

De afbouw van psychofarmaca *bij patiënten met traumatisch hersenletsel in de subacute fase*



Judith Alders & Boudewijn Bus

17 maart 2026

Traumatisch hersenletsel



Prevalentie ca 23.000 (matig tot ernstig THL)

Acute fase (eerste dagen tot weken)



Subacute fase (vanaf ca 3^e maand)
(revalidatiefase)



Chronische fase

Post-Traumatische Amnesie (PTA) fase

Acute Noodsituaties, breinherstel en revalidatie



Onderzoek naar afbouw van psychofarmaca



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie



Ouderen met polyfarmacie



Verstandelijk beperkten

**Géén afbouw-onderzoek
bij THL**

**Maar ook te weinig onderzoek naar
effect en veiligheid van
psychofarmaca----->> OFF-LABEL!!**



Traumatisch
Hersen
Letsel



Psychiatrische patiënten

Afwezigheid van een 'afbouwrichtlijn' of leidraad

- Verschillende zorgketens
- Geen 'verantwoordelijke' medische discipline.

Resultaat: naast gebrek aan 'evidence' geen uniforme werkwijze.

TIJDSCHRIFT VOOR Psychiatrie

OPINIE

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)⁸ 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.

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@ggzoostrabant.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.⁹

Psychofarmaca hebben bijwerkingen zoals sedatie, extrapiramidale bijwerkingen, verwardheid, metabole onregeligheden, waaronder gewichtstoename, en (paradoxe) gedragsverslechtingen, die belemmerend kunnen werken op de

Afbouwen van psychofarmaca bij patiënten met traumatisch hersenletsel : een Delphi studie

Judith Alders , Sophie Rijnen, Bas van Alphen, Indira Tendolkar, Boudewijn Bus

Doel: Verwerven van inzicht ten behoeven van toekomstige afbouwstrategieën van psychofarmaca bij patiënten met THL in de revalidatiefase.

Methoden: Delphi studie, 3 rondes, 14 Neuropsychiaters (NL en BE)

Zes deelvraagstellingen:

1) wanneer starten, 2) In welke volgorde, 3) hoe snel, 4) hoe monitoren, 5) omgang met belemmerende factoren, 6) Niet patiëntgebonden factoren.

Resultaten: 32 stellingen met consensus (en twee open vragen)

Belangrijkste conclusies:

- Afbouwen moet altijd blijvend worden overwogen, op gezette tijden. (Niet wachten op de ideale omstandigheden).
- Verschillende factoren zijn van invloed op de keuze hoe en wanneer afbouwen en lijken per patiënt verschillend, dus een holistische benadering moet mogelijk blijven.
- Er is wel behoefte aan een leidraad over afbouwen.
- Als er geen kennis over is, betrek een specialist ter zaken.

GGZ Oost Brabant **Afbouwen van psychofarmaca bij patiënten met traumatisch hersenletsel : een Delphi-studie**
Judith Alders¹, Sophie Rijnen¹, Bas van Alphen², Indira Tendolkar³, Boudewijn Bus³

1. Expertisecentrum Hersenletsel en Neuropsychiatrie, GGZ Oost Brabant, 2. Ouderenzpsychologie, GGZ Mondriaan, Afz. Klinische- en levensloop psychologie, Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Neuwetenschappen, UMC Middelheim, 3. Radboud UMC Nijmegen, afdeling psychiatrie, Donders Instituut.

<p>Achtergrond</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jaarlijks 96 miljoen nieuwe gevallen van traumatisch hersenletsel (THL) wereldwijd, waarbij ca 30% mét gedragsproblemen, zoals agressie en agitatie. • Bij nood: off-label behandeling met psychofarmaca (PF). • PF kunnen nadelig zijn voor breinherstel en revalidatie. • Afbouwen wenselijk, maar gebeurt niet altijd (voldoende) in de praktijk. • Kennis over afbouwen bij deze doelgroep ontbreekt. <p>Methoden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delphi studie, 3 rondes (online: Castor EDC) • 14 Neuropsychiaters (NL en BE), betrokken bij de psychofarmacotherapie bij minimaal 5 THL patiënten per jaar, gedurende min 3 jaar (niet langer dan 5 jaar geleden) • Zes deelvraagstellingen: 1) wanneer starten, 2) in welke volgorde, 3) hoe snel, 4) hoe monitoren, 5) omgang met belemmerende factoren en 6) niet-patiëntgebonden factoren. <p>Doelstelling</p> <p>Verwerven van inzicht ten behoeven van toekomstige afbouwstrategieën van psychofarmaca bij patiënten met THL in de revalidatiefase.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Sterke punten</th> <th style="width: 50%;">Beperkingen</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Eerste onderzoek naar afbouw PF bij THL • Representatieve expertgroep </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Kleine groep experts, • Minder betrokken bij de afbouw van PF bij THL dan indicatiestelling en opbouw </td> </tr> </table> <p>Toekomstig onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herhaling van de Delphi internationaal (t.b.v. cross validiteit) • Single-Case Experimental Design (SCED)-> verwerven empirische data (pilot/multicentre) 	Sterke punten	Beperkingen	<ul style="list-style-type: none"> • Eerste onderzoek naar afbouw PF bij THL • Representatieve expertgroep 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine groep experts, • Minder betrokken bij de afbouw van PF bij THL dan indicatiestelling en opbouw 	<p>Resultaten</p> <p>1. Wanneer starten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afbouwen altijd pro-actief overwegen. In samenwerking met stakeholders. Afbouwen bij belemmering van revalidatie. Maar altijd de mogelijkheid van onderbouw uitzetten. <p>2. In welke volgorde afbouwen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen één factor is totaal beslissend voor de volgorde. Er zijn wel meerdere factoren van belang die meegenomen moeten worden. (zie tabel hiernaast). <p>3. Hoe snel afbouwen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per patiënt bepalen, aan de hand van pt-urlijke eigenschappen. Sneller bij bijwerkingen zoals sedatie (als situatie dat toe laat). Hyperboel afbouwen niet noodzakelijk. Farmacokinetische eigenschappen wel mee nemen. Een andere afbouwnelheid is bij THL mogelijk nodig. <p>4. Hoe de afbouw monitoren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is geen meetinstrument beschikbaar dat toepasbaar is in alle gevallen van afbouwen. Het is wenselijk dat deze wordt ontwikkeld voor THL. Gestructureerd en afgestemd afbouwen waarbij duidelijke observatiepunten en rapportage afspraken noodzakelijk. Op maat gemaakt signaleringsplan. Medebehandelaren, verpleging, naasten hebben een belangrijke rol. <p>5. Belemmerende factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo/afbouwplan dient te worden herzien bij toenemend probleemgedrag en/of ontrekking, waarbij de overweging de dosis tijdelijk te verhogen. Het verdient de voorkeur niet-medicamenteuze interventies toe te passen. Consultatie van een klinisch farmacoloog kan meerwaarde hebben. <p>6. Niet-patiëntgebonden factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creëren van realistische verwachtingen bij alle stakeholders, goede afstemming in de zorgketen, prikkelarme omgeving niet noodzakelijk, ondersteuning zinvol van niet-medicamenteuze interventies, consultatie door psychiater (met kennis ter zaken) mogelijk maken. <p>Factoren keuzevolgorde afbouw</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectiviteit • Positief-Revalidatie • Negatief->Revalidatie • Bijwerkingen • Som/psych VG • Actueel: Som/Psych • Aangetoond effect door onderzoek • Verslavingseffecten • Farmacokinetiek <p>Conclusie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altijd afbouwen overwegen op gezette tijden. Wacht niet op ideale omstandigheden. • Er is wel behoefte aan een leidraad over afbouwen van PF bij THL • Een holistische benadering moet mogelijk blijven. • Betrek (z.n.) een specialist met kennis ter zaken.
Sterke punten	Beperkingen				
<ul style="list-style-type: none"> • Eerste onderzoek naar afbouw PF bij THL • Representatieve expertgroep 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine groep experts, • Minder betrokken bij de afbouw van PF bij THL dan indicatiestelling en opbouw 				

