

Angela van der Putten
Hoofdinspecteur Jeugd en Maatschappelijke Zorg
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
(Aangetekend en per e-mail naar gcp@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: 14 juni 2025

Onderwerp: **Herhaalde oproep aan IGJ om te zorgen voor veilige zorg bij afbouw van medicijnen zoals antidepressiva**

Geachte mevrouw van der Putten,

Wij lieten IGJ op 6 april weten dat de Richtlijn Depressie gevaar oplevert voor patiënten die volgens de adviezen in deze richtlijn antidepressiva gaan afbouwen¹. U liet ons op 15 mei weten dat IGJ hier geen onderzoek naar zal doen². IGJ stelt dat het opstellen en evalueren van een richtlijn niet tot haar wettelijke taken behoort. Dit was echter niet wat wij aan IGJ hadden gevraagd. IGJ heeft onze oproep niet juist geïnterpreteerd.

Wij weten dat wij ons tot beroepsorganisaties en branchepartijen zoals de NVvP moeten richten als wij vragen of opmerkingen over de richtlijn hebben en dat is ook precies wat door ons vanaf 2012 herhaaldelijk is gedaan³. Tot onze grote zorg en frustratie is dit zonder resultaat gebleven en hebben we nu een richtlijn die huisartsen en psychiaters belemmert in het leveren van veilige zorg bij afbouw van antidepressiva en die patiënten onnodig in de problemen en zelfs in gevaar brengt.

Dát is waarom we onze oproep aan IGJ hebben gedaan. We deden dat niet om IGJ te vragen om zelf de richtlijn aan te passen — we weten dat dat niet de taak is van IGJ — maar om onderzoek te gaan doen naar de gevolgen van deze richtlijn voor de veiligheid van onze zorg, en om verantwoordelijkheid te nemen in het bewaken van patiëntveiligheid en in actie te komen wanneer die veiligheid in het geding is.

Pijnlijk getroffen U heeft uw reactie uitsluitend gericht aan de eerste ondertekenaar van onze oproep. IGJ maakte hiermee onzichtbaar dat onze oproep was gedaan door tien personen, die op persoonlijke titel hun zorgen met IGJ hebben gedeeld en die zich daarbij kwetsbaar hebben opgesteld: sommigen van ons hebben mede door problemen met medicatie een naaste verloren. Van gevaren van een te snelle medicatieafbouw hebben we concrete voorbeelden gegeven. IGJ gaat hier helemaal niet op in. Wij zijn hierdoor pijnlijk getroffen en vragen ons daarom af of IGJ deze gevaren wel echt serieus wil nemen.

¹ Brief Groot, van Os, Dinkelberg, van de Lagemaat, Hekman, Hekman, Bisschops, Meijer, Kattouw en Leurink aan IGJ van 16 april 2025: *Oproep tot urgent ingrijpen door IGJ: Richtlijn Depressie belemmert huisartsen en psychiaters bij afbouw antidepressiva en leidt tot onveilige en risicovolle zorg voor patiënten.* <https://bit.ly/3EKeyBv>

² Brief IGJ van 15 mei: *'Reactie op uw brief van 16 april 2025'* Kenmerk 2025-3102236/V2057717/GGZ/MdB/mv.

³ Medisch Contact 14 december 2012. Over de knelpuntennota van Groot en van Ingen Schenau *'Afbouw antidepressiva kan veel beter. Pleidooi voor een richtlijn Afbouwen van antidepressiva'*. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/afbouw-antidepressiva-kan-veel-beter.htm>. Op deze eerste oproep volgden vele andere, waaronder een open brief van 9 oktober 2018 aan de NVvP: *'Oproep om verantwoord afbouwen mogelijk te maken'* <https://www.bit.ly/3fcPe9Z>; en een brief van 9 december 2023 aan de besturen van Trimbos, NVvP en de Stichting Kwaliteitsgelden — die samen verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming van de richtlijn — met als onderwerp: *'Zorgen over totstandkoming Richtlijn Depressie, verzoek om commentaar te leveren'*. Dit verzoek werd niet gehonoreerd.

We herhalen onze dringende oproep bij deze en verzoeken IGJ om in haar reactie hierop alsnog op alle kernpunten uit onze vorige brief in te gaan. En om ook inhoudelijk te reageren op wat is misgegaan in een om ethische redenen voortijdig stopgezet wetenschappelijk onderzoek naar het afbouwen van antidepressiva, dat wij hierna uitgebreid zullen bespreken. We vragen dit omdat uit dit onderzoek heel duidelijk blijkt dat en waarom afbouwadviezen die nu in de richtlijn staan onverantwoord, onethisch en gevaarlijk zijn.

