

ABC voor analyse van acute verwardheid bij ouderen

MGM OLDE RIKKERT, EH VAN DE LISDONK

Inleiding

Wanneer een normaal gesprek plotseling niet meer is te voeren omdat een oudere patiënt de aandacht niet bij het gesprek kan houden, onsamenhangend eigen gedachten uit en gedesoriënteerd is, maakt een partner of familie zich grote zorgen. De hulp van de huisarts wordt ingeroepen. Acute verwardheid is echter een lastig diagnostisch probleem.

Wat moeten we nu precies onder een delier verstaan? Is het belangrijk om de diagnose delier te stellen? Kun je niet volstaan met termen als 'acute verwardheid' of 'chaotisch gedrag'?

Verschillende onderzoeken geven aan dat, hoewel naar schatting 30% van de ouderen met een lichamelijke ziekte op enig moment delirant is,¹ het beeld zowel thuis als in het ziekenhuis in 35 tot 65 procent niet wordt onderkend.²⁻⁴ Een delier betekent ernstig psychisch lijden. Door vertraging in de diagnostiek wordt de patiënt een op delier gerichte behandeling onthouden en lijdt deze dus onnodig lang.

Aan de hand van casuïstiek beschrijven wij allereerst de mogelijkheden om met onderzoek in de thuissituatie een delier vast te stellen. Vervolgens staan wij stil bij de recente inzichten in etiologie en pathogenese om te besluiten met opties voor behandeling en verwijzing van delirante patiënten.

Mevrouw Arends

Op een avond wordt de dienstdoende huisarts bij een 78-jarige weduwe geroepen door haar twee zoons. Ze is plotseling in de war. Mevrouw Arends is bij de huisarts en klinisch geriater bekend met matig ernstige cognitieve stoornissen, wisselende depressieve klachten en achterdocht. Deze stoornissen waren onvoldoende om te kunnen spreken van een dementie of een depressie volgens DSM-IV criteria. Verder is ze bekend met hypertensie en cataract in beide ogen. De zoons hebben een aantal keren geprobeerd hun moeder duidelijk te maken dat haar vader en moe-

Samenvatting

Olde Rikkert MGM, Van de Lisdonk EH. ABC voor analyse van acute verwardheid bij ouderen. Huisarts Wet 2001;44:291-6

Regelmatig is 'acute verwardheid' de diagnose van het psychisch functioneren van ouderen met plotselinge gedragsstoornissen. Dit begrip maakt echter niet duidelijk of er sprake is van stoornissen in bewustzijn, aandacht en concentratie of cognitie, of van combinaties hiervan. In dit artikel wordt aan de hand van twee casus duidelijk gemaakt dat beoordeling en benoeming van *aandacht* en *bewustzijn*, samen met het uitvoeren van een volledig lichamenlijk onderzoek (*corpus*), het ABC vormen voor een goede analyse van acute verwardheid bij ouderen. Alleen op deze wijze kan men betrouwbaar de diagnose delier stellen, de belangrijkste oorzaak van acute verwardheid bij ouderen. Vroegtijdig herkenning van het delier is van groot belang, omdat dit snelle behandeling van de altijd aanwezige lichamenlijke stoornissen mogelijk maakt en de kans op cognitieve restschade verlaagd. Enkele eenvoudige diagnostische instrumenten kunnen de huisarts goede diensten bewijzen.

Afdeling Geriatrie, UMC St Radboud Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. M.G.M. Olde Rikkert, klinisch geriater; Vakgroep Huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen: dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts.
Correspondentie: MGM Olde Rikkert, e-mail: M.Olde-Rikkert@czzoger.azn.nl

der, waar ze die avond om vraagt, niet meer leven. Hierop is hun moeder zeer onrustig en zelfs agressief geworden. Ze wil zich met geweld een weg uit haar huis banen, waarna de zoons de huisarts hebben gebeld.

