

Dr. Marina Eckenhausen
Inspecteur-generaal Gezondheidszorg en Jeugd
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
(Aangetekend en per e-mail naar inspectie@igj.nl)

Afzenders
Peter C. Groot
Jim van Os
Pauline Dinkelberg,
Myriam vd Lagemaat
Eddy Hekman
Lieuwkje Hekman
Inge Bisschops
Daniël Meijer
Ewout Kattouw
Harry Leurink

Datum: 16 april 2025

Onderwerp: **Oproep tot urgent ingrijpen door IGJ: Richtlijn Depressie belemmert huisartsen en psychiaters bij afbouw antidepressiva en leidt tot onveilige en risicovolle zorg voor patiënten**

Geachte mevrouw Eckenhausen,

Hierbij doen wij een dringende oproep aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om op te treden ten aanzien van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie¹, aangezien deze aantoonbaar risico's met zich meebrengt voor de veiligheid en gezondheid van patiënten.

De Richtlijn adviseert afbouwschema's voor antidepressiva die tot ernstige ontregeling van patiënten kunnen leiden. Ontregeling die in sommige gevallen kan leiden tot ernstige suïcidaliteit en gewelddadig gedrag met dodelijk gevolg. De richtlijn probeert niet om dit zoveel mogelijk te voorkomen. Zorgverleners en patiënten worden niet geïnformeerd over en niet gewaarschuwd voor uit wetenschappelijk onderzoek bekend geworden risico's die er zijn. Dit is in strijd met de wettelijke verplichting tot veilige zorg, het recht van patiënten op volledige en juiste informatie en de verplichting van richtlijnontwikkelaars om te handelen volgens de professionele standaard.

Wij doen deze oproep op basis van onze professionele en persoonlijke ervaringen met de ernstige gevolgen die een onjuiste afbouw van medicatie kan hebben. Wij willen helpen voorkomen dat in de toekomst nog meer mensen onnodig te maken krijgen met vergelijkbare, ingrijpende problemen.

In de afgelopen jaren is door ons herhaaldelijk geprobeerd om, via de daarvoor verantwoordelijke partijen, te komen tot een richtlijn met afbouwadviezen die patiënten beschermt en hen niet onnodig aan risico's blootstelt². Omdat dit geen resultaat heeft opgeleverd zien wij ons nu genooddaakt om IGJ te verzoeken een onderzoek in te stellen naar de afbouwadviezen in de huidige richtlijn en – indien nodig – handhavend op te treden.

Ons doel is een richtlijn die zorgverleners helpt en patiënten beschermt, wat de huidige richtlijn niet doet. Door alle patiënten de mogelijkheid te bieden om medicijnen op een veilige en verantwoorde manier af te bouwen.

¹ <https://richtlijnen database.nl/richtlijn/depressie/startpagina - richtlijn depressie 2024.html>

² Brief Vereniging Afbouwmedicatie aan IGJ van 26 april 2023: 'Oproep om een einde te maken aan achterhaalde adviezen voor afbouw van antidepressiva met mogelijk ongunstig effect'. <https://www.bit.ly/40KRUGW>. Antwoord IGJ van 26 april 2023, brief met kenmerk 2023-2888560/V2049317/GGZ/AvdP/rb: 'Als (...) zich situaties voordoen omtrent het afbouwen van antidepressiva waarbij de veiligheid van de zorg in het geding komt, dan is het voor ons belangrijk dat deze concrete situaties bij ons gemeld worden (...). Deze meldingen zullen wij dan beoordelen en eventueel in onderzoek nemen'.

TOELICHTING

Door de richtlijn geadviseerde afbouwschema's zijn niet voor alle patiënten veilig

De Richtlijn Depressie adviseert twee standaard afbouwschema's voor antidepressiva, zonder dat er wetenschappelijk bewijs is dat deze schema's voor alle patiënten aan wie ze volgens de richtlijn kunnen worden voorgeschreven veilig zijn³.

