

# Het opwindingsdelier bij gewelddadige arrestatie: preventie, behandeling en controverses

S.G. Heuts\*, J.B. Zoeteman\*, A.F.R.R. van Reijssen, H.L. Van

<b>Achtergrond</b>	Personen met een acute verwardheid kunnen in een medische noodsituatie terecht komen bij aanhouding door politie, met soms een fatale afloop. Dit beeld is bekend komen te staan als het opwindingsdelier. Zowel in de medisch-wetenschappelijke literatuur als in de publieke media is hierover ophef ontstaan.
<b>Doel</b>	Overzicht bieden betreffende de pathofysiologische, epidemiologische en klinische aspecten van het opwindingsdelier, van de controverse en mogelijkheden tot preventie van fatale uitkomst.
<b>Methode</b>	Een systematische review van de literatuur van 1985 tot 2021.
<b>Resultaten</b>	Er werden 103 studies geïncludeerd, waarvan één systematische review en één onderzoekssynthese. Het opwindingsdelier komt met name voor bij jonge, lichamelijk gezonde mannen die onder invloed zijn van drugs en/of een psychiatrische stoornis hebben. Er bestaan meerdere pathofysiologische theorieën: de centrale dopaminerge en de catecholaminerge hypothesen en positionele asfyxie. Op zowel medisch-wetenschappelijk als maatschappelijk vlak is er controverse over het bestaan van het ziektebeeld en over de doodsoorzaak. Er zijn aanwijzingen dat de mortaliteit verminderd kan worden door tijdige herkenning, de-escalatie en medische behandeling.
<b>Conclusie</b>	Het opwindingsdelier is een medische noodtoestand die kan optreden bij fysieke aanhouding van patiënten met een drugsintoxicatie en/of psychiatrische stoornis. Verbeterde samenwerking tussen ggz en politie zou fatale aflopen kunnen voorkomen.

De politie komt geregeld als eerste bij personen die met een acute verwardheid worden aangetroffen. Bij aanhouding wordt soms geweld toegepast en in een klein aantal gevallen ontstaat een ernstige medische noodtoestand die een fatale afloop kan hebben. In de internationale medisch-wetenschappelijke literatuur is dit beeld bekend komen te staan als *excited delirium syndrome*, in Nederland wordt het opwindingsdelier genoemd.<sup>1</sup> Bij acute verwardheidstoestanden is een medisch-psychiatrische evaluatie in een vroeg stadium geïndiceerd. Om patiënten zo spoedig mogelijk over te dragen aan de ggz dient er een nauwe samenwerking te zijn met politie en ambulancediensten. Zowel het landelijke 'Aanjaagteam Verwarde Personen' als de generieke module Acute psychiatrie (GMAP, [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl), 2019) nemen dit als uitgangspunt. Voorheen werd het probleem van verwarde personen langer gerekend tot het domein van politie, ambulance en/of spoedeisendehulpafdelingen. Voor psychiaters is het daarom van belang kennis te nemen van de complicaties die zich kunnen voordoen

bij aanhoudingen van personen met acute verwardheidstoestanden. In het bijzonder geldt dit voor het inschatten van de somatische risico's zodat men adequaat weet te handelen en waar nodig een spoedige overplaatsing naar de spoedeisendehulpafdeling van een algemeen ziekenhuis kan initiëren. Ook is het van belang om vanuit de ggz te investeren in het kennis- en competentieniveau van de politie en eventuele andere ketenpartners.

Het bestaan van het opwindingsdelier wordt geregeld betwijfeld en heeft tot controverses geleid in zowel het maatschappelijk debat als de medische literatuur. We bespreken dat in een aparte paragraaf in het tweede deel van dit artikel. Ten eerste laten we de resultaten zien van een literatuurstudie, waarbij aan de orde komen: het klinische beeld, de epidemiologie, de pathofysiologie, de differentiaaldiagnose en het behandelbeleid. Tot slot pleiten we ervoor dat de controverse niet moet verhinderen om preventieve maatregelen te nemen, te meer daar er verschillende aanwijzingen zijn voor de effectiviteit daarvan.

## AUTEURS

**Simon G. Heuts\***, arts in opleiding tot psychiater, Arkin.

**Jeroen B. Zoeteman\***, psychiater, directeur behandelzaken, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Arkin.

**Aram F.R.R. van Reijssen**, psychiater, manager zorg, Crisisdienst Rotterdam, Parnassia Groep.

**Rien Van**, psychiater, opleider psychiatrie, Arkin, directeur behandelzaken, NPI, onderdeel van Arkin, Amsterdam, en hoofdredacteur *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

\*Beide auteurs hebben in gelijke mate bijgedragen aan het manuscript.