De huisarts treft een acuut verward patiënte aan. Zij is ernstig gedesoriënteerd in plaats en tijd, en wil uit haar woning weg. Zij gedraagt zich opstandig

zonder wanen of hallucinaties. De huisarts verricht een oriënterend onderzoek: zij stelt een normale functie van armen, benen en gelaatsspieren vast, meet een bloeddruk van 160/90 mmHg, pols 90 regular equal, hoort geen souffles over het hart en de arteria carotis, meet een bloedsuikerwaarde van 6,6 mmol/l en stelt vast dat patiënte niet warm aanvoelt. Gezien de toestand van mevrouw Arends en de voorlopig nog onverklaarde verwardheid, besluit de huisarts de afdeling klinische geriatrie te vragen haar op te nemen op vermoeden van een delier. Op de vraag van de klinisch geriater naar bewustzijn en aandacht, antwoordt de huisarts dat zij de indruk heeft dat deze functies globaal gezien niet gestoord zijn. De belangrijkste reden om opname te vragen is het gevaar voor patiënte wanneer zij die nacht alleen gelaten zou worden.

Omwille van de paniek bij de familie stemt de geriater in met een opname. Wanneer patiënte 45 minuten later op de afdeling arriveert is zij opvallend rustig, heeft geen klachten en werkt goed mee met het onderzoek. Ze ontkent in de war te zijn en weet geen reden te geven voor de huidige opname. De zoons melden lichte geheugenproblemen, momenten van toegenomen cognitieve stoornissen, plots opgewonden raken en weg willen van huis. Verdere anamnese, intern en neurologisch onderzoek brengen geen bijzonderheden aan het licht, met name zijn er geen tekenen van blaasretentie. Psychiatrisch onderzoek laat een helder bewustzijn zien, de aandacht is goed te trekken en vast te houden. Mevrouw Arends volgt veranderingen van onderwerp goed, en heeft geen waarnemings-, stemmings of denkstoornissen. Haar geheugen- en oriëntatiefunctie zijn wel gestoord. Cito laboratoriumonderzoek laat geen afwijkingen zien. Gebruikte medicatie: amlodipine 5 mg 1 dd, metoprolol 200 mg 1 dd, acetylsalicylzuur 38 mg 1 dd en risperidon 1 mg 1 dd. De geriater neemt mevrouw Arends ter observatie op. De volgende dagen laat zij geen stoornissen in bewustzijn of aandacht zien en de lichamenlijke toestand blijft ongewijzigd goed, waardoor de oorspronkelijke hypo-

these delier definitief kan worden verworpen. Nader neuropsychologisch onderzoek leert dat patiënte inmiddels voldoet aan de dementiecriteria, waarschijnlijk van het Alzheimer type.

Mijnheer Bertelsman

Mijnheer Bertelsman is een 86-jarige, zelfstandig wonende man bij wie de hier beschreven ziekte-episode begint met een herpes zoster van de bovenste trigeminus-tak links. Tijdens deze episode wordt mijnheer Bertelsman toenemend apathisch en inactief waardoor de familie genoodzaakt is intensieve mantelzorg te leveren. Laboratoriumonderzoek van de huisarts toont geen bijzonderheden. Er blijken geen opvallende cognitieve stoornissen. Op het vermoeden van een depressie start de huisarts met paroxetine.

Twee maanden later wordt de dienstdoende huisarts met spoed door familieleden in consult gevraagd, omdat zij mijnheer Bertelsman versuft en slecht aanspreekbaar op de grond hebben aangetroffen. Bij aankomst van de huisarts is patiënt inmiddels weer goed aanspreekbaar. Hij heeft koorts (39 °C) en bij longauscultatie grove rhonchi. De huisarts schrijft doxycycline voor vanwege de verdenking op een bronchopneumonie.

