

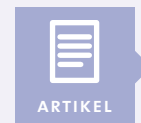
Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking: handvatten voor de praktijk

G. DE KUIJPER, G. DEGRAEVE, J.R. ZINKSTOK

- ACHTERGROND** Het psychofarmacagebruik onder mensen met een verstandelijke beperking (VB) is hoog, vaak langdurig en offlabel.
- DOEL** Het bieden van praktische handvatten bij het voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een VB.
- METHODE** Aan de hand van literatuur en bestaande richtlijnen aanbevelingen doen voor zorgvuldig voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB.
- RESULTATEN** Bij de diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen kan gebruikgemaakt worden van de Diagnostic Manual - Intellectual Disability. Probleemgedrag zonder onderliggende psychische stoornis is geen indicatie voor psychofarmacagebruik. Bij de keuze voor een psychofarmakon moet rekening gehouden worden met de gevoeligheid voor bijwerkingen bij mensen met VB. Gestructureerde en regelmatige evaluatie van therapeutisch effect en bijwerkingen met behulp van meetinstrumenten specifiek voor VB wordt aanbevolen.
- CONCLUSIE** Het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB vraagt specifieke kennis en expertise. Goede onderbouwing en evaluatie van farmacotherapie zijn nodig om zowel onder- als overbehandeling te voorkomen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 786-791

TREFWOORDEN probleemgedrag, psychische stoornis, psychofarmaca, verstandelijke beperking



De prevalentie van psychofarmacagebruik onder mensen met een verstandelijke beperking (VB) is hoog. Recente studies melden percentages van 18% bij adolescenten en 38-90% bij volwassenen (Sullivan 2015; Bowring e.a. 2017). Deze hoge prevalentie is gedeeltelijk te verklaren door het veelvuldig voorkomen van psychische stoornissen in deze populatie (40%, Cooper e.a. 2007). Daarnaast wordt langdurig psychofarmacagebruik voor probleemgedrag bij mensen met VB toegeschreven aan gebrek aan diagnostische mogelijkheden en niet-medicamenteuze behandel-mogelijkheden en aan handelingsverlegenheid van behandelaars en verzorgenden bij probleemgedrag van

hun cliënten (Ramerman e.a. 2018). Het doel van dit artikel is om praktische adviezen te bieden voor het zorgvuldig voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met VB.

Redenen voor voorschrijven van psychofarmaca

Globaal genomen, zijn er twee redenen om psychofarmaca bij mensen met VB voor te schrijven: psychische stoornissen en gedragsproblemen (ook wel probleemgedrag genoemd). Bij probleemgedrag zoals agitatie, agressie, zelfbeschadiging, seksueel ontremd gedrag, roepen of weglopen, is voorschrijven van psychofarmaca offlabel en vaak niet doelmatig. Toch worden soms langdurig psycho-

farmaca voorgeschreven waarbij dit gebruik niet altijd goed geëvalueerd wordt (De Kuijper e.a. 2010; Sheehan e.a. 2015).

Probleemgedrag is op zichzelf geen diagnose, maar een symptoom van onderliggend lijden zoals pijn of ongemak, een somatische of psychiatrische ziekte, chronische slaapproblemen, trauma, overvraging of onderstimulatie. Er lijkt een associatie te bestaan tussen psychische symptomen en stoornissen en probleemgedrag (Holden & Gitlesen 2009) en soms is er een gemeenschappelijke oorzaak voor zowel probleemgedrag als psychische stoornis aan te wijzen.

De multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking (NVAVG 2019) stelt dat bij probleemgedrag uitgebreide diagnostiek moet plaatsvinden (zie **TABEL 1** voor website). De oorzaak van probleemgedrag moet worden opgespoord en aangepakt. Hiertoe werkt de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) intensief samen met gedragsdeskundigen, verzorgenden en familie om samen met de patiënt goed in kaart te brengen welke problemen spelen. In veel gevallen zal door het aanpakken van de onderliggende oorzaken het probleemgedrag afnemen.