## Correspondentie

Simon Heuts (simon.heuts@arkin.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-10-2022.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(1):22-28

## METHODE

We voerden een zoekopdracht uit in de database van PubMed naar artikelen die tussen januari 1985 en augustus 2021 waren gepubliceerd in het Engels of Nederlands. Daarbij gebruikten we de zoekterm ‘*excited delirium*’ en screenen de referentielijsten van de manuscripten manueel voor aanvullende studies.

Dit leverde 210 resultaten op. De titels en abstracts van de artikelen in de Engelse en Nederlandse taal werden doorgelezen met de vraag of er informatie was betreffende de definitie, epidemiologie, pathofysiologie en/of prognose van het opwindingsdelier en het beleid daarbij. We excludeerden studies waarvan de data reeds elders gepubliceerd waren, dierenstudies en artikelen waarin men primair inging op de rol van stroomstootwapens als doodsoorzaak. SH maakte de selectie van de artikelen. Bij twijfel deed JZ een tweede beoordeling. Uiteindelijk namen we 103 artikelen mee in de bespreking. Zie **figuur 1** voor een stroomdiagram met de resultaten van de zoekopdracht en inclusie.

## RESULTATEN

Er waren 9 studies met epidemiologische data en 47 studies met uitspraken over de pathofysiologische theorie. Van de studies met klinische data (n = 70) was het merendeel een casusbeschrijving (n = 28) of een serie casusbeschrijvingen met minder dan 20 patiënten (n = 26). Voor differentiaaldiagnostische en prognostische informatie gebruikten we de studies met meer dan 20 patiënten (n = 16). Er waren 19 studies naar een specifieke behandeling. In alle studies met een prospectieve opzet (n = 3) en/of meer dan 10 geïncludeerde patiënten (n = 8) onderzocht men de effectiviteit van ketamine. Aangezien ketamine in Nederland niet voor deze indicatie wordt gebruikt, bespreken we deze artikelen niet.

## Wat is het opwindingsdelier?

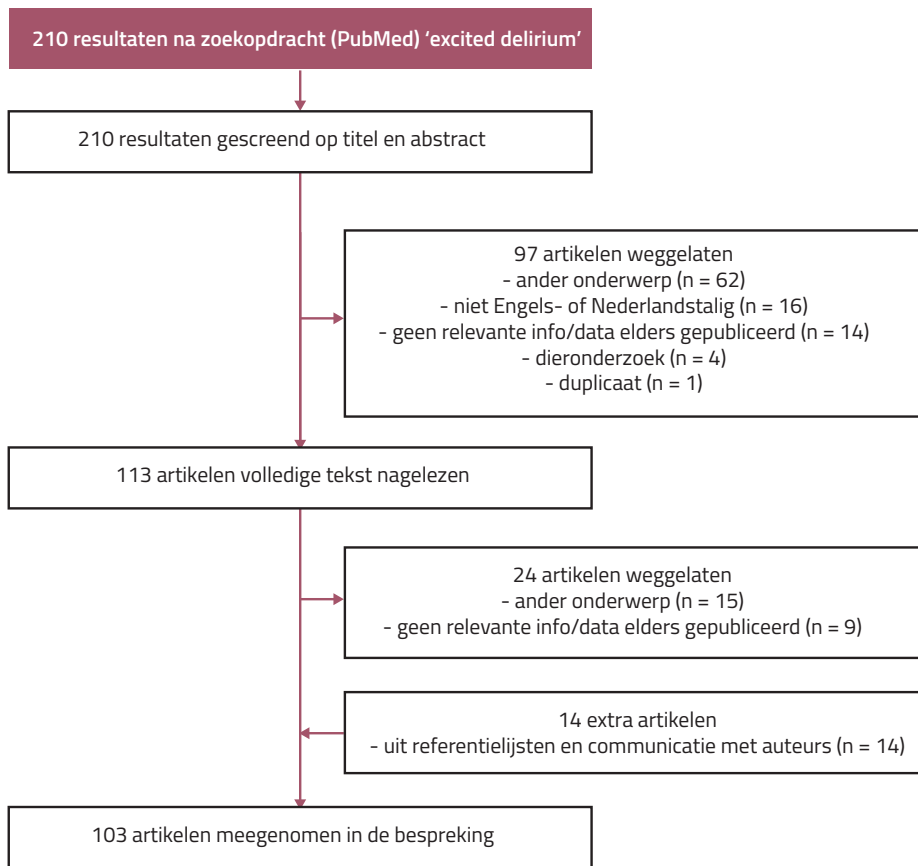
In 1985 beschreven een psychiater en een forensisch geneeskundige uit Miami, destijds het middelpunt van een cocaïne-epidemie, 7 patiënten die werden gezien met een acuut verward en geagiteerd beeld en plots kwamen te overlijden tijdens of kort na gewelddadige aanhouding.<sup>2</sup> De bij autopsie gevonden serumconcentraties cocaïne waren te laag om het overlijden te verklaren, waarop de auteurs dit beeld duiden als een nieuw syndroom: het opwindingsdelier. In het oorspronkelijke artikel werden de symptomen paranoia, bizar en agressief gedrag, bovenmenselijke kracht, noodzaak tot gewelddadig ingrijpen (door ordebezoekers), hyperthermie en een plotse dood genoemd.<sup>2</sup> Bekend is het fenomeen dat de patiënt pas komt te overlijden in de periode van rust na de worsteling, de zogenaamde ‘*period of peril*’.<sup>3</sup>