We verzoeken IGJ om de betekenis van dit onderzoek te duiden voor de beoordeling van de veiligheidsrisico's die de huidige richtlijn met zich meebrengt. We vragen IGJ ook om aandacht te hebben voor wat wij als een tragisch misverstand beschouwen: de bijna automatische maar onterechte aanname dat wat in een richtlijn staat daarom min of meer automatisch als veilige zorg mag worden beschouwd.

Openbaarmaking We zullen deze herhaalde de oproep, net als de vorige, openbaar maken, omdat wij zorgverleners en patiënten willen informeren over uit wetenschappelijk onderzoek bekend geworden risico's die er bij afbouwen zijn. Dit is belangrijke informatie waar zij op grond van wettelijke bepalingen recht op hebben, die de richtlijn en de daarvoor verantwoordelijke beroepsorganisaties nu ten onrechte niet geven.

Onderzoek toonde al jaren geleden aan waarom afbouwadviezen in de Richtlijn Depressie onethisch en gevaarlijk zijn

Wat zich in een Amsterdams onderzoek, dat tussen 2010 en 2013 werd uitgevoerd, heeft voorgedaan, laat op indringende wijze zien waarom de huidige afbouwadviezen in de Richtlijn Depressie onethisch en gevaarlijk zijn⁴.

Het beoogde aantal deelnemers voor deze studie was 218. De bedoeling was om twee groepen van 109 patiënten een antidepressivum te laten afbouwen, dat ze meerdere jaren hadden gebruikt, en waarmee ze, omdat ze in stabiele remissie waren, volgens de richtlijn weer konden stoppen. De controlegroep ging afbouwen 'zoals gebruikelijk', zonder aanvullende begeleiding. De 'CGT-groep' kreeg aanvullende cognitieve gedragstherapie in groepsvorm. Verschil in de afbouwschema's die in beide groepen werden gebruikt was er niet. De gebruikte afbouwschema's waren geleidelijker dan, of even geleidelijk als, de meest geleidelijke afbouwschema's die destijds in de praktijk konden worden voorgeschreven. Geleidelijker en daarmee intrinsiek veiliger afbouwen was in de praktijk niet goed mogelijk, omdat er geen lagere doseringen waren die dat mogelijk maakten.

Tijdens het onderzoek merkten de onderzoekers dat veel meer deelnemers dan ze hadden verwacht problemen kregen tijdens of na het afbouwen. Een niet geplande vroegtijdige analyse die daarom werd uitgevoerd leidde tot het dringende advies om het onderzoek om ethische redenen voortijdig te stoppen – wat ook is gebeurd. De cijfers gaven daar ook alle aanleiding toe: van de 87 van de beoogde 218 deelnemers die het onderzoek afmaakten, slaagde slechts 28% erin om volledig af te bouwen en om daarna anderhalf jaar stabiel in remissie te blijven.

De overige 72% moest de afbouw voortijdig staken wegens ernstige klachten, of viel alsnog terug. Wat de onderzoekers als terugval hadden geïnterpreteerd zullen echter in de meeste gevallen (de gevolgen van) onttrekkingsverschijnselen zijn geweest. Bij sommige deelnemers die na hun niet gelukte afbouw weer het antidepressivum gingen gebruiken bleek dit voor hen niet meer goed te werken. Ook waren er patiënten die na het mislukken van de afbouw nieuwe klachten en DSM-diagnoses kregen die ze eerder nog niet hadden gehad.

⁴ Over dit onderzoek verscheen in 2018 een publicatie in het wetenschappelijke tijdschrift *Psychotherapy and Psychosomatics*: <https://doi.org/10.1159/000489498>. Een uitgebreider verslag stond in hoofdstuk 5 van het proefschrift waarop de eerste auteur op 29 sept 2017 promoveerde: <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/42786006/complete+dissertation.pdf>. Om alle in deze brief genoemde cijfers te vinden moeten ook de Supplementary Materials worden geraadpleegd.

Onverwachte suïcide.

Voor de onderzoekers kwam hier nog bij dat één mannelijke deelnemer aan het einde van zijn afbouwtraject, of kort daarna, suïcide pleegde. De onderzoekers melden hierover dat ze niet kunnen uitsluiten dat zijn overlijden (mede) het gevolg kon zijn geweest van zijn deelname aan het onderzoek. IGJ kreeg hierover een melding en weet of een onderzoek dat hiernaar is gedaan hierover uitsluitsel heeft gegeven. In het verslag van de onderzoekers uit 2018 zeggen de onderzoekers hier echter niets over.

Afbouwschema's in de Amsterdamse studie waren niet veilig

Wie de uitkomsten van dit onderzoek overziet, moet concluderen dat de toegepaste afbouwschema's slechts voor een minderheid van de deelnemers (28%) effectief waren geweest. Wat we niet weten is of een geleidelijkere afbouw ook voor deze deelnemers beter was geweest, omdat ze dan tijdens het afbouwen minder last van onttrekkingsklachten hadden gehad.