Gebruikelijke zorg bij afbouwen was geen goede zorg

Tientallen jaren hebben behandelaars snelle afbouwschema's voorgeschreven terwijl die voor een deel van de patiënten te snel waren en daardoor onttrekkingsklachten en problemen veroorzaakten. Toch werden deze afbouwschema's gezien als '*gebruikelijke zorg*', waarover (impliciet) werd aangenomen dat dit dan ook goede zorg was. Dat was niet omdat de effectiviteit en veiligheid van deze afbouwschema's was aangetoond of onderzocht. Zorgverleners hadden geen andere keuze. Omdat ze niet konden beschikken over lagere doseringen die voor een veilige medicatie afbouw nodig zijn.

De oorzaak van problemen werd vaak ten onrechte bij de patiënt gezocht

Een deel van de patiënten die afbouwen volgens de in de richtlijn geadviseerde afbouwschema's ervaart tijdens of na het afbouwen ontwenningsverschijnselen. Die werden vaak – en worden helaas soms nog steeds – ten onrechte geïnterpreteerd als een 'terugval', als het terugkeren van de oorspronkelijke klachten waarvoor het medicijn was voorgeschreven. Terwijl het in werkelijkheid gaat om onttrekkingsverschijnselen die niet als zodanig werden - of nog steeds niet worden - herkend. De oorzaak van de hierdoor ontstane problemen werd hierdoor, en wordt helaas soms nog steeds, ten onrechte bij de patiënt gezocht – in plaats van bij een voor de patiënt te snelle afbouw van de medicatie.

Adviseren van voor sommige patiënten gevaarlijke afbouwschema's is niet meer nodig

Vaak was – en is – het opnieuw innemen van het medicijn de snelste en meest doeltreffende manier om onttrekkingsklachten te verlichten. Dit heeft bij zowel patiënten als artsen de overtuiging versterkt dat het middel noodzakelijk is, en dat het daarom beter is om het te blijven gebruiken. In de loop van de tijd zijn hierdoor steeds meer mensen langdurig antidepressiva en andere psychofarma gaan gebruiken, zonder dat duidelijk kon worden of daarvoor (nog) een medische noodzaak is. Omdat het praktisch mogelijk is om patiënten geleidelijker en daardoor veiliger te laten afbouwen, is het adviseren van potentieel gevaarlijke afbouwschema's nu niet meer nodig⁴.

³ De afbouwschema's staan in Tabel 2 en 3 van het Multidisciplinair Document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' <https://www.psychiatrie.nl/kennisbank/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snris/>

⁴ Uitleg hierover wordt gegeven in het PsychoseNet Webinar Afbouwen Psychiatrische Medicaties. Deel 1: <https://www.youtube.com/watch?v=MO5-MJQKUZM>; Deel 2: <https://www.youtube.com/watch?v=MO5-MJQKUZM>

Wetenschappelijk bewijs voor de risico's van de geadviseerde afbouwschema's

Wetenschappelijk onderzoek dat tussen 2010 en 2014 in Amsterdam is uitgevoerd liet zien dat het snelste van in de richtlijn geadviseerde afbouwschema voor de meeste deelnemers te snel was⁵. Meer dan de helft kreeg last van ernstige ontwenningsverschijnselen, waaronder psychische klachten die er eerder niet waren. Slechts een minderheid slaagde erin de medicatie volledig af te bouwen⁶. De onderzoekers braken hun studie om ethische redenen voortijdig af. Eén deelnemer pleegde suïcide aan het einde van, of kort na het afbouwen. Een oorzakelijk verband tussen deze suïcide en een te snelle medicatie afbouw kon niet worden uitgesloten.⁷ De resultaten van dit onderzoek zijn bij de leden van de werkgroep die de richtlijn schreef bekend^{8,9}. Zorgverleners en patiënten worden door de richtlijn echter niet geïnformeerd over de resultaten dit onderzoek.

Uniek experiment dat wijst op noodzaak van geleidelijk afbouwen

De Amsterdamse studie was zorgvuldig opgezet en werd terecht voortijdig stopgezet toen bleek dat meer dan de helft van de deelnemers problemen kreeg tijdens het afbouwen. Bij het zoeken naar verklaringen voor het 'mislukken' van hun studie richtte de aandacht van de onderzoekers zich vooral op andere zaken dan op de manier waarop in de studie moest worden afgebouwd. Zij gingen er stilzwijgend van uit dat die afbouwmethode – omdat die geleidelijker of vergelijkbaar was met wat in de praktijk gebruikelijk was – passend en verantwoord zou zijn voor de deelnemers.

