

De afbouw van psychofarmaca na traumatisch hersenletsel: het belang van een leidraad

J.G. Alders, S.J.M. Rijnen, B.A.A. Bus

Traumatisch hersenletsel (THL) komt veel voor in Nederland; jaarlijks lopen naar schatting 85.000 mensen THL op.¹ Bij bijna 23.000 van hen is sprake van matig of ernstig THL. Bij een derde hiervan ontstaan er gedragsproblemen, zoals agitatie en agressie.^{2,3} Deze gedragsproblemen kunnen erg belastend en moeilijk te hanteren zijn voor zorgverleners en naasten van de patiënt. Vaak worden er, zonder dat er sprake is van een psychiatrische stoornis in engere zin, psychofarmaca voorgeschreven om de veiligheid en dagelijkse zorg te kunnen waarborgen. Psychofarmaca zijn echter niet bewezen effectief en veilig bevonden voor deze indicatie en het voorschrijven ervan gebeurt dus per definitie offlabel.⁴⁻⁷

De praktijk leert ons dat patiënten regelmatig ingesteld worden op meerdere soorten psychofarmaca in hoge doseringen als gevolg van noodsituaties, zonder dat duidelijk is wat de afzonderlijke effecten van de middelen geweest zijn. Dit terwijl de richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen (2017)⁴ adviseert om psychofarmaca altijd te stoppen wanneer er geen effect is én te overwegen om te stoppen of te verminderen wanneer dit mogelijk is. Met name in noodsituaties wordt dit nog wel eens nagelaten en wordt er gemakkelijker een middel bij gestart voordat er een middel wordt gestopt. Volgens ons is een leidraad, gericht op de praktische kant van het afbouwen, nodig om het afbouwen van psychofarmaca bij gedragsproblemen na THL te ondersteunen.

Is het afbouwen van psychofarmaca na THL complex?

Of het afbouwen van psychofarmaca als complex wordt ervaren, hangt logischerwijs af van de kennis en de ervaring van de voorschrijver, de omstandigheden en de ernst van de gedragsproblemen. Deze factoren lijken in de praktijk sterk te wisselen. In de THL-zorgketen zijn verschillende medische disciplines betrokken (neurologie, revalidatiegeneeskunde, geriatrie, revalidatie en psychiatrie), vaak in verschillende soorten organisaties. Hoewel de genoemde richtlijn aanbevelingen doet voor het (afbouwen) van medicamenteuze therapie,⁴ ontbreekt de praktische informatie over dat afbouwen.

Er bestaat geen 'best practice' bij het afbouwen van psychofarmaca bij patiënten met THL: er is geen onderzoek gedaan naar factoren zoals *wanneer, in welke volgorde en met welke snelheid* psychofarmaca het beste kunnen worden afgebouwd. Daarnaast is het vaak moeilijk om de oorzaak van probleemgedrag bij patiënten met THL te duiden: dit

AUTEURS

Judith G. Alders, psychiater, Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie, GGZ Oost Brabant, Boekel.

Sophie J.M. Rijnen, senior wetenschappelijk onderzoeker, Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie, GGZ Oost Brabant, Boekel.

Boudewijn A.A. Bus, psychiater en senior wetenschappelijk onderzoeker, Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie, GGZ Oost Brabant, Boekel.

Correspondentie

Judith G. Alders (J.G.Alders@ggzoostbrabant.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-8-2023.

kan o.a. te maken hebben met de hersenschade, overbelasting/overprikkeling, onderliggende pijnklachten, cognitieve stoornissen, comorbide psychiatrische problematiek of bijwerkingen/paradoxe effecten van medicatie of onttrekking hiervan.⁸

