



Geriatrische zorg vanuit patiëntenperspectief

**Kwaliteitscriteria voor de
oudere patiënt met delier**

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Vraagstelling en aanpak	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Doel van het project en vraagstelling	5
1.3 Projectstructuur	5
1.4 Plan van aanpak	6
1.5 Leeswijzer	7
2. Fase 1. Inventarisatie en consensus	8
2.1 Inleiding	8
2.2 De klankbordgroep	8
2.3 literatuurstudie en interviews sleutelpersonen	8
2.4 focusgroepen	8
2.5 Delphi-panels 1 en 2	8
2.6 Consensusbijeenkomst	9
3. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief met betrekking tot de zorgverlening aan ouderen met delier	10
3.1 Inleiding	10
3.2 Selectie van de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	10
3.3 Basisset kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	11
4. Fase 2. Acceptatie en implementatie	13
4.1 Inleiding	13
4.2 Ouderenzorg en zorgverzekeraars	13
4.3 Samenwerking met beroepsgroepen en zorgaanbieders	14
5. Fase 3. Voorlichting	15
5.1 Inleiding	15
5.2 De handreiking	15
6. Terugblik en toekomst	16
Bijlagen	18
Bijlage 1 Geraadpleegde literatuur	18
Bijlage 2 Vragenlijst Delphi	20
Bijlage 3 Verantwoordingvaststelling kwaliteitscriteria	24

Voorwoord

Het bekende spreekwoord 'ouderdom komt met gebreken' gaat gelukkig niet op voor alle ouderen, maar op het moment dat deze gebreken invloed hebben op het dagelijks leven is er behandeling of zorg nodig die van voldoende kwaliteit is.

Op initiatief van de PCOB en in nauwe samenwerking met de Unie KBO, ANBO en CSO, is een project gestart waarbij ontwikkeling van kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de oudere patiënt centraal staat. Onderzoeksbureau ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV heeft een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd voor het project onder de titel 'Geriatrische zorg vanuit patiëntenperspectief: het delier'. Het project is mede mogelijk gemaakt door subsidie in het kader van het Programma Zekere Zorg. Er is gekozen voor een specifieke doelgroep, oudere patiënten met een delier. Een delier komt vaker voor dan we denken. In het ziekenhuis krijgt 25 tot 35 procent van de patiënten van 65 jaar en ouder een delier. Een delier kan overal optreden, thuis, in het ziekenhuis en het verpleeghuis en kan worden veroorzaakt door bijvoorbeeld een niet ontdekte ontsteking of na een operatie. Ouderen hebben in zo'n situatie een grotere kans acuut verward te raken dan jongeren. Uit gesprekken met patiënten en hun naasten, maar ook met deskundigen, blijkt dat er veel onbekend is over deze aandoening. Ook de behandeling en zorgverlening kan verbeterd worden.

Het doel van het project is behaald; namelijk "het definiëren en formuleren van kwaliteitseisen voor geriatrische zorg aan oudere patiënten met delier, vanuit patiëntenperspectief en deze gericht onder de aandacht te brengen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders".

Dit alles is tot stand gekomen door een bijzonder prettige samenwerking tussen de ouderenorganisaties en onderzoeksbureau ARGO. Ook de bijdrage van de leden van de klankbordgroep is bijzonder waardevol geweest. Alle deelnemers zijn overtuigd van de noodzaak tot verbetering van de aandacht voor deze aandoening en verbetering van de kwaliteit van zorg voor mensen met een delier.

1. Vraagstelling en aanpak

1.1 Inleiding

De ouderenorganisaties hebben in hun projectvoorstel 'Geriatrische zorg vanuit patiëntenperspectief: het delier' de ambitie geformuleerd kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van oudere patiënten met delier op te stellen en met deze expertise hun rol als belangbehartiger richting de zorgverzekeraars enerzijds en de zorgverleners anderzijds, krachtig te vervullen.

De partijen hebben ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV gevraagd een plan van aanpak te schrijven. In dit hoofdstuk wordt die aanpak beschreven.

1.2 Doel van het project en vraagstelling

Het doel van het project was het definiëren en formuleren van kwaliteitseisen voor geriatrische zorg aan oudere patiënten met delier vanuit patiëntenperspectief en deze gericht onder de aandacht te brengen van zorgverzekeraars en beroepsgroepen.

Na een periode van inhoudelijke ontwikkeling van de diverse specialismen in de geriatrie, is het van belang nu meer samenhang aan te brengen tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Voor de patiënt is het belangrijk op de juiste tijd op de juiste plek de juiste zorg te krijgen. Het gaat hierbij om de kwaliteit van de totale keten van preventie, vroegsignalering, verwijzing, behandeling en zorg en nazorg.

De vraagstelling voor het project luidde als volgt:

- "Aan welke kwaliteitscriteria zou de zorgverlening aan ouderen met een delier moeten voldoen om te spreken van verantwoorde zorg vanuit patiëntenperspectief?"
- "Op welke wijze kan worden bewerkstelligd dat deze criteria daadwerkelijk worden toegepast?"

Door de opdrachtgevers is gekozen voor de zorgverlening aan ouderen met delier. Hoewel hiermee de focus op een specifieke doelgroep kwam te liggen, was het nadrukkelijk de bedoeling dat de resultaten van dit project overdraagbaar zouden zijn naar andere geriatrische doelgroepen.

1.3 Projectstructuur

In een ondersteunende projectgroep namen de volgende leden zitting: de beleidsmedewerkers van de PCOB (G. Abrahamse), CSO (W. van Minnen/M. Kaasgaren), ANBO (W. Tukker), en Unie KBO (L. Huijts). Zij stuurden het project inhoudelijk aan en vormden de directe gesprekspartners voor de onderzoekers mevrouw W. Betten en mevrouw B. te Velde van onderzoeksbureau ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV.

Om draagvlak te creëren voor en betrokkenheid bij de resultaten is een klankbordgroep geformeerd. Deze klankbordgroep bestond uit de volgende leden: mevrouw J. Wilmer namens de Nederlandse vereniging voor klinische geriatrie, de NVKG; mevrouw C. Knijnenburg namens de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, de V&VN; mevrouw G. Piek namens de Nederlandse vereniging voor verpleeghuisartsen, de NVA; de heer H. Thiadens namens de Landelijke Huisartsen Vereniging, de LHV en de heer J. Coolen namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

1.4 Plan van aanpak

Onderzoeksbureau ARGO heeft in dit project gekozen voor een gefaseerde aanpak. In deze paragraaf zullen de onderscheiden fases kort worden beschreven.

Fase 1: Inventarisatie en consensus

Het onderzoek begon met een inventarisatie van de knelpunten in de geriatrische zorgketen voor oudere patiënten met delier. Deze knelpunten zijn geïnventariseerd door middel van literatuurstudie en aangevuld met consultaties met deskundigen op het gebied van somatische, psychische/sociale zorg en verpleging uit de 1ste en 2de lijn, patiënten en mantelzorgers.

Vervolgens zijn twee focus groeps gesprekken gehouden met patiënten en/of mantelzorgers rond de vraag: "aan welke criteria moet de zorgverlening aan ouderen met een delier idealiter voldoen?"

De uitkomsten van de knelpunteninventarisatie, de focusgroepen en de literatuurstudie hebben geleid tot een 'groslijst' met kwaliteitscriteria. Dit met als doel deze verzameling uiteindelijk te beperken tot een basisset van circa vijftien kwaliteitscriteria. Dit is gedaan door middel van een Delphi-onderzoek.

De Delphimethode is een geschikte aanpak om in een aantal schriftelijke rondes te komen tot consensus én draagvlak met betrekking tot de eisen aan de zorgverlening vanuit patiëntenperspectief.

Het Delphi-panel werd gevormd door deskundigen uit de eerste lijn, de tweede lijn, de intramurale zorg, mantelzorgers, zorgverzekeraars, patiënten en de leden van de klankbordgroep. De resultaten uit een voorgaande ronde zijn teruggekoppeld en in een volgende ronde uitgewerkt. Het resultaat van het Delphi-onderzoek is een basisset van kwaliteitscriteria die door het "veld" wordt gedragen.

Ter afronding van de inventarisatiefase en als aftrap voor de daarop volgende acceptatiefase, is een consensusbijeenkomst georganiseerd met de klankbordgroep. In die bijeenkomst zijn de kwaliteitscriteria gezamenlijk vastgesteld. Daarnaast vormde het vervolgtraject met zorgverzekeraars en beroepsgroepen een belangrijk agendapunt van deze bijeenkomst.

Fase 2: Acceptatie en implementatie

Het doel van de tweede fase was de voorbereiding en het in gang zetten van de daadwerkelijke implementatie van de kwaliteitscriteria door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hierbij zijn twee sporen gevolgd. In overleg met de opdrachtgever zijn drie zorgverzekeraars benaderd. Het doel van het overleg met de drie zorgverzekeraars was te komen tot een intentieverklaring en het hanteren van de kwaliteitscriteria bij zorginkoop.

