

# De nieuwe wet Zorg en dwang: over het gebruik en afbouwen van antipsychotica zonder geldige indicatie bij mensen met een verstandelijke beperking

S. KAPITEIN, J. WIELAND

**ACHTERGROND** In Nederland worden antipsychotica nog steeds, vaak langdurig en in hoge doseringen, voorgeschreven aan mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. De nieuwe wet Zorg en dwang zal ertoe leiden dat dit voorschrijven van antipsychotica zonder geldige indicatie aan mensen met een verstandelijke beperking gezien wordt als dwang. Het gevolg voor de klinische praktijk zal zijn dat de medicatie van al deze mensen opnieuw beoordeeld moet worden en – in de meeste gevallen – afgebouwd moet worden.

**DOEL** Beschrijven van de effectiviteit, bijwerkingen en realiteit van het voorschrijven van antipsychotica bij mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen om op die manier te komen tot adviezen voor evaluatie en – indien mogelijk – afbouw van antipsychotica waarvoor geen indicatie is, bij deze groep.

**METHODE** Op basis van relevante recente literatuur en klinische ervaring praktische aanbevelingen formuleren.

**RESULTATEN** Voor goede evaluatie en – indien mogelijk – afbouw van antipsychotica bij mensen met een verstandelijke beperking moet de behandelaar investeren in diagnostiek en stabiliteit bij de patiënt, investeren in de omgeving en kiezen voor een gecontroleerde afbouw.

**CONCLUSIE** De nieuwe wet Zorg en dwang maakt de behoefte aan een richtlijn voor het afbouwen van antipsychotica zonder indicatie bij mensen met een verstandelijke beperking urgent.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)12, 807-815

**TREFWOORDEN** antipsychotica, gedragsproblemen, verstandelijke beperking, wet Zorg en dwang



ARTIKEL



Antipsychotische medicatie wordt nog altijd met enige regelmaat langdurig voorgeschreven aan mensen met een verstandelijke beperking. In veel gevallen gaat het om mensen zonder psychiatrische stoornis, maar met gedragsproblemen. Volgens de World Psychiatric Association krijgt 14 tot 30% van de mensen met een verstandelijke beperking psychofarmaca voorgeschreven vanwege gedragsproblemen zonder dat er sprake is van een (bijkomende) psychiatrische stoornis (Deb e.a. 2009). Het gaat hier voornamelijk om mensen met een intelligentiequoti-

ent (IQ) onder de 70 die, soms al vanaf hun kindertijd, in intra- en semimurale instellingen wonen voor mensen met een verstandelijke beperking. In twee derde van de gevallen gaat het bij medicatie om antipsychotica (Deb e.a. 2009).

Ook in Nederland is het veelvuldig voorschrijven van psychofarmaca, met name antipsychotica, aan mensen met een verstandelijke beperking een groot probleem. Uit recent onderzoek naar het gebruik van psychofarmaca in intramurale instellingen voor de zorg voor mensen met

een verstandelijke beperking in Nederland bleek 32% van 2373 bewoners antipsychotische medicatie te gebruiken (de Kuijper e.a. 2010). Het overgrote deel (78%) gebruikte deze medicatie al zeer lang (> 10 jaar). Meer dan de helft van de mensen (58%) kreeg antipsychotica voorgeschreven in verband met gedragsproblemen. Bij nog eens één op de vijf (19%) was de reden voor het voorschrijven van de antipsychotica niet te achterhalen.

In richtlijnen en literatuur wordt al tientallen jaren gepleit voor terughoudendheid bij het starten van antipsychotische medicatie bij mensen met een verstandelijke beperking (Matson e.a. 2009). In de praktijk vermindert het gebruik van antipsychotica niet.

### Nieuwe wet Zorg en dwang

Mede gezien de vaak negatieve effecten van langdurig antipsychoticagebruik op de gezondheid en het welbevinden van de patiënt, wordt het voorschrijven van psychofarmaca voor deze patiëntengroep in het wetsvoorstel Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, aangemerkt als dwangmaatregel. Naar verwachting zal dit wetsvoorstel de huidige wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) gaan vervangen voor instellingen voor de zorg voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking ([www.eerstekamer.nl](http://www.eerstekamer.nl), voorstel EK 31.996,A, zie **TABEL 1**).

De kern van deze nieuwe wet Zorg en dwang is 'Nee, tenzij'. Het uitgangspunt is dat dwangmaatregelen niet thuishoren in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Beperkingen van de bewegingsvrijheid zijn volgens deze nieuwe wet zo ingrijpend, dat ze altijd onder dwang vallen. Dit geldt niet alleen voor fixatie en andere middelen die direct de bewegingsvrijheid beperken, maar dus ook

### AUTEURS

**SARA KAPITEIN**, psychiater, thans: Rivierduinen, Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, Leiden; per 15 januari 2015: Ambulant Centrum Altrecht Aventurijn, Utrecht.

