

# Psychiatrische patiënt zeer gebaat bij afbouwmedicatie

In Nederland is afbouwmedicatie (taperingstrips) ontwikkeld waarmee het patiënten vaker lukt te stoppen met psychofarmaca, met minder onttrekkingsverschijnselen. In dit artikel wordt uitgelegd hoe afbouwmedicatie mogelijk maakt wat door de farmaceutische industrie en de psychiatrie jarenlang is nagelaten. "Patiënt en behandelaar kiezen samen een afbouwschema op maat."

18

Pharm weekbl 8 november 2019:154-45

Auteur **Peter C. Groot**

AFBOUWMEDICATIE IN TAPE-  
RINGSTRIPS, ZOALS HIER IN ZAKJES IN  
EEN MEDICATIEROL, IS DE PRAKTISCHE  
UITWERKING VAN EEN VERANT-  
WOORDE MANIER VAN STOPPEN MET  
PSYCHFARMACA.

Meer dan drie miljoen mensen in Nederland gebruiken antidepressiva, sedativa, anti-epileptica of opioïde pijnstillers zoals oxycodon [1]. Stoppen met deze medicijnen kan, als dat niet op de juiste manier gebeurt, tot grote problemen leiden. Toonaangevende instanties spraken zich hierover eerder dit jaar uit. Het Engelse Royal College of Psychiatrists liet weten dat antidepressiva geleidelijk en in meerdere maanden moeten worden afgebouwd [2], de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) wil dat artsen patiënten niet meer abrupt met opioïde pijnstillers laten stoppen [3] en het Amerikaanse Center for Disease Control verklaarde dat patiënten die opioïden in hoge doseringen gebruiken langzame afbouw nodig hebben [4].

Al deze instanties vinden dat afbouw op maat dient te gaan. In Nederland komt het *Multidisciplinair document Afbouwen SSRI's & SNRI's* tot vergelijkbare conclusies [5]. In de wetenschappelijke literatuur is geen *evidence-based* bewijs voor de huidige manier van afbouwen te vinden [5,6]. Inmiddels kan afbouwmedicatie (taperingstrips) worden voorgeschreven [7,8], waarmee geleidelijk afbouwen praktisch mogelijk is maar over de vergoeding hiervan is nog discussie, tot in de Tweede Kamer aan toe [9,10].

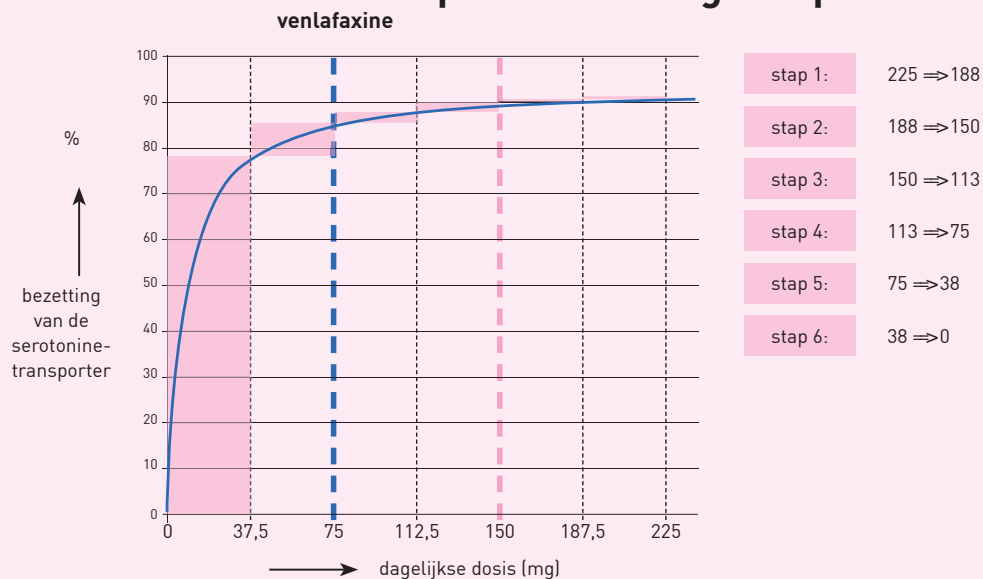
## Richtlijnen schieten tekort

Psychiatrische medicijnen zijn sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw ontwikkeld. Farmaceutische bedrijven hoeven echter nog steeds niet te onderzoeken of patiënten na (langdurig) gebruik wel zonder problemen kunnen stoppen. Een lang genegeerd probleem bij het afbouwen is de medicatie zelf. Farmaceutische bedrijven registreren slechts een beperkt aantal doseringen. Maatwerk, dat bij andere producten die we dagelijks gebruiken zoals brillen of schoenen normaal is, is daardoor bij het voorschrijven van medicijnen moeilijk of zelfs onmogelijk [11]. Ondanks jarenlang onderzoek, dat vele miljarden heeft gekost, en praktijkervaringen van wereldwijd honderden miljoenen patiënten en hun behandelaars, is verantwoord afbouwen in de praktijk nog steeds niet goed mogelijk. Richtlijnen schieten ernstig tekort [12,13], en ook in bijsluiters staat wel dat



