

## Farmacotherapie per doelgroep

### JEUGD

Daar waar de hulpverlening aan jongeren voorheen vooral buiten de invloedssfeer van de huisarts plaatsvond is de rol van de huisarts sinds de transitie van de ggz jeugd (taken van bureau jeugdzorg vallen nu binnen de verantwoordelijkheid van de gemeente) veranderd. Deze transitie gaat gepaard met bezuinigingen waardoor de GGZ instellingen kinderen die stabiel zijn eerder terugverwijzen naar de huisarts. Dit geldt vooral voor kinderen met ADHD die ingesteld zijn op medicatie. Naast de terugverwezen kinderen is de rol als poortwachter naar de jeugd GGZ ook versterkt.

De meeste psychiatrische stoornissen worden zichtbaar tijdens de puberteit. Het aantal kinderen met een psychiatrische diagnose is de laatste decennia fors toegenomen. Enerzijds is er meer aandacht, kennis en zijn er financiële prikkels, anderzijds hebben kinderen meer problemen. Een teken daarvan is het aantal toegenomen suïcides onder jongeren (235 in 2015 = gelijk aan dodelijke verkeersslachtoffers<sup>1</sup>).

De huisarts signaleert, zo veel als mogelijk, de bedreiging van de ontwikkeling van het kind dat hij ziet op het spreekuur en betreft de achtergronden en omstandigheden van het gezin in de zorg voor het kind met psychische problemen. De huisarts verwijst zo nodig door naar andere zorgverleners voor opgroei- en opvoedondersteuning of jeugdhulp.

#### *Taak huisarts/POH GGZ*

Naast het signaleren en eventueel de diagnose stellen, bestaat de taak van de huisarts/POH GGZ uit de medicatiecontrole bij kinderen die binnen de GGZ ingesteld zijn.

### ADHD

De prevalentie van ADHD ligt tussen de 3-4%<sup>2</sup>. In de laatste 10-20 jaar is een grote toename in het gebruik van amfetamines zichtbaar. Deels komt dit door toegenomen kennis over ADHD, deels lijkt het ook een maatschappelijk verschijnsel. Het hebben van een diagnose geeft de school de mogelijkheid extra begeleiding te regelen bij kinderen met gedragsproblemen (rugzakje).

In 2015 is ongeveer 5% van de kinderen ingesteld op amfetamines. Gezien de prevalentie van ADHD is er mogelijk sprake van overbehandeling en dus verkeerde behandeling.

Aanwezigheid van minstens 6 van de 9 DSM-5-kenmerken van onoplettendheid en/of minstens 6 van de 9 kenmerken van hyperactiviteit en impulsiviteit gedurende minstens 6 maanden en de volgende (obligate) criteria:

- kenmerken zijn aanwezig in een mate die niet overeenstemt met het ontwikkelingsniveau;
- verscheidene kenmerken van onoplettendheid of hyperactiviteit en impulsiviteit voor het 12e jaar;
- verscheidene kenmerken op  $\geq 2$  terreinen (thuis, school, club);

---

<sup>1</sup> CBS, *Nemesis 2*

<sup>2</sup> Gezondheidsraad 200, diagnostiek en behandeling ADHD

- de kenmerken verminderen de kwaliteit van het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren;
- de kenmerken treden niet uitsluitend op in het beloop van een andere psychische stoornis.

#### Vraag naar

- algemeen functioneren (thuis, school, anders);
- tekenen van onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit; wanneer en waar deze zich voordoen (thuis, school, anders); leeftijd waarop problemen zijn begonnen; frequentie en duur van de problemen; invloed op functioneren thuis, met vrienden en op clubs en school;
- ontwikkeling van het kind; zorgen/beperkingen geuit door school, JGZ of anderen en maatregelen die genomen zijn; ADHD of andere psychiatrische aandoeningen in familie; psychosociale omstandigheden (pesten, scheiding ouders, overlijden familielid, misbruik);
- motorische problemen; roken, alcohol- en middelengebruik; gebruik van bèta-2-sympathomimetica; gehoor- of visusproblemen; slaappatroon (onrustig slapen, inslaapproblemen).