Vijf dagen na dit consult vraagt de familie de eigen huisarts om een huisbezoek omdat vader opnieuw is gevallen, zeer verward is, niet meer zelfstandig kan lopen en incontinent is voor urine. De huisarts treft een patiënt aan die snel in slaap valt bij het onderzoek, maar die hemodynamisch stabiel is. Hij heeft een normale temperatuur en een irregulaire, rustige hartactie. Het longonderzoek is als vijf dagen tevoren. Bij screenend onderzoek blijkt de urine negatief op nitriet. De huisarts neemt contact op met de afdeling geriatrie, omdat hij voor nader onderzoek van de toegenomen valneiging en de lichte somnolentie opname gewenst acht. Mijnheer Bertelsman kan direct worden opgenomen. Bij opname blijken het bewustzijnsniveau, aandacht, geheugen en oriëntatie wisselend gestoord. Patiënt is

DSM-IV criteria delier

- bewustzijnsstoornis (gedaald bewustzijn of gedaald besef van de omgeving) met een verminderd vermogen om de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen.
- verandering in cognitie (zoals een geheugenstoornis, desoriëntatie, taalstoornis) óf ontwikkeling van een waarnemingsstoornis, die niet beter verklaard wordt door een preëxistente of een zich ontwikkelende dementie.
- acuut ontstaan (gewoonlijk uren of dagen) en fluctuatie over de dag.
- vermoeden, uit anamnese, lichamelijk onderzoek, of laboratoriumgegevens, dat de stoornis wordt veroorzaakt door één of meerdere lichamelijke ziekten, geneesmiddelintoxicaties of onttrekking van medicatie of alcohol.

apathisch en niet onrustig. Er zijn geen waarnemingsstoornissen. Hij klaagt met name over pijn in de linker gelaatshelft. Medicatie: captopril 1 maal daags 12,5 mg, paroxetine 1 dd 20 mg, acetylsalicylzuur 80 mg, doxycycline 1 dd 100 mg en oxybutinine 3 maal daags 2,5 mg. Bij lichamelijk onderzoek maakt hij geen zieke indruk, en hij heeft geen koorts. Wel is hij slecht verzorgd en lijkt slecht gevoed, zonder tekenen van dehydratie. Opvallend zijn spieratrofie en krachtvermindering in armen en benen. Cognitieve screening (Mini Mental State Examination) levert bij opname een score van 20 (maximaal 30; afkappunt voor dementie: 23 of lager). Een dag later is de score 23 uit 30. Een thoraxfoto laat enige bronchopathie zien, zonder infiltratieve afwijkingen. Laboratoriumonderzoek toont enkele af-

wijkende waarden: een verhoogd C-reactive proteïne: 78 mg/l (normaal: < 10 mg/l) en vitaminedeficiënties, met name van vitamine B6, B12 en D. Een CT-scan van de hersenen toont enige corticale atrofie en periventriculaire hypodensiteiten in de witte stof.

Het toestandsbeeld bij opname wordt benoemd als een apathisch delier op basis van meerdere oorzaken: trigeminusneuralgie, polyfarmacie, malnutritie met ernstige vitaminedeficiënties en een bovenste luchtweginfectie, die op zijn retour is. Waarschijnlijk bestaat het delier op zijn minst al vijf dagen en heeft reeds aanleiding gegeven tot ernstige functionele verslechtering en valneiging. De geriater stopt de captopril, paroxetine en oxybutinine en start vitamines vanwege de tekorten en pijnstilling voor de trigeminusneuralgie (carbamazepine, aanvangsdosis 100 mg per dag). Mijnheer Bertelsman volgt een multidisciplinair revalidatieprogramma om de voedingstoestand, de mobiliteit, de continëntie en de cognitie te verbeteren. Gelukkig blijkt een en ander reversibel en kan hij na vier weken weer naar huis worden ontslagen, ondersteund door thuis- en mantelzorg.

