

## DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

# Delier bij ouderen

## Artikel voor onderwijs en opleiding

Josephine M.J. Stoffels, Barbara C. van Munster en Majon Muller

### Samenvatting

Een delier is een acute bewustzijnsverandering met fluctuaties in aandacht, cognitie en waarneming. Een delier wordt uitgelokt door een somatische aandoening of door het gebruik of de onttrekking van middelen. Er zijn diverse risicofactoren, zoals een hoge leeftijd en langer bestaande cognitieve stoornissen. Vanwege de vele complicaties die gerelateerd zijn aan een delier, de lijdensdruk, de langere opnameduur, de hogere zorgkosten en de slechtere prognose, is het belangrijk dat zorgverleners op de hoogte zijn van de basiszorg voor ouderen met een delier. Niet-medicamenteuze maatregelen kunnen een delier soms voorkomen en staan centraal in de behandeling. Behandeling met antipsychotica is alleen geïndiceerd bij patiënten die een gevaar zijn voor zichzelf of anderen, een hoge lijdensdruk ervaren of wanen of hallucinaties hebben. We hopen met dit artikel de huidige wetenschappelijke inzichten over optimale delierzorg te verspreiden onder een breed publiek van zorgverleners om de kwaliteit van deze zorg in Nederland verder te verbeteren.

Een delier is een acute bewustzijnsverandering met fluctuaties in aandacht, cognitie en waarneming. Een delier wordt uitgelokt door een somatische aandoening of door het gebruik of de onttrekking van middelen. Wanneer preventieve maatregelen worden getroffen, kan het risico op een delier worden verlaagd en kunnen de duur en de ernst van het delier worden verminderd. Toch is de prevalentie gemiddeld meer dan 10% op de meeste ziekenhuisafdelingen en tot 70% op de afdeling Intensive Care (IC).<sup>1,2</sup> Vanwege de vele complicaties die gerelateerd zijn aan een delier, de lijdensdruk, de langere opnameduur, de hogere zorgkosten en de slechtere prognose,<sup>3</sup> is het belangrijk dat zorgverleners op de hoogte zijn van de basiszorg voor ouderen met een delier.

### Diagnostiek

#### Hoe wordt de diagnose 'delier' gesteld?

Via de anamnese, de hetero-anamnese en het lichamelijk onderzoek constateert de arts op basis van de DSM-5-criteria een fluctuerende stoornis in aandacht, bewustzijn, cognitie of waarneming (tabel 1).<sup>4-6</sup> Handvatten voor de anamnese en het lichamelijk onderzoek staan in de richtlijnen.<sup>4,6</sup> Hallucinaties of motorische onrust alleen zijn niet voldoende om de diagnose te kunnen stellen. In de meeste situaties is het vaststellen van de diagnose een basisvaardigheid. Tegelijkertijd moet onderzocht worden welke factoren het delier uitlokken; dit proces beschrijven we verderop.

**delier is een neuropsychiatrische toestand die zich kenmerkt door**

- |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | een aandachtsstoornis (verminderd vermogen om de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te verplaatsen) en een bewustzijnsstoornis (gedaald bewustzijn of een verminderd besef van de omgeving)                                                                                                       |
| B | een acuut opgetreden verandering (in uren tot dagen) in het premorbide niveau van aandacht en bewustzijn, en symptomen waarvan de ernst fluctueert over de dag (doorgaans manifesteren de verschijnselen zich in de avond en nacht nadrukkelijker dan overdag)                                                  |
| C | een bijkomende stoornis in cognitie (geheugen, oriëntatie, taal, visuospatiële functies) of waarneming (hallucinaties)                                                                                                                                                                                          |
| D | stoornissen bij criteria A en C die niet verklaard kunnen worden door een pre-existente of een zich ontwikkelende neurocognitieve stoornis (zoals dementie) en die zich niet voordoen in de context van een ernstig verlaagd bewustzijn (zoals een coma)                                                        |
| E | bevindingen bij de anamnese, het lichamelijk onderzoek of het laboratoriumonderzoek waaruit blijkt dat de stoornissen bij criteria A en C het pathofysiologische gevolg zijn van een of meerdere somatische aandoeningen, of van een intoxicatie door of onthouding van een middel (zoals een drug of medicijn) |

**Tabel 1**  
**DSM-5-criteria voor de diagnose 'delier'**

Er bestaan verschillende screeningsinstrumenten om de herkenning van de symptomen van een delier te bevorderen. Op algemene ziekenhuisafdelingen wordt vaak de 'delirium observational screening scale' (DOSS) gebruikt. De DOSS bevat 13 items die een verpleegkundige 3 keer per dag scoort om de kenmerkende fluctuaties vast te leggen. Uit observationele onderzoeken in verschillende patiëntengroepen blijkt dat de DOSS een sensitiviteit heeft van 89-100% en een specificiteit van 87-97%.<sup>4,7</sup> Voor snelle screening op de Spoedeisende Hulp wordt steeds vaker eenmalig de '4 A's assessment test for delirium and cognitive impairment' (4AT) gebruikt, waarin gescoord wordt op alertheid, oriëntatie in trias, aandacht en fluctuaties in bewustzijn.<sup>8</sup> Op de IC wordt de 'confusion assessment method for the ICU' (CAM-ICU) toegepast. Na screening moet de diagnose bevestigd worden op basis van de DSM-5-criteria.