Probleemgedrag zonder dat er sprake is van een psychiatrische diagnose is in principe geen indicatie voor psychofarmacagebruik. Voorschrijven van psychofarmaca is dan ook offlabel, met uitzondering van risperidon en aripiprazol voor kortdurend gebruik bij agressie of prikkelbaarheid in de context van autisme. Probleemgedrag kan ook het gevolg zijn van behandeling met somatische medicatie of psychofarmaca (Matson & Mahan 2010). Bekende voorbeelden zijn akathisie bij antipsychotica of paradoxale reacties op benzodiazepines die probleemgedrag kunnen veroorzaken of verergeren.

Na zorgvuldige diagnostiek kan blijken dat aan probleemgedrag een psychische stoornis ten grondslag ligt. Bij mensen met een vB komen frequent psychische stoornissen voor (Cooper e.a. 2007). Er is geen reden om te veronderstellen dat psychofarmaca bij mensen met een vB minder werkzaam zijn dan bij mensen zonder vB. Dat betekent dat wanneer de psychiatrische diagnose en indicatie duidelijk zijn, men de stoornisspecifieke psychiatrische richtlijnen kan volgen.

Diagnostiek van psychische stoornissen en indicatiestelling

De diagnostiek van psychische stoornissen bij mensen met een vB kan bemoeilijkt worden door hun communicatieve en cognitieve beperkingen en door een atypische presentatie. Voor goede diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen is het essentieel dat hier een psychiater

AUTEURS

GERDA DE KUIJPER, arts verstandelijk gehandicapten, Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, GGZ Drenthe, en onderzoeker, afd. Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

GUNTHER DEGRAEVE, psychiater, PC Dr. Guislain, Gent, en AZ Alma, Eeklo, en RCGG, Gent-Deinze-Eeklo, Maldegem.

JANNEKE ZINKSTOK, psychiater en universitair docent, afd. Psychiatrie en Hersencentrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Gerda de Kuijper, GGZ Drenthe, Middenweg 19, 9404 LL Assen.

E-mail: gerda.de.kuijper@ggzdrenthe.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-2019.

bij betrokken is, liefst met ervaring en expertise op het gebied van vB. Het is belangrijk aandacht te hebben voor onderliggende oorzaken van de vB, zo kunnen specifieke genetische syndromen geassocieerd zijn met specifiek probleemgedrag of psychische stoornissen.

Bij de diagnostiek moet er ook aandacht zijn voor diagnostiek van somatische aandoeningen, en voor context en systeem, waarbij zowel familie als het professionele netwerk als 'systeem' gezien kan worden. Ook dient men rekening te houden met de mate van vB (cognitieve niveau) en het emotionele ontwikkelingsniveau van de patiënt (Wieland e.a. 2014).

Er zijn specifieke diagnostische instrumenten beschikbaar; deze worden genoemd in de richtlijn Probleemgedrag (NVAVG 2019). Een handig en compleet hulpmiddel is de *Diagnostic Manual – Intellectual Disability* (DM-ID2; Fletcher e.a. 2017), gebaseerd op de DSM-5 (zie ook **TABEL 1**). In dit handboek wordt bij elke categorie psychische stoornis per niveau van de vB aangegeven of (en zo ja welke) aanpassingen nodig zijn wat betreft de classificatiecriteria. Dit handboek is nuttig omdat mensen met vB psychische klachten niet altijd uiten, of niet op de 'typische' manier, waardoor ze gemist kunnen worden. Daarnaast komt in de vB-populatie *diagnostic overshadowing* voor: het toeschrijven van psychische symptomen aan de verstandelijke beperking. Dit kan tot onderbehandeling leiden van psychische stoornissen.

