

Niet elk delierprotocol in ziekenhuizen is up-to-date

EVALUATIE VAN DE IMPLEMENTATIE VAN DE NIEUWE RICHTLIJN 'DELIER'

Zippora H.A. Kentin, Paul L.J. Dautzenberg, Hendrik M. Boelens, Sophia E.J.A. de Rooij en Barbara C. van Munster

 **GERELATEERD ARTIKEL** Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D584

- DOEL** Onderzoeken in welke mate de essentiële wijzigingen in de nieuwe richtlijn 'Delier voor volwassenen en ouderen', die in april 2014 verscheen, zijn opgenomen in lokale ziekenhuisprotocollen om daarmee een inschatting te geven van de gevolgen hiervan voor de patiënt.
- OPZET** Kwantitatief onderzoek.
- METHODE** We verzamelden protocollen van Nederlandse ziekenhuizen vóór (september-december 2012) en na het verschijnen van de richtlijn (maart-juli 2015). We vergeleken de protocollen op het gebied van basiszorg voor patiënten met een delier wat betreft screening, diagnostiek, behandeling en nazorg, en op organisatorisch vlak.
- RESULTATEN** Van de 80 benaderde ziekenhuizen konden we 57 (71%) protocollen includeren. In 16 (28%) van deze protocollen was de richtlijn verwerkt. Screening op het delierrisico met de Veiligheidsmanagementsysteem-vragenlijst was beschreven in 29 (51%) protocollen en screening met de Deliriumobservatiescreeningschaal in 52 (91%). Een terughoudend beleid ten aanzien van antipsychoticagebruik was beschreven in 12/53 (23%) protocollen, maar in 21/53 (40%) was de haloperidoldosering hoger dan geadviseerd. Nazorg was beschreven in 40 (70%) protocollen. Organisatie van de delierzorg, zoals het beperken van consultatie tot complexe casussen, stond in 33/57 (58%) van de protocollen.
- CONCLUSIE** 15 maanden na het verschijnen was de richtlijn in slechts ruim een kwart van de protocollen verwerkt. Bij behandeling van patiënten met een delier kan dit geleid hebben tot overbehandeling met antipsychotica. Daarnaast lijkt basisdelierzorg nog niet beschouwd te worden als de verantwoordelijkheid van iedere medisch specialist in het ziekenhuis.

Een delier is een acute of subacute verwardheid met de volgende kenmerken: een wisselend bewustzijn, verandering in het cognitief functioneren, onrust of apathie, desoriëntatie en psychotische verschijnselen.¹ Een delier ontstaat bij patiënten die kwetsbaar zijn door een somatische aandoening of bij patiënten die bepaalde medicatie gebruiken. De prevalentie van delier in ziekenhuizen is behoorlijk hoog en stijgt naarmate men ouder wordt. Afhankelijk van de ziekenhuisafdeling varieert de prevalentie van 18-37%.² Nederlandse onderzoeken laten zien dat 29% van de opgenomen ouderen op een afdeling Interne Geneeskunde en 37% van de ouderen met een heupfractuur een delier heeft.^{3,4}

Een delier is een levensbedreigende aandoening met een risico op invaliderende gevolgen, zoals blijvende cognitieve beperkingen en functionele achteruitgang.⁵ Ook hebben oudere patiënten met een delier een hoger risico op complicaties en worden ze gemiddeld langer opgenomen in het ziekenhuis.⁵

In april 2014 is in Nederland de vernieuwde multidisciplinaire richtlijn 'Delier voor volwassenen en ouderen' verschenen na definitieve autorisatie van alle betrokkenen.² Het primaire doel van deze richtlijn is 'het verbeter-

Gelre ziekenhuizen, afd. Geriatrie, Apeldoorn.