Bij de symptomen van een delier past een uitgebreide differentiaaldiagnose (tabel 2).<sup>4</sup> Om onderscheid te maken tussen een delier en een langer bestaande cognitieve stoornis, zoals de ziekte van Alzheimer of 'Lewy body'-dementie, is het essentieel om in de hetero-anamnese aandacht te besteden aan het ziektebeloop. We raden aan om objectieve gegevens over de cognitie te verzamelen als deze beschikbaar zijn, zoals de resultaten van een eerder afgenomen 'minimal mental state examination' (MMSE) of geheugenonderzoek. Bij twijfel kan geriatrische, neurologische of psychiatrische expertise uitkomst bieden.

| aandoening                   | kenmerken                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | belangrijkst                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | aanvullend                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| dementie (algemeen)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- geleidelijk begin van cognitieve problemen in 1 of meerdere domeinen (geheugen, executieve functies, visuospatiële functies, taalbeheersing, gedrag en persoonlijkheid) die interfereren met het dagelijks leven</li> <li>- bewustzijn en aandacht zijn niet afwijkend in het beginstadium</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- nachtelijke onrust is niet kenmerkend voor het beginstadium; slaap fragmenteert geleidelijk</li> <li>- hallucinaties zijn niet kenmerkend voor het beginstadium</li> </ul>                                                                                                                                   |
| 'Lewy body'-dementie         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- kernsymptomen: (a) fluctuaties in cognitie, aandacht en alertheid; (b) herhaaldelijk visuele hallucinaties (vaak gedetailleerd); en (c) tekenen van parkinsonisme die niet veroorzaakt worden door medicatiegebruik</li> <li>- dementie ontstaat voorafgaand aan of min of meer gelijktijdig met parkinsonisme</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- aan REM-slaap gekoppelde gedragsstoornissen</li> <li>- ernstige overgevoeligheid voor neuroleptica</li> <li>- verminderde opname van dopamine in de basale ganglia bij SPECT/PET-onderzoek</li> </ul>                                                                                                        |
| stemmingsstoornis            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- langdurigere sombere stemming met verlies van plezier in activiteiten (anhedonie)</li> <li>- bewustzijn is niet afwijkend, maar aandacht kan verstoord zijn</li> </ul>                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- vitale kenmerken zijn ernstige somberheid, vroeg ontwaken, veranderingen in eetlust en gewicht, buitensporige schuldgevoelens en een preoccupatie met de dood of suïcidaliteit</li> <li>- hallucinaties zijn vaak congruent met de stemming en stabiel</li> <li>- psychiatrische voorgeschiedenis</li> </ul> |
| serotonine-syndroom          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- autonome disfunctie met bijkomende symptomen, zoals hyperreflexie, myoklonieën en diarree</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ontstaat vooral bij gebruik van 2 'serotonerge' middelen, zoals een SSRI en een MAO-remmer, kort na aanpassing van de dosering</li> <li>- kan ook ontstaan bij gebruik van amfetaminen</li> </ul>                                                                                                            |
| maligne neurolepticasyndroom | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ernstige complicatie van antipsychotica- of dopaminergicagebruik</li> <li>- hoge koorts, zweten en ernstige rigiditeit</li> </ul>                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- wordt vaak voorafgegaan door dehydratie of een periode van ziekte</li> <li>- verhoogde CK-waarde (door rabdomyolyse)</li> <li>- metabole acidose</li> </ul>                                                                                                                                                  |
| anticholinergisch syndroom   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- symptomencomplex dat veroorzaakt wordt door overdosering van anticholinergica</li> <li>- koorts, droge mond en huid, dorst, wijde pupillen, opwinding en hypotensie</li> </ul>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| auto-immuunencefalitis       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- subacuut begin van neuropsychiatrische symptomen, zoals een psychose, epilepsie en snel progressieve geheugen- en gedragsstoornissen</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- let op subtiele focale insulten</li> <li>- regelmatig is er een onderliggende maligniteit</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         |
| katatonie                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- syndroom dat wordt gekenmerkt door bizarre motorische ontregeling, terugtrekgedrag, agitatie en bizar, zich herhalend gedrag</li> <li>- symptomen reageren snel en goed op benzodiazepinen, zoals lorazepam</li> </ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- meestal is er een onderliggende somatische of psychiatrische ziekte</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |
| CVA                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- acute neurologische uitval passend bij een arterieel stroomgebied</li> <li>- motorische uitval en/of uitval van taal (afasie), ruimtelijke oriëntatie, geheugen, visus of andere functies</li> </ul>                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- neurologische uitval persisteert zonder duidelijke fluctuaties</li> <li>- bloeding is direct zichtbaar op een CT-scan, ischemie pas later</li> </ul>                                                                                                                                                         |
| chronisch subduraal hematoom | <ul style="list-style-type: none"> <li>- acuut of subacuut begin van neuropsychiatrische symptomen na een klap of val op het hoofd</li> <li>- vaak bij gebruik van antistollingsmiddelen</li> </ul>                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- bloeding is direct zichtbaar op een CT-scan</li> <li>- mogelijke symptomen zijn focale uitvalsverschijnselen, insulten en incontinentie</li> </ul>                                                                                                                                                           |

