

Opwindingsdelier - factsheet voor politie

Inleiding

Omgaan met agressief gedrag is onderdeel van de politiepraktijk. Belangrijk voor die praktijk is het onderscheid te kunnen maken tussen moedwillig agressief gedrag en agressief gedrag ten gevolge van een zogenaamd opwindingsdelier. Dit laatste is een medische complicatie, vaak gerelateerd aan drugsgebruik. Het vraagt een specifieke aanpak, mede vanwege de kans op overlijden. Samenwerking met medische diensten is van groot belang. Dit factsheet is geschreven vanuit het perspectief van uitgaansgeweld, al komt het opwindings-delier ook in andere situaties voor.

Wat is het

Het opwindingsdelier is een ernstig gezondheidsprobleem. In de buitenlandse literatuur wordt het *Excited Delirium*, *Excited Delirium Syndrome* of *Agitated Delirium* genoemd. Het wordt doorgaans beschreven als een verstoorde geestelijke toestand, die gepaard gaat met een wisselend bewustzijnsniveau en hevige agitatie/opwinding, vecht- of gewelddadig gedrag.

Hoe herken je het?

Het opwindingsdelier wordt gekenmerkt door

- agitatie (extreme opwinding)
- "bovennatuurlijke" kracht
- contactloosheid

Het onderscheidt zich daarmee van andere vormen van agressie. De patiënt is niet in staat te reageren op overmacht of fixatie – hij kan niet stoppen met 'de ruimte zoeken', hetgeen als verzet kan worden opgevat. Vaak is er ook sprake van oververhitting: een te hoog opgelopen lichaamstemperatuur.

Kenmerken die daarnaast worden genoemd: ongevoeligheid voor pijn, continue activiteit, niet reageren op contact of interventies, immense kracht, snelle ademhaling, onvermoeibaar, naakt of ongepast gekleed gaan, hevig zweten, hete huid, aangetrokken door glas/vernielen van glas (2).

Wat is het risico

Hart en organen hebben flink te lijden onder een opwindingsdelier zeker wanneer de patient in bedwang wordt gehouden en zijn energie niet kwijt kan. De patient kan zich letterlijk dood vechten. Tegelijk vraagt het ongecontroleerde agressief uitziende gedrag van de patient om fixatie: de veiligheid van de patient, omstanders en hulpverleners dienen beschermd te worden. De kans op overlijden neemt af wanneer het delier tijdig wordt herkend en er zodanig gehandeld wordt dat het hart en de ademhaling ontzien worden.

Wat te doen

Bij het omgaan met een opwindingsdelier is het ingewikkeld om de juiste balans te vinden tussen zorg voor de patient, de veiligheid voor de patient en omgeving en de eigen veiligheid van politiemedewerkers. Samenwerking tussen veiligheids- en medisch personeel is belangrijk.

- De belangrijkste component van actie is het erkennen en herkennen van het beeld en dit te onderscheiden van gerichte/bewuste agressie.

- De politie dient met spoed ambulancezorg in te (laten) roepen en daarbij te melden dat het gaat om een opwindingsdelier.
- In afwachting van de hulpdienst moet de patient veilig gefixeerd worden: de luchtwegen en ademhaling niet belemmeren en gecontroleerd fixeren zodat het hart niet harder moet werken dan nodig (3). Indien mogelijk kan de patient worden overgebracht naar een omgeving waar weinig schade kan worden opgelopen of aangericht.
- Ambulancepersoneel kan de patient sederen (met medicijnen kalmeren) en daarmee de levensbedreigende situatie doorbreken.
- Na sedatie zorgen voor een zo veilig mogelijk transport naar een ziekenhuis.
- Een patient met opwindingsdelier moet altijd door een arts gezien worden omdat er schade aan organen ontstaan kan zijn.