Diagnostiek

Het delier is een neuro-psychiatrisch toestandsbeeld dat zich kenmerkt door een acuut ontstane en wisselende verstoring van het bewustzijn en de cognitie als direct gevolg van één of meerdere somatische stoornissen of een geneesmiddelonttrekking of -intoxicatie.⁵ Een delier kan over de dag fluctueren, waarbij dikwijls een omkering of verstoring van het dag-nachtritme ontstaat. Voor een adequate behandeling is het noodzakelijk het delier te onderscheiden van dementie en van andere mogelijke oorzaken van acute verwardheid.⁶⁻⁸ Het begrip verwardheid vraagt in dit kader speciale aandacht, omdat het wordt gebruikt als verzamelbegrip voor zowel bewustzijns-, cognitieve als waarnemingsstoornissen. Een belangrijk diagnostische hulpmiddel zijn de DSM-IV criteria voor een delier (*kader*). We be-

spreken de eerste twee criteria, de bewustzijns- en cognitieve stoornissen.

Bewustzijnsstoornissen

Bewustzijnsstoornissen die geen aanleiding geven tot somnolentie of coma zijn niet met eenvoudige meetinstrumenten vast te stellen. Bewustzijnsstoornissen hebben echter altijd gevolgen voor aandacht en concentratie, en aandachtsstoornissen zijn wel goed vast te stellen. Er zijn drie simpele testen voor de aandacht die in de thuissituatie binnen drie minuten zijn uit te voeren:

- De *digit span test* of *cijfer herhaal test*. De patiënt moet steeds toenemende reeksen van willekeurige cijfers onder de 10 herhalen, beginnend met één cijfer, vervolgens twee cijfers, drie cijfers et cetera. Normaal moet de ‘span’ vijf tot zeven cijfers bedragen. Een lagere score duidt op verminderde aandacht.
- De *wereld-spel-test*: men vraagt de patiënt om het woord ‘wereld’ achterstevoren te spellen.
- De *100-7 test* voert men uit door respectievelijk vijf maal achtereenvolgens van een getal af te laten trekken, te beginnen met het getal 100. Bij rekenproblemen kan men ook de maanden van het jaar achterstevoren laten opnoemen.

De laatste test vormt de aandachtstest van de Mini Mental State Examination (MMSE).^{9,10}

De wisselingen in bewustzijn, aandacht en concentratie gedurende de dag zijn karakteristiek voor het delier.

Cognitieve stoornissen

Cognitieve stoornissen, in het bijzonder ook hierbij de wisseling in aard en ernst van de stoornissen, vormen een belangrijk tweede aspect bij de diagnostiek van het delier. Zorgvuldige observatie en een nauwkeurige hetero-anamnese zijn nodig om na te gaan of er preëxistent cognitieve stoornissen of dementie zijn. Herhaalde afname van de MMSE kan hier goede diensten bewijzen,¹¹ evenals observatiegegevens, verkregen uit expliciete observatie-opdrachten voor mantelzorgers of professionele zorgverleners.

Het onderzoek naar een delier is niet compleet zonder lichamelijk onderzoek en kritische beoordeling van de gebruikte medicatie op indicatie, therapietrouw, mogelijke bijwerkingen, intoxicaties en interacties. We gaan hier niet verder in op de mogelijke oorzaken van het delier, maar verwijzen ter oriëntatie naar een model, waarin de onderlinge afhankelijkheid van predisponerende en precipiterende prikkels wordt aangegeven (*figuur*).