Referenties:

1. Alders JG, Rijnen S, van Alphen B, Bus B. De afbouw van psychofarmaca bij traumatisch hersenletsel: een Delphi-studie. Tijdschr Psychiatr 2022; 60:538-539.
2. Rijnen S, Alders JG, van Alphen B, Bus B. De afbouw van psychofarmaca bij traumatisch hersenletsel: een Delphi-studie. Tijdschr Psychiatr 2022; 60:538-539.

Expertisecentrum Hersenletsel en Neuropsychiatrie, GGZ Oost Brabant Email: JG.Alders@ggzooostbrabant.nl



Leerdoelen van deze workshop

1. Het belang van actief afbouwen in de revalidatiefase.
2. De belangrijkste risico's en bijwerkingen van psychofarmacagebruik bij traumatisch hersenletsel (THL) in de revalidatie fase.
3. Wat zijn relevante klinische factoren bij het verantwoord afbouwen van psychofarmaca na traumatisch hersenletsel.



Casus 1: Bart (45 jaar)

Vier maanden geleden werd Bart (45 jr), terwijl hij op weg was naar zijn accountancy kantoor, door een auto van zijn fiets gereden. Hij liep daarbij ernstig traumatisch hersenletsel op. Na het ongeluk verkeerde hij enkele dagen in coma. Na ontwaken was hij erg verward. Er bleek sprake van een post traumatische amnesie (PTA-fase), waarbij hij niet in staat bleek om informatie op te slaan en te onthouden. Hij was gedesoriënteerd, angstig en met momenten fors agressief. Hij schopte, sloeg en beet naar verpleegkundigen die hem probeerden te verzorgen. Hierbij riep hij verwarde dingen over 'misdadigers', 'corrupte agenten' en gaf hij angst te hebben om naar de gevangenis te moeten. Bart werd 5 punts gefixeerd en kreeg medicatie: haldol 6 mg, lorazepam 8 mg, depakine 1500 mg en Citalopram 30mg. Hierop werd hij rustiger en kon de fixatie worden vervangen voor een tentbed.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Wat zijn doelen van medicatie (psychofarmaca)?



Doelen van medicatie (psychofarmaca)

- Oplossen van een noodsituatie (bieden van veiligheid)
- Sedatie, rust, slaap
- Vermindering van overprikkeling
- Lijdensdruk verminderen van de patiënt (angst, gejaagdheid)
- De patiënt verpleegbaar maken (ADL)
- Het mogelijk maken van het kunnen uitvoeren van medisch noodzakelijke handelingen
- Overlast beperken voor medepatiënten



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Was psychofarmacotherapie hier de eerste keuze? Of zijn er betere alternatieven?



Alternatieven -niet-medicamenteus- zijn eerste keuze

Voorbeelden van niet-medicamenteuze interventies

- Prikkelreductie in de kamer, vermijden van overbelasting (*geen piepjes, minimaal bezoek*)
- Verbetering van oriëntatie
- Nabijheid bieden
- Dagstructuur (*t.b.v. voldoende rust, inslijten gewoonten, voorspelbaarheid creëren, waardoor vermindering angst*)
- Bejegening (*Door iedereen hetzelfde en aangepast op iemand zijn cognitieve vermogens*)
- Psychoeducatie van het systeem



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Welke psychofarmaca werden gegeven in de casus?
Welke zijn middelen(groepen) worden veel voorgeschreven?