Samengevat geldt als algemene regel voor de gezamenlijke actie van politie en medische zorg:

- **Identificeer:** Herken het beeld aan de hand van de kenmerken
- **Controleer:** Zorg voor een veilige fixatie
- **Sedeer:** Ambulancedienst kan kalmerende middelen toedienen
- **Transporteer:** Zorg voor veilig transport naar een ziekenhuis

Meer informatie

Wat is de oorzaak

Het opwindingsdelier ontstaat door overprikkeling van de hersenen. De hersenen zenden stresssignalen naar het hele lichaam. Daardoor gaat het hart sneller werken, de vaten vernauwen, de ademhaling versnelt en de spierspanning neemt toe. Wanneer dit lang aanhoudt en/of wanneer de patient zijn energie niet kwijt kan, moet het hart veel te hard werken en ontstaat door zuurstoftekort onherstelbare orgaanschade en schade aan het hart, soms met de dood tot gevolg. Drugs, zoals cocaïne (of de onthouding van drugs bij verslaving) kunnen het opwindingsdelier veroorzaken, maar ook medicatie of lichamelijke ziekten bij mensen met een psychiatrische stoornis.

Hoe vaak komt het voor

Uit dit grootschalig Canadees onderzoek bij de politie (1), bleek dat in 1 op 6 van de agressiegevallen sprake was van 3 of meer kenmerken van het opwindingsdelier. Cijfers voor de Nederlandse situatie zijn er niet (2). Wel zijn er cijfers uit onderzoek door EducareGroningen naar gezondheidsverstoringen op dance-events in Nederland. Tussen 1996 en 2011 bleken er ongeveer 40 gevallen van opwindingsdelier te zijn geregistreerd tijdens ongeveer 300 evenementen. Het werkelijke aantal is waarschijnlijk hoger. Het is aannemelijk dat er gevallen geweest zijn, die door de evenementenbeveiliging/politie niet herkend zijn als een medisch noodgeval, maar afgehandeld zijn als agressie of een openbare orde probleem.

In welke context kunnen politiemensen hiermee in aanraking komen?

Incidentele gevallen kunnen zich altijd voordoen, bijvoorbeeld ten gevolge van psychiatrische problematiek of bij verslaafde arrestanten in de politiecel ten gevolge van onthoudingsverschijnselen. De kans met het opwindingsdelier in aanraking te komen is echter groter

- op festivals en feesten waar stimulerende middelen gebruikt worden
- bij voetbalrellen - stimulerende middelen kunnen worden gebruikt door voetbalhooligans om zich op te laden bij rellen
- bij uitgaansgeweld

Bij meldingen door burgers zal vaak gerept worden van excessief geweld en openbare orde problemen, veroorzaakt door één individueel persoon.

Wat *niet* te doen

Door de ongeremde agressie en het feit dat de patiënt op geen enkele corrigerende interventie reageert, is het moeilijk zelf rustig te blijven en de zelfbeheersing te behouden. Toch is het belangrijk zichzelf in de hand te houden. Ongecontroleerd fysiek tegengeweld helpt niet en brengt de patiënt in gevaar: de patient kan niet stoppen met strijden tegen de fixatie en het hart dat door het delier al overbelast is, zal bezwijken.

Ook moeten de luchtwegen en/of de ademhaling niet belemmerd worden. Buikligging en pepperspray mogen niet worden toegepast.

Vanwege de mentale toestand zullen patiënten met een opwindingsdelier bovendien niet (adequaat) reageren op pepperspray of stroomstootwapens.