Het omgekeerde gebeurt ook: verschijnselen passend bij het niveau van de vB en/of syndroomspecifieke kenmerken

TABEL 1 Informatiebronnen voor zorgvuldige farmacotherapie voor mensen met een verstandelijke beperking (VB)

Bron	Vindplaats
Relevante richtlijnen, stappenplannen e.d.	
NICE-richtlijn	www.nice.org.uk/guidance/ng11
Multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking	https://nvavg.nl/richtlijnen/
NVAVG 2019	
Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking	https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/preview
Stappenplan voor bepalen van wilsbekwaamheid	https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/verdiepen/begrippen-2/moreel-dilemma.htm
Stappenplan probleemgedrag Wet zorg en dwang	https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/nieuw-stappenplan-zorg-en-dwang-gepresenteerd
Boeken	
Diagnostisch handboek VB	Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID2; Fletcher e.a. 2017) www.thenadd.org/products/dm-id-2-is-now-available
Handboek farmacotherapie voor volwassenen met VB	<i>Frith prescribing guidelines for people with intellectual disability</i> (3de ed.), Bhaumik e.a. (2015)

NICE: National Institute for Clinical Excellence; NVAG: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten.

worden als stoornis beschouwd. Bijvoorbeeld mensen met het syndroom van Down spreken zichzelf vaak hardop toe (*self talk*) en dit wordt soms onterecht als psychotisch verschijnsel geïnterpreteerd. Soms is het niet mogelijk is om bij mensen met een (zeer) ernstige VB een duidelijke psychiatrische diagnose te stellen. In dat geval kan pragmatisch het meest passende middel worden gekozen, bijvoorbeeld een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) bij vermoeden van een depressie of angstsymptomen, of een antipsychoticum bij vermoeden van psychose.

Belang van evaluatie van behandelresultaat

Vanwege het risico op bijwerkingen en de kans dat bijwerkingen probleemgedrag kunnen veroorzaken of verergeren, is het belangrijk om psychofarmaca af te bouwen wanneer er geen indicatie meer is of zodra het psychiatrische toestandbeeld dit toelaat. Hiervoor is het nodig dat men effect en bijwerkingen gestructureerd en regelmatig monitort en evalueert; idealiter neemt men dit op in het behandelplan.

De behandelduur verschilt per aandoening en wordt mede bepaald door de mate van ernst en/of chroniciteit; voor het bepalen van adequate behandelduur kan men de stoornis-specifieke richtlijnen volgen. Bij het voorschrijven van 'zo nodig'-medicatie is het extra belangrijk dat er duidelijke

afspraken zijn over wanneer men deze geeft, in welke dosering, hoe het effect geregistreerd wordt en hoe lang het gebruik ervan mag duren.

In de richtlijn Probleemgedrag (NVAVG 2019) staan in de bijlagen instrumenten genoemd, die men kan gebruiken voor het monitoren van effect en bijwerkingen. De *Brief Symptom Inventory* is een zelf-invulvragenlijst die vertaald is in het Nederlands en die men kan gebruiken voor effect-evaluatie bij mensen met een lichte VB (Wieland e.a. 2012). Geschikte VB-specifieke instrumenten zijn o.a. de *Angst, Depressie En Stemming Schaal* voor angst- en stemmingsklachten (Rojahn e.a. 2011), en de *Aberrant Behavior Checklist* (Rojahn e.a. 2011) en *The Behavior Problems Inventory* voor probleemgedrag (Rojahn e.a. 2001).

Gevoeligheid voor bijwerkingen van psychofarmaca

Mensen met VB zijn gevoeliger voor het optreden van bijwerkingen (Deb & Unwin 2007; Sheehan e.a. 2017). Daarnaast is er vaak sprake van polyfarmacie vanwege somatische comorbiditeit en vroegtijdige veroudering, waardoor men bij het voorschrijven van psychofarmaca rekening moet houden met interacties en contra-indicaties. Het verwachte effect op psychische symptomen moet men afwegen tegen het risico op bijwerkingen. Het is verstandig

om de dosis langzaam op te bouwen en zo laag mogelijk te houden: het adagium ‘start low, go slow’ is hier van toepassing.