Veel gebruikte medicatie voor agressie en agitatie bij NAH

Meest gegeven psychofarmaca in de praktijk (onze ervaring):

Antipsychotica: haldol, quetiapine, olanzapine

Anti-epileptica: valproïnezuur (Depakine)

Benzodiazepinen: lorazepam, oxazepam

SSRI: (es)citalopram

Wat zijn belangrijke bijwerkingen? (mn revalidatie belemmerend)

Antipsychotica met sterke D2 blokkade (haldol): spierstijfheid, slikproblemen, tremor, parkinsonistisch looppatroon. Aanwijzingen voor een vertraagd cognitief herstel

Atypische antipsychotica (quetiapine, olanzapine): gewichtstoename, metabole ontregelingen, anticholinergische bijwerkingen, waaronder cognitieve verslechtering.

Valproïnezuur: tremor, sedatie

Benzodiazepinen: sedatie, spierverslapping (vallen), verslaving, vermindering van de slaapherstel kwaliteit, paradoxale probleemgedrag verslechtering, vertraagd cognitief herstel.

SSRI: duizeligheid, emotionele vervlakking, maag-darm klachten, wazig zien



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Hoe denkt u over het voorschrijven van verschillende soorten middelen tegelijk? Is dit hoe u het ook zou hebben gedaan?



Meerdere middelen tegelijk

- Een middel dient geëvalueerd te worden op effect, wanneer niet effectief (of teveel bijwerkingen) stoppen.
- In de praktijk: ‘stapelen bij noodsituaties’.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Vervolg casus: Bart

Bart verblijft nu twee maanden op de afdeling neurologie. Hij verblijft hele dagen in een tentbed, m.u.v. korte verzorgingsmomenten. Hij is nog steeds erg verward en kan eigenlijk niets onthouden. De dagelijkse handelingen beginnen een klein beetje in te slijten. Alleen daarin toont hij een lichte leerbaarheid. De artsen, familie en de verpleging zijn blij dat het nu beter gaat. Hij is verpleegbaar, het is veilig, hij is niet meer aangejaagd, boos en agressief. Zijn omgeving heeft het gevoel –omdat zijn probleemgedrag uitgedoofd is- dat hij minder lijdt. Hij krijgt nog steeds haldol 6 mg, lorazepam 8 mg, depakine 1500 mg en citalopram 30 mg.

Lichamelijk is Bart stabiel en eigenlijk uitbehandeld. Hij staat op een wachtlijst voor een gespecialiseerde revalidatieafdeling binnen de GGZ. (Hij werd afgewezen door de reguliere revalidatiezorg vanwege de gedragsproblemen). Echter, deze hebben lange wachttijden. Het gaat nog wel zeker 6 weken duren voordat hij daar terecht kan.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Moet er medicatie worden afgebouwd?

Herziening richtlijn



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie



Richtlijndatabase

[RICHTLIJNEN](#) [ZOEK](#) [NIEUWS](#) [INSTRUCTIES](#) [WERKWIJZE](#) [OVER](#) [CONTACT](#) [APP](#) [COLLABORATIONS](#)

[LOG IN](#)

[← Terug naar zoekresultaten](#)

Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen

[+ VOLGEN](#)

Initiatief: Cluster Acute neurologie inclusief gerelateerde lange termijneffecten
Aantal modules: 11

[Download richtlijn](#)

Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen

Zoeken binnen deze richtlijn



1. Startpagina - Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen

Startpagina - Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen

Publicatiedatum: 14-10-2025
Beoordeeld op geldigheid: 18-09-2025

Wat is nieuw?

Publicatiedatum

[Startpagina - Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen](#)

14-10-2025

[Wettelijke kaders gedwongen zorg bij NAH](#)

14-10-2025



Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen



Expertisecentrum Hersenletsel en Neuropsychiatrie

Oude richtlijn (2017)

- Medicamenteuze behandeling voor agitatie en agressie grofweg hetzelfde in verschillende fasen van herstel.

Antipsychotica	Antidepressiva	Anti-epileptica	Benzodiazepinen	β -blokkers
Haloperidol Olanzapine Quetiapine Risperidon	Sertraline Citalopram	Carbamazepine Valproïnezuur	Alleen nood, niet doorgebruiken Lorazepam Diazepam	Propranolol Pindolol

Herziening richtlijn (2025)

- Onderscheid tussen acute fase ("neurotransmitter-storm") en subacute/chronische fase.
- **Acute fase:**

α -agonist	β -blokkers	Opioid-antagonist	Antipsychotica <i>Alleen kort of z.n.</i>
Dexmedetomidine	Propranolol Pindolol	Naltrexon	Haloperidol Olanzapine Quetiapine Risperidon

- **Liever geen benzodiazepinen! (sedatie, valrisico, verslaving)**

- **Subacute/chronische fase**

dopaminerg / NMDA-modulator	Stimulant	SSRI	Acetylcholine-esterase remmer	Opioid-antagonist	Middelen uit de praktijk
Amantadine (voorkeur)	Methylfenidaat	Sertraline	Rivastigmine	Naltrexon	Memantine Mirtazapine Valproïnezuur



Medicatie werkt per fase anders

Acute fase:

Trauma > kapotte breincellen > vrijkomen van neurotransmitters: '**Neurotransmitterstorm**'
Agressie/agitatie = een gevolg van hoge doseringen stoffen zoals bijvoorbeeld dopamine.

Subacute fase:

De neurotransmitterstorm is gaan liggen.

Er ontstaat een tekort aan functionerende cellen, er is eerder een **tekort** dan overvloed aan **neurotransmitters**. Er zijn ontstekingsprocessen in het brein door de schade. Veel neurotransmitters werken ontstekingsremmend en dus helend.

