

Verwardheid: een delier?

INLEIDING

Een delier is een neuropsychiatrisch syndroom dat ontstaat door een lichamelijke oorzaak. Dit is een vaak onverwachte spoedeisende situatie. De hulp van de huisarts kan variëren van behandeling in de thuissituatie tot opname voor nadere diagnostiek.

Meestal begint het contact met de telefonische melding over een verwarde en soms ook onrustige patiënt, die zich plotseling anders gedraagt en bij wie een visite wordt afgelegd.

Relevante vragen die dan opkomen, zijn:

- wat is een delier? hoe vaak komt het voor?
- zijn er voortekenen van een ontwikkeling in deze richting geweest?
- zijn er aandoeningen die de patiënt gevoeliger maken voor het ontstaan van een delier?
- welke lichamelijke oorzaken voor het ontstaan kunnen benoemd worden?
- wat zijn de behandelmogelijkheden bij een delier?
- kan de patiënt in zijn eigen omgeving behandeld worden?
- is er sprake van een terminaal delier bij een ernstig zieke patiënt?

In dit artikel komen deze vragen aan de orde. Voor de antwoorden is geput uit een aantal eerder in *H&W* verschenen artikelen,^{1,2} en verder uit reviewartikelen,^{3,4} handboeken,^{5,7} richtlijnen⁸⁻¹⁰ en websites.¹¹⁻¹³ We belichten de vragen aan de

Samenvatting

Van Heest F. Verwardheid: een delier? *Huisarts Wet* 2013;56(11):584-9.

Een delier is een neuropsychiatrisch toestandsbeeld dat meestal plotseling ontstaat. Huisartsen worden er regelmatig mee geconfronteerd, maar vaak wordt alleen de onderliggende oorzaak geregistreerd. Daardoor de feitelijke incidentie en prevalentie niet bekend. Naar de beste behandeling is meer onderzoek nodig. Rust, regelmaat en zo nodig een antipsychoticum met eventueel een benzodiazepine vormen momenteel de gangbare behandeling. Bij terminaal delier kan palliatieve behandeling nodig zijn.

Bij de triage op huisartsenposten en afdelingen Spoedeisende Hulp is het herkennen van een delier van groot belang, omdat snel ingrijpen noodzakelijk is. De huisarts zal oudere en terminaal zieke patiënten met een delier bij voorkeur thuis houden, maar soms is opname noodzakelijk.

Stoppen met medicatie kan een uitstekende behandeling zijn bij delier. Het invoeren van een 'stoprecept' zou een grote verbetering betekenen ten opzichte van de mondelinge overdracht in de huidige praktijk.

hand van een tweetal casussen. De geïnteresseerde lezer kan meer casuïstiek vinden in het *H&W*-archief.¹⁴⁻¹⁶

HET DELIER

Een delier is een stoornis van de aandacht en het bewustzijn met daarnaast stoornissen in het waarnemings- en denkvermogen. Een delier ontstaat acuut, in uren. Dit staat in tegenstelling tot dementie of depressie, die veel geleidelijker ontstaan.⁷ Een delier is in principe reversibel, tenzij er sprake is van een ernstige ziekte en overlijden op korte termijn verwacht wordt. De criteria voor delier zijn recentelijk opnieuw geformuleerd in de DSM V [tabel 1]. Voor de praktijk van de huisartsgeneeskunde lijkt de nieuwe definitie echter geen consequenties te hebben.

Een delier kan verscheidene oorzaken hebben. Energiegebrek zoals bij hypoglykemie kan een rol spelen, en ook een verlaagd metabolisme van de neuronen door zuurstoftekort in de hersenen, zoals bij shock, of door een verhoogde zuurstofbehoefte door bijvoorbeeld angst of koorts. Een verstoring van het evenwicht tussen de neurotransmitters acetylcholine en dopamine zou de achterliggende oorzaak zijn. Acetylcholine speelt een belangrijke rol bij de aandacht en het geheugen, en bij wakker en waakzaam zijn. Tot slot kan schade aan het brein, bijvoorbeeld door veroudering of een herseninfarct, iemand gevoeliger maken voor het ontstaan van een delier.⁶

