzichtelijk zijn, kunnen passende strategieën worden toegepast om een positieve attitude van verpleegkundigen, op de implementatie van de interventies rondom delier, te vergroten. Hierdoor zal de zorg voor patiënten met een delier worden verbeterd. Dit is relevant voor verpleegkundigen, omdat zij degenen zijn die de interventies gaat uitvoeren.

Vraagstelling

Om interventies rondom delier succesvol te kunnen implementeren is het van belang dat opvattingen hierover worden onderzocht. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van een delier?

Methode

Design

Door middel van een vragenlijst zijn de opvattingen van verpleegkundigen over delier onderzocht. Er is een survey uitgevoerd. Het betreft een cross-sectioneel design en is beschrijvend kwantitatief. Het is een replicaonderzoek. Hiervoor is gekozen, omdat er op deze manier een vergelijking kan worden gemaakt met eerder uitgevoerde onderzoeken uit de Verenigde Staten en België(11, 17). Het repliceren van onderzoeken is een belangrijk onderdeel om verpleegkundige zorg te ontwikkelen, gebaseerd op empirie(18).

Setting en onderzoekspopulatie

Door middel van dit onderzoek kan een uitspraak worden gedaan over de doelpopulatie: verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis. De onderzoekspopulatie bestond uit verpleegkundigen van een algemeen regionaal ziekenhuis in het noord oosten van Nederland. De onderzoeker is werkzaam in dit ziekenhuis. Het ziekenhuis is NIAZ geaccrediteerd, heeft 193 bedden en had 10.219 klinische opnames in 2009.

Verpleegkundigen werkzaam op de kinder- en kraamafdeling werden geëxcludeerd vanwege de specifieke patiëntencategorie die zij verplegen. De leidinggevende van de kraamafdeling gaf aan dat delier vrijwel niet voorkwam op die afdeling. Ernstig zieke kinderen kunnen zeker een delier ontwikkelen(19), maar deze kinderen worden doorgestuurd voor behandeling naar een ander ziekenhuis. Er is een gelegenheidssteekproef toegepast. Hiervoor is gekozen, omdat dit de meest praktische steekproef is. Het was praktisch niet mogelijk om alle verpleegkundigen te ondervragen, daarom is een selecte groep verpleegkundigen onderzocht. Het is de meest gebruikte steekproef in veel disciplines.

Dataverzameling

Werving

Aan elke afdelingsleider uit de kliniek is gevraagd of de vragenlijst aan de verpleegkundigen mocht worden uitgedeeld. De verpleegkundigen ontvingen de vragenlijst in hun postvakje. Om een hoge respons te verkrijgen werd in de begeleidende brief het belang van het onderzoek aangegeven en werden belangrijke sleutelfiguren genoemd. De afdeling die de meeste vragenlijsten retourneerde, zou een traktatie bij de koffie ontvangen. Ook werd aangegeven dat de vragenlijst makkelijk en snel in te vullen zou zijn. Verpleegkundigen hadden zes weken de tijd om de vragenlijst te retourneren. Er werden twee reminders verstuurd via de mail, door de leidinggevenden van de verschillende klinische afdelingen. Hierdoor moest een respons van meer dan 60% kunnen worden gecreëerd(20). Het weergeven van het belang, interesse wekken, een beantwoordbare vragenlijst, respectvolle reminders en een (kleine) beloning zijn van groot belang om een hoge respons te krijgen(20).

Instrument

De opvattingen van verpleegkundigen over de preventie, diagnose en behandeling van delier zijn onderzocht met behulp van een vragenlijst. De vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt is, is gebaseerd op de vragenlijst gebruikt door Ely en Verstraete (11, 17). De oorspronkelijke vragenlijst kwam tot stand in de Verenigde Staten en richtte zich op de opvattingen over een delier bij medewerkers werkzaam in de intensieve zorg. Een panel van experts op het gebied van delier had de essentiële items verzameld en vragen geformuleerd. Deze vragen werden gebaseerd op een literatuurreview en op praktijk ervaring. Vervolgens werd de vragenlijst

ingevuld door een pilot groep en aangepast(11). De vragenlijst werd vertaald naar het Nederlands en aangepast aan de onderzoekssetting voor een onderzoek in België. Deze onderzoekssetting bestond uit alle klinische afdelingen van het ziekenhuis in Leuven. De inhoud, duidelijkheid en volledigheid van de vragen werd geanalyseerd door een panel van experts en ervaringsdeskundigen, allen lid van de werkgroep delirium van het Universitaire Ziekenhuizen van Leuven (België)(17). De facevaliditeit werd getest en daarna werd de vragenlijst verspreid.

De vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt, is grotendeels hetzelfde als gebruikt bij de eerdere onderzoeken. De lijst bestond uit twee delen. Het eerste deel bevatte vragen over de demografische gegevens. Het tweede deel van de vragenlijst bevatte vragen over de opvattingen over delier. Thema's die in het tweede deel van de vragenlijst behandeld werden zijn: de prevalentie, de ernst, preventie, detectie en het interventiebeleid van delier. Eerst werd de definitie van delier gegeven en vervolgens werden er 11 vragen gesteld. De vragen waren voornamelijk gesloten van aard. Sommige vragen bevatten een aantal items. Bij een aantal vragen kon de verpleegkundige antwoord geven op een vijfpunts Likert schaal (vraag 1,2,4,5 en 9). Er is gekozen voor vijfpunts Likert schalen, evenals Ely, als antwoordmogelijkheid. Verstraete heeft echter gekozen voor driepunts Likert schalen. De keuze voor vijfpunts schaal is gemaakt, om aan te sluiten bij het eerst uitgevoerde onderzoek. Bij een aantal vragen werden dichotome antwoordmogelijkheden gegeven (vraag 3,6,8 en 11). Hierdoor moesten verpleegkundigen een keuze maken en konden ze geen neutraal antwoord invullen. Ely maakt dezelfde keuze in tegenstelling tot Verstraete, die wel voor drie antwoordopties heeft gekozen. De vragenlijst bevatte ook een aantal open vragen (vraag 7 en 10). Om taalverwarring te voorkomen is de Nederlandse vraagstelling van de huidige vragenlijst vergeleken met de Belgische variant en goedgekeurd door een Nederlandse verpleegkundige uit Vlaanderen. De facevaliditeit is getest door een psychiater, een psychiatrisch verpleegkundige en een verpleegkundige werkzaam in het ziekenhuis. De lay-out van de vragenlijst is gebaseerd op de gestelde eisen door Fowler(21). Een verplegingswetenschapper heeft de vragenlijst goedgekeurd. Het invullen van de lijst duurde ongeveer 10 minuten.

Data-analyse

De demografische gegevens zijn geanalyseerd door middel van beschrijvende statistiek. De resultaten van de vragen waarbij een Likert schaal wordt ingevuld worden weergegeven in een tabel met de bijbehorende frequenties en percentages. Missing values zijn bij berekeningen met antwoorden van de Likert schaal pairwise geëxcludeerd, omdat de resultaten op itemniveau worden weergegeven. Bij de weergave van de resultaten in tabellen worden de missing values weergegeven. Dit wordt gedaan om inzichtelijk te maken welke

data er mist, zodat de validiteit beter te beoordelen is(22). De Chi kwadraat toets werd uitgevoerd om verschil in proportie te kunnen vaststellen. Een significantieniveau van $p < 0,05$ (tweezijdig) werd gehanteerd. De meest voorkomende antwoorden bij de open vragen zijn weergegeven met de bijbehorende frequentie. Berekeningen werden gemaakt met Statistical Package for the Social Sciences versie 17.0.

Ethische aspecten

Als deelnemers aan een onderzoek meedoen is het noodzakelijk een informed consent te krijgen. Hiermee wordt aangegeven dat deelnemers vrijwillig toestemming geven voor het feit dat hun gegevens gebruikt worden voor onderzoek. Het retourneren van de vragenlijst werd als informed consent beschouwd (implied consent).

Het was voor dit onderzoek niet nodig om toestemming te vragen aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie, omdat het onderzoek niet viel onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Het viel niet onder de WMO, omdat de vragenlijst geen ingrijpende, belastende of intieme vragen bevat (www.ccmo.nl). Aan de voorzitter van de raad van bestuur en de afdelingsleiders is toestemming gevraagd om dit onderzoek uit te mogen voeren.

Resultaten

Demografische gegevens

Van de 160 aan verpleegkundigen uitgedeelde vragenlijsten, zijn er 98 geretourneerd. De respons bedraagt 61%. De non-responders bestaan voor een deel uit verpleegkundigen die met verlof waren. Het is niet duidelijk waarom de overige verpleegkundigen de lijst niet hebben ingevuld. De gegevens van de respondenten worden weergegeven in Tabel 1. De vragenlijsten zijn ingevuld door verpleegkundigen van verschillende afdelingen (Figuur 1). De meeste vragenlijsten zijn ingevuld door verpleegkundigen van de algemene chirurgie en de intensive care. De afdeling chirurgie is de grootste afdeling van het ziekenhuis. In het laatste jaar heeft 8% van alle verpleegkundigen bijscholing over delier bijgewoond en 24% een artikel gelezen over delier.