De **frontaal** kwab zorgt voor inhibitie > "**de rem**" van gedrag. Medicatie die zorgen voor dopamine verhoging kunnen bijdragen aan verbetering van de rem.

Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Oude richtlijn (2017)

- Medicamenteuze behandeling voor agitatie en agressie grofweg hetzelfde in verschillende fasen van herstel.

Antipsychotica	Antidepressiva	Anti-epileptica	Benzodiazepinen	β-blokkers
Haloperidol Olanzapine Quetiapine Risperidon	Sertraline Citalopram	Carbamazepine Valproïnezuur	Alleen nood, niet doorgebruiken Lorazepam Diazepam	Propranolol Pindolol

Herziening richtlijn (2025)

- Onderscheid tussen acute fase (“neurotransmitter-storm”) en subacute/chronische fase.

Niet meer bewijs voor effect, wel meer bewijs voor schade van PF!!

- **Acute fase:**

α-agonist	β-blokkers	Opioïd-antagonist	Antipsychotica <i>Alleen kort of z.n.</i>
Dexmedetomidine	Propranolol Pindolol	Naltrexon	Haloperidol Olanzapine Quetiapine Risperidon

- **Liever geen benzodiazepinen! (sedatie, valrisico, verslaving)**

- **Subacute/chronische fase**

dopaminerg / NMDA-modulator	Stimulant	SSRI	Acetylcholine-esterase remmer	Opioïd-antagonist	Middelen uit de praktijk
Amantadine (voorkeur)	Methylfenidaat	Sertraline	Rivastigmine	Naltrexon	Memantine Mirtazapine Valproïnezuur

**Nieuwe richtlijn 2025:
Expliciet afbouwadvies!!!!**



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Moet er medicatie worden afgebouwd bij Bart?



Afbouwen altijd periodiek (her)overwegen!

- Wat zijn de voor- en nadelen van afbouwen in deze specifieke casus?
- Psychofarmaca wordt OFF-LABEL voorgeschreven. Het is dus niet bewezen veilig en effectief.
- Niet afbouwen = een actieve behandeling =verwijtbaar wanneer met het (onterecht) niet doet.
- Wanneer men besluit tot niet afbouwen > nieuwe evaluatie inplannen (periodiek afbouwen heroverwegen).

Wat kan helpen wanneer de tijd voor afbouwen rijp lijkt...

- Bij blijvende agressie/agitatie: overweeg een ander middel dat beter past bij de fase van herstel.
- In hoeverre zijn niet-medicamenteuze interventies mogelijk?
- Is het mogelijk om hulp in te schakelen van consultatie (bijvoorbeeld consultatieve dienst psychiatrie, GGZ, tijdelijke overname op de PAAZ).
- In hoeverre is er draagkracht binnen het team om gezamenlijk een goed afbouwplan te maken en uit te voeren? (Wat is hiervoor nodig?).



Vervolg casus: Bart

Het lukt niet om medicatie af te bouwen op de afdeling neurologie. Er wordt twee keer een poging gedaan. Eerst wordt geprobeerd lorazepam af te bouwen en daarna haldol. Echter Bart wordt acuut weer fors onrustig. Het lukt niet op de afdeling om hem een prikkelarme ruimte te bieden, vanwege de drukte. Hij krijgt 1 op 1 begeleiding maar gaat daar juist meer van 'aan' staan.

Na twee weken mag Bart over naar de PAAZ afdeling. Hier kunnen maken ze in de afzonderingsruimte een prikkelarme ruimte voor hem gereed. Hij krijgt een strakke dagstructuur en vaste frequente rustmomenten. Ook zijn er vaste momenten waarin er contacten zijn en ADL zorg wordt geleverd. Er wordt afgesproken dat er in het contact weinig inhoudelijk wordt besproken. Hij kan dit niet overzien en dat kan dus stress geven. Contact is vooral gericht op het geven van een goede sfeer voor Bart. In kleine stapjes wordt lorazepam afgebouwd. Na elke afbouwstap neemt zijn onrust weer even toe, maar dit wordt verdragen. Zodra deze onrust weer afneemt, wordt er weer een klein stapje afgebouwd. Na 6 weken is Bart gestopt met lorazepam. Hij is nog steeds cognitief erg slecht, maar kijkt wel helderder uit zijn ogen en is in staat om even in contact te zijn zonder meteen door te slaan of draad kwijt te raken. Een week later wordt hij overgeplaatst naar GGZ, een specialistische revalidatieafdeling voor NAH.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Waarom wordt het gedragsprobleem steeds weer even groter na een afbouwstap lorazepam?