Foto Shiwai Ng

## Verband dosis en transporterbezetting is exponentieel



FIGUUR 1: BEZETTING VAN DE SEROTONINETRANSPORTER DOOR SEROTONINE ALS FUNCTIE VAN DE DAGELIJKE DOSIS. DE ROZE BLOKKEN MAKEN DUIDELIJK HOE DE BEZETTINGSGRAAD VAN DE SEROTONINETRANSPORTER DAALT ALS DE DOSERING IN ZES EVEN GROTE STAPPEN WORDT VERLAAGD. BIJ VENLAFAXINE IS DIT DE MEEST GELEIDELIJKE DALING DIE MET ALLEEN DE GEREГИСТРЕЕRDE DOSERINGEN MOGELIJK IS [11].

geleidelijk afbouwen belangrijk is maar niet hoe dat in de praktijk moet [6,11].

Onttrekkingsverschijnselen zijn niet zeldzaam. De eerste meldingen zijn zestig jaar oud [14,15], maar er was heel lang heel weinig aandacht voor. Klachten bij onttrekkingsverschijnselen kunnen mild zijn of ernstig, fysiek en/of psychisch, afhankelijk van het medicijn, de patiënt en de situatie [16]. Bij een deel van de patiënten zijn ze mild en verdwijnen ze vrij snel, maar inmiddels is duidelijk en wordt erkend dat ze ook ernstig kunnen zijn en veel langer kunnen duren [2,5,13,17-23]. Een belangrijk probleem is dat zowel behandelaar als patiënt onttrekkingsverschijnselen makkelijk als terugval kunnen interpreteren als de klachten na hervatting van de medicatie weer snel verdwijnen. De onterechte conclusie “dat het medicijn nodig is” leidt dan tot onnodig en langdurig gebruik.

Door dit alles hebben veel patiënten in de loop van de tijd moeten ervaren dat het hun behandelaars, ook al deden die nog zo hun best, toch niet lukte om ze goed te helpen. Ze gingen daarom zelf op zoek naar praktische oplossingen, waarbij ze soms werden geholpen door artsen en onderzoekers [28-30]. Afbouwmedicatie (taperingstrips) is de praktische uitwerking van zo’n oplossing, op basis van een idee van een patiënt uit 2004 [31]. Medicijngebruik leidt tot veranderingen in het lichaam, dat zich hierop langzaam maar zeker instelt. Abrupt stoppen of te snel

afbouwen na (langdurig) gebruik leidt tot verstoring van het dan bestaande evenwicht wat onttrekkingsverschijnselen kan veroorzaken. De beste manier om dit te voorkomen is om zo mogelijk geleidelijk af te bouwen zodat er voor het lichaam voldoende tijd is zich aan de veranderende dosering aan te passen. Belangrijk hierbij is dat dit naar het einde toe steeds geleidelijker gaat. Waarom dat zo is, leg ik uit voor SSRI’s. De logica bij andere medicijnen is vergelijkbaar.

SSRI’s werken door remming van de serotoninetransporter (figuur 1). Het verband tussen dosis en bezettingsgraad is exponentieel [32]; bij lage doseringen stijgt de bezettingsgraad heel snel om bij hogere doseringen af te vlakken. Dosisverlaging met alleen geregistreerde doseringen gaat in (te) grote stappen. Bij hoge doseringen heeft dit relatief weinig effect op de transporterbezetting en bij lage doseringen heel veel. Dat verklaart waarom onttrekkingsverschijnselen juist aan het eind van een afbouwtraject, bij doseringen die (veel) lager zijn dan de laagste geregistreerde doseringen, zo vaak voor problemen zorgen. Omdat aan het eind zelfs een kleine verlaging van de dosis nog een groot effect kan hebben.

### Hyperbolisch afbouwen

Verantwoord afbouwen is ‘hyperbolisch’ afbouwen [27]. Daarbij verandert de bezettingsgraad over het hele afbouwtraject geleidelijk, waardoor veel minder snel onttrekkingsverschijnselen zullen optreden. Om dit

VOOR ONTTREKKINGSVERSCHIJSSELEN WAS HEEL LANG HEEL WEINIG AANDACHT

## AFBOUW- MEDICATIE WORDT VOOR- GESCHREVEN, MAAR OVER VERGOEDING IS NOG DISCUSSIE

invoelbaar te maken kunnen we denken aan een auto die we vanaf hoge snelheid moeten laten stoppen. Als we in het begin wat harder op de rem trappen en daarna steeds een beetje zachter (hyperbolisch remmen) brengen we de auto zonder schok tot stilstand. Als we in één keer vol op de rem gaan staan (abrupt stoppen) maken we een noodstop waarbij we de kans lopen dat we met ons hoofd tegen de voorruit klappen. Hyperbolisch afbouwen op maat van de patiënt en goede (zelf)monitoring is de essentie van verantwoord afbouwen.