Er bestaat geen universeel geaccepteerde definitie van het opwindingsdelier. In een richtlijn noemde de Amerikaanse vereniging van spoedeisendehulpartsen als minimale criteria de aanwezigheid van een opwindingsstoestand en delier.<sup>4</sup> Ook gaf men een lijst van 10 symptomen (zie **tabel 1**). Meerdere auteurs hebben sindsdien de aanwezigheid van 6 of meer van deze symptomen beschouwd als definitie van het opwindingsdelier.<sup>5,6</sup>

De meeste studies in de context van de spoedeisende geneeskunde hanteren als definitie de hoogste score op een schaal voor bewustzijn/agitatie, zoals de *Altered Mental Status Scale* (AMSS-score +4)<sup>7</sup> of de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS-score +4).<sup>8</sup>

Het opwindingsdelier is in de literatuur in 73 studies bij in totaal 1537 patiënten beschreven. Het wordt overwegend gevonden bij jonge, lichamelijke gezonde mannelijke patiënten; de gemiddelde leeftijd is 30-40 jaar en 70-100% van de patiënten is man. 38-94% test positief voor drugsgebruik, met name voor stimulantia, en van 32-69% is bekend dat zij een psychiatrische voorgeschiedenis hebben (zie supplementaire bijlage).

**Figuur 1. Stroomdiagram voor literatuurzoekopdracht**



### Epidemiologie

In Amerikaanse studies vanuit de spoedeisende geneeskunde werd beschreven dat 0,006% tot 0,02% van de patiënten voldoet aan de criteria van een opwindingsdelier.<sup>8,9</sup> In een grootschalige prospectieve studie bij politie-eenheden in Canada werd het opwindingsdelier geconstateerd bij 1,7% van de personen die met geweld werden gearresteerd.<sup>6</sup> De GGD in Amsterdam heeft in de periode 2000-2004 bij 5 patiënten het opwindingsdelier gediagnosticeerd tijdens beoordelingen op het cellencomplex.<sup>3</sup>

**Tabel 1. De 10 symptomen van opwindingsdelier volgens het Amerikaanse college van spoedeisendehulpartsen (ACEP Excited Delirium Task Force 2009)<sup>4</sup>**

Kenmerken opwindingsdelier
Agitatie
Onvermoeibaarheid
Hyperthermie
Naakt of deels ontkleed
Versnelde ademhaling
Zweten
'Bovenmenselijke kracht'
Verhoogde pijntolerantie
Niet coöperatief
Aantrekking tot glas(scherven) en/of fel licht

### Pathofysiologie

Er zijn meerdere pathofysiologische hypothesen ontwikkeld. In een dominante theorie postuleert men een extreme hyperdopaminerge toestand die bij sommige chronische cocaïnegebruikers optreedt als gevolg van onvoldoende toename (upregulatie) van de dopaminetransporters, waardoor de dopaminemoleculen langdurig actief blijven in de synaps. Dit zou bij een subgroep van gebruikers met een genetische gevoeligheid hiervoor optreden.<sup>10</sup>

In een tweede hypothese kent men een centrale rol toe aan overmatige catecholaminerge activiteit, veroorzaakt door drugs, manie of psychose, met uiteindelijk cardiale collaps.<sup>11</sup> Er wordt in deze zin ook wel gesproken over het acute stressyndroom; door stress veroorzaakte hoge concentraties adrenaline veroorzaken de symptomen van opwindingsdelier.<sup>12</sup>

In de derde theorie wordt de doodsoorzaak toegeschreven aan verstikking door gewelddadige aanhouding waarbij de patiënt niet in staat is voldoende adem te halen door externe druk op de thorax of hals; positionele asfyxie.<sup>13</sup>

Meerdere auteurs beschouwen de pathofysiologie als een cumulatie van de genoemde factoren. In zeldzame gevallen is er sprake van een specifieke somatische oorzaak (zie tabel 2). In de supplementaire bijlage op de website van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* geven we een overzicht van de theorieën en referenties.