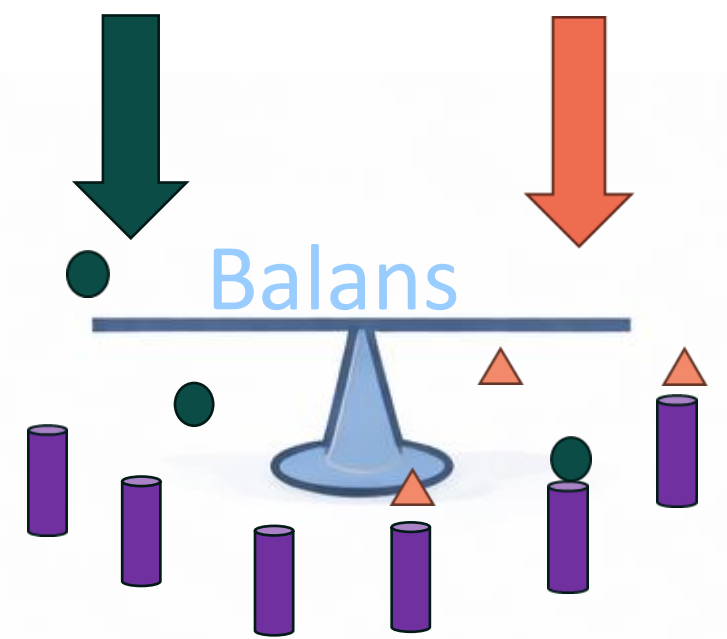
Afbouw bij lorazepam



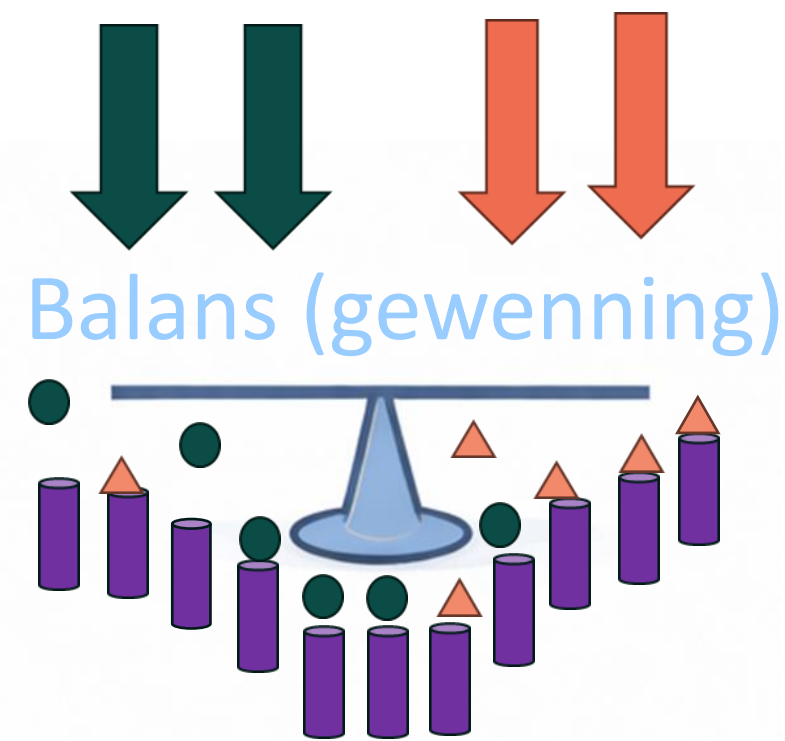
Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

GABA (remming)

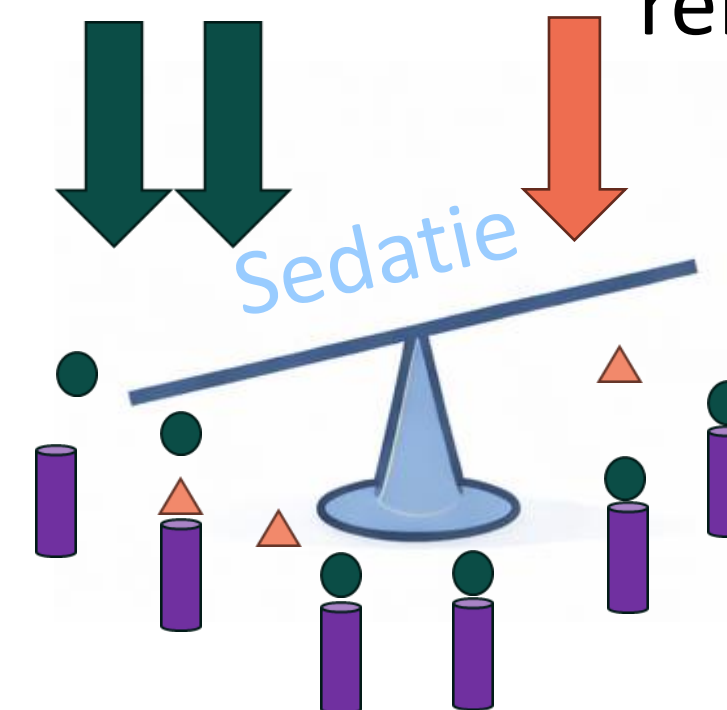
Glutamaat
(activering
/excitatie)



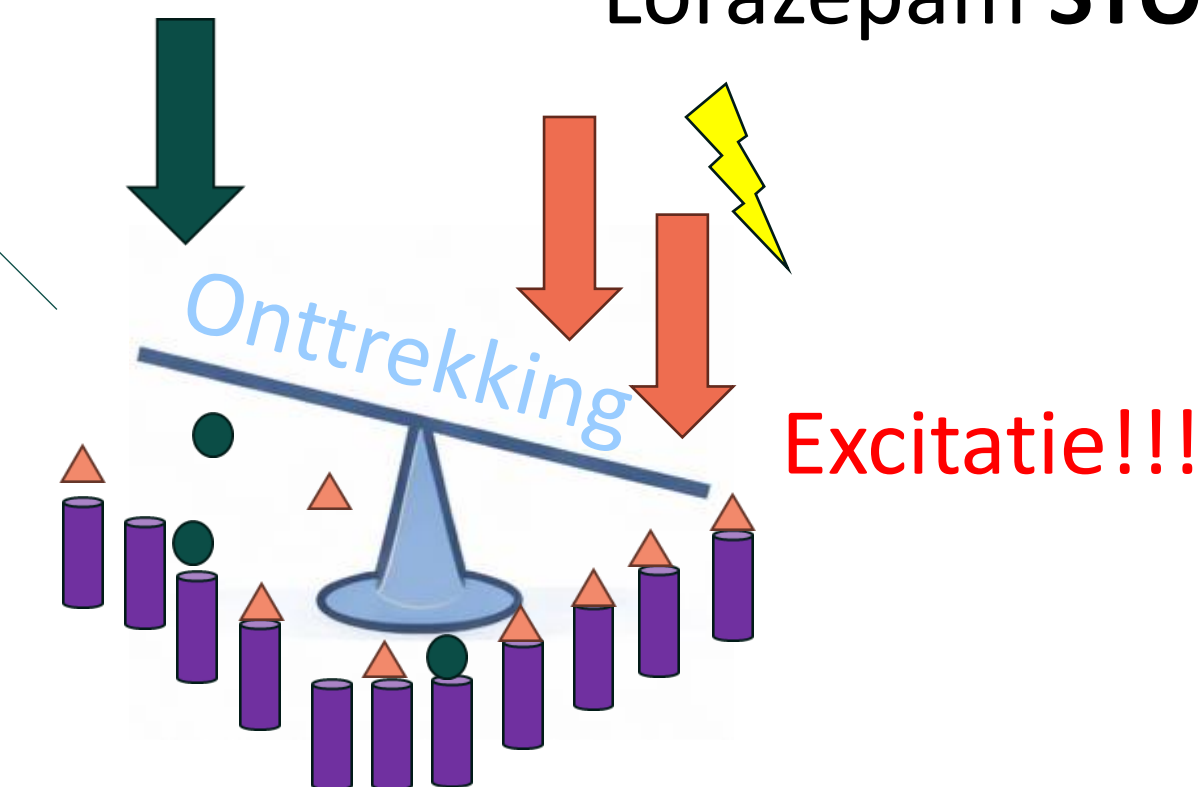
GABA + lorazepam
(langer gebruik)



