# Vormingsaanbod psychofarmaca voor begeleiders van mensen met een (licht) verstandelijke beperking

**Gids voor preventiewerkers**

VAD

## Colofon

**Auteurs**
Joyce Borremans & Kaatje Popelier

**Met dank aan**
Amber Pynket en Vicky Van Dooren, CGG Adentro en CGG VAGGA
Annick Van Kerrebroeck en collega's, vzw Humival
Sophie Roose en collega's, Ondo vzw
Dr. Stijn Cleymans en Dr. Heidi Stoop, Zorggroep Multiversum
Dr. Griet Viaene, P.C. Dr. Guislain
Filip Morisse en Pauline Laermans, HOGENT
Werkgroep psycho-educatie onderzoeksproject
VAD werkgroep middelengebruik en beperking

**Verantwoordelijke uitgever**
Hendrik Peuskens, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
© 2026

VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | vad@vad.be | www.vad.be
Ondernemingsnummer: 0424.327.587.
RPR Brussel

Het gebruik van (delen van) deze publicatie is toegestaan mits behoud van visie en doelstellingen van de publicatie, met duidelijke bronvermelding en als er geen financiële winst mee beoogd wordt.

# Inhoud

**1 INLEIDING** ..... **4**

**2 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING** ..... **5**

**2.1 Brochure** ..... **5**

**2.2 Richtlijnen** ..... **5**

**2.3 Vorming** ..... **6**
2.3.1 Inhoud ..... 6
2.3.2 Doelstellingen ..... 7
2.3.3 Materialen ..... 7

**3 BIJLAGEN** ..... **8**

**3.1 Casussen** ..... **8**

**3.2 Samenvatting feedback pilootvorming** ..... **14**

**3.3 Bekendmakingsmail** ..... **15**

**3.4 Checklist bij een vormingsaanvraag** ..... **16**

**3.5 Quotes van cliënten** ..... **19**

# 1 Inleiding

Hoe omgaan met psychofarmaca of psychoactieve medicatie in de Vlaamse zorg voor personen met een handicap? Om die vraag te beantwoorden, hoeven we niet van nul te beginnen. Zo loopt sinds 2018 het project 'Procesbegeleiding voor preventie binnen woonzorgcentra'. Het doel daarvan is niet om psychofarmaca uit de woonzorgcentra te bannen, maar wel om correct en verantwoord gebruik aan te moedigen. In Nederland kwamen er signalen om een gelijkaardig project (Vilans) uit te rollen in de gehandicaptensector.

Maar tot voor kort was de situatie in Vlaanderen nog onduidelijk. Wat waren de problemen en noden bij het gebruik van psychofarmaca door volwassen cliënten en bewoners? In het voorjaar en in de zomer van 2020 interviewden VAD-medewerkers daarom begeleiders uit verschillende organisaties die mensen met een beperking ondersteunen. In september werd een online vragenlijst uitgestuurd. 118 medewerkers van ambulante en mobiele diensten, dagcentra en diensten woonondersteuning namen deel. Hieruit kwamen enkele opvallende resultaten:

- **Heel wat cliënten in de gehandicaptenzorg gebruiken psychofarmaca**. Meer dan zes op tien organisaties geven aan dat meer dan 41% van hun cliënten deze medicatie gebruikt. Eén op tien organisaties schat het op 81 tot 100% van de cliënten.
- Alle types psychofarmaca worden gebruikt: antidepressiva, slaap- en kalmeringsmiddelen, antipsychotica en opioïde pijnstillers. Daarbij zijn **antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen de koplopers**.
- Opvallend is dat als cliënten medicatie gebruiken het bijna altijd (94%) over **langdurig gebruik** (> 3 maanden) gaat. Langdurig gebruik van deze medicatie kan gepaard gaan met heel wat nevenwerkingen en een verminderde levenskwaliteit.
- Psychofarmaca worden vaak voorgeschreven voor **psychiatrische problemen (53%)**, maar ook voor **probleemgedrag (27%)**.
- Meer dan **60% van de bevraagde organisaties** kreeg ooit te maken met **onjuist of overmatig gebruik** van psychofarmaca, of had er een vermoeden van.
- Het gebruik van psychofarmaca zorgt, ook bij correct gebruik, soms voor problemen. Meestal doen die **problemen zich voor bij de cliënt zelf**. Die kan bijvoorbeeld versuft of lusteloos zijn, of vrezen voor mogelijke bijwerkingen. Ook families van cliënten kunnen bezorgd zijn of met vragen zitten.

De belangrijkste conclusie was dat organisaties nood hadden aan ondersteunend materiaal en handvatten. Ze signaleerden enkele prioritaire noden, waaronder vorming en training van personeel over het gebruik van psychofarmaca bij mensen met een beperking. Daarnaast is er vraag naar materiaal op maat om mee te geven met de cliënt of bewoner.

Om aan die noden te beantwoorden, werden een aantal initiatieven genomen. Er is nu een **brochure** die cliënten en hun omgeving houvast geeft. Er werden evidence-based **richtlijnen** opgesteld voor het off-label gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag. En er werd een **vorming** uitgewerkt die preventiewerkers kunnen geven aan begeleiders van mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Deze drie initiatieven worden verder toegelicht in dit document.

Check het artikel op de VAD-website voor meer informatie over de nodenbevraging en een handige infographic. Wie daarnaast meer wil weten over de kwalitatieve bevraging bij een 10-tal begeleiders uit de sector, kan VAD-medewerkers Joyce Borremans of Kaatje Popelier contacteren voor meer informatie.

# 2 Deskundigheidsbevordering

In samenwerking met het onderzoeksproject Richtlijnen gebruik psychofarmaca van HOGENT werd er verder ingezet op deskundigheidsbevordering. Met dat doel werden een brochure en richtlijnen ontwikkeld voor het off-label gebruik van psychofarmaca bij de doelgroep.

