

Deprescriptie: het goede voornemen voor 2022

J.N. de Boer, L.E.M. Koomen

In onze kliniek is momenteel een vrouw van 44 opgenomen met een psychotische depressie die aripiprazol, temazepam, lorazepam en nortriptyline gebruikt. Ook is er een man van 50 jaar met een depressie met nortriptyline, quetiapine, lorazepam en promethazine. Tevens gebruiken beiden een statine en een hypertensivum, en de man ook metformine. Beiden zijn opgenomen omdat de medicatie onvoldoende helpt.

Wat doen we met pillen die niet of onvoldoende werken? Bij de vrouw zetten we de aripiprazol om in amisulpride en beiden krijgen er lithium bij. De kalmerende medicatie wordt niet afgebouwd en wordt gecontinueerd bij ontslag. De vrouw krijgt ook nog ECT. Beiden herstellen voldoende om naar huis te gaan, hoewel ze nog steeds niet 'de oude' zijn.

Een redelijke uitkomst wellicht, maar wat is ons advies over het vervolg? En wat wil de patiënt? Blijven zij deze combinatie de rest van hun leven slikken? Wie durft ooit weer iets van die medicatie af te halen? En waar begin je dan?

Beide casussen zijn helaas eerder regel dan uitzondering in de psychiatrie. Dit kan men natuurlijk verklaren door de complexe en weerbarstige praktijk. Echter, het gebruik van psychotrope polyfarmacie stijgt al jaren (Mojtabai & Olfson 2010), ook bij kinderen en adolescenten (Grudnikoff & Bellonci 2017), hoewel de prevalentie van psychiatrische aandoeningen stabiel blijft (De Graaf e.a. 2012). Daarnaast blijkt lang niet altijd sprake van rationeel gebruik van psychofarmaca (Sterrenburg-Van de Nieuwegiessen e.a. 2000). Daarom denken wij dat afbouwen en staken van medicatie (*deprescriptie*) vaker op de agenda moet staan.

Verminderen of staken

Deprescriptie (een uit de geriatrie afkomstige term) is het systematisch (zie **tabel 1**) identificeren en verminderen of staken van medicatie wanneer de potentiële baten niet opwegen tegen de potentiële risico's, waarbij men rekening houdt met de status van de patiënt, diens functioneren, waarden en voorkeuren (Scott e.a. 2015). Hierbij moeten we opmerken dat het doel hierbij niet

is om alle medicatie volledig te staken, maar om medicatie te optimaliseren en spaarzaam te gebruiken; niet alleen bij polyfarmacie, maar ook bij monotherapie. Niet alleen binnen de geriatrie is minderen en stoppen van medicatie een belangrijk onderwerp, o.a. ook binnen de cardiologie, neurologie en reumatologie wordt er steeds meer getwijfeld aan het langetermijngebruik van medicatie (Rossello e.a. 2015; Terman e.a. 2020). In de eerste lijn is er bijv. al geruime tijd aandacht voor het staken van protonpompremmers en benzodiazepinen, omdat evidentie over hun werking op de lange termijn onvoldoende is.

Indicaties voor minderen en stoppen

Vanuit de internationale literatuur is enkele jaren geleden een oproep gedaan om ook binnen de psychiatrie het minderen en stoppen van medicatie op de kaart te zetten (Gupta & Cahill 2016). Hierbij noemen deze auteurs drie indicaties.

- Veranderingen in risico-batenanalyse. Met de tijd kunnen biopsychosociale factoren veranderen, waardoor de voordelen van een medicijn niet langer opwegen tegen de nadelen. Voorbeelden hiervan zijn het optreden van bijwerkingen op de lange termijn, zoals een nierfunctiestoornis bij lithium en zwangerschap. Daarnaast kunnen sociale factoren zoals financiën een reden zijn waardoor patiënt of arts de medicatie anders gaat waarderen.
- Medicatieontrouw. Abrupt, onbegeleid staken van medicatie kan ernstige onttrekkingsklachten geven of een terugval induceren. Bij therapieontrouw kan het daarom verdedigbaar zijn om ervoor te kiezen de psychofarmaca begeleid af te bouwen. Waarschijnlijk versterkt dit ook de behandelrelatie, waardoor het starten van een andere therapie meer kans krijgt.
- Polyfarmacie. Hoewel bepaalde combinaties van psychofarmaca effectief zijn bij 'behandelresistente' stoornissen, tracht men zelden een van de middelen af te bouwen als een combinatie van middelen effectief is gebleken.