Z.H.A. Kentin, MSc, aios ouderengeneeskunde (tevens:

Radboudumc, afd. Eerstelijngeneeskunde Vervolgopleiding tot

Specialist Ouderengeneeskunde Nijmegen (VOSON), Nijmegen);

drs. H.M. Boelens, geriater; dr. B.C. van Munster, internist-geriater

(tevens: UMCG, afd. Interne geneeskunde, Universitair Centrum

Ouderengeneeskunde, Groningen).

Jeroen Bosch Ziekenhuis, afd. Geriatrie, 's-Hertogenbosch.

Dr. P.L.J. Dautzenberg, geriater.

UMCG, afd. Interne geneeskunde, Universitair Centrum

Ouderengeneeskunde, Groningen.

Prof.dr. S.E.J.A. de Rooij, internist-geriater (tevens: AMC,

afd. Geriatrie, Amsterdam).

Contactpersoon: Z.H.A. Kentin, MSc

(poortje.kentin@radboudumc.nl).

Wat is basisdelierzorg?

Hiermee wordt bedoeld dat iedere medisch specialist in het ziekenhuis in staat is om patiënten met een ongecompliceerd delier te diagnosticeren en te behandelen. Deze zorg heeft 4 pijlers: screening, diagnostiek, behandeling en nazorg.

Screening

Om patiënten met een verhoogd risico op een delier te identificeren wordt geadviseerd bij iedere ziekenhuisopname van een oudere patiënt de VMS-vragenlijst af te nemen.⁶ Tevens is het wenselijk om patiënten met een verhoogd risico op een delier te screenen met de DOSS.² Het is van belang dat het hele behandelteam – ook de ondersteunende diensten – alert is op deliersymptomen.

Diagnostiek

Ter ondersteuning van de diagnostiek van een delier wordt geadviseerd de CAM te gebruiken.² Dit instrument is ontwikkeld aan de hand van de criteria in de DSM-IV.

Behandeling

Het toepassen van meervoudige niet-medicamenteuze interventies is essentieel om een delier te voorkomen of te behandelen. Niet-medicamenteuze behandeling omvat een groot scala van interventies die zich richten op het voorkomen van desoriëntatie, dehydratie, gehoor- en visusstoornissen en immobiliteit, door het aanpakken van omgevingsfactoren en door medicatiemanagement. Hierbij is betrokkenheid van het gehele behandelteam gewenst. Ook moet de behandeling kunnen worden uitgevoerd op de afdeling waar de patiënt het delier heeft ontwikkeld.

Daarnaast bestaat de behandeling uit het wegnemen van het onderliggende somatisch lijden. Alleen als de niet-medicamenteuze interventies niet effectief zijn of bij de patiënt sprake is van ernstige agitatie of psychotische symptomen en als er geen contra-indicaties zijn, kan een lage dosering haloperidol worden gegeven.

Nazorg

Het is belangrijk goed vast te leggen dat een patiënt een delier heeft doorgemaakt, omdat een doorgemaakt delier de kwetsbaarheid van de patiënt aangeeft en omdat er een risico is op herhaling en op verlies van het cognitief functioneren. Bij ontslag uit het ziekenhuis is het van belang te beoordelen of het delier is verminderd of verdwenen, en de vervolghandelaar op de hoogte te stellen van het delier om continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.

Delierzorg is basiszorg Basisdelierzorg heeft 4 pijlers: screening, diagnostiek, behandeling en nazorg (zie info). Om de herkenning en preventie van delier te verbeteren bevat de richtlijn essentiële wijzigingen op dit vlak.

Waar in de oude richtlijn uit 2004 meetinstrumenten alleen een plek hadden binnen de wetenschap, wordt nu het gebruik van deze instrumenten in de praktijk aanbevolen. Als gevalideerde instrumenten worden de Deliriumobservatiescreeningschaal (DOSS) voor het screenen op aanwezigheid van een delier en de 'Confusion assessment method' (CAM) voor het diagnosticeren van een delier genoemd.² De nieuwe richtlijn sluit daarmee aan bij de screening op een delier bij hoogrisicopatiënten in het kader van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS); deze screening is vanaf 2012 verplicht gesteld.⁶

In de huidige richtlijn wordt multidisciplinaire niet-medicamenteuze therapie als eerstekeusbehandeling genoemd. Deze niet-medicamenteuze interventies richten zich op het voorkómen van bijvoorbeeld desoriëntatie, dehydratie, gehoor- en visusstoornissen en immobiliteit. Dit wordt gedaan door het aanpakken van omgevingsfactoren, het behandelen van eventueel onderliggend somatisch lijden en het beoordelen van de medicatielijst.