## 2.1 Brochure




VAD ontwikkelde met de hulp van de werkgroep psycho-educatie (bestaande uit onder andere 6 residentiele voorzieningen) van het onderzoek, een ambulante voorziening en de VAD-werkgroep middelengebruik en beperking de brochure 'Wat je moet weten over medicatie voor slaap, angst, onrust of verdriet'. Heel wat verschillende disciplines (bv. begeleiders, orthoagogen, psychiaters, preventiewerkers, stafmedewerkers, onderzoekers,…) gaven feedback bij de ontwikkeling. De brochure werd ook uitgetest bij enkele cliënten en bewoners.

De brochure kan een hulpmiddel zijn om het gesprek aan te gaan wanneer begeleiders bezorgd zijn over het medicatiegebruik van een cliënt. Er werd een online begeleidersfiche ontwikkeld om begeleiders hierin te ondersteunen.

Ook de omgeving van cliënten met een verstandelijke beperking kan nood hebben aan extra duiding. Daarom is er een online fiche beschikbaar voor de familie of omgeving van personen met een verstandelijke beperking.

Alle materialen kan je terugvinden op www.vad.be/artikels/detail/brochure-over-psychoactieve-medicatie-voor-personen-die-verbaal-minder-sterk-zijn.

## 2.2 Richtlijnen

Als onderdeel van het onderzoeksproject stelde HOGENT in samenwerking met de Hoge Gezondheidsraad (HGR) evidence-based richtlijnen op voor het off-label gebruik van psychofarmaca bij volwassenen met een verstandelijke beperking die probleemgedrag vertonen. Vertrekkend van goede praktijken in andere landen heeft de HGR deze richtlijnen voor de Belgische context ontwikkeld met als belangrijkste indicator kwaliteit van leven.

De richtlijnen vertrekken vanuit enkele basisprincipes:

- Waarom schrijf ik voor?
- Wanneer schrijf ik voor?
- Hoe (lang) schrijf ik voor?

Meer info over deze richtlijnen kan je vinden in dit artikel. De richtlijnen zelf kan je hier raadplegen.

## 2.3 Vorming

Als preventiewerker kan je een vorming geven aan begeleiders van mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Zo geef je hen de nodige houvast om met het thema 'psychofarmaca' aan de slag te gaan. Je leest hier hoe je die vorming kan organiseren. Er werd ook een PowerPoint-presentatie ontwikkeld om je hierbij te ondersteunen.

In de vorming verwijzen we regelmatig naar de andere ontwikkelde materialen. De brochure wordt bijvoorbeeld ingezet in een oefening over het meegeven van info aan cliënten. Neem dus zeker enkele exemplaren mee voor de deelnemers.

### 2.3.1 Inhoud

De vorming werd ontwikkeld in samenwerking met dezelfde partners als de brochure, en werd uitgetest in een ambulante werking (vzw Ondo) en in een residentiele voorziening (vzw Humival). De doelstellingen en inhoud zijn volledig afgestemd op de gesignaleerde vormingsnoden uit de nodenbevraging:

1. Types psychofarmaca en hun werking (75%, n=64)
2. Risico's op afhankelijkheid (41%, n=35)
3. Wanneer kan psychofarmaca?
4. Afbouw psychofarmaca
5. Opmerken van signalen van (on) eigenlijk gebruik of afhankelijkheid (64%, n=54)
6. Hoe ga je een gesprek aan? (34%, n=29)
7. Psychofarmaca in jouw organisatie (38%, n=32)

Op basis van de feedback van VZW Ondo, VZW Humival, Amber Pynket, Vicky Van Dooren en de leden van de werkgroep psycho-educatie werd de definitieve versie van de PowerPoint opgesteld. De focus lag op een vereenvoudiging van het taalgebruik en minder vakjargon. Het onderdeel van kwetsbaarheden werd ingekort en de vorming werd opgedeeld in twee halve dagen.

De inhoud geeft jou als preventiewerker de mogelijkheid om – in overleg met de organisatie – een opleiding op maat samen te stellen. Je kan hen vragen wat hun meest dringende noden zijn en op welke vragen ze graag een antwoord willen. Heb je graag zicht op de uitgebreide feedback van deelnemers en preventiewerkers? Dan kan je deze opvragen VAD-medewerkers Joyce Borremans of Kaatje Popelier .

De vorming kan je onderverdelen in twee grote delen:
**Deel 1**: Informatie over psychofarmaca: hoofdstukken 1 tot en met 4
**Deel 2**: Opmerken en bespreekbaar maken: hoofdstukken 5 tot en met 7

Voor de herkenbaarheid van het thema werken we met casussen uit de praktijk. In de bijlagen, onderaan in dit document, vind je deze casussen terug. Ter voorbereiding van de vorming kan je ook vragen aan de organisatie of ze casussen hebben die ze graag willen behandelen.

### 2.3.2 Doelstellingen

Heel wat cliënten hebben naast hun beperking ook last van één of meerdere psychische stoornissen of gedragsproblemen. Bij psychische klachten is het aangewezen om eerst in te zetten op een omgevingsinterventie en niet-farmacologische alternatieven. Psychofarmaca kan echter een belangrijke rol hebben in de behandeling van de klachten en een positieve impact hebben op het welzijn van de cliënt, doordat bepaalde psychische klachten (tijdelijk) onderdruk worden.

Voor een begeleider die in een leefgroep of bewonersgroep staat, kan medicatie ook voor rust zorgen binnen de groep en het werk verlichten. Dit ondanks het feit dat de cliënt misschien zelf weinig voordelen en vooral bijwerkingen ervaart.

