



Opwindingsdelier

Factsheet voor politie, beveiliging en hulpverlening

Het opwindingsdelier is een ernstig en acuut gezondheidsprobleem dat zich toont als ongerichte agressie, vaak gerelateerd aan druggebruik. Omgaan met agressief gedrag is onderdeel van het professioneel handelen van politie, veiligheidspersoneel en hulpverleners. Belangrijk voor die praktijk is het onderscheid te kunnen maken tussen moedwillig agressief gedrag en agressief gedrag ten gevolge van een zogenaamd opwindingsdelier. Opwindingsdelier vraagt een specifieke medische aanpak, mede vanwege de kans op overlijden. Samenwerking tussen de verschillende diensten als politie, veiligheidspersoneel en hulpverleners is van groot belang. Deze factsheet beschrijft wat een opwindingsdelier is, hoe het te herkennen is en wat het handelingsperspectief is. Het is geschreven vanuit het perspectief van uitgaansgeweld, al komt het opwindingsdelier ook in andere situaties voor.

Wat is het

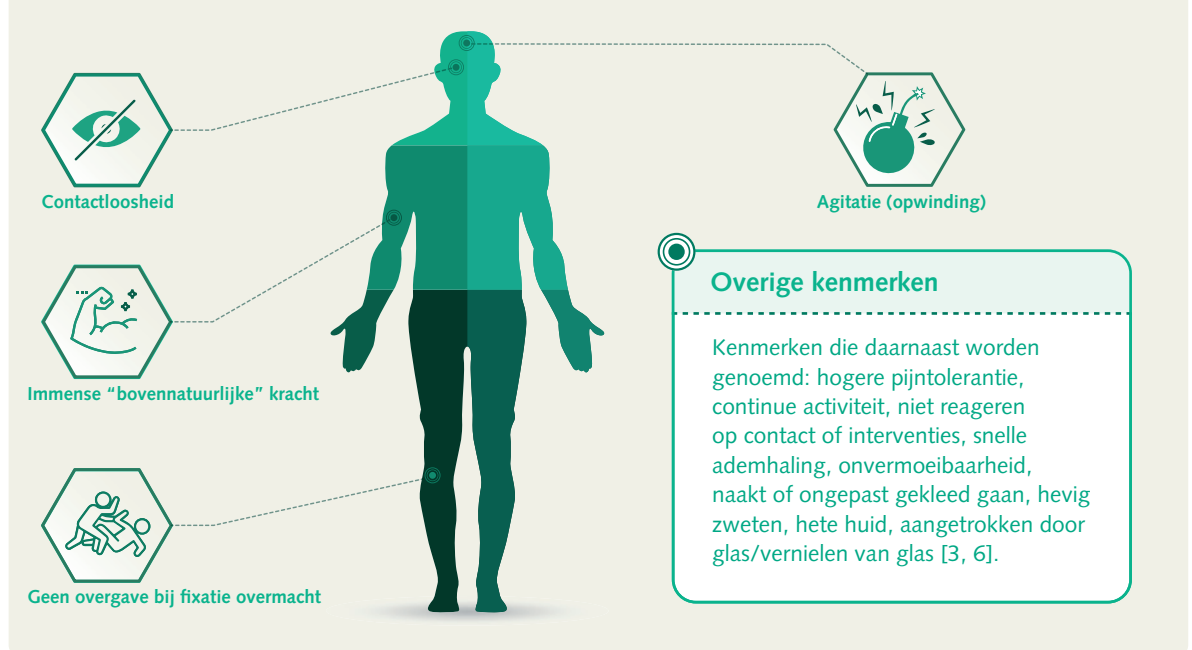
Het opwindingsdelier is een ernstig en acuut gezondheidsprobleem dat zich uit in ongerichte agressie. In de buitenlandse literatuur en in de Richtlijn Excited Delirium Syndroom van de GGD Amsterdam wordt het *Excited Delirium*, *Excited Delirium Syndrome* (EDS of ExDS) of *Agitated Delirium* genoemd [1-4]. Het wordt doorgaans beschreven als een verstoorde geestelijke toestand, die gepaard gaat met een wisselend bewustzijnsniveau en hevige opwindning (agitatie), vecht- of gewelddadig gedrag.

Hoe herken je een opwindingsdelier

De kenmerken van een opwindingsdelier worden weergegeven in de illustratie op de volgende pagina. Het opwindingsdelier onderscheidt zich van andere vormen van agressie: de patiënt is niet in staat adequaat 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. Het merendeel van patiënten met een opwindingsdelier is man, heeft een jonge leeftijd en/of overgewicht [5]. In de praktijk blijkt een opwindingsdelier lastig te diagnosticeren, ook omdat er vooralsnog geen formele diagnose voor is [5].