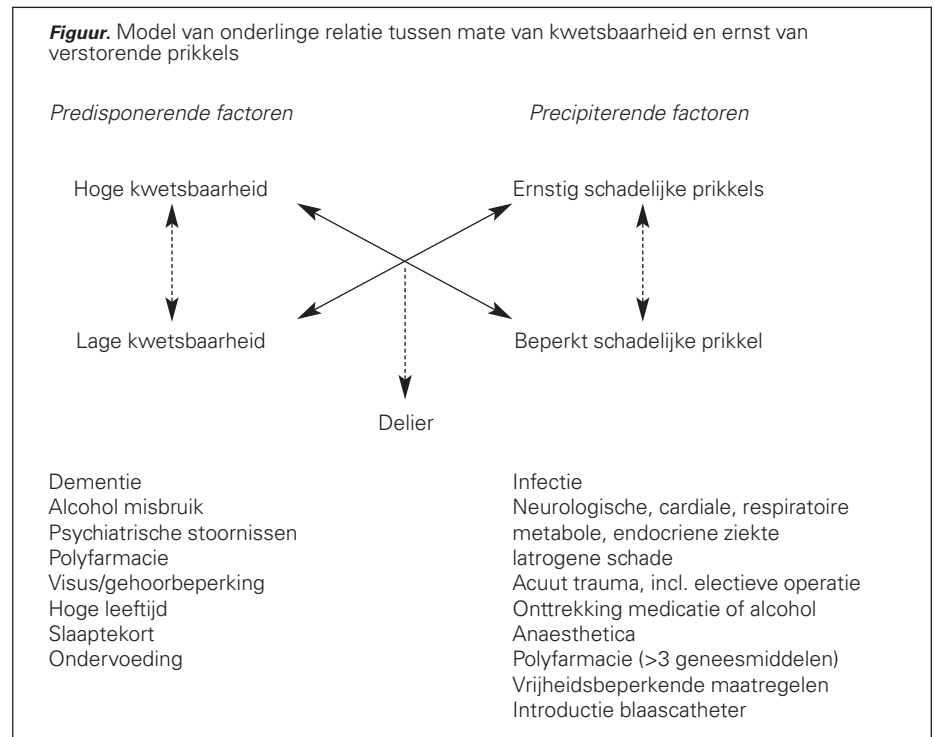
Differentiële diagnostiek

De grote verscheidenheid in verschijningsvormen van delier is terug te voeren op een complexe pathofysiologie waarbij diverse neurotransmitters betrokken zijn. Er bestaat geen unieke of meest voorkomende biochemische ‘common pathway’. Mogelijk correleert de variatie in pathogenese met die in symptomatologie. Globaal worden drie verschijningsvormen van het delier onderscheiden: het onrusti-

ge, het apathische en het gemengde type.

De gemengde vorm komt het meeste voor bij ouderen (43%) en de hyperactieve en hypoactieve vorm minder (respectievelijk 21% en 29%).¹⁴ Het onrustige type wordt meestal gekarakteriseerd door hallucinaties, die soms, zoals bij het delirium tremens, bizar en angstaanjagend kunnen zijn. Een patiënt met een apathisch delier laat doorgaans geen waarnemingsstoornissen zien. Bij het apathische beeld staan bewustzijnsdalingen op de voorgrond. In plaats van een onrustige, moeilijk verpleeg- en verzorgbare patiënt, die snel een hulpvraag bij de mantelzorgers of professionele zorgverleners zal oproepen, wordt een apathisch delirante patiënt doorgaans als een gemakkelijke patiënt ervaren. Hierdoor worden de symptomen bij deze patiënten pas laat of helemaal niet opgemerkt.

Voor de behandeling en begeleiding van het delier is het belangrijk te weten in welke mate onrust, agitatie en angst aanwezig zijn. Het al dan niet voorschrijven van neuroleptica hangt hiervan af.



Wanneer alle diagnostische informatie verzameld is, moet de waarschijnlijkheid van de diagnoses in de differentiaal diagnose van het delier worden afgewogen. De belangrijkste opties zijn: acute gedragsstoornissen bij dementie, niet-convulsieve status epilepticus, of een acute (verergering van een) psychiatrische aandoening (bijvoorbeeld manie, schizofrenie of geïsoleerde psychose).

In de eerste casus werden de stoornissen in bewustzijn en aandacht niet nader omschreven. Na opname bleken zowel bewustzijn als somatische conditie ongestoord. Met de omschrijving 'acute verwardheid' bedoelde de huisarts in deze casus met name de desoriëntatie, de agitatie en de wegloopdrang. Het is in deze casus blijkbaar niet gelukt om in de thuis-situatie een onderscheid te maken tussen een delier en een acute agitatie-toestand bij premorbide cognitieve stoornissen.