De nadruk in het vervolgtraject met zorgaanbieders/beroepsgroepen lag op de voorbereiding van brede implementatie van de kwaliteitscriteria. Immers, volledige implementatie vergt veel tijd. Enerzijds moet per beroepsgroep worden gekeken aan welke criteria de zorgverlening moet voldoen. Anderzijds moet aandacht worden besteed aan de positie per doelgroep als schakel in de keten (ketenkwaliteit).

Fase 3: Voorlichting

De gezamenlijke ouderenorganisaties wilden in het delierproject op systematische wijze invloed uitoefenen op de kwaliteit van zorg. De bereikte resultaten zouden een goed voorbeeld moeten vormen van wat een georganiseerde consumentengroep kan bereiken. Om (potentiële) leden te informeren en overtuigen van het effect van belangenbehartiging is een voorlichtingsbrochure voor 50-plussers ontwikkeld.

1.5 Leeswijzer

In dit inleidende hoofdstuk is aangegeven wat de achtergronden en plannen waren voor de uitvoering van het project geriatrische zorg vanuit patiëntenperspectief. In hoofdstuk twee wordt verslag gedaan van het feitelijk verloop van de eerste fase. De activiteiten in deze fase hebben geleid tot een basisset van kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor de zorgverlening aan ouderen met delier. Die kwaliteitscriteria worden gepresenteerd in hoofdstuk drie.

In hoofdstuk vier wordt verslag gedaan van de activiteiten die zijn ondernomen om de ontwikkelde criteria onder de aandacht van beroepsgroepen en zorgverzekeraars te brengen (acceptatie en implementatie). Over de voorlichtingsfase wordt kort gerapporteerd in hoofdstuk vijf. In het slothoofdstuk, terugblik en toekomst, beoordelen we de resultaten van het project met het oog op de toekomst: welke aanbevelingen kunnen we doen richting beroepsgroepen, ouderenorganisaties, zorgverzekeraars en overheidsinstanties zoals de IGZ met betrekking de geriatrische zorgverlening in brede zin.

Als bijlagen zijn opgenomen: geraadpleegde literatuur, geïnterviewde personen en leden klankbordgroep (bijlage 1) en Vragenlijst Delphi 1 (bijlage 2) en Delphi 2 (bijlage 3).

2. Fase 1: Inventarisatie en consensus

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verschillende activiteiten beschreven die hebben geleid tot een basisset gedragen kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief. Bij het proces van de totstandkoming waren actoren uit verschillende invalshoeken betrokken: deskundigen, patiënten en mantelzorgers. Hieronder geven we de verschillende activiteiten weer.

2.2 De klankbordgroep

De klankbordgroep, die een belangrijke rol heeft gespeeld bij de inhoudelijke ondersteuning en het creëren van draagvlak, is gedurende de eerste fase van het project driemaal bijeen gekomen. In de eerste bijeenkomst stond de kennismaking, de taak van de klankbordgroep en de opzet van het project centraal. De leden van de klankbordgroep hebben, naast literatuursuggesties, een groot aantal namen van deelnemers voor de interviews met sleutelpersonen en het Delphi-panel geleverd.

De tweede bijeenkomst met de klankbordgroep stond in het teken van de uitkomsten van de eerste Delphi-ronde. De derde bijeenkomst was gewijd aan de uitkomsten van de tweede Delphi-ronde en het bereiken van consensus over de kwaliteitscriteria.

2.3 Literatuurstudie en interviews sleutelpersonen

In de literatuur die bestudeerd is, lag het accent enerzijds op professioneel inhoudelijke en getalsmatige informatie over het delier. En anderzijds op de betekenis en de consequenties van het delier vanuit het perspectief van patiënt en mantelzorger.

De sleutelpersonen waarmee gesprekken zijn gevoerd, werken als onderzoeker, medisch of verpleegkundig professional in algemene en academische ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen. In de gesprekken met hen stond het belichten van het perspectief van patiënt en mantelzorger vanuit de diverse invalshoeken centraal.

2.4 Focusgroepen

Om de knelpunten en de wensen vanuit het perspectief van patiënten en hun mantelzorgers zo goed mogelijk in beeld te krijgen zijn twee focusgroepen gevormd. De eerste vond plaats in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en de tweede in verpleeghuis Lingesteyn te Leerdam.

2.5 Delphi-panels 1 en 2

In de eerste ronde is aan de deelnemers gevraagd wat volgens hen de belangrijkste knelpunten zijn in de zorgverlening aan mensen met delier (zie bijlage 2). Delphi 1 is verstuurd aan 61 deelnemers; 29 deelnemers hebben gereageerd.

Opvallend was de grote consensus. De deelnemers herkenden zich in de meeste knelpunten en zij voegden enkele knelpunten aan de lijst toe. De belangrijkste toevoeging betrof het expliciteren van de centrale rol van de vertegenwoordiger van de patiënt. Juist vanwege het delier is de patiënt zelf vaak verminderd aanspreekbaar. Het is dan heel belangrijk dat zijn vertegenwoordiger voortdurend wordt geïnformeerd en gesteund tijdens het ziekteproces. In de praktijk blijkt dat echter zelden voldoende

te gebeuren, wat ook in de focusgroepen naar voren kwam. Achteraf blijken de patiënt en zijn vertegenwoordiger met veel vragen, onnodige angst en onzekerheden te zitten.

In de tweede Delphi-ronde was de insteek anders. Als uitgangspunt zijn de punten genomen die in het proces van vroegsignalering tot afronding van de behandeling bepalen voor de patiënt en zijn naaste of er sprake is geweest is van goede zorgverlening. In 'lekentaal': welke factoren bepalen of een patiënt en zijn naaste tevreden of ontevreden terugkijken op de periode waarin het delier manifest was. Hierbij staan steeds 'de patiënt en naaste' centraal. Met 'naaste' wordt bedoeld degene die de patiënt vertegenwoordigt, bijvoorbeeld partner, kind, de mantelzorger of wettelijk vertegenwoordiger. Juist omdat de patiënt in ieder geval een deel van het ziekteproces niet of matig aanspreekbaar/bereikbaar is, vervult deze naaste een zeer belangrijke rol. In feite is het eerste kwaliteitscriterium vanuit cliëntperspectief de erkenning van de belangrijke rol van de naaste in het hele ziekteproces door alle betrokken professionals.

In deze Delphi-ronde zijn de verschillende fases van signalering tot afronding van de behandeling gevolgd. Elke keer is een beschrijving gegeven van de beleving van de patiënt en zijn naaste in die fase. Waar nodig is onderscheid gemaakt naar thuissituatie of ziekenhuis (verpleeghuis). Daaruit volgen een aantal kwaliteitscriteria. De vraag aan de deelnemers was of zij de geformuleerde criteria als relevant konden onderschrijven en of zij belangrijke kwaliteitscriteria misten. Deze Delphi-ronde is opgenomen in bijlage 3.

Delphi 2 is verzonden aan 61 deelnemers; 28 deelnemers hebben een reactie gegeven. Wederom was er een sprake van veel overeenstemming.

2.6 Consensusbijeenkomst

In april 2008 vond de consensusbijeenkomst plaats. De kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief die uit de beide Delphi-rondes kwamen zijn gepresenteerd en door de aanwezigen becommentarieerd. De discussie heeft geleid tot enkele aanpassingen. Een aantal criteria zijn aangescherpt, bijvoorbeeld door het toevoegen van een concreet tijdsplan. Er zijn twee criteria geschrapt:

Delirante patiënten verblijven op een geriatrische afdeling: door verschillende deelnemers werd aangegeven dat dit praktisch een onwerkbaar criterium is, zo verblijven veel delirante patiënten op de IC. Waar het om gaat is dat er specifieke geriatrische deskundigheid aanwezig is binnen het ziekenhuis en dat die deskundigheid wordt ingezet bij elke delirante oudere.

Patiënten worden pas ontslagen als het delier verbleekt is: deze stelling leverde veel discussie op. Er is een duidelijke spanning tussen de wenselijke situatie (verwarde ouderen niet verplaatsen) en de beschikbare mogelijkheden (specialistische ziekenhuiszorg is nodig om de oorzaak van het delier te 'genezen'. Vervolgens duurt het nog een periode voordat de gevolgen van het delier geheel verdwenen zijn. Hiervoor is geen 'dure' ziekenhuiszorg noodzakelijk).

Overigens werd in de focusgroepen door mantelzorgers wel aangegeven dat het een zware opgave is thuis voor een delirante partner te zorgen.

3. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief met betrekking tot de zorgverlening aan ouderen met delier

3.1 Inleiding

De verschillende stappen in het onderzoek hebben geleid tot een basisset kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief. Deze worden in dit hoofdstuk gepresenteerd. In de volgende paragraaf wordt verantwoord op welke wijze de selectie van de basisset uit de grote hoeveelheid criteria heeft plaatsgevonden. In paragraaf 3.3 wordt de basisset kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief beschreven.