Om een indruk te krijgen van het toestandsbeeld bij een opwindingsdelier heeft educaregroningen dit filmpje ontwikkeld. Het filmpje van 4 News Now (Engelstalig) geeft een indruk van adequate politiezorg.

Belangrijkste kenmerken van een opwindingsdelier



Wat is het risico: patiënt kan overlijden

Hart en organen hebben flink te lijden onder een opwindingsdelier, zeker wanneer de patiënt in bedwang wordt gehouden. De patiënt kan zich letterlijk dood vechten. Daarnaast vraagt het ongecontroleerde agressief uitzien gedrag van de patiënt om fixatie: de veiligheid van de patiënt, omstanders en hulpverleners dienen beschermd te worden. Er is vooralsnog geen bewijs gevonden dat het hebben van een opwindingsdelier inherent dodelijk is. Uit onderzoek blijkt dat wanneer een opwindingsdelier een dodelijke afloop heeft, de patiënt meestal hardhandig in bedwang is gehouden [7]. De kans op overlijden neemt af wanneer het delier tijdig wordt herkend en er zodanig gehandeld wordt dat het hart, de luchtwegen en de ademhaling ontzien worden.

Wat te doen: herken het beeld en beperk prikkels

Bij het omgaan met een opwindingsdelier is het ingewikkeld om de juiste balans te vinden tussen zorg voor de patiënt, de veiligheid voor de patiënt en omgeving en de eigen veiligheid van politiemedewerkers. Voor de patiënt is het allerbelangrijkste om rustig te worden en zo min mogelijk verdere prikkels te krijgen. Samenwerking tussen veiligheids- en medisch personeel is belangrijk [8].

- De belangrijkste component van actie is het erkennen en herkennen van het beeld en dit te onderscheiden van gerichte/bewuste agressie.
- De politie of beveiliging dient met spoed

ambulancezorg in te (laten) roepen en daarbij te melden dat het gaat om een opwindingsdelier (EDS).

- In afwachting van de hulpdienst moet de patiënt veilig gefixeerd worden: de luchtwegen en ademhaling niet belemmeren en gecontroleerd fixeren zodat het hart niet harder moet werken dan nodig. Vermijd buikligging (kies voor rug- of zijligging of een zitpositie) en fixeër uitsluitend de ledematen [5, 9, 10]. Wanneer de patiënt opzettelijk naar de politie of hulpdiensten spuugt, kan er gebruik gemaakt worden van een spuugmasker. Deze belemmert de ademhaling niet [11]. Breng indien mogelijk de patiënt over naar een omgeving waar weinig schade kan worden opgelopen of aangericht [8, 12, 13].
- Ambulancepersoneel kan de patiënt sederen (met medicijnen kalmeren) en daarmee de levensbedreigende situatie doorbreken. In het Landelijk Protocol Ambulancezorg wordt Midazolam voorgeschreven bij onrust indien sprake is van opwindingsdelier [14].
- Na sedatie moeten de hulpdiensten zorgen voor een zo veilig mogelijk transport naar een ziekenhuis.
- Een patiënt 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

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 bloedvaten vernauwen, de ademhaling versnelt en de spierspanning neemt toe. Wanneer dit lang aanhoudt, 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 problematisch middelengebruik) kunnen het opwindingsdelier veroorzaken [6]. Daarnaast kunnen lichamelijke problemen, waaronder infectie, koorts en dehydratie een (opwindings)delier uitlokken.

Hoe vaak komt het voor?

Uit een systematische literatuur review uit 2017 blijkt dat de prevalentiecijfers van opwindingsdelier sterk kunnen verschillen, afhankelijk van de sector waar je het aan vraagt (medisch of non-medisch) [5]. Nederlandse cijfers over de prevalentie van opwindingsdelier zijn er niet [15]. De meest recente Nederlandse cijfers zijn afkomstig uit

een 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 komt het opwindingsdelier voor?

De kans met het opwindingsdelier in aanraking te komen is het grootst

- 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.

Gevalen van opwindingsdelier kunnen zich in de openbare ruimte buiten het uitgaansleven voordoen ten gevolge van psychiatrische problematiek of bij arrestanten in de politiecel die opgepakt zijn wegens overlast (denk aan geweld, uitgaansoverlast etc.) of bij verslaafde arrestanten.