Het is belangrijk om hiervoor aandacht te hebben tijdens de vorming, maar tegelijkertijd ook de blik breder te trekken door oog te hebben voor mogelijke bijwerkingen en voor situaties waarin medicatie niet de meest aangewezen behandeling is (bijvoorbeeld bij probleemgedrag).

Met deze vorming willen we vooral inzetten op het sensibiliseren en informeren van begeleiders binnen de sector. De doelstellingen van de vorming zijn:

- De deelnemer kent de verschillende groepen psychofarmaca.
- De deelnemer kent effecten, bijwerkingen en risico op afhankelijkheid van de medicatie.
- De deelnemer weet waarvoor deze medicatie wordt voorgeschreven.
- De deelnemer weet dat deze vormen van medicatie niet de eerste keuze zijn bij psychische klachten, én dat er geen evidentie bestaat voor het voorschrijven van deze medicatie bij probleemgedrag.
- De deelnemer kent enkele non-farmacologische alternatieven.
- De deelnemer kent mogelijke signalen van (on)eigenlijk gebruik.
- De deelnemer kent methodieken en tips die hem of haar kunnen helpen om een gesprek aan te gaan over psychofarmaca (met een cliënt of zijn of haar omgeving).

### 2.3.3 Materialen

De PowerPointpresentatie kan je hier downloaden. In de nota's onderaan vind je heel wat extra informatie, waaronder:

- Extra achtergrondinformatie voor als je graag wat diepgaandere kennis wilt (bijvoorbeeld enkele veelgestelde vragen).
- Info die je bij de slides kan vertellen.
- Links naar de verschillende filmfragmenten.
- Suggesties voor vragen en/of oefeningen.

In bijlage 3.2, onderaan in dit document, vind je de samenvatting van de feedback uit de pilootvormingen.

Heb je nog vragen bij de inhoud van de PowerPoint? Aarzel dan niet om contact op te nemen met Joyce (joyce.borremans@vad.be) of Kaatje (kaatje.popelier@vad.be).

# 3 Bijlagen

## 3.1 Casussen

In dit onderdeel vind je enkele casussen en citaten van begeleiders uit de praktijk. Ze zijn geanonimiseerd en gebaseerd op gesprekken in het kader van de nodenbevraging, en de ontwikkeling van de brochure en het vormingsaanbod. Aan de hand van deze casussen kan je met de deelnemers het gesprek aangaan over enkele herkenbare cliëntsituaties uit de praktijk.

Niet iedereen is even vertrouwd met psychofarmaca. Uit de pilootfase blijkt dat begeleiders uit ambulante en mobiele werkingen meestal meer achtergrondkennis over het onderwerp hebben, dan begeleiders binnen woonondersteuning (bijvoorbeeld in een leefgroep).

Mogelijke richtvragen bij het bespreken van de casus zijn:

- Voor welke problemen wordt deze medicatie voorgeschreven?
- Is er hier sprake van oordeelkundig gebruik?
- Hoe schat jij het medicatiegebruik van deze cliënt in?
- Wat kan jij voor deze cliënt betekenen? Wat is je rol?
- Hoe zou jij hiermee omgaan? Welke stap zou je als eerste zetten?
- Zijn er afspraken over psychofarmaca binnen je organisatie? Zo ja, welke?
- Welke hulp zou je hier inschakelen? Bij wie kan jij terecht met vragen?

Elk type werking heeft zijn **eigen uitdagingen**. Binnen **ambulante en mobiele werkingen** woont de cliënt zelfstandig en is het als begeleider en organisatie minder evident om zicht te krijgen op het psychofarmacagebruik. Begeleiders bieden ondersteuning aan op heel veel verschillende levensdomeinen. Psychofarmaca kan één van de vele thema's zijn waarbij de cliënt een ondersteuningsnood heeft (bijvoorbeeld bij vergeten van medicatie). Daarnaast kan een begeleider tijdens de gesprekken signalen van experimenteergedrag, onjuist gebruik, problematisch gebruik of combigebruik opmerken. Of merkt men op dat aanwezige psychische klachten het welzijn en de hulpvraag (bijvoorbeeld activering, dagbesteding, (vrijwilligers)werk, …) van de cliënt in de weg staan. Dan zal de begeleider de cliënt motiveren om medicatie op te starten. Het betrekken van het netwerk (familieleden, huisarts, psychiater, apotheker, thuisverpleging, …) is daarnaast ook een van de kerntaken binnen de begeleiding.

In **woonondersteuning of residentiele werkingen** is er veel meer toezicht op de inname van medicatie en is – door het beschermend karakter van de voorziening – de kans op combigebruik met andere middelen kleiner dan bij cliënten die zelfstandig wonen. Een extra uitdaging is dan weer dat de cliënten vaker een zwaardere beperking hebben en bijkomende psychische problemen of probleemgedrag vertonen. Zeker probleemgedrag kan in een bewonersgroep voor onrust zorgen en voor extra werkdruk zorgen in het team van begeleiders. Vandaar dat in deze context psychofarmaca soms ook voor dit type gedrag wordt voorgeschreven, ook al is dit niet aangewezen. Daarnaast is de familie van de cliënt ook een belangrijke partner. Wanneer zij een andere visie hebben op medicatiegebruik (al dan niet opstarten / verderzetten, bijwerkingen, …) dan de voorziening, dan is dit vaak nadelig voor de cliënt. Wanneer een cliënt in het weekend naar huis gaat, komt het soms voor dat de familie geen medicatie geeft. Met het gevolg dat de cliënt na het weekend helemaal ontregeld is of in crisis gaat. Het omgekeerde komt ook voor: dat de familie net te veel medicatie geeft om de cliënt rustig te houden.