#### Gedrag kan passen bij of gevolg zijn van

- ADHD;
- psychische, pedagogische of sociale omstandigheden;
- somatische problematiek (gehoor- of visusprobleem, bijwerking (genees)middel, slaapprobleem);
- psychiatrische aandoening (oppositieel-opstandige stoornis, normoverschrijdende-gedragsstoornis, angst- of stemmingsstoornis, ticstoornis, autismespectrumstoornis, middelenmisbruik, psychotische stoornis);

#### Richtlijnen beleid

Diagnose	Initiële beleid	Vervolgbeleid bij onvoldoende effect
<b>Probleemgedrag met lichte beperkingen in het functioneren</b>	Voorlichting, opvoedingsadviezen door huisarts	Opvoedingsondersteuning door JGZ, POH GGZ Jeugd of orthopedagoog
<b>ADHD zonder psychiatrische co-morbiditeit</b>	Voorlichting en ouder/leerkrachtbegeleiding en evt. gedragstherapie voor het kind door gespecialiseerde psycholoog, orthopedagoog of POH GGZ Jeugd	Behandeling met methylfenidaat door huisarts of kinder- en jeugdpsychiater
<b>ADHD met psychiatrische comorbiditeit ADHD met ernstige beperkingen in het functioneren ADHD bij kind jonger dan 6 jaar</b>	Verwijzing naar specialistische GGZ	Behandeling en begeleiding door specialistische GGZ

## Bespreek

- criteria en oorzaken van gedragsproblematiek en ADHD;
- algemene opvoedingsprincipes: grenzen stellen, consequent zijn, time-outs bij aanhoudend negatief gedrag en goed gedrag belonen.

## Medicamenteuze behandeling

- Start (bij kinderen van 6 jaar en ouder) met kortwerkend methylfenidaat: 0,3 mg/kg/dg, in 2 of 3 giften.
- Verhoog dosering wekelijks op geleide van effect en bijwerkingen met 2,5 tot 5 mg per dosis tot maximum van 2 mg/kg/dag of 60 mg per dag.
- Vervang kortwerkend methylfenidaat door langwerkend preparaat bij sterke reboundverschijnselen aan het einde van de dag of bij problemen met therapietrouw.
- Overweeg medicatie alleen op schooldagen te gebruiken als schoolproblemen op de voorgrond staan.
- Overweeg eenmaal per jaar een stoppoging.

Medicatie	sterktes	werkingsduur	bijzonderheden
<b>Methylfenidaat</b>			50% van dosering methylfenidaat remt heropname noradrenaline
<b>Ritalin</b>	5 mg	3-4 uur	
<b>Concerta</b>	18, 27, 36, 54 mg	10-12 uur	
<b>Equasym xl</b>	10, 20, 30, 40, 50 mg	6-8 uur	
<b>Medikinet cr</b>	5, 10, 20, 30, 40 mg	6-8 uur	
<b>Dextro-amfetamine</b>	5 mg	4-6 uur	
<b>Atomoxetine (strattera)</b>	10, 25, 40, 60, 80, 100 mg		
<b>Bupropion (zyban)</b>			Remt heropname noradrenaline en catecholamine

## Ritalinschema

- Elke 4 uur doseren (8 – 2- 16)
- Eventueel avonddosis (nb slaapstoornissen)
- Begin met 0,5 mg / kg lichaamsgewicht
- Ophogen naar z.n. 1 mg / kg lichaamsgewicht

## Bijwerkingen

Slaapstoornissen, hoofdpijn verminderde eetlust, tics, agitatie, tachycardie, verandering in bloeddruk.

Nb. Eigen bijdrage bij langwerkende middelen.

## VOLWASSENEN

## KORTDURENDE PSYCHIATRIE

Uit een registratie onderzoek bij 20 huisartsen (bron R.Glotzbach kaderhuisarts GGZ), over een periode van 2 weken, bleek bij 25-40% van de consulten een psychosociaal, psychisch of psychiatrisch probleem een belangrijke of de belangrijkste reden voor een bezoek zijn. Hoewel een breed scala aan problemen werd gepresenteerd, betrof het overgrote deel psychosociale problematiek en angst en stemmingsklachten.

### Depressie en angststoornissen (naar de tekst van de NHG-Standaard)

Ongeveer 80% van de psychische klachten die de huisarts op zijn spreekuur ziet zijn angst- en stemmingsstoornissen. Depressie en angstklachten komen vaak gecombineerd voor. De medicamenteuze behandeling is deels hetzelfde.

