

# Kamervragen antidepressiva en taperingstrips

Peter C. Groot en Jim van Os

1 juni 2017

Dr. Peter C. Groot is onderzoeker/ervaringsdeskundige bij User Research Center, Universiteit Maastricht, en vrijwilliger bij de Stichting Cinderella Therapeutisch. Prof.dr. Jim van Os is hoofd van de Vakgroep Psychiatrie en Psychologie in Maastricht. Contact: [p.c.groot@maastrichtuniversity.nl](mailto:p.c.groot@maastrichtuniversity.nl).

Staatsecretaris van Rijn (VWS) heeft Kamervragen beantwoord over antidepressiva en taperingstrips<sup>1</sup> (zie bijlage). In deze notitie plaatsen we een aantal kanttekeningen bij deze antwoorden. We doen dat door relevante passages te citeren en daaronder onze opmerkingen te plaatsen. In de bijlage zijn deze passages door ons genummerd en gemarkeerd. Verwijzingen naar bladzijdes en hoofdstukken betreffen het rapport '*Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips*'<sup>2</sup>.

1

**'Bij dit oordeel speelt ook mee, of de zorg met voldoende wetenschappelijke onderbouwing is opgenomen in een richtlijn van de beroepsgroep.'**

De vraag of er sprake is van voldoende wetenschappelijke onderbouwing is relevant voor zowel de bestaande afbouwpraktijk als voor de toepassing van taperingstrips:

**De bestaande afbouwpraktijk** is niet wetenschappelijk (*evidence based*) onderbouwd, is slecht gedefinieerd en voldoet niet (hoofdstuk 3, blz. 29-35). Richtlijnen geven vaak wel aan dat geleidelijk afbouwen verstandig is maar maken onvoldoende, of helemaal niet, duidelijk hoe dat moet en hoe een arts rekening kan houden met de behoeftes van de patiënt (*shared decision making*), terwijl dat wel van de arts gevraagd wordt (hoofdstuk 4; zie ook punt 6).

Het belangrijkste praktische onderliggende probleem, waar tot dusver zeer weinig aandacht voor was, is **het niet beschikbaar zijn van medicatie in een vorm die artsen en patiënten helpt om verantwoord (geleidelijk) afbouwen in de praktijk mogelijk te maken**. Dat (onderzoek)projecten die tot nu toe zijn uitgevoerd om de huidige afbouwpraktijk te verbeteren (o.a. van ZonMW) tot dusver zo teleurstellend weinig hebben opgeleverd heeft hiermee te maken (hoofdstuk 4, blz. 47).

**Taperingstrips** zijn ontwikkeld om de medicatie die voor geleidelijk afbouwen nodig is voor patiënten beschikbaar te maken. Dat is gelukt. Taperingstrips bieden artsen en patiënten eindelijk de mogelijkheid om, in overeenstemming met wat richtlijnen vragen, op een praktische manier rekening te houden met de behoeften en de wensen van de individuele patiënt (*shared decision making*; hoofdstuk 2 en 11; zie ook punt 6). Voor de effectiviteit van de taperingstrips in de dagelijkse klinische praktijk zijn de eerste bewijzen door ons geleverd (hoofdstuk 3, blz. 36-41; zie ook punt 7).

2

**'Zowel de inhoud als de verpakkingsvorm kunnen nu al vergoed worden: apotheekbereidingen maken deel uit van farmaceutische zorg en worden vergoed indien er sprake is van rationele farmacotherapie (Besluit zorgverzekering, artikel 2.8). Ook de strip, bijvoorbeeld een baxterrol bij weekterhandstelling, is een onderdeel van de prestatie farmaceutische zorg.'**

De staatssecretaris zegt hier expliciet wat Cinderella bij aanvang van project tapering als uitgangspunt had genomen, namelijk dat taperingstrips vanuit het basispakket kunnen worden vergoed.

### 3

' . . . kan een geleidelijke afbouw van medicijnen al vergoed worden indien de verzekerde aan de verzekeringsvoorwaarden voldoet, dat wil zeggen **mits er sprake is van rationele farmacotherapie en als de verzekerde hierop is aangewezen.**'

Het uitgangspunt van project tapering is dat taperingstrips een vorm van rationele farmacotherapie zijn **omdat ze geleidelijk afbouwen, zoals dat in richtlijnen en handboeken wordt aanbevolen, mogelijk maken**, waarbij rekening kan worden gehouden met de behoeftes en voorkeuren van de patiënt (*shared decision making*; hoofdstuk 2 en 11; zie punt 6).