3.2 Selectie van de kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief

Na de twee Delphi-panels zijn er een groot aantal kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief geïdentificeerd. Om tot een basisset te kunnen komen is gekeken in hoeverre de criteria toetsbaar zijn: hetzij door registratie (door professionals), hetzij door toetsing bij de patiënt en de mantelzorger. Voorts is gekeken in hoeverre de criteria specifiek van toepassing zijn op de zorgverlening aan ouderen met een delier.

Door de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) is en wordt veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor patiëntgerichtheid van verschillende gezondheidszorgsettings (ziekenhuizen, verpleeghuizen) en beroepsgroepen. In dit project richten we ons specifiek op kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief voor ouderen met een delier. De meer algemene kwaliteitscriteria (bejegening, deskundigheid, informatie over rechten en plichten, klachtenprocedure en dergelijke) laten we hier buiten beschouwing. Zij gelden uiteraard ook voor patiënten met een delier.

Algemene uitgangspunten

In het verloop van het project zijn een aantal zaken naar voren gekomen, die niet direct vertaald kunnen worden in specifieke kwaliteitscriteria maar die wel zeer relevant zijn voor de verbetering van de zorgverlening. We hebben deze 'algemene uitgangspunten' genoemd, die opgepakt zullen moeten worden door de diverse partijen: belangenbehartigers (ouderenorganisaties, patiëntenverenigingen), media, beroepsgroepen en zorgverzekeraars. Het eerste uitgangspunt heeft betrekking op het wegnemen van de onbekendheid van het delier bij 'het publiek'. Meer bekendheid zal tot meer herkenning, meer lotgenotencontact en steun, minder onzekerheid en schaamte leiden. In het verlengde hiervan ligt het uitgangspunt dat professionals die werken met kwetsbare ouderen in principe voldoende geriatrisch geschoold zouden moeten zijn. Ook dat zal tot meer herkenning en een betere zorgverlening leiden. In de vakliteratuur, maar ook in andere media, worden verschillende termen gebruikt: delirium, delier en acute verwardheid. Wij pleiten voor eenduidige terminologie, dit zal bijdragen aan een bredere bekendheid van de aandoening delier.

De drie uitgangspunten samengevat:

- bekendheid geven aan het delier bij het grote publiek
- bevorderen van eenduidig gebruik terminologie delier
- vooronderstelling met betrekking tot deskundigheidsniveau zorgprofessionals: elke beroepsgroep die zorg verleent aan kwetsbare ouderen heeft specifieke geriatrische deskundigheid, dus ook op het gebied van delier.

In de volgende paragraaf presenteren we de basisset van de kwaliteitscriteria. In bijlage 3 wordt de totale set beschreven, zoals die is vastgesteld in de consensusbijeenkomst. Dit vormt in feite de verantwoording van de basisset.

3.3 Basisset kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief

Rol van de naaste en informatie

- De mantelzorger of vertegenwoordiger van de patiënt vervult een centrale rol als aanspreekpunt in de hulpverlening.
- Patiënt en naaste hebben gedurende het hele zorgverleningstraject recht op actuele informatie.
- Patiënt en naaste hebben gedurende de delirante episode thuis of in een instelling één aanspreekpunt in de hulpverlening.

Delier in het ziekenhuis/verpleeghuis

Signalering en preventie:

- Bij verwijzing naar het ziekenhuis of verpleeghuis geeft de (verpleeg)huisarts aan of de patiënt eerder een delirium heeft doorgemaakt.
- Bij elke ziekenhuis- of verpleeghuisopname van oudere patiënten wordt tijdens de intake gevraagd of de patiënt eerder een delirante episode heeft meegemaakt.
- Bij acute opname van een kwetsbare oudere vindt screening plaats op de aanwezigheid van een delier.
- In de voorbereiding op een operatie van oudere patiënten wordt standaard aandacht besteed aan het optreden van een delier als mogelijke complicatie van het onderzoek/ingreep/behandeling waarvoor men is opgenomen.

Diagnostiek

- De naaste kan zoveel mogelijk aanwezig zijn bij het vereiste diagnostisch onderzoek (ter geruststelling van de patiënt), en wordt ook gestimuleerd daarbij aanwezig te zijn.
- Belangrijk onderdeel van het diagnostisch onderzoek is de heteroanamnese: het verhaal van de naaste vormt een onmisbaar onderdeel in de diagnosestelling.
- Zodra de diagnose is vastgesteld wordt deze gedeeld met de patiënt en de naaste.

Behandeling en begeleiding

- Gedurende de gehele opname periode is er één aanspreekpunt voor patiënt en mantelzorger bij wie men met vragen terecht kan (de behandelcoördinator).
- Delirante patiënten worden behandeld in een veilige zorgomgeving.
- Delirante patiënten worden behandeld in een voor hen zo vertrouwd mogelijke zorgomgeving.
- De naaste kan de hele dag bij de patiënt blijven (open bezoek).
- De naaste kan bij de patiënt overnachten (rooming-in).
- De naaste kan zoveel mogelijk aanwezig zijn bij behandeling en/of onderzoeken tijdens de opname, en wordt daartoe gestimuleerd.

Delirante patiënten verblijven in een voor hen passende ambiance (balans in prikkels/dagstructuur). Samen met de naaste wordt bepaald wat voor de patiënt een passende ambiance is.

Ontslag en nazorg

- De behandelcoördinator zorgt, direct bij het ontslag, voor de zorgvuldige overdracht naar de huisarts en eventuele anderen die betrokken zijn bij de nazorg.
- Bij ontslag uit het ziekenhuis of verpleeghuis wordt direct een ontslagbrief aan de huisarts gestuurd. Hierin wordt expliciet vermeld dat een delirante episode heeft plaatsgevonden; als de thuiszorg is betrokken wordt ook deze geïnformeerd over de delirante episode.
- Voor ontslag uit een instelling vindt een evaluatiegesprek plaats tussen het aanspreekpunt en de patiënt en de naaste. Hierin wordt het verloop van het proces besproken en wordt uitdrukkelijk stilgestaan bij hoe de patiënt en de naaste de episode hebben beleefd. Indien nodig worden afspraken gemaakt voor nazorg.
- Na het ontslag kunnen de patiënten en de naaste terecht bij de behandelcoördinator met vragen over de doorgemaakte klinische episode.

Delier in de thuissituatie

Signalering:

- De huisarts neemt elk signaal (van familie, bureu, thuiszorg, Riagg, GGz) dat 'er iets niet pluis is' bij een oudere cliënt serieus en start het diagnostisch onderzoek.
- Indien mogelijk wordt de diagnosestelling thuis uitgevoerd.
- Als het niet mogelijk is het diagnostisch onderzoek thuis uit te voeren, kan de patiënt meteen worden opgenomen in een ziekenhuis of terecht op een (geriatrische) poli.

Behandeling en begeleiding

- Gedurende de gehele periode is er één aanspreekpunt voor de patiënt en mantelzorger bij wie hij met vragen terecht kan.
- De huisarts zorgt voortdurend voor een actuele overdracht tijdens avond- en weekenddiensten.
- Als thuiszorg is betrokken, worden er zo weinig mogelijk verschillende medewerkers betrokken in de zorg en is er een actuele, zorgvuldige overdracht.

4. Fase 2: Acceptatie en implementatie

4.1 Inleiding

Het doel van fase 2 in het project was de voorbereiding en het in gang zetten van de daadwerkelijke implementatie van de kwaliteitscriteria door zorgverzekeraars en zorgaanbieders en beroepsgroepen. In dit kader zijn diverse verzekeraars benaderd. In mei en juni zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van verzekeraars Achmea, Zorg en Zekerheid en UVIT. Onderwerp van de gesprekken was de verkenning van mogelijkheden om de kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief voor de zorgverlening aan ouderen met een delier, een plaats te geven in het zorginkoopbeleid van verzekeraars. De resultaten van de gevoerde gesprekken worden in paragraaf 4.2 weergegeven. Over de aanknopingspunten voor acceptatie en implementatie van de kwaliteitscriteria bij beroepsgroepen en zorgaanbieders gaat paragraaf 4.3.

4.2 Ouderenzorg en zorgverzekeraars

Uit de gesprekken kwam naar voren dat ouderenzorg langzamerhand op de agenda van verzekeraars komt te staan. Kennis over de omvang en samenstelling van de groep ouderen is daarbij van (commercieel) belang. Ook het contact met cliënten- en patiëntenorganisaties wordt voor verzekeraars steeds belangrijker. Verzekeraars kunnen zich enerzijds onderscheiden door risico's zo goed mogelijk te 'handelen'. Anderzijds door het zorgaanbod zo goed mogelijk op de wens van de (potentiële) cliënten af te stemmen.