**JANNELIEN WIELAND**, Rivierduinen, Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, Leiden.

### CORRESPONDENTIEADRES

S. Kapitein, Ambulant Centrum Altrecht Aventurijn, t.a.v. zorgsecretariaat Poli Wier, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.

E-mail: [s.kapitein@altrecht.nl](mailto:s.kapitein@altrecht.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-6-2014.

voor 'medicatie die versuffend werkt' oftewel psychofarmaca, tenzij deze wordt voorgeschreven voor het – volgens de richtlijn – behandelen van een psychiatrische stoornis. Dit geldt ook als de patiënt en/of de vertegenwoordiger zelf geen bezwaar heeft tegen dergelijke maatregelen. Het gevolg voor de klinische praktijk zal zijn dat bij alle mensen met een verstandelijke beperking beoordeeld moet worden of de medicatie wordt voorgeschreven volgens richtlijnen of valt onder dwang. In veel gevallen zal dit laatste het geval zijn en moet de medicatie worden afgebouwd.

In dit artikel beschrijven wij, op basis van relevante recente literatuur en klinische ervaring, de effectiviteit en de bijwerkingen van behandeling met antipsychotica voor

### TABEL 1 Artikel 2 Wetsvoorstel Zorg en dwang en toelichting

Artikel 2 wetsvoorstel zorg en dwang (19 september 2013 geaccepteerd door de 2<sup>e</sup> kamer, ligt nu bij de 1<sup>e</sup> kamer)

Met onvrijwillige zorg, bedoeld in het eerste lid, wordt gelijkgesteld:

- het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, waarmee de vertegenwoordiger van de cliënt heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich niet verzet, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend voor de behandeling van een psychische stoornis overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen, of
- een maatregel die tot gevolg heeft dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, waarmee de vertegenwoordiger van de cliënt heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich niet verzet.

Citaat uit Kamerstuk 31996:

Zorgaanbieders moeten immers het gebruik van deze medicatie gaan registreren en periodiek melden bij de Inspectie.

Daar valt ook het gebruik van psychofarmaca onder. Dat zal de bedoelde gegevens opleveren. Daarnaast kunnen familie en mantelzorgers en professionals melden bij de Inspectie als er sprake is van overmatig gebruik van psychofarmaca.

gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. Het gaat hierbij om patiënten die in een intra- of semimurale setting verblijven en bij wie er geen sprake is van een psychiatrische stoornis. Wij beschrijven de rol van voorschrijvende artsen, omgeving en patiënten in het – vaak jarenlange - gebruik van antipsychotica. We beschrijven ook hoe u, vooruitlopend op de nieuwe wet Zorg en dwang, het gebruik van antipsychotica bij mensen met een verstandelijke beperking kunt evalueren en geven adviezen voor afbouw.

## Effectiviteit en bijwerkingen van antipsychotica bij gedragsproblemen

### EFFECTIVITEIT

De behandeling van gedragsproblemen met antipsychotica bij mensen met een verstandelijke beperking heeft een lange voorgeschiedenis, maar werd zelden goed onderzocht. In de jaren 60, zo'n 10 jaar na de ontdekking van het eerste antipsychoticum, heerste de opvatting dat agressie voortkwam uit psychose en dat storend gedrag positief beïnvloed kon worden met antipsychotica. Antipsychotica werden in die tijd gezien als veilige medicijnen zonder bijwerkingen. Voor mensen met een verstandelijke beperking gold dat antipsychotica laagdrempelig en vaak in hoge doseringen werden voorgeschreven (Levitas e.a. 2006). In de praktijk is het vaak moeilijk uit het dossier te achterhalen wat de indicatie was voor het starten van antipsychotische medicatie in deze periode. Vaak was er geen duidelijke indicatie of werd deze niet in het dossier vermeld. 'Op advies van de instelling gestart met haloperidol' is soms de enige vermelding in het dossier uit die tijd. Een ander voorbeeld is 'gestart met haloperidol vanwege zeurend gedrag'.

Ook nu nog lijkt in veel instellingen het idee te bestaan dat antipsychotica een positief effect hebben op gedrag. Men gebruikt de term 'gedragsmedicatie' en bekrachtigt daarmee – onbewust – de hardnekkige aanname dat antipsychotische medicatie een positief effect heeft op problematisch gedrag. De farmaceutische industrie speelt hier handig op in. De producent van olanzapine (Zyprexa) bijvoorbeeld, maakte reclame voor het gebruik van dit middel bij agressie. Let wel, olanzapine is niet geregistreerd voor de behandeling van agressie. De producent kreeg hiervoor dan ook een boete (Frances 2013).