Casus: opwindingsdelier op straat

De politie krijgt een melding over een erg onrustige 28-jarige man op straat die mogelijk onder invloed van drugs is. Bij aankomst treft de politie een halfnaakte hevig geagiteerde man aan. Hij is extreem beweeglijk, slaakt onduidelijke kreten en spuugt. Omdat er een opwindingsdelier wordt vermoed, wordt gezorgd dat er een ambulance aanwezig is alvorens de man benaderd wordt door de politie. Met moeite kan de man overmeesterd worden door meerdere politieagenten. Een ambulancemedewerker dient een sederend middel toe en de man wordt per ambulance naar de SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd.



Opwindingsdelier (EDS) of GHB-onthoudingsdelier?

De politie en forensisch artsen worden steeds vaker geconfronteerd met aan GHB verslaafde arrestanten in de politiecel. De problematiek bij deze groep arrestanten betreft zowel intoxicaties als onthoudingsverschijnselen. Een onthoudingsdelier is een van de mogelijke complicaties. Een GHB onthoudingsdelier is niet te onderscheiden van een delier met een andere oorzaak. De GGD Amsterdam ontwikkelde daarom naast haar Richtlijn EDS de Richtlijn 'Verwarde personen inclusief GHB onthoudingsdelier en Excited Delirium Syndroom'. Deze richtlijn (september 2016) bevat werkinstructies voor alle betrokken hulpverlenende partijen voor de omgang met verwarde, angstige, onrustige en/of agressieve personen, waaronder arrestanten met een GHB onthoudingsdelier of personen met EDS ten gevolge van het gebruik van stimulerende middelen. Waar in de Richtlijn EDS meer achtergrondinformatie te vinden is over EDS, gaat de richtlijn verwarde personen meer in op GHB. Beide richtlijnen zijn terug te vinden op de website van [GGD Amsterdam](#).

Wat niet te doen

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

Ook moeten de luchtwegen en/of de ademhaling niet belemmerd worden; vermijd druk op mond, neus, hals en borst. Daarnaast wordt het gebruik van pepperspray afgeraden. Door pepperspray zwellen de slijmvliezen in de luchtwegen op en kan de ademhaling belemmerd worden [1].



Het gebruik van een Taser in relatie tot een opwindingsdelier

Een stroomstootwapen (beter bekend onder de merknaam Taser) is een onderdeel van de wapenuitrusting van de politie in Nederland. De komende jaren zullen er meer politiemensen worden opgeleid om het stroomstootwapen te gebruiken. Hierdoor is het waarschijnlijk dat mensen werkzaam bij politie, beveiliging en hulpverlening in de toekomst vaker te maken hebben met personen die blootgesteld zijn aan een Taser, inclusief personen met een opwindingsdelier. Het gebruik van een Taser brengt gezondheidsrisico's met zich mee zoals een verhoogde kans om te vallen als gevolg van spiersamentrekkingen en in uitzonderlijke gevallen kunnen er problemen met het hart ontstaan. Een belangrijke vraag is of mensen met een opwindingsdelier een risicogroep vormen voor het gebruik van een Taser. Gevallen van overlijden of letsel bij gebruik van een Taser bij mensen met een opwindingsdelier tijdens politie-ingrijpen zijn niet uit te sluiten. Er is nog niet aangetoond of het gebruik van een Taser bij mensen met een opwindingsdelier gevaarlijker is dan andere vormen van politie-ingrijpen [16-19].

Risico's voor omstanders, politie en hulpverleners

Naar de aard van de situatie is het moeilijk voor omstanders om zelf rustig te blijven. Door de heftige en moeilijk te controleren agressie liggen verschillende risico's op de loer, evenals de kans op escalatie van geweld:

- 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.
- De patiënt kan onbedoeld bezittingen vernielen waar omstanders op kunnen reageren.

- politieagenten en hulpverleners kunnen gewond raken. De kans hierop is groter wanneer de patiënt een wapen in bezit heeft of wanneer de agenten lang worstelen om de patiënt onder controle te krijgen [6].
- Een extra complicatie ontstaat wanneer omstanders onder invloed zijn van alcohol en/of drugs. Zij beoordelen gezichtsuitdrukkingen en aanwijzingen van autoriteiten vaak verkeerd en reageren ongeremder dan normaal.

Vanwege de bovenstaande risico's is het verstandig om met voldoende mankracht op een melding van opwindingsdelier af te komen. Omstanders kunnen dan op veilige afstand gehouden worden en uitgelegd worden wat er aan de hand is, terwijl andere agenten, beveiligers of hulpverleners zich om de patiënt bekommeren.





Colofon

Dit is een uitgave van het projectteam
Uitgaan, Alcohol en drugs.