De geïnterviewde personen gaven aan dat voor beïnvloeding van het inkoopbeleid (cijfermatige) onderbouwing van diverse zaken gewenst is. Hieronder worden drie invalshoeken uitgewerkt.

De rol van kwaliteitscriteria in het zorgaanbod

De geïnterviewde personen spraken hun waardering uit voor de in dit project ontwikkelde kwaliteitscriteria. Kwaliteit van het zorgaanbod is een thema waar steeds meer aandacht voor is. Als antwoord op de vraag 'Hoe verzekeraars de kwaliteit van door hun gecontracteerde zorgverleners beoordelen' bleken wettelijke kaders een belangrijke rol te spelen. Zorgaanbieders worden beoordeeld op het naleven van ondermeer de WGBO, de BIG en de Normen Verantwoorde Zorg. Daarnaast vormen kengetallen en de accountantsverklaring een bron van informatie. De eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vormen een belangrijk kader in het geheel. Het feit dat vanuit dit project aansluiting is gezocht bij de door de IGZ aangestuurde ontwikkeling van de prestatie-indicator Delier, werd als een groot pluspunt gezien.

Op het moment dat de kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief deel uit zouden maken van de 'Normen Verantwoorde Zorg' krijgen ze een plek in het inkoopbeleid van verzekeraars dat het samenwerken met zorgaanbieders aan kwaliteitsverbetering, de voorkeur heeft boven het toetsen van allerlei (wettelijke)eisen.

Een samenhangend zorgaanbod

Naast kwaliteit van het zorgaanbod gaven de geïnterviewde personen aan dat de samenhang in het zorgaanbod hoge prioriteit heeft. Men waardeerde dan ook het feit dat de kwaliteitscriteria voor delier vanuit de ketengedachte zijn geformuleerd. Verzekeraars investeren ook in innovaties op het terrein van ketenontwikkeling rondom bijvoorbeeld dementie en COPD.

Effectiviteit van kwaliteitscriteria

Volgens de geïnterviewde personen zijn er randvoorwaarden die maken dat kwaliteitscriteria effect kunnen hebben. Een aantal, zoals een breed draagvlak voor en acceptatie van de kwaliteitscriteria is aan de orde geweest. Daarnaast moeten kwaliteitscriteria meetbaar zijn. Daarbij past ook de wens dat er, zo mogelijk uniforme, kwaliteitscriteria voor alle geriatrische aandoeningen worden gerealiseerd zodat er sprake zal zijn van kwaliteitscriteria voor geriatrische zorg. In navolging van initiatieven als de smiley's van de stichting Kind en Ziekenhuis zou uiteindelijk ook voor ziekenhuizen met goede geriatrische zorg een 'etiket' of een sterrensysteem kunnen worden ontwikkeld.

4.3 Samenwerking met beroepsgroepen en zorgaanbieders

Een belangrijk doel van het project was het leveren van een aanzet tot brede acceptatie en implementatie van de kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief bij de zorgprofessionals. Eerder in deze rapportage is het Delphi onderzoek beschreven. Daarbij is al aangegeven dat de bereidheid van professionals om mee te denken en mee te werken aan het vormgeven van de kwaliteitscriteria groot is. In de klankbordgroep waren alle belangrijke koepels vertegenwoordigd. De vertegenwoordigers van die koepels hebben op actieve wijze hun ondersteuning aangeboden bij de verspreiding van resultaten in hun achterban. Ook werd ondersteuning bij publicaties aangeboden. De participatie vanuit de koepelorganisatie van zorgverzekeraars is lastig gebleken. Bij het benaderen van individuele zorgverzekeraars bleek echter dat er zeker bereidheid is over dit onderwerp in gesprek te gaan.

Het onderwerp van dit project is veelomvattend en het professionele werkveld groot. We beseffen dan ook dat we realistisch moeten zijn over de in deze fase bereikte resultaten, in het tijdsbestek dat ons ter beschikking stond.

5. Fase 3: Voorlichting

5.1 Inleiding

De gezamenlijke ouderenorganisaties vinden het belangrijk dat er onderzoek wordt gedaan. Daarom wordt met veel inzet deelgenomen aan deze en andere projecten op het terrein van de geriatrische zorg. Daarnaast bestond de wens dat de uitkomsten van het onderzoek werden vertaald in een voor iedereen leesbare vorm. Het geven van voorlichting is immers een van de kerntaken van ouderenorganisaties. Daarom was ook in het Plan van Aanpak een concreet te bereiken resultaat, met betrekking tot voorlichting, genoemd.

5.2 De handreiking

Om (potentiële) leden te informeren en te overtuigen van het effect van belangenbehartiging, is in het kader van dit project een voorlichtingsbrochure voor 50-plussers ontwikkeld. Deze publicatie met de titel 'Dokter, waarom is mijn man opeens zo in de war?' is een handreiking voor (potentiële) patiënten en hun naasten. De uitgave is aan alle deelnemers van het Delphi-onderzoek en de leden van de klankbordgroep aangeboden, met het verzoek het zo breed mogelijk te verspreiden. Ook hebben de ouderenorganisaties in hun ledenbladen aandacht aan het onderwerp en de publicatie besteed. In alle uitingen wordt aangegeven dat de publicatie in gedrukte vorm is te bestellen.

Tot slot kan hier nog vermeld worden dat bij de afronding van het project een aantal publicaties voor medische en verpleegkundige vakbladen in voorbereiding is. Hiermee zullen ook de beroepsbeoefenaren over de uitkomsten van het project worden geïnformeerd.

6. Terugblik en toekomst

We kijken terug op een onderzoek waarin sprake was van een, door alle participanten gedeelde ambitie en enthousiasme. Die grote gemeenschappelijkheid heeft er toe geleid dat het Plan van Aanpak, het uitgangspunt van dit onderzoek, in korte tijd tot concrete resultaten heeft geleid. Naast de in het Plan van Aanpak benoemde resultaten, is sprake van een niet geplande maar zeer bijzondere spin-off. Zo komen bij de samenwerkende ouderenorganisaties diverse verzoeken tot samenwerking in geriatrie projecten binnen. De Inspectie Gezondheidszorg, die vanuit het project regelmatig geïnformeerd is over de voortgang, heeft aangegeven dat de werkgroep prestatie-indicatoren delier zich zal inzetten om de vastgestelde kwaliteitscriteria vanuit cliëntperspectief een plek in de standaard voor professionals te geven. Ook zijn er de publicaties in diverse professionele vakbladen, die met ondersteuning van de leden van de klankbordgroep worden voorbereid.

Er is een netwerk ontstaan waar mensen elkaar informeren en vragen samen te werken. Dit alles heeft geleid tot het besef dat het hiermee niet mag eindigen. De betrokkenheid van beroepsgroepen, de gezamenlijke ambitie ook op andere geriatrische terreinen het patiëntenperspectief een plek te geven en het besef dat we nog werk moeten verzetten om de criteria vanuit patiënten-perspectief daadwerkelijk geïmplementeerd te krijgen, hebben er toe geleid dat er een voorstel voor een vervolgonderzoek is ingediend.

Bijlagen

Bijlage 1: Geraadpleegde literatuur, geïnterviewde personen en leden klankbordgroep

Bronnen

- Gemert, L. van en Schuurmans, M. J. Opsporing verzocht: het delirium. Nursing, mei 2003.
- Blanken G. van en Robben P.R.M. Delirium van niet herkend. Medisch Contact oktober 2005
- Brouwer, W, e.a. Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten. Nivel, 2006.
- Gelderen T. van Klinisch pad Delier. Best Practice in het kader van opleiding Master in Advanced Nursing Utrecht 2003
- IGZ. De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend. Den Haag 2005
- Jonghe, de J.F.M en Kalisvaart, C.J. Delier-o-meter. Medisch centrum Alkmaar, 2004.
- Klijn, I. In gesprek over delier. Patiëntenfolder van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie. 2004.
- Kwaliteitskader verantwoorde Zorg Verpleging verzorging en Zorg Thuis (inclusief bijlage indicatorenset verantwoorde zorg). Stuurgroep verantwoorde zorg, 2007.
- Leentjes, A.F.G. Zorg in verwardheid: een prestatie-indicator voor delier in het algemeen ziekenhuis Tijdschrift voor Psychiatrie 49 2007
- Mast, R.C. van der e.a. Pocketversie richtlijn delirium. NVP/CBO, juli 2004.
- Munster, B. van. De pathofysiologie van delier. Patiënt care (34) 11a, nov 2007: 33-36.
- NHG. Standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen'. Mei 2007.
- NPCF. Ons ziekenhuis? Patiëntgericht! Informatie voor iedereen die zich bezighoudt met de kwaliteit van ziekenhuiszorg. Brochure, 2007.
- NPCF. Algemene kwaliteitscriteria – de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Brochure, 2006.
- NWA. Een begrippenkader voor kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief voor de beroepsgroep verpleeghuisartsen. Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, 2002. Ouderengeneeskunde. Gezondheid dossier Plus magazine, februari 2008.
- Patiënt Care nummer 11a, volume 34, november 2007 Themanummer geriatrie.
- Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basiswa. November 2006.
- Rooij, S.E. de. Geriatrische patiënten en acute opname. Patient care (34) 11a, nov 2007: 10-12.