In de tweede casus werd de stoornis in bewustzijn en aandacht als de belangrijkste reden voor opname aangevoerd. De acute cognitieve stoornissen en het vermoeden op een delier werden niet genoemd. Na opname bleek sprake te zijn van een apathisch delier. De oorzaak van het delier was waarschijnlijk meervoudig. De trigeminusneuralgie, vitaminedeficiënties en polyfarmacie met onder meer anticholinerge medicatie (oxybutinine) verlaagden de delierdrempel en de luchtweginfectie was de uitlokkende factor.

Verwijzen

Een belangrijke vraag bij vermoeden op delier is de vraag of de patiënt in een ziekenhuis moet worden opgenomen of niet. Voor behandeling thuis moet in het ideale geval aan vier voorwaarden voldaan zijn:

- De oorzaken van het delier moeten bekend zijn en thuis behandeld kunnen worden zonder dat vitale lichaamsfuncties (circulatie, ademhaling) gevaar lopen.
- Er moet voldoende gekwalificeerde zorg gedurende 24 uur per dag aanwezig zijn. Er moet enerzijds voldoende ondersteunende zorg zijn voor de ba-

De kern

- 'Verwardheid' is een term die zonder nadere aanduiding van aard en ernst van de stoornissen onvoldoende duidelijk is.
- Het delier is een acuut ontstane, wisselend aanwezige, vermindering van aandacht, bewustzijn en cognitie, met een somatische oorzaak.
- Klinisch onderzoek van lichte bewustzijnsdalingen moet worden uitgevoerd door het testen van de aandacht en concentratie.
- De analyse van het delier is pas volledig wanneer ook een algemeen lichamelijk onderzoek en een evaluatie van drank- en geneesmiddelengebruik worden uitgevoerd.
- Slecht zelden kan een delier thuis adequaat behandeld en begeleid worden.

sisfuncties (vocht, voeding, uitscheiding), maar anderzijds moeten ook de symptomen van het delier door psychosociale maatregelen en medicatie opgevangen kunnen worden.

- De huisarts (en waarnemers) moeten bereid en in staat zijn de continue coördinatie op zich te nemen.
- De familie moet instemmen met behandeling thuis en hier een bijdrage aan willen geven.

Aan al deze voorwaarden kan waarschijnlijk slechts zelden worden voldaan. Er zijn andere factoren die het al dan niet verwijzen mede beïnvloeden, zoals de levensverwachting van de patiënt en eerdere (slechte) ervaringen met een ziekenhuisopname.^{15,16} Ook prognostische overwegingen spelen bij de vraag naar eventuele opname een belangrijke rol. Gemiddeld duurt een delier vrij kort: van uren tot dagen. Dat betekent dat de in-

spanningen in de thuis-situatie niet lang hoeven te worden volgehouden. Anderzijds is ook een eventuele opname van korte duur en is patiënt weer snel thuis. Maar een delier kan ook weken aanhouden, met name wanneer de onderliggende problematiek niet gevonden of niet opgelost wordt.¹⁷ In die gevallen is er thuis een vrijwel onhoudbare situatie alleen al door de benodigde duur van de spankracht die van familie en verzorgers wordt gevraagd. Naarmate het delier langer duurt, stijgt de mortaliteit en neemt de kans op restschade van cognitieve functies toe.¹⁸

