

**Peter Groot**

onderzoeker/ervaringsdeskundige bij  
User Research Center, Maastricht UMC+,  
vrijwilliger bij de Stichting Cinderella  
Therapeutics

**prof. dr. Jim van Os**

voorzitter divisie Hersenen,  
Universitair Medisch Centrum Utrecht

TAPERINGSTRIPS ZIJN CRUCIAAL BIJ HET AFBOUWEN VAN MEDICATIE

# Medicatie minderen kan beter

Voor veel medicijnen geldt dat een zorgvuldige op- en afbouw gewenst is. Zogeheten taperingstrips kunnen daarbij zeer behulpzaam zijn en zouden daarom breder moeten worden ingezet.

**E**r is veel te doen over afbouwen van antidepressiva met speciale afbouwmedicatie, verpakt in zogenaamde taperingstrips, omdat de meeste zorgverzekeraars die niet willen vergoeden.<sup>1-3</sup> Patiënten die dat niet terecht vinden, hebben de Vereniging Afbouwmedicatie opgericht die op 30 januari een petitie en het rapport 'Verantwoord afbouwen mogelijk maken' aan de Tweede Kamercommissie van VWS heeft aangeboden.<sup>4-6</sup> Op 1 februari zijn hierover Kamervragen gesteld die op 13 maart zijn beantwoord.<sup>7</sup> Met de antwoorden kunnen we weinig. De meeste vragen werden niet beantwoord en alleen de zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland lijken te zijn geraadpleegd zonder wederhoor bij andere relevante partijen. Op 12 februari werd een oproep gedaan om commentaar te leveren op het 'Consensusdocument afbouwen SSRI's & SNRI's', dat werd opgesteld door vertegenwoordigers van NVvP, NHG, KNMP en het landelijke platform voor psychische gezondheid MIND om praktische handvatten te kunnen bieden voor de afbouw van SSRI's en SNRI's.<sup>8</sup> Dit consensusdocument laat echter fundamentele vragen onbeantwoord en biedt onvoldoende handvatten voor afbouwen in de praktijk.<sup>9</sup>

## Geleidelijk afbouwen

Afbouwmedicatie maakt geleidelijk minderen mogelijk door de dosis niet, zoals gebruikelijk, in grote stappen te verlagen, maar in een heleboel kleine stapjes. Meer dan 2500 mensen hebben inmiddels afbouwmedicatie gebruikt. Hun ervaringen hiermee zijn zeer positief, blijkt uit observationeel onderzoek onder 1200 patiënten en uit ervaringen van 73 behandelaren en 356 patiënten, beschreven in het rapport 'Verantwoord afbouwen mogelijk maken'.<sup>6,10,11</sup> Hieruit blijkt dat afbouwen met behulp van afbouwmedicatie veel beter gaat dan zonder.

Het belangrijkste probleem bij het afbouwen van medicatie blijkt vooral de medicatie zelf. Of beter: het niet beschikbaar zijn van

de juiste doseringen die nodig zijn om geleidelijk en verantwoord te kunnen afbouwen.

In de bijsluiter van het antidepressivum venlafaxine wordt geadviseerd om de dosis geleidelijk af te bouwen onder toezicht van een arts, 'die zal adviseren hoe u geleidelijk de behandeling met dit middel moet verlagen'.<sup>12</sup> De fabrikant legt hiermee het probleem bij de arts. Dat is vreemd, want om het advies van de fabrikant te kunnen opvolgen moet de arts doseringen voorschrijven die de fabrikant niet levert. De meeste problemen bij het afbouwen van venlafaxine treden op in de allerlaatste stap, vanaf de laagste geregistreerde dosering van 37,5 mg naar 0 mg.<sup>13</sup> De patiënt mag de capsules met 37,5 mg echter niet breken. Kleinere stappen dan 37,5 mg zijn daarom niet mogelijk, terwijl dat voor geleidelijk afbouwen wel nodig is. Patiënten moeten hierdoor als het ware een trap aflopen waarvan de treden veel te hoog zijn, terwijl ze juist een trap nodig hebben met een heleboel kleine treetjes.