De resultaten van het tweede deel van de vragenlijst over de opvattingen van verpleegkundigen over delier, worden gepresenteerd met behulp van tabellen en grafieken. De meest opvallende resultaten worden in de tekst genoemd. De resultaten zijn in verschillende onderdelen verdeeld: de prevalentie, de ernst, de opvattingen, de diagnose en behandeling van delier.

Inschattingen van de prevalentie van delier

De prevalentie van delier wordt door 45% (n=44) van de verpleegkundigen minder dan 10% geschat en door 41% (n=40) van de verpleegkundigen 10-25%. De inschattingen variëren per afdeling. Op de afdeling gynaecologie en de spoedeisende hulp wordt het percentage het laagst geschat (Figuur 2).

Ernst van het probleem

Van alle verpleegkundigen vindt 38% dat delier een probleem is op de afdeling, 35% geeft aan dat delier een serieus probleem is en nog eens 5% vindt het een ernstig probleem. Er is een significant verschil tussen de proporties van antwoorden of delier van invloed is op de prognose van volwassenen en ouderen Chi kwadraat $p < 0.001$. Van de verpleegkundigen denkt 97% dat het doormaken van een delier van invloed is op de prognose van ouderen en 62% op de prognose van volwassenen (Figuur 3). Deze vraag bestaat uit twee delen. De berekeningen zijn alleen gemaakt over compleet ingevulde vragen, hierdoor zijn 8 antwoorden afgefallen.

Verpleegkundigen kunnen moeilijkheden ondervinden bij de verpleging van een delirante patiënt. Op de vragenlijst konden verpleegkundigen open antwoord geven op de meest ernstige gebeurtenis die ze zelf hadden ervaren bij een delirante patiënt. Er wordt door 36 van 98 verpleegkundigen agressie, verbaal of fysiek, aangegeven. Deze vraag is door 29 verpleegkundigen niet beantwoord.

De complicaties voor de patiënt die door verpleegkundigen worden aangegeven zijn onder andere valincidenten al dan niet met letsel (N=35), angst/achterdocht (N=15), uittrekken van infusen en katheters (N=10). Deze vraag is door 15 verpleegkundigen niet beantwoord.

Preventie van delier

Van de verpleegkundigen acht 66% het mogelijk dat een delier te voorkomen is. Het wordt als niet normaal beschouwd dat een patiënt een delier ontwikkelt tijdens een ziekenhuisopname. Vrijwel alle verpleegkundigen zijn dan ook van mening dat er direct actie ondernomen dient te worden bij een delier (Tabel 2).

De belangrijkste risicofactoren om een delier te ontwikkelen zijn volgens verpleegkundigen geantwoord op een Likert schaal: het stoppen van medicatie (mean 4,60[van 5]) dementie (4,34), en de postoperatieve toestand (4,29). De invloed van de resterende risicofactoren in volgorde van belangrijkheid: leeftijd (4,26), sederende medicatie (3,96), infectie (3,90), pijn (3,82), ischemische hersenziekten (3,78), shock (3,73), ziekte centrale zenuwstelsel en lage saturatie (3,59), nierfalen (3,43), leverfalen (3,34), bloedarmoede (3,19) en hartfalen (3,07).

Diagnose van delier

Delier wordt onder gediagnosticeerd volgens 77% van de verpleegkundigen (Tabel 2). Verpleegkundigen geven aan niet routinematig op delier te screenen (98%). Degenen die aangeven wel routinematig te screenen, screenen bij klachten. Onder routinematig verstaan zij het drie keer per dag invullen van de Delirium Observatie Schaal (DOS) en niet het routinematig screenen van risicogroepen om delier in een vroeg stadium op te sporen. Als er door verpleegkundigen gescreend wordt, dan wordt door 87% de DOS gebruikt. Er worden door verpleegkundigen vrijwel geen andere instrumenten genoemd. Iemand noemt de MMSE en twee verpleegkundigen de Delier-O-Meter. De DOS wordt vrijwel niet genoemd door verpleegkundigen van de afdeling intensive care en gynaecologie. De verpleegkundigen van deze afdeling hebben ook geen ander meetinstrument genoemd. Er bestaat een richtlijn in de onderzoekssetting waar het stappenplan bij een patiënt met een delier wordt weergegeven. Deze richtlijn is bekend bij 61% van de verpleegkundigen. De richtlijn is nog nooit geconsulteerd door 65% van de verpleegkundigen. Een deel van de verpleegkundigen die op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijn hebben er nooit naar gekeken.