Wat de onderzoekers zich onvoldoende hadden gerealiseerd, is dat zij met hun studie een uniek en belangrijk experiment hadden uitgevoerd dat al veel eerder had moeten worden gedaan: onderzoeken wat er gebeurt wanneer mensen antidepressiva 'zoals gebruikelijk' gaan afbouwen. Dit is essentieel om vast te kunnen stellen hoe goed en hoe veilig die 'gebruikelijke' manier van afbouwen in de praktijk werkelijk is.

Het voortijdig afbreken van hun onderzoek maakte pijnlijk duidelijk dat de 'gebruikelijke' manier van afbouwen voor de meeste patiënten géén goede zorg is – en ook nooit goede zorg is geweest. De onderzoekers hadden de belangrijke aanbeveling kunnen doen – en wat ons betreft ook moeten doen – dat zorgverleners er verstandig aan doen om hun patiënten, wanneer ze die willen laten stoppen met een antidepressivum, veel geleidelijker te laten afbouwen dan jarenlang gebruikelijk en mogelijk is geweest.

⁵ Scholten et al. 2018, Psychotherapy and Psychosomatics, <https://doi.org/10.1159/000489498>. De afbouwschema's zijn te vinden op blz. 105 van het proefschrift van Scholten (zie volgende voetnoot). De afbouwschema's uit Tabel 2 van de richtlijn zijn hieraan gelijk of - voor paroxetine en sertraline - nog sneller en daardoor voor patiënten nog onveiliger.

⁶ Proefschrift Scholten, 2017, hfdst. 5, blz. 93: 'Participants in our study did not only have high relapse rates, but also high proportions of onset of other anxiety disorders or MDD'. Blz 94: 'An unexpected finding was that although all participants intended to discontinue AD, only a minority succeeded. (41% of the CBT discontinuation group and 32% of the discontinuation 'as usual' group'. <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/42786006/complete+dissertation.pdf>

⁷ Idem, hfdst 5, blz. 92: 'One male participant committed suicide in his last week of the CBT group treatment, which was regarded as an unexpected serious event. Although, in our case, a relationship between discontinuing AD and the suicide cannot be ruled out, in meta-analyses even a reduced suicide risk, has been found. The suicide was reported to the Ethics Committee of the VU University Medical Center and the Health Care Inspectorate.'

⁸ Een beoordelaar van het projectvoorstel voor het later door ZonMw gefinancierde TEMPO-onderzoek had 2 leden van de Werkgroep Depressie hier in 2020 op gewezen: 'the project entails a high risk of failure. Surprisingly the Authors omit to quote the failed trial of Scholten et al. that was performed in the NL'. Bron: bijlage 'Groupthink bij afbouwmedicatie die zich niet liet corrigeren' bij de brief aan Minister Kuipers 'Oproep tot vergoeding van afbouwmedicatie uit het basispakket' van 14 februari 2022. <https://www.bit.ly/3xICE87>.

⁹ Opmerkelijk is dat Scholten 2018 in de Richtlijn Angst- en dwangstoornissen wél wordt besproken, maar onvolledig. Ten onrechte wordt daarin niet gemeld dat dit onderzoek voortijdig moest worden afgebroken omdat te veel patiënten tijdens het afbouwen grote problemen kregen. Ook over de suïcide die in dit onderzoek plaatsvond wordt in deze richtlijn niets gezegd. <https://richtlijnen database.nl/richtlijn/angst- en dwangstoornissen/startpagina - angst- en dwangstoornissen 2023.html>

De richtlijn accepteert risico's die in Engeland niet meer worden geaccepteerd

In Engeland adviseren richtlijnen zoals die van het Royal College of Psychiatrists¹⁰ afbouwschema's die veel geleidelijker en daardoor ook veel veiliger zijn dan de afbouwschema's die zo lang als 'gebruikelijk' werden beschouwd. De Nederlandse richtlijn adviseert echter nog steeds deze afbouwschema's, terwijl daarover nu bekend is dat die voor sommige patiënten heel gevaarlijk zijn.

