

**dr. Peter Groot**

onderzoeker/ervaringsdeskundige,  
User Research Centre NL,  
UMC Utrecht

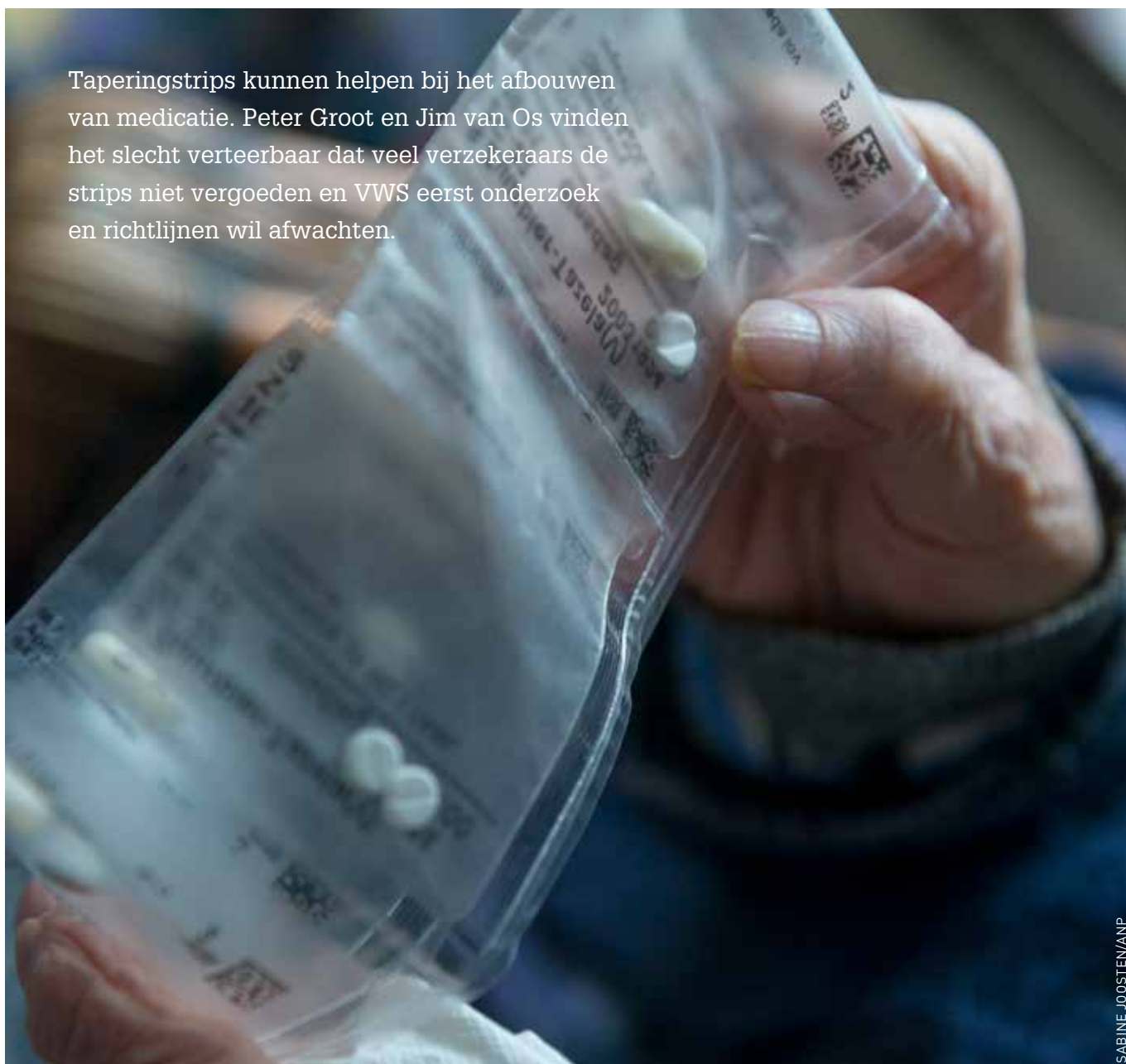
**prof. dr. Jim van Os**

voorzitter divisie Hersenen,  
UMC Utrecht

WACHTEN OP RICHTLIJNEN FRUSTREERT BEHANDELAAR EN PATIËNT

# Nog steeds geen steun voor broodnodige taperingstrips

Taperingstrips kunnen helpen bij het afbouwen van medicatie. Peter Groot en Jim van Os vinden het slecht verteerbaar dat veel verzekeraars de strips niet vergoeden en VWS eerst onderzoek en richtlijnen wil afwachten.