**Tabel 2. Mogelijke doodsoorzaken bij opwindingsdelier**

Hyperthermie
Plotse hartdood (hartfalen of aritmie)
Rabdomyolyse
Positionele asfyxie (verstikking)
Onderliggende somatische oorzaak (hypoglykemie, thyreotoxische crisis of zonnesteek)

Het eindstadium van het syndroom bestaat uit een ernstig somatisch bedreigde toestand met lichamelijke uitputting, hyperthermie, metabole acidose, rabdomyolyse en uiteindelijk hartstilstand.<sup>14</sup> Voor de patholoog is het post mortem moeilijk om de etiologische factoren als de effecten van drugs, adrenerge stimulatie, verminderde ademhaling door geweld, lichamelijke uitputting en eventuele onderliggende (hart)ziekte, van elkaar te onderscheiden.

Tot slot willen we opmerken dat de discussie over het bestaan van het opwindingsdelier ook de pathofysiologische hypothesen betreft. Dit is verder uitgewerkt in de paragraaf controverses.

**Differentiaaldiagnostische overwegingen**

Het opwindingsdelier is een syndroom dat meerdere onderliggende oorzaken kan hebben. In **tabel 3** zijn de onderliggende oorzaken vermeld met de frequentie van voorkomen zoals die gerapporteerd is in studies van minimaal 20 patiënten.<sup>4,8,15-17</sup>

In het acute moment kan geen onderscheid gemaakt worden tussen een drugsintoxicatie, een manische episode, een psychose of een zeldzame somatische oorzaak. Hiervoor is nadere diagnostiek op een spoedeisende hulp vereist. Wel kunnen er aanwijzingen zijn die een bepaalde oorzaak waarschijnlijker maken. Zo kan een heteroanamnese informatie verschaffen over recent drugsgebruik of een psychiatrische voorgeschiedenis. Als bekend is dat iemand onlangs gestart is met antipsychotica kan men het maligne antipsychoticasyndroom overwegen, al gaat dit doorgaans juist gepaard met rigiditeit i.p.v. met beweeglijkheid.

Somatische aandoeningen zijn zeldzaam als oorzaak. Wel dient men na te gaan of er sprake is van een hypoglykemie bij insulineafhankelijke diabetes mellitus of van een thyreotoxische crisis bij schildklierlijden. Bij erg warm en zonnig weer kan er sprake zijn van een

zonnesteek. Als de patiënt klam en bleek is met een lage bloeddruk kan dit passen bij een septische shock (patiënten met een opwindingsdelier hebben normaliter juist hypertensie). Ook GHB-onttrekking kan zich presenteren als een opwindingsdelier.<sup>18</sup>

**Beleid**

Uiteraard blijft in het algemeen de aanbeveling van de GMAP gelden om verwarde personen zo spoedig mogelijk over te dragen aan de ggz. Het opwindingsdelier is hierop in zoverre een uitzondering dat er behoudens verwardheid ook sprake is van een medische noodsituatie. Tijdige herkenning van het potentiële somatische gevaar is belangrijk zodat de patiënt z.s.m. naar een medisch centrum kan worden vervoerd. Uit onderzoek is gebleken dat met name hyperthermie, onvermoeibaarheid en ‘bovenmenselijke kracht’ het opwindingsdelier onderscheiden van meer benigne verwardheidstoestanden.<sup>19</sup>

Tot de ambulance ter plaatse is, verdient het aanbeveling om laagdrempelig te sederen met benzodiazepines en maximaal de-escalerend te werken. Indien fysiek ingrijpen toch onvermijdelijk is, helpt het om de luchtwegen en ademhaling zo vrij mogelijk te houden, patiënt in rugligging te positioneren en de fysieke inspanning van patiënt te minimaliseren.<sup>1,3,10</sup> Een regionale multidisciplinaire richtlijn voor samenwerking van SEH, ambulancediensten, politie, GGD en psychiatrische crisisdienst kan een betere herkenning en afstemming tussen de ketenpartners bevorderen.

**Prognose**

De mortaliteit werd lange tijd geschat op 8-14%.<sup>4</sup> Uit recentere prospectieve studies komen veel lagere mortaliteitscijfers; zoals 1,26% in een serie van 160 patiënten met een opwindingsdelier die werden gearresteerd door de politie.<sup>6</sup> Uit SEH-studies komen mortaliteitscijfers van 0-2%. 39-84% van deze patiënten wordt vervolgens in het ziekenhuis opgenomen met een mediane opnameuur van 35 uur; de rest gaat direct vanaf de SEH huiswaarts.<sup>7,8,20,21</sup> Er zijn geen studies waarbij men heeft gekeken naar restschade of recidiefkans.