De filtertheorie biedt een model om de patiënt met een delier beter te begrijpen. Iemand die wakker is, herkent prikkels uit de omgeving en prikkels uit het lichaam, en laat prikkels uit het onbewuste niet toe. Bij iemand die slaapt, werkt het filter omgekeerd, dan hebben prikkels uit het onbewuste de overhand. Bij een delier is het filter onklaar geraakt en kan de patiënt niet goed meer herkennen of een prikkel uit het lichaam komt, uit de omgeving of uit het onbewuste. Daardoor ontstaan gevoelens van angst en vervreemding, en soms ook agressie of een vluchtreactie.⁶

Publicaties over de prevalentie van delier in de eerste lijn blijken er niet te zijn. De diagnose delier valt in de ICPC onder P71, 'andere organische psychosen', of P15, 'chronisch al-

De kern

- Een delier is een reversibel beeld tenzij de patiënt gaat sterven (prognose < 48 uur). Dan is het vaker irreversibel of refractair door toenemend orgaanfalen.
- Het herkennen van een delier en het beoordelen van de oorzaken zijn essentiële vaardigheden van een huisarts.
- In spoedeisende situaties zijn haloperidol en een benzodiazepine de aangewezen middelen om een hyperactief delier te behandelen.
- Het 'stoprecept' zou een vaste plek in de medische behandeling moeten krijgen, zowel bij de specialist als bij de huisarts.

Mevrouw A

Het is een van de eerste warme zaterdagen van het jaar. U wordt op visite gevraagd bij een 89-jarige vrouw in het verzorgingshuis. Mevrouw is een beetje verward sinds een paar uur, ze klaagt over pijn bij het plassen en ze heeft koorts, 38,2 °C. Vijf jaar geleden heeft zij een hartinfarct doorgemaakt, en sindsdien heeft zij bekend type-2-diabetes, waarvoor ze medicatie gebruikt.

U treft mevrouw aan in bed. Ze is een beetje angstig maar ze kan toch veel zelf vertellen. Haar zoon is gekomen vanwege haar ziek-zijn en kan nog even blijven, desnoods vannacht ook wel.

Uw algemene bevindingen zijn: mevrouw maakt geen zieke indruk; hart-longen geen afwijkingen; geen dehydratie; geen slagpijn van de nierloge; RR 120/80 mmHg, pols 92/min ra; zuurstofsaturatie 98%; bloedsuiker 9,8 mmol/l. De nitriettest in de urine, die op verzoek van de post is opgevangen, is positief. Mevrouw blijkt een urineweginfectie te hebben.

Conclusie; urineweginfectie bij hoogbejaarde vrouw met type-2-diabetes, met een lichte vorm van delier. U start behandeling van urineweginfectie en spreekt met haar zoon af dat deze 's nachts blijft en opnieuw contact opneemt met de post als het delier verergert. Dan kan in overleg haloperidol gegeven worden.

De heer B

Er wordt een visite aangevraagd voor een 86-jarige man in het verzorgingshuis. Hij is vreselijk in de war en is net uit bed gevallen. Hij heeft koorts, 39,2 °C. Volgens de overdracht heeft hij blaaskanker en

veel bloedverlies. Hij is vier dagen geleden uit het ziekenhuis naar het verzorgingshuis teruggekomen om in zijn eigen omgeving te overlijden. De behandeling met hyperbare zuurstof tegen de blaasbloedingen in het ziekenhuis sloeg niet aan. Hij weigert de medicatie die hem is voorgeschreven, behalve de pijnmedicatie. Zo nu en dan heeft hij vreselijke aanvallen van blaaskramp.

U treft hem aan op de grond naast het bed met een verwilderde blik in de ogen. Hij heeft een oorlogstrauma en lijkt nu herbelevingen te hebben. Hij heeft overal pijn en kan niet opstaan om weer in bed te gaan liggen. Toch lijkt hij niets gebroken te hebben. Soms reageert hij even normaal, dan weer lijkt hij ver weg.