## Vergelijk het met het leveren van auto's zonder deugdelijke remmen

In de bijsluiter van paroxetine wordt geadviseerd om de dosis geleidelijk met 10 mg per week te verminderen. 'Als u ontweningsverschijnselen krijgt wanneer u de tabletten vermindert, dan kan uw arts beslissen dat u langzamer moet stoppen'. De kleinste geregistreerde dosis voor paroxetinetabletten is echter 10 mg. Ook hier wordt niet duidelijk gemaakt hoe die geleidelijke vermindering moet als de stappen nog kleiner moeten worden, wat voor verantwoord afbouwen van paroxetine wel nodig is. Vloeiende paroxetine biedt hiervoor geen oplossing.

Dit betekent dat artsen in de afgelopen 25 jaar (paroxetine kwam in 1991 op de markt, venlafaxine in 1993) hun patiënten nooit goed hebben kunnen helpen. Vergelijk het met het leveren van auto's zonder deugdelijke remmen, waarbij de fabrikant adviseert om voorzichtig te remmen. Bij andere medicijnen dan



GETTY IMAGES

Het belangrijkste probleem bij het afbouwen van medicatie blijkt het niet beschikbaar zijn van de juiste doseringen.

paroxetine en venlafaxine is de situatie minder zwart-wit maar wel vergelijkbaar. Patiënten die bij het afbouwen te veel last krijgen van onttrekkingsverschijnselen kunnen niet goed worden geholpen zolang alleen gebruik kan of mag worden gemaakt van de doseringen die door de fabrikant geregistreerd zijn.

### **Onvoldoende handvatten**

Richtlijnen en adviezen als geformuleerd in het conceptconsensusdocument bieden nu nog geen oplossing voor dit probleem. Adviezen over afbouwen zijn schaars, weinig concreet en bieden onvoldoende handvatten voor de arts.<sup>10</sup> Dat wordt ook buiten Nederland geconstateerd, waar patiënten inmiddels ook het bestaan van Nederlandse afbouwmedicatie hebben ontdekt.<sup>14-15</sup> Op 24 januari startte de Engelse minister een groot onderzoek naar de omvang van de problemen die afhankelijkheid en onttrekkingsverschijnselen veroorzaken bij door de arts voorgeschreven medicijnen.<sup>17</sup>

Oplossingen die daar worden genoemd zijn vergelijkbaar met de oplossingen waar ook in Nederland naar is gezocht en onderzoek naar is gedaan. Betere begeleiding van patiënten, extra adviezen, extra gesprekken, psychologische begeleiding, mindfulness, cognitieve gedagstherapie, et cetera. En betere richtlijnen. Allemaal zaken die zouden kunnen helpen maar waarvan geen enkel onderzoek dat heeft aangetoond. Dat dat niet lukt verbaast ons niet, want al deze zaken hebben één ding gemeen: ze helpen niet tegen onttrekkingsverschijnselen. Wat daartegen wel helpt, is

speciaal geprepareerde afbouwmedicatie die – in overeenstemming met wat richtlijnen vragen en wat fabrikanten in hun bijsluiters zelf ook adviseren – geleidelijke dosisvermindering mogelijk maakt.

Het voorgaande maakt duidelijk wat bij afbouwen van medicatie tot nu toe altijd het grootste probleem is geweest, namelijk het niet beschikbaar zijn van de (magistraal bereide) doseringen die nodig zijn om onttrekkingsverschijnselen te voorkomen. Als dat lukt, dan blijkt afbouwen helemaal niet zo moeilijk meer te zijn. Dan zijn veel van de oplossingen waar nu voor wordt gepleit niet of minder nodig. De ervaringsverhalen van behandelaars en patiënten in het rapport ‘Verantwoord afbouwen mogelijk maken’ laten dat zien. Die ervaringen moeten worden meegenomen bij het opstellen van richtlijnen. De uitnodiging om commentaar te leveren op het ‘Consensusdocument afbouwen SSRI’s & SNRI’s’ biedt de gelegenheid om ervaringen met voorschrijven of gebruik van afbouwmedicatie te delen. Wie dat wil doen, kan zijn of haar commentaar inleveren.<sup>8</sup> ■

### **contact**

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

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

### **web**

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