Wat zijn risico's voor omstanders en hulpverleners

Door de heftige en moeilijk te controleren agressie liggen verschillende risico's en de kans op escalatie van geweld op de loer:

- naar de aard van de situatie is het moeilijk om zelf rustig te blijven
- vrienden of andere bezorgde omstanders willen waarschijnlijk helpen; wanneer zij onder druk van de situatie door politie of security agressief worden bejegend wordt het probleem alleen maar groter
- omstanders worden aangetrokken door de onrust en willen de politie helpen door de 'raddraaier' flink aan te pakken
- omstanders kunnen door de ongerichte agressie letterlijk geraakt worden en daar agressief op reageren of gewond raken
- patient kan onbedoeld bezittingen vernielen waar omstanders op kunnen reageren

Extra complicatie is het als omstanders onder invloed zijn van alcohol en/of drugs. Zij beoordelen gezichtsuitdrukkingen en aanwijzingen van autoriteiten vaak verkeerd en reageren ongeremder dan normaal.

Ter aanvulling:

- Bij EducareGroningen is een in scene filmpje over opwindingsdelier op te vragen (educare@home.nl). Het filmpje geeft een indruk van het toestandsbeeld.
- Filmpje opwindingsdelier van [Washingtons Most Wanted](#) voor indruk adequate politiezorg
- De GGD Amsterdam werkt met een aantal partijen aan een richtlijn voor de aanpak van het Excited Delirium Syndroom. Deze richtlijn wordt op 1 oktober 2013 gepresenteerd tijdens een werkconferentie onder de titel Extreme opwindingstoestanden – een nieuwe aanpak om overlijden te voorkomen.

Augustus 2013 | Deze infosheet is geschreven door het Trimbos-instituut, projectteam Uitgaan Alcohol en Drugs en J Krul, EducareGroningen met advies van JW de Boer - MAI, P Kroep - Politie Hollands Midden, E Croes – Monitor Drugsincidenten. Contact: uitgaanalcoholendugs@trimbos.nl



TOOLS VOOR PREVENTIE



INGEVOEGDE REFERENTIES

1. Hall CA, Kader AS, Danielle McHale AM, Stewart L, Fick GH, Vilke GM. Frequency of signs of excited delirium syndrome in subjects undergoing police use of force: Descriptive evaluation of a prospective, consecutive cohort. *Journal of forensic and legal medicine*. 2013 Feb;20(2):102-7. PubMed PMID: 23357395.
2. Das CK, Ceelen M, Dorn T, de Jong JT. [Cocaine use and sudden death: excited delirium syndrome]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2009;153:B299. PubMed PMID: 19785904. Cocainegebruik en plotseling overlijden: het geagiteerd-deliriumsyndroom.
3. Kleinman D. Excited delirium. Patients exhibiting signs of excited delirium present unique challenges for EMS. *EMS magazine*. 2009 Mar;38(3):55-9. PubMed PMID: 19374108.

Overige referenties

- Pollanen MS, Chiasson DA, Cairns JT, Young JG. Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community. *Can Med Ass J*. 1998;158 (12):1603-7.
- Ross DL. Factors associated with excited delirium deaths in police custody. *Mod Pathol*. 1998;11 1127-37.
- O'Hollaran RL, Lewman LV. Restraint asphyxiation in excited delirium. *Am J Forensic Med Pathol*. 1993;14(4):289-95.
- Stratton SJ, Rogers C, Brickett K, Gruzinski G. Factors associated with sudden death of individuals requiring restraint for excited delirium. *Amer J Emerg Med*. 2001;19 (3):187-91.
- Vilke GM, Debard ML, Chan TC, Ho JD, Dawes DM, Hall C, et al. Excited Delirium Syndrome (ExDS): Defining Based on a Review of the Literature. *J Emerg Med*. 2011.
- Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vazquez R, et al. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *EurHeart J*. 2010;31(3):318-29.
- Otahbachi M, Cevik C, Bagdure S, Nugent K. Excited delirium, restraints, and unexpected death: a review of pathogenesis. *The American journal of forensic medicine and pathology*. 2010 Jun;31(2):107-12. PubMed PMID: 2019063
- Truscott A. A knee in the neck of excited delirium. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2008 Mar 11;178(6):669-70. PubMed PMID: 18332375. Pubmed Central PMCID: 2263095.