**Beperkingen**

Een beperking bij de literatuursearch is het ontbreken van een algemeen geaccepteerde definitie van het syndroom, waardoor de artikelen niet altijd goed te vergelijken zijn. Ook zijn de data uit verschillende contexten

**Tabel 3. Oorzaken opwindingsdelier volgens studies met > 20 patiënten<sup>8,15-17</sup>**

Middelen (38-94%)	Psychiatrische stoornis (32-69%)	Somatische aandoening (zeldzaam)
Cocaïne	Bipolaire stoornis/manie	Hypoglykemie
Amfetamine	Schizofrenie/psychose	Thyreotoxische crisis
Fencyclidine	Katatonie met opwinding	Zonnesteek
GHB-onttrekking	Maligne antipsychoticasyndroom	Takotsubocardiomyopathie
Alcoholonttrekking	Angststoornis	Sepsis

**Tabel 4. Standpunten van medische beroepsverenigingen over *excited delirium syndrome* (EDS)**

Vereniging	Jaar	Standpunten
American Psychiatric Association	2020	De term EDS is te specifiek en moet niet gebruikt worden tot duidelijke diagnostische criteria gevalideerd zijn. Er is onderzoek nodig naar mogelijk disproportionele toepassing van EDS bij psychiatrisch patiënten en etnische minderheden.
American Medical Association	2021	Er is onvoldoende bewijs voor het bestaan van EDS. EDS moet niet gebruikt worden om politiegeweld te verantwoorden. Medische noodsituaties op straat dienen te worden geleid door een arts. Sederende medicatie mag alleen voor strikt medische indicaties worden toegediend.
American College of Emergency Care Physicians	2021	De term EDS is controversieel geworden. De term EDS wordt overgelaten aan de (forensische) pathologie. De diagnostiek en de pathofysiologie van EDS zijn onduidelijk.

afkomstig (zoals de forensische geneeskunde, spoedeisende geneeskunde of de politie) en daarmee lastig onderling vergelijkbaar. Opvallend is dat er geen studies gevonden zijn die specifiek de spoedeisende psychiatrische diensten betreffen.

We moeten er rekening mee houden dat de meeste studies retrospectieve case series of case reports waren. In een van de weinige prospectieve studies werden de metingen uitgevoerd door onvoldoende medisch getrainde agenten.<sup>6</sup> Verder kan het als een beperking gezien worden dat een kleine groep auteurs verantwoordelijk is voor het merendeel van de publicaties over dit onderwerp. Zo zijn nagenoeg alle studies waarin de auteur pleit voor een centrale dopaminerge pathofysiologie afkomstig van dezelfde neuropatholoog.

## Controverses

### Erkenning door beroepsverenigingen

Critici beweren dat het opwindingsdelier een containerbegrip is en bestaat uit meerdere in essentie verschillende ziektebeelden. De Amerikaanse vereniging van spoedeisendehulpverleners (ACEP) heeft het ziektebeeld wel erkend,<sup>4,22</sup> maar de meeste andere medische organisaties, inclusief de American Medical Association (AMA) en de American Psychiatric Association (APA), doen dit niet. De APA publiceerde in 2020 een statement waarin ze de definitie van het opwindingsdelier bekritiseert als te non-specifiek en ook de AMA nam in 2021 stelling afstand van de diagnose. Overigens heeft de ACEP in 2021 ook de term opwindingsdelier verlaten door de bestaande richtlijn te vervangen door een nieuwe richtlijn over het 'hyperactieve delirium' (zie tabel 4). De kritiek is o.a. dat het opwindingsdelier wordt beschouwd als reële entiteit terwijl het in feite een hypothetisch construct is. Deze drogreden heet reïficatie en hiervan is bekend dat deze polarisering en stigmatisering kan voeden.

### Opwindingsdelier als doodsoorzaak

Er is tevens discussie over het opwindingsdelier als doodsoorzaak. In 2020 publiceerden onderzoekers uit

Maastricht een onderzoeksynthese en gepoolde analyse van gepubliceerde casussen van opwindingsdelier waarbij de aanwezigheid van fysiek ingrijpen gerapporteerd was. Zij identificeerden 168 casussen waarvan er 104 een fatale afloop hadden. In de overleden groep bleek aanzienlijk vaker geweld te zijn toegepast (65% versus 20%, oddsratio: 7,4;  $p < 0,01$ ), terwijl de groep die het overleefde vaker sederende medicatie ontving (63% versus 6%, oddsratio: 25;  $p < 0,01$ ). Gezien deze sterke correlatie tussen fysiek ingrijpen en sterfte concludeerden de auteurs dat asfyxie ten gevolge van gewelddadig ingrijpen de meest waarschijnlijke doodsoorzaak is bij het opwindingsdelier.<sup>23</sup> Hoewel dit onderzoek niet onomstotelijk aantoont dat geweld de enige of belangrijkste doodsoorzaak is, laat het wel duidelijk zien dat fysiek ingrijpen een rol speelt.