De richtlijn kiest niet voor preventie

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is de kans op een dodelijk ongeval in het verkeer ongeveer 1 op 25.000¹¹. Vroeger was die kans nog veel groter. Dankzij preventieve maatregelen die voor iedereen gelden, zoals bijvoorbeeld airbags en veiligheidsgordels, is dit risico steeds kleiner geworden. In de Amsterdamse afbouwstudie was het risico op ernstige ontwenningsverschijnselen – die ernstig genoeg waren om het afbouwen te laten mislukken – meer dan 10.000 keer hoger dan die kans op overlijden door een verkeersongeval. Toch adviseert de huidige depressierichtlijn geen preventieve aanpak.

Zorgverleners kiezen wel voor preventie, maar worden door de richtlijn belemmerd

Uit gegevens van de apotheek die sinds 2013 op verzoek van patiënten taperingstrips maakt, blijkt dat al meer dan 60% van alle Nederlandse psychiaters en 20% van de Nederlandse huisartsen deze afbouwmedicatie voorschrijft¹². Zij laten daarmee zien dat ze luisteren naar hun patiënten en bewust kiezen voor zorg op maat en voor preventie – ondanks de belemmeringen die de Richtlijn Depressie daarbij oplevert.

Niet gerechtvaardigd gebruik van risicofactoren in de richtlijn

Zorgverleners moeten van de richtlijn een inschatting maken van zogenaamde risicofactoren die een individuele patiënt heeft. Terwijl de voorspellende waarde van die risicofactoren nog niet eens op groepsniveau is vastgesteld, laat staan voor afzonderlijke individuele patiënten. Er is geen wetenschappelijke onderbouwing. Het gebruik van deze risicofactoren is daarmee vergelijkbaar met de werkwijze van de Belastingdienst tijdens de Kindertoeslagaffaire, die op basis van onbewezen risicoprofielen liet bepalen welke ouders mogelijk frauduleus zouden handelen.

De richtlijn bevordert onnodig gebruik van kalmerende middelen

De richtlijn stelt dat onttrekkingsklachten kunnen worden opgevangen door bijvoorbeeld een benzodiazepine voor te schrijven. Dit is een onnodige complicatie, omdat een meer geleidelijke afbouw de inzet van kalmerende middelen, die een risico op lichamelijke afhankelijkheid met zich meebrengen, overbodig kan maken.

¹⁰ <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants>

¹¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/verkeer-en-vervoer/verkeer/hoeveel-mensen-komen-om-in-het-verkeer->

¹² Op 26 febr hadden 2526 huisartsen (19% van 13510) en 2146 psychiaters (62% van 3480) taperingstrips voorgeschreven. (data Regenboog Apotheek en <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84776NED/table?ts=1740481378716>)

Voorbeelden van ernstige gevolgen van te snelle medicatie afbouw

De volgende voorbeelden laten zien hoe ernstig de gevolgen van een te snelle medicatie afbouw kunnen zijn:

1. Een ernstig incident tijdens een gerandomiseerd wetenschappelijk onderzoek naar afbouwen van antidepressiva: een proefpersoon die bij aanvang van het onderzoek mentaal gezond was – suïcidaliteit was in het onderzoek een uitsluitingscriterium – werd tijdens het afbouwen, of kort daarna, acuut zwaar depressief en zeer suïcidaal. Over de in het Amsterdamse afbouwonderzoek gebleken risico's van een te snelle medicatie afbouw was deze proefpersoon vooraf niet geïnformeerd. IGJ besloot dit incident, na meldingen hierover, niet te onderzoeken¹³.
2. Burgemeesters en politie maken zich steeds meer zorgen over problemen met 'verwarde personen'. In een onbekend aantal van deze zaken speelt verkeerd gebruik van medicatie, waaronder te snel en abrupt stoppen, mogelijk een rol¹⁴. Voor preventie door een betere en veiligere medicatie afbouw is nog heel weinig aandacht. Incidenten waarbij mogelijk een verband kan zijn met een te snelle medicatieafbouw worden niet als zodanig geregistreerd.
3. Uit tuchtklachten blijkt dat te snel afbouwen niet alleen voor patiënten maar ook voor zorgverleners grote problemen kan veroorzaken¹⁵. Een deel van deze problemen kan door een betere en veiligere medicatie afbouw worden voorkomen.
4. Na te snel stoppen met een antidepressivum doodde een daarna ernstig ontregelde man zijn vriendin en een politieman. Deze ontregeling had met een geleidelijke medicatie afbouw naar alle waarschijnlijkheid kunnen worden voorkomen^{16,17}.