SABINE JOOSTEN/ANP

**O**ver taperingstrips en de vergoeding daarvan is al vijf jaar discussie.<sup>1</sup> Het idee achter deze afbouwmethode stamt uit 2004 en is afkomstig van een Nederlandse beeldhouwer en houtsnijder, Harry Leurink, die door onttrekkingsverschijnselen niet kon stoppen met benzodiazepines.<sup>2</sup> Omdat niemand iets met zijn idee deed, meldde hij dat in 2010 aan bij de Stichting Cinderella. Nadat een van ons (PG) in 2012 met hetzelfde idee was gekomen, vroeg Cinderella hem om als vrijwilliger aan de ontwikkeling van taperingstrips te gaan werken. Hiervoor was een apotheker nodig die bereid en in staat was om de benodigde medicatie – lagere doseringen die farmaceutische bedrijven niet leveren – te maken en slim te verpakken. Nadat die was gevonden kwamen in 2013 de eerste taperingstrips beschikbaar. Patiënten waren hier blij mee, hoewel er ook kritisch commentaar was: taperingstrips moesten flexibeler worden en er was bij veel meer medicijnen behoefte aan afbouwstrips. Inmiddels zijn taperingstrips beschikbaar voor veertien verschillende antidepressiva, acht antipsychotica, vijf sedativa, vijf analgetica (onder andere oxycodon), vijf anti-epileptica en nog twee andere medicijnen.<sup>3</sup> En de lijst groeit nog steeds (taperingstrip.nl). Artsen en patiënten hebben daarmee een belangrijk nieuw hulpmiddel gekregen bij het afbouwen van medicatie.

### Gebrek aan acceptatie

Deze op zich gunstige ontwikkeling kende – én kent nog steeds – één probleem. Dat is het gebrek aan acceptatie van taperingstrips door een aantal zorgverzekeraars en instanties en, in mindere mate, door de medische gemeenschap (zie verderop).

Waarom was en is dit zo moeilijk? We gebruiken een analogie in een poging om dit probleem duidelijk te maken. Denk aan een leuke band. Wat te doen? Het antwoord is simpel. Neem de krik en de kruissleutel uit de kofferbak en verwissel de leuke band en reserveband. Weet u niet hoe dit moet? Lees de handleiding van de auto. En nu komt de hamvraag: Wat is belangrijker: gereedschap of handleiding? Bij afbouwen kunnen we deze vraag ook stellen. Taperingstrips maken het voorschrijven van afbouwschema's op maat mogelijk, en kunnen zo klachten door onttrekkingsverschijnselen helpen voorkomen. Richtlijnen en een goede begeleiding kunnen patiënten ook ondersteunen, maar voorkomen deze klachten niet en verliezen zonder het juiste gereedschap veel van hun waarde. Onze verwachting was dan ook dat de komst van afbouwmedicatie zou worden toegejuicht. Patiënten en behandelaren deden dat ook.<sup>4</sup> Andere partijen echter veel minder. Zorgverzekeraars, het Zorginstituut, de NVvP, de NHG, de KNMP, MIND, VWS en recentelijk ook het IVM, allemaal leggen ze de nadruk op het belang van onderzoek om richtlijnen te verbeteren en betere begeleiding mogelijk te maken voordat ze het over afbouwmedicatie willen hebben. De impliciete belofte is dat problemen kunnen en zullen worden opgelost door eerst betere richtlijnen en betere begeleiding mogelijk te maken. Dat richtlijnen

juist door het ontbreken van goed gereedschap niet beter konden worden en dat juist hierdoor verbeteringen in de begeleiding van patiënten moeilijk was, lijkt men onvoldoende te beseffen.

