

Zorg in verwardheid: een prestatie- indicator voor delier in het algemeen ziekenhuis

A.F.G. LEENTJENS

Voor een groot aantal medische specialismen zijn in de afgelopen jaren prestatie-indicatoren opgesteld rondom bepaalde ingrepen of aandoeningen (<http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/Indicatoren/Basisset—Prestatie-indicatoren—2003.pdf>). De ziekenhuispsychiatrie is tot nu toe niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van dergelijke prestatie-indicatoren.

Om deze lacune op te vullen heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2004 een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar de risico's en kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie. Er werd geconstateerd dat er een grote variatie in de functie ziekenhuispsychiatrie is – ook in de consultatieve psychiatrie – en dat er grote verschillen waren in de relatie met de regionale ggz-voorzieningen. De kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrische zorg varieerde daardoor ook sterk, waardoor het vooralsnog niet mogelijk was om met eenduidige prestatie-indicatoren te komen. Daarenboven was het aanbod voor patiënten en verwijzers niet transparant (Robben & Tietema 2005). De Inspectie concludeerde dat er behoefte was aan meer transparantie en kwaliteit. Naar aanleiding van deze algemene conclusies richtte de Inspectie een vervolgonderzoek naar de kwaliteit van het beleid in algemene ziekenhuizen bij patiënten met een delirium. Het delirium is de meest prevalentie ziekenhuispsychiatrische stoornis. Het treedt bij tien tot meer dan veertig procent van alle opnames op en heeft voor patiënten ernstige negatieve prognostische implicaties. Er werd geconstateerd dat het delirium onvoldoende wordt herkend en behandeld. De exacte omvang van de onderdiagnostiek en behandeling is evenwel niet bekend omdat geen registratie van het delier als complicatie plaatsvindt. In het algemeen wordt de ernst van het probleem echter onderschat, zowel door behandelaars als door het ziekenhuismanagement. Beleid hangt meestal af van individuen, maar op instellingsniveau is er doorgaans geen beleidsplan op dit gebied. De conclusies van het onderzoek werden eind 2005 aangeboden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Van Blanken & Robben 2005; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2005). Het rapport leidde tot kamervragen (<http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2006/antwoorden-op-kamervragen-van-arib-en-verbeet-over-het-verschijnsel-delirium-bij-ouderen.asp>).

De Inspectie heeft op basis van haar onderzoek een aantal aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van zorg voor delirante patiënten in het ziekenhuis te verbeteren. Zo pleit zij voor de opzet van een verplicht registratiesysteem voor delier, zoals dat in het kader van reeds ontwikkelde prestatie-indicatoren ook geldt voor bijvoorbeeld decubitus en postoperatieve wondinfectie. Daarnaast wil zij het ziekenhuis verplichten om een beleidsplan voor delier te hebben, en pleit zij voor betere implementatie van de Richtlijn delirium van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Van der Mast e.a. 2004). De

Inspectie kondigde aan dat zij door middel van actief toezicht zal toezien op de verbetering van zorg voor patiënten met een delier, en de mogelijkheid bestudeert om ook een prestatie-indicator voor delirium te ontwikkelen die aan ziekenhuizen kan worden opgelegd (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2005). De werkgroep die deze indicator zal ontwikkelen is begin februari van dit jaar voor het eerst bijeengekomen. Er lijkt inmiddels dus een onomkeerbaar proces op gang te zijn gekomen met als inzet een verbeterde zorg aan delirante patiënten. De verwachting is dat binnen afzienbare tijd ziekenhuizen geconfronteerd zullen worden met concrete prestatie-indicatoren op het terrein van delierregistratie, -preventie en -behandeling.

Het ontwikkelen van een prestatie-indicator op het terrein van het delier is toe te juichen. Niet alleen omdat het delier de meest voorkomende en tegelijkertijd meest verwaarloosde psychiatrische stoornis in het ziekenhuis is, maar ook omdat het opleggen van een prestatie-indicator door de Inspectie betekent dat er geen sprake meer is van vrijblijvendheid. Het probleem kan niet meer genegeerd worden en er zullen initiatieven genomen moeten worden om zorg te verbeteren. Dat biedt behalve een kans op beter georganiseerde integrale zorg voor patiënten met een delier ook de mogelijkheid om de ziekenhuispsychiatrie beter te positioneren in het ziekenhuis en de samenwerking met andere medisch specialisten te intensiveren en verbeteren. Het gaat immers bij een dergelijke prestatie-indicator niet primair om psychiatrische zorg voor psychiatrische patiënten, maar om integrale zorg voor internistische en chirurgische patiënten. Aangezien de somatisch specialist uiteindelijk zelf verantwoordelijk is voor de totale zorg voor zijn patiënt, is hij ook de eerste die op de indicator aangesproken zal worden; tegelijkertijd is voor een succesvolle uitwerking van het ziekenhuisbeleid de input van de psychiater noodzakelijk.

Feitelijk is de zinsnede 'indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie', zoals die door de Inspectie gehanteerd wordt, dan ook niet juist. In het geval van het delier gaat het om een prestatie-indicator voor 'somatische patiëntenzorg', waaraan de psychiater vanuit zijn kennis en ervaring een bijdrage levert. De somaticus zal het delier serieus moeten nemen en heeft baat bij goede samenwerking met de psychiater. Bij veel somatisch specialisten zal een mentaliteitsverandering moeten optreden en kan het delier niet afgedaan worden met de dooddoener dat het 'normaal is dat iemand na een operatie een bepaalde periode verward is' of dat een delier gezien wordt als vervelend gedrag of als iets dat spoedig ontslag in de weg staat. Het delier moet gezien gaan worden als een ziekte en een complicatie van onderliggend somatisch lijden of de behandeling daarvan, met belangrijke prognostische consequenties. De patiënt die aan een delier lijdt

LITERATUUR

- Blanken, G. van, & Robben, P.B.M. (2005). Delirium vaak niet herkend. *Medisch Contact*, 60, 1724-1727.
- Inouye, S.K., Schlesinger, M.J., & Lydon, T.J. (1999). Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *The American Journal of Medicine*, 106, 565-573.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2005). *De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend (Rapport)*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Mast, R.C. van der, Huysse, F.J., Drooglever Fortuijn, e.a. (2004). *Richtlijn delirium*. Amsterdam: Boom.
- Robben, P.B.M., & Tietema, W. (2005). Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. *Medisch Contact*, 60, 1071-1074.
- moet gezien gaan worden als iemand die recht heeft op optimale zorg in plaats van als iemand die de klinische routine op een vervelende manier verstoort. Niet voor niets werd het delier door Inouye gezien als bewijs voor het falen van de ziekenhuisgeneeskunde (let wel: niet ziekenhuispsychiatrie) (Inouye e.a. 1999). De wederzijdse afhankelijkheid van somaticus en psychiater met voldoende externe druk, zoals die door het opleggen van een prestatie-indicator door de Inspectie gecreëerd wordt, lijkt een ideale beginpositie voor verandering.