Medicatie is een groot goed, [...] maar zeker bij langdurige behandelingen wegen de voordelen lang niet altijd op tegen de nadelen.

Tabel 1. Stappenplan voor minderen en stoppen van psychotrope medicatie (uit: Gupta & Cahill 2016)

Stap 1: kies een geschikt moment – Vermijd crises – Zorg voor een goede therapeutische alliantie – Wees voorzichtig bij actief middelenmisbruik
Stap 2: maak een lijst van de medicatie – Documenteer ook de originele indicatie en behandelduur voor het middel – Documenteer het huidige effect en bijwerkingen – Kijk naar interacties
Stap 3: ga de discussie aan met de patiënt – Wat weet de patiënt van zijn/haar medicatie en wat vindt hij/zij ervan? – Hoe kijkt hij/zij aan tegen de voor- en nadelen van het gebruik? – Wat betekent de medicatie voor de patiënt?
Stap 4: introduceer het concept minderen en stoppen van medicatie – Informeer de patiënt over indicaties hiervoor – Leg uit hoe het in zijn werk gaat – Betrek naasten bij het proces – Geef ruimte voor vragen, zorgen, hoop en verwachtingen
Stap 5: identificeer welk middel geschikt is om af te bouwen – Beslis met patiënt en naasten op basis van de voor en nadelen welk middel afgebouwd kan worden
Stap 6: maak een plan – Plan een datum en maak een afbouwschema – Is een switch nodig? – Zorg voor voldoende ondersteuning in geval van terugkerende symptomen – Informeer patiënt over eventuele onttrekkingssymptomen en het risico op terugval – Maak een monitoring- en crisisplan
Stap 7: monitor en pas aan, als nodig – Pas je plan aan als dat nodig is. Bouw langzamer af of bouw weer op (tot een dosering waarbij patiënt geen klachten ervaart) als de klachten terugkomen.

Naast deze drie indicaties willen wij een vierde noemen: het ontbreken van een (huidige) indicatie voor het middel. Een duidelijk voorbeeld hiervan vormen benzodiazepinen, die vaak onnodig lang worden voorgeschreven. Ook het wisselende beloop van psychische aandoeningen kan ervoor zorgen dat een middel niet langer geïndiceerd is. Daarnaast vallen de middelen die voorgeschreven worden om bijwerkingen te verlichten onder deze categorie, bijv. akineton of protonpompremmeren die zijn voorgeschreven naast een SSRI.

De literatuur

Hoewel veel artsen het risico van overmedicatie herkennen, zijn er nauwelijks adviezen of richtlijnen beschikbaar die hen ondersteunen in de wens tot minderen en stoppen van medicatie (Barnett e.a. 2020). Door publicatiedruk, financiële overwegingen en praktische uitvoerbaarheid hebben RCT's vaak een vrij korte behandelduur (enkele weken of maanden) en hierdoor is het effect van langdurig medicatiegebruik vaak niet bekend. Daarnaast zijn medicatiestudies meestal gericht op het analyseren van het effect van het starten van een medicijn, maar niet op het staken ervan (Grudnikoff & Bellonci 2017).

Gelukkig komt daar verandering in de laatste jaren. Gedde e.a. (2021) onderzochten het minderen en stoppen van psychofarmaca in Noorse verpleeghuizen en vonden een verbetering in adl-zorg. Deze auteurs zagen geen toename van depressieve klachten of gedragsproblemen. In Nederland lopen meerdere studies naar het langetermijneffect van het staken van medicatie, zoals de OPERA- en TEMPO-studie naar het staken van antidepressiva (Vinkers e.a. 2021) en de HAMLETT-studie (Begemann e.a. 2020) naar staken van antipsychotica na een eerste psychose.