Op grond van de informatie uit de overdracht, van wat de verzorging u vertelt en van uw eigen bevindingen komt u tot de conclusie dat er sprake is van een delier bij een ernstig zieke patiënt met een korte levensverwachting. U besluit patiënt haloperidol te geven in combinatie met midazolam, omdat hij eerder in het ziekenhuis ook delirant was en onvoldoende reageerde op haloperidol alleen. In overleg met de verzorging wordt patiënt deze nacht op de grond verpleegd om een herhaling van het uit bed vallen te voorkomen. U biedt aan dat er altijd opnieuw gebeld kan worden bij problemen.

U hoort een paar dagen later van de eigen huisarts dat patiënt ook de volgende ochtend delirant bleef, maar dat de nacht goed verlopen was. Er bleek dus sprake van een irreversibel delier. De patiënt is uiteindelijk binnen 48 uur overleden. Voor het delier kreeg hij palliatieve sedatie waarbij de rust gehandhaafd bleef. Dit was zeer acceptabel, ook voor zijn beide zoons.

coholmisbruik', een symptoomdiagnose die is onderverdeeld in alcoholisme, delirium tremens of syndroom van Wernicke-Korsakoff. Het syndroom delier is voor de behandelend huisarts een signaal, waarvan de achterliggende oorzaak wordt vastgelegd in de ICPC-codering en waarvan dus geen incidentie- en prevalentiecijfers worden geregistreerd. Er is wel prevalentieonderzoek gedaan in ziekenhuizen en instellingen voor palliatieve zorg, maar de uitkomsten zijn zeer variabel: van 3% bij opname in een hospice tot 88% bij overlijden.⁵

VOORTEKENEN VAN EEN DELIER

Vaak, maar niet altijd, zijn er bij nader inzien toch voor tekenen geweest van het ontstaan van een delier [tabel 2]. Een arts die deze voor tekenen herkent, moet de patiënt en de gebruikte medicatie nader onderzoeken en kan dan eventueel, met name bij patiënten met een korte prognose, preventief optreden.

Risicoverhogers

Naast (lichamelijke) stress door bijvoorbeeld een infectie of operatie spelen geneesmiddelen met een anticholinergische werking een belangrijke rol bij het ontstaan van een delier. Ook het plotseling stoppen met sommige medicamenten kan een delier doen ontstaan. [Tabel 3] geeft een overzicht van de middelen die een dergelijk effect kunnen hebben.

Een aantal factoren is geassocieerd met een verhoogde kwetsbaarheid voor een delier: leeftijd boven 60-70 jaar, polyfarmacie (gebruik van meer dan vijf geneesmiddelen)⁸ en dementie. Ook bepaalde aandoeningen – psychiatrische stoornissen, beperkingen van gehoor en/of visus en de ziekte van Parkinson – maken de patiënt gevoeliger voor een delier, en dat geldt ook voor slaapttekort, ondervoeding, dehydratie en verslavingen. Een verslaving aan alcohol, drugs of nicotine

zou bekend moeten zijn, maar dit blijkt lang niet altijd het geval. Plotseling stoppen met nicotine of alcohol, bijvoorbeeld bij een pneumonie, kan de oorzaak zijn van een delier.

Tabel 1 Criteria voor delier in de DSM

DSM IV	DSM V
■ Bewustzijnsstoornis met verminderde concentratie	■ Aandacht- en oriëntatieprobleem
■ Verandering in de cognitieve functie of waarnemingsstoornis	■ In korte tijd (uren tot dagen) ontstaan en fluctuerend
■ Ontwikkelt zich in korte tijd (uren tot dagen) en fluctueert in de loop van de dag	■ Verandering in het cognitieve domein die niet door iets anders verklaard kan worden
■ Aanwijzingen dat de stoornis wordt veroorzaakt door fysiologische consequenties van organisch lijden	■ De stoornis is niet het gevolg van bijvoorbeeld een coma

Abstract

Van Heest F. *Confusion: delirium?* Huisarts Wet 2013;56(11):584-9.