Voor de meeste deelnemers (72%) leidde deelname aan dit onderzoek tot verslechtering van hun situatie – soms ernstig, met terugval, toename van of nieuwe klachten, en mogelijk dus zelfs een suïcide tot gevolg. De onderzoekers zelf lijken zich hiervan terdege bewust te zijn geweest. Alles wijst erop dat de gebruikte schema's voor de meeste deelnemers niet veilig waren. Het is meer dan waarschijnlijk dat een geleidelijkere afbouw bij veel meer deelnemers tot een veilig en succesvol resultaat had geleid.

Dat deze studie geen bewijs kon leveren voor de effectiviteit van CGT bij afbouwen is niet verrassend. Zo'n effect laat zich alleen zinvol onderzoeken wanneer deelnemers op een veilige en verantwoorde manier kunnen afbouwen – en die mogelijkheid ontbrak hier, omdat het gevolgde afbouwschema voor de meeste deelnemers duidelijk te snel en daardoor onveilig was.

Schaadt patiënten niet

Zorgverleners mogen aan patiënten geen schade toebrengen: *primum non nocere*. Het is daarom onethisch om de afbouwschema's uit die Amsterdamse studie nog langer voor te schrijven, omdat in deze studie bleek dat die voor de meeste deelnemers veel te snel en daardoor gevaarlijk waren. Het is daarom onbegrijpelijk dat in de Richtlijn Depressie nog snellere afbouwschema's staan.

In de Amsterdamse studie werd paroxetine vanaf 20 mg in acht weken 'geleidelijk' afgebouwd, via tussenstappen van 10 mg, 5 mg en 2,5 mg. In de richtlijn staat dat patiënten 'zonder risicofactoren' in één keer van 20 naar 10 mg kunnen gaan en twee weken later 'Cold-Turkey' kunnen stoppen. Een zeer abrupte afbouw die bij de schoonzoon van twee van ons tot zeer ernstige ontregeling leidde, waarna geweld plaatsvond dat aan twee mensen het leven kostte⁵.

Als in dat Amsterdamse onderzoek slechts 28% volledig kon afbouwen zonder terug te vallen, hoeveel minder patiënten zullen dat dan kunnen, wanneer die gaan afbouwen volgens een nog veel sneller afbouwschema uit de Richtlijn Depressie?

Het is ethisch ook niet juist dat zorgverleners en patiënten door de richtlijn niet over de resultaten van dit voor afbouwen zo belangrijke onderzoek worden geïnformeerd.

Niet onderbouwde 'risicofactoren'

De 'risicofactoren' waarop de richtlijn de keuze voor deze voor de meeste patiënten gevaarlijke afbouwschema's baseert kunnen volgens de richtlijn zelf niet wetenschappelijk worden

⁵ Zie voorbeeld 2 van ernstige gevolgen van van te snelle medicatie afbouw in onze brief van 16 april. <https://bit.ly/3EKeyBy>

onderbouwd. Behandelaars kunnen niet van tevoren weten welke patiënten volgens een abrupt afbouwschema veilig kunnen afbouwen. De richtlijn veronderstelt ten onrechte dat dit wel zo is.

Omgekeerd veiligheidsdenken: pas ingrijpen wanneer het misgaat

In de Richtlijn Depressie is sprake van wat wij omgekeerd veiligheidsdenken willen noemen: pas ingrijpen wanneer het misgaat. De richtlijn bevat afbouwschema's waarvan, zonder onderbouwing, wordt aangenomen dat de meeste patiënten daarmee veilig zullen kunnen stoppen. Tegelijkertijd erkent de richtlijn dat dit niet voor *alle* patiënten zal gelden. Pas wanneer patiënten tijdens het afbouwen problemen krijgen — wat volgens het Amsterdamse onderzoek bij meer dan de helft van alle patiënten moet worden verwacht — mogen zij van de richtlijn alsnog volgens een voor hen veiliger afbouwschema gaan afbouwen.

In andere sectoren, zoals de luchtvaart, is veiligheid leidend. Als bij een bepaald type vliegtuig een gevaarlijk defect wordt vermoed, blijft de hele vloot aan de grond tot zekerheid is verkregen dat er geen gevaar meer is — ook wanneer de meeste toestellen, als we die met zo'n defect door laten vliegen, niet neerstorten. Het risico op het neerstorten van een enkel vliegtuig weegt zwaarder dan het belang van een fabrikant die door wil laten vliegen.

De Richtlijn Depressie daarentegen kiest ervoor om patiënten eerst te laten 'neerstorten' voordat behandelaars die op een veiligere manier mogen laten afbouwen. Dit is een bewuste keuze om ongelukken te laten gebeuren in plaats van te proberen om die te voorkomen. Terwijl dit, door de komst van afbouwmedicatie met daarin de voor een veilige medicatie afbouw benodigde lagere doseringen die er vroeger niet waren, helemaal niet meer nodig is.