#### Depressie

- Depressieve klachten: sombere stemming, waar de patiënt hinder van ondervindt, maar waarbij niet wordt voldaan aan de DSM-IV-criteria voor een depressie;
- Depressie: sombere stemming en/of een duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten, bijna dagelijks en gedurende het grootste deel van de dag. Er moeten ten minste vijf symptomen, zoals vermeld in de definitie van de DSM-IV, aanwezig zijn, waaronder ten minste één van de kernsymptomen, gedurende ten minste twee weken;
- Dysthymie: depressieve klachten die ten minste twee jaar gedurende het grootste deel van de dag aanwezig zijn en meer dagen wel dan niet, waarbij naast de sombere stemming nog twee tot drie andere DSM-IV-symptomen aanwezig zijn.

#### DSM-IV-criteria voor de diagnose depressie

De diagnose depressie kan worden gesteld bij aanwezigheid van vijf van onderstaande symptomen, waarvan minimaal één kernsymptoom, gedurende minstens twee aaneengesloten weken.

##### Kernsymptomen

- sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag
- duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag

##### Overige symptomen

- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename
- slapeloosheid of overmatig slapen
- psychomotorische agitatie of remming
- moeheid of verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid
- terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen

### Angststoornissen

- Angstklachten: klachten waarbij 'normale' angst een rol speelt en die gerelateerd zijn aan als dreigend ervaren problemen.
- Abnormale angst: een heftige of langdurige onvoelbare angst, die ontstaat na een (minimale) prikkel en niet passend is bij de situatie.
- Angststoornis: stoornis met abnormale angst en aanhoudend subjectief lijden of belemmering van het sociaal functioneren; paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve---- compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis.
- Hypochondrie: angst voor een ernstige ziekte.

### Behandeling

Cognitieve gedragstherapie is minstens zo effectief als een behandeling met antidepressiva voor de behandeling van paniekstoornissen en sociale fobieën. Bij gebrek aan voldoende onderzoek kan voor de gegeneraliseerde angststoornissen geen conclusie getrokken worden.

Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI) hebben lichte voorkeur boven tricyclische antidepressiva (TCA) vanwege een iets gunstiger bijwerkingenprofiel.

Bij de start met een SSRI kunnen angstklachten en slaapstoornissen de eerste een a twee weken toenemen. Het is dan ook te overwegen om de eerste week een SSRI te combineren met een anxiolyticum.

#### *Initiële angsttoename bij de start van de behandeling*

Benzodiazepine (oxazepam 30 - 150 mg in 3 - 4 giften, diazepam 5 - 40 mg)

Maximaal 2 - 4 weken.

De maximaal aanbevolen gebruiksduur van benzodiazepinen als anxiolyticum is twee maanden, omdat de kans op afhankelijkheid op die termijn gering is.

Na langduriger gebruik (ca. 4 mnd.) dient de behandeling met benzodiazepinen te worden uitgesloten om afhankelijkheid en onttrekingsymptomen te voorkomen.

<u>Halfwaardetijd</u> oxazepam:	4-15 uur
lorazepam:	12-16 uur
bromazepam:	15-22 uur
diazepam :	20-48 uur

### Medicatie en co morbiditeit

Kies voor een ssri ingeval van:

- depressie en boulimia -recent hartinfarct, hartfalen, hart ritmestoornissen,
- bemoeilijkte mictie (urineretentie)
- onbehandeld glaucoom

### Interacties

Bij het gelijktijdig gebruik van een NSAID anticoagulantia, acetylsalicylzuur, clopidogrel of oraal corticosteroïd kies voor een serotonerg TCA (: clomipramine en imipramine) of een SSRI met adequate maagbescherming

#### Bijzondere groepen

- ouderen bij voorkeur een SSRI;
- bij de ziekte van Parkinson kunnen extrapiramidale bijwerkingen optreden bij gebruik van SSRI's;
- wees terughoudend met het voorschrijven van ad. bij jongeren wegens een mogelijk averechts effect;
- zwangeren / lactatie: overleg of verwijst naar psychiater die ervaren is met deze groep.

#### Regelmatig voorkomende bijwerkingen

- SSRI's: initiële toename van de angst, maagdarfstoornissen bij de start van de behandeling, hoofdpijn, gewichtsverandering, emotionele afvlakking, seksuele disfunctie (soms blijvend na afbouwen medicatie!) en slaapstoornissen.
- TCA's: droge mond, obstipatie en vooral bij ouderen cognitief disfunctioneren en verwardheid. Relatieve contra-indicatie voor TCA's bij cognitieve stoornissen, vanwege de anticholinerge effecten.