**Tabel 2**  
**Differentiaaldiagnose bij een oudere patiënt met symptomen van een delier**

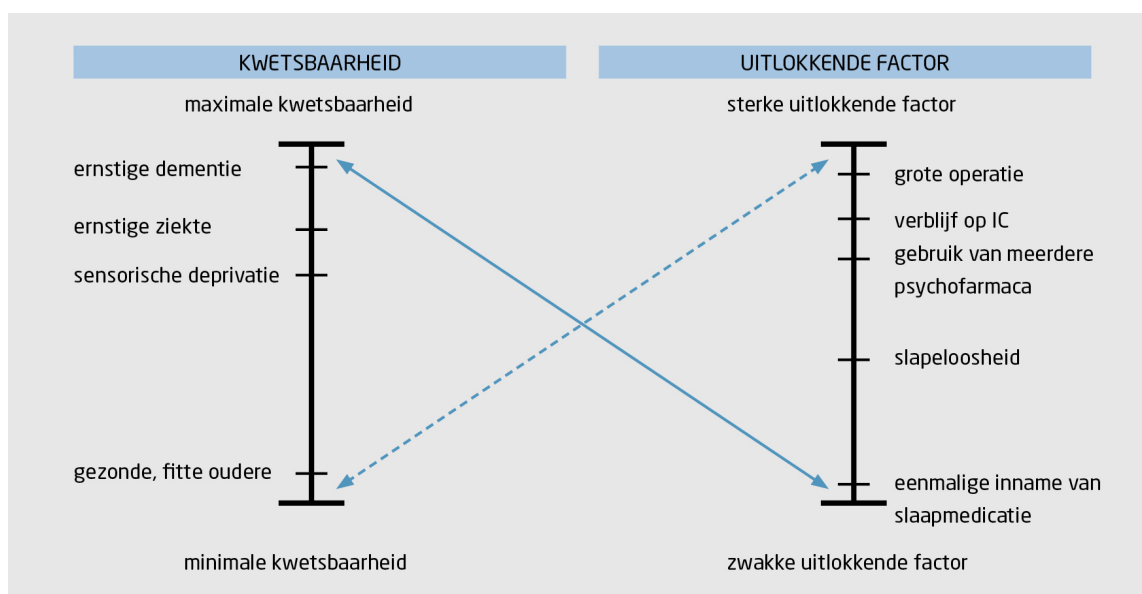
In de toekomst kan de diagnose mogelijk ondersteund worden door biomarkers, maar deze moeten hun klinische waarde nog bewijzen.<sup>9</sup> Hetzelfde geldt voor het eeg. Het eeg-patroon van een patiënt met een delier is meestal afwijkend, maar niet specifiek. Momenteel wordt in Nederland onderzoek gedaan naar de diagnostische waarde van een één-kanaals-eeg, de deltascan.<sup>10</sup>

**Welke vormen van een delier zijn er?**

De belangrijkste vormen van een delier zijn een hyperactief (geagiteerd) delier, een hypoactief (stil) delier en een gemengd delier. Kenmerkende symptomen van een hyperactief delier zijn agitatie, emotionele labiliteit en psychomotorische ontregeling, zoals 'plukkerigheid'. Bij een hypoactief delier is er juist sprake van een vertraagde motoriek en lethargie.<sup>11</sup> Ook bij een hypoactief delier kan de patiënt wanen en hallucinaties ervaren en deze later herinneren. Een gemengd delier heeft zowel kenmerken van een hyper- als hypoactief delier.<sup>5</sup> Daarnaast kan een delier getypeerd worden op basis van de context, bijvoorbeeld een onttrekkingsdelier of een delier in de terminale fase.<sup>4,5</sup>

#### Wat zijn de belangrijkste predisponerende en uitlokkende factoren van een delier?

Het ontstaan van een delier is een samenspel tussen enerzijds patiënt- en omgevingsgerelateerde risicofactoren en anderzijds uitlokkende factoren. Zo kan een jonge, IC-behoefte patiënt met sepsis zonder risicofactoren voor een delier toch een delier krijgen. Tegelijkertijd is er bij een oude patiënt met vergevorderde dementie weinig nodig om een delier uit te lokken: een medicatiewijziging kan al volstaan (figuur).



**Figuur**  
**Predisponerende en uitlokkende factoren van een delier**

Gebaseerd op: van Iersel M, Smalbrugge M, van de Pol M, Petrovic M, de Rooij S, Olde Rikkert M, red. Leerboek geriatrie: probleemgeoriënteerd werken met ouderen. 3e dr. Utrecht: De Tijdstroom; 2017.

De belangrijke risicofactoren voor een delier zijn een hoge leeftijd en langer bestaande cognitieve of functionele beperkingen. Daarom moeten op de Spoedeisende Hulp of bij een ziekenhuisopname 3 screeningsvragen worden gesteld aan alle patiënten ouder dan 70 jaar (tabel 3).<sup>12,13</sup> In een electieve setting, bijvoorbeeld preoperatief, kan worden overwogen om de onderliggende risicofactoren uitgebreider te analyseren met behulp van een volledig geriatrisch onderzoek ('comprehensive geriatric assessment').

#### vraag\*

zijn er bestaande geheugenproblemen?

was er voor de ziekenhuisopname behoefte aan hulp bij de adl-zelfzorg?

heeft de patiënt eerder een delier gehad?

\* Indien een van deze vragen met 'ja' beantwoord wordt, moet het risico op een delier als verhoogd worden beschouwd. Het advies is om in dat geval preventieve maatregelen te treffen en om de verpleegkundige te vragen om de 'delirium observational screening scale' (DOSS) te gebruiken.

**Tabel 3**  
**Screening op een delier**

3 screeningsvragen die op de SEH of bij een ziekenhuisopname gesteld moeten worden aan alle patiënten ouder dan 70 jaar

Wanneer een delier optreedt, moet de behandelend arts altijd op zoek gaan naar uitlokkende factoren. Omdat deze zo divers kunnen zijn – bij iedere somatische aandoening kan een delier ontstaan –, begint dit proces met een uitgebreide anamnese, hetero-anamnese, medicatiebeoordeling en lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek. Oriënterend laboratoriumonderzoek bestaat meestal uit de bepaling van het bloedbeeld en de concentraties van CRP, kreatinine, natrium, kalium, calcium, albumine, ALAT en gamma-GT, en het onderzoek van een urinesediment.<sup>6</sup> Eventueel kan ook de TSH-concentratie bepaald worden. Belangrijke valkuilen zijn ‘overinterpretatie’ van licht afwijkende bevindingen en te uitgebreid of ongericht verder aanvullend onderzoek. De potentiële uitlokkende factoren moeten in verhouding staan tot de kwetsbaarheid van de patiënt om het delier te kunnen verklaren (zie de figuur).