**Casus M. – Afhankelijkheid slaapmedicatie**

M. is 41 jaar en neemt zowel antidepressiva als slaapmedicatie. Beide middelen neemt ze al meer dan 10 jaar lang. Ze heeft een licht verstandelijke beperking en depressieve klachten.

Ze woont alleen en heeft al lang een relatie met een getrouwde man. De afspraak was dat zij elkaars partners voor elkaar gingen verlaten. M. heeft zich aan deze afspraak gehouden, de andere partij niet. Toch ziet ze hem graag en lukt het haar niet om een punt te zetten achter deze relatie. Hierover kan ze met niemand praten. Dit weegt erg zwaar op haar.

Sinds 5 jaar is ze in begeleiding. Het bespreken van die relatie, de eenzaamheid en het doorbreken van sociaal isolement, een zinvolle dagbesteding, ondersteuning bij administratie, … zijn belangrijke thema's in de begeleiding.

In moeilijke periodes neemt ze slaapmedicatie als snoepjes. Ze wilt dan het liefst de hele dag slapen en niets te hoeven voelen. Haar voorschrift van één maand is dan al na twee weken of sneller op. Ze durft dan niet naar de huisarts te gaan, omdat ze zich schaamt voor de manier waarop ze met de medicatie omgaat. Ze wacht dan af tot ze een volgende keer naar de huisarts kan, ook al betekent dit dat ze dan vaak door een stevige afkick met hevige hoofdpijn gaat.

Een kennis sprak enkele jaren geleden de begeleider aan over het medicatiegebruik van de cliënte. Hij zag dat ze medicatie in huis verstopte en voorraadjes in haar slaapkamer aanlegde. Het heeft even geduurd vooraleer dit thema ook in de begeleiding bespreekbaar was. Buiten die kennis en haar begeleider is niemand hiervan op de hoogte, zelfs niet haar huisarts.

Haar begeleider heeft al verschillende keren voorgesteld om samen naar de huisarts te gaan, maar dit wilt M. absoluut niet.

Tijdens de coronacrisis, in de eerste en tweede lockdown, durfde ze niet naar de huisarts te gaan uit schrik om besmet te worden. Ze heeft in die periode een hele lang tijd geen slaapmedicatie genomen en voelde zich daar best goed bij.

**Casus N. - medicatiefout als kans**

N. is een man van 49 jaar met een ernstige verstandelijke beperking, autismespectrumstoornis en bipolaire stoornis met manisch depressief beeld waarbij cyclussen elkaar snel opvolgen en er gedurende dezelfde dag verschillende fasen kunnen zijn.

Oorspronkelijk lag de focus van de zorg op zijn ASS. Daarbij was een duidelijke structuur en voorspelbaarheid van de dagindeling voldoende. Maar op 30-jarige leeftijd deed N. een eerste psychotische opstoot, met regressie tot gevolg. Hem thuis dagelijks ondersteunen met een deelname aan dagcentrum was niet langer haalbaar. N. kwam in een rustige leefgroep wonen met voldoende structuur. Op advies van Autisme Centraal werden dagschema's uitgewerkt om hem op een autivriendelijke manier door een eenvoudig dagscenario te loodsen en voorspelbare activiteiten aan te bieden. N. liep daarop helemaal vast in euforie, tics en dwang die niet meer te doorbreken waren. In 2007 volgde er opnieuw een opname in een psychiatrische instelling. Zijn behandelende psychiater bouwde zijn neuroleptica af en schakelde over op Leponex (clozapine). Dat werd gezien als het ultieme medicijn om zijn stemmingsschommelingen onder controle te krijgen, en om hem te beschermen tegen nieuwe psychotische opstoten.

Bij terugkeer werd ingezet op kamerbegeleiding met veel rust, en op 1 op 1 begeleiding voor verzorging en maaltijden. Daarvoor werden scenario's uitgestippeld die alle begeleiders moesten volgen. N. blijft een zeer kwetsbare man die af en toe vast loopt, maar sindsdien is hij wel beter te begeleiden.

In 2014 verhuisde N. van leefgroep. Een ideaal moment om in de nieuwe omgeving het contact met zijn zus te herstellen door het creëren van een bezoekscenario. Af en toe een tuinmoment of een wandeling werd ook uitgeprobeerd, vaak met succes. N. stond nog steeds op hoge dosis Leponex en nam naast Buspar (dat angst en dwang mee reguleert) ook stemmingsstabilisator Lambipol om uitschieters te vermijden.

In de zomer van 2020 bleek uit de clozapinespiegel in het bloed dat de Leponex te hoog gedoseerd was. Daarom verlaagde de behandelende psychiater medio juli zijn dosis van 16u. Op de controle van half augustus bleek plots dat zijn clozapinespiegel in het bloed veel te laag was, zelfs onder de therapeutische grens. Dat was heel bizar bij de dosis die hij moest nemen. Zo kwam aan het licht dat er een medicatiefout gemaakt was. De voorbije maand had N. enkel de dosis van 16u gekregen. De andere lijn van Leponex was in het nieuwe schema niet gekopieerd, waardoor er in de robotzakjes veel te weinig Leponex zat qua dosis. Uiteindelijk stond N. op 25mg in plaats van op 500 mg.