Roos, S.E. de.e.a. Comorbiditeit bij acuut opgenomen oudere patiënten als risicofactor voor sterfte in het ziekenhuis of binnen 3 maanden na ontslag. Nederlands Tijdschrift voor Geriatrie 2007

RPCP Rijnmond. Patiëntgerichte ziekenhuiszorg. Prestatie-indicatoren vanuit het perspectief van de patiënt. 2004.

Schuermans, M.J. en Duijnste, M.S.H.. L.S.7 Ouder worden. Blijvend in balans – een dagelijkse zorg. Utrecht, 2003.

Schuermans, M.J. Delirium: indicator van falende ziekenhuiszorg voor ouderen. TVZ, nr.2, 2006: 20, 21.

Schuermans, M.J., Duursma, S.A., Shortridge-Baggett, L.M. Early recognition of delirium: review of the literature. Journal of clinical nursing 2001: 10: 721-729.

Schuermans, M.J. Delirium Observation Screening (DOS) schaal: handleiding. 2001.

Wagner. C en Bruijne, M. de Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Publiekssamenvatting EMGO/Nivel onderzoek 2007

Diverse websites van geriatrische (poli)klinieken, met betrekking tot klinische paden, protocollen, patiëntenfolders e.d. met betrekking tot delier.

Geïnterviewde personen

Mevr. E. de Lange	huisarts academische huisartspraktijk UMCG
Mevr. M. Boelens	verpleegkundig specialist geriatrie UMCG
Dhr. R. Peters	huisarts te Scheemda
Mevr. R. Haaksma	verpleegkundige Thuiszorg Groningen
Mevr. M. Varenhorst	verpleegkundige Thuiszorg Groningen
Dhr. R. Eggink	verpleeghuisarts Maartenshof Groningen
Dhr. M. Wubs	sociaal psychiatrisch verpleegkundige Team290
Mevr. Dr. F. Hazenkamp	sociaal geriater Team290
Prof. Dr. M.G.M Olde-Rikkert	Hoogleraar geriatrie UMCN
Mevr. Dr. M. Schuurmans	lector Hogeschool Utrecht
Mevr. Dr. S. de Rooij	klinisch geriater/internist AMC

Leden van de klankbordgroep

Mevr. J. Wilmer	namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
Mevr. G. Piek	namens de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen
Mevr. C. Knijnenburg	namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Dhr. H. Thiadens	namens de Landelijke Huisartsen Vereniging
Dhr. J. Coolen	namens Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 2: Vragenlijst Delphi 1

Geriatrische zorg vanuit patiëntperspectief.

Eerste ronde Delphi-panel: Inventarisatie knelpunten vanuit patiëntperspectief in de zorg aan ouderen met delier.

Op sommige plaatsen staat aangegeven voor welke beroepsgroep/zorginstelling het knelpunt relevant is. Daarbij zijn de volgende afkortingen gehanteerd:

HA = huisarts

TZ = thuiszorgmedewerker

ZKH = ziekenhuis

VPH = verpleeghuis

VZH = verzorgingshuis

Daar waar niets vermeld staat geldt het knelpunt in de gehele keten.

Herkenning – signalering: “Er is iets niet pluis”

- Delier wordt niet of niet tijdig herkend;
- Delier wordt niet als zodanig herkend: ‘in de war’ ‘lastig gedrag’ ‘dement’ door verpleging;
- Kennistekort op gebied van cognitieve functies van ouderen (HA TZ ZKH);
- Kennistekort op niveau verpleegkundigen mbt delier (TZ ZKH VPH);
- Kennistekort op verzorgenden niveau mbt signaleren in het algemeen en mbt tot signalering delier in het bijzonder (TZ VZH);
- Te weinig kennis om de 3’D’s (dementie, depressie en delier) van elkaar te onderscheiden;
- Gebrek aan continuïteit in verplegenden en verzorgenden, veel wisselingen maakt signalering moeilijk (TZ ZKH);
- Contactfrequentie SPV’er (GGZ) is te laag: casemanager ziet cliënt meestal eens per maand. Bij tussentijds probleem: komt signaal bij casemanager terecht?
- Gebrek aan duidelijke richtlijnen tbv observatie door verzorgenden/verplegenden;
- Afdelingen zijn niet ingesteld op comorbiditeit (ZKH);
- Onvoldoende training van ‘orgaanspecialisten’ in delier (ZKH).

Diagnostiek – vaststellen delier en onderliggend lijden: “Wat is er écht aan de hand”

- Diagnostiseren: soms wordt een diagnose niet gesteld: niet opgenomen in dossier en niet besproken met patiënt/familie (HA) (bijv. dementie, ‘er is toch niet aan te doen’);
- Gebrek aan mogelijkheden voor diagnostisch onderzoek in de thuissituatie – door verplaatsing naar poli of ziekenhuis treedt vaak verergering van verwardheid op;
- Het is niet standaard dat bij acute verwardheid bij patiënten (met een kwetsbaar brein) bloed en urine onderzoek wordt gedaan;
- Wachttijden voor onderzoeken;
- Onvoldoende kritische analyse van polyfarmacie;

- 24-uurs observatie in de thuissituatie niet mogelijk;
- Verzorgenden zijn te zeer gericht op het zorgprobleem (het zorgen) en te weinig op het gezondheidsprobleem (bv. Vocht tekort of infectie worden niet herkend (TZ VZH));
- Te weinig multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar (ZKH);
- Onvoldoende implementatie van multidisciplinaire richtlijnen(ZKH);
- Geen goede overdracht bij opname van de risicofactoren van een oudere voor een delier (single assessment), bijv. dementie, polyfarmacie (HA->ZKH);
- Onvolledige heteroanamnese – belang van verhaal familie om gedrag te kunnen inschatten;
- Bij nieuwe opnames wordt geen rekening gehouden met eerdere delirante episodes, bijv. in aanpassen narcose, medicatie, emotionele voorbereiding patiënten en familie;
- Ontbreken specialisme geriatrie in sommige ziekenhuizen;
- Patiënt en familie worden niet op de hoogte gesteld van diagnose delier.

Behandeling en begeleiding: “hoe pakken we het aan?”

- Te weinig mogelijkheden tot acute opname in ziekenhuis of verpleeghuis;
- Geen delierroom: passende intensieve zorg met bv. Videobewaking (ZKH VPH);
- Vooral op vrijdag is het heel moeilijk om iemand in het verpleeghuis geplaatst te krijgen. Zeker als laboratorium onderzoeken nog niet gedaan zijn en de diagnose nog niet duidelijk is. Dit heeft te maken met het feit dat verpleeghuizen hun personeelsinzet voor het weekend op vrijdag niet meer kunnen bijstellen;
- Nachtzorg: Thuiszorg komt 1 tot 2 keer kijken of iemand wel in bed ligt. Nemen geen tijd en angst wordt vaak verergerd door deze “flits- controles”;
- Gebrek aan continuïteit in verzorgenden – veel wisselingen maakt goede overdracht behandeling bejegening/beleid moeilijk;
- Overbelasting van de mantelzorger hoort niet tot de structurele observatie;
- Delier in thuissituatie is zeer ontwrichtend: zorgsituatie meteen op tilt;
- Terminale Thuiszorg: voorschrijven van delier bevorderende medicatie als morfine of laxemiddelen;
- In terminale zorgsituaties: patiënt en familie er op voorbereiden dat kans op delier groot is – dit gebeurt te weinig;
- Structureel aandacht geven aan mantelzorgers/familie gebeurt vaak niet. In gesprek (verpleeghuis arts – familie gaat het vaak over de veroorzaker van het delier, wat daar aan gedaan wordt, hoe het voorkomen kan worden. Meer aandacht voor omgaan met delier zelf is nodig;
- Onvoldoende informatie aan patiënt en familie;
- Partner/mantelzorger krijgt geen begeleiding, geen informatie;
- Te hoge doseringen medicatie;
- Te veel gebruik van vrijheidsbeperkende middelen (fixatie);
- Gebrek aan goede verpleegkundige zorg specifiek voor delirante ouderen: rust in de verzorging, vaste medewerker per dienst, tijd voor aandacht, inschatten prikkelbehoefte, kunnen ‘luisteren’ naar patiënt (ivm met nare ervaringen hallucinaties);
- Zorgverleners zijn niet alert op het feit dat patiënten zich mogelijk schamen voor wat ze hebben ervaren (“Boze droom, hallucinaties, slaan, schelden”) en daar niet over durven te praten met anderen;

- Geen afstemming van professionals in de keten op elkaar mbt waar delirante patiënten het best kunnen worden opgenomen;
- Geen afstemming van professionals in de keten op elkaar: afspraak dat delirante patiënten niet met ontslag kunnen.