### Patiënt in de kou

Dat richtlijnen hierdoor onnodig ingewikkeld worden blijkt in de praktijk. Een voorbeeld. De Multidisciplinaire Werkgroep Afbouw SSRI's en SNRI's (van NVvP, NHG, KNMP en MIND) heeft modellen gemaakt van mogelijke afbouwschema's.<sup>5</sup> Om die te kunnen voorschrijven moet met de apotheker overlegd worden of die de medicatie aan de patiënt kan leveren. In de praktijk levert dat problemen op omdat nog maar weinig apothekers zelf bereiden en omdat degenen die dat nog wel doen, door de lage vergoeding die ze hiervoor krijgen het risico lopen dat ze geld moeten toeleggen. Het extra werk dat patiënt en/of behandelaar in het overleg met de apotheker moet steken, is daardoor vaak voor niets, waardoor de patiënt dan uiteindelijk in de kou blijft staan. De voor de hand liggende en eenvoudigste oplossing is om te vermelden dat de benodigde medicatie al beschikbaar is, kan worden voorgeschreven en door enkele zorgverzekeraars – met name

DSW en ENO – ook wordt vergoed. Dat andere zorgverzekeraars dat niet doen, is niet relevant. De anticonceptiepill wordt ook niet standaard uit het basispakket vergoed. Mag een arts daarom nalaten om een patiënt op het bestaan daarvan te wijzen? Waarom worden in het onnodig ingewikkelde advies van de Multidisciplinaire werkgroep taperingstrips niet gewoon genoemd? Ook bij de afbouw van opioïden wordt de oplossing

gezocht in verbetering van de richtlijnen. Zo meldt een lid van de taakgroep over gepast gebruik van opioïden dat artsen en apothekers 'een pasklare handleiding en passend patiëntmateriaal nodig hebben'.<sup>6</sup> Dat taperingstrips voor de afbouw van opioïden zoals oxycodon al gewoon beschikbaar zijn, wordt ook hier niet genoemd.

### Kokervisie

Het is moeilijk om de sterke fixatie op steeds maar meer onderzoek niet te zien als een vorm van kokervisie. Een heilig geloof in richtlijnen waarin behandelaren alles moeten kunnen vinden wat ze nodig hebben. Vanuit de gedachte dat dan alle problemen zijn opgelost. Die gedachte is onjuist en contraproductief. Een handleiding waar alles in staat, is niet automatisch beter. Bij videorecorders zaten vroeger hele dikke handleidingen waar alles in stond en waar niemand mee uit de voeten kon. Bij bouwpakketten van IKEA zit een tekening met een minimum aan tekst. Toch blijkt dat voldoende te zijn om heel Nederland vol te zetten met meubels van IKEA. Omdat IKEA ervoor heeft gezorgd dat het juiste gereedschap in het bouwpakket zit en daardoor de handleiding veel eenvoudiger en beter kan. Zo eenvoudig en zo goed dat mensen zelf het werk kunnen doen, zonder dat ze daarbij een specialist nodig hebben.

## Zorg dat het juiste gereedschap in het (af)bouwpakket zit

Bij afbouwen streven wij er ook naar om het gereedschap dat behandelaar en patiënt samen nodig hebben zo eenvoudig en begrijpelijk mogelijk te maken. Dan wordt verantwoord afbouwen opeens een stuk makkelijker. Uit observationele onderzoeken naar afbouwen met taperingstrips dat we hebben gedaan, blijkt dat dat in de praktijk ook zo werkt.<sup>7</sup> Bij 70 procent van een grote groep patiënten die soms al vele jaren antidepressiva hadden gebruikt en die al eerder één of meerdere keren tevergeefs hadden geprobeerd om te stoppen, lukte dat met behulp van taperingstrips nu wel, en één tot vijf jaar later blijken ze nog steeds van de antidepressiva af te zijn. Zonder dat daarvoor ook maar één woord in een richtlijn hoefde te worden veranderd.