Uit onderzoeken komt herhaaldelijk naar voren dat antipsychotica niet bewezen effectief zijn ter vermindering van gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking (Brylewski e.a. 2004; Matson e.a. 2009; Tyrer e.a. 2008). Eén van de weinige goede onderzoeken is de dubbelblinde placebogecontroleerde studie van Tyrer e.a. (2008). In dit onderzoek werd gekeken naar het effect van rispe-

ridon, haloperidol en placebo op gedragsproblemen zoals gemeten met de *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS). Gemeten na vier weken werd er bij het gebruik van zowel risperidon, haloperidol als placebo een gunstig effect gevonden op het probleemgedrag. In de placebogroep daalde de gemiddelde MOAS-score met 9 punten (79% van uitgangsscore), in de risperidongroep met 7 punten (58% van uitgangsscore) en in de haloperidolgroep met 6,5 punten (65% van uitgangsscore;  $p = 0,06$ ).

Helaas zijn dergelijke studies, o.a. door problemen met het verkrijgen van goedkeuring door medisch-ethische commissies, het verkrijgen van informed consent en – vaak beperkte – financiering, moeilijk realiseerbaar en – tot op heden – niet herhaald.

### BIJWERKINGEN BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Het effect van antipsychotica op gedragsproblemen is dus niet aangetoond. Het feit dat antipsychotica veel bijwerkingen hebben, is inmiddels wel algemeen bekend. Ook bij mensen met een verstandelijke beperking zijn deze bijwerkingen uitgebreid beschreven (Advokat e.a. 2000; Mahan e.a. 2010; Matson e.a. 2010). Polyfarmacie oftewel het voorschrijven van meer dan één medicijn voor de behandeling van dezelfde symptomen (of hetzelfde gedrag) komt veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking (Holden e.a. 2004; Stolker e.a. 2002). Dit verhoogt het risico op bijwerkingen.

Dit terwijl het risico op bijwerkingen, door kwetsbaarheden die samenhangen met de (oorzaak van de) verstandelijke beperking, bij deze groep hoger is dan in de algemene bevolking. Zo is een laag IQ een risicofactor voor het ontstaan van tardieve dyskinesieën (Matson e.a. 2010). En veel syndromen bijvoorbeeld, geassocieerd met een verstandelijke beperking, zijn ook geassocieerd met cardiale afwijkingen. Dit kan het risico op cardiale geleidingsstoornissen vergroten (Levitas e.a. 2006).

Antipsychotische medicatie verlaagt daarnaast de insuldrempel. In een populatie met een a-prioririsico op epilepsie van 40% is dit buitengewoon problematisch (Dryden-Edwards e.a. 2010; p. 271-6). Verder zijn metabole bijwerkingen zoals gewichtstoename een groot probleem bij deze doelgroep (Bokszanska e.a. 2003; Hellings e.a. 2001). In het onderzoek van De Kuijper e.a. (2014) werd de relatie tussen metabole problemen en psychofarmacagebruik bevestigd. Patiënten bij wie na langdurig psychofarmacagebruik de medicatie gestaakt werd, hadden in deze studie een betere uitkomst op metabole parameters dan de patiënten bij wie de medicatie werd gecontinueerd (de Kuijper e.a. 2014).

Niet in de laatste plaats geldt dat uit de klinische praktijk blijkt dat de cognitieve bijwerkingen zoals initiatiefverlies,

verminderde alertheid of problemen met het geheugen juist bij mensen met een verstandelijke beperking een grote impact hebben op het functioneren. Dergelijke bijwerkingen kunnen ertoe leiden dat de patiënt nieuwe informatie minder goed kan opnemen of onthouden. Beïnvloeden van het gedrag met gedragsmatige interventies en training wordt hierdoor moeilijker.

Als laatste geldt dat extrapiramidale bijwerkingen, zoals een emotieloos gelaat en bewegingsarmoede, het interpreteren van non-verbale signalen kunnen bemoeilijken. Wanneer na afbouw van de medicatie aan het gelaat van een patiënt weer meer emoties zijn af te lezen kan de groepsleiding eventuele boosheid eerder signaleren en op een mogelijke escalatie anticiperen.