Nieuw is ook dat de medicamenteuze behandeling met haloperidol, in tegenstelling tot in de oude richtlijn, nu alleen nog een plek heeft bij het falen van de niet-medicamenteuze interventies of bij een ernstig beloop van het delier. Daarnaast wordt een aanzienlijk lagere dagdosering haloperidol geadviseerd, met een maximum van 10 mg per dag voor ouderen.

Om de zorg na een ziekenhuisopname te continueren is nazorg van groot belang. Onderdelen hiervan zijn een correcte overdracht, het noteren van een doorgemaakt delier in de diagnoselijst van het patiëntendossier en al dan niet poliklinische controle.

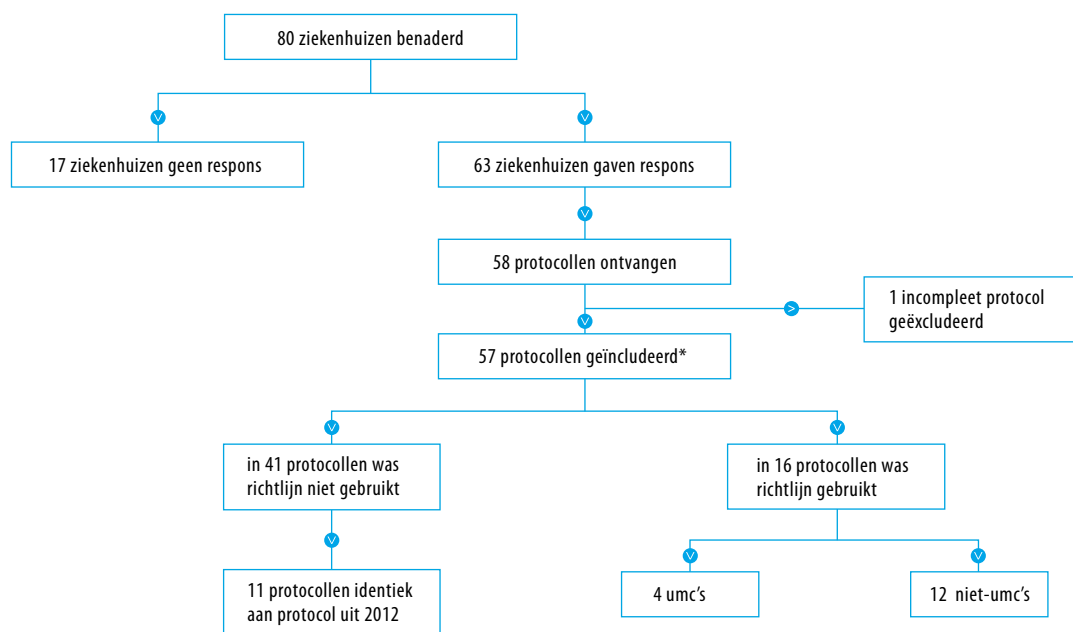
Organisatie van delierzorg Een andere wijziging in de nieuwe richtlijn is dat nu expliciet wordt benoemd dat delierzorg tot de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar behoort. De hoofdbehandelaar draagt zorg voor de screening, diagnostiek en behandeling van patiënten met een delier. Als de hoofdbehandelaar zich hierin incompetent voelt, zou de mogelijkheid tot consultatie moeten bestaan.