### Ethische en juridische aspecten

Naast de wetenschappelijke controverse is er een maatschappelijk debat over het gebruik van het begrip opwindingsdelier als medische entiteit ter verhulling van disproportioneel politiegeweld bij psychiatrische patiënten en mensen met een niet-blanke huidskleur en/of een niet-westerse etnische achtergrond (zie supplementaire bijlage). Mensenrechtenorganisaties beweren al langer dat het syndroom wordt gebruikt om doodslag door agenten, vooral verstikking bij gebruik van neklem, verdrukking of positionele asfyxie, te medicaliseren en daarmee te verdoezelen.<sup>22</sup> Daarbij heeft het niet geholpen dat een aantal prominente onderzoekers financiële banden bleek te hebben met de producent van het stroomstootwapen Taser. Men veronderstelde dat aan personen die waren overleden na tasering de diagnose opwindingsdelier post mortem alsnog werd toegekend, zoals in de *New York Times* beschreven.<sup>24</sup> Het overlijden van Mitch Henriquez (in 2015) laat zien dat de controverse over het opwindingsdelier ook in Nederland speelt. Hij was verbaal agressief naar politieagenten en werd fysiek overmeesterd, waarna hij overleed. Drie forensisch artsen duiden de doodsoorzaak als het opwindingsdelier, terwijl drie anderen (twee forensisch pathologen en de behandelend cardioloog-in-

tensivist) de doodsoorzaak toeschreven aan verstikking door een nekklem en externe thoracale druk (positionele asfyxie). Drie hoogleraren Intensivecaregeneeskunde spraken zich publiekelijk uit tegen het bestaan van het opwindingsdelier.<sup>25</sup>

### Maatschappelijke aandacht

In de media verschijnen inmiddels regelmatig berichten over mensen die overlijden na aanhouding door politie, zowel in Nederland als in het buitenland. Door de toegenomen aanwezigheid van camera's komen steeds gedetailleerdere beelden beschikbaar rond aanhoudingen. Een typisch verhaal betreft een verwarde, vaak half ontklede man in de openbare ruimte die niet reageert op aanspreken en/of instructie door politie. De politie staat hier in eerste instantie alleen voor, maar heeft wel als taak een veilige situatie te creëren zodat medisch geschoolde hulpverleners vervolgens in actie kunnen komen. Voor ons als auteurs werkzaam in de acute psychiatrie valt met enige regelmaat de handelingsverlegenheid van betrokken agenten op. Hiermee bedoelen we dat men overgaat tot fysiek ingrijpen terwijl dat mogelijk uitgesteld of afgewend had kunnen worden middels de-escalerende communicatietechnieken. Ook anderen stellen de vraag of elementaire kennis van psychiatrische beelden en verbale de-escalatietechnieken in sommige gevallen een fatale afloop hadden kunnen voorkomen.<sup>26</sup>

Volgens verschillende mediabronnen hebben psychiatrische patiënten een verhoogd risico op overlijden bij contact met de politie. Uit recent Nederlands onderzoek van Bureau Beke naar fatale politie-incidenten in de periode 2016-2020 bleek dat er in 84% van de gevallen sprake was van verward gedrag. In 71% van de gevallen waarbij er geen eenduidige doodsoorzaak was (zoals een schotwond), werd het opwindingsdelier genoemd als oorzaak (<https://bureaubeke.nl/publicaties/fatale-politie-incidenten>). Dit is in lijn met Amerikaanse bevindingen waaruit bleek dat mensen met een psychiatrische aandoening een zevenmaal verhoogde kans hebben om te overlijden tijdens interventie van politieagenten.<sup>26</sup>

Al met al zien we dat de vraag over het bestaan van het opwindingsdelier sterk wordt beïnvloed door de maatschappelijke discussie over institutioneel racisme en disproportioneel politiegeweld. Uiteraard zijn ook wij van mening dat dit waar nodig bestreden moet worden en dat men kritisch moet kijken naar het gebruik (of misbruik) van dit syndroom bij forensisch-geneeskundig onderzoek naar de doodsoorzaak na een gewelddadige aanhouding. Tegelijkertijd denken we dat deze discussie niet belemmerend moet zijn voor het nemen van preventiemaatregelen (en dat ook niet hoeft te zijn).

### Preventiemaatregelen

Voorlichting over en vroege herkenning van een mogelijk opwindingsdelier helpen de politie om in situaties met een verhoogd risico op overlijden beter te handelen.

Het adequaat handelen van psychiaters in deze acute situatie kan soms zelfs levensreddend zijn. De aanpak in Canada kunnen we als voorbeeld zien. Vanaf de jaren 90 gaf de hoofd forensisch geneeskundige in Ontario waarschuwingen aan politieagenten betreffende de gevaren van het opwindingsdelier. Verder worden sinds 2006 alle paramedici getraind om geagiteerde psychiatrische patiënten in rugligging te vervoeren, nadat aanwijzingen waren gevonden dat de buikligging geassocieerd is met een fatale afloop.