Bij verwijzing is een algemeen ziekenhuis te verkiezen boven een psychiatrisch ziekenhuis, omdat de onderliggende problematiek in de psychiatrie onvoldoende geanalyseerd kan worden.¹⁶ Om diezelfde reden is verwijzing naar een niet-psychiatrische ziekenhuisafdeling te verkiezen. Een belangrijke leidraad voor de verwijzing kan gevonden worden in de aard van de onderliggende medische problematiek. Wanneer deze duidelijk chirurgisch of orgaanspecialistisch is, ligt verwijzing naar de betreffende specialist voor de hand. De huisarts kan in die gevallen zeer wel medebehandeling door een geriater voorstellen, gezien de complexiteit van het ziektebeeld. Wanneer de oorzaak van het delier niet duidelijk is of niet op chirurgisch of orgaanspecialistisch terrein ligt, is verwijzing naar een afdeling geriatrie het meest doeltreffend. Immers, het delier is prototypisch voor die syndromen, bestaand uit complexe somatische en psychische problematiek, waarvoor bewezen is dat geriatrische, multidisciplinaire behandeling bij ouderen het meest effectief is.¹⁹

Behandeling

De behandeling van een delier bestaat uit vier componenten:

- behandeling van de onderliggende oorzaak;
- adequate zorg en psychosociale begeleiding van de verwardheid;
- medicamenteuze behandeling van de

aanwezige hallucinaties, angst en motorische onrust;

- preventie van complicaties.

Onmiddellijke behandeling van de onderliggende meestal multiële oorzaken is vereist om het delier snel en restloos te kunnen genezen. Hierbij is reductie van polyfarmacie vaak gewenst, moeten biochemische verstoringen worden hersteld en moet bijvoorbeeld een aanwezige infectie adequaat behandeld worden. Vervolgens moet er aandacht zijn voor de gevolgen van het delier voor de patiënt. Een onrustige omgeving kan hallucinaties in de hand werken en herstel van cognitieve stoornissen bemoeilijken. In het algemeen moet de dosering van aangeboden prikkels overeenkomen met de opwindingsstand van de patiënt. Dit betekent dat een hypermotore patiënt het beste alleen kan worden verpleegd, onder goede verlichting, met voldoende mogelijkheden zich te oriënteren. De benadering door de verzorgenden moet duidelijk en consequent zijn. In die benadering moet men oog hebben voor de zintuiglijke beperkingen van de patiënt en deze eventueel met hulpmiddelen proberen te compenseren. Vrijheidsbeperkende maatregelen van de patiënt zijn in principe ongewenst, evenals overmatig omgevingsgeluid en te veel bezoek. Bij ongewenst gedrag en verwarde taal kan men het beste tactvol corrigeren, terwijl de erdoor uitgedrukte gevoelens erkenning moeten vinden, zonder goedkeuring van de inhoud. Het bovengenoemde beleid kan eventueel ondersteund worden door psychofarmaca (*kader*). Helaas zijn er echter nog geen goede klinische trials verricht, waardoor adviezen voornamelijk gebaseerd zijn op descriptieve studies en opinies van experts. Gedurende de behandeling moet er intensief voor worden gewaakt dat er geen complicaties ontstaan door immobiliteit zoals decubitus, trombose, dehydratie, infecties, urineretentie, of ondervoeding. Bovendien moet de behandelend arts zich regelmatig vergewissen van het beloop van het delier, de verstoringen van het dag-nachtritme, de psychotische belevingen en de angst. Van dag tot dag moeten de vereiste intensieve zorg en behandeling op elkaar worden afge-

Medicamenteuze behandeladviezen

Indicaties

- De hallucinaties leveren angst op
- Patiënt is niet verpleegbaar/verzorgbaar of put zich uit
- Er is gevaar voor de omgeving

Geneesmiddelen keuze

- Haloperidol 0,5-2 mg 2 maal daags per os (dosis afhankelijk van ernst van de symptomen, co-medicatie en lichaamsgewicht).
- Bij parkinson/parkinsonisme als bijkomende ziekte: risperidon 0,5-1 mg 2 maal daags per os.
- Eventueel oxazepam toevoegen bij slapeloosheid en omkering van dag- en nachtritme (10-20 mg a.n. per os, te geven vóór 24.00 uur).
- Haloperidol 5 mg. i.m. bij acute, zeer ernstige onrust of agressie, eventueel te herhalen na 30 minuten.

stemd. Het wordt hiermee duidelijk dat een adequate behandeling goede multidisciplinaire samenwerking vereist.