Bij uitblijven van effect of bij opvallend veel bijwerkingen dient men plasmaspiegels te bepalen. Bij onverwachte plasmaspiegels kan men overwegen om farmacogenetische diagnostiek in te zetten. Een sedentaire leefstijl, ongezond voedingspatroon en soms genetische kwetsbaarheid zoals bij het syndroom van Down en syndroom van Prader-Willi, kunnen het risico op overgewicht verhogen. Het is dus extra belangrijk om bij gebruik van antipsychotica de cardiovasculaire risicofactoren te monitoren, inclusief bloeddruk, gewicht, buikomtrek en jaarlijkse glucose- en lipidespectrumbepalingen, om in een vroeg stadium metabool syndroom op te sporen en te behandelen. Daarnaast komt osteoporose vaak voor bij mensen met ernstige vB (Hermans & Evenhuis 2014) en dit kan verergeren door prolactinestijging bij antipsychoticagebruik.

Bij mensen met vB is er vaak een verhoogde gevoeligheid voor extrapiramidale symptomen (EPS) bij antipsychotica (Sheehan e.a. 2017). Structurele monitoring van EPS is daarom belangrijk en hiervoor kunnen de in de multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag (NVAVG 2019) genoemde meetinstrumenten gebruikt worden. Bij het evalueren van parkinsonisme volstaat de motorische subschaal van de *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (Goetz e.a. 2008). EPS en autonome bijwerkingen worden niet altijd herkend en kunnen zich vertalen in probleemgedrag (De Kuijper & Hoekstra 2018).

Aanbevelingen

Ten slotte vatten we de belangrijkste aanbevelingen samen die relevant zijn bij het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met vB, mede gebaseerd op recente inzichten en richtlijnen (Ji & Findling 2016):

- Farmacotherapie is onderdeel van een multidisciplinair behandelplan, zet deze bij voorkeur niet als eerste behandeling in en de therapeutische voordelen moeten opwegen tegen de nadelen van bijwerkingen.
- Er dient sprake te zijn van *informed consent*. Informeer patiënt en diens familie (of andere wettelijk vertegenwoordigers) goed over effect en bijwerkingen van het middel, aangepast aan het begripsniveau van de cliënt.
- Minimaliseer offlabel voorschrijven bij probleemgedrag waarbij geen sprake is van een psychische stoornis; is dit toch nodig, gebruik dan het ‘stappenplan’ uit de (Nederlandse) Wet zorg en dwang (zie **TABEL 1** voor website).
- Volg voor psychische stoornissen de bestaande zorgstandaarden en richtlijnen.
- Leg doelsymptomen voor behandeling vast en evalueer regelmatig en gestructureerd het therapeutisch effect en de bijwerkingen met gestandaardiseerde schalen.

Minimaliseer polyfarmacie, hanteer bij initiatie van psychofarmaca het adagium ‘start low, go slow’, streef naar de laagst mogelijke dosis en overweeg afbouw wanneer het toestandbeeld enige maanden stabiel is.

Wij concluderen ten slotte dat het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met vB specifieke kennis en expertise vergt en idealiter zou moeten gebeuren binnen een multidisciplinair zorgaanbod van vB-zorg en ggz. Meer samenwerking en kennisuitwisseling tussen vB- en ggz-professionals zouden de psychiatrische zorg voor mensen met vB ten goede komen.

LITERATUUR

- Bhaumik S, Branford D, Barrett M, Gangadharan SK. Frith prescribing guidelines for adults with learning disability. Chichester: Wiley; 2015.
- Bowring DL, Totsika V, Hastings RP, Toogood S, McMahon M. Prevalence of psychotropic medication use and association with challenging behaviour in adults with an intellectual disability. A total population study. *J Intellect Disabil Res* 2017; 61: 604-17.
- Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 27-35.
- de Kuijper GM, Hoekstra PJ. An open-label discontinuation trial of long-term, off-label antipsychotic medication in people with intellectual disability: determinants of success and failure. *J Clin Pharmacol* 2018; 58: 1418-26.
- de Kuijper G, Hoekstra P, Visser F, Scholte FA, Penning C, Evenhuis H. Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: prevalence and reasons for prescription. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54: 659-67.
- Deb S, Unwin GL. Psychotropic medication for behaviour problems in people with intellectual disability: a review of the current literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 461-6.
- Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper SA. Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID-2): A Textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston (NY): NADD; 2017.