#### Specifieke intoxicatiesyndroom

Zeldzaam maar potentieel fatale serotoninesyndroom:

Kan ontstaan na inname van serotonerge medicatie, zoals triptanen, en SSRI's of serotonege TCA 's (: clomipramine en imipramine), maar ook geneesmiddelen zoals tramadol, sint-janskruid.

klinisch beeld: eerste symptomen kunnen snel na 1<sup>e</sup> inname optreden tot enkele weken na de start. De meest kenmerkende symptomen zijn bewustzijnsverandering, autonome disfunctie (bloeddruk, koorts, diarree etc) en delirante verschijnselen. Een fatale afloop is meestal het gevolg van dis, cardiale aritmieën, nierinsufficiëntie.

behandeling: staken van oorzakelijke medicatie waarop herstel tot weken kan duren.

#### beknopt Overzicht geneesmiddelen bij angststoornissen en depressie

Geneesmiddel	Startdosis gedurende 2 wk (mg/dag)	Langzaam ophogen tot streefdosis (mg/dag)	max dosis (mg/dag)
<b>SSRI</b>			
Sertraline	50 (ouderen 25)	150 (ouderen 100)	200 (ouderen 150)
Paroxetine	10 - 20	20 - 40	50 - 60+ (ouderen 40)
Citalopram	10	20 - 30 (ouderen 20)	40 (ouderen 20)
<b>TCA</b>			

Clomipramine	25 (ouderen 10)	100 - 150 in 2 - 3 giften (ouderen 30 - 50)	250 in 2 - 3 giften(ouderen 30 - 50)
Imipramine	25 (ouderen 10)	100 – 150 in 2 - 3 giften(ouderen 30 - 50)	300 in 2 - 3 giften(ouderen 30 - 50)

Bron: NHG standaard angst

#### Examen- of podiumvrees

Propranolol 10 - 40 mg, ½ tot 2 uur van tevoren.

#### Chronische pijn

TCA zijn effectief bij veel patiënten met een neuropathisch pijnsyndroom.

(Amitriptyline meest onderzocht (NNT 2 , NNH: 16)

Veel gebruikt en aangetoond effectief:

Duloxetine (Symbalta)

#### Slaapstoornissen

Slapeloosheid: minstens driemaal per week slecht in- en/of doorslapen gepaard gaande met slechter functioneren overdag.

Geef altijd (ook) slaap hygiënische adviezen

Slaapmiddelen zijn alleen geïndiceerd bij hoge lijdensdruk en/of ernstig disfunctioneren overdag.

Schrijf kortdurend (eenmalig) een kortwerkend slaapmiddel voor:

- 10 tot 20 mg temazepam (ouderen 10 mg) of
- 10 mg zolpidem (ouderen 5 mg) en

maximaal 5 tot 10 tabletten, altijd in combinatie met voorlichting en adviezen.

Wees terughoudend met vervolgrecepten.

#### CHRONISCHE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Door de transitie en de daarmee gepaard gaande bezuiniging is de taak van de huisarts veranderd en deels toegenomen. Stabiele chronische patiënten worden terugverwezen, anderzijds is behandeling naast reductie van symptomen meer gericht op herstel van het maatschappelijk functioneren (wonen, werk, betekenisvolle contacten) en herstel van de eigen identiteit. Het aantal intramurale bedden is gereduceerd zodat meer mensen (begeleid) zelfstandig wonen. Deze groep kwetsbare patiënten zullen niet snel zelf hulp zoeken. De huisarts zal een meer proactief en systematisch beleid moeten ontwikkelen.

Uit een enquête<sup>3</sup> kwam naar voren dat 80% van de huisartsen patiënten overnemen uit de SGGZ.

Hoewel huisartsen aangeven zich onbekwaam te voelen om deze groep patiënt te begeleiden of te behandelen zien 76% van de huisartsen zich als het eerste aanspreekpunt in geval van een crisis.

<sup>3</sup> LHV, 2015

Ongeveer 60 % procent van de huisartsen voelt zich verantwoordelijk voor de medische zorg in de chronische fase<sup>4</sup>.

De term die (om beleidsmatige reden) voor deze groep patiënten gebruikt wordt is EPA (ernstige psychiatrische patiënt). Gedefinieerd als: patiënt die langdurig (meer dan 2 jaar) specialistische zorg nodig heeft en langdurig beperkingen heeft op meerdere levensgebieden.