Delirium is typically a rapidly developing neuropsychiatric syndrome. General practitioners frequently see patients with delirium but often only record the underlying cause, so that the true incidence and prevalence of delirium are not known. Research is needed to establish the best treatment. Rest, regularity, and where necessary an antipsychotic (with a benzodiazepine as needed) are currently the most common treatments. Palliative sedation is recommended for terminal delirium. It is important that staff at out-of-hours services and accident and emergency departments recognize delirium because rapid intervention is essential. While general practitioners may prefer to treat elderly patients and terminal patients with delirium at home, hospitalization may sometimes be necessary. Discontinuation of medication (especially medicines for heart conditions) may be an excellent treatment for delirium. Recording 'medication discontinued' in patient records would be a vast improvement to the oral information given in everyday practice.

Tabel 2 Delier: voortekenen, symptomen en bevindingen

Voortekenen	Symptomen en bevindingen
<ul style="list-style-type: none"> ■ omkering dag-nachtritme ■ nachtmerries, hallucinaties ■ rusteloosheid, plukkerigheid ■ overgevoeligheid voor prikkels ■ labiliteit ■ problemen met oriëntatie en concentratie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ stoornis in aandacht ■ veranderd bewustzijnsniveau ■ veranderingen in het affect ■ veranderd slaap-waakritme ■ hallucinaties en wanen ■ overactief (overactief delier) of verminderd actief (stil delier) of een combinatie ■ beide (fluctuerend) met ook motorische verandering (hyperactief of juist hypoactief) ■ falen in denkvermogen (te testen): oriëntatie, geheugen, visuele ruimtelijke vaardigheden (stappen zomaar uit bed en dergelijke), rekenen, schrijven, lezen

Tabel 3 De rol van medicatie bij het ontstaan van een delier

Medicijnen met anticholinergische (bij)werking	<ul style="list-style-type: none"> ■ atropine, opiaten (inclusief codeïne), tricyclische antidepressiva, benzodiazepinen ■ digoxine, furosemide, nifedipine, isosorbidedinitraat ■ oxybutinine, tolteridine, scopolamine, mebeverine ■ ranitidine, hydroxyzine, prednisolon
Medicijnen die bij stoppen een delier kunnen uitlokken	<ul style="list-style-type: none"> ■ SSRi's, corticosteroiden, benzodiazepinen

Figuur 1 Delirium Observatie Screening (DOS, versie o-1)¹³

datum:
naam patiënt:

OBSERVATIES De patiënt:	dag dienst			late dienst			nacht dienst			TOTAAL SCORE DEZE DAG (0 - 39)
	nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	
1 zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2 is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3 heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4 maakt vraag of antwoord niet af	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5 geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6 reageert traag op opdrachten	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7 denkt ergens anders te zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8 beseft wel welk dagdeel het is	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9 herinnert zich recente gebeurtenis	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10 is plukkerig, rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11 trekt aan infuus, sonde, catheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12 is snel of plotseling geëmotioneerd	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13 ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
TOTAAL SCORE PER DIENST (0 - 13)										
DOS SCHAAL EINDSCORE = TOTAAL SCORE DEZE DAG / 3										



DOS SCHAAL eindscore	< 3	geen delier
	≥ 3	waarschijnlijk delier

Herkennen van een delier

Het herkennen van een onrustig hyperactief delier zal meestal niet zo moeilijk zijn. Een stil delier of een mengbeeld is lastiger te herkennen, en ook een fluctuerend beeld kan het herkennen moeilijk maken – als arts ben je vaak maar kort bij de patiënt, hooguit tien tot twintig minuten.

Bij een delier is het aan te raden om vragen aan de patiënt kort en duidelijk te houden. Een heteroanamnese is essentieel, zeker in een dienstsituatie met een onbekende patiënt. Het gaat bij de anamnese om de voorgeschiedenis (verhoogde kwetsbaarheid?) en of patiënt al eens eerder een delier heeft gehad (welke oorzaak?). Zijn er recente medische ingrepen geweest of veranderingen in de medicatie? Zijn er acute symptomen, zoals koorts, hoesten, kortademigheid of pijnlijk plassen, die wijzen op een infectie? Is er sprake van pijn?

Vaak valt de stoornis in de aandacht op tijdens het stellen van vragen, en het veranderde bewustzijnsniveau tijdens het observeren. Oriëntatie en geheugen zijn met een paar vragen te testen, evenals het bestaan van wanen. Gevoelens van angst, paniek en vervreemding moeten ter sprake gebracht worden.