Conclusie

Het delier is een bij ouderen frequent voorkomend, ernstig en vaak niet goed onderkend syndroom, waarbij enerzijds het psychiatrisch toestandsbeeld en anderzijds de somatische problematiek goed gediagnosticeerd moet worden. De beoordeling van aandacht, bewustzijn en cognitieve functies, is het ABC van analyse van het delier. De C staat ook voor een beoordeling van de lichamelijke toe-

stand (corpus). De presentatie van het delier kan snel wisselen, waardoor herhaalde beoordeling nodig kan zijn om onderdiagnostiek te voorkomen. Naast de klassieke hypermotore en hallucinerende patiënt, kan een delirante patiënt ook een apathisch toestandsbeeld met verlaagd bewustzijn tonen. In bepaalde milde of twijfelgevallen kan een oudere met een delier thuis worden behandeld door de huisarts in samenspraak met andere zorgverleners. Bij verwijzing naar het ziekenhuis is het algemeen ziekenhuis de beste keuze, bij voorkeur een afdeling geriatrie. Alleen door vroege diagnostiek en snelle behandeling kan de morbiditeit en mortaliteit van het delier worden teruggedrongen. Behandeling met psychofarmaca is niet het belangrijkste en slechts op indicatie noodzakelijk.

Ernstige onrust en agressie zijn evenals het delirium tremens door alcoholonttrekking een opname-indicatie.

Dankbetuiging

Met dank aan prof. dr. W.H.L. Hoefnagels, klinisch geriater, voor zijn commentaar op het manuscript.

Literatuur

1. Levkoff S, Cleary O. Epidemiology of delirium: an overview of research issues and findings. *Int Psychogeriatrics* 1991;3:149-67.
2. Johnson JC, Kerse NM, Gottlieb G, Wanich C, Sullivan E, Chen K. Prospective versus retrospective methods of identifying patients with delirium. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:316-9.
3. Armstrong SC, Cozza KL, Watanabe KS. The misdiagnosis of delirium. *Psychosomatics* 1997;38:433-9.
4. Ritchie J, Steiner W, Abrahamowich M. Incidence and risk factors for delirium among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 1996;47:727-30.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Rummans TA, Evans JM, Krahn LE, Fleming KC. Delirium in elderly patients: evaluation and management. *Mayo Clin Proc* 1995;70:989-96.
7. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989;27:869-86.
8. O'Brien JG. Evaluation of acute confusion. *Prim Care* 1989;16:349-60.

9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. The Folstein Mini-Mental State Examination: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
10. O'Keeffe ST, Gosney MAAD. Assessing attentiveness in older hospital patients: global assessment versus tests of attention. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:470-3.
11. O'Keeffe S, Lavan JN. Use of serial MMSE scores to monitor development and resolution of delirium in elderly hospital patients. In: Autumn Meeting British Geriatrics Society; 1995; London: BGS; 1995.
12. O'Keeffe ST, Lavan JN. Clinical significance of delirium subtypes in older people. *Age Ageing* 1999;28:115-9.
13. Francis J. Delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:829-38.
14. Flacker JM, Lipsitz LA. Neural mechanisms of delirium: current hypotheses and evolving concepts. *J Gerontol* 1999; 54A: 239B-46.
15. Stroomer-van Wijk AJM, Kamperman KM. Een delirium? Opname in een algemeen ziekenhuis, niet in het psychiatrische. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000;144:1422-3.
16. van Waarde JA, van der Mast RC. Een delirium? Opname in een algemeen ziekenhuis, niet in het psychiatrische. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000; 144:913-5.
17. O'Keeffe SA, Lavan S. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:174-8.
18. Francis J, Kapoor WM. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:601-6.
19. Rockwood K. Disordered levels of consciousness and acute confusional states. In: Evans G, editor. *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 932-7.