In Nederland zijn 216.000 patiënten onder behandeling bij een GGZ instelling. De schatting is dat er 280.000 patiënten zijn. Dat betekent dat ruim 60.000 mensen geen zorg behandeling van de SGGZ krijgen. Een deel zal via de huisarts behandeld en begeleid worden.

Per norm praktijk zijn ongeveer 30 patiënten die onder behandeling zijn of 39 patiënten incl. de patiënten die niet onder behandeling van de GGZ zijn. De onderverdeling bij deze kwetsbare groep is:

- 50% schizofrenie;
- 30% psychose spectrum;
- 17% bipolair;
- overige: autisme, persoonlijkheidsstoornis, recidiverende angst en stemmingsstoornissen.

### Behandeling

Het instellen op anti psychotica is vooral de taak van de psychiater. In specifieke gevallen zal de huisarts als eerste een patiënt instellen op een anti psychoticum. Zoals bijvoorbeeld in geval van een delier.

De taak van de huisarts (als medebehandelaar) beperkt zich meestal tot medicatie controle bij patiënten met een chronische psychiatrische stoornis die stabiel zijn. Naast indicatie stelling is dus vooral kennis over bijwerkingen van anti psychotica belangrijk. De levensverwachting van patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis, zoals schizofrenie, ligt 15 jaar onder die van de gemiddelde Nederlander. Naast suïcides en ongevallen is er een grotere kans op DM/COPD /hart en vaataandoeningen. **Screenen op het metabool syndroom en behandelen behoort tot de taak van de huisarts.**

### Indicaties anti psychotica

- Psychotische stoornissen (schizofrenie, schizo-affectieve stoornis)
- Manie
- Delier
- Psychotische verschijnselen bij persoonlijkheidsstoornissen, autisme spectrum stoornissen, dementie, verstandelijke beperking

### BIPOLAIRE STOORNIS

Bipolaire stoornis (manische depressieve stoornis) wordt gekenmerkt door manische, hypomane episodes afgewisseld door depressieve periodes. Eerste episode rond 20<sup>e</sup> jaar.

Prevalentie: lifetime prevalentie 1,8% (Nemesis). Van elke 10 mensen met een depressie heeft er 1 een (hypo)manische episode door gemaakt. Het voorkomen is bij vrouwen en mannen gelijk (i.t.t. depressie tweemaal zo vaak bij vrouwen als bij mannen).

### Behandeling

---

<sup>4</sup> Proefschrift M. Oud 2009



Behandeling zal in de acute fase vaak gedwongen moeten plaats vinden (IBS of RM).  
Behandeling, begeleiding en medicatie controle vindt meestal plaats in de GGZ-S.  
Echter elke huisartsenpraktijk zal een aantal patiënten hebben die zich onttrekken aan de behandeling, of stabiel zijn en binnen de huisartsenpraktijk begeleid, behandeld worden.

#### Manische acute fase

Stemmings stabilisator: lithium, carbamazepine, valproaat

- anti psychoticum
- benzodiazepine

#### Acute bipolaire depressie

Stemmingsstabilisator indien onvoldoende respons na 4 weken evt. anti depressivum toevoegen (cave uitlokking acute manie)

*Onderhoudsbehandeling*: stemmingsstabilisator, eerste keus lithium (enige stabilisator waarbij de profylactische werking is aangetoond)

#### Lithium

Onderhoudsbehandeling van bipolaire stoornis, bij de acute manische fase en bij een bipolaire depressie is lithium een middel van eerste keus. Voor toepassing bij de manische fase behoort het met de antipsychotica en valproïnezuur tot de voorkeurmiddelen. Instellen en medicatie controle dient te gebeuren door een arts met ervaring met bipolaire stoornis en lithium. Lithium heeft een smalle therapeutische breedte: titreren en aanpassen op geleide van de plasmaspiegel.

#### Bijwerkingen (zie farmacotherapeutisch kompas)

Bij therapeutische bloedspiegels: maagdarm stoornissen, tremor, gewichtstoename, oedeem, huidproblemen, alopecia, nierfunctiestoornis bij langdurig gebruik, polyurie en polydipsie; struma en hypothyroïdie), hyperthyroïdie.

Bij oudere mensen kunnen delirante toestanden voorkomen: leukocytose, lichte agranulocytose. Zelden cardiovasculaire verschijnselen (hartstilstand, ritmestoornissen, cardiomyopathie), hypotensie, extrapiramidale effecten, neuroleptisch maligne syndroom, serotoninesyndroom.