Bij het lichamenlijk onderzoek is de indruk van de mate van ziek zijn van belang. Pijn, urineretentie en obstipatie kunnen een delier verergeren. Aangezien de verwoording van de klachten soms tekortschiet, is een systematisch onderzoek nodig. Dat omvat hart, longen en buik, met speciale aandacht voor urineretentie, obstipatie of andere darmproblematiek, een korte neurologische evaluatie met betrekking tot uitval of andere stoornissen, en een algemene beoordeling op aanwijzingen voor trauma (mishandeling?). Aan het bed worden temperatuur, pols, bloeddruk, zuurstofsaturatie en glucose gemeten, en de urine wordt getest op nitriet (zie de casus van mevrouw A). Bij een vermoeden van bacteriële pneumonie kan men eventueel een CRP-test doen.

Een aantal oorzaken, zoals hypoglykemie of hypoxie, kan direct worden vastgesteld, en dat geldt ook voor medicatiewijzigingen, angst, depressie of desoriëntatie na een verhuizing of opname in een verzorgingshuis. Voor hyponatriëmie, lever- of nierfalen en hypercalciëmie zal bloedonderzoek nodig zijn; dan is de vraag of zulk onderzoek kan wachten of dat men de patiënt meteen moet insturen. Voor het vaststellen van een hersenaandoening zal een scan nodig zijn, en of dat therapeutische gevolgen heeft voor de patiënt hangt vooral af van de prognose. Voor een deel van de patiënten zal opname in een ziekenhuis nodig zijn.

In de laatste 48 uur voor de dood is orgaanfalen vaak de

oorzaak van een zogeheten terminaal delier. Zo'n delier is nauwelijks meer reversibel doordat het lichaam steeds slechter functioneert (zie de casus van de heer B).

Meetinstrument: Delirium Observatie Screening

Met name in instellingen kan het zinvol zijn de Delirium Observatie Screening (DOS) te gebruiken. Deze bevat dertien items die driemaal per dag gescoord worden door de verzorgende. Zo kunnen de observatiegegevens ook bij telkens wisselende bezetting worden vastgelegd [figuur 1].¹³