Overdracht: “Aandacht voor het vervolg”

- Onvoldoende continuïteit in de waarneming (HA);
- Gebrek aan continuïteit;
- Gebrek aan continuïteit in verzorgenden – veel wisselingen maakt goede overdracht behandeling bejegening/beleid moeilijk;
- De rapportage door TZ medewerkers is te summier, vaak alleen in codes (E15 in bad gedaan);
- Bij ontslag vanuit verpleeghuis naar huis vaak geen/gebreekte overdracht naar huisarts, zeker mbt delirante episode; wordt vaak niet in ontslagbrief gemeld;
- Bij ontslag naar huis gebreekte overdracht naar thuiszorg: ook daar vormt delirante episode geen punt van aandacht;
- Gebreekte overdracht huisarts – thuiszorg door gebrek aan continuïteit bij thuiszorg;
- Partner/mantelzorger krijgt geen begeleiding, geen informatie;
- Geen goede overdracht bij ontslag uit het ziekenhuis naar de huisarts m.b.t. delirante episode;
- Geen goede overdracht bij ontslag naar huisarts m.b.t. medicatie: soms wordt in het ziekenhuis bepaalde behandeling gestart, onduidelijk of medicatie thuis moet worden voortgezet of niet;
- Overdrachtsproblemen apotheek – huisarts na ziekenhuisopname: bijvoorbeeld bij het opnieuw instellen van insuline in ziekenhuis wordt dat niet overgedragen aan huisarts;
- Geen goede overdracht transferverpleegkundige – huisarts: terwijl er wel thuiszorg etc. wordt geregeld wordt huisarts niet geïnformeerd over ontslagdatum.

Nazorg: “Afronden van de episode met patiënt en familie”

- Gebreekte nazorg aan patiënt en familie: ingrijpende levensgebeurtenis die zelfvertrouwen van patiënt ondermijnt;
- Onvoldoende nazorg: samen met patiënt en familie aandacht besteden aan verwerking van doorstane ervaring, die voor patiënt en familie vaak heel angstig geweest;
- Partner/mantelzorger krijgt geen begeleiding, geen informatie.

Preventie: “Wat kan er worden gedaan om de kans op een (volgend) delier te verminderen”

- Gebreekte preoperatieve voorbereiding: patiënt en familie worden er niet op voorbereid dat er kans is op het optreden van een delier;
- In terminale zorgsituaties: patiënt en familie er op voorbereiden dat kans op delier groot is;
- Geringe alertheid op risicofactoren van het delier bij ouderen;
- Bij nieuwe opnames wordt geen rekening gehouden met eerdere delirante episodes, bijv. in aanpassen narcose, medicatie, emotionele voorbereiding patiënten en familie (ZKH);
- Geen goede overdracht bij opname van de risicofactoren van een oudere voor een delier (single assessment), bijv. dementie, polyfarmacie;
- Verzorgenden teveel gericht op zorgproblemen, te weinig op gezondheidsproblemen;

- Afdelingen zijn niet ingesteld op comorbiditeit.
- Algemeen: "Bewust zijn van beeldvorming rond delier"
- Associatie met drankgebruik bij leken;
- Geen eenduidigheid in terminologie bij benoemen delier;
- Onbekendheid delier bij het grote publiek.

Bijlage 3: Verantwoording vaststelling kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief

De kwaliteitscriteria zoals beschreven in hoofdstuk drie vormen de weerslag van het traject dat we in dit onderzoek hebben gevolgd. Vooral de tweede Delphi-ronde is sturend geweest voor de uiteindelijke formulering van de kwaliteitscriteria. In de tweede Delphi-ronde is aan de hand van een beschrijving van het ziekteproces dat een delirante patiënt en diens vertegenwoordiger doormaken, af te leiden tot welke kwaliteitscriteria is gekomen. Als verantwoording van de uiteindelijke kwaliteitscriteria wordt hier de hoofdlijn van de tweede Delphi-ronde weergegeven.

Herkenning, signalering

Thuisituatie

In de thuisituatie zal in veel gevallen de patiënt zelf maar vooral diens naaste (partner, kind) merken 'dat er iets anders is dan anders'. In sommige gevallen zal het een medewerker van een thuiszorgorganisatie zijn die vaststelt 'dat er iets niet pluis' is. In alle gevallen is het belangrijk dat dit signaal zo snel mogelijk terecht komt bij de huisarts. Vervolgens is het belangrijk dat de huisarts dit signaal serieus neemt en direct actie onderneemt.

Kwaliteitscriteria

- De huisarts neemt elk signaal (van familie, burens, thuiszorg, Riagg, GGZ) dat 'er iets niet pluis is' bij een oudere cliënt serieus en start nog dezelfde dag het diagnostisch onderzoek.
- Thuiszorgmedewerkers moeten bij ouderen alert zijn op veranderingen in het functioneren bij de cliënt. Dit vereist deskundigheid op het gebied van signalering.
- De thuiszorgorganisatie moet zodanig georganiseerd zijn dat signalen bij de cliënt thuis zo snel mogelijk op de juiste plek terecht komen (bij de huisarts).

Ziekenhuis (verpleeghuis)

We onderscheiden hierbij twee situaties. In de eerste plaats patiënten met een manifest delier bij een acute opname. Voor patiënt en naaste is het belangrijk dat dit zo snel mogelijk gesignaleerd wordt, zodat een diagnose gesteld kan worden en een behandeling kan worden gestart. In feite zou bij elke opname van een oudere patiënt vastgesteld moeten worden of er sprake is van een delier (screening bij opname van (kwetsbare) ouderen).

In de tweede plaats gaat het om situaties waarin een oudere gedurende een opname, bijvoorbeeld na een operatie, een delier ontwikkelt.

Ook hier is het belangrijk dat zo snel mogelijk wordt vastgesteld dat er iets niet pluis is. De naaste van de patiënt en/of de patiënt zal dit vaak als eerste merken. Verpleegkundigen zullen dit alleen opmerken als ze een redelijk beeld hebben van het normale functioneren van de patiënt. Dat beeld zullen verpleegkundigen alleen hebben als ze dezelfde patiënten geregeld verzorgen en beschikken over geriatrische deskundigheid. Daarnaast is het belangrijk dat ze gebruik maken van de informatie van de naaste over het normale en niet-normale functioneren van de patiënt. Het is belangrijk dat het signaal dat er iets niet pluis is serieus genomen wordt door degene die het signaal krijgt.

Signalering en vervolgens adequaat vervolg geven aan dat signaal vergt specifieke deskundigheid. Optimale zorgverlening vanuit cliëntperspectief veronderstelt de aanwezigheid van die deskundigheid op alle niveaus.

Kwaliteitscriteria signalering:

- Bij acute opname van een oudere vindt screening plaats op de aanwezigheid van een delier.
- Signalering bij het ontwikkelen van een delier gedurende een opname:
- Signalen van de naaste dat er iets aan de hand is met de patiënt (in de war, anders dan anders, niet in orde) moeten serieus worden genomen: screenen op de aanwezigheid van een delier.
- Verpleegkundigen moeten alert zijn op veranderingen in het functioneren van de patiënt en signalen van de naaste: bij signalering van een verandering in het gedrag van de patiënt screenen op de aanwezigheid van een delier.

Diagnostiek: vaststellen delier en onderliggend lijden

De fase dat voor de patiënt en de naaste duidelijk is dat er iets aan de hand is, maar nog niet duidelijk is wat er aan de hand is, is voor hen zeer onzeker. Voor beiden kan het zeer beangstigend zijn. Mensen met een delier hebben zelf meestal niet door dat ze verward zijn, maar hun omgeving des te meer. Voor de naaste is de verwardheid meestal een grote schok. Men is soms bang dat de verwarde persoon voorgoed zijn verstand heeft verloren. Het is heel belangrijk dat de professionals zich hiervan bewust zijn.

Het is daarom belangrijk dat de diagnose zo snel mogelijk vastgesteld wordt en dat deze wordt gedeeld met de patiënt en de naaste. Daarbij dient rekening gehouden te worden met die onzekerheid en angst voor de toekomst; ook dient rekening gehouden te worden met de associatie die de term delier heeft bij het grote publiek (associaties met alcoholverslaving). Als de patiënt nog niet eerder een delier heeft doorgemaakt moet er rekening mee worden gehouden dat de patiënt en de naaste zelf nooit over deze diagnose zullen hebben nagedacht. Er moet uitdrukkelijk gewezen worden op het onderliggend lijden en

het in principe voorbijgaande karakter van het delier. Indien mogelijk moet de naaste en de patiënt een beeld geschetst worden van het meest waarschijnlijke verloop van het delier. De informatieverstrekking aan de patiënt moet zijn afgestemd op diens niveau. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat delirante patiënten vergeetachtig zijn: informatie beklijft niet en moet keer op keer herhaald worden. De patiënt en de naaste moeten op elk moment dat zij daar behoefte aan hebben informatie kunnen krijgen over de ziekte en het verloop ervan. Het is belangrijk dat de naaste wordt geadviseerd ten aanzien van houding en omgang met de patiënt. Doel van de informatieverstrekking aan de patiënt en de naaste is geruststelling, kennisbevordering en advies. Vaak zullen meerdere disciplines betrokken zijn bij diagnostisch onderzoek. Voor de patiënt en de naaste is het belangrijk dat er één aanspreekpunt is. Bij de diagnosestelling vormt de heteroanamnese een belangrijk onderdeel. De naaste kan belangrijke informatie geven met betrekking tot het normale functioneren van de patiënt.