Daarnaast omschrijft de nieuwe richtlijn groepen patiënten bij wie de delierzorg complex is, zoals psychiatrische patiënten, patiënten met de ziekte van Parkinson of parkinsonisme, en patiënten die niet reageren op de ingestelde medicamenteuze therapie. Voor de behandeling van deze patiënten moeten experts 24 uur per dag, 7 dagen per week te raadplegen zijn.

Het is onduidelijk of 15 maanden na het verschijnen van de richtlijn deze essentiële wijzigingen zijn geïncorpo-

ren van de herkenning, preventie en de behandeling van het delier' in zieken- en verpleeghuizen, met als eindpunt vermindering van de incidentie en de prevalentie van delier in de toekomst.

Belangrijke veranderingen in de nieuwe richtlijn zijn ten eerste dat zorg voor patiënten met een delier wordt gezien als basiszorg en ten tweede dat onderscheid wordt gemaakt tussen basisdelierzorg en complexe delierzorg.



FIGUUR Stroomdiagram van geïncorporeerde delierprotocollen uit 2015 en gebruik van de richtlijn 'Delier voor volwassen en ouderen', die in april 2014 verscheen.
* 37 protocollen uit 2015 konden worden vergeleken met het protocol uit 2012 van hetzelfde ziekenhuis.

reerd in de lokale ziekenhuisprotocollen. Patiënten kunnen potentiële schade oplopen als de recentste inzichten op het gebied van screening, diagnostiek, behandeling en nazorg ontoereikend worden toegepast in het ziekenhuis. Daarnaast zijn de implementatie van een goede organisatie van delierzorg en het benoemen van de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar van groot belang voor het optimaliseren van de zorg.

Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken in welke mate de essentiële wijzigingen in de landelijke delierrichtlijn zijn opgenomen in lokale ziekenhuisprotocollen om daarmee een inschatting te geven van de gevolgen hiervan voor de patiënt.

METHODE

We verzamelden de delierprotocollen van Nederlandse ziekenhuizen via de geriatrie- of psychiatrieafdelingen in de periode september-december 2012 en opnieuw van maart-juli 2015. We includeerden de protocollen uit 2012 alleen als we in 2015 een nieuw protocol van hetzelfde ziekenhuis hadden ontvangen. Op basis van de literatuurlijst, de datum van herziening of vergelijking met het protocol uit 2012 konden we bepalen of het protocol de nieuwe richtlijn had geïncorporeerd. Ook includeerden we alleen die protocollen die bedoeld waren voor de verpleegafdelingen, voor de SEH of als preoperatieve

screening en die gericht waren op volwassen of oudere patiënten.

Exclusiecriteria waren IC- en kinderprotocollen, protocollen voor alcoholonttrekkingsdelier, of onvolledige protocollen. De eerste onderzoeker (ZK) beoordeelde de protocollen op adviezen ten aanzien van screening, diagnostiek, behandeling, organisatie van zorg en nazorg.

RESULTATEN

Van de 54 ontvangen protocollen uit 2012 konden we 37 protocollen includeren. In de tweede studieperiode, tot 15 maanden na het verschijnen van de nieuwe richtlijn, includeerden we 57 (71%) protocollen (figuur). Van deze protocollen konden we 37 vergeleken met het eerder ontvangen protocol uit 2012 en bleken 11 protocollen geheel niet gewijzigd. Van de geïncorporeerde 57 protocollen waren 10 (18%) de afgelopen 4 jaar niet meer bijgewerkt.

Van de 57 geïncorporeerde protocollen uit 2015 hadden 16 (28%) de nieuwe richtlijn geïncorporeerd (zie de figuur). Van deze 16 voldeden 6 (38%) protocollen aan alle aandachtspunten uit de nieuwe richtlijn (tabel 1).