Dat van nog meer onderzoek weinig mag worden verwacht blijkt uit resultaten van eerder door ZonMw gesubsidieerde onderzoeksprojecten. Projecten die voor de verbetering van de klinische praktijk geen enkele betekenis hebben gehad, omdat daarin onvoldoende of geen aandacht was voor het gereedschap dat behandelaars en patiënten voor verantwoord afbouwen nodig hebben.<sup>8</sup> Voor het 3 miljoen euro kostende Opera-onderzoek geldt hetzelfde.<sup>9</sup> Ook dit project zal de klinische praktijk niet gaan verbeteren.

## Oproep

De roep om meer onderzoek wordt nog steeds gebruikt als excuus om een oplossing voor de problemen rond de vergoeding van taperingstrips op de lange baan te schuiven. Tot nog toe gebeurt dat met (impliciete) instemming van betrokken partijen. Geen enkele partij lijkt zelf verantwoordelijkheid te willen nemen: er is altijd weer een andere partij waarnaar kan worden gewezen. Dit duurt nu al bijna vijf jaar en behandelaars en patiënten die verantwoord willen kunnen (laten) afbouwen, worden hiervan het slachtoffer. Hopelijk maakt deze bijdrage duidelijk dat afbouwmedicatie nu nodig is. En dat dat het verbeteren van richtlijnen en begeleiden van patiënten alleen maar zal vergemakkelijken. We doen hierbij een oproep aan de NVvP en het NHG om voor de belangen van hun leden op te komen: de psychiaters en de huisartsen van wie wordt verwacht dat ze goede zorg leveren. En aan MIND om hetzelfde te doen voor alle patiënten waarvan ze de belangen zegt te behartigen. Evenals aan andere partijen die bij dit onderwerp betrokken zijn.

Maak een eind aan de huidige vruchteloze en slepende discussie over afbouwmedicatie, zodat behandelaars en patiënten gebruik kunnen maken van het gereedschap dat ze voor verantwoord afbouwen nodig hebben. ■

## contact

p.c.groot@umcutrecht.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

## web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](https://medischcontact.nl/artikelen).

# VELDWERK

DE AIOS



**ANNA VERHULST** is in opleiding tot internist in Meander Medisch Centrum Amersfoort.

## Thuis in mijn ziekenhuis

'Ik voel me thuis in mijn ziekenhuis.' Dat staat op het kartonnen bekertje dat ik elke ochtend onder de koffieautomaat schuif. De slogan heb ik altijd wat cliché gevonden. Maar nu mijn eigen afscheid in dit ziekenhuis nadert, speelt de weemoed op.

Bijna vier jaar geleden liep ik hier binnen als kersverse dokter. Mijn BIG-nummer had ik voor de zekerheid uitgeprint meegenomen en mijn witte jas pulde uit van alle zakkaartjes. Tijdens mijn eerste nachtdienst tetterde ik ongepast hard in het oor van een internist omdat ik zó trots was dat ik een septische patiënt had gestabiliseerd. In plaats van een standje voor het tetteren kreeg ik een goedgemutst compliment.

Op de intensive care ontwikkelde ik het onderbuikgevoel voor ernstig zieke patiënten. Bij de cardiologie leerde ik niet alleen heel veel over hartritmes, maar ondervond

ik ook dat blaffende honden eigenlijk heel aaibaar zijn. Tijdens mijn polistage voelde ik me meer dan ooit dokter en werd ik me bewust van de verantwoordelijkheid die daarmee gepaard gaat. En als rode draad waren daar altijd mijn

## HIER WORDEN JONGE DOKTERS PROFESSIONEEL VOLWASSEN

collega's: van arts-assistenten tot verpleegkundigen en specialisten, van medewerkers communicatie tot de dames van de koffiebar.

Een ziekenhuis is zo veel meer dan alleen een gebouw van stenen. Voor talloze jonge dokters is het de plek waar ze professioneel volwassen worden. Waar ze aarzelend hun eerste stappen zetten en met een rugzak aan ervaringen met rechte rug naar buiten lopen. Een plek om je thuis te voelen. En voor mij een plek waar ik van ben gaan houden.

Lieve collega's: bedankt voor de avonturen, bedankt voor de geweldige samenwerking, bedankt dat ik bij jullie volwassen mocht worden!