¹³ Brief IGJ 5 sept 2024, onderwerp 'Afsluitbrief Melding(en) TEMPO-studie'; Kenmerk IT2096066 2024-3026891/WV/PvdL

¹⁴ Twee voorbeelden: <https://www.destentor.nl/dronten/als-petra-37-stopt-met-haar-medicijnen-gaat-het-helemaal-mis-dit-heb-ik-nooit-gewild~ae965ab3>; <https://www.ad.nl/den-haag/parnassiaschutter-jan-67-was-zwaar-depressief-en-smeekte-om-zijn-oude-medicijnen-ik-ga-kapot-zei-hij~ab64f7662/>.

¹⁵ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/medicatieafbouw-gaat-nog-veel-te-vaak-verkeerd.htm>

¹⁶ <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:GHARL:2014:9618>: 'Bij het doden van zijn vriendin heeft verdachte volledig onder invloed van een kortdurende psychose gehandeld en dit feit wordt hem daarom niet toegerekend.'

¹⁷ BNR Podcast 'Dubbele moord in Baflo'. 12 april 2024. <https://www.bnr.nl/podcast/napleiten/10544809/95-dubbele-moord-in-baflo>. Oud-advocaat en raadsheer Mathieu van Linde vertelt hierin over de gevolgen van het op doktersvoorschrift te snel stoppen met het antidepressivum paroxetine, en komt met nieuwe informatie over deze zaak: door een fout in de TBS-kliniek heeft verdachte zijn paroxetine onbedoeld en buiten zijn schuld nog een keer te snel moeten afbouwen. Dit leidde opnieuw tot ernstige ontregeling, die door adequaat ingrijpen door de medewerkers van de TBS kliniek niet tot ongelukken kon leiden (bronnen: https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2019/ECLI_NL_TGZCTG_2019_176 en https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2019/ECLI_NL_TGZCTG_2019_176). Na zijn detentie is het verdachte alsnog gelukt om met zijn paroxetine te stoppen, zonder daardoor nog een keer ontregeld te raken, door veel geleidelijker en daardoor voor hem veel veiliger af te bouwen m.b.v. taperingstrips.

Ontvankelijkheid van ons verzoek

Wij beseffen dat IGJ zich op juridische gronden kan beroepen om niet op onze oproep in te gaan – bijvoorbeeld door te stellen dat wij geen direct belanghebbenden zijn, omdat wij niet persoonlijk zijn geschaad door het handelen van een zorgverlener op basis van de huidige richtlijn.

Wij doen een dringend beroep op IGJ om deze route niet te volgen. De kindertoeslagaffaire heeft pijnlijk duidelijk gemaakt hoelang het kan duren voordat misstanden worden erkend en gecorrigeerd, wanneer toezichthoudende instanties zich blijven verschuilen achter formele barrières. Zo roepen de recente ontwikkelingen rondom huisartsketen Co-Med nu opnieuw de vraag op waarom door bevoegde instanties niet veel eerder werd ingegrepen, ondanks herhaalde signalen dat er zaken ernstig mis waren¹⁸.

Hoelang er al onduidelijkheid is over afbouwen blijkt bijvoorbeeld uit een verklaring van het Zorginstituut, dat in 2016 aan de Minister van VWS liet weten *'dat de NVvP geen problemen ervaart bij het afbouwen van psychofarmaca'*.¹⁹ Die problemen waren er al heel lang en die zijn er nog steeds. Door de huidige richtlijn worden ze niet opgelost maar in stand gehouden.