### De realiteit rondom het voorschrijven van antipsychotica bij gedragsproblemen

De World Psychiatric Association adviseert in haar internationale richtlijn om antipsychotica bij voorkeur niet voor te schrijven voor gedragsproblemen. Indien antipsychotica onvermijdelijk zijn, is het advies niet langer dan zes weken te behandelen en bij uiterste nood in ieder geval binnen 6 tot 12 maanden volledig af te bouwen (Deb e.a. 2009). Zoals eerder beschreven, is dit echter niet de klinische praktijk. Antipsychotica worden nog vaak zonder indicatie zeer langdurig voorgeschreven. Redenen voor dit langdurig voorschrijven liggen zowel op het gebied van de voorschrijvende arts, als in de omgeving en bij de patiënt. Voor de voorschrijvende arts geldt dat het kiezen voor medicatie een snelle en goedkope manier kan lijken om gedrag te beïnvloeden. Alternatieven, zoals intensievere begeleiding en uitgebreidere diagnostiek naar de oorzaak van de gedragsproblemen (met daaruit voortvloeiende adviezen die vervolgens moeten worden uitgevoerd), zijn arbeidsintensief en duur en hebben vaak pas effect op de middellange termijn. Omdat voorschrijvende artsen vaak slechts 'in consult' betrokken zijn, wordt de voorgeschreven medicatie vaak beperkt gecontroleerd en belandt op de continueringlijst totdat iemand zich afvraagt waarom deze medicatie ook al weer werd voorgeschreven. In veel gevallen kan dit jaren duren.

Eén van de risico's van deze *quick fix*-behandeling met medicatie is onderdiagnostiek. Psychiatrische stoornissen zoals autisme of posttraumatische stressstoornissen kunnen ten grondslag liggen aan probleemgedrag, maar worden vaak niet onderzocht, dus niet onderkend en dan ook niet adequaat behandeld. In de klinische praktijk komt het daarbij met enige regelmaat voor dat medicatie zo lang wordt voorgeschreven of in zulke hoge doseringen dat de bijwerkingen van de medicatie leiden tot nieuwe problemen of (verdere) verergering van probleemgedrag. Een belangrijk risico daarbij is dat een nieuwe arts 'in consult'

opnieuw zal kiezen voor een *quick fix*-oplossing en de medicatie zal verhogen of nog een ander middel aan de patiënt zal voorschrijven.

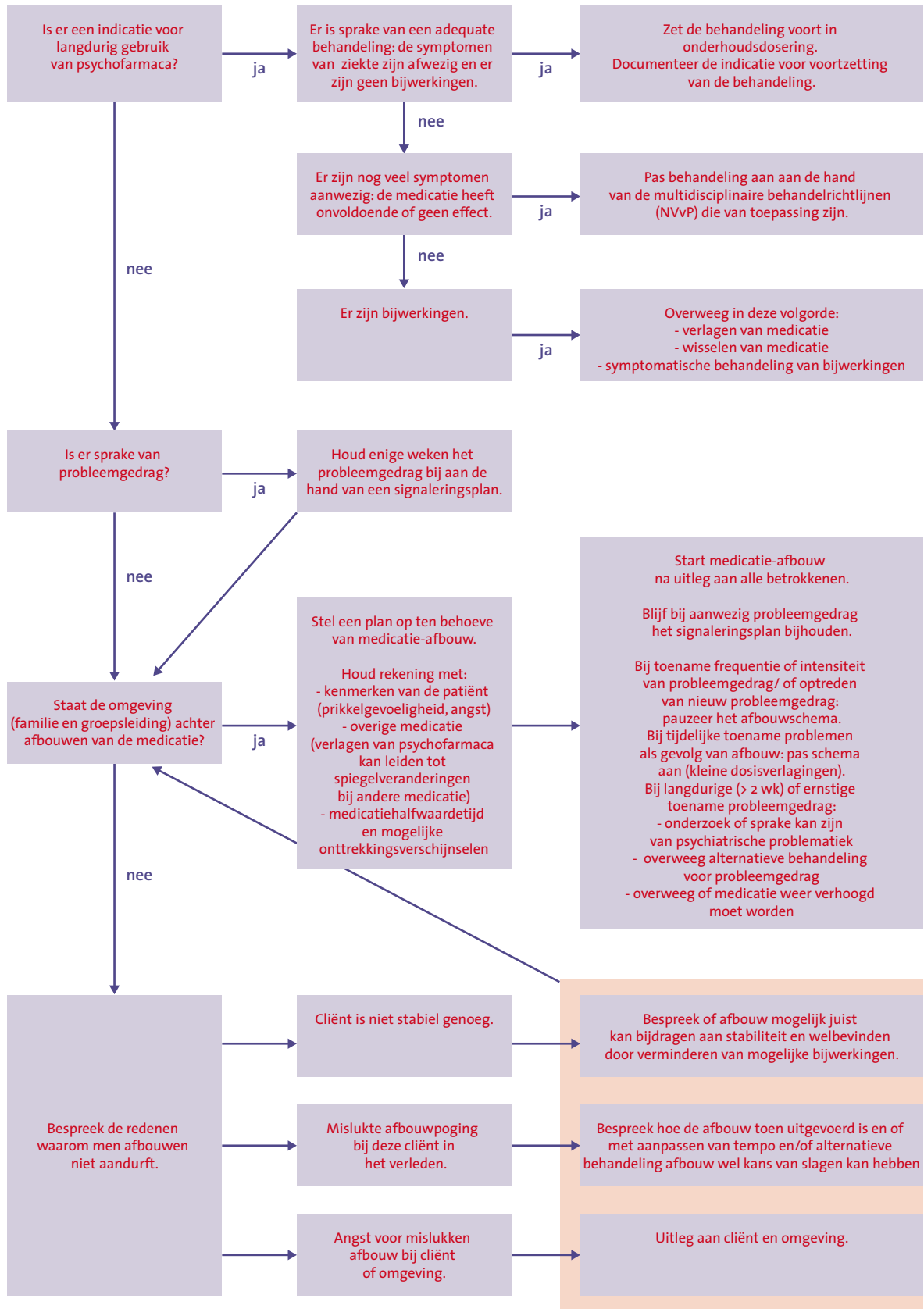
Ook de omgeving speelt een belangrijke rol in het vaak langdurig voorschrijven van antipsychotica aan mensen met een verstandelijke beperking. De groepsleiding in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is vaak onvoldoende geschoold in het omgaan met gedragsproblemen. Agressie maakt de groepsleiding angstig. De angst dat afbouw van medicatie zal leiden tot (toename van) agressie is vaak groot. Omdat de manier van benaderen door de groepsleiding voor iemand met een verstandelijke beperking van grote invloed is op het gedrag, kan een gespannen manier van benaderen door angstige groepsleiding al gedragsproblemen uitlokken. Een *self fulfilling prophecy*.