Het proces van diagnosestelling vindt plaats op een manier die zo weinig mogelijk belastend is voor de patiënt. Dat wil zeggen in korte tijd, zoveel mogelijk op dezelfde plek en voorkomen van dubbelingen. Dit vereist een optimale afstemming en uitwisseling tussen de betrokken disciplines.

Bij thuiswonende ouderen heeft het de voorkeur dat het diagnostisch onderzoek kan plaatsvinden in de vertrouwde omgeving. Verplaatsing naar poli of ziekenhuis kan leiden tot verergering van de verwardheid. Mocht het diagnostisch onderzoek thuis niet mogelijk zijn dan is het van belang dat zo snel opname en diagnostiek plaatsvindt, klinisch danwel poliklinisch.

Kwaliteitscriteria diagnostiek:

- De diagnose wordt zo snel mogelijk vastgesteld.
- De naaste kan zoveel mogelijk aanwezig zijn bij het vereiste diagnostisch onderzoek (ter geruststelling van de patiënt), en wordt actief gestimuleerd daarbij aanwezig te zijn.
- Belangrijk onderdeel van het diagnostisch onderzoek is de heteroanamnese: het verhaal van de naaste vormt een onmisbaar onderdeel in de diagnosestelling.
- Zodra de diagnose is vastgesteld wordt deze gedeeld met de patiënt en de naaste. Patiënt en naaste hebben in deze fase recht op informatie, afgestemd op het begripsniveau van de patiënt en de naaste
- De inhoud van de diagnose.
- De voorgestelde behandeling.
- Het waarschijnlijke verloop van het ziekteproces.
- Er wordt, samen met de naaste, bekeken hoe om te gaan met de patiënt, en de rol die de naaste daarin wil, kan en mag spelen.
- Er is één aanspreekpunt bij wie men vragen terecht kan.

Thuisituatie

- Indien mogelijk wordt de diagnosestelling thuis uitgevoerd. Dit vereist voldoende mogelijkheden voor diagnostisch onderzoek in de thuisituatie door de huisarts.
- Als het niet mogelijk is het diagnostisch onderzoek thuis uit te voeren kan de patiënt meteen worden opgenomen in een ziekenhuis of terecht op een polikliniek geriatrie. Daar wordt vervolgens meteen gestart met het diagnostisch onderzoek.

Ziekenhuis (poli/verpleeghuis)

- Het diagnostisch onderzoek wordt zodanig georganiseerd dat het zo min mogelijk belastend is voor de patiënt en de naaste. Dit vereist afstemming, uitwisseling en coördinatie tussen alle betrokken professionals.

Behandeling en begeleiding

Omdat de patiënt zich in een onzekere, verwarde toestand bevindt is het voor hem of haar belangrijk dat er zoveel mogelijk vaste, vertrouwde punten in zijn of haar omgeving zijn. Vanuit dat oogpunt zou de naaste niet als bezoeker maar als belangrijk aanspreekpunt in de behandeling moeten worden gezien. De naaste zou op elk moment bij de patiënt aanwezig moeten kunnen zijn: dus ook buiten de bezoeken om, en met de mogelijkheid om 's nachts bij de patiënt op de kamer te slapen (rooming-in). Er zouden zo weinig mogelijk verschillende verpleegkundigen betrokken moeten zijn bij de verzorging en begeleiding. Die verpleegkundige zorg vereist specifieke deskundigheid met betrekking tot delirante ouderen. De begeleiding zou zich niet alleen op de patiënt maar ook op de naaste moeten richten. Dat betreft dan enerzijds informatie en advisering met betrekking tot de behandeling en de omgang met

de patiënt. Maar er moet ook aandacht zijn voor de verwerking van de situatie door de naaste.

De verzorging en verpleging van delirante patiënten vereist specifieke geriatrische deskundigheid op alle niveaus.

Naast vertrouwde punten is het vertrouwde levensritme belangrijk voor de delirante patiënt. De naaste vormt daarbij een onmisbare bron van informatie en advies. Deze weet immers of de patiënt houdt van rust of drukte, een sociaal mens is of juist meer teruggetrokken leeft. Getracht moet worden de ambiance van de verzorging zoveel mogelijk af te stemmen op het normale levensritme van de patiënt.

Ook tijdens de behandeling zullen vaak meerdere disciplines betrokken zijn, er is immers bij de groep kwetsbare ouderen sprake van multiple pathologie en comorbiditeit. Maar ook tijdens het verblijf is het voor de naaste (en later ook de patiënt) belangrijk dat er één aanspreekpunt is in de behandeling (de behandelcoördinator). Dit veronderstelt dus coördinatie van de behandeling.

Bij de behandeling van delirante patiënten in de thuissituatie is het belangrijk dat de huisarts (als spil in de behandeling) voortdurend 'een vinger aan de pols' houdt en dus steeds op de hoogte is van de actuele situatie. De naaste is daarbij een belangrijke schakel. Even belangrijk is een goede overdracht aan waarnemende huisartsen tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. Ook dan moeten naasten met hun vragen ergens terecht kunnen. Het is belangrijk dat de huisarts tijdig inschat of verwijzing naar GGz van belang is, bijvoorbeeld ter ondersteuning van de naaste. Wanneer GGz al betrokken is, is adequate overdracht van belang. Ditzelfde geldt ten aanzien van betrokken thuiszorgmedewerkers. Voor de naaste is het belangrijk dat alle betrokkenen dezelfde kennis hebben en eenzelfde lijn aanhouden in advisering met betrekking tot het omgaan met de patiënt. Ook in de thuissituatie is dus afstemming, uitwisseling en coördinatie tussen alle betrokkenen van belang.

Kwaliteitscriteria behandeling en begeleiding

Ziekenhuis (verpleeghuis)

- De naaste kan de hele dag bij de patiënt blijven (open bezoek).
- De naaste kan bij de patiënt overnachten (rooming-in).
- De naaste kan zoveel mogelijk aanwezig zijn bij behandelingen en/of onderzoeken tijdens de opname.
- Delirante patiënten worden verpleegd door geriatrisch geschoolde verpleegkundigen.
- Delirante patiënten verblijven in een voor hen passende ambiance (balans in prikkels/ dagstructuur). Samen met de naaste wordt bepaald wat voor de patiënt een passende ambiance is.
- Naasten kunnen op elk moment met hun vragen stellen. Daarvoor is het belangrijk dat er voor de naaste (en de patiënt) een aanspreekpunt in de behandeling is. Dit vereist coördinatie van de behandeling.
- De patiënt en de naaste hebben recht op informatie. De informatie dient te worden aangepast aan het niveau van de patiënt, op elk moment van de behandeling. Het gaat om een continu proces vanaf opname tot ontslag:
- Informatie aan de patiënt is gebaseerd op het niveau van de patiënt op dat moment, en wordt in principe altijd gegeven in aanwezigheid van de naaste.
- Informatie aan de naaste is helder en begrijpelijk, houdt rekening met de gemoedstoestand van de naaste op dat moment, stimuleert het stellen van vragen.
- De hulpverlener gaat na of de informatie op de juiste wijze is aangekomen bij de cliënt en diens naaste.

- Het contact met de naaste is niet uitsluitend passief informerend, maar juist actief, stimulerend. Gerichtte advisering met betrekking tot de omgang met de patiënt in de delirante periode is belangrijk. Daarnaast moet er aandacht aan zijn voor de behoefte aan steun bij de verwerking van de situatie door de naaste. Men staat open voor suggesties en ideeën van de naaste, en wordt deze actief betrokken in beslissingen in de behandeling.
- Als het nodig is om dwangmiddelen toe te passen: eerst de naaste hierover consulteren, informeren en om toestemming vragen.

Thuisituatie

- Recht op informatie: zie bij ziekenhuis.
- Goede overdracht tijdens avond- en weekenddiensten door en aan de huisarts: steeds actuele informatie.
- Als thuiszorg is betrokken: liefst zo weinig mogelijk verschillende betrokken medewerkers; goede, zorgvuldige overdracht.
- Afstemming, uitwisseling en coördinatie tussen alle betrokkenen, zodat er eenduidige informatie en adviezen worden gegeven aan de naaste.
- Actief monitoren van de belastbaarheid van de mantelzorg en van de houdbaarheid van de situatie thuis. Is de situatie niet meer houdbaar, dan zo snel mogelijk een andere oplossing zoeken (extra zorg thuis, tijdelijke opname, respijtzorg).