Van veel medicijnen wordt aangenomen dat ze op basis van hun werking op het centrale zenuwstelsel kunnen bijdragen aan het ontstaan van een delier, zoals benzodiazepinen, glucocorticoiden, opiaten, antihistaminica, anti-epileptica, anticholinergica en antiparkinsonmiddelen. Het is vooral belangrijk om te beoordelen of de indicatie en de dosering in verhouding staan tot de mogelijke bijwerkingen.

Ten slotte is aandacht vereist voor het gebruik of de onttrekking van middelen, zoals alcohol en nicotine.

## Preventie en behandeling

### Wat zijn zinvolle niet-medicamenteuze interventies om een delier te voorkomen of te behandelen?

Niet-medicamenteuze maatregelen kunnen een delier soms voorkomen en staan centraal in de behandeling. Dit zijn maatregelen om onder andere de oriëntatie, zintuiglijke waarneming, slaap, mobilisatie en vochtbalans en dagbesteding te bevorderen (tabel 4).<sup>4</sup> Uit het Amerikaanse ‘Hospital elder life’-programma blijkt dat de odds op een delier dankzij de maatregelen 53% lager zijn dan in de controlegroep (oddsratio: 0,47; 95%-BI: 0,37-0,59).<sup>14,15</sup> Het ‘number needed to treat’ (NNT) verschilt waarschijnlijk per setting; in een recente meta-analyse werd een NNT van 12-16 gevonden. Verder wordt door de maatregelen de duur van het delier verkort met ongeveer 1 dag, en worden op zowel de korte als de langere termijn aanzienlijke kosten bespaard.<sup>14,15</sup>

| maatregel                                        | voorbeeld                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| oriëntatie in trias bevorderen                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- klok en kalender binnen het gezichtsveld van de patiënt plaatsen</li> <li>- foto's naast het bed plaatsen</li> <li>- duidelijk maken wie er aan het bed staan en wat de patiënt kan verwachten</li> <li>- aanwezigheid van mantelzorger of getrainde vrijwilliger stimuleren, bijvoorbeeld rooming-in</li> </ul> |
| zintuiglijke beperkingen ondervangen             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- bril opzetten</li> <li>- goed ingesteld gehoorapparaat laten plaatsen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                 |
| dag-nachtritme bevorderen, inclusief mobiliseren | <ul style="list-style-type: none"> <li>- patiënt overdag mobiliseren</li> <li>- dagprogramma hanteren</li> <li>- patiënt eigen kleding en pyjama laten dragen</li> <li>- 's nachts zorgen voor voldoende rust en duisternis</li> <li>- rooming-in overwegen</li> </ul>                                                                                    |
| aandacht voor voldoende vocht en voeding         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- intakelijst bijhouden</li> <li>- patiënt mobiliseren en aan tafel laten eten</li> <li>- waken voor vallen, verslikken, obstipatie en urineretentie</li> </ul>                                                                                                                                                    |
| aandacht voor risicomedicatie fixatie vermijden  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- medicatielijst beoordelen</li> <li>- beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen</li> <li>- beperken van infuuslijnen, katheters, et cetera</li> <li>- rooming-in overwegen</li> </ul>                                                                                                                          |

**Tabel 4**  
Niet-medicamenteuze maatregelen om een delier te voorkomen of te behandelen

In Nederland worden de preventie en de behandeling van een delier beschouwd als basiszorg die op iedere afdeling, inclusief de Spoedeisende Hulp, geleverd moet kunnen worden. Zodra blijkt dat een patiënt een verhoogd risico op een delier heeft, moeten niet-medicamenteuze maatregelen worden getroffen.<sup>4,12</sup> Tijdens de ziekenhuisopname wordt de patiënt zo min mogelijk verplaatst naar een andere kamer of afdeling. Verpleging op een eenpersoonskamer is verstandig, het liefst met ruime aanwezigheid – juist ook 's

nachts – van een bekende (rooming-in).<sup>16,17</sup> Idealiter wordt een patiënt niet opgenomen vanuit de eigen woonsituatie, indien: (a) de oorzaak van het delier duidelijk is; (b) de patiënt buiten het ziekenhuis behandeld kan worden; en (c) er voldoende toezicht op de patiënt gegarandeerd is. Spoedig ontslag naar de eigen woonsituatie is onder dezelfde voorwaarden gewenst.

Er zijn diverse onderzoeken verricht naar het effect van een enkele preventieve interventie, zoals lichttherapie. Hieruit blijkt dat lichttherapie weliswaar leidt tot een lagere incidentie van een delier onder postoperatieve IC-patiënten, maar dat deze behandeling geen meerwaarde heeft bij patiënten op algemene ziekenhuisafdelingen.<sup>18</sup> De heterogeniteit van de patiëntengroepen bemoeilijkt echter het onderzoek naar een eventuele enkele, cruciale interventie.<sup>15</sup> Ook is vaak niet duidelijk welke invloed de meer verborgen componenten van een interventie hebben, zoals de toename van kennis onder zorgverleners en de verbeterde samenwerking tussen zorgverleners.