Ook werd enkele jaren geleden onderzoek gedaan naar polyfarmacie op afdelingen voor langdurig verblijf (Graveland e.a. 2016). Hieruit bleek dat de medicatiebeoordeling een financiële besparing opleverde omdat de besparing door minder medicatiegebruik groter was dan de kosten van de beoordeling zelf. Ook in het *Diagnose, Indicate and Treat Severe Mental Illness* (DITSMI)-onder-

AUTEUR

Janna de Boer, arts in opleiding tot psychiater, UMC Utrecht.

Lisanne Koomen, arts in opleiding tot psychiater, UMC Utrecht.

Correspondentie

Janna de Boer (j.n.deboer-18@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-9-2021.

LITERATUUR

- Barnett ER, Trepman AZ, Fuson HA, e.a. Deprescribing psychotropic medications in children: Results of a national qualitative study. *BMJ Qual Saf* 2020; 29: 655-63.
- Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, e.a. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ* 2017; 358: j3927.
- Begemann MJH, Thompson IA, Veling W, e.a. To continue or not to continue? Antipsychotic medication maintenance versus dose-reduction/discontinuation in first episode psychosis: HAMLETT, a pragmatic multicenter single-blind randomized controlled trial. *Trials* 2020; 21: 1-19.
- Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, e.a. Less is more: the impact of deprescribing psychotropic drugs on behavioral and psychological symptoms and daily functioning in nursing home patients. Results from the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021; 29: 304-15.

- Graaf R de, ten Have M, Van Gool C, e.a. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 27.
- Graveland PE, Beex-Oosterhuis MM, Gosker-Venis A, e.a. Medicatiebeoordeling in de ggz: praktijkervaring op afdelingen voor langdurig verblijf. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 262-71.
- Grudnikoff E, Bellonci C. Deprescribing in child and adolescent psychiatry - a sorely needed intervention. *Am J Ther* 2017; 24: e1-2.
- Gupta S, Cahill JD. A prescription for 'deprescribing' in psychiatry. *Psychiatr Serv* 2016; 67: 904-7.
- Kato M, Hori H, Inoue T, e.a. Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2021; 26: 118-33.
- Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 26-36.
- Rossello X, Pocock SJ, Julian DG. Long-term use of cardiovascular drugs: challenges for research and for patient care. *J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 1273-85.
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, e.a. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 827-34.
- Sterrenburg-Van de Nieuwegiessen CM, Loonen AJM, Bakker JB. Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfspatiënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk? *Tijdschr Psychiatr* 2000; 42: 565-74.
- Terman SW, Lamberink HJ, Braun KPJ. Deprescribing in epilepsy: do no harm. *JAMA Neurol* 2020; 77: 673-4.
- Veerschild HM, Noorthoorn EO, Nijman HLI, e.a. Diagnose, indicate, and treat severe mental illness (DITSMI) as appropriate care: A three-year follow-up study in long-term residential psychiatric patients on the effects of re-diagnosis on medication prescription, patient functioning, and hospital bed utilization. *Eur Psychiatry* 2020; 63: e47.
- Vinkers CH, Ruhé HG, Penninx BW. Antidepressant discontinuation: in need of scientific evidence. *J Clin Psychopharmacol* 2021.

zoek werd een medicatiereview gedaan, die bij 67% van de patiënten tot een medicatiewijziging leidde (Veerschild e.a. 2020); hierna namen de bijwerkingen en opnameduur af en trad er een verbetering op in het psychosociaal functioneren.

Naast de duidelijke voordelen van minderen en stoppen van medicatie zijn er ook risico's. Zo is het risico op een terugval bij angststoornissen of depressieve stoornissen die een jaar in remissie zijn, ongeveer twee keer zo groot bij staken van het antidepressivum (Batelaan e.a. 2017; Kato e.a. 2021). Een goede individuele analyse van voor- en nadelen is daarom belangrijk.

Op de agenda

Een eerste stap in het proces is de realisatie dat minderen en stoppen van medicatie, net als het voorschrijven ervan, tot de kerntaken behoort van iedere arts.

Medicatie is een groot goed, waarmee we in staat zijn veel ziektebeelden onder controle te houden, maar zeker bij langdurige behandelingen wegen de voordelen lang niet altijd op tegen de nadelen. Daarom is een continue evaluatie van medicatie belangrijk en zou minderen en stoppen ervan een vaste plek moeten krijgen in de spreekkamer.

Minderen en stoppen van medicatie? Een mooi voor-nemen voor het nieuwe jaar!