SCREENING EN DIAGNOSTIEK

In 29 (51%) protocollen was de VMS-vragenlijst beschreven. De DOSS stond in 52 (91%) protocollen en de CAM

TABEL 1 Aandachtspunten voor het opstellen van een delierprotocol uit de nieuwe richtlijn en in welke mate de 16 onderzochte protocollen hieraan voldeden

aandachtspunt	protocollen; n (%)
overzicht van preventieve maatregelen om delier te voorkomen	11 (69)
screeningsinstrument voor delier met instructies en uitleg*	15 (94)
diagnostisch instrument voor deliert	15 (94)
overzicht van niet-medicamenteuze en secundaire maatregelen om delier te behandelen	16 (100)
advies over medicamenteuze behandeling van relatief ongecompliceerd delier	16 (100)
advies over bij welke patiënten consultatie wordt aanbevolen	16 (100)
schema met welk specialisme wanneer benaderd moet worden als specifieke expertise voor delierzorg nodig is	15 (94)
gegevens over hoe consultatief verpleegkundige in consult gevraagd kan worden	7 (44)
afspraken over inzet van familie en andere betrokkenen	13 (81)
voldoet aan alle aandachtspunten	6 (38)

* Hiervoor kan de Deliriumobservatiescreeningschaal (DOSS) worden gebruikt.

† Hiervoor kan de 'Confusion assessment method' (CAM) of de DSM-IV worden gebruikt.

of DSM-IV in 42 (74%) (tabel 2).

BEHANDELING

In 55 (96%) van alle protocollen stond een overzicht van niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies; adviezen over medicamenteuze therapie stonden in 53 protocollen. Het inzetten van preventieve medicatie bij een perioperatief verhoogd risico op een delier of bij opiatengebruik werd geadviseerd in 10 (19%) protocollen (tabel 3). In 12 (23%) protocollen werd medicamenteuze behandeling alleen geadviseerd als niet-medicamenteuze interventie had gefaald of bij klachten van een delier, zoals hallucinaties en onrust.

In 32 (60%) protocollen was het voorbeeldadvies van de richtlijn over de startdosering van haloperidol (0,5-2,0 mg) opgenomen (zie tabel 3). In 19 van de 42 (45%) protocollen waarin een maximale haloperidoldosering was opgenomen, werd echter een maximale dosering genoemd die hoger was dan de geadviseerde dosering van 10 mg. De spreiding van de maximale haloperidoldosering was 0,5-60 mg per dag.

In alle 53 protocollen werd een benzodiazepine als comedicatie van eerste keus geadviseerd; in 39 (74%) van deze adviezen werd dit verder gespecificeerd tot lorazepam.

NAZORG

Nazorg werd geadviseerd in 40 (70%) van de 57 protocollen. In 27 (47%) protocollen stond het advies om informatie te verstrekken aan patiënten over het delier en in 20 (35%) werd een vervolgspraak bij de huisarts of specialist geadviseerd. Advies over het noteren van het doorgevoerde delier in de diagnoselijst van het patiëntendossier was opgenomen in 34 (60%) protocollen.

ORGANISATIE VAN DELIERZORG

De richtlijn benoemt de behandeling van een delier als basiszorg. Alleen bij patiënten met een gecompliceerd delier of wanneer de hoofdbehandelaar onvoldoende ervaring heeft met delierzorg, wordt een consult voor een delier geadviseerd.

Consultatie was in 49 (86%) van de 57 protocollen beschreven en preventieve consultatie in 19/57 (33%). In 23/57 (40%) protocollen ging het bij consultatie om het voorkomen van een delier. In 33/57 (58%) protocollen werd consultatie alleen geadviseerd bij patiënten met een gecompliceerd delier. Redenen hiervoor waren: parkinsonisme, onvoldoende effect van therapie en ernstige symptomen, zoals agitatie.