De vraag of een verzekerde aangewezen is op het gebruik van taperingstrips kan volgens ons alleen door de behandelaar, in samenspraak met de patiënt, worden beantwoord (zie punt 6). Onderlinge verschillen tussen individuele patiënten zijn zo groot, dat die vraag nooit op afstand, op basis van gemiddeldes uit resultaten van groepsonderzoek, kan worden beantwoord (hoofdstuk 4 en 6). Dit geldt niet alleen voor problematische antidepressiva zoals venlafaxine en paroxetine, maar ook voor alle andere antidepressiva, en andere medicijnen waarbij zich ontrekkingsverschijnselen kunnen voordoen, zoals antipsychotica, slaap- en kalmeringsmiddelen en pijnmedicatie. Iedere patiënt is anders en bij al deze medicijnen kunnen bij het afbouwen problemen optreden. Een arts kan niet aan een patiënt zien hoe het afbouwen voor die patiënt zal voorlopen en moet daarom, *samen met de patiënt*, een inschatting maken en voor goede begeleiding zorgen *tijdens* het afbouwen.

### 4

'Indien zorgverzekeraars twijfels hebben of er sprake is van rationele farmacotherapie kunnen zij zich wenden tot het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) voor een advies. **Zowel het Zorginstituut als zorgverzekeraars nemen hierbij de huidige richtlijnen en het oordeel van de betreffende beroepsgroepen (o.a. psychiaters en huisartsen) in ogenschouw.**'

De huidige richtlijnen bieden artsen onvoldoende houvast om patiënten met behulp van de beschikbare standaardmedicatie verantwoord te laten afbouwen (zie punt 1). Taperingstrips bieden dat houvast wel (hoofdstuk 2 en 11).

Dat taperingstrips in de huidige richtlijnen niet genoemd worden betekent niet dat de toegepaste oplossing in de taperingstrips – geleidelijke dosisverlaging in kleine stappen – nieuw of onbewezen is. Op vele plaatsen in veel verschillende richtlijnen en wetenschappelijke publicaties wordt geleidelijk afbouwen in kleine stappen geadviseerd, meestal zonder duidelijk te maken hoe dat dan in de praktijk zou moeten (hoofdstuk 3, blz. 27-35). Mede hierdoor, en vooral **door het niet beschikbaar zijn van medicatie in de juiste vorm**, voelen patiënten zich al jarenlang gedwongen om zelf met hun medicatie te prutsen om op een goede manier te kunnen afbouwen. Als ze dat goed doen, dan helpen ze zichzelf. Maar het kan makkelijk misgaan en het is vreemd dat patiënten hiervoor iets moeten doen – zelf rommelen met hun medicatie - wat algemeen juist wordt afgeraden. Het is ook vreemd dat patiënten wel heel (en misschien wel te) gemakkelijk met het gebruik van medicijnen kunnen starten, maar niet goed geholpen (kunnen of mogen) worden om daar op een verantwoorde wijze mee te stoppen.

### 5

'Op dit moment **maken de taperingstrips geen duidelijk omschreven onderdeel uit van specifieke behandelrichtlijnen** van psychiatrische aandoeningen.'

'Taperingstrips **worden soms wel genoemd als optie** in de richtlijnen, maar deze optie wordt niet verder toegelicht of onderbouwd.'

Tegenhouden van taperingstrips enkel en alleen omdat ze (nog) niet in de richtlijnen worden genoemd is een vorm van circulair redeneren die innovatie krachtig remt. Dat taperingstrips nog niet in de richtlijnen zijn opgenomen is een logisch gevolg van het feit dat ze nieuw zijn. Aanpassing van richtlijnen kost nu eenmaal tijd.

6

**'Het is aan artsen om conform richtlijnen goede en doelmatige zorg te leveren, en de juiste behandeling, zowel medicamenteus als niet-medicamenteus, aan te bieden aan die patiënt.'**

De staatssecretaris zegt hier expliciet **dat de arts degene is die verantwoordelijk is** voor de zorg die de patiënt dient te krijgen (zie ook punt 3).

7

**'De beroepsgroep kan in de behandelrichtlijn, op basis van wetenschappelijke onderbouwing, aangeven wat de beste manier is waarop patiënten hun medicatie kunnen afbouwen.'**

Goede wetenschappelijke onderbouwing voor de huidige afbouwpraktijk ontbreekt (hoofdstuk 3, blz. 29-35). Voor de effectiviteit van de taperingstrips in de dagelijkse klinische praktijk zijn de eerste bewijzen door ons geleverd (hoofdstuk 3, blz. 36-41). Dat dat nog niet tot een publicatie heeft geleid is een direct gevolg van het feit dat we onze tijd, door de weigering van zorgverzekeraars om de taperingstrips te vergoeden, noodgedwongen aan andere zaken hebben moeten besteden (hoofdstuk 1). Toekomstig onderzoek door middel van n=1 experimenten, waarbij zelfmonitoring door patiënten in de dagelijkse klinische praktijk wordt gecombineerd met het gebruik van taperingstrips, kan in betrekkelijke korte tijd (1-2 jaar) waardevolle nieuwe informatie leveren over de bestaande interindividuele variatie tussen patiënten die tot nu toe niet beschikbaar was. En die ook niet beschikbaar kon zijn omdat het huidige (groep)onderzoek die informatie niet kan geven (hoofdstuk 4).