Als laatste kan ook de patiënt een rol spelen in het langdurig voorschrijven van antipsychotica. Sommige patiënten zijn erg gehecht aan de routine van het jarenlange medicatiegebruik en hebben veel weerstand tegen verandering. En ook zij kunnen angstig zijn voor het effect van afbouwen van de medicatie. Daar komt bij dat afbouwen van medicatie, zeker na jarenlang gebruik, niet zelden samen gaat met allerlei onttrekkingsverschijnselen. Afbouwen van antipsychotica kan leiden tot lichamelijk onwel bevinden, hoofdpijnenanderegriepachtigverschijnselen (Cerovecki e.a. 2013; Gardos e.a. 1978). Met name lichamelijk onwel bevinden wordt door iemand met een verstandelijke beperking vaker geuit in gedrag, bijvoorbeeld snel boos zijn of meer aandacht vragen van begeleiding. Dit kan ten onrechte geïnterpreteerd worden als signaal dat de patiënt blijkbaar niet zonder de medicatie kan functioneren.

Een deel van de patiënten met een verstandelijke beperking heeft moeite met het verwerken van auditieve, visuele en/of tactiele prikkels. Een teveel aan zintuiglijke informatie leidt er bij deze patiënten toe dat ze zichzelf afsluiten voor prikkels door bijvoorbeeld de ogen te sluiten, maar ook onrustig gedrag of agressie kan een reactie zijn op een teveel aan zintuiglijke informatie. Een dergelijke toestand wordt aangeduid met de term 'overprikkeling'. Het onttrekken van antipsychotische medicatie kan ertoe leiden dat een patiënt prikkels uit de omgeving, zoals geluid of visuele stimuli, (tijdelijk) als luider of intenser ervaart. Bij patiënten die vanuit hun verstandelijke beperking al veel moeite hebben met de verwerking van zintuiglijke prikkels, kan de subjectieve toename van prikkels tijdens medicatieafbouw leiden tot ernstig probleemgedrag als gevolg van overprikkeling (Levitas e.a. 2006).

Het vóórkomen van onttrekkingsverschijnselen is in belangrijke mate afhankelijk van het tempo van de afbouw. Bij langdurig antipsychotica gebruik heeft er een upregulatie van D<sub>2</sub>-receptoren plaatsgevonden (van Berkel e.a. 2007). Gedurende het afbouwen van antipsychotische

**FIGUUR 1** Stroomschema voor de evaluatie bij langdurig psychofarmaceutisch gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking



medicatie moet het brein de tijd krijgen voor een downregulatie van deze receptoren. Als het tempo van afbouwen het tempo van downregulatie overschrijdt, kunnen forse onttrekkingsverschijnselen ontstaan (Levitas e.a. 2006). De snelheid van downregulatie wisselt per individu en is afhankelijk van de dosering van het antipsychoticum en de duur van het gebruik. Of een patiënt onttrekkingsverschijnselen ervaart na het staken van antipsychotische medicatie kan daarmee in de praktijk sterk wisselen.

