

Afbouwen van antidepressiva is voor veel mensen spannend. Nog spannender wordt het als je een afbouwschema moet volgen waarvan je niet weet hoe het eruit ziet. Wij maken ons daarom zorgen over de TEMPO-studie. En meer precies; over het verborgen houden van de afbouwschema's die daarbij gebruikt zullen worden.

De laatste maanden heeft de Vereniging Afbouwmedicatie haar uiterste best gedaan (noodgedwongen via Wob-verzoeken) om openbaarmaking te vragen van de afbouwschema's van paroxetine en venlafaxine. Omdat al eerder soortgelijk onderzoek stopgezet moest worden in verband met ernstige bijwerkingen/onttrekkingsverschijnselen, willen we zo mogelijk mensen behoeden voor de (vermijdbare!) risico's die op voorhand al duidelijk zijn.

Omdat we die informatie tot nu toe niet hebben gekregen en er gestart zou zijn met dit onderzoek, zit er voor ons als behartiger van patiëntenbelangen niets anders op dan de belangrijke dingen over veilig afbouwen mee te geven aan potentiële deelnemers en hun zorgverleners.

1. Veilig afbouwen is een individueel proces. Als de meeste mensen schoenmaat 38 hebben en u hebt maat 36 hebt u niets aan maat 38
2. Vraag bij het voorbereidend gesprek:
3. Op grond waarvan oordeelt u of ik wel of niet mag afbouwen?
4. Hoe zien de schema's eruit?
5. Wat als ik klachten krijg;
6. Mag ik dan gebruik maken van tussendoseringen, er langer over doen?
7. Eventueel overstappen op taperingstrips?
8. Zit er een maximumtijd aan het traject?
9. Wat als het mij niet lukt?
10. Krijg ik dan te horen wat ik gebruikt heb?
11. En bij welke dosering ik gestrand ben?
12. Krijg ik die dosering daarna voorgeschreven?
13. Of moet ik retour dichtstbijzijnde geregistreerde dosering? (Bijv. van 2 naar 10 mg paroxetine?)
14. Welke indicatie gaat dan gelden voor een wellicht onnodig te hoge dosering?
15. Als ik onttrekkingsklachten krijg in de placebo-groep; krijg ik dan ook een benzodiazepine ter demping?
16. Als ik met onttrekkingsverschijnselen bij de SEH of HAP terecht kom; hoe weet de arts daar op welke dosering hij kan stabiliseren? Of moet hij in den blinde een benzodiazepine geven en/of hervatten initiële dosis?
17. Of is er 24/7 een onderzoeker bereikbaar die de blinding kan opheffen zodat mijn arts zich kan houden aan de richtlijn om terug te keren naar de dosis waarbij nog geen klachten optraden?
18. Hoe komt het staken van het onderzoek in mijn dossier: als een 'terugval' of als 'stoppen i.v.m. onttrekkingsverschijnselen'?
19. Hoe kan een 'terugval' worden onderbouwd als ik niet kan terugkeren naar een vorige dosis om het onderscheid te maken met onttrekkingsverschijnselen?
20. Telt het al of niet terechte etiket 'terugval' mee als recidief depressie?

21. Als ik langer dan de aanbevolen periode van 2 weken benzodiazepines moet gebruiken om het schema vol te kunnen houden; wie helpt mij dan bij de afbouw daarvan? Heb ik dan recht op magistraal bereide lagere doseringen?