In Toronto zijn vanaf 2004 mobiele crisisinterventieteams bestaande uit een ggz-verpleegkundige en een speciaal getrainde politieagent beschikbaar (zogenaamde co-responsteams) en ontvangen agenten eveneens een uitgebreide voorlichting. In een opvolgende retrospectieve studie werd een duidelijke daling van sterfgevallen door opwindingsdelier waargenomen (van gemiddeld 3 per jaar in 2004-2006 naar gemiddeld 0,7 per jaar in 2009-2011), maar dit betrof een retrospectieve studie met kleine getallen.<sup>27</sup>

Dat ook bij de Nederlandse politie deze behoefte leeft, blijkt uit een enquête onder ruim 1000 Nederlandse politieagenten. 65% van hen acht zich onvoldoende toegerust om met psychisch verwarde personen om te gaan en 67% ziet zich soms of vaak genoodzaakt om geweld bij hen te gebruiken. De meerderheid van de agenten (63%) beschouwt de omgang met verwarde personen wél als onderdeel van hun politiewerk.<sup>28</sup>

In Deventer heeft Dimence van 2017-2020 een proef gedaan met een gecombineerd co-responsteam van politieagent en ggz-hulpverlener bij meldingen van personen met verward gedrag. De uitkomsten van deze proef waren dat er sneller getrieerd werd, dat patiënten eerder aankwamen bij de juiste vervolgplek en dat zij minder in de politiecel geplaatst werden.<sup>29</sup>

### Rol voor de Onderzoeksraad voor Veiligheid

Na een geval van een fataal opwindingsdelier volgt onderzoek van de Rijksrecherche dat zich primair richt op de schuldvraag. Vervolgens duurt het lange tijd tot hier verslag van komt. Voorkomen moet worden dat impasses ontstaan doordat incidenten eindigen in geheimhouding of langdurige (juridische) onderzoeken waarvoor de praktijk moeilijk lering uit valt te trekken. Wij menen dat er gezocht moet worden naar een open manier om dit probleem met alle betrokkenen te bespreken. Dit is uiteraard precair indien er sprake is van een evidente schuldvraag. Toch pleiten we voor een zoveel mogelijk 'blame free' kader om te kunnen leren van de situatie en eventuele fouten in de toekomst te voorkomen.

Een organisatie als de Onderzoeksraad voor Veiligheid zou hierin een rol kunnen spelen. Op basis van bijvoorbeeld een reconstructie van het gebeurde kan men concrete verbeterplannen maken en kan een leercurve ontstaan. Door op deze wijze te investeren in samenwerking tussen de ggz en de politie verbetert de zorg voor acuut

verwarde personen, kunnen potentieel fatale situaties worden voorkomen en zullen agenten minder vastlopen in handelingsverlegenheid. Daarbij is het ook wenselijk dat men een betere registratie opzet van personen die door politiegeweld komen te overlijden om inzicht te krijgen in de omvang van het probleem en patronen die een rol spelen.

## CONCLUSIE

Over het bestaan van een potentieel fataal verlopend opwindingsdelier bij politie-ingrijpen zijn velerlei controverses. De in dit artikel besproken pathofysiologische hypothesen en epidemiologische gegevens maken echter duidelijk dat een opwindingsstoestand tijdens politie-ingrijpen kan leiden tot een dodelijke afloop. Dat kunnen fysiologische processen zijn die in meer of mindere mate gerelateerd zijn aan toegepast geweld. In de reconstructies na incidenten is het lastig en soms onmogelijk al deze factoren apart te identificeren.

Onderzoek laat echter zien dat preventieve maatregelen het risico op een fatale afloop aanzienlijk kunnen reduceren. Deze bestaan onder meer uit het scholen van agenten in herkenning van medische noodtoestanden, trainen in de-escalerende technieken, het inzetten van ggz-getrainde agenten en onderhandelaars en verdere samenwerking tussen ggz en politie (zoals Street Triage). Het opwindingsdelier is relatief zeldzaam, maar vanwege het mogelijke fatale beloop is het voor psychiaters belangrijk er altijd alert op te zijn in crisissituaties en te weten hoe te handelen.

 De supplementaire bijlage met een overzicht van de theorieën en referenties vindt u op de website van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