Een delier heeft een negatieve psychologische impact op de patiënt, diens naasten en de betrokken zorgverleners.<sup>19</sup> De hallucinaties zijn vaak levensecht. Dit wordt ook beschreven in het patiëntverhaal bij dit artikel. Patiënten gedragen zich vaak vreemd in reactie op de hallucinaties. In dit gedrag herkennen de naasten hun dierbare niet terug. Soms leidt dit tot mensonterende situaties. De hallucinaties zijn vaak gewelddadig of angstaanjagend van inhoud. De angst of agitatie die patiënten hierbij voelen, kan na het delier voortduren als er herbelevingen zijn. Daarom wordt er momenteel onderzoek gedaan naar psychologische interventies die nog tijdens de ziekenhuisopname kunnen worden ingezet om de lijdensdruk en het risico op posttraumatische klachten te verminderen.<sup>20</sup> Wanneer een patiënt met een delier geagiteerd of agressief is, adviseert de richtlijn 'Delier bij volwassenen en ouderen' om de-escalerende communicatietechnieken toe te passen (tabel 5).<sup>4</sup> Deze technieken vergen praktijkoefening en hiermee kan escalatie niet altijd worden voorkomen. Daarnaast moet frequent uitleg gegeven worden aan de patiënt en diens naasten, en in een nagesprek aandacht besteed worden aan de emotionele impact van een delier.<sup>4</sup> We adviseren om ook laagdrempelig een nagesprek te organiseren met het behandelteam, waarin ruimte is om stoom af te blazen (ventileren) en om opbouwend te reflecteren op de casus.

#### vaardigheid\*

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| bewust worden van eigen verbale en non-verbale houding en gedrag                                                       |
| voorkomen van provocerende houding en opmerkingen                                                                      |
| zorgdragen voor een gepaste afstand                                                                                    |
| kalm en gecontroleerd blijven, niet afwijzend of overheersend handelen                                                 |
| bestrijden van angst door open vragen te stellen over de reden van de angst                                            |
| luisteren en empathie tonen met aandacht voor klachten, zorgen en frustraties, niet kleinerend of bestraffend handelen |

\* Volgens de BOKS-methode (BOKS staat voor niet 'betuttelend, overbezorgd, kritisch en straffend' zijn).

**Tabel 5**  
**De-escalerende communicatietechnieken bij een patiënt met een delier die geagiteerd of agressief is**

#### Is profylactische medicamenteuze behandeling zinvol?

Profylactische behandeling met antipsychotica wordt niet aangeraden. Uit een systematische review van 14 RCT's blijkt dat profylactische behandeling met antipsychotica – haloperidol in 11 van de 14 onderzoeken – geen effect had op de incidentie en de ernst van het delier bij zowel IC-patiënten als patiënten die opgenomen waren op een algemene ziekenhuisafdeling.<sup>21</sup> In sommige onderzoeken leidde profylactische behandeling met tweedegeneratie-antipsychotica, zoals risperidon en olanzapine, bij postoperatieve patiënten tot een lagere incidentie van een delier, maar de bewijskracht is te laag om routinematig gebruik van deze middelen aan te bevelen.<sup>21</sup> Hetzelfde geldt voor melatonine als interventie om het dag-nachtritme te verbeteren. Alleen van de melatonine-agonist ramelteon is in één placebogecontroleerd onderzoek een gunstig effect gezien.<sup>22</sup> Het effect van profylactische medicamenteuze behandeling is nog niet goed direct vergeleken met dat van effectief gebleken preventieve niet-medicamenteuze interventies.<sup>14,15</sup>

#### Wat zijn de medicamenteuze behandelopties? In hoeverre zijn ze effectief en wat zijn de indicaties?

Bij patiënten met een delier zijn antipsychotica en benzodiazepinen het best onderzocht. Van deze medicijnen is nooit overtuigend aangetoond dat ze de duur of de ernst van een delier verminderen of de restverschijnselen beperken.<sup>23,24</sup> Om die reden en omdat ze



frequent bijwerkingen geven, wordt steeds vaker geadviseerd om terughoudend te zijn met het voorschrijven van deze middelen aan patiënten met een delier.

Patiënten met een hyperactief delier worden alleen medicamenteus behandeld wanneer zij een gevaar zijn voor zichzelf of anderen, een hoge lijdensdruk ervaren of wanen of hallucinaties hebben. In de praktijk betekent 'een gevaar zijn' vaak dat de patiënt zonder sedatie niet te behandelen is of dat hij of zij gedrag vertoont met een risico op bijvoorbeeld vallen, zoals dwalen. Meestal wordt er gekozen voor haloperidol.<sup>4,24</sup> Omdat rivastigmine is gerelateerd aan oversterfte, is terughoudendheid met dit middel geboden.<sup>25</sup> Vanwege het veelvuldig optreden van bijwerkingen bij ouderen is het belangrijk om haloperidol zo laag mogelijk te doseren, te beginnen met 0,5-2 mg 1-2 dd. Indien haloperidol onvoldoende effectief is of bijwerkingen geeft, wordt een atypisch antipsychoticum geadviseerd, zoals quetiapine, risperidon of olanzapine. Bij patiënten met een hypokinetisch-rigide syndroom, zoals de ziekte van Parkinson of 'Lewy body'-dementie, is er meer ervaring met clozapine, quetiapine en rivastigmine.<sup>4</sup> Haloperidol is bij deze patiënten gecontra-indiceerd vanwege de toename van extrapiramidale verschijnselen. Een benzodiazepine is vooral geschikt voor patiënten bij wie snelle sedatie gewenst is. Patiënten met een hypoactief delier worden alleen behandeld met een antipsychoticum wanneer zij ernstig lijden onder psychotische verschijnselen; het risico van deze behandeling is dat de lethargie kan verergeren.