Psychofarmaca hebben bijwerkingen zoals sedatie, extrapiramidale bijwerkingen, verwardheid, metabole ontregelingen, waaronder gewichtstoename, en (paradoxe) gedragsverslechtingen, die belemmerend kunnen werken op de revalidatie. Ook wordt er in de literatuur gesuggereerd dat middelen zoals haloperidol en andere sterke D₂-remmers de fase van posttraumatische amnesie (PTA), gekenmerkt door geheugenproblemen en verwardheid, kunnen verlenen.^{7,9,10} Wanneer de zorg wordt belemmerd door probleemgedrag en/of revalidatie stagneert, is het risico groot dat psychofarmaca langdurig zullen worden gegeven uit angst voor verdere verslechtering. Het langdurig gebruik van psychofarmaca kan gezondheidsschade opleveren, direct of indirect, door belemmering van revalidatie. Een aanvullende leidraad op de eerdergenoemde richtlijn kan voorzien in adviezen over een optimale gepersonaliseerde afbouwstrategie waarmee deze problemen mogelijk voorkomen kunnen worden.

Interviews met medisch specialisten

Om een beeld te vormen van de werkwijze van het afbouwen van psychofarmaca bij breinletsel in de THL-zorgketen hebben wij een ongestructureerd interview afgenomen bij

12 medisch specialisten die regelmatig te maken hebben met patiënten met THL en probleemgedrag. Het ging om 2 neurologen, 3 revalidatieartsen, 3 specialisten ouderengeneeskunde en 4 (neuro)psychiaters. We wierven de specialisten via het professionele netwerk van de eerste auteur (JA), op basis van aanbevelingen van reeds geïnterviewde professionals (sneeuwbalmethode) of door het contacteren van instellingen waar een vergelijkbare patiëntpopulatie wordt behandeld.

Geen van de specialisten maakte gebruik van een afbouwstrategie gebaseerd op een leidraad of richtlijn. Er waren grote verschillen in afbouwen, zoals de keuze van de volgorde en de snelheid. Factoren die hierop van invloed waren, waren uiteenlopend; de kwaliteit (aanwezigheid) van een overdracht over de indicatie van een middel, (onzekerheid over) eigen kennis en ervaring, persoonlijke overtuigingen over de mate van effect van psychofarmaca op probleemgedrag, de draagkracht van het (verpleegkundig) team, de ernst van het probleemgedrag, de voorkeuren van de familie en uitzicht op doorplaatsing.

De belangrijkste patiëntgebonden reden voor afbouw was de 'revalidatierijpheid', waarbij de afbouw van sederende middelen werd geprioriteerd. Het was opvallend dat andere patiëntgebonden redenen voor afbouw, zoals bijwerkingen en ongewenste interacties, nauwelijks spontaan werden genoemd.

Een bevorderende factor voor afbouw was de mogelijkheid tot het succesvol kunnen consulteren van een 'specialist ter zake'. Deze specialist ter zake is echter niet altijd beschikbaar en daarbij is niet altijd duidelijk wie deze rol op zich zou moeten nemen. Net als wij, zagen de meeste medisch specialisten dit als een taak voor psychiaters. Psychiaters hebben affiniteit met gedragsproblemen en worden in de opleiding tot psychiater goed geschoold in psychofarmacologie. Wij vonden het dan ook opvallend dat binnen de psychiatergroep zelf meer twijfel bestond over de vraag of deze taak tot die van de psychiater behoort. Niet alle psychiaters zien gedragsproblemen bij hersenletsel als 'psychiatrie in engere zin' en lijken zich hier niet altijd voldoende bekwaam in te voelen. Uit de interviews bleek dat de deelnemers de komst van een leidraad als zinvol zagen omdat men hiermee aandacht geeft aan een onderbelicht maar belangrijk onderwerp én omdat men hiermee handvatten kan bieden die bijdragen aan betere kwaliteit van zorg. Hoewel de geïnterviewden een strak stramien of algemene strategie niet als realistisch zagen vanwege grote heterogeniteit tussen patiënten en wisselingen in het beloop, was er wel behoefte aan klinisch-farmacologische kennis gericht op het afbouwen van psychofarmaca in relatie tot herstellend breinletsel en revalidatie doelen. Tevens zouden adviezen over medicatieafbouw rondom niet-medicamenteuze ondersteunende interventies, hulp bij de interpretatie van symptomen en gedrag (o.a. ontwenning) als ook adviezen gericht op de behandelteamdynamiek een onderdeel van een dergelijke richtlijn kunnen zijn.

