

## Primaire en secundaire preventie

### 10.1. VRAAGSTELLING

Voor dit hoofdstuk heeft de werkgroep gezocht naar het antwoord op de volgende vraag:

- Welke specifieke medische, niet-medicamenteuze, verpleegkundige, psychosociale en/of omgevingsinterventies zijn effectief in primaire en secundaire preventie van het delirium?

### 10.2. ZOEKSTRATEGIE

De volgende zoektermen zijn gebruikt:

- *delirium, non pharmacological intervention, nursing care, psychosocial care, intervention, prevent\** patient experience in ‘title/abstract’ en als ‘MeSH-heading’.

### 10.3. SELECTIECRITERIA LITERATUUR

Inclusie criterium was:

- focus van het artikel op niet-medicamenteuze zorg en interventies.

Exclusie criterium was:

- beschrijvingen van interventies bij ‘verwardheid’.

### 10.4. WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

Er zijn geen systematische reviews gevonden met betrekking tot niet-medicamenteuze, verpleegkundige, psychosociale en/of omgevingsinterventies. Sinds het uitkomen van de *APA Practice guideline* (1999) zijn zes interventiestudies gepubliceerd bij patiënten van 65 jaar of ouder: 2 gerandomiseerde trials (Cole 1999; Marcantonio e.a. 2001), 1 gecontroleerde trial (Inouye e.a. 1999) en 3 vergelijkende cohortstudies waarvan 1 met een pre- en postinterventiedesign (Milisen e.a. 2001), 1 met een interventie- en een controle-unit (Webster e.a. 1999) en 1 waarbij een interventiecohort werd vergeleken met historische cohorten (Lundstrom e.a. 1999). Drie interventiestudies werden uitgevoerd bij heupfractuurpatiënten (Lundstrom e.a. 1999; Marcantonio e.a. 2001; Milisen e.a. 2001) en 3 bij patiënten opgenomen op interne geneeskunde (Cole 1999; Inouye e.a. 1999; Webster e.a. 1999) (zie bijlage X).

De studies bij de heupfractuurpatiënten lieten alledrie positieve resultaten zien. Preventieve, geriatrische consultatie (primaire preventie), gevolgd door dagelijkse visites resulteerde in een reductie van het aantal nieuwe delieren (Marcantonio e.a. 2001). Per 5,6 patiënten werd in deze studie 1 delirium voorkomen. Een gecombineerd verpleegkundig en medisch interventieprogramma gericht op preventie en behandeling van delirium (primaire én secundaire

preventie) liet eveneens een lagere incidentie zien van het postoperatieve delirium (30,6% in vergelijking met 61,3% en 47,6% in historische cohorten) (Lundstrom e.a. 1999). Een door verpleegkundigen geleid interdisciplinair programma met primaire en secundaire preventie gaf geen reductie van het aantal delieren. De duur van de delieren in de interventiegroep was echter significant korter en de ernst significant minder (Milisen e.a. 2001).

De studies bij patiënten op de interne geneeskunde leidden tot verschillende uitkomsten. Eén programma, gericht op systematische behandeling en/of compensatie van een zestal risicofactoren voor het delirium (primaire preventie), leidde tot een lagere incidentie en minder delirante episoden maar liet geen effect zien op de ernst van het delirium en het aantal recidieven (Cole 1999). Een interventiestudie gericht op secundaire preventie liet daarentegen geen vermindering van het aantal delieren zien, maar de patiënten in de interventiegroep herstelden sneller van het delirium zonder effect op opnameduur en cognitieve status na acht weken (Inouye e.a. 1999). In de derde studie werd in twee fasen het effect van de invoering van een multidisciplinaire richtlijn voor delirium onderzocht. Geconcludeerd werd dat passief gebruik van richtlijnen geen effect had, maar gecombineerd met intensieve consultatie leidde tot betere uitkomsten voor de patiënt (Webster e.a. 1999).

Uit kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van delirante patiënten kan geconcludeerd worden dat interventies zich ook zouden moeten richten op het contact met de patiënt, de omgeving, de familie en nazorg. Delirante patiënten kunnen de omgeving en de gebeurtenissen heel anders waarnemen en interpreteren (Andersson e.a. 1993; Laitinen 1996; Schoffield 1997). Aandacht voor sensorische stoornissen, desoriëntatie, waarneming, over- of onderstimulatie en het slaap-waakritme wordt belangrijk gevonden (APA 1999). In de communicatie met de delirante patiënt is behalve de benadering de inhoud belangrijk. In niet-vergelijkend onderzoek bij oncologische patiënten die een delirium hadden doorgemaakt werd vastgesteld dat 53,5% van de patiënten zich de delirante episode kon herinneren. Op een schaal van 0 tot 4 beoordeelden zij de angst ('distress') tijdens het delirium gemiddeld als 3,2, familieleden beoordeelden deze als 3,75 en verpleegkundigen als 3,09 (Breitbart e.a. 2002).

## 10.5. CONCLUSIES

Niveau 3	Het is aannemelijk dat medische/verpleegkundige interventieprogramma's op verblijfsafdelingen van een algemeen ziekenhuis de incidentie van delieren kunnen verminderen en de duur van eventueel optredende delieren kunnen bekorten.
Niveau 3	Het is aannemelijk dat een interventieprogramma effectief kan zijn als het ten minste bestaat uit actieve opsporing van risicopatiënten bij opname, dagelijks onderzoek gedurende het verblijf in het ziekenhuis en gestandaardiseerde protocollen voor specifieke 'preventieve' behandeling van patiënten met risicofactoren.
Niveau 3	Het is aannemelijk dat de toepassing van een deliriumrichtlijn in samenhang met consultatie kan leiden tot een kortere opnameduur, betere documentatie en minder consultatie van andere disciplines.

## 10.6. OVERIGE OVERWEGINGEN

De wetenschappelijk basis voor verpleegkundige en zorginterventies is beperkt. Niet-medicamenteuze maatregelen zijn met name gebaseerd op klinische expertise, zijn onvoldoende onderzocht en worden daarnaast waarschijnlijk beperkt toegepast.

Aangezien het delirium vele verschijningsvormen kent, is het per patiënt noodzakelijk te kijken welke symptomen op de voorgrond staan en welke problemen en risico's kunnen optreden als gevolg van deze symptomen. De zorgverlener kan op basis van de vastgestelde of de verwachte problemen een individueel plan opstellen en evalueren. Op grond van de opinie en ervaring van deskundigen zijn een aantal maatregelen in bepaalde situaties zinvol. Als gevolg van agitatie of juist apathie loopt een delirante patiënt het risico van verwondingen en het compliceren van een behandeling. Veiligheid kan het best gewaarborgd worden door de continue aanwezigheid van een vertrouwd persoon. Om de mogelijkheid tot observatie te maximaliseren kan de patiënt zo nodig te worden overgeplaatst naar een kamer dicht bij de verpleegpost.

Voordat eventueel wordt overgegaan tot immobiliserende maatregelen dienen alternatieve oplossingen te worden overwogen, zoals het bestrijden van factoren die agitatie of apathie mogelijk veroorzaken of versterken en het verwijderen van 'gevaarlijk' materiaal uit de omgeving van de patiënt. Wanneer de veiligheid alleen gewaarborgd kan worden door immobiliserende maatregelen, dienen materiaal en zonodig rustgevende medicijnen zorgvuldig gekozen te worden. De maatregelen die de vrijheid van de patiënt beperken, dienen uiteraard te worden bezien in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), 'omdat hiermee acuut lichamelijk gevaar voortkomend uit een somatische ziekte wordt afgewend bij een patiënt met ernstige oordeels- en kritiekstoornissen (die wilsonbekwaam is)'. (Zie ook: *Richtlijn vrijheidsbepekende interventies door verpleegkundigen*; Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad CBO, 2001)

Informatie aan familieleden, frequente controle van de patiënt en regelmatige evaluatie vereisen – ook rondom delirante patiënten – aandacht.

Tijdens een delirante episode is de patiënt niet in staat om zijn ADL uit te voeren, voldoende vocht en voeding tot zich te nemen en haar of zijn uitscheiding te reguleren. De zorgverlener zal de patiënt hierbij dus specifiek ondersteunen en de toestand nauwgezet monitoren.

#### 10.7. AANBEVELINGEN

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met een hoog risico van delirium interventies gericht op primaire preventie te overwegen en beveelt in dit kader aan om op relevante afdelingen een protocol voor primaire preventie op te stellen.

De werkgroep beveelt aan om bij delirante patiënten een individueel zorgplan op te stellen gericht op secundaire preventie.

De werkgroep beveelt geriatrische of psychiatrische consultatie aan bij de zorg voor delirante patiënten.

De werkgroep beveelt aan om familieleden, op verzoek én naar inzicht van de zorgverlener, zo veel als mogelijk en wenselijk te informeren en te betrekken bij de zorg voor delirante patiënten. (Zie ook Model voorlichtingsfolder, bijlage XI)