Nazorg: overdracht

Een risicofactor voor het ontstaan van een delier is het al eens eerder doorgemaakt hebben van een delirante episode. Voor het vroegsignaleren van een delier is het belangrijk alle risicofactoren in beeld te brengen. Bij elk signaal 'er is iets niet pluis' bij een oudere zou elke (huis)arts in zijn dossier moeten kunnen zien of er eerder sprake is geweest van een delirante episode. Dat betekent dat bij elk ontslag van ouderen naar huis, verpleeghuis, revalidatie-instelling of andere gezondheidszorginstelling aangegeven wordt of er wel/niet sprake is geweest van een delier. Ook is het belangrijk dat eventueel betrokken thuiszorgmedewerkers worden geïnformeerd over de delirante episode. Zij kunnen een belangrijke taak hebben bij de verwerking van de episode, en blijven alert op eventuele nieuwe signalen.

Na ontslag vormt de huisarts een belangrijke schakel in de verwerking van het geheel door de patiënt en de naaste. De huisarts treedt proactief op door zo snel mogelijk na thuiskomst de patiënt te bezoeken en het verloop van de opname te bespreken.

Kwaliteitscriteria overdracht:

- Bij ontslag uit het ziekenhuis of verpleeghuis wordt een ontslagbrief aan de huisarts gestuurd. Hierin wordt expliciet vermeld dat een delirante episode heeft plaatsgevonden; indien thuiszorg is betrokken wordt ook deze geïnformeerd over de delirante episode.
- De transferverpleegkundige vermeldt in de overdracht naar thuiszorginstelling en huisarts dat een delirante episode heeft plaatsgevonden.
- De huisarts gaat binnen 48 uur na ontslag op huisbezoek bij de patiënt om het verloop van de opname te bespreken. Daarbij komt de delirante episode uitdrukkelijk aan de orde: informatief, steunend en zo nodig adviserend.

Nazorg: evaluatie

Voor de patiënt en de naaste is een delirante episode een traumatische ervaring, een ingrijpende levensgebeurtenis (life-event). Wanneer het delier verbleekt is, is het belangrijk dat professionals aandacht geven aan het verwerken van die episode met de patiënt en diens naaste. Zij moeten zich ervan bewust zijn dat het voor de patiënt een zeer nare ervaring geweest kan zijn, waarbij schaamte, angst voor herhaling en ondermijnd zelfvertrouwen een rol spelen. Het is zaak, nu het niveau van de patiënt weer op hoger niveau is, aandacht te besteden aan alle facetten van het delier: oorzaak, behandeling en ervaringen. Het is goed daarbij voorbeelden te gebruiken van nare ervaringen van andere patiënten, zodat de patiënt zal herkennen dat ze niet de enige is die zoiets heeft meemaakt. Indien aanwezig is het goed te wijzen op de mogelijkheid van lotgenotencontact.

Patiënten en naasten hebben vaak behoefte aan een evaluatie van de behandeling. In sommige gevallen is volledige genezing van het delier niet mogelijk en blijven restverschijnselen aanwezig. Het is belangrijk dit samen te bespreken om zo te komen tot acceptatie.

Hulpverleners zijn verantwoordelijk voor een zorgvuldige afronding van de behandeling. Het is belangrijk dat zij samen met de patiënt afspraken maken over het afronden van de zorg en over de eventuele nazorg. Dat houdt in dat patiënt en de naaste goede informatie krijgen over deze stappen. Toch zullen sommige patiënten en naasten enige tijd na de opname, als een en ander enigszins 'bezonken' is nog met vragen zitten. Het is belangrijk dat zij daarmee terecht kunnen bij degene die hun aanspreekpunt in de behandeling was.

Kwaliteitscriteria evaluatie:

- Voor ontslag uit een instelling vindt een evaluatiegesprek plaats tussen de behandelcoördinator en de patiënt en de naaste. Hierin wordt het verloop van het proces besproken en wordt uitdrukkelijk stilgestaan bij hoe de patiënt en de naaste de episode hebben beleefd. Indien nodig worden afspraken gemaakt voor nazorg. In de thuissituatie doet de huisarts dit op het moment dat het delier verbleekt is.
- De behandelcoördinator zorgt voor de zorgvuldige overdracht naar de huisarts en eventuele anderen die betrokken zijn bij de nazorg.
- Na het ontslag kunnen patiënten en naaste terecht bij de behandelcoördinator met vragen over de doorgemaakte episode.

Preventie

Ziekenhuis (verpleeghuis)

Een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van een delier is het al eens eerder hebben doorgemaakt van een delirante periode. Bij elke opname van een oudere patiënt zou standaard nagevraagd moeten worden of al eerder een delier is opgetreden.

Post operatief delier

Op grond van de bekende risicofactoren van het delier zou bij de voorbereiding van oudere patiënten op een ingreep, structureel aandacht moeten worden besteed aan de mogelijkheid op het ontstaan van een delier. Zowel de patiënt als de naaste zouden vooraf gewezen moeten worden op de mogelijkheid, als een mogelijke complicatie van de ingreep. Wanneer dan na de ingreep daadwerkelijk een delier optreedt zullen de patiënt (na het verbleken van het delier) en de naaste beter met de situatie kunnen omgaan en minder problemen ervaren met de verwerking. Bijkomend voordeel is dat de betrokken professionals alerter worden op het ontstaan van een delier in voorkomende gevallen (algehele verhoging van alertheid/signalering; professioneel perspectief).

Kwaliteitscriteria preventie:

- Bij verwijzing naar het ziekenhuis geeft de (verpleeg)huisarts aan of de patiënt eerder een delier heeft doorgemaakt.
- Bij elke ziekenhuis- of verpleeghuisopname van oudere patiënten wordt tijdens de intake nagevraagd of de patiënt eerder een delirante episode heeft meegemaakt.
- In de preoperatieve voorbereiding van (kwetsbare) oudere patiënten wordt standaard aandacht besteed aan het optreden van een delier als mogelijke complicatie van de ingreep/behandeling/onderzoek waarvoor men is opgenomen.

Algemene randvoorwaarden

Bij het grote publiek roept de term delier nog steeds associaties op met overmatig drankgebruik. Maar ook binnen de 'gezondheidszorgbranche' is er veel onwetendheid rond het delier. Alleen de gebruikte terminologie al is weinig eenduidig: delier, delirium, acute verwardheid.

Aanbevelingen:

- Eenduidig gebruik van terminologie.
- Publieksvoorlichting over het delier: vergroten van de bekendheid van dit ziektebeeld.
- Deskundigheidsbevordering van verschillende beroepsgroepen in de medische- en zorgverleningsbranche, gericht op betere signalering, en daardoor adequatere herkenning en behandeling.

Tot slot: zorgverlening aan terminale patiënten

Bij patiënten in een terminaal stadium van een ziekte treedt relatief vaak een delier op. Dat geldt overigens niet uitsluitend voor ouderen, maar voor alle leeftijden. We hebben geen onderscheid gemaakt naar terminale zorgsituaties. Wij denken dat de hier genoemde kwaliteitscriteria in de verschillende fases van het ziekteproces evenzeer van toepassing zijn op terminale zorgsituaties, zowel thuis als in het ziekenhuis.

Het feit dat er in terminale ziektestadia een grote kans is op het optreden van een delier vereist dat de patiënt en de naaste hierover geïnformeerd worden en de begeleiding krijgen volgens de hier genoemde kwaliteitscriteria.

Meer informatie

Wilt u meer informatie over het onderzoek of extra exemplaren bestellen?

Neemt u dan contact op met de PCOB telefoon (038) 422 55 88 of stuur een e-mail naar info@pcob.nl.



Blijmarkt 12
8011 NE Zwolle
telefoon: (038) 422 55 88
e-mail info@pcob.nl
www.pcob.nl



ANBO voor 50-plussers
Koningin Wilhelminalaan 3,
3527 LA Utrecht
telefoon: (030) 233 00 60
e-mail: info@anbo.nl
www.anbo.nl



CSO
cso@ouderenorganisaties.nl
www.ouderenorganisaties.nl



Unie KBO
Julianaplein 2
5211 BC 's-Hertogenbosch
telefoon: (073) 612 34 75
e-mail: info@uniekbo.nl
www.uniekbo.nl



ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV
L.J. Zielstraweg 1
9713 GX Groningen
telefoon: (050) 3637464
www.argo-rug.nl

Dit is een gezamenlijke uitgave van de PCOB, ANBO en Unie KBO, CSO en onderzoeksbureau ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV en is mede mogelijk gemaakt door subsidie van het Fonds PGO in het kader van het programma Zekere Zorg.

Uitgave ouderenorganisaties oktober 2008

www.pcob.nl, www.anbo.nl, www.uniekbo.nl, www.ouderenorganisaties.nl, www.argo-rug.nl