Op de IC kan geprobeerd worden om het delier te verkorten met dexmedetomidine, hoewel de bewijskracht hiervoor matig is en het effect van dexmedetomidine nog niet goed direct is vergeleken met dat van niet-medicamenteuze maatregelen.<sup>23</sup> Als onthouding van alcohol een belangrijke rol speelt, wordt geadviseerd om autonome onttrekkingsverschijnselen voortvarend te behandelen met benzodiazepinen.<sup>26</sup> Een delier in de palliatieve fase kan ernstiger verlopen, wat inherent is aan de progressie van de onderliggende somatische aandoening. Een combinatiebehandeling met haloperidol en lorazepam is dan het effectiefst.<sup>4,27</sup> Een ernstig delier in de terminale fase kan als refractair symptoom aanleiding zijn voor palliatieve sedatie.

#### Wat zijn belangrijke bijwerkingen van antipsychotica?

Extrapiramidale verschijnselen treden vooral op als bijwerking van haloperidol, ook in lage doseringen, en soms als bijwerking van atypische antipsychotica. Veelvoorkomende extrapiramidale verschijnselen zijn rigiditeit, traagheid en tremoren. Ook kan er sprake zijn van bewegingsonrust van de benen (acathisie), of van onwillekeurige, wisselende spierspanningen die vaak gepaard gaan met abnormale houdingen van een of meer lichaamsdelen (acute dystonie). Soms ontstaan slikstoornissen. Omdat antiparkinsonmiddelen een delier kunnen induceren, wordt bij patiënten met de ziekte van Parkinson geadviseerd om – indien mogelijk – de doseringen van de thuismedicatie te verlagen.

Verlenging van de QT-tijd door antipsychoticagebruik geeft alleen een verhoogd risico op torsades des pointes bij overschrijding van bepaalde dagdoseringen, bijvoorbeeld meer dan 2 mg per dag bij gebruik van haloperidol. Bij patiënten die kortdurend met antipsychotica in een dergelijke dosering worden behandeld, wordt geadviseerd om een ecg te maken en andere risico's voor QT-tijdverlenging, zoals bepaalde comedatie, te mijden.<sup>28</sup>

Ten slotte wijzen we erop dat er waarschijnlijk sprake is van een onderrapportage van bijwerkingen van antipsychotica en dat antipsychotica vooral onderzocht zijn in specifieke patiëntengroepen zonder pre-existente cognitieve stoornissen. Hierdoor is het onduidelijk in hoeverre antipsychoticagebruik leidt tot bijvoorbeeld cognitieve en functionele achteruitgang.<sup>23</sup> Hetzelfde geldt voor andere geriatrische syndromen als vallen en voor somatische complicaties als decubitus. Er is een verband tussen antipsychoticagebruik bij ouderen en het risico op een beroerte en sterfte.<sup>29,30</sup>

#### Hoe kan een delier het beste gemonitord worden?

De duur van een delier varieert naargelang de ernst van de onderliggende aandoening en de aanwezige risicofactoren. Indien de onderliggende somatische aandoening adequaat wordt behandeld, herstellen de meeste patiënten gemiddeld binnen 2-4 dagen. Een chronisch delier kan echter weken tot maanden duren. Ook op de IC duurt een delier vaak langer. Om het herstel te monitoren kan de DOSS worden gebruikt.

#### Wat te doen als een delier persisteert? En wat is dan de differentiaaldiagnose?

Wanneer een delier voortduurt ondanks adequate behandeling van de onderliggende somatische aandoening, moet allereerst worden onderzocht of er onderhoudende factoren zijn die nog niet worden aangepakt. Soms komen deze factoren niet aan het licht en is er toch sprake van ernstige agitatie of duurt het delier langer dan een week. Er is dan een indicatie voor multidisciplinaire samenwerking met experts, zoals een klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde, psychiater, neuroloog en gespecialiseerd verpleegkundige. Differentiaaldiagnostisch moet worden gedacht aan probleemgedrag bij nog niet herkende dementie. Ernstig geagiteerde patiënten kunnen worden overgeplaatst naar een psychiatrische afdeling of verpleeghuisafdeling. Ook kan bij hen het

antipsychoticagebruik worden uitgebreid. Een enkele keer is tijdelijke sedatie op de IC noodzakelijk.<sup>4</sup>

## Follow-up

### Hoe kan het antipsychoticagebruik veilig worden afgebouwd?

Antipsychoticagebruik bij een delier is in de regel kortdurend. Het afbouwen van deze middelen moet vóór het ontslag gebeuren, maar hiervoor is geen eenduidige methode. Een pragmatische aanpak is om de dosering geleidelijk te halveren, bijvoorbeeld per 2 dagen, en te monitoren op welk moment van de dag de restverschijnselen het hevigst zijn.

### Wat is belangrijk in de overdracht naar de huisarts?

In de overdracht naar de huisarts is het belangrijk om de diagnose 'delier' duidelijk in de ontslagbrief en de voorgeschiedenis te vermelden, mede omdat dit een bekende risicofactor is voor een toekomstig delier. Daarnaast moet aandacht worden besteed aan uitlokkende factoren, bijvoorbeeld door terughoudend te zijn met het voorschrijven van risicomedicatie of door zintuigelijke beperkingen te ondervangen. Bij sommige patiënten is op basis van de hetero-anamnese mogelijk sprake van een onderliggende cognitieve stoornis. Aanvullend onderzoek hiernaar beschouwt men meestal als betrouwbaar vanaf ongeveer 3 maanden na het delier.

## Conclusie

In dit leerartikel hebben we duidelijk gemaakt dat een delier een ernstige aandachts- en bewustzijnsstoornis is die vaak voorkomt bij ouderen. Niet-medicamenteuze maatregelen kunnen een delier soms voorkomen en staan centraal in de behandeling. In de praktijk blijkt het vaak moeilijk te zijn om alle relevante niet-medicamenteuze maatregelen te treffen. Dit vereist voortdurende inspanning van alle betrokkenen. We hopen met dit artikel de huidige wetenschappelijke inzichten over optimale delierzorg te verspreiden onder een breed publiek van zorgverleners om de kwaliteit van deze zorg in Nederland verder te verbeteren.

- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D4953](https://ntvg.nl/D4953)
- Amsterdam UMC, locatie VUmc, afd. Interne-ouderengeneeskunde, Amsterdam: dr. J.M.J. Stoffels, aios interne-ouderengeneeskunde; prof.dr. M. Muller, internist-ouderengeneeskunde en epidemioloog. UMCG, afd. Interne Geneeskunde-Ouderengeneeskunde, Groningen: prof.dr. B.C. van Munster, internist-ouderengeneeskunde, klinisch geriater en epidemioloog.
- Contact: J.M.J. Stoffels ([j.stoffels@amsterdamumc.nl](mailto:j.stoffels@amsterdamumc.nl))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 1 oktober 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4953

## Literatuur

1. Geriatric Medicine Research Collaborative. Delirium is prevalent in older hospital inpatients and associated with adverse outcomes: results of a prospective multi-centre study on World Delirium Awareness Day. BMC Med. 2019;17:229. [doi:10.1186/s12916-019-1458-7](https://doi.org/10.1186/s12916-019-1458-7). [Medline](#)
2. Grover S, Sarkar S, Yaddanapudi LN, Ghosh A, Desouza A, Basu D. Intensive Care Unit delirium: a wide gap between actual prevalence and psychiatric referral. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2017;33:480-6. [doi:10.4103/0970-9185.222505](https://doi.org/10.4103/0970-9185.222505). [Medline](#).
3. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA. 2010;304:443-51. [doi:10.1001/jama.2010.1013](https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013). [Medline](#)
4. [Richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2013.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
6. Eizenga WH, Dautzenberg PLJ, Eekhof JAH, et al. [NHG-Standaard Delier](#). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2014.
7. Schuurmans MJ, Deschamps PI, Markham SW, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The measurement of delirium: review of scales. Res Theory Nurs Pract. 2003;17:207-24. [doi:10.1891/rtnp.17.3.207.53186](https://doi.org/10.1891/rtnp.17.3.207.53186). [Medline](#)
8. Shenkin SD, Fox C, Godfrey M, et al. Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. BMC Med. 2019;17:138. [doi:10.1186/s12916-019-1367-9](https://doi.org/10.1186/s12916-019-1367-9). [Medline](#)
9. Toft K, Tontsch J, Abdelhamid S, Steiner L, Siegemund M, Hollinger A. Serum biomarkers of delirium in the elderly: a narrative review. Ann Intensive Care. 2019;9:76. [doi:10.1186/s13613-019-0548-1](https://doi.org/10.1186/s13613-019-0548-1). [Medline](#)
10. Numan T, van den Boogaard M, Kamper AM, et al; Dutch Delirium Detection Study Group. Delirium detection using relative delta



- power based on 1-minute single-channel EEG: a multicentre study. *Br J Anaesth*. 2019;122:60-8. [doi:10.1016/j.bja.2018.08.021](https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.08.021). [Medline](#)
11. Van Velthuis EL, Zwakhalen SMG, Kempen GJM, Verhey FRJ. [Behandeling van een stil delier: wel of geen antipsychotica?](#) *Ned Tijdschr Geneesk*. 2018;162:D2660. [Medline](#)
  12. [Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren 2020](#). Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; 2019.
  13. Oud FMM, de Rooij SEJA, Schuurman T, Duijvelaar KM, van Munster BC. [Voorspellende waarde VMS-thema 'Kwetsbare ouderen': delirium, valincidenten en overlijden bij oudere ziekenhuispatiënten](#). *Ned Tijdschr Geneesk*. 2015;159:A8491. [Medline](#)
  14. Hsieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital elder life program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26:1015-33. [doi:10.1016/j.jagp.2018.06.007](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.06.007). [Medline](#)
  15. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD005563. [doi:10.1002/14651858.CD005563.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005563.pub3). [Medline](#)
  16. Perimal-Lewis L, Bradley C, Hakendorf PH, Whitehead C, Heuzenroeder L, Crotty M. The relationship between in-hospital location and outcomes of care in patients diagnosed with dementia and/or delirium diagnoses: analysis of patient journey. *BMC Geriatr*. 2016;16:190. [doi:10.1186/s12877-016-0372-5](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0372-5). [Medline](#)
  17. Blandfort S, Gregersen M, Rahbek K, Juul S, Damsgaard EM. Single-bed rooms in a geriatric ward prevent delirium in older patients. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32:141-7. [doi:10.1007/s40520-019-01173-y](https://doi.org/10.1007/s40520-019-01173-y). [Medline](#)
  18. Groves RL. Increasing light exposure for the prevention of delirium: a systematic review. *Dimens Crit Care Nurs*. 2019;38:96-107. [doi:10.1097/DCC.0000000000000343](https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000343). [Medline](#)
  19. Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, et al. Perspectives on the delirium experience and its burden: common themes among older patients, their family caregivers, and nurses. *Gerontologist*. 2019;59:327-37. [doi:10.1093/geront/gnx153](https://doi.org/10.1093/geront/gnx153). [Medline](#)
  20. Mouncey PR, Wade D, Richards-Belle A, et al. A nurse-led, preventive, psychological intervention to reduce PTSD symptom severity in critically ill patients: the POPPI feasibility study and cluster RCT. *Health Services and Delivery Research*. Southampton: NIHR Journals Library; 2019. [Medline](#)
  21. Oh ES, Needham DM, Nikoie R, et al. Antipsychotics for preventing delirium in hospitalized adults: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2019;171:474-84. [doi:10.7326/M19-1859](https://doi.org/10.7326/M19-1859). [Medline](#)
  22. Wu YC, Tseng PT, Tu YK, et al. Association of delirium response and safety of pharmacological interventions for the management and prevention of delirium: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:526-35. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4365](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4365). [Medline](#)
  23. Burry L, Hutton B, Williamson DR, et al. Pharmacological interventions for the treatment of delirium in critically ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9:CD011749. [doi:10.1002/14651858.CD011749.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011749.pub2). [Medline](#)
  24. Nikoie R, Neufeld KJ, Oh ES, et al. Antipsychotics for treating delirium in hospitalized adults: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2019;171:485-95. [doi:10.7326/M19-1860](https://doi.org/10.7326/M19-1860). [Medline](#)
  25. Van Eijk MM, Roes KCB, Honing MLH, et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. *Lancet*. 2010;376:1829-37. [doi:10.1016/S0140-6736\(10\)61855-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61855-7). [Medline](#)
  26. [Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2008.
  27. Wu YC, Tseng PT, Tu YK, et al. Association of delirium response and safety of pharmacological interventions for the management and prevention of delirium: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:526-35. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4365](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4365). [Medline](#)
  28. [Kortdurend antipsychoticagebruik](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; 2019.
  29. De Jonghe A, van de Glind EM, van Munster BC, de Rooij SE. Underrepresentation of patients with pre-existing cognitive impairment in pharmaceutical trials on prophylactic or therapeutic treatments for delirium: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2014;76:193-9. [doi:10.1016/j.jpsychores.2013.12.007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.12.007). [Medline](#)
  30. Mittal V, Kurup L, Williamson D, Muralee S, Tampi RR. Risk of cerebrovascular adverse events and death in elderly patients with dementia when treated with antipsychotic medications: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2011;26:10-28. [doi:10.1177/1533317510390351](https://doi.org/10.1177/1533317510390351). [Medline](#)

