

NHG: niet-medicamenteuze adviezen centraal bij delier

In de herziene NHG-Standaard *Delier* is meer aandacht voor de preventie van een delier en staan niet-medicamenteuze adviezen centraal. Verder is het gebruik van haloperidol bij de behandeling van een delier bij ouderen aangescherpt tot maximaal een week. Maar dit advies geldt niet bij een delier in de palliatieve fase.

Auteur **Cindy Reinders**

Wanneer een huisarts een delier tijdig herkent, kan de onderliggende oorzaak eerder worden behandeld en neemt de kans af op een ernstig en langdurig delier. Dat zegt Janet Bootsma, klinisch geriater/klinisch farmacoloog van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch en lid van de Werkgroep Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie van de KNMP. Daarom wordt in de eerste herziening van de NHG-Standaard *Delier* meer aandacht besteed aan de preventie van een delier.

“Het is een heftig ziektebeeld, zowel voor de patiënt als voor de omgeving. Vooral kwetsbare ouderen, en dementen in het bijzonder, hebben een verhoogd risico op een delier. Heeft iemand eenmaal een delier doorgemaakt, dan neemt de kans toe om nogmaals delirant te worden.” Om een recidief te voorkomen zijn interventies – zoals prikkelarme verzorging en aanwezigheid van bekenden – van belang bij een volgende risicosituatie zoals een ziekenhuisopname. Maar het is ook belangrijk na te gaan of een bril en/of gehoorapparaat, daadwerkelijk worden gebruikt en of ze nog goed functioneren.

Bootsma: “Een delier is – net als koorts – een uiting van onderliggende somatische problematiek die moet worden opgespoord. Infecties zijn hierom berucht, zowel van de lucht- als urinewegen. Maar ook bijvoorbeeld een CVA, een hyponatriëmie, een urineretentie of een ontregelde diabetes.” Daarnaast kunnen verschillende geneesmiddelen een delier induceren (zie tabel). Vooral amitriptyline en oxybutynine

moeten echt vermeden worden bij kwetsbare ouderen, zegt Bootsma. Bij pijn pleit zij ervoor naast paracetamol eerder te kiezen voor een opiaat zoals oxycodon (in een lage dosis) dan voor tramadol of codeïne. “Want deze middelen hebben in verhouding een beperkt pijnstillend effect en relatief veel bijwerkingen.” Maar ook opiaten kunnen een delier uitlokken, net als pijn zelf.

Bij de beoordeling of medicatie een mogelijke oorzaak is van het delier, kan de apotheker de huisarts ondersteunen. Bootsma: “Hierbij moet vooral worden gekeken naar recente (dosis)wijzigingen in de medicatie die een delier kunnen veroorzaken.”

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze therapie met het eerstekeusmiddel haloperidol – een selectieve D₂-antagonist – kan zinvol zijn. Maar niet-medicamenteuze adviezen zijn minstens zo belangrijk. “Zo vragen we in het ziekenhuis vaak aan familieleden om te blijven slapen bij onrustige patiënten. Een bekende omgeving is voor iemand met een delier van groot belang”, zegt Bootsma.

Is er sprake van een van de onderstaande situaties, dan kan een behandeling met haloperidol worden overwogen:

- angst en/of hallucinaties, achterdocht, (paranoïde) wanen;
- hevige motorische onrust, mede om te voorkomen dat de patiënt zichzelf of anderen letsel toebrengt;
- om essentieel onderzoek of behandeling mogelijk te maken;
- nachtelijke onrust en/of verstoord dag/nachtritme (nieuw toegevoegd).

Maar het gebruik van haloperidol is nu aangescherpt.

Het NHG adviseert dit geneesmiddel in een zo laag mogelijke dosering en zo kort mogelijk te geven: tweemaal daags

**EEN BEKENDE OMGEVING IS
VOOR IEMAND MET EEN DELIER
VAN GROOT BELANG**



HET GEBRUIK VAN HALOPERIDOL IS AANGESCHERPT: HET NHG ADVISEERT DIT MIDDEL TWEEMAAL DAAGS 0,5-1,5 MG GEDURENDE MAXIMAAL ÉÉN WEEK TE GEVEN.