- Goetz C, Tilley B, Shaftman S, Stebbins G, Fahn S, Martinez-Martin P, e.a. Movement Disorder Society UPDRS Revision Task Force. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord* 2008; 23: 2129-70.
- Hermans H, Evenhuis H. Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2014; 35: 776-83.
- Holden B, Gitlesen JP. The overlap between psychiatric symptoms and challenging behaviour: A preliminary study. *Res Dev Disabil* 2009; 30: 210-18.
- Ji NY, Findling RL. Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 103-25.
- Matson JL, Mahan S. Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 1570-6.
- NVAVG (Nederlandse Vereniging van artsen voor mensen met een verstandelijke beperking). Multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking. NVAVG; 2019. <https://nvavg.nl/richtlijnen/>
- Ramerman L, Hoekstra PJ, de Kuijper G. Exploring barriers and facilitators in the implementation and use of guideline recommendations on antipsychotic drug prescriptions for people with intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018; 31: 1062-70.
- Rojahn J, Rowe EW, Kasdan S, Moore L, van Ingen DJ. Psychometric properties of the Aberrant Behavior Checklist, the Anxiety, Depression and Mood Scale, the Assessment of Dual Diagnosis and the Social Performance Survey Schedule in adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2011; 32: 2309-20.
- Rojahn J, Matson J, Lott D, Esbensen A, Smalls Y. The Behavior Problems Inventory: an instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *J Autism Dev Disord* 2001; 31: 577-88.
- Sheehan R, Horsfall L, Strydom A, Osborn D, Walters K, Hassiotis A. Movement side effects of antipsychotic drugs in adults with and without intellectual disability: UK population-based cohort study. *BMJ Open* 2017; 7: e017406.
- Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, Strydom A, Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015; 351: h4326.
- Sullivan AL. Psychopharmacological treatment among adolescents with disabilities: Prevalence and predictors in a nationally representative sample. *Sch Psychol Q* 2015; 30: 443-55.
- Wieland J, Kapitein S, Otter M, Baas J. Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 463-70.
- Wieland J, Wardenaar K, Fontein E, Zitman F. Utility of the Brief Symptom Inventory (BSI) in psychiatric outpatients with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2012; 56: 843-53.

SUMMARY

Practical guidelines for prescribing psychotropic medication to people with intellectual disability

G. DE KUIJPER, G. DEGRAEVE, J.R. ZINKSTOK

- BACKGROUND** In people with intellectual disability (ID) prescription of psychotropic drugs is often chronic and outside licensed indications.
- AIM** To provide practical strategies for prescribing psychotropic drugs in people with ID.
- METHOD** We reviewed the literature and existing guidelines to summarize recommendations for prescribing psychotropic drugs in people with ID.
- RESULTS** The Diagnostic Manual - Intellectual Disability is a useful tool to facilitate diagnosis of mental disorders in people with ID. Challenging behaviour in the absence of a psychiatric disorder is not a licensed indication for prescribing psychotropic drugs. Because of increased vulnerability for side effects in people with ID, it is crucial to carry out a risk-benefit analysis before prescribing psychotropic drugs. In line with existing guidelines, we recommend monitoring of treatment and adverse effects with standardized scales adapted for ID.
- CONCLUSION** A careful decision-making process regarding initiation and continuation is essential to prevent insufficient as well as excessive pharmacotherapy in people with ID.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 786-791

KEY WORDS challenging behaviour, intellectual disability, mental disorder, psychotropic medication