Figuur 2 laat zien hoe de dosisverlaging en de daarmee corresponderende daling van de transporterbezetting er voor beide vormen van afbouwen uitzien. Het linker paneel laat zien hoe afbouwen niet moet gaan en het rechter paneel hoe dat wel moet. In de praktijk waren (en zijn) patiënten tot nu, door het ontbreken van de juiste medicatie, veroordeeld tot de 'standaard' en min of meer lineaire afbouw uit het linker paneel. Afbouwmedicatie maakt de hyperbole afbouw uit het rechter paneel praktisch mogelijk door in het begin de dosis per dag steeds een stukje te verlagen en door naar het einde toe de stapjes wat kleiner te maken en/of door tussen twee stapjes meerdere dagen te laten zitten.

De vraag die moet worden beantwoord als een patiënt een medicijn verantwoord wil afbouwen is welk afbouwschema moet worden gebruikt. In richtlijnen wordt ernaar ge-

streefd om behandelaars hiervoor handvatten mee te geven, waarbij wordt geprobeerd om zo goed mogelijk te voorspellen wat de beste schema's zijn. Op dit moment ontbreekt echter de kennis om dit voor een individuele patiënt goed te kunnen doen. Pogingen om in meerdere of mindere mate dwingend bepaalde afbouwschema's voor te schrijven, kunnen daardoor in de praktijk gemakkelijk verkeerd uitpakken.

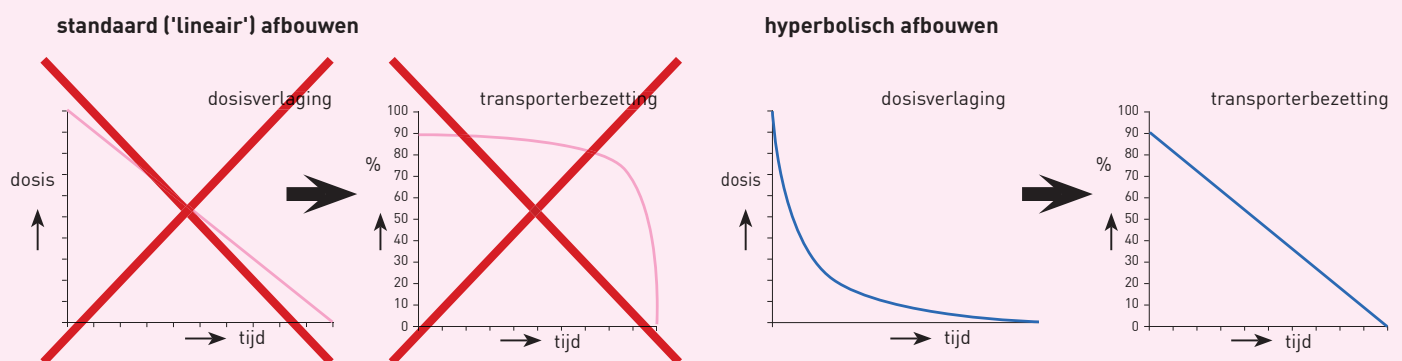
### Samen beslissen

Een betere manier om hiermee om te gaan is de behandelaar samen met de patiënt – op basis van *shared decision making* – te laten beslissen. De beschikbaarheid van afbouwmedicatie maakt dit ook praktisch mogelijk. Niet alleen om een afbouwschema op maat te kunnen kiezen, maar ook om dat, indien nodig, eenvoudig te kunnen aanpassen. Wat voor succesvol afbouwen dan vooral nog nodig is, zijn goede afspraken tussen patiënt en behandelaar over (zelf)monitoring tijdens het afbouwen. Het eerste onderzoek naar afbouwen met behulp van taperingstrips liet zien dat alleen het kunnen voorschrijven hiervan al voldoende was om de huidige afbouwpraktijk sterk te verbeteren [33,34]. ■

Dr. Peter C. Groot is ervaringsdeskundige en onderzoeker, verbonden aan User Research Centre NL, UMCU.

Zie voor de literatuurreferenties: pw.nl.

## Hyperbole afbouw van dosis SSRI's voorkomt onttrekkingsverschijnselen



FIGUUR 2. STANDAARD ('LINEAIRE') EN HYPERBOLISCH AFBOUWEN VAN DE DOSERING VAN SSRI'S EN HET EFFECT DAARVAN OP HET VERLOOP VAN DE BEZETTING VAN DE SEROTONINETRANSPORTER (CURVES VOOR VENLAFAXINE) [32]. STANDAARD AFBOUWEN (MET BEHULP VAN ALLEEN GEREgistREERDE DOSERINGEN) LEIDT VOORAL AAN HET EINDE VAN HET AFBOUWTRAJECT GEMAKKELIJK TOT ONTTREKKINGSVERSCHEIJNSELEN. HYPERBOLISCH AFBOUWEN VOORKOMT ONTTREKKINGSVERSCHEIJNSELEN.