Aanvankelijk was dit niet merkbaar in zijn gedrag, omdat de dosis maar geleidelijk uit het lichaam verdwijnt. Maar na een tijdje nam de fysieke onrust bij N. wel toe. Hij neigde meer naar het eufore, kreeg frequent de slappe lach, zijn ogen stonden wijd opengesperd, hij klapte veel in zijn handen, praatte veel en vrij luid in zichzelf, maakte veel grimassen, begon te roepen…

Toen de fout aan het licht kwam, drong zich een vraag op. Hoe was N. al bij al nog zo goed blijven functioneren op zo'n lage dosis? De onrust die toenam was dan wel geen goed teken – dus de huidige dosis was wel degelijk te laag. Maar de problemen waren kleiner dan verwacht. Zelf zouden we het, gezien zijn traject doorheen de jaren, niet aangedurfd hebben om zijn dosis te verminderen. De toevallige medicatiefout bleek een keerpunt ten goede van N. De Leponex werd opnieuw zachtjes verhoogd, maar in plaats van op 500mg staat N. sindsdien op een dosis van 200mg. Er volgden nog momenten van regressie en vastlopen, maar door creatief onze scenario's en

agogisch handelen bij te stellen hebben we dit telkens kunnen keren. Recent hebben we omwille van meer onrustige momenten de medicatie opnieuw lichtjes verhoogd, dus het blijft wel zoeken wat de optimale dosis voor N. is.

Eén ding hebben we er alvast uit geleerd: N. kan met minder Leponex doorheen zijn dag worden geloodst dan wij en de psychiater hadden gedacht. Dit verhaal toont hoe een toevallige medicatiefout die voor een drastische in plaats van een geleidelijke afbouw zorgt, toch een succeservaring kan worden. Zo zie je maar hoe omzichtig we moeten blijven omspringen met psychofarmaca: eens proberen afbouwen is vaak geen slecht idee, zelfs al zou je terug naar af moeten als het niet werkt.

**Casus E. – combigebruik**

E. is 32 jaar met een licht verstandelijke beperking en een verslavingsproblematiek. Hij woont zelfstandig. In het verleden heeft hij al enkele opnames achter de rug voor zijn alcoholgebruik en het gebruik van slaapmedicatie en pijnstillers.

In de gesprekken met de begeleiding gaat het vaak over eenzaamheid en de zoektocht naar zinvol vrijwilligerswerk. Wanneer E. door een minder goede periode gaat of ruzie heeft met familie neemt zijn gebruik toe. Hij maakt dan een versufte indruk tijdens het gesprek en soms is er een alcoholgeur merkbaar. De begeleider koppelde dit terug naar E., maar hij blokte elk gesprek erover af.

Op een avond kwam de combinatie van alcohol, pijnstillers en slaapmedicatie heel fel binnen. E. heeft toen in paniek zijn zus gebeld en ze zijn samen naar spoed gegaan. Dit heeft een diepe indruk nagelaten. Vanaf toen was er wel een opening binnen de begeleiding om het gesprek erover aan te gaan. De begeleider gaf kort wat psycho-educatie over de combinatie van de drie middelen en vervolgens heeft ze de toestemming aan E. gevraagd om samen te bekijken hoe ze een gelijkaardige situatie in de toekomst kunnen voorkomen.

Omdat E. de neiging heeft om thuis een voorraad medicatie en alcohol op te bouwen, hebben ze afgesproken dat hij met zijn medicatieoverzicht elke maandag langsgaat bij de apotheker. Hij krijgt dan zijn medicatie voor 1 week mee, ingedeeld per dag en dagdeel.

Verder komt de thuisverpleging 2 keer per week om antabuse toe te dienen. Zij kunnen ook mee toezicht houden op de inname van zijn medicatie, maar dit weigert de cliënt. Dat wil hij zelfstandig doen.

**Casus S. – nieuwe bewoner met probleemgedrag**

S. woont sinds een half jaar in een leefgroep. De leefgroep bestaat uit 9 bewoners met een matig verstandelijke beperking en autisme. Ze leven elk in hun eigen bubbel en er is weinig tot geen communicatie onderling.

In het begin zorgde de komst van S. voor heel wat onrust binnen de groep en binnen het begeleidersteam. Hij leek eerst op de anderen. Maar als hij veel last had van spanning en deze te hoog opliep, gooide hij met iets om dit kwijt te kunnen. Dit was voor hem een manier om frustratie kwijt te kunnen. Daarmee was het voor hem ook afgerond.

Dit was voor het begeleidersteam volledig nieuw gedrag dat ze nog nooit in de leefgroep gezien hadden. Zij stelden daarom de vraag naar een protocol, een time-out en de opstart van medicatie.

Vanuit de orthoagogische dienst gaven we handvaten en tips mee om te kaderen vanwaar het gedrag komt. Dit is een hele belangrijke voorwaarde, want zo creëer je bij het team opnieuw begrip voor de cliënt en zijn reactie. Dit zorgt ervoor dat je als team preventief kan werken (bijvoorbeeld met een oplijsting van frustrerende situaties) en je ook beter kan inschatten hoe het nu met het frustratieniveau van die bewoner zit.

Bijkomend hebben we samen met het team het sociaal emotioneel niveau ingeschat. Dat was een eyeopener voor het team, want daardoor merkten ze hoe laag die bewoner scoorde. Het leidde ook tot het inzicht dat er bij zo'n laag niveau geen impulscontrole is, maar dat het met het uiten ook wel voorbij is. Het haalt dan ook niets uit om hem achteraf te straffen. Een ander belangrijk inzicht: je kan het gedrag ook niet voorkomen door medicatie te geven.

Op basis daarvan hebben we een protocol opgesteld. Daarin staat dat we moeilijke boodschappen geven op zijn kamer, enkel op een moment dat er minstens 2 personen op de dienst zijn. Na de boodschap bieden we hem een rustmoment aan. Dit werd in een schema gegoten. Dat was handig om tijdens corona achter de hand te hebben, omdat er toen veel moeilijke boodschappen gegeven werden.

Nu loopt het ook veel beter in die leefgroep. Dan merk je dat kaderen, uitleggen en handvaten meegeven vaak nog véél belangrijker is dan het luik medicatie.