BESCHOUWING

Dit onderzoek toont aan dat de richtlijn 'Delier voor volwassenen en ouderen' 15 maanden na het verschijnen in slechts 28% van de onderzochte ziekenhuisprotocollen is verwerkt. Hierdoor missen de meeste protocollen waarschijnlijk essentiële onderdelen uit de nieuwe richtlijn. Daar waar een implementatiegraad van 80-90% over het

TABEL 2 Gebruik van instrumenten voor screening of diagnostiek in de ziekenhuisprotocollen*

instrument	alle protocollen (n = 57)	gebaseerd op richtlijn 2014 (n = 16)	niet gebaseerd op richtlijn 2014 (n = 41)
screening			
VMS	29 (51)	10 (63)	19 (46)
DOSS	52 (91)	15 (94)	37 (90)
diagnostiek			
CAM	16 (28)	5 (31)	11 (27)
DSM-IV	35 (61)	14 (88)	21 (51)
CAM of DSM-IV	42 (74)	15 (94)	27 (66)

VMS = Veiligheidsmanagementsysteem; DOSS = Deliriumobservatiescreeningschaal; CAM = 'Confusion assessment method'.

* Alle getallen zijn n (%).

TABEL 3 Overzicht van adviezen over medicamenteuze therapie in ziekenhuisprotocollen*

advies	alle protocollen (n = 53)†	gebaseerd op richtlijn 2014 (n = 15)	niet gebaseerd op richtlijn 2014 (n = 38)
advies over preventieve medicatie	10 (19)	1 (7)	9 (24)
alleen medicatie als andere interventies falen	12 (23)	9 (60)	3 (8)
volgt advies over haloperidolstartdosering‡	32 (60)	13 (87)	19 (50)
volgt advies over maximale haloperidoldosering§	23 (55)	6 (55)¶	17 (55)**

* Alle getallen zijn n (%).

† In 4 protocollen was geen medicatieschema beschikbaar, waarvan 1 protocol was gebaseerd op de nieuwe richtlijn en 3 hier niet op waren gebaseerd.

‡ In de nieuwe richtlijn wordt een startdosering voor haloperidol geadviseerd van 0,5-2 mg.

§ In de nieuwe richtlijn wordt een maximale haloperidoldosering geadviseerd van 10 mg. In 15 van de 57 geïncludeerde protocollen was geen advies over de maximale haloperidoldosering opgenomen, waarvan 5 protocollen waren gebaseerd op de nieuwe richtlijn en 10 hier niet op waren gebaseerd.

|| n = 42.

¶ n = 11.

** n = 31.

algemeen als wenselijk wordt gezien,⁷ is het de vraag waarom de implementatie van deze multidisciplinaire richtlijn op zich liet wachten en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn.

Sinds 2012 is de VMS-screeningsbundel voor het opsporen van een delier bij hoogrisicopatiënten verplicht, maar ons onderzoek toont dat dit 4 jaar na dato in slechts ongeveer de helft van de delierprotocollen werd geadviseerd. Het is mogelijk dat de VMS-vragenlijst in een overkoepelend ziekenhuisprotocol is beschreven en daarom ontbrak in het delierprotocol zelf. Hiervoor pleit het feit dat het advies in de VMS-screeningsbundel over het gebruik van het delierscreeningsinstrument DOSS wel in ruim 90% van de protocollen stond. Hiermee behoort het missen van de diagnose 'delier' waarschijnlijk al een aantal jaar tot het verleden.⁸

REDENEN VOOR TRAGE IMPLEMENTATIE

Nederlands onderzoek laat zien dat drie kwart van de artsen weerstand voelt tegen het gebruik van richtlijnen.⁹ Hun belangrijkste reden hiervoor is dat richtlijnen veelal niet goed aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Om dit te

ondervangen was een groot aantal relevante specialisten vertegenwoordigd in de werkgroep die de delierrichtlijn opstelde. Waar mogelijk werd gezocht naar een wetenschappelijk onderbouwing van de gegeven adviezen; dit gold vooral voor de medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van patiënten met een delier.

De adviezen over de organisatie en nazorg daarentegen waren vooral gebaseerd op de praktijk, om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de praktijk. De belangrijkste onderbouwing van deze adviezen werd gevormd door de vergrijzing – met een specifieke toename van het aantal kwetsbare ouderen en daardoor een verwachte stijging van de incidentie van delier – de risico's van de toenemende fragmentatie in zorg en de toename van de zorgkosten.