Wettelijke bevoegdheid en morele verantwoordelijkheid

IGJ beschikt over de wettelijke bevoegdheid en heeft de morele verantwoordelijkheid om proactief op te treden bij signalen die wijzen op een mogelijk gevaar voor de veiligheid van patiënten en zorgverleners. De signalen die wij met deze oproep onder de aandacht brengen, zijn naar onze overtuiging ernstig genoeg om dergelijk optreden te rechtvaardigen.

¹⁸ <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/10/17/co-med-pokerde-met-huisartsenpraktijken-en-de-patienten-verloren-a4869712>

Citaat: 'Waarom kon Co-Med zolang doorgaan'?

¹⁹ Kamerbrief VWS, 30 sept 2016. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2016D36821&did=2016D36821>

Over de motivatie van de ondertekenaars

Peter C. Groot is als onderzoeker en ervaringsdeskundige verbonden aan het User Research Center van UMC Utrecht. Hij verloor 45 jaar geleden zijn vader door suïcide en zet zich al meer dan 15 jaar in voor veilige en verantwoorde medicatie-afbouw²⁰. Samen met anderen ontwikkelde hij hiervoor afbouwmedicatie (taperingstrips) waar hij ook onderzoek naar doet. Als erkenning voor zijn werk werd hij benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw²¹.

Jim van Os is psychiater en hoogleraar psychiatrie en onderzoekt samen met Groot de effectiviteit van het gebruik van taperingstrips om onttrekkingsklachten door een geleidelijke medicatieafbouw zoveel mogelijk te voorkomen.

Pauline Dinkelberg is voorzitter van de Vereniging Afbouwmedicatie²². Zij zet zich in voor het vergoeden van afbouwmedicatie die patiënten nodig hebben om veilig te kunnen afbouwen.

Myriam van de Lagemaat verloor haar man door suïcide als gevolg van ernstige ontregeling, die mede was veroorzaakt door abrupt stoppen met een antidepressivum. Een geleidelijke medicatie afbouw had dit mogelijk kunnen voorkomen²³.

Eddy en Lieuwkje Hekman verloren hun dochter, die werd gedood door haar partner. Een aantal weken daarvoor was hij begonnen met het – op doktersvoorschrift – veel te snel afbouwen van het antidepressivum paroxetine en raakte daarna ernstig ontregeld. Ook een politiemann verloor het leven. Hekman schreef hierover, samen met zijn schoonzoon, het boek 'Een coupé verder . . .' ²⁴ Zijn schoonzoon is er later in geslaagd om alsnog met zijn paroxetine te stoppen, zonder daarbij nog een keer ontregeld te raken, door met behulp van taperingstrips geleidelijk af te bouwen.

Inge Bisschops en Daniël Meijer verloren hun dochter en vrouw door euthanasie, waarvoor zij had gekozen omdat ze uitzichtloos leed onder de gevolgen van een voor haar op doktersvoorschrift te snelle afbouw van psychiatrische medicatie. Langdurig en wisselend gebruik van deze medicatie droeg hier aan bij. In laatste gesprekken heeft Anniek hierover uitleg gegeven²⁵.

Ewout Kattouw is voorzitter van de Stichting PILL en zet zich in voor betere medicatiezorg vanuit ervaringsdeskundigheid. Ewout ondervindt nog steeds de gevolgen van langdurig en wisselend gebruik van psychiatrische medicijnen, waar een te snelle medicatie afbouw op doktersrecept aan heeft bijgedragen. Ewout schreef hierover het boek 'Wie is er nou eigenlijk gek?'²⁶

Harry Leurink probeerde 20 jaar lang tevergeefs te stoppen met kalmerende middelen zoals benzodiazepines. In 2004 bedacht hij de 'medicijnontwenningstrip' om een veiligere afbouw praktisch mogelijk te maken. Zijn idee vormde de basis voor de ontwikkeling van afbouwmedicatie – taperingstrips – waarmee zorgverleners hun patiënten inmiddels veilig en verantwoord kunnen laten afbouwen²⁷.