Conclusie

Het afbouwen van psychofarmaca staat steeds meer in de belangstelling.¹¹⁻¹³ Bij patiënten met THL blijft gedegen

wetenschappelijk onderzoek naar het effect en het gebruik en daarmee ook de afbouw van psychofarmaca, al jaren achter. Dit terwijl deze middelen met grote regelmaat off-label worden ingezet voor bijkomende gedragsproblematiek. Wetenschappelijk onderzoek is lastig gebleken vanwege de grote heterogeniteit in ernst en type hersenletsel en het klinisch beloop van deze patiënten. Kwalitatief onderzoek is volgens ons een logische vervolgstap om de aanwezige opgebouwde klinische ervaring en reeds bestaande afbouwrichtlijnen voor andere doelgroepen te inventariseren om tot concrete 'best practice'-handvatten te komen. Bij dergelijk onderzoek dienen medisch specialisten in de zorgketen, met name psychiaters die werkzaam zijn met deze doelgroep, betrokken te worden. Deze handvatten kunnen medisch specialisten ondersteunen bij het vormgeven van gepersonaliseerde afbouwstrategieën, waarmee potentieel de zorgvuldigheid, veiligheid en efficiëntie van het afbouwen van psychofarmaca bij patiënten met THL kunnen verbeteren.

LITERATUUR

- 1 Zorgstandaard Traumatisch hersenletsel volwassenen. De Hersenletsel Alliantie. <https://www.hersenletselalliantie.nl/zorgstandaarden-hersenletsel>
- 2 Phyland RK, Ponsford JL, Carrier SL, ea. Agitated behaviors following traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis of prevalence by post-traumatic amnesia status, hospital setting and agitated behavior type. *J Neurotrauma* 2021; 38: 3047-67.
- 3 Hoover GL, Whitehair VC. Agitation after traumatic brain injury: A review of current and future concepts in diagnosis and management. *Neurol Res* 2020; 24: 1-9.
- 4 Richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen. Utrecht: Kennisinstituut van de Federatie van Medisch specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/neuropsychiatrische_gevolgen_na_nah_bij_volwassenen/zorgkaders_neuropsychiatrische_gevolgen_nah.html
- 5 Nash RP, Weinberg MS, Laughon SL, ea. Acute pharmacological management of behavioral and emotional dysregulation following a traumatic brain injury: A systematic review of the literature. *Psychosomatics* 2019; 60: 139-52.
- 6 Rahmani E, Lemelle TM, Samarbafzadeh E, ea. Pharmacological treatment of agitation and/or aggression in patients with traumatic brain injury: a systematic review of reviews. *J Head Trauma Rehabil* 2021; 36: E262-83.
- 7 Williamson D, Frenette AJ, Burry LD, ea. Pharmacological interventions for agitated behaviours in patients with traumatic brain injury: a systematic review. *BMJ Open* 2019; 9: e029604. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e029604.long>
- 8 Luauté J, Plantier D, Wiart L, ea. Care management of the agitation or aggressiveness crisis in patients with TBI. Systematic review of the literature and practice recommendations. *Ann Phys Rehabil Med* 2016; 59: 58-67.
- 9 Capizzi A, Woo J, Verduzco-Gutierrez M. Traumatic brain injury: an overview of epidemiology, pathophysiology, and medical management. *Med Clin North Am* 2020; 104: 213-38.
- 10 Mysiw WJ, Bogner JA, Corrigan JD, ea. The impact of acute care medications on rehabilitation outcome after traumatic brain injury. *Brain Inj* 2006; 20: 905-11.
- 11 Gupta S, Cahill JD. A prescription for 'deprescribing' in psychiatry. *Psychiatr Serv* 2016; 67: 904-7.
- 12 Vinkers C, Arnold I, Van den Eijnden M, ea. Stoppen met antidepressiva: stand van zaken en het multidisciplinaire perspectief. *Psyfar* 2021; 16: 10-17.
- 13 Staveren van R. Minder slikken, véél minder. Amsterdam: Boom; 2022.