GEVOLGEN VAN TRAGE IMPLEMENTATIE

Op basis van onze resultaten kunnen we de gevolgen van het vertraagd implementeren van de richtlijn slechts deels inschatten. We verwachten dat het risico bestaat dat antipsychotica te voorbarig worden voorgeschreven en niet pas nadat niet-medicamenteuze interventie heeft gefaald. Uit ons onderzoek blijkt dat het starten van medicatie bij patiënten met een delier in drie kwart van de protocollen als standaardbehandeling was beschreven en dat in 19% van de protocollen zelfs behandeling met preventieve medicatie bij hoogrisicopatiënten was vermeld.

In eerder Nederlands onderzoek werd een hoge frequentie (5,4%) van haloperidolgebruik gevonden onder patiënten van 65 jaar of ouder die waren opgenomen in het ziekenhuis.¹⁰ Wij zagen dat in 40% van de ziekenhuisprotocollen een te hoge haloperidoldosering werd geadviseerd. Wetenschappelijke onderbouwing voor het therapeutische effect van haloperidol bij een delier is echter beperkt.¹¹ Omdat haloperidolgebruik gerelateerd is aan ernstige en irreversibele bijwerkingen, zoals het optreden van een herseninfarct en een verhoogde mortaliteit,¹² is terughoudendheid ten aanzien van dit geneesmiddel wenselijk.

In de werkgroep bestond consensus over het feit dat de verantwoordelijkheid van de basisdelierzorg bij de hoofdbehandelaar ligt en dat de rol van een expert voorbehouden zou moeten zijn tot complexe casussen. In ons onderzoek was dit advies opgenomen in slechts 60% van de protocollen; in 33% werd zelfs preventieve consultatie van een expert geadviseerd. Dit vraagt om scholing van de specialisten die zich voorheen minder met delierzorg bezighielden.

Het continu beschikbaar zijn van delierexperts is van belang om de behandeling van patiënten met een gecompliceerd delier te kunnen waarborgen. In sommige zie-

LEERPUNTEN

- Ruim een jaar na het verschijnen is de landelijke richtlijn ‘Delier bij volwassenen en ouderen’ onvoldoende geïmplementeerd in lokale ziekenhuisprotocollen.
- In drie kwart van de ziekenhuisprotocollen wordt standaard medicamenteuze behandeling geadviseerd, maar dit is in strijd met de richtlijn, die niet-medicamenteuze interventies als eerste stap benoemt.
- Bij het schrijven van een richtlijn moet meer aandacht worden besteed aan de latere implementatie hiervan in lokale ziekenhuisprotocollen.

kenhuizen is het gebrek aan continue aanwezigheid van expertise mogelijk een probleem en kan 24-uursdelierzorg niet gewaarborgd worden. Het gevolg kan zijn dat niet-geriatriesch geschoolde medische specialisten de verantwoordelijkheid onvoldoende kunnen dragen. Het ontbreken van 24-uursdelierzorg kan tevens een reden zijn voor een trage implementatie op dit punt van organisatie.

STERKE EN ZWAKKE PUNTEN

Een sterk punt van ons onderzoek is dat we een groot aantal protocollen konden includeren. Hierdoor kunnen we een reëel beeld geven van de huidige protocollaire aanpak van delier binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Een beperking is dat we na juli 2015 ontbrekende protocollen of ontbrekende onderdelen daarvan niet meer actief opvroegen. Soms hadden we daarom alleen een verpleegkundig protocol en konden we de informatie over de medische behandeling niet opnemen in het onderzoek.

Het is discutabel of het incorporeren van een richtlijn in een ziekenhuisprotocol meer dan 15 maanden in beslag neemt en of ons onderzoek dus te vroeg plaatsvond.