**Casus B. – samenwerking met apothekers**

B. is een man van 52 jaar met een licht verstandelijke beperking en autisme. Hij gaat maandelijks naar de apotheker voor een inspuiting Haldol.

B. heeft het erg moeilijk met veranderingen. Dit zorgde voor een groot probleem toen Haldol een tijdje geleden van verpakking veranderde. B. geloofde niet dat het over hetzelfde product ging. Hij vertrouwde het niet en dacht dat de medicatie niet meer zou werken. Daar werd hij erg geïrriteerd en agressief door.

De begeleiding nam contact op met de apotheker. Dat is iemand die erg betrokken is bij de doelgroep. Hij stelde zelf voor om voor B. oude verpakkingen van Haldol te verzamelen. Wanneer B. langskomt voor zijn maandelijkse inspuiting, verandert de apotheker uit het zicht de nieuwe verpakking voor de oude verpakking. Op die manier verandert er voor de cliënt niets en is hij gerustgesteld dat hij de juiste medicatie krijgt.

**Casus X. – familieleden en medicatiegebruik**

X. heeft een matig verstandelijke beperking met angststoornis. Ze neemt sinds 2 jaar een antidepressivum. Hierdoor is ze terug stabiel en worden de symptomen onderdrukt.

Het is de begeleiding al opgevallen dat X. vaak onrustig van weekends thuis terugkomt naar de leefgroep. Eén keer was ze zelfs in crisis en snel angstig. Dit is voor het team de aanleiding om in gesprek te gaan met de familie. Het team vermoedt namelijk dat de familie de medicatie in de weekends niet doorgeeft. Al van bij de opstart had de familie immers schrik voor bijwerkingen.

Uit het gesprek blijkt dat het vermoeden van het team klopt. De moeder van de cliënte ziet dat het veel beter gaat met haar dochter en begrijpt niet waarom haar dochter nog medicatie zou moeten nemen. Die lijkt nu alleen maar bijwerkingen te hebben (gewichtstoename, sufheid) en geen voordelen meer.  Dan kan het volgens haar ook geen kwaad als ze in de weekends de medicatie overslaat.

‘De begeleiding erkent de bezorgdheid van de moeder voor de bijwerkingen van de medicatie. En vraagt aan haar of het ok is om samen te bekijken hoe deze medicatie net werkt en wat mogelijke bijwerkingen kunnen zijn. Hiervoor gebruiken ze de brochure en de fiche met tips voor de omgeving van de cliënt. ‘

## 3.2 Samenvatting feedback pilootvorming

**Deelnemers**

Over het algemeen ervaarden de deelnemers de vorming als positief (7,6/10) tot heel positief (8,1/10). Kort samengevat ervaarden ze als:

*Positief*:

- Duidelijke structuur en opbouw, goed te volgen.
- Heldere en begrijpelijke taal, geen vakjargon.
- Tools en technieken die werden gedeeld (bv. brochures, sites over combigebruik en werking van medicatie, …).
- Veel info over de verschillende psychofarmaca, bijwerkingen en hoe deze te herkennen bij onze cliënten.

*Verbeterpunten* zijn:

- Gebrek aan tijd, hierdoor werd er te snel over bepaalde thema's gegaan, was er te weinig tijd om de vele info te verwerken en kon niet al het beeldmateriaal getoond worden.
- Meer herkenbare cliëntcasussen
- Meer groepsgesprekken, inbreng van eigen casussen en uitwisselen van ervaring.
- Meer praktische handvaten meegeven, onder andere toevoegen van onderdeel over hoe het gesprek op een verbindende manier aan te gaan met de voorschrijver van de medicatie (psychiater, huisarts, …).
- Na theorie oefeningen inbouwen om theorie te verwerken.

**Preventiewerkers**

*Ambulant:* de deelnemende begeleiders hadden wat meer achtergrond over psychofarmaca. Hierdoor was er vooral interesse in het tweede deel van de vorming, namelijk het bespreekbaar stellen met cliënten. Door de beperkte duur van de pilootvorming kwam dit beperkt aan bod. Daarom zou de preventiewerker bij een aanbod voor ambulante diensten hierop best de klemtoon leggen en dit veel uitgebreider aan bod laten komen.

Het toevoegen van meer elementen uit motiverende gespreksvoering en het overzicht van vijf manieren om te beïnvloeden, kan een antwoord bieden op de volgende vragen:

- 'Hoe mijn cliënt motiveren om psychofarmaca te nemen of af te bouwen?'
- 'Hoe mijn cliënt motiveren de juiste dosis te nemen?'
- 'Hoe omgaan met experimenteergedrag?'
- 'Wat met crisissituaties? Wat als je niet meer in dialoog kunt treden met de cliënt?'

*Residentieel:* dit was een dankbare groep om les aan te geven. Ze stelden heel wat vragen, zo konden we de theorie aan de praktijk koppelen. De kennis over psychofarmaca was hier eerder beperkt, waardoor we hen met het eerste deel heel wat hebben kunnen bijbrengen. Het tweede deel was voor hen minder van toepassing. Dit toont aan dat dit een hele zinvolle vorming is om mee naar de sector te gaan en begeleiders te sensibiliseren.

## 3.3 Bekendmakingsmail

Onderwerp: **Nieuw vormingsaanbod over psychofarmaca voor begeleiders van mensen met een (licht) verstandelijke beperking**

Beste x,

In samenwerking met enkele voorzieningen ontwikkelde VAD een nieuw vormingsaanbod voor begeleiders van mensen met een (licht) verstandelijke beperking.

Heel wat cliënten in de sector gebruiken psychofarmaca. Vaak gaat het over langdurig gebruik, wat gepaard kan gaan met nevenwerkingen en een verminderde levenskwaliteit. Deze medicatie wordt voorgeschreven voor psychiatrische problemen, en soms ook voor probleemgedrag. Er is echter weinig bewijs dat deze medicatie effectief is bij probleemgedrag.