8

**'... kan de beroepsgroep in richtlijnen aangeven welke andere afbouw mogelijkheden er zijn en welke rol taperingstrips daarin kunnen vervullen.'**

De huidige richtlijnen bieden aan artsen en patiënten onvoldoende handvatten om verantwoord afbouwen goed in praktijk te brengen (hoofdstuk 3, blz. 29-35) en maken niet duidelijk welke alternatieven er voor de taperingstrips zijn.

Zorgverzekeraars, die aan patiënten lieten weten dat er goedkopere alternatieven zijn, verwezen, toen ze werden gevraagd wat die alternatieven dan zijn, naar de arts, die dat ook niet weet. Voorgestelde alternatieven, zoals medicatie in vloeibare vorm voor bijvoorbeeld paroxetine, hebben ondanks jarenlange beschikbaarheid niet aantoonbaar geholpen om de problemen bij het afbouwen te verminderen. Ze zijn daarvoor niet nauwkeurig genoeg en zijn ook niet ontwikkeld en getest als hulpmiddel voor het afbouwen (hoofdstuk 9; punt 8.4 en 9 van onze inhoudelijke reactie van 7 mei op de ZiN-notitie 'Onderzoek naar effectiviteit taperingstrips bij afbouw antidepressiva').

## Referenties

1. Sazias L. Kamervragen 50PLUS aan de Minister van VWS over antidepressiva en taperingstrips. Ingezonden 13 april 2017; Antwoorden 31 mei: <http://bit.ly/2qDom4V>.
2. Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips. Rapport met informatie voor de bijeenkomst over taperingstrips die op 29 maart 2017 is gehouden op initiatief van Zorginstituut Nederland. Samensteller: P.C. Groot.

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
1123368-163218-GMT

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
13 april 2017

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 31 mei 2017  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Sazias (50PLUS)  
over antidepressiva en taperingstrips (2017Z04977).

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over antidepressiva en taperingstrips. (2017Z04977)

1

Bent u bekend met de uitzending van Argos (Radio 1) van zaterdag 8 april 2017 en Kassa van 18 maart 2017 inzake antidepressiva en taperingstrips?

1

Ja.

2

Hoe beoordeelt u het feit dat verzekeraars onwillig zijn om taperingstrips voor de afbouw van antidepressiva te vergoeden? Kunt u uw antwoord toelichten?

5

Hoe oordeelt u over de stelling dat het de wereld op zijn kop is dat verzekeraars het gebruik van antidepressiva wel vergoeden, maar de afbouw hiervan door middel van taperingstrips niet? Kunt u uw antwoord toelichten?

7

Deelt u de mening dat een vergoeding van taperingstrips een belangrijke bijdrage kan leveren aan uw beleid om depressie breed aan te pakken? Kunt u uw antwoord toelichten?

8

Bent u bereid de vergoeding van taperingstrips op te nemen in het basispakket? Kunt u uw antwoord toelichten?

2, 5, 7 en 8

Zorg wordt vergoed indien wordt voldaan aan de criteria van het basispakket. Een belangrijke vraag in dat kader is of de zorg voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het is primair aan zorgverzekeraars om te beoordelen of bepaalde zorg voldoet aan de criteria van het basispakket en daarom vergoed moet worden. Bij dit oordeel speelt ook mee, **of de zorg met voldoende wetenschappelijke onderbouwing is opgenomen in een richtlijn** van de beroepsgroep. Indien verzekeraars vragen hebben over de stand van de wetenschap en praktijk kunnen zij zich wenden tot het Zorginstituut Nederland, dat risicogericht bepaalt of een bepaalde vorm van behandeling tot de te verzekeren prestaties behoort (duiding van het pakket).

In geval van het afbouwen van antidepressiva met behulp van de tapering-methodiek gaat het in eerste instantie om het geneesmiddel (apothekbereidingen met aflopende sterktes van dat middel), daarnaast om de wijze van verpakking (een zakje per inname-moment, een reeks van zakjes wordt een strip genoemd).