## Leerdoelen

- Onderscheid maken tussen een delier en een langer bestaande cognitieve stoornis.
- Onderscheid maken tussen de belangrijkste vormen van een delier.
- Onderscheiden van factoren die een delier kunnen uitlokken.

- Weten wat zinvolle niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies zijn om een delier te voorkomen of te behandelen.
- Weten wat de belangrijkste bijwerkingen van antipsychotica zijn en hoe het gebruik van deze middelen veilig kan worden opgebouwd.

## Patiëntverhaal

### 'Het verlies van controle maakte me kwaad'

*Door Lorette Harbers, nieuwsredacteur NTVG*

Begin september wordt Pim Hallensleben opgenomen met een delier bij een uitgebreide infectie. Hij vertelt bij hem thuis – op 1,5 m afstand – hoe hij dit ervaren heeft.

'Opeens was ik in een fabriek in Noord-Holland. Het leek sprekend op een fabriek die ik al eens bezocht had, maar hier maakten ze allerlei dingen van tijdelijke aard. Zoals beddengoed dat verdween nadat je er onder geslapen had. En poppetjes uit Japan die zichzelf programmeerden. Ook zag ik de paus, die vervolgens weer oploste. Ik vertelde dat in het ziekenhuis en daar dachten ze waarschijnlijk "die vent is knettergek". Dat was ik ook, maar het was zó realistisch dat ik dacht dat het klopte.'

Als Pim Hallensleben (79 jaar) zijn verhaal vertelt, is het 2 maanden geleden dat hij in het ziekenhuis werd opgenomen. Voor hij van wal steekt laat hij eerst trots een filmpje zien waarin hij met zijn roeimaatjes – allemaal fitte zeventigers – over de Rotte glijdt.

'Toen ik op een avond pijn in mijn schouder en nek kreeg, dacht ik dat het door het roeien kwam. Een paar dagen later viel ik van de bank en kon ik me amper bewegen. Ik weet nog dat het me lukte om bij de douche te komen en toen was ik ineens in die fabriek. Levensecht. Op een gegeven moment belden er mannen aan van een vissersclub met de naam 'Covid-15'. Die zouden me van de fabriek naar huis brengen. Maar ik wás thuis.'

Later bleek het zijn kleindochter te zijn die aanbelde en hulp inschakelde. Terwijl de ambulancebroeders hem vanuit zijn appartement naar de ambulance dragen, is Hallensleben in de veronderstelling dat 'de vissers' hem vanaf de fabriek naar huis brengen. 'Ik werd wel wat bozig dat ze me per se mee wilden meenemen met die ambulance, terwijl ik in mijn beleving net thuis was gebracht. Ondertussen zag ik een enorme zandbak voor de deur en liepen er kamelen tussen de appartementen rond.'

Beangstigend vond hij het delier niet, eerder fascinerend. 'Ik ben gewend om leiding te geven en het verlies van controle maakte me vooral kwaad. In het ziekenhuis heb ik wel een keer een kleine paniekaanval gehad. Dat was omdat ik dacht: als ik nu ga slapen, dan word ik misschien morgen niet meer wakker. Een verpleegkundige heeft toen mijn hand even vastgehouden en zei: jij leeft morgen nog wel.'

Nu overheersen dankbaarheid voor de goede zorg en optimisme. 'Ik ga gestaag vooruit en heb alleen nog een beetje moeite om me te concentreren. Bijvoorbeeld als meerdere mensen mij aanwijzingen geven, dan is het me snel te veel. Ik ben me er ineens van bewust dat ik een oude man ben. Maar: in het voorjaar zit ik weer in de roeiboot.'

*Pim Hallensleben heeft toestemming gegeven voor publicatie.*