

Delier bij ouderen

Mevrouw De Jong belt op naar de huisartsenpraktijk: ‘Gelukkig dat ik jou meteen aan de lijn krijg! Kan de dokter alsjeblieft gauw komen, er is iets mis met mijn man! Het lijkt wel alsof hij niet meer goed kan denken, hij is al uren in de weer en hij zegt allemaal rare dingen! Ik snap er niets van. Ik vond hem vanochtend al wat vreemd, maar ik dacht dat hij moe was omdat hij niet goed geslapen had, maar het is alleen maar erger geworden.’ U weet dat meneer De Jong 79 jaar is.

Inleiding

De NHG-Standaard **Delier bij ouderen** geeft richtlijnen voor onderzoek en behandeling bij ouderen met een delier. Huisartsenpraktijken krijgen in toenemende mate te maken met delier bij ouderen, onder meer door de vergrijzing van de bevolking.

Een delier kan op alle leeftijden ontstaan. Bij jongere volwassenen wijst delier vaak op ernstige neurologische afwijkingen. Bij ouderen zijn de onderliggende oorzaken niet altijd ernstig.

Er zijn verschillende soorten delier, waarvan de laatste het vaakst voorkomt bij ouderen.

- de onrustige, hyperactieve vorm;
- de apathische vorm;
- de gemengde vorm.

Klachten en achtergronden

Een delier is een neuropsychiatrisch toestandbeeld dat wordt gekenmerkt door:

- een bewustzijnsstoornis, zich uitend in verminderd besef van de omgeving, verminderd vermogen om de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen;
- geheugenstoornis;
- het feit dat de aandoening in korte tijd ontstaat: in uren of dagen;
- het feit dat de symptomen niet gedurende heel het etmaal steeds even sterk aanwezig zijn, maar bijvoorbeeld 's avonds en 's nachts erger zijn dan overdag.

Als de **onderliggende aandoening** afdoende wordt behandeld, kan de oudere patiënt met een delier herstellen, maar de prognose wat betreft cerebrale vermogens en levensverwachting is niet altijd gunstig. Uit anamnese of lichamelijk onderzoek blijkt vaak dat een of meer **lichamelijke verstoringen** het delier veroorzaken, bijvoorbeeld:

- een infectie (vooral urineweginfectie of pneumonie);
- een medicatiewijziging of opeenstapeling van effecten bij gebruik van veel medicijnen;
- een acuut trauma, bijvoorbeeld een fractuur, medische ingreep of algehele verdooving;
- urineretentie;
- ernstige obstipatie;
- reeds aanwezige aandoeningen, bijvoorbeeld op neurologisch of cardiovasculair gebied;

- stoppen met alcoholgebruik, roken of benzodiazepinegebruik;
- visus- en gehoorbeperking;
- slaaptekort;
- ondervoeding of te weinig drinken.

Zeker wanneer er sprake is van een opeenstapeling van deze factoren, kunnen ouderen soms onvoldoende herstellen van (betrekkelijk onschuldige) lichamelijke stoornissen. De kleinste bijkomende prikkel kan dan al aanleiding zijn tot een delier. De huisarts gaat dus altijd op zoek naar een lichamelijke oorzaak.

Verschijnselen van een delier kunnen lijken op die van dementie of depressie. De huisarts neemt de anamnese af en verricht **lichamelijk onderzoek** om de juiste diagnose te stellen. Onderliggende lichamelijke factoren worden opgespoord. Bloed- en urineonderzoek zijn vaak noodzakelijk. Bij delier is het afnemen van een betrouwbare anamnese bij de patiënt zelf vaak niet mogelijk. Naasten en/of verzorgers van de patiënt kunnen dan helpen. Bij zeer onrustige patiënten kan het ook moeilijk zijn lichamenlijk onderzoek te verrichten.

Beleid

Wanneer uit onderzoek blijkt dat er een onderliggende lichamelijke aandoening is, wordt begonnen met de **behandeling** hiervan. De medicatie wordt kritisch beoordeeld, omdat medicijngebruik mede oorzaak kan zijn van het delier. Vooral medicijnen die bij de ziekte van Parkinson worden gebruikt, zijn in dit opzicht berucht! Zo mogelijk wordt de medicatie, eventueel na overleg met de specialist, tot een minimum beperkt.