Van de verpleegkundigen geeft 41% aan altijd een deskundige op het gebied van delier in te schakelen. Dit kan zijn een consultatief psychiatrisch verpleegkundige, de behandelend arts, de psychiater of de geriater. Advies wordt meestal gevraagd door 36% en soms door 18% van de verpleegkundigen.

Behandeling

Van de verpleegkundigen vindt 93% dat delier een probleem is dat een actieve en onmiddellijke interventie van de arts en verpleegkundige vereist. Medicatie geven is volgens verpleegkundigen het meest prioritair, nauw gevolgd door omgevingsmaatregelen (communicatie, realiteitsoriëntatie, sensorische prikkels). Fysieke fixatie wordt als minder van belang beschouwd (Tabel 3.)

De meest genoemde medicatie zijn Haldol (N=85), Serequel (N=41) en Lorazepam (N=39). De meest genoemde bijwerking van de medicatie is sufheid (Tabel 4).

Discussie

Beschouwing van de resultaten

Met deze survey wordt inzichtelijk gemaakt wat de opvattingen van verpleegkundigen zijn over de preventie, diagnose en behandeling van delier. Verpleegkundigen beschouwen delier als een onder gediagnosticeerd te voorkomen probleem welke een snelle interventie

vereist. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken(11, 17, 23). Echter geven verpleegkundigen aan patiënten met risico op een delier niet systematisch te screenen op delier. Beperkte kennis en bewustwording lijken een oorzaak te zijn. Onderzoek toont aan dat een educatief programma gericht op delier het screenen bevordert(24, 25). Het preventief routinematig screenen van risicopatiënten zou moeten worden uitgevoerd om delier in de vroege fase te kunnen diagnosticeren(3). Het vroeg vaststellen van delier is van essentieel belang voor het verdere verloop van de klinische opname(26). Vroegtijdige herkenning van een delier kan negatieve uitkomsten van een ziekenhuisopname verminderen(4). Verpleegkundigen zijn de aangewezen professionals om een delier te kunnen opmerken(26). Verpleegkundigen herkennen een delier sneller dan artsen, omdat zij subtiele veranderingen bij de patiënt opmerken door het frequente contact met de patiënt(26)(4). Ook spreken zij familieleden die veranderingen bij de patiënt opmerken(4). Verpleegkundigen kunnen ervoor zorgen dat een delier sneller wordt gediagnosticeerd, waardoor sneller passende interventies worden ingezet, en de kans op negatieve uitkomsten wordt verkleind.

De DOS is het meest genoemde instrument om patiënten op delier te screenen. Dit is een betrouwbaar instrument om op delier te screenen(27) Uit subanalyse blijkt dat deze schaal vrijwel niet genoemd wordt door verpleegkundigen werkend op de IC. De DOS wordt door 2 verpleegkundigen genoemd en de rest heeft niet geantwoord. Gevalideerde screeningsinstrumenten voor gebruik op de IC zijn: de Cognitive Test for Delirium (CTD), de Confusion Assessment Method voor de IC (CAM-ICU), de Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), de NEECHAM scale en de Delirium Detection Score (DDS)(28). Maar ook deze instrumenten worden niet genoemd. Er wordt maar door 14% van alle intensive cares in Nederland op delier gescreend(28). Ook wordt de DOS vrijwel niet genoemd door verpleegkundigen werkend op de spoedeisende hulp en gynaecologie; op deze afdelingen wordt ook de prevalentie van delier het laagst geschat. Het is van belang dat meer verpleegkundigen gebruik gaan maken van een gevalideerd screeningsinstrument, zodat delier in een vroeg stadium kan worden vastgesteld. Wat ervoor nodig is om verpleegkundigen te laten screenen kan nader onderzocht worden.

Delier op de afdeling wordt door verpleegkundigen als probleem gezien. Opmerkelijk is dat 65% van de verpleegkundigen nog nooit de richtlijn delier gezien heeft. Er is een discrepantie tussen de opvattingen en het gedrag van de verpleegkundigen. Het is van belang dat verpleegkundigen op de hoogte worden gebracht van het bestaan van de richtlijn. Dat alleen is niet genoeg. Er zullen aanvullende acties ondernomen moeten worden om verpleegkundigen daadwerkelijk de richtlijn te laten raadplegen.