0,5-1,5 mg gedurende maximaal één week (in crisissituaties maximaal 10 mg per 24 uur). Bij langer gebruik neemt het risico toe op ernstige bijwerkingen zoals parkinsonisme, tardieve dyskinesie of een CVA.

Indien nodig kan een benzodiazepine zoals lorazepam of midazolam worden toegevoegd. Maar zodra de patiënt opknapt, wordt dit middel als eerste afgebouwd.

Voor haloperidol adviseert de standaard om het af te bouwen wanneer de patiënt tweemaal achtereen een goede nachtrust heeft gehad. Halveer de dosering elke twee dagen totdat een dosis van 1 mg per dag is bereikt. Twee dagen hierna kan het middel worden gestopt.

Bij patiënten met de ziekte van Parkinson en met Lewy body dementie is overleg met een specialist noodzakelijk omdat haloperidol bij hen is gecontra-indiceerd. Is er sprake van een delier door alcohol- of benzodiazepine-onttrekking met hevige angst of onrust, dan heeft lorazepam de voorkeur. Persisteren de symptomen, dan kan haloperidol worden toegevoegd.

Nieuw in de standaard is een apart hoofdstuk voor de behandeling van het delier in de palliatieve fase. Bootsma: “Het betreft immers een andere categorie patiënten bij wie een delier regelmatig voorkomt en een dosisverhoging van opiaten vaak een rol speelt.” Dit vraagt om een andere aanpak zoals dosisverlaging van het opiaat of opioïdrotatie. Bestaat er een indicatie voor haloperidol, dan is in de palliatieve fase de gebruikstermijn onbeperkt en hanteert de standaard een maximale dosering van 20 mg per 24 uur.

Overdracht

Bootsma vindt het zinvol dat in de herziene standaard aandacht is voor de overdracht vanuit het ziekenhuis of de instelling naar de huisarts wanneer een patiënt tijdens de opname een delier doormaakte. “Stel iemand ontwikkelde een delier na een operatie, dan moet de arts in het ziekenhuis niet alleen gegevens over de operatie opnemen in de ontslagbrief – wat tot voor kort vaak gebeurde – maar ook duidelijk vermelden dat de patiënt een delier heeft gehad. De huisarts is dan alerter op een recidief bij een volgende stress- of ziekte-episode. En hij moet ook beoordelen – wat vaak pas na drie maanden kan – of de patiënt echt is hersteld van het delier, omdat klachten zoals verminderd cognitief functioneren langer kunnen aanhouden.” ■

Diverse geneesmiddelen geven een verhoogd risico op een delier

psychofarmaca	benzodiazepinen	met name bij gebruik langer dan een maand en bij middelen met lange halfwaardetijd: chloordiazepoxide, nitrazepam, diazepam
	antidepressiva	tricyclische (anticholinerge werking sterkst bij amitriptyline, minst bij nortriptyline) en SSRI's
	antipsychotica	met name bij gebruik langer dan een maand
analgetica	opiaten	met name langwerkende (zoals morfinetabletten met gereguleerde afgifte en fentanylpleisters); ook tramadol en codeïne
	NSAID's	onder meer risico op verslechtering nierfunctie
overige groepen	urogenitale parasymphaticolytica (anticholinergica)	oxybutynine, tolterodine
	klassieke antihistaminica	met name bij gebruik langer dan een week: dimetindeen, hydroxyzine, promethazine, clemastine, cinnarizine, cyclizine, alimemazine
	corticosteroiden	met name hoge doses: prednison, dexamethason (vanaf circa 40 mg respectievelijk 10 mg/dag)
	metoclopramide	vooral bij langer gebruik (> 5 dagen) en hogere doseringen (> 3 dd 10mg)

Deze lijst is niet limitatief; er zijn alleen geneesmiddelen vermeld waarvan het gebruik in NHG-richtlijnen wordt aanbevolen. Bij oudere en kwetsbare patiënten kunnen in principe alle middelen een delier induceren. Alertheid is vooral geboden bij een medicatie- en doseringswijziging.

TABEL: VOLGENS GERIATER JANET BOOTSMA MOETEN VOORAL AMITRIPTYLINE EN OXYBUTYLINE VERMEDEEN WORDEN BIJ KWETSBAAR OUDEREN. Bron: NHG-standaard *Delier*