Wanneer de onrust van de patiënt gevaar voor de patiënt of diens omgeving oplevert of het daardoor niet lukt hem of haar goed te onderzoeken, kan de huisarts haloperidol, eventueel aangevuld met een benzodiazepine, voorschrijven.

Zeker in de eerste dagen moet een patiënt met een delier vaak worden **gecontroleerd**. Het kan noodzakelijk zijn te overleggen met een specialist, bijvoorbeeld een geriater, internist of ouderenspsychiater. Soms kan een patiënt thuis niet goed meer worden verzorgd en moet hij of zij naar het ziekenhuis.

De kans bestaat dat een delier zich herhaalt. De zorg blijft gericht op het beperken van de **risicofactoren**. Na afloop van het delier bespreekt de huisarts met de patiënt wat er gebeurd is en wat de oorzaak hiervan was, welke herinneringen de patiënt aan deze periode heeft en de emoties die dit oproept.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts licht familie en verzorgers voor over het ziektebeeld en het feit dat als het onderliggende ziektebeeld is behandeld, de symptomen in het algemeen verdwijnen. Ook geeft de huisarts tips over verzorging van en communicatie met de patiënt.

Belangrijk zijn:

- de patiënt herkenningpunten bieden, bijvoorbeeld een klok, kalender, foto's;
- regelmatig persoon, plaats, dag en tijdstip benoemen;
- rustig en in korte zinnen tegen de patiënt spreken;
- de patiënt zo min mogelijk alleen laten;
- bezoek beperken;
- bril en gehoorapparaat laten gebruiken;
- zorgen voor continue verlichting ('s nachts gedempt licht);
- begrip tonen voor de angst en de hallucinaties, maar duidelijk maken dat uw waarneming anders is;
- in aanwezigheid van de patiënt niet fluis-teren met derden;
- zorgen voor voldoende inname van vocht en voedsel;
- bij onrust van de patiënt liefst niet de vrijheid beperken, dus bijvoorbeeld niet vastbinden aan bed.

Uw rol bij een delier is niet zo groot. Wanneer u een telefoontje krijgt over een patiënt met een mogelijk delier, verbindt u dit meteen door naar de huisarts of u regelt een (spoed)-visite. De huisarts zal u na de visite misschien vragen urine te onderzoeken en bloedonderzoek te regelen. Eventueel regelt u wijkverpleging. U houdt er rekening mee dat als de patiënt thuisblijft, de huisarts de komende dagen vaker een visite moet maken. Familie en verzorgers zijn vaak behoorlijk geschrokken. U kunt een luisterend oor zijn. De praktijkondersteuner kan gevraagd worden familie en verzorgers extra ondersteuning te bieden. Zie hiervoor de NHG-Praktijkhandleiding GGZ.

Ter ondersteuning van de gegeven mondelinge voorlichting kunt u de patiënt verwijzen naar de informatie over delier bij ouderen op de website www.thuisarts.nl of de betreffende NHG-Patiëntenbrief meegeven (via het HIS of de NHG-consultwijzer, of via www.nhg.org > patiëntenbrieven). Vanaf begin 2013 zullen de patiëntenbrieven niet meer als apart product beschikbaar zijn, maar volledig zijn opgenomen in Thuisarts.nl.

Begrippen	
acut	in korte tijd ontstaan
anamnese	voorgeschiedenis van een ziekte, klachtenpatroon, klachtenbeloop
apathisch	geestelijke toestand variërend van ongeïnteresseerdheid tot volkomen afwezigheid van gevoel
benzodiazepine	tranquillizer/kalmerend middel, bijvoorbeeld oxazepam of diazepam
cardiaal	het hart betreffend
cerebraal	de hersenen betreffend, verstandelijk
dementie	geestelijke afbraak, met verlies van persoonlijkheid
depressie	gedrukte stemming, somberheid
geriater	specialist die zich bezighoudt met de behandeling van ouderen
haloperidol	medicijn tegen psychose
hyperactief	overactief, onrustig
neuropsychiatrie	geneeskundig specialisme betreffende de neurologische en psychiatrische aandoeningen
obstipatie	verstopping
pneumonie	longontsteking
trauma	letsel, verwonding
retentie	het achterblijven van stoffen die in normale omstandigheden door het lichaam worden uitgescheiden; bij urineretentie kan de patiënt om verschillende redenen niet plassen waardoor de urine in de blaas blijft die daardoor steeds voller wordt
visus	gezichtsvermogen