### Praktisch adviezen voor evalueren en afbouwen van antipsychotica

Er zijn in Nederland verschillende richtlijnen voor het starten (en zelfs het switchen) van antipsychotica (NVAAG 2007; Van Alphen e.a. 2012). Richtlijnen voor het afbouwen van antipsychotica zijn er niet. Literatuur over het afbouwen van antipsychotische medicatie is schaars en er is onvoldoende evidentie om een bepaalde manier van afbouwen aan te bevelen (Deb e.a. 2009). De nieuwe wet Zorg en dwang maakt de behoefte aan een dergelijke richtlijn wel urgent. Uit bestaande onderzoeken komt naar voren dat afbouwen en volledig staken van antipsychotica bij patiënten bij wie geen indicatie bestaat voor antipsychotica middels geleidelijke dosisreductie lukt bij ongeveer een derde van de patiënten (Ahmed e.a. 2000; de Kuijper e.a. 2014). Er is dus een grote groep bij wie dit niet lukte en bij wie afbouwen soms leidde tot toename van probleemgedrag. De verklaring hiervoor is niet duidelijk. Uit de studie van De Kuijper e.a. (2014) bleek dat de groep bij wie de afbouw vaker lukt een lagere score had op de *Aberrant Behaviour Checklist*. Als de patiënt veel probleemgedrag vertoont, is het daarom van belang dat wordt geëvalueerd of de oorzaak van het probleemgedrag voldoende is onderzocht en of niet-medicamenteuze behandelingen van het probleemgedrag zijn ingezet. Indien de patiënt stabiel is wat betreft gedrag en emoties is de kans dat de afbouw van de medicatie succesvol is immers groter.

Het is onze ervaring vanuit de klinische praktijk dat het afbouwen van antipsychotica waarvoor geen indicatie bestaat bij veel meer mensen met een verstandelijke beperking mogelijk is, mits de afbouw zorgvuldig voorbereid wordt en gecontroleerd plaatsvindt. Eén van de uitgangspunten daarbij is dat zo veel mogelijk voorkomen moet worden dat afbouw leidt tot optreden of verergeren van probleemgedrag en daarmee intensievere begeleiding noodzakelijk zou maken. Een ander uitgangspunt is dat de wet Zorg en dwang op zichzelf geen reden is om overhaast wijzigingen door te willen voeren. Wij adviseren dan ook om het afbouwen altijd te starten met goede diagnostiek. In de evaluatie en afbouw van langdurig psychofarmacagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking raden wij de volgende stappen aan (zie **FIGUUR 1**).

### 1. INVESTEER IN DIAGNOSTIEK EN STABILITEIT BIJ DE PATIËNT

- Bespreek indien mogelijk het medicatiegebruik met de patiënt en begeleiding. Welke positieve en negatieve effecten van medicatie ervaart de patiënt en hoe staat hij of zij tegenover eventueel veranderen van de medicatie?
- Verhelder uw diagnostiek. Zorg dat u middels een dossieranalyse en zo nodig aanvullend onderzoek zicht hebt op het intelligentieniveau, de eventuele aanwezigheid van ontwikkelingsstoornissen, actuele of eerder gestelde psychiatrische diagnoses en somatische aandoeningen, de eventuele aanwezigheid van een syndroom en de oorzaak van de verstandelijke beperking.
- Vraag na of de betreffende patiënt sterk prikkelgevoelig is. Laat eventueel onderzoek doen (door orthopedagoog of sensorische integratietherapeut).
- Behandel eventuele niet- of onderbehandelde problematiek.
- Krijg zicht op de medicatie. Probeer de reden van het starten van de verschillende medicijnen te achterhalen. Kijk of u er achter kunt komen wat de indicatie was voor het starten met antipsychotica en wat het effect was van de medicatie. Zoek naar eventuele eerdere afbouwposities en achterhaal de wijze waarop de afbouw destijds plaatsvond.
- Beoordeel de aanwezigheid van bijwerkingen van antipsychotische medicatie zoals bewegingsstoornissen en van overige medicatie (zoals benzodiazepines en/of anti-epileptica) als oorzaak voor eventuele gedragsproblemen.
- Beoordeel alle voorgeschreven medicatie op interacties. Besteed hierbij bijzondere aandacht aan anti-epileptische medicatie. Indien er sprake is van een interactie, neem dan voorzorgsmaatregelen om een verwachte daling of stijging van de spiegels van (anti-epileptische) medicatie signaleren of te ondervangen.
- Laat een beschrijving opstellen van probleemgedrag in het verleden en maak aan de hand hiervan een signaleringsplan. Het signaleringsplan is een hulpmiddel om op objectieve manier vast te leggen welk gedrag als probleemgedrag wordt gezien en om bij te houden hoe vaak dit voorkomt. Een toename van probleemgedrag kan door het bijhouden van het signaleringsplan tijdig worden herkend en gemeld. Start met het gebruik van dit signaleringsplan ruim voordat u de afbouw begint om reeds aanwezige wisselingen in stemming en gedrag, bijvoorbeeld in reactie op omgevingsfactoren, vast te leggen. Hiermee voorkomt u dat deze wisselingen later ten onrechte worden toegeschreven aan het verlagen van de dosering van de medicatie.
- Bespreek het plan om medicatie af te bouwen indien mogelijk met de patiënt en leg uit wat de verwachte effecten zijn van deze afbouw.