Het stopzetten van medicatie is volgens verpleegkundigen de belangrijkste risicofactor voor delier. Hetzelfde resultaat werd ook gevonden in België(17). Ook de postoperatieve status wordt in beide onderzoeken als risicofactor hoog gescoord. Dit is een risicofactor die uit onderzoek naar delier bij oudere patiënten met een heupfractuur niet naar voren komt(3). In dit onderzoek wordt dementie ook als zeer belangrijke risicofactor beschouwd. Dit komt overeen met de Nederlandse Richtlijn Delirium. Deze richtlijn noemt de volgende risicofactoren: leeftijd \geq 70, cognitieve stoornissen, visus- en gehoorstoornissen, stoornissen in de activiteiten van het dagelijks leven en gebruik van alcohol en opiaten(29). Als verpleegkundigen kennis hebben over risicofactoren, kunnen zij de juiste risicopatiënten identificeren en optimale interventies inzetten.

Mocht er een delier optreden, dan vinden verpleegkundigen de medicamenteuze behandeling en de realiteitsoriëntatie de belangrijkste interventies. Fixatie wordt als minder belangrijk beschouwd. Fixeren helpt niet om te voorkomen dat infusen en katheters eruit getrokken worden, kan agitatie verhogen en heeft enorme psychische en fysieke gevolgen voor de patiënt(30). De opvattingen van verpleegkundigen congrueren met de geldende behandelingsrichtlijnen. Het is voor veel verpleegkundigen niet duidelijk welke medicinale behandeling patiënten met delier krijgen. Haldol wordt vaak genoemd, maar de doseringen zijn bij veel verpleegkundigen niet duidelijk. De verpleegkundige schrijft de medicatie en doseringen niet voor, maar zij zouden wel moeten weten wat de standaard doseringen zijn.

Beperkingen

Er zijn een aantal bedreigingen voor de interne validiteit. Er kan sprake zijn van een non-respons bias. Omdat de survey anoniem is uitgevoerd, is niet te achterhalen welke kenmerken de non-responders hebben en of dit van invloed is op de resultaten. De response rate is hoog, wat de interne validiteit verhoogt. De resultaten kunnen van de werkelijkheid afwijken door het halo-effect. Doordat het vooraf bekend is dat de vragenlijst delier behandelt, kunnen de antwoorden positiever of negatiever zijn dan in werkelijkheid. Daarnaast bestaat er een kans dat vragen door verpleegkundigen verkeerd zijn geïnterpreteerd, of dat verpleegkundigen de gevraagde klinische ervaring niet kunnen herinneren.

Dit onderzoek is in één ziekenhuis uitgevoerd. Naast de eerder uitgevoerde internationale onderzoeken is er nu een replicaonderzoek in Nederland uitgevoerd. De resultaten ondersteunen eerder uitgevoerde onderzoeken, wat de generalisatie bevordert. Toch dient de generalisatie zorgvuldig beoordeeld te worden. Elk ziekenhuis heeft haar eigen richtlijnen en procedures op het gebied van delier. Dit kan van invloed zijn op de opvattingen van verpleegkundigen.

Conclusie

Er is een significant verschil tussen de proporties van antwoorden of delier van invloed is op de prognose van volwassenen en ouderen. Verpleegkundigen beschouwen delier als een onder gediagnosticeerd te voorkomen probleem welke een snelle interventie vereist. De uitvoering van zorg is nog niet passend bij deze opvatting, want risicopatiënten worden niet gescreend op delier en veel verpleegkundigen kunnen geen instrument noemen om op delier te screenen. Een groot aantal verpleegkundigen kennen de richtlijn niet, of lezen de richtlijn niet. Er zullen acties ondernomen moeten worden om hierin verandering te brengen, zodat de patiënt met risico op delier optimale zorg krijgt.

Aanbevelingen

De kwaliteitsindicator wordt ingevoerd. Dit onderzoek heeft voor de invoering plaatsgevonden. Het is interessant om na te gaan of de opvattingen van verpleegkundigen veranderen na de invoering van de indicator. Heeft de invoering van een kwaliteitsindicator effect op de opvattingen van verpleegkundigen en het gedrag dat zij daarbij vertonen? Verpleegkundigen moeten gaan beseffen dat zij een belangrijke rol hebben in het tijdig signaleren van een delier. Zij hebben het meest intensieve contact met de patiënt. Door het opsporen van risicopatiënten en het routinematig screenen van risicopatiënten met een gevalideerd meetinstrument, door verpleegkundigen, kan een delier vroegtijdig worden gedetecteerd en kan tijdig een passende behandeling worden ingezet. Dit beperkt de nadelige gevolgen van een delier voor de patiënt. Wat ervoor nodig is om verpleegkundigen te laten screenen kan nader onderzocht worden.

