

Delen van informatie van Radboud UMC over TEMPO

<https://www.radboudumc.nl/lopende-onderzoeken/tempo>

Misleidende informatie

TEMPO onderzoek Hoe kan je antidepressiva het beste stoppen?

TEMPO is een landelijk onderzoek hoe antidepressiva het beste afgebouwd kunnen worden.

VA: Het onderzoek gaat alleen over paroxetine en venlafaxine. Dat antidepressiva niet één pot nat zijn bewijzen o.a. dr. H. G. Ruhé in het Multidisciplinair Document 'Overige antidepressiva'

Tijdens het onderzoek kunnen deelnemers last krijgen van onttrekkingsverschijnselen door het afbouwen. Dit risico is gemiddeld niet hoger dan als mensen zonder deelname aan het onderzoek zouden afbouwen. Tijdens het TEMPO-onderzoek worden de deelnemers zorgvuldig begeleid in het afbouwproces.

Dat risico is wél hoger, want de risicofactoren die er buiten dit onderzoek toe leiden dat mensen een langzame afbouw voorgesteld wordt, gelden niet bij willekeurige loting van dit onderzoek.

Bovendien zijn zorgverleners door de blinding niet in staat om schema's bijtijds (op grond van combinatie dosis en klachten) aan te passen indien er klachten ontstaan.

Dit staat haaks op algemene begrippen in de verslavingsgeneeskunde en is niet in overeenstemming met de inhoud van de richtlijn 'Afbouwen SSRI's & SNRI's'

Een belangrijk deel van het stoppen met antidepressiva is de begeleiding die patiënten daarbij krijgen. Het TEMPO onderzoek heeft een multidisciplinaire aanpak. Daarmee wil het TEMPO-project de samenwerking tussen psychiaters, huisartsen apothekers en de patiënt optimaliseren zodat er een optimale begeleiding ontstaat bij de poging om te stoppen met antidepressiva.

Deze onterechte nadruk op het belang van 'begeleiding' (zonder aanpassen schema) bij afbouwen zal patiënten op het verkeerde been zetten en verwachtingen scheppen die in geen enkel onderzoek bewaarheid worden.

Zie bijv. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820202>

Want in het geval van TEMPO gaat het om vergelijking van twee afbouwschema's en wordt niet gekeken naar één schema wat in twee armen wel of niet wordt toegepast.

Omdat dit onderzoek gaat over vergelijking van twee schema's volgt daaruit dat het niet gaat over 'afbouwen-op-geleide-van-klachten' en dat impliceert dat aanpassen van de schema's niet onder begeleiding zal vallen.

Ongefundeerde claims

#1

Een wetenschappelijk onderbouwde vergelijking van welke manier van afbouw het beste is ontbreekt en die is nodig om te weten hoe iemand het beste af kan bouwen.

Hoogstens kan na het onderzoek gezegd worden welke methode als beste voor de groep van 200 deelnemers uit de bus komt, maar dat zegt niets over wat het beste is voor het individu.

Bovendien zijn de aantallen (slechts 200 opgedeeld in 4 groepen van 50) veel te klein om een bepaalde factor als bepalend voor de keuze van methode te rechtvaardigen.

Als dat al mogelijk is; iemand kan een risicofactor hebben (als die al bestaat), maar aanpassing van het schema zal altijd moeten volgen op het krijgen van klachten.

Dit is conform het mede door dr. H.G. Ruhé tot stand gekomen Multidisciplinair Document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' en is ook de teneur van de nieuwste richtlijn Maudsley Deprescribing Guideline.

Doel niet in overstemming met onderzoeksprotocol

#1

Omdat we verschillende afbouwstrategieën vergelijken bij antidepressiva die relatief het vaakst onttrekkingsverschijnselen geven verwachten we dat de resultaten van dit onderzoek ook toepasbaar zal zijn op andere antidepressiva (SSRIs en SNRIs) en bij mensen die antidepressiva kregen i.v.m. andere aandoeningen dan depressie.

Echt de waanzin ten top. Het onderzoek gaat over deelnemers met een MDD, de vragenlijsten etc. zullen onder meer gaan over depressieve klachten, zijn ook bedoeld om 'terugval' te onderkennen.

Maar hoezo 'terugval' van depressie bij iemand die een SSRI tegen bedplassen, IBS of chronische pijn slikte?

Incorrecte informatie

Er is nog maar weinig wetenschappelijk bewijs wanneer en bij wie onttrekkingsverschijnselen ontstaan, en bij wie afbouwmedicatie ingezet kan of moet worden. Een discussie die in de media vaak terugkomt is de vraag: welke afbouwmedicatie (waaronder Taperingstrips) moet worden vergoed vanuit het basispakket? Die discussie is lastig als weinig kennis bestaat over hoe werkzaam speciale afbouwmedicatie is

Nog afgezien van het gegeven dat een onderzoek niets te maken hoort te hebben bij de beantwoording van een 'vergoedingsvraag';

Er bestaat niet weinig, maar juist veel kennis over de werkzaamheid van speciale afbouwmedicatie.

Er zijn vier studies naar gedaan met bijna 3000 deelnemers en een percentage van bijna 80% mensen die kon afbouwen m.b.v. afbouwmedicatie in taperingstrips.*

En dat ook nog binnen een groep die in het TEMPO-onderzoek niet mee zou mogen doen aan loting, met het risico met een of meerdere mislukte afbouw pogingen tóch zonder langzame afbouw te gaan afbouwen. Terwijl dr. H.G. Ruhé blijkens het Multidisciplinaire Document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' deze factor als risicofactor ziet die de keuze voor langzaam afbouwen onderbouwt.

Daarnaast betekent de publicatie van het boek 'Minder Slikken' van psychiater Remke van Staveren en de Maudsley Deprescribing Guidelines een versterking van de onderbouwing van de principes van hyperbole afbouw, shared decision-making en op geleide-klachten-afbouwen (i.p.v. 'set & forget')

<https://www.apotheeknieuws.nl/psyche/minder-slikken-veel-minder/>

<https://bjgplife.com/book-review-the-maudsley-deprescribing-guidelines-antidepressants-benzodiazepines-gabapentinoids-and-z-drugs/>*

*QR-code met de onderzoeken wordt meegestuurd in e-mail

*Webinar 'May 8' in e-mail

Apeldoorn, 25 augustus 2024

Pauline Dinkelberg, voorzitter Vereniging Afbouwmedicatie