Onafhankelijk van de bloedspiegel kunnen voorkomen: renale diabetes insipidus, verhoogde ADH-spiegels, hyperglykemie, pruritus en metaalsmaak. Hypercalciëmie, hypermagnesiëmie, wazig zien, nystagmus, nefrotisch syndroom, seksuele disfunctie, plotseling onverklaarbaar overlijden. Bij langdurige behandeling (> 10 jaar): renale microcysten, niercarcinoom.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen klassieke en atypische anti psychotica waarbij de aanname is dat atypische anti psychotica minder bijwerkingen zouden hebben, met name wat betreft parkinsonisme. Dit is echter gebaseerd door de farmaceutische industrie gefinancierd onderzoek en

is niet evidence based. Een uitzondering is clozapine en dit is dan ook een middel van keuze in geval van ziekte van Parkinson<sup>5</sup>.

Anti psychotica	Bijwerkingen anti psychotica
<p><b>Klassieke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haloperidol (Haldol)</li> <li>• clozapine (leponex)</li> <li>• fluspirileen (Imap)</li> <li>• levomepromazine (nozinan)</li> <li>• penfluridol (semap)</li> <li>• periciazine (neuleptil)</li> <li>• pimozide (orap)</li> <li>• pipamperon (dipiperon)</li> <li>• zuclopentixol (cisordinol, acutard)?</li> </ul>	<p><b>Klassieke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrapiramidale stoornissen</li> <li>• Verhoging prolactinespiegel</li> <li>• Cardiale bijwerkingen</li> <li>• NB. Tardieve dyskinesieën</li> </ul>
<p><b>Atypische</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• clozapine (leponex)</li> <li>• Olanzapine (Zyprexa)</li> <li>• Risperidon (Risperdal)</li> <li>• Quetiapine (Seroquel)</li> </ul>	<p><b>Atypische</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrapiramidale verschijnselen</li> <li>• Sedatie</li> <li>• Gewichtstoename (NB. Metabool syndroom)</li> <li>• Cardiale bijwerkingen</li> </ul> <p>Clozapine: Agranulocytose (NB. labcontroles)</p>
<p><b>Depotpreparaat</b> 1x per 1-4 weken intramusculair</p>	<p>Diverse middelen zijn ook in depot vorm</p>

#### *Maligne neuroleptica syndroom*

zeldzame, mogelijk dodelijke bijwerking, plotseling ontstaand, met rigiditeit, bewegingsstoornissen, hyperthermie, bewustzijnsveranderingen

## OUDEREN

### DELIER (zie ook NHG standaard)

Door de vergrijzing komt delier vaker voor. Het onderscheid tussen een delier, depressie en dementie kan soms moeilijk zijn. Denk aan een delier bij verwardheid, desoriëntatie die in een korte tijd ontstaan is en daarbij wisselend kan zijn. Het korte termijn geheugen is verstoord. Het delier wordt uitgelokt door een somatische aandoening (bijv. infectie), medicatiewijziging, trauma, urineretentie.

Er zijn verschillende verschijningsvormen:

- onrustige vorm (agitatie, wanen, hallucinaties);

<sup>5</sup> Farmaceutische kompas 2016

- de apathische, hierbij bewustzijnsdaling op de voorgrond (soms laat ontdekt);
- de gemengde vorm (vaak bij ouderen).

Indien een verwijzing geïndiceerd is dient dat te gebeuren naar een somatisch ziekenhuis en niet naar een GGZ instelling.

Overweeg symptoombehandeling alleen bij hevige motorische onrust, angst en/of hallucinaties.

1<sup>e</sup> keus haloperidol (maximaal 1 week) in laagste effectieve dosering; alleen bij blijvende onrust in combinatie met lorazepam (zie stroomschema).

Bij de ziekte van Parkinson, 'Lewy body'-dementie: geen haldol; overleg met specialist;

Bij alcohol onttrekkingsdelier: lorazepam 1 tot 2 mg/2 uur oraal of parenteraal, op korte termijn aangevuld met vitamine B<sub>1</sub>-suppletie.

Delier in de palliatieve fase delier na verhoging morfine dosering verlagen of opioïde vervangen. Zo nodig dosering haloperidol ophogen tot maximaal 20 mg/24 uur, zonder beperking gebruiksduur; eventueel in combinatie met lorazepam 1 tot 2 mg, zo nodig elke 6 uur; bij slikproblemen sublinguaal of parenteraal.