Om richtlijnen succesvol te implementeren dient er onderzoek te worden gedaan naar de relatie van opvattingen en het gedrag. De juiste opvattingen leiden niet automatisch tot het gewenste gedrag. Er zijn waarschijnlijk andere factoren van belang bij de implementatie.

Referenties

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. *Age Ageing*. 2006 Jul;35(4):350-64.
3. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM, Clevers GJ, Pel-Littel R. Elderly patients with a hip fracture: The risk for delirium. *Appl Nurs Res*. 2003 May;16(2):75-84.
4. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: Review of the literature. *J Clin Nurs*. 2001 Nov;10(6):721-9.
5. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med*. 2002 Feb 25;162(4):457-63.
6. McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, Belzile E. Does delirium increase hospital stay? *J Am Geriatr Soc*. 2003 11;51(11):1539.
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg. De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: Verwardheid nog onvoldoende onderkent. Den Haag: IGZ; 2005. Report No.: IGZ 05-51.
8. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren ziekenhuizen. basisset 2010. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2009.
9. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003 Dec;15(6):523-30.
10. VMS Veiligheidsprogramma. Kwetsbare ouderen. Den Haag: VMS Veiligheidsprogramma; 2009. Report No.: 2009.0104.
11. Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, Thomason JW, Truman B, Gordon S, 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 Jan;32(1):106-12.
12. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997 Aug 15;157(4):408-16.

13. Linge RHv. *Innoveren in de gezondheidszorg. theorie, praktijk en onderzoek*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
14. van Achterberg T, Schoonhoven L, Grol R. Nursing implementation science: How evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(4):302-10.
15. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.
16. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *J Appl Soc Psychol*. 2002 Apr;32(4):665-83.
17. Verstraete L, Joosten E, Milisen K. Opinions of physicians and nurses regarding the prevention, diagnosis and management of delirium. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2008 Feb;39(1):26-34.
18. Fahs PS, Morgan LL, Kalman M. A call for replication. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(1):67-72.
19. Turkel SB, Tavaré CJ. Delirium in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15(4):431.
20. Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P. Not another questionnaire! maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Fam Pract*. 2002 Feb;19(1):105-11.
21. Fowler FJ. *Survey research methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc; 2002.
22. Fox-Wasylyshyn SM, El-Masri MM. Handling missing data in self-report measures. *Res Nurs Health*. 2005 Dec;28(6):488-95.
23. Gong ZP, Liu XW, Zhuang YY, Chen XP, Xie GH, Cheng BL, et al. Survey of attitudes and behaviors of healthcare professionals on delirium in ICU. *Chin J Traumatol*. 2009 Dec;12(6):328-33.
24. Pun BT, Gordon SM, Peterson JF, Shintani AK, Jackson JC, Foss J, et al. Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: A report from two medical centers. *Crit Care Med*. 2005 Jun;33(6):1199-205.

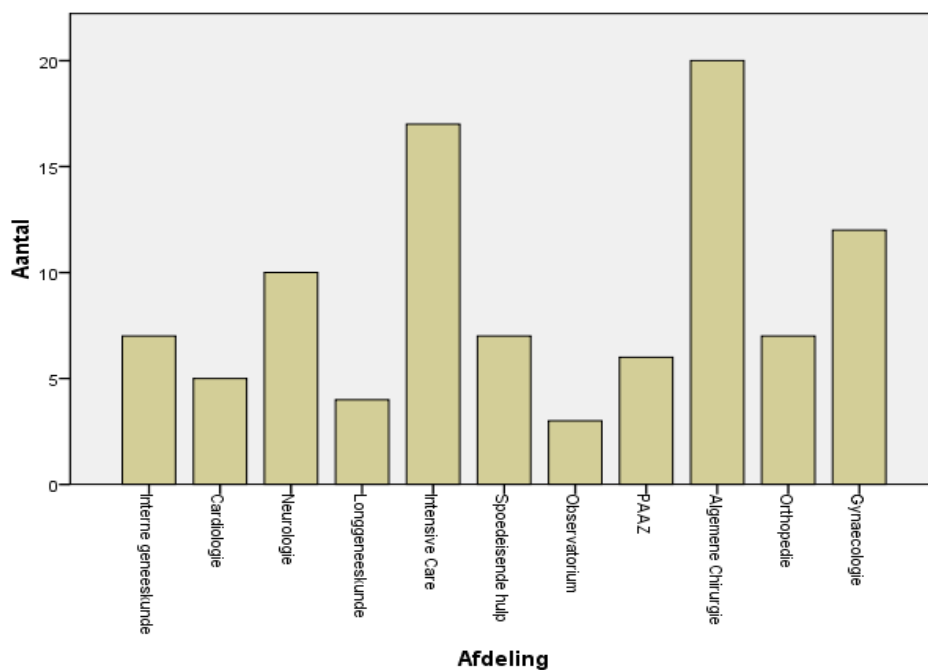
25. Riekerk B, Pen EJ, Hofhuis JG, Rommes JH, Schultz MJ, Spronk PE. Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a dutch intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009 Oct;25(5):242-9.
26. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM, Jr. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: Comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med.* 2001 Nov 12;161(20):2467-73.
27. Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The delirium observation screening scale: A screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract.* 2003 Spring;17(1):31-50.
28. Van Eijk MM, Kesecioglu J, Slooter AJ. Intensive care delirium monitoring and standardised treatment: A complete survey of dutch intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008 Aug;24(4):218-21.
29. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn Delirium. Amsterdam: BOOM; 2004.
30. Hine K. The use of physical restraint in critical care. *Nurs Crit Care.* 2007 Jan-Feb;12(1):6-11.