## LITERATUUR

- Achilles A, Das K, Dorn T, e.a. Richtlijn Excited Delirium Syndroom. 2013. [https://www.ggd.amsterdam.nl/publish/pages/472729/richtlijn\\_excited\\_delirium\\_syndroom.pdf](https://www.ggd.amsterdam.nl/publish/pages/472729/richtlijn_excited_delirium_syndroom.pdf)
- Wetli C, Fishbain D. Cocaine-induced psychosis and sudden death in recreational cocaine users. *J Forensic Sci* 1985; 30: 873-80.
- Das CK, Ceelen M, Dorn T, e.a. Cocainegebruik en plotseling overlijden: het geagiteerd-deliriumsyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: B299.
- DeBard ML, Adler J, Bozeman W, e.a. White Paper Report on Excited Delirium Syndrome. 2009. <https://www.acep.org/globalassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/ems-and-disaster-preparedness/ems-resources/acep-excited-delirium-white-paper-final-form.pdf>
- Hall CA, Kader AS, McHale AMD, e.a. Frequency of signs of excited delirium syndrome in subjects undergoing police use of force: Descriptive evaluation of a prospective, consecutive cohort. *J Forensic Leg Med* 2013; 20: 102-7.
- Baldwin S, Hall C, Blaskovits B, e.a. Excited delirium syndrome (ExDS): Situational factors and risks to officer safety in non-fatal use of force encounters. *Int J Law Psychiatry* 2018; 60(3): 26-34.
- Cole JB, Klein LR, Nystrom PC, e.a. A prospective study of ketamine as primary therapy for prehospital profound agitation. *Am J Emerg Med* 2018; 36: 789-96.
- Mo H, Campbell M, Fertel B, e.a. ketamine safety and use in the emergency department for pain and agitation/delirium: a health system experience. *West J Emerg Med* 2020; 21: 272-81.
- Stratton SJ, Rogers C, Brickett K, e.a. Factors associated with sudden death of individuals requiring restraint for excited delirium. *Am J Emerg Med* 2001; 19: 187-91.
- Mash DC. Excited delirium and sudden death: a syndromal disorder at the extreme end of the neuropsychiatric continuum. *Front Physiol* 2016; 7: 435.
- Gonin P, Beysard N, Yersin B, e.a. Excited delirium: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2018; 25: 552-65.
- DiMaio TG, DiMaio VJM. Excited delirium syndrome: cause of death and prevention. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis; 2006.
- O'Halloran RL, Lewman LV. Restraint asphyxiation in excited delirium. *Am J Forensic Med Pathol* 1993; 14: 289-95.
- Dijkhuizen LGM, Kubat B, Duijst WLJM. Sudden death during physical restraint by the Dutch police. *J Forensic Leg Med* 2020; 72: 101966.
- Pollanen MS, Chiasson DA, Cairns JT, e.a. Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community. *CMAJ* 1998; 158: 1603-7.
- Strote J, Walsh M, Auerbach D, e.a. Medical conditions and restraint in patients experiencing excited delirium. *Am J Emerg Med* 2014; 32: 1093-6.
- Riddell J, Tran A, Bengiamin R, e.a. Ketamine as a first-line treatment for severely agitated emergency department patients. *Am J Emerg Med* 2017; 35: 1000-4.
- Van Noorden MS, Kamal R, de Jong CA, e.a. GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154: A1286.
- Baldwin S, Hall C, Bennell C, e.a. Distinguishing features of excited delirium syndrome in non-fatal use of force encounters. *J Forensic Leg Med* 2016; 41(2): 21-27.
- Olives TD, Nystrom PC, Cole JB, e.a. Intubation of profoundly agitated patients treated with prehospital ketamine. *Prehosp Disaster Med* 2016; 31: 593-602.
- Li M, Martinelli AN, Oliver WD, e.a. Evaluation of ketamine for excited delirium syndrome in the adult emergency department. *J Emerg Med* 2019 14: S0736-4679(19)30802-9.
- Byard RW. Ongoing issues with the diagnosis of excited delirium. *Forensic Sci Med Pathol* 2018; 14: 149-151.
- Strömmer EMF, Leith W, Zeegers MP, e.a. The role of restraint in fatal excited delirium: a research synthesis and pooled analysis. *Forensic Sci Med Pathol* 2020; 16: 680-92.
- Valentino-DeVries J. e.a. How paid experts help exonerate police after deaths in custody. *The New York Times* 2021 <https://www.nytimes.com/2021/12/26/us/police-deaths-in-custody-blame.html>
- Arends E, Boer S. Medici: 'Mitch Henriquez niet overleden aan acuut stress-syndroom.' *VPRO Argos* 2017. <https://www.vpro.nl/argos/media/afleveringen/2017/Waaraan-overleed-Mitch-Henriquez-.html>
- Saleh AZ, Appelbaum PS, Liu X, e.a. Deaths of people with mental illness during interactions with law enforcement. *Int J Law Psychiatry* 2018; 58: 110-6.
- Michaud A. Restraint related deaths and excited delirium syndrome in Ontario (2004-2011). *J Forensic Leg Med* 2016; 41: 30-5.
- Koopman E, Spijkerman C. 'Niet gek genoeg.' *Groene Amsterdammer*. 14-10-2020. <https://www.groene.nl/artikel/niet-gek-genoeg>.
- Traas, JHY. Street Triage Deventer. *ZonMw* 2020. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag/street-triage-deventer/verslagen>