GABA + lorazepam (= extra veel
remming)



Lorazepam **STOP**



- Upregulatie \uparrow van glutamaat receptoren(■).
- Downregulatie \downarrow van GABA receptoren (niet getekend).
- Personen met traumatisch hersenletsel zijn gevoeliger voor prikkels.
- Vaak minder inhiberend vermogen van de frontaal kwab.



Vervolg casus: Bart

Bij aankomst op de gespecialiseerde GGZ is Bart weer even een paar dagen fors onrustig, hij schreeuwt en bijt weer. Echter met gebruik van de verwijsinformatie en het toepassen van de eerdere afspraken gaat het snel beter. Het valt op dat Bart nauwelijks meer op zijn benen kan staan, hij heeft een dysartrie (is nauwelijks verstaanbaar) en is flink vermagerd. Ook herhaalt hij vaak dat hij naar huis wil en lijkt hij soms uren wakker waarbij verpleegkundigen hem zien huilen. Hij kan echter niet uitleggen wat er aan de hand is. Hij is incontinent voor urine en faeces.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Hoe maak je verdere keuzes over overbouwen? Wanneer start je, in welke volgorde?



‘The Art’ van het afbouwen? Denk aan de volgende factoren:

Patiëntgebonden factoren:

- Hoe ernstig is het probleemgedrag, en zou dit ook (deels) door een middel kunnen komen?
- Is het aannemelijk dat het middel nog effect heeft?
- Kan het middel misschien een positief effect hebben op de revalidatie?
- Zorgt het middel mogelijk voor vertraging van breinherstel of belemmering van revalidatie?
- Geeft het middel hinderlijke bijwerkingen?
- Werd het middel gestart voor een co-morbide psychiatrische- of somatische aandoening?
- Is er momenteel een (nieuwe) psychiatrische- of somatische aandoening?
- Zorgt het middel voor verslaving?
- Wat zijn de farmacodynamische –en kinetische eigenschappen van het middel (mogelijkheid van hyperbool afbouwen)

Niet-patiëntgebonden factoren:

- Leent de situatie zich voor de mogelijkheid van niet-medicamenteuze interventies?
- Hoe voelt het verpleegkundig team zich in de situatie
- Hoe zeker voelt de behandelaar om af te bouwen?
- Staat er een doorplaatsing of grote verandering op de agenda (live events?)
- Wat vindt de patiënt, wettelijk vertegenwoordiger en naasten ervan?



Vervolg casus: Bart

Er wordt 2 weken gewacht met afbouwen, tot dat Bart echt zijn nieuwe ritme heeft gevonden voordat wordt gestart met afbouwen. Er wordt gestart met haldol afbouw. Dit gaat goed. Hierna verbetert de slikfunctie (en de intake), verbetert zijn spraak en het lopen en de stoelgang. Daarnaast verbetert zijn stemming en geleidelijk aan zijn cognitie. Zijn verwardheid knapt ook op. Bart kan deelnemen aan de revalidatie en gaat 4 maanden later naar huis, met zijn partner en WMO zorg.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