Tabellen en figuren

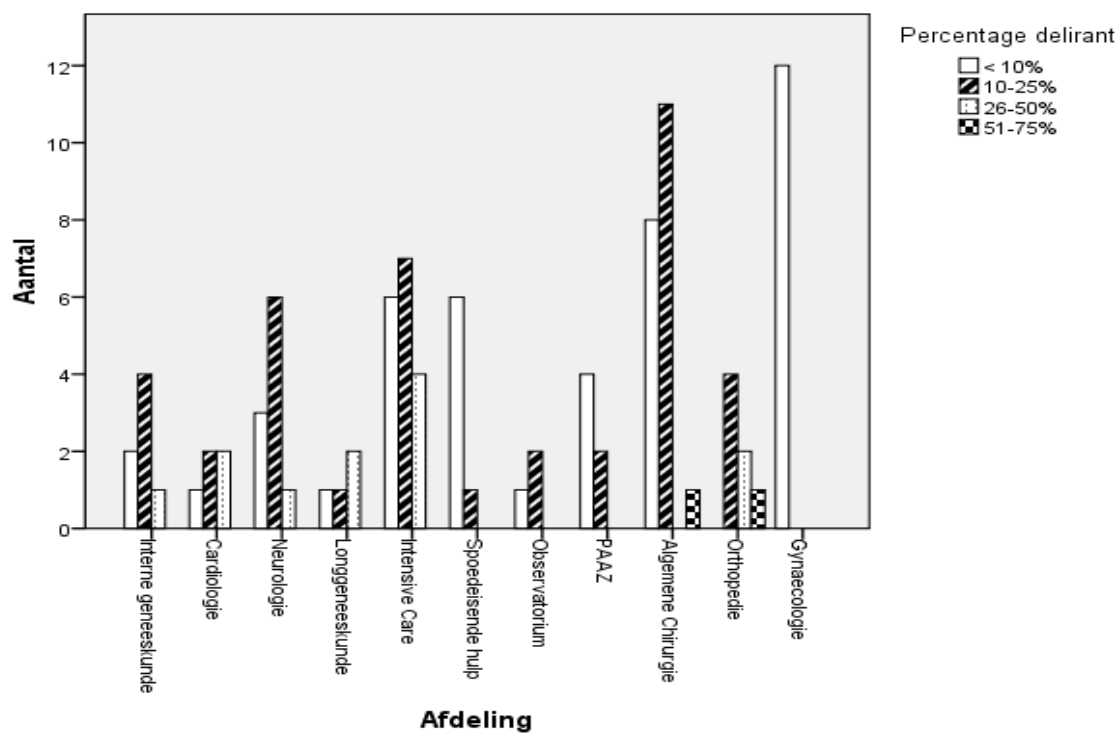
Tabel 1. Demografische gegevens

Karakteristiek	Frequentie
Sekse	
Vrouw	87
Man	11
Leeftijd in jaren	
≤30	39
31-35	14
36-40	6
≥40	38
Opleiding	
MBO	27
HBO	37
Inservice A	33
Master	1
Tewerkstelling in percentage	
≤49	8
50-64	35
65-79	15
≥80	40
Werkervaring in jaren	
≤2	14
3-4	9
5-10	21
≥11	54