In het vormingsaanbod krijgen begeleiders:

- Informatie over psychofarmaca: types medicatie en hun werking, risico's op afhankelijkheid, kwetsbaarheid van de doelgroep, mogelijke plaats binnen een behandeling en aandachtspunten bij afbouw.
- Tips over hoe ze probleemsignalen kunnen herkennen, en over hoe ze in gesprek kunnen gaan met de cliënt wanneer ze zich zorgen maken over zijn of haar medicatiegebruik. We gaan aan de slag met informatief materiaal voor cliënten en hun omgeving, en met enkele gespreksmethodieken.

De inhoud en de duur van de vorming kunnen aangepast worden aan de noden van jouw organisatie:

- Wil je je focussen op één luik (bijvoorbeeld informatie over psychofarmaca)? Dan kan dit binnen een halve dag opleiding.
- Wil je graag beide luiken aan bod zien komen? Dan voorzie je best twee halve dagen.

De opleidingen worden gegeven door xxx preventiewerker. We nemen vooraf contact op, zodat jullie samen een vorming op maat kunnen opstellen. Onze contactgegevens kan je terugvinden op deze pagina of via onze doorverwijsgids. Bij ons kan je ook terecht met vragen over middelengebruik, gamen of gokken bij cliënten. We geven advies, coaching en vorming.

## 3.4 Checklist bij een vormingsaanvraag

Onderstaande vragen kunnen een hulp zijn om – wanneer je een aanvraag krijgt – samen met de aanvrager in te schatten of (en in welke mate) dit vormingsaanbod matcht met hun noden en verwachtingen.

### *Wat is de doelgroep van de organisatie?*

- Volwassenen
- ~~Kinderen en jongeren~~

De PowerPoint is gebaseerd op een literatuurstudie, op een nodenbevraging bij de sector, en op feedback van psychiaters op het gebruik van psychofarmaca en hun effecten en bijwerkingen bij **volwassenen**.

Omwille van een aantal redenen is het niet evident om op dit moment een aangepast aanbod voor kinderen en jongeren te voorzien[1]:

- De farmacokinetiek en farmacodynamiek bij baby's, kleine kinderen, kinderen en volwassenen verschilt sterk. Circa de helft van alle geneesmiddelen die toegediend worden aan kinderen zijn niet onderzocht in deze leeftijdscategorie. In het geval van psychofarmaca bij psychiatrische aandoeningen of gedragsstoornissen ligt dit nog hoger en spreekt men van 60 à 70%. Dit heeft tot gevolg dat de informatie over het gebruik van een geneesmiddel bij kinderen beperkt is, en er geen formele afweging tussen werkzaamheid en veiligheid (schadelijkheid) is gemaakt.

- Doordat er vaak geen klinisch geneesmiddelonderzoek bij kinderen is uitgevoerd, ontbreekt essentiële informatie voor een rationeel geneesmiddelgebruik bij deze kwetsbare groep patiënten. Onderzoek door de fabrikant gebeurt op korte termijn, waardoor we zelfs bij volwassenen weinig info hebben over bijwerkingen bij langdurig gebruik van medicatie. Doordat de hersenen van kinderen nog volop in ontwikkeling zijn, zijn ze mogelijks gevoeliger voor bijwerkingen op korte en lange termijn. Kinderen hebben een duidelijk ander patroon van bijwerkingen (bv. meer paradoxale effecten) en laten soms, in een veel hogere frequentie dan bij volwassenen, zeer ernstige bijwerkingen zien.

- Toch worden ze wel vaak off-label ingezet. Voor het off-label gebruik van psychofarmaca bij gedragsproblemen of probleemgedrag bestaan er een aantal evidence-based richtlijnen voor volwassenen met een beperking. Op internationaal niveau ontbreken gelijkaardige richtlijnen bij kinderen.

[1] Bronnen:

- https://www.kinderformularium.nl/werkwijze *=> bundelt info over medicatie en off-label gebruik bij kinderen*
- https://www.apotheek.nl/medicijnen *=> website voor het brede publiek die bij bepaalde medicatie aangeeft in welke mate het op kinderen is getest*
- https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-10864_Gebruik-van-psychoactieve-medicatie-bij-kinderen-en-jongeren-met-autisme-spectrumstoornis-in-de-provincie-Antwerpen *=> onderzoek uit 2014 over gebruik van psychoactieve medicatie bij kinderen met ASS*
- https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/medicatie-bijwerkingen/
- https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2018/04/Offlabel-medicatie-voorschrijven-kinder-jeugdpsychiatrie-handreiking.pdf

## *Welke soorten medicatie komen er in de vorming aan bod?*

- Antipsychotica
- Antidepressiva
- Slaap- en kalmeringsmiddelen

De vorming is gebaseerd op de types medicatie die het meest in voorzieningen bij volwassenen gebruikt worden (antidepressiva, antipsychotica en slaap- en kalmeringsmiddelen), en die het meest naar voor kwamen uit de nodenbevraging.

Bij mensen met een verstandelijke beperking komt epilepsie vaker voor. Daarvoor worden anti-epileptica voorgeschreven. Dit is medicatie om epileptische aanvallen onder controle te krijgen. Ze worden regelmatig ook off-label voorgeschreven. In deze vorming komen anti-epileptica niet aan bod. Meer info over anti-epileptica vind je hier.

Ook stimulerende medicatie, zoals ADHD-medicatie, is niet opgenomen in deze vorming. Stimulerende medicatie wordt vaak voorgeschreven bij jongeren.