## 2. INVESTEER IN DE OMGEVING

- Geef het advies over medicatieafbouw en voorlichting over effecten van antipsychotische medicatie op de lange termijn aan zowel groepsleiding als de (wettelijk) vertegenwoordiger van de patiënt.
- Verzeker u ervan dat groepsleiding op de hoogte is van een goede orthopedagogische diagnose van de betreffende patiënt en dat begeleiding aansluit op het cognitieve en sociaalemotionele niveau.
- Geef aandacht aan eerdere ervaringen van familie of groepsleiding rondom afbouw van medicatie en mogelijke daaruit voortkomende angsten.
- Leg uit dat afbouw liefst op zo'n manier moet gebeuren dat er niets in negatieve wijze verandert in het gedrag en dat het gemeld moet worden als dit wel het geval is. Leg dit vast in het signaleringsplan.

## 3. KIES VOOR EEN GECONTROLEERDE AFBOW

- Verlaag de medicatie met een kleine dosis op proef. Evalueer de verlaging met betrokkenen. Dit zowel om de gevoeligheid voor afbouw te bepalen als om de angst bij de omgeving te verminderen.
- Wanneer een patiënt zelf in staat is om veranderingen die hij of zij voelt te benoemen, kan dat uiteraard richtinggevend zijn voor het tempo van afbouwen. Vraag dan uit of patiënt iets merkte van de verlaging en hoe lang het duurde voor hij of zij zich weer helemaal zichzelf voelde.
- Stel een afbouwschema op aan de hand van de eerder verzamelde informatie. Hanteer hierbij na elke stap een periode van 4 maal de halfwaardetijd voor verlaging van de bloedspiegels en een periode voor observatie en evaluatie of het gedrag is veranderd. De grootte van de stap hangt af van de verwachte toename van prikkelgevoeligheid en de ernst van de gedragsproblemen in het verleden. Bij ernstige problemen, laag niveau, hoge prikkelgevoeligheid en een hoge dosering antipsychotica sinds vele jaren, kan een zeer lange afbouwperiode (bijvoorbeeld 2 jaar) noodzakelijk zijn. In veel gevallen is afbouw mogelijk in een aantal maanden.
- Stel het afbouwschema bij aan de hand van het verloop van de afbouw. Als het gedrag in positieve zin verandert, kan afbouwen mogelijk sneller dan in eerste instantie gedacht. Indien er negatieve veranderingen optreden, pauzeer dan altijd de afbouw, heroverweeg de aanwezigheid van onttrekkingsverschijnselen of de psychiatrische diagnose en onderzoek overige mogelijke oorzaken voor het probleemgedrag.

## CONCLUSIE

In Nederland worden antipsychotica nog steeds langdurig en vaak in hoge doseringen voorgeschreven aan mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Hier is geen wetenschappelijke evidentie voor. Met de nieuwe wet Zorg en dwang wil de Nederlandse overheid meer zicht krijgen op het voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een verstandelijke beperking zonder bijkomende psychiatrische stoornis, door dit voorschrijven van psychofarmaca aan te duiden als vrijheidsbeperkende maatregel.

Eén van de doelen van de nieuwe wet Zorg en dwang is het verminderen van het gebruik van antipsychotica zonder indicatie. Voor de klinische praktijk zal dit betekenen dat medicatie (psychofarmaca, met name antipsychotica) van veel intra- of semimuraal wonende mensen met een verstandelijke beperking opnieuw beoordeeld moet worden en – in de meeste gevallen – afgebouwd.

Op dit moment lukt dit afbouwen van antipsychotica zonder indicatie slechts in één op de drie gevallen. Er is behoefte aan een richtlijn voor het afbouwen van antipsychotica zonder indicatie bij mensen met een verstandelijke beperking. Belangrijke pijlers in een dergelijke richtlijn hebben we reeds in dit artikel beschreven. Investeer in diagnostiek en stabiliteit bij de patiënt, investeer in de omgeving en kies voor een gecontroleerde afbouw.