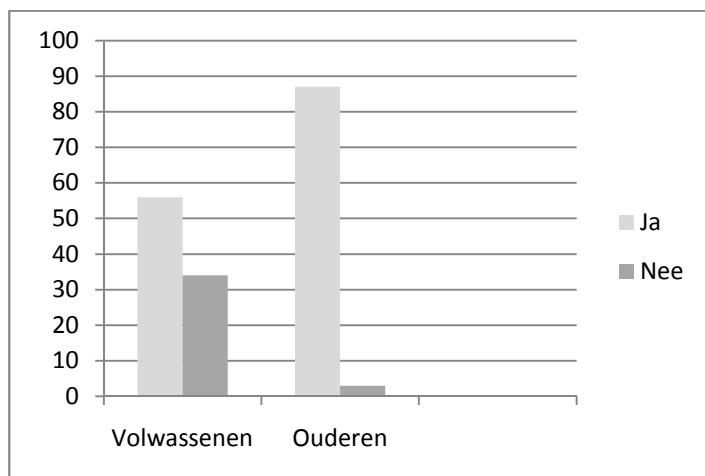
Figuur 1. Verpleegkundigen per afdeling.



Figuur 2. Geschat percentage delirant



Figuur 3. Delier van invloed op prognose



Tabel 2. Preventie van delier

<i>Uitspraak</i>	<i>Helemaal mee oneens</i>			<i>Helemaal mee eens</i>		Geen respons	N per item
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>		
Preventie van delier is mogelijk	2	7	26	51	14	0	98
Delier is een onder gediagnosticeerd syndroom	1	7	14	56	21	0	98
Delier is een normaal verschijnsel bij ziekenhuisopname	21	49	22	3	2	2	96
Delier is een normaal verschijnsel bij het verouderingsproces	18	43	26	12	1	0	98
Delier is een probleem dat een actieve en onmiddellijke interventie van de arts en verpleegkundige vereist	2	1	4	22	70	0	98
Patiënten met delier worden overgesedeerd	4	27	40	27	3	0	98
Langdurige neuropsychologische aandoeningen kunnen een gevolg zijn van delier	1	4	40	43	11	1	97
Een patiënt met delier kan niet op onze afdeling blijven liggen	10	33	24	16	17	0	98

In percentages van totaal aantal deelnemers inclusief geen respons. Cumulatief niet exact 100% door afronding.

Kolom N per item, aantal antwoorden per item exclusief geen respons.

Tabel 3. Interventies bij delier

<i>Interventie</i>	<i>Niet belangrijk</i>		<i>Minder belangrijk</i>		<i>Neutraal</i>	<i>Belangrijk</i>	<i>Prioriteit</i>	Geen respons	N per item
	0	1	2	3					
Omgevingsmaatregelen	0	1	3	65	30	1	97		
Medicatie geven	0	0	5	55	39	1	97		
Fysieke fixatie	2	30	39	24	1	5	93		

In percentages van totaal aantal deelnemers inclusief geen respons. Cumulatief niet exact 100% door afronding.

Kolom N per item, aantal antwoorden per item exclusief geen respons.

Tabel 4. Bijwerkingen van medicatie

Bijwerking	N per item
Sufheid	37
Toenemend delirant	9
Oversedatie	5
Apneus	4
Lage bloeddruk	3

Abstract

Objectives: to get a view on the current beliefs of nurses on the prevention, diagnosis and treatment of delirium.

Design: cross-sectional, descriptive quantitative survey.

Setting: general hospital in the Netherlands.

Participants: nurses of the clinical wards.

Measurements: mailed questionnaire considering the prevalence, severity, prevention, detection and interventions of delirium. The questionnaire was based on questionnaires used in previous studies and contained questions with open, dichotomous and Likert scale answers. Two reminders were sent.

Results: The response rate was 61%. The prevalence of delirium was estimated by 45% of nurses less than 10% and by 41% of the nurses 10-25%. Of all nurses 38% responded that delirium is a problem in the department, 35% indicate that delirium is a serious problem. Delirium is preventable is stated by 66% of the nurses. Almost all nurses believe that immediate action should be taken if delirium occurs. Delirium is under diagnosed by 77% of the nurses. Nurses are not routinely screening patients for delirium (98%). The Delirium Observation Scale is most often used for screening delirium.

Conclusion: nurses regard delirium as an under diagnosed preventable problem which asks for immediate interventions. The given care is not appropriate to this view because patients at risk are not screened for delirium. A large part of the nurses does not know the guideline, or does not consult it. Actions should be taken to change current practice, so patients will receive optimal care.

Keywords: delirium, nurses, beliefs.