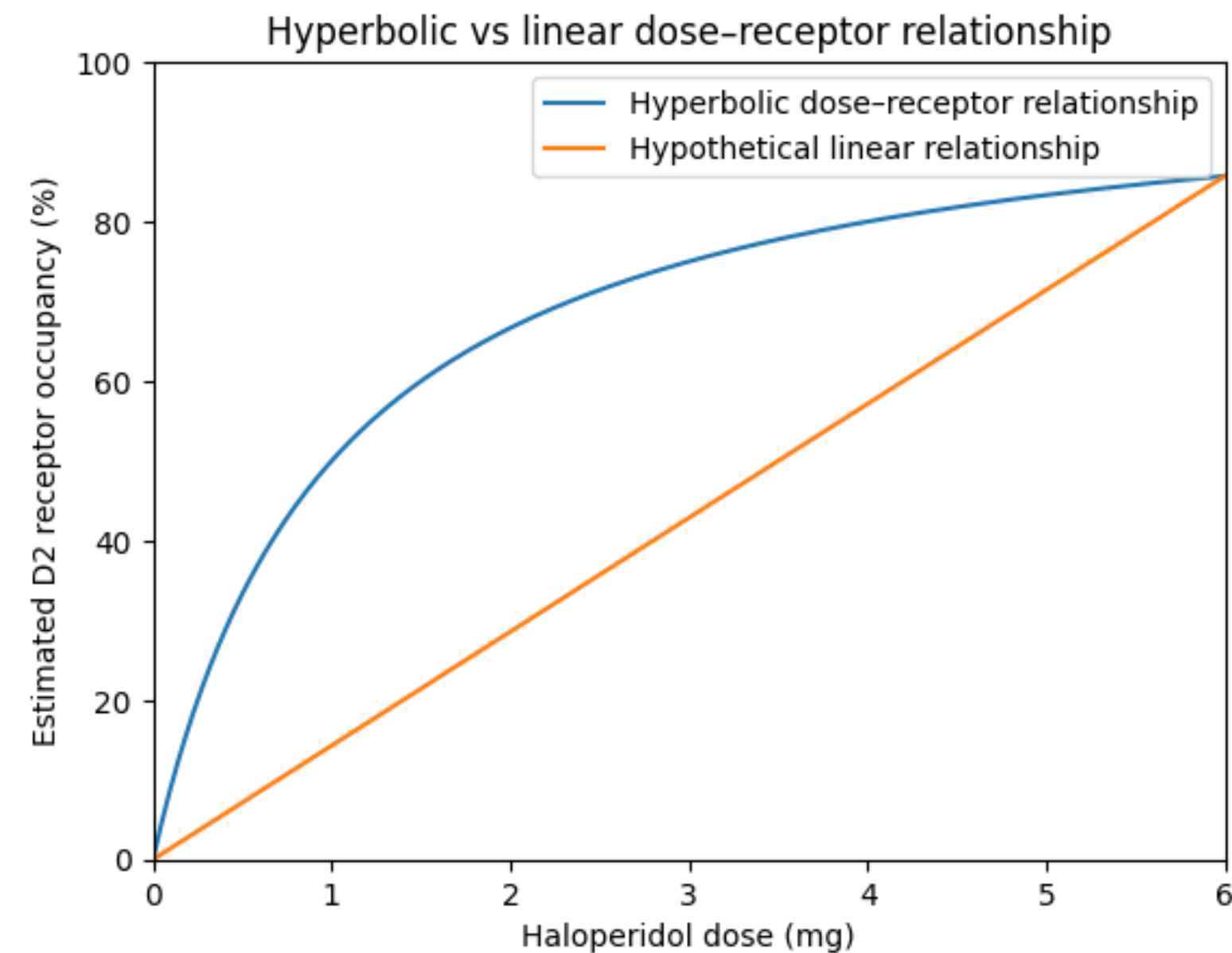
Hoe snel bouw je af?



Snelheid van afbouwen

- Per middel verschillend (afbouwschema's bekend, maar niet voor hersenletsel).
- Niet onderzocht bij hersenletsel.
- Praktijk: op geleide van het beeld, start met kleine stappen en rustig aan.
- Pauzeer op moeilijke momenten.
- Bij verslechtering:
 - Geef de laatste dosis tijdelijk terug op een lichtere verhoging.
 - Geef z.n. een ander middel dat mogelijk minder hinderlijk is.
 - Ondersteun, wanneer dit kan met extra niet-medicamenteuze interventies.
 - Overweeg hyperbool afbouwen.

Hyperbool afbouwen



Voorbeelden van een afbouwschema (haldol 6 mg)

Lineair: 6 → 5 → 4 → 3 → 2 → 1 → 0.5 → 0

Hyperbool: 6 → 4 → 3 → 2 → 1.5 → 1 → 0.75 → 0.5 → 0.25 → 0

- De hyperbolische receptorcurve is empirisch goed onderbouwd (PET-studies).
- Het bewijs dat hyperbolisch afbouwen klinisch superieur is (minder relapse/withdrawal) is beperkt.

Casus 2: Julia (53 jaar)



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Julia is vanuit haar jeugd bekend met seksueel trauma en onveilige hechting. Zij ontwikkelde gedurende haar jongvolwassen leeftijd een borderline persoonlijkheidsstoornis. Gedurende haar volwassen leven had ze moeite met relaties, had ze wisselende stemmingen met soms angst en paniek en was ze regelmatig depressief en suïcidaal. Enkele maanden geleden deed ze opnieuw een (ernstige!) poging tot zelfdoding waarbij ze een overdosis insuline in nam (dat ze normaliter gebruikt vanwege Diabetes Mellitus). Ze liep daarbij fors diffuus hersenletsel op.

Na haar hersenletsel ontstonden nieuwe klachten en symptomen. Cognitief: forse geheugen- en oriëntatie stoornissen. Gedragmatig: forse rusteloosheid en dwangmatigheid. Veel ijsberen, niet in een stoel kunnen blijven zitten, veel vragen herhalen, dwangmatig roken. Ze had een vervlakt voorkomen en er was geen wederkerigheid of contactgroei voelbaar. Wel gaf ze aan zich heel slecht te voelen en naar huis te willen. Men was bang voor suïcidaliteit, gezien haar voorgeschiedenis en ze kreeg een zorgmachtiging.

Voor suïcidepoging gebruikte ze al jaren citalopram 20 mg en temazepam 20 mg. Vanwege de nieuwe klachten werden hier tevens depakine 1000 mg, haldol 4 mg en lorazepam bij gegeven. Met name lorazepam deed haar na elke ophoging goed. Dit bleef echter maar enkele dagen tot een week aanhouden. Uiteindelijk gebruikt Julia 12 mg lorazepam. Hierbij vertoonde ze zowel een gesedeerd als (nog steeds) een dwangmatig beeld. Julia werd opgenomen in de GGZ voor revalidatie.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Is het tijd om psychofarmaca af te bouwen?

Vervolg casus: Julia



Julia komt om te revalideren, maar na een maand revalidatie verandert er helemaal niets in haar gedrag. Niet-medicamenteuze interventies (goede daginvulling en structuur, vermijden van overbelasting, bejegening) helpen niet.