## *Voor welke intermediairs wordt de opleiding aangevraagd?*

- Begeleiders
- ~~Artsen en verpleegkundigen~~

De doelstelling van de vorming is preventief. Ze sensibiliseert en informeert begeleiders over de mogelijke bijwerkingen van deze medicatie, en motiveert hen om samen met de rest van het team eerst niet-farmacologische interventies uit te proberen. Het is dus een basisvorming over psychofarmaca.

Hierdoor is deze vorming minder geschikt voor verpleegkundigen of artsen. Voor hen is de info die aan bod komt reeds gekende materie.

Tip: Benoem in het eerste gesprek dat je als preventiewerker geen medische achtergrond hebt, maar de opleiding geeft vanuit een preventief standpunt. Zo schets je een helder beeld van wat de deelnemers mogen verwachten. Je geeft hiermee de boodschap dat het bespreken van medicatie- en afbouwschema's niet binnen de scope van de opleiding valt.

## *In welk soort dienst werken de begeleiders?*

- Dagondersteuning
- Individuele begeleidingen, ambulant of mobiel
- Woonondersteuning

De vorming kan gegeven worden aan alle bovenstaande types werkingen. Afhankelijk van het type werking zal je echter andere klemtonen leggen. Het type dienst bepaalt ook mee hoelang de vorming maximaal zal duren.

**Deel 1**: Informatie over psychofarmaca: hoofdstukken 1 tot en met 4

- Zinvol voor alle types.
- Bij cliënten met een zwaardere beperking die (bijna) voltijds in de voorziening wonen, zal je je vooral beperken tot deze info. Dan duurt de opleiding ongeveer een dagdeel.
- Bij diensten die werken met cliënten met een LVB die zelfstandig wonen (vb. ambulante en mobiele individuele begeleidingen) kan je in dit deel dieper ingaan op combigebruik.

**Deel 2**: Opmerken en bespreekbaar maken: hoofdstukken 5 tot en met 7

- Op maat van individuele begeleidingen, zowel ambulant als aan huis.
- Bij cliënten met een zwaardere beperking die (bijna) voltijds in de voorziening wonen, is in gesprek gaan met cliënten misschien niet mogelijk, maar het informeren en in gesprek gaan met de omgeving (familieleden, ouders) wel. Op voorwaarde dat zij nog betrokken zijn of dat de cliënt tijdens de weekends naar huis gaat.

## 3.5 Quotes van cliënten

Naar aanleiding van het Congres ‘Medicatie bij gedragsproblemen van personen met een verstandelijke beperking’ van HOGENT op 3 maart 2023 werden enkele cliënten bevraagd over hun medicatiegebruik. Enkele quotes werden in de presentatie verwerkt. Hieronder vind je alle quotes terug die toen aan bod kwamen.

**Cliënt 1**

*“Ik heb al vaak medicatie genomen maar er zijn ook jaren dat ik geen medicatie heb opgenomen. In die jaren had ik geen psychiater.*

*Tijdens een gedwongen opname werd er dan terug medicatie opgestart in een ziekenhuis. Daar zeiden ze: “ u pakt geen medicatie, dan kan u geen behandeling krijgen”. Ik nam al Zyprexa, daar werd ik ziek van. Ik kreeg ook al Risperdal en Rilatine. Dat is wel medicatie die eigenlijk bij mij hoort. Ik nam ook al Temesta, daar voelde ik me goed bij. Ik kon toen goed slapen maar dit tast jouw geest aan, zeggen ze.*

*Ik heb de afgelopen weken geen medicatie meer genomen. Nu is dit terug gestart, maar ik ga dit niet blijven nemen. Wanneer ik in de 30 ben, ga ik dit stoppen, op den duur word je daar verslaafd aan. De medicatie die ik nu neem, wil ik k eigenlijk niet meer pakken. Ik geef ook toe dat ik er moe en mottig van wordt. Ik kan ook moeilijker gaan feesten. Ik kreeg ook stemverbrekingen. Een verpleegster heeft ook gezegd dat dit rommel is.*

*Met de psychiater die ik nu heb, gaat het wel goed. Ik ga mijn klachten over de medicatie met haar bespreken. Ik wil met haar bekijken of ik kan veranderen.*

*Af en toe smoor ik ook eens wiet of drink ik alcohol. Ik word hier rustig van. Ik vind wiet eigenlijk beter dan medicatie. Bij wiet heb ik ook geen last van stemmingen.”*

**Cliënt 2**

*“De medicatie helpt mij goed. Ik vind dat dit beter werkt dan therapie. Ik heb er geen bijwerkingen van. Wat ik wel spijtig vind: ik kreeg 2 nieuwe pillen maar weet eigenlijk niet waarvoor die zijn, ge moet het maar ruiken.”*

**Client 3**

*“Ik nam vroeger Rilatine en Risperdal en ook al eens Quetiapine. Ik heb gezegd: duw die medicatie ergens waar de zon niet schijnt. Bij Quetiapine was ik precies een kamerplant.*

*Nu neem ik enkel medicatie voor te slapen en een pilletje om overdag de rust wat te bewaren. Ik heb dit zelf gevraagd. Ik had wel verwacht dat de slaapmedicatie sneller zou werken. Ik dacht, ik slaap direct als een roos, maar dat is niet zo. Maar bwa, het valt wel mee. Ik krijg wel een droog bakkes van de medicatie, echt niet normaal.”*

**Cliënt 4**

*“Ik neem al heel lang medicatie voor epilepsie. Anders nam ik geen medicatie. Nu kreeg ik sinds 3 weken medicatie. Ik heb dit zelf gevraagd aan de dokter. Ik heb geen bijwerkingen, ik weet niet of het gaat werken.”*

**Cliënt 5**

*“Als ik ‘nuchter’ (als in geen medicatie) ben, dan plak ik mensen tegen de muur. Ik heb dus echt medicatie nodig.”*