**2 Zowel de inhoud als de verpakkingvorm kunnen nu al vergoed worden:**

apothekbereidingen maken deel uit van farmaceutische zorg en worden vergoed indien er sprake is van rationele farmacotherapie (Besluit zorgverzekering, artikel 2.8). Ook de strip, bijvoorbeeld een baxterrol bij weekterhandstelling, is een onderdeel van de prestatie farmaceutische zorg.

3 Omdat beide onderdelen te verzekeren prestaties zijn, kan een geleidelijke afbouw van medicijnen al vergoed worden indien de verzekerde aan de verzekeringsvoorwaarden voldoet, dat wil zeggen **mits er sprake is van rationele farmacotherapie en als de verzekerde hierop is aangewezen**. Het is primair aan de zorgverzekeraars om te beoordelen of door de verzekerde aan beide voorwaarden is voldaan.

4 Indien zorgverzekeraars twijfels hebben of er sprake is van rationele farmacotherapie kunnen zij zich wenden tot het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) voor een advies. **Zowel het Zorginstituut als zorgverzekeraars nemen hierbij de huidige richtlijnen en het oordeel van de betreffende beroepsgroepen (o.a. psychiaters en huisartsen) in ogenschouw.**

5 **Op dit moment maken de taperingstrips geen duidelijk omschreven onderdeel uit van specifieke behandelrichtlijnen van psychiatrische aandoeningen.**

**Taperingstrips worden soms wel genoemd als optie** in de richtlijnen, maar deze optie wordt niet verder toegelicht of onderbouwd.

Het is niet mijn bevoegdheid om te beoordelen of een bepaalde afbouwstrategie die gebruik maakt van taperingstrips voldoet aan het wettelijk criterium van 'de stand van de wetenschap en praktijk'<sup>1</sup>. Ik kan dan ook geen uitspraak doen over de vraag of vergoeding van taperingstrips een belangrijke bijdrage kan leveren aan het breed aanpakken van depressie. Ik zal dan ook geen beleid opstellen waarin zorgverzekeraars verplicht worden anders te handelen dan binnen de grenzen van de Zorgverzekeringswet.

3

Hoe oordeelt u over de stelling dat elke gebruiker van antidepressiva die wil afbouwen, de mogelijkheid geboden moet worden om dit op een voor diegene verantwoorde manier te doen, en dit dus moet worden vergoed? Kunt u uw antwoord toelichten?

4

Hoe oordeelt u over de stelling dat het gebruik van taperingstrips noodzakelijk kunnen zijn voor een verantwoorde en succesvolle geleidelijke afbouw van antidepressiva, bijvoorbeeld het middel paroxetine, dat in meerdere gevallen geassocieerd is met plotseling ongeremd geweld naar de persoon zelf of naar anderen? Kunt u uw antwoord toelichten?

6

Deelt u de mening dat het voor de gezondheid en het welzijn van de ruim 1 miljoen gebruikers, alsmede voor de beheersing van de zorgkosten, juist van groot belang het gebruik van antidepressiva terug te dringen? Kunt u uw antwoord toelichten?

3, 4 en 6

Het afbouwen van psychofarmaca kan lastig zijn voor de patiënt. In dat geval is goede begeleiding door de behandelaar essentieel. Het is aan de beroepsverenigingen, in dit geval de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en

---

<sup>1</sup> Uit de wet (shistorie) en de jurisprudentie kan worden opgemaakt dat het bij 'de stand van de wetenschap en praktijk' gaat om de effectiviteit van de zorg: leidt het behandelbeleid (diagnostiek, behandeling), gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen (bijwerkingen, veiligheid) ervan, tot relevante (meer)waarde voor de patiënt? Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk>

- 6 het Nederlands Huisartsen Genootschap, om richtlijnen op te stellen. Het is aan artsen om conform richtlijnen goede en doelmatige zorg te leveren, en de juiste behandeling, zowel medicamenteus als niet-medicamenteus, aan te bieden aan die patiënt. Ik kan dan ook niet zeggen dat het voor één miljoen gebruikers van antidepressiva beter zou zijn wanneer zij deze middelen niet meer zouden gebruiken.
- 7 De beroepsgroep kan in de behandelrichtlijn, op basis van wetenschappelijke onderbouwing, aangeven wat de beste manier is waarop patiënten hun medicatie kunnen afbouwen.
- 8 Als in een minderheid van de gevallen een geleidelijke afbouw met bestaande tabletsterktes niet lukt, kan de beroepsgroep in richtlijnen aangeven welke andere afbouwmogelijkheden er zijn en welke rol taperingstrips daarin kunnen vervullen. Dit geldt dan ook voor de geleidelijke afbouw van antidepressiva, zoals paroxetine.
- Voor wat betreft de vergoeding verwijs ik u naar het antwoord op de vragen 2, 5, 7 en 8.