Wetenschappelijk en ethisch zijn de afbouwadviezen in de richtlijn niet verantwoord

Wij hebben hiervoor uitgelegd en onderbouwd waarom het ethisch niet juist is dat voor veel patiënten te snelle afbouwadviezen nog onderdeel uitmaken van een richtlijn. De schade die hierdoor kan en zal ontstaan is heel groot – zowel psychisch als fysiek, en niet alleen voor patiënten zelf, maar ook voor hun naasten en voor de zorgverleners van wie verwacht wordt dat ze hen bij afbouwen zo goed mogelijk zullen helpen.

Tragisch misverstand: wat in een richtlijn staat is niet automatisch veilige zorg

De verwarring over wat verantwoorde zorg is bij het afbouwen van antidepressiva lijkt te berusten op wat wij beschouwen als een tragisch misverstand in de interpretatie van aanbevelingen in richtlijnen: dat wat in een richtlijn staat per definitie verantwoorde zorg is. Daardoor wordt niet snel getwijfeld aan die aanbevelingen, en worden alternatieve behandelvoorstellen pas serieus genomen nadat wetenschappelijk 'evidence-based' onderzoek, waarop soms vele jaren moet worden gewacht, onomstotelijk heeft aangetoond dat die alternatieven beter zijn.

Voor deze impliciete aanname is echter geen goede basis. Voor naar schatting de helft van alle medische handelingen die artsen verrichten is niet wetenschappelijk bewezen dat patiënten daar daadwerkelijk baat bij hebben. Bij 5-10% is zelfs aangetoond dat de behandeling volgens de richtlijn niets toevoegt⁶. Dit geldt ook voor de huidige adviezen voor afbouw van antidepressiva, die patiënten niet alleen niet helpen, maar zelfs in gevaar kunnen brengen.

⁶ Hoogleraar Zinnige Zorg Sjoerd Repping: *'bij liefst de helft van alle handelingen die artsen uitvoeren niet wetenschappelijk bewezen is dat de patiënt er baat bij heeft. Bij 5 tot 10 procent is zelfs aangetoond dat de behandeling niets toevoegt.'* NRC 13 okt 2020: www.nrc.nl/nieuws/2020/10/13/overheidsprogramma-zinnige-zorg-achteraf-nagenoeg-onzinnig-a4015793

Toen de eerste mensen met antidepressiva stopten, deden zij dat door simpelweg te stoppen met het innemen van hun medicatie. Toen bleek dat dit problemen gaf, ontstond langzaam maar zeker het concept van 'geleidelijk afbouwen', zoals dat nu op vaak niet erg duidelijke wijze in richtlijnen is terug te vinden. In de praktijk betekende dit in eerste instantie: de dosis halveren en vervolgens na één of twee weken alsnog in één keer abrupt stoppen. Toen ook dát klachten gaf, werd het advies om de dosis nogmaals te halveren, en zo verder. Tot we tenslotte uitkwamen bij de voor de meeste patiënten te snelle afbouwadviezen zoals die nu in de Richtlijn Depressie staan.

Deze nu 'gebruikelijke' praktijk is niet gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, maar op praktische beperkingen: lagere doseringen, die een veiligere en geleidelijkere afbouw mogelijk maken, waren eenvoudigweg niet beschikbaar.

De huidige adviezen voor het afbouwen van antidepressiva zijn niet veilig. Dit komt mede doordat binnen de psychiatrie lange tijd niet of nauwelijks aandacht was voor onttrekkingsverschijnselen door een te snelle medicatie afbouw, en voor de risico's die dat met zich meebrengt voor patiënten. Patiënten zelf hadden die aandacht al heel lang wél, maar er werd jarenlang helaas niet of nauwelijks naar hen geluisterd.⁷

Wij verzoeken IGJ nogmaals dringend om in te grijpen bij de Richtlijn Depressie

IGJ heeft de wettelijke verantwoordelijkheid om op te komen voor patiëntveiligheid. Door op te treden wanneer een richtlijn leidt tot onveilige en zelfs levensbedreigende situaties – zoals in dit geval. Wij zien uit naar het antwoord van IGJ en verzoeken haar vriendelijk om haar antwoord deze keer aan ons allemaal te richten, en om ons op de hoogte te houden van verdere stappen. Uiteraard zijn wij opnieuw graag bereid om 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.

⁷ White, Read, & Juló (2021). *The role of Facebook groups in the management and raising of awareness of antidepressant withdrawal: is social media filling the void left by health services?* Ther Adv Psychopharm 11. <https://bit.ly/3Q8vznI>