Auteurs

Dr. Jan Krul – Educare Groningen
Aukje Sannen – Trimbos-instituut
Britt Bilderbeek – Trimbos-instituut

Advies

Peter Kroep – Nationale Politie
Karen van den Hondel – GGD Amsterdam
Jan Willem de Boer – MAI
Esther Croes – Monitor Drugsincidenten,
Trimbos-instituut
Marloes van Goor – Trimbos-instituut
Desirée Spronk – Trimbos-instituut

Beeld

Marcel van Dorst – MaRicMedia
Gettyimages.nl

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Artikelnummer: AF1500

Deze uitgave is gratis te downloaden via
www.trimbos.nl/webwinkel

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725 3500 AS
Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© Maart 2021 | Gewijzigde druk,
Trimbos-instituut, Utrecht. Alle rechten
voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag
worden vervaelvoudigd en/of openbaar
gemaakt, in enige vorm of op enige wijze,
zonder voorafgaande toestemming van
het Trimbos-instituut.

Bronnen

1. GGD Amsterdam. (2016). Richtlijn Excited Delirium Syndroom (EDS).
2. Gill, J. R. (2014). The syndrome of excited delirium. *Forensic science, medicine, and pathology*, 10, 223-228.
3. Hall, C. A., Kader, A. S., McHale, A. M. D., Stewart, L., Fick, G. H., & Vilke, G. M. (2013). 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*, 20, 102-107.
4. Vilke, G. M., DeBard, M. L., Chan, T. C., Ho, J. D., Dawes, D. M., Hall, C., ... & Bozeman, W. P. (2012). Excited delirium syndrome (ExDS): defining based on a review of the literature. *The Journal of emergency medicine*, 43, 897-905.
5. Gonin, P., Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P. N. (2018). Excited delirium: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 25(5), 552-565.
6. Baldwin, S., Hall, C., Blaskovits, B., Bennell, C., Lawrence, C., & Semple, T. (2018). Excited delirium syndrome (ExDS): situational factors and risks to officer safety in non-fatal use of force encounters. *International journal of law and psychiatry*, 60, 26-34.
7. Strömmer, E. M., Leith, W., Zeegers, M. P., & Freeman, M. D. (2020). The role of restraint in fatal excited delirium: a research synthesis and pooled analysis. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 1-13.
8. Hall, C., Votova, K., Heyd, C., Walker, M., MacDonald, S., Eramian, D., & Vilke, G. M. (2015). Restraint in police use of force events: examining sudden in custody death for prone and not-prone positions. *Journal of forensic and legal medicine*, 31, 29-35.
9. Bond, C., Morgenstern, J., Heitz, C., & Milne, W. K. (2019). Hot Off the Press: SGEM# 218. Excited Delirium: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 26(1), 106-108.
10. Byard, R. W. (2018). Ongoing issues with the diagnosis of excited delirium.
11. van Essen. (2020). Besluit toekenning mondafscherming politie. *Staatscourant*, 19816, 1-4.
12. Chan, T. C., Neuman, T., Clausen, J., Eisele, J., & Vilke, G. M. (2004). Weight force during prone restraint and respiratory function. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 25(3), 185-189.
13. Hall, C. A., McHale, A. M., Kader, A. S., Stewart, L. C., MacCarthy, C. S., & Fick, G. H. (2012). Incidence and outcome of prone positioning following police use of force in a prospective, consecutive cohort of subjects. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19(2), 83-89.
14. in 't Veld, C., van Exter, P., Rombouts, M., de Visser, M., de Vos, R., Lelieveld, K., & ten Wolde, W. (2019). Landelijk Protocol Ambulancezorg.
15. Das, C. K., Ceelen, M., Dorn, T., & de Jong, J. T. (2009). Cocaine use and sudden death: excited delirium syndrome. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 153, B299-B299.
16. Politie. Stroomstootwapen. Geraadpleegd van <https://www.politie.nl/themas/stroomstootwapen.html>
17. Dückers, M. L. A., Baliatsas, C., Gerbecks, J., & Yzermans, C. J. (2019). Gezondheidseffecten van blootstelling aan stroomstootwapens (Tasers) in de context van wetshandhaving: een systematisch literatuuronderzoek.
18. Jauchem, J. R. (2010). Deaths in custody: are some due to electronic control devices (including TASER® devices) or excited delirium?. *Journal of forensic and legal medicine*, 17(1), 1-7.
19. Goudwaard, M.L., et al. (2019). Getaserd. Medische gevolgen van de inzet van stroomstootwapens. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.