

Apeldoorn, 18 november 2025



Aan: betrokken partijen bij P4Care-onderzoek