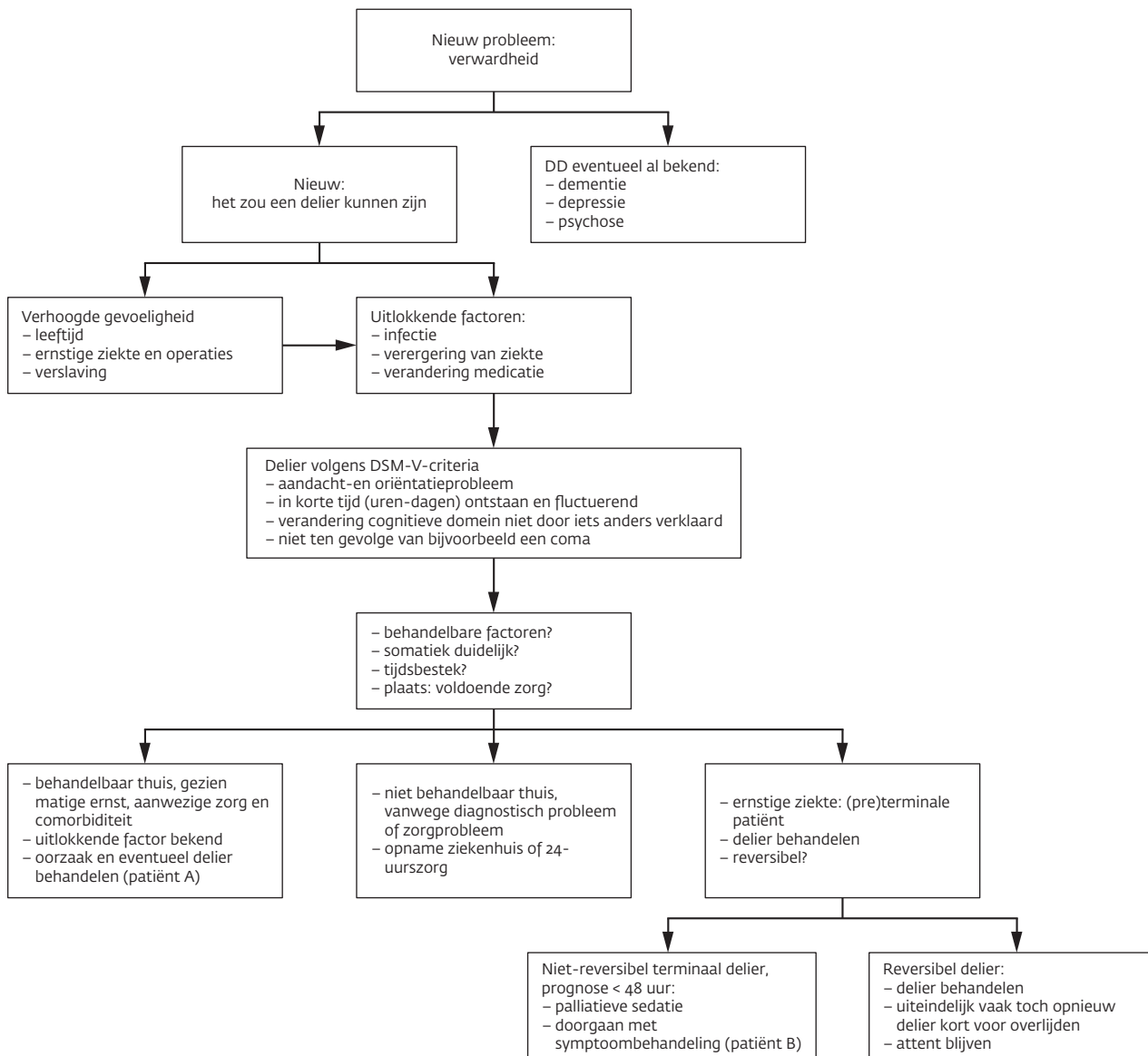
De inschatting of de patiënt in zijn eigen omgeving behandeld kan worden, hangt niet alleen af van het soort delier en de somatische achtergrond maar ook van de beschikbaarheid

van voldoende zorg [figuur 2]. Ook moet men rekening houden met de wensen van de patiënt (vastgelegd?) en de mantelzorgers.

BEHANDELING VAN DELIER

Naast de hieronder besproken behandeling van de symptomen is het ook belangrijk de onderliggende oorzaak van het delier te behandelen. Daarop zullen wij hier echter verder niet ingaan. Patiënten zonder terminale ziekte zal men meestal verwijzen voor onderzoek naar de onderliggende oorzaak.

Figuur 2 Stroomdiagram voor de aanpak van delier



Niet-medicamenteuze behandeling

Het wisselende beeld van een delier kan verwarrend zijn, maar is onlosmakelijk verbonden met de aandoening. Het is goed de mantelzorgers hierover uitleg te geven. Informatie over delier is ook te vinden op internet.¹¹ Rust is belangrijk, laat de patiënt liever niet alleen, zorg voor vertrouwde personen, liefst ook een vertrouwde omgeving. Bied herkenningpunten aan, zoals een klok of een kalender, help de patiënt bij het gebruik van bril en gehoorapparaat, laat een nachtlampje aan ter oriëntatie. Toon begrip voor irrealistische angsten, ga niet discussiëren, probeer regelmatig in eten en drinken te houden (zie de casus van mevrouw A).

Medicamenteuze behandeling

[Tabel 4] geeft een overzicht van de middelen die gebruikt kunnen worden. Bij een hyperactief delier met veel motorische onrust is het antipsychoticum haloperidol eerste keus. De dosering is leeftijdsafhankelijk. Ouderen (> 60 jaar) geeft men 0,25-0,5 mg, elke 1-2 uur te herhalen totdat een acceptabele situatie bereikt is, jongere patiënten geeft men een dosis van 1-2 mg per keer. Soms is bij jongeren in geval van gevaarlijk gedrag een dosis van 5-10 mg haloperidol nodig. Haloperidol is gecontra-indiceerd bij patiënten met de ziekte van Parkinson.