De psychiater wil lorazepam afbouwen en bouwt 3 mg af (1 mg per week). Hierdoor wordt Julia zichtbaar onrustiger en loopt de lijdensdruk op.

De verpleging protesteert tegen het ingezette afbouwbeleid en geven hierbij meerdere bezwaren aan 1) door de onrust van patiënte hebben ze veel meer werk met haar waardoor de zorg voor andere patiënten in gedrang komt 2) medepatiënten hebben meer last van haar 3) ze vinden het moeilijk om aan te zien dat haar lijdensdruk oploopt 4) ze zijn bang dat ze mogelijk weer suïcidaal wordt.

De psychiater wil toch de lorazepam afbouwen. Argumenten die de psychiater geeft zijn 1) lorazepam sedeert en kan paradoxaal werken. Hierdoor kan gedragsproblematiek juist toenemen 2) ze is al zo moeilijk leerbaar en met lorazepam wordt ze zo gesedeerd dat ze helemaal geen stappen meer kan zetten. De revalidatie komt in gevaar.



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Wat vindt u van het voorstel van de psychiater?
Wat vindt u van de mening van het verpleegkundig team?
Waar zitten oplossingen?

Vervolg casus: Julia



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

De psychiater bespreekt met het team de complexiteit van de situatie. De verpleging heeft steekhoudende argumenten en zijn belangrijk in de overweging. Echter, afbouwen moet óók, omdat het herstelproces stagneert.

Acties:

- Er wordt **bijscholing** georganiseerd voor het team over de werking en bijwerking van medicatie. In dit geval over de nadelige effecten van de psychofarmaca (vooral haldol en lorazepam) op de revalidatie.
- **Wegnemen van onrust** De suïcidaliteit wordt onderzocht. Er vindt een tweetal beoordelingen plaats door de psychiater en er wordt een observatie afgesproken voor de duur van 1 week waarin wordt geobserveerd op suïcidaal gedrag. De conclusie is dat er geen suïcidaliteit kan worden aangetoond en de hypothese is dat zij hier cognitief nu niet toe in staat is.
- **De werkdruk** wordt besproken met het verpleegkundig team en de teamleider. Het blijkt dat er meerdere “moeilijke” patiënten met zeer uiteenlopende zorgvragen voor een hoge werkdruk zorgen. Daarbij zijn er zieken. **Er wordt gezorgd voor een oplossing voordat er wordt gestart met afbouwen:** Een aantal patiënten die veel aandacht nodig hebben gaan mee doen met groepsactiviteiten waardoor ze even niet op de afdeling zijn. Dit geeft ruimte.
- **De psychiater maakt een duidelijk afbouwplan met de verpleging.** De stappen zijn hierin duidelijk, als ook wat te doen als de onrust oploopt. Bij onrust 1) eerst verdragen, wanneer dit niet houdbaar is 2) een iets hogere dosis teruggeven en wachten tot het gedrag is uitgedoofd of 3) een ander middel er voor in de plaats. Er wordt een observatie plan gemaakt dat door de verpleging wordt vertaald in verpleeg(observatie)doelen. Die worden wekelijks besproken, alvorens een volgende afbouwstap wordt gezet. Ook als er spannende dingen zijn of andere grote veranderingen is dit een reden om de afbouw onhold te zetten.

Vervolg casus: Julia



Expertisecentrum
Hersenletsel en
Neuropsychiatrie

Afbouwen wordt gestart, maar heel traag en met een wekelijkse evaluatie. De familie wordt hier door de behandelaar in meegenomen. Zij zijn blij dat er eindelijk iets aan haar sufheid wordt gedaan. Na enige maanden zijn op een laag tempo, met 3 kleine tegenslagen, haldol en lorazepam gestopt. Lorazepam lukte aanvankelijk niet, haar onrust nam acuut weer toe. Vervolgens werd haldol afgebouwd waarop zij beter ging praten en soepeler liep. Haar stemming werd beter. Vervolgens werd lorazepam nog langzamer afgebouwd. Dit lukte na enige maanden volledig. Hierop verdween het overgrote deel van de onrust en het dwangmatige gedrag. Ondanks dat ze fors cognitief aangedaan bleef (oa geheugen en oriëntatie) was ze in het contact minder vluchtig, meer in het hier en nu en maakte ze meer oogcontact. Ze leek te genieten van sfeermomenten op de afdeling. Er waren gedurende de opname geen aanwijzingen voor suïcidaliteit. Het hele team was tevreden met het eindresultaat. Achteraf was er sprake van een goede samenwerking en een gedeeld gevoel het beste te hebben kunnen doen voor de patiënt.



Take home messages

- Psychofarmaca voor gedragsproblemen bij hersenletsel worden OFF-LABEL voorgeschreven.
- Er zijn steeds meer aanwijzingen dat psychofarmaca nadelig zijn voor breinherstel. In theorie kan dit leiden tot minder herstel in de revalidatiefase (gezien de “window of opportunity”).
- (Niet) Afbouwen (periodiek overwegen) is een actief onderdeel van de zorg voor THL patiënten.
- Elke casus is uniek, maar relevante factoren die gewogen dienen te worden niet. Factoren zijn o.a.: is er nog behandel-effect van het medicament, zijn er mogelijke nadelen, zijn er belemmerende factoren, is hulp nodig, of aanpassing in de omgeving etc.
- Overweeg omzetting naar een ander middel, wanneer de THL patiënt overgaat van de acute naar de subacute fase van herstel.
- Afbouwen doe je samen: het hele behandelteam, de patiënt en diens naasten. Benader het als een groepsproces.
- Als afbouwen niet lukt, overweeg raadpleging van een consulent.