## LITERATUUR

- Advokat CD, Mayville EA, Matson JL. Side effect profiles of atypical antipsychotics, typical antipsychotics, or no psychotropic medications in persons with mental retardation. *Res Dev Disabil* 2000; 21: 75-84.
- Ahmed Z, Fraser W, Kerr MP, Kiernan C, Emerson E, Robertson J, e.a. Reducing antipsychotic medication in people with a learning disability. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 42-6.
- Alphen C van, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, e.a. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Berkel M van, Bogers JP, Bouvy PF. Dosisreductie van klassieke antipsychotica: gunstig voor tardieve dyskinesie? *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 37-41.
- Bokszanska A, Martin G, Vanstraelen V, Holt G, Bouras N, Taylor D. Risperidone and olanzapine in adults with intellectual disability: a clinical naturalistic study. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 285-91.
- Brylewski J, Duggan L. Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with learning disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3: CD000377.
- Ceroveckí A, Musil R, Klimke A, Seemüller F, Haen E, Schennach R, e.a. Withdrawal symptoms and rebound syndromes associated with switching and discontinuing atypical antipsychotics: theoretical background and practical recommendations. *CNS Drugs* 2013; 27: 545-72.
- Deb S, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla L, Bradley E, Torr J, e.a. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry* 2009; 8: 181-6.
- Dryden-Edwards RC, L. Combrinck-Graham L. Developmental disabilities from childhood to adulthood; what works for psychiatrists in community and institutional settings. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2010.
- Frances A. Saving normal; an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: HarperCollins; 2013.
- Gardos G, Cole JO, Tarsy D. Withdrawal syndromes associated with antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 1321-4.
- Hellings JA, Zarcone JR, Crandall K, Wallace D, Schroeder SR. Weight gain in a controlled study of risperidone in children, adolescents and adults with mental retardation and autism. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001; 11: 229-38.
- Holden B, Gitlesen JP. Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. *Res Dev Disabil* 2004; 25: 509-21.
- Kuijper, G de, Evenhuis H, Minderaa RB, Hoekstra PJ. Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics for behavioural symptoms in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2014; 58: 71-83.
- Kuijper G de, 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.
- Levitas AS, Hurley AD. The history behind use of antipsychotic medications in persons with intellectual disability: Part 1. *Mental Health aspects of Developmental Disabilities* 2006; 3: 1-9.
- Mahan S, Holloway J, Bamburg JW, Hess JA, Fodstad JC, Matson JL. An examination of psychotropic medication side effects: does taking a greater number of psychotropic medications from different classes affect presentation of side effects in adults with ID? *Res Dev Disabil* 2010; 31: 1561-9.
- Matson JL, Fodstad JC, Neal D, Dempsey T, Rivet TT. Risk factors for tardive dyskinesia in adults with intellectual disability, comorbid psychopathology, and long-term psychotropic use. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 108-16.
- Matson JL, Mahan S. Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 1570-6.
- Matson JL, Neal D. Psychotropic medication use for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities: an overview. *Res Dev Disabil* 2009; 30: 572-86.
- NVAAG. Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking. 2007.
- Stolker JJ, Koedoot PJ, Heerdink ER, Leufkens HG, Nolen WA. Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. *Pharmacopsychiatry* 2002; 35: 19-23.
- Tyrer P, Oliver-Africano PC, Ahmed Z, Bouras N, Cooray S, Deb S, e.a. Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 9606: 57-63.



## SUMMARY

# The new draft law on care and coercion. Concerning the use and the reduction of antipsychotics without a valid indication in people with intellectual disabilities

S. KAPITEIN, J. WIELAND

- BACKGROUND** In the Netherlands, many people with an intellectual disability and challenging behavior are still prescribed antipsychotic medication, often for many years and in high doses. According to the new draft law on care and coercion, prescribing antipsychotics, without a valid indication, for people with an intellectual disability, will be regarded as coercion. The effect for clinical practice will be that such antipsychotic medication will have to be re-assessed and, in many cases, reduced and stopped.
- AIM** To comment on the effectiveness, the side effects and futility of prescribing antipsychotics to people with an intellectual disability and challenging behavior in order to arrive at recommendations about the evaluation of antipsychotics and, if possible, about the reduction of antipsychotics for intellectually challenged people who do not really require such medication.
- METHOD** Practical recommendations are made based on recent literature and clinical experience.
- RESULTS** Thorough evaluation and – when possible – the reduction of antipsychotics for people with an intellectual disability requires psychiatrists to invest time and energy in diagnosis and stability of patients, to invest in the patient's environment and to opt for a controlled reduction of antipsychotics.
- CONCLUSION** The new draft law on care and coercion highlights the urgent need for guidelines concerning the reduction of antipsychotics for people with an intellectual disability when there is no clear indication that such a step will benefit the patient.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)12, 807-815

**KEY WORDS** antipsychotics, challenging behaviour, intellectual disability, law on care and coercion