Naast een antipsychoticum wordt regelmatig ook een sedativum gegeven om de agitatie en het gevaarlijke gedrag te controleren. Als eerste keus wordt een dosis van 1-2,5 mg lorazepam geadviseerd, zo nodig te herhalen tot een lichte sedatie is bereikt. Er is een parenterale vorm van lorazepam beschikbaar (4 mg/ml) maar deze is in spoedeisende situaties niet altijd beschikbaar. Vaak wordt dan midazolam gebruikt, dat een kortere werkingsduur heeft.

Het is een kunstfout om bij een delier alleen een benzodiazepine te geven, de kans is groot dat het delier dan verergerd (zie de casus van de heer B). Bij een alcoholonttrek-

kingsdelier moet men eerst een hoge dosis benzodiazepine (oxazepam, chloordiazepoxide) geven en pas later haloperidol toevoegen

Stoprecept

Het stoppen van alle of een deel van de medicatie is in het geval van een delier vaak een goede behandeling. Hiervoor zou de arts een 'stoprecept' moeten kunnen uitschrijven; alleen een mondelinge mededeling aan mantelzorger of verzorging dat de medicatie moet stoppen – wat vaak nog gebeurt – is meestal onvoldoende. Bij kwetsbare ouderen wordt de medicatie van tevoren klaargemaakt in wekelijkse afleveringen, dus als een verandering niet op papier wordt vastgelegd en doorgegeven, zijn de eigen huisarts en de apotheker daar niet of pas veel later van op de hoogte. De (eigen) ervaring leert dat met name het staken van hartmedicatie de patiënt soms aanzienlijk doet verbeteren.

Als de patiënt een korte levensverwachting heeft (< 48 uur) en het delier refractair blijkt, is er sprake van een terminaal delier en is, naast voortgezette symptoombestrijding, palliatieve sedatie een optie. Daartoe voegt men midazolam toe in een dosering waarbij de patiënt rustig en comfortabel is. Van midazolam is bekend dat het goed geresorbeerd wordt bij subcutane toediening en het is door de korte werkingsduur eenvoudig te titreren. Het risico van ademdepressie is laag. De dienstdoend arts kan eenmalige of kortdurende sedatie geven, waarna de eigen huisarts het beleid verder kan bepalen in overleg met de familie (zie de casus van de heer B).

Vervolgbeleid

Gezien de complexiteit van de situatie is het meestal nodig om de patiënt dagelijks te bezoeken. Bij dit soort problematiek in de thuissituatie kan het prettig zijn een kaderarts te consulteren, bijvoorbeeld een kaderarts Ouderengeneeskunde of Palliatieve zorg. Door samen de problematiek te evalueren is het vaak mogelijk een op de situatie afgestemd beleid te ontwikkelen. Bij moeilijke beslissingen (wel of niet naar een ziekenhuis?) kan overleg met de behandelend specialist, een geriater of een specialist Ouderengeneeskunde soms de voor- en nadelen helpen verhelderen.

BESCHOUWING

Een delier is een neuropsychiatrisch toestandsbeeld dat meestal plotseling ontstaat. Huisartsen worden er regelmatig mee geconfronteerd. Het beeld wordt de laatste jaren steeds beter herkend, maar vaak wordt alleen de onderliggende oorzaak in het huisartsinformatiesysteem geregistreerd. De feitelijke incidentie en prevalentie van delier in de eerste lijn is daardoor niet bekend. Ook naar de beste behandeling is onderzoek nodig.

Bij de triage op huisartsenposten en afdelingen Spoedeisende Hulp is het herkennen van de diagnose delier van groot belang, omdat snel ingrijpen noodzakelijk is. De huisarts zal oudere en terminaal zieke patiënten met een delier bij voorkeur thuis houden, maar soms is opname noodzakelijk [fi-