²⁰ Groot & van Ingen Schenau (2012). Pleidooi voor een richtlijn 'afbouwen van antidepressiva'. Een knelpuntenanalyse. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/afbouw-antidepressiva-kan-veel-beter.htm>

²¹ <https://www.umcutrecht.nl/nieuws/koninklijke-onderscheiding-peter-groot>

²² <http://www.verenigingafbouwmedicatie.nl/>

²³ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/medicatieafbouw-gaat-nog-veel-te-vaak-verkeerd.htm>.

Casus: Door suïcide overleden patiënt die meermaals abrupt met venlafaxine was gestopt

²⁴ Eddy Hekman & Alasam Samarie: 'Een coupé verder . . . Over het drama van Baflo, wat eraan voorafging en wat erop volgde.' Uitgeverij Passage, 2017

²⁵ Mad in the Netherlands, 23 februari 2024: 'Hoe aanhoudend ondraaglijk lijden door voortdurende ontwenning van voorgeschreven antipsychotica als slaapmedicatie tot euthanasie leidde.' <https://madinthenetherlands.org/ontwenning-euthanasie-paws-anniek/>. Trouw, 8 juni 2024. Eindelijk ging het goed met Anniek Lemmens – totdat ze stopte met haar medicatie. <https://www.trouw.nl/leven/~b8510bb9>;

²⁶ Ewout Kattouw: 'Wie is er nou eigenlijk gek? De cliënt, de psychiatrie of de maatschappij?' Uitgeverij De Graaff, 2022.

²⁷ <https://www.nrc.nl/nieuws/2004/12/31/de-medicijnontwenningstrip-7716777-a1039826>

Waarom IGJ volgens ons dient in te grijpen

Op basis van de volgende wettelijke bepalingen heeft IGJ de taak om toezicht te houden op de naleving van de wetgeving en in te grijpen bij situaties waarin patiëntveiligheid in het geding is:

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, art. 2, 3 en 24): IGJ kan ingrijpen bij risico's voor patiëntveiligheid en is belast met het toezicht op de kwaliteit van zorg.
- Wet BIG (art. 47, 48 en 88): Zorgverleners zijn verplicht te handelen volgens professionele standaarden. IGJ houdt toezicht op bekwaam en zorgvuldig beroepsmatig handelen.
- Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO): Evidence-based handelen is verplicht, met het oog op de bescherming van proefpersonen.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, BW boek 7, art. 448): Volgens dit wetsartikel heeft de patiënt recht op duidelijke en begrijpelijke informatie over de voorgestelde behandeling, de risico's en de mogelijke alternatieven. Als zorgverleners hierin tekortschieten, is de patiëntveiligheid in het geding en valt dit onder het toezicht van de IGJ.

Wij verzoeken IGJ om er zo spoedig mogelijk voor te zorgen dat patiënten goede zorg krijgen, die veilig en patiëntgericht is en afgestemd is op de behoeften van de patiënt, door – mede op basis van de inhoud van deze brief – maatregelen te treffen om (verdere) schade of risico's als gevolg van (het gebruik van) de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie te voorkomen. Noodzakelijk onderdeel daarvan is in onze optiek in ieder geval spoedig overleg met de betrokken organisaties / opstellers van de richtlijn om tot intrekking van dan wel de nodige aanpassingen in de richtlijn over te gaan.

Omdat wij het belangrijk vinden dat zorgverleners en patiënten worden geïnformeerd over uit wetenschappelijk onderzoek bekende risico's van afbouwen volgens de richtlijn zullen wij deze oproep openbaar maken.

Wij zien uit naar uw antwoord en verzoeken u vriendelijk ons op de hoogte te houden van verdere stappen. Uiteraard zijn wij graag bereid nadere toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,

Peter C. Groot

Jim van Os

Pauline Dinkelberg

Myriam van de Lagemaat

Eddy Hekman

Lieuwkje Hekman

Inge Bisschops

Daniël Meijer

Ewout Kattouw

Harry Leurink

Adresgegevens en ondertekening op de bladzijde(s) hierna.