ADVIEZEN

In de praktijk blijkt dat een jaarlijkse volledige herziening van een protocol niet haalbaar is. Hoewel zo'n volledige herziening soms wel wenselijk is, kunnen beknopte aan-

passingen aan het huidige protocol afdoende zijn om de essentieelste adviezen snel te kunnen implementeren. Wat in ons onderzoek echter opviel was dat bijna 20% van de protocollen de laatste 4 jaar niet meer was herzien. Dit bevestigt dat implementatie van een richtlijn een traag proces is. Gezien de snelheid van de ontwikkelingen in de wetenschappelijke literatuur is dit echter onwenselijk. Bij toekomstige richtlijnen dient daarom meer aandacht uit te gaan naar de implementatie in de praktijk. Alleen het uitbrengen van de richtlijn is immers geen garantie voor het opvolgen van de aanbevelingen. Door een goede knelpuntenanalyse en besef van de weerstanden in de praktijk kan een goede afstemming ten aanzien van implementatie van een richtlijn worden bereikt. Toevoeging van een standaardvoorbeeldprotocol of samenwerking binnen de beroepsverenigingen kan ook nuttig zijn. Daarnaast kunnen patiëntenparticipatie, bemoeienis vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg of financiële consequenties vanuit verzekeraars mogelijk een positieve invloed hebben op de implementatie.

CONCLUSIE

In slechts ruim een kwart van de ziekenhuisprotocollen is de richtlijn ‘Delier bij volwassenen en ouderen’ 15 maanden na het verschijnen geïncorporeerd. De actueelste wetenschappelijke kennis is daarom vertraagd geïntegreerd in de dagelijkse patiëntenzorg. Bij de behandeling van patiënten met een delier kan dit mogelijk leiden tot overbehandeling met antipsychotica, met alle potentiële neveneffecten. Daarnaast lijkt de zorg voor een patiënt met een ongecompliceerd delier nog niet te worden beschouwd als de verantwoordelijkheid van iedere medisch specialist in het ziekenhuis.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 juni 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D151

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D151**

LITERATUUR

- 1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Arlington: American Psychiatric Association; 2000.
- 2 Richtlijn delier. Volwassen en Ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2013.
- 3 De Rooij SE, Buurman BM, Korevaar JC, et al. Comorbiditeit bij acuut opgenomen oudere patiënten als risicofactor voor sterfte in het ziekenhuis of binnen 3 maanden na ontslag. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2007;151:1987-93.
- 4 Van Wensen RJ, Dautzenberg PL, Koek HL, Olsman JG, Bosscha K. Delier na een heupfractuur bij ruim een derde van de patiënten. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2007;151:1681-5.
- 5 Witlox J, Eurelings LSM, de Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA.* 2010;304:443-51.
- 6 VMS-thema 'Kwetsbare ouderen'. www.vmszorg.nl/Themas/Kwetsbare-ouderen, geraadpleegd op 29 juni 2016.
- 7 Leentjens AF, Burgers JS. Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen? *Tijdschr Psychiatr.* 2008;50:329-35.
- 8 Michaud L, Büla C, Berney A, et al; Delirium Guidelines Development Group. Delirium: guidelines for general hospitals. *J Psychosom Res.* 2007;62:371-83.
- 9 Van Everdingen JJE. 'Een hoop gedoe, maar wel de moeite waard': oordelen van artsen over richtlijnen. *Med Contact (Bussum).* 2003;25:473-6.
- 10 Nijboer H, Lefeber G, McLulich A, van Munster B. Haloperidol use among elderly patients undergoing surgery: a retrospective 1-year study in a hospital population. *Drugs Real World Outcomes.* 2016;3:83-8.
- 11 Friedman JL, Soleimani L, McGonigle DP, Egol C, Silverstein JH. Pharmacological treatments of non-substance-withdrawal delirium: a systematic review of prospective trials. *Am J Psychiatry.* 2014;171:151-9.
- 12 Kleijer BC, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PAF, Knol W, Heerdink ER. Risk of cerebrovascular events in elderly users of antipsychotics. *J Psychopharmacol.* 2009;23:909-14.