Tabel 4 Medicatie ter behandeling van delier

Middelen	Indicatie
Haloperidol	eerste keus bij hyperactief delier <ul style="list-style-type: none"> ■ gecontra-indiceerd bij ziekte van Parkinson ■ bij alcoholonttrekkingsdelier eerst hoge dosis benzodiazepine en pas later haloperidol
Risperidon	eerste keus bij onrust demente ouderen
Olanzapine	alternatief voor haloperidol
Levomepromazine	ook als tweede middel gebruikt bij sedatie
Clozapine	delier bij ziekte van Parkinson
Rivastigminepleister	mogelijk effectief tegen delier bij ziekte van Parkinson
Lorazepam	sedativum om agitatie te controleren <ul style="list-style-type: none"> ■ nooit als enige middel gebruiken bij delier
Midazolam	sedativum voor terminaal delier
Oxazepam of chloordiazepoxide	onttrekkingsdelier bij alcoholverslaving <ul style="list-style-type: none"> ■ als eerste middel gebruiken, daarna haloperidol
Nicotinepleister	onttrekkingsdelier bij acuut stoppen met roken



Foto: David Rozing/Hollandse Hoogte

guur 2]. Stoppen met een medicament kan een uitstekende behandeling zijn bij delier. Het stoprecept zou een belangrijke rol kunnen spelen bij een verantwoorde afstemming van de medicatie tussen de lijnen, de behandelaars en de apotheken.

DANKWOORD

Professor Betty Meyboom-de Jong leverde bij het schrijven een kritische en zeer waardevolle bijdrage. Collega-huisarts en kaderarts palliatieve zorg Crista Rolff gaf aanvullende suggesties voor de inhoud en de opzet van het artikel. ■

LITERATUUR

- 1 Wanrooij B, Koelewijn M. De aanpak van het delier in de palliatieve fase. *Huisarts Wet* 2005;48:362-7.
- 2 Van der Weele GM, Van Dijk A, Eekhof JAH, Olde Rikkert MGM, Scholtes ABI, Veehof LJG, et al. NHG-Standaard Delier bij ouderen. *Huisarts Wet* 2003;46:141-6.
- 3 Caraceni A, Simonetti F. Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncol* 2009;10:164-72.
- 4 Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy AM, Touchon J, Ritchi K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: Longitudinal cohort study. *BMJ* 2006;332:455-9.
- 5 Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med* 2013;27:486-98.
- 6 McNamara P. Confusion. In: Kaye P, editor. *Tutorials in palliative medicine*. Northampton: EPL publications, 1997.
- 7 Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. *Oxford handbook of palliative care*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- 8 Van Marum RJ, Verduijn MM, De Vries-Moeselaar AC, Boersma F, Leendertse AJ, Nelissen-Vrancken MHJMG, et al. Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen 2012. Utrecht: NHG, 2012. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf, geraadpleegd september 2013.
- 9 Van Aarnhem A, Van den Beuken-van Everdingen M, Booms M, Bijlsma-van Leeuwen, RM, Van Casteren HWM, Ekdorf B, et al. Richtlijn delier, versie 3.0. Utrecht: IKNL, 2010. www.pallialine.nl, geraadpleegd september 2013.
- 10 Verhagen EH, De Graeff A, Verhagen CAHHVM, Hesselmann GM, Van Wijlick EHJ. Richtlijn palliatieve sedatie, versie 2.0. Utrecht: IKNL, 2009. www.pallialine.nl, geraadpleegd september 2013.
- 11 Palliativedrugs.com. Nottingham: Palliativedrugs, 2000-2013. www.palliativedrugs.com, geraadpleegd september 2013.
- 12 Ik verzorg iemand met een delier. Utrecht: NHG, 2011. www.thuisarts.nl, geraadpleegd september 2013.
- 13 Schuurmans MJ. Delirium observatie screening (DOS) schaal (versie 0-1). Utrecht: UMC Utrecht, 2001. www.psychiatrienet.nl, geraadpleegd september 2013.
- 14 Mastboom M. Oud en in de war: Wat is er aan de hand? *Huisarts Wet* 2003;46:414-5.
- 15 Schuit KW, Cost Budde P, Van Heest FB, Rolff C. Bellen met de consulent effectief bij terminale zorg. *Huisarts Wet* 2003;46:388-9.
- 16 Veldhuis W. Klachten in de palliatieve fase: Niet alles is wat het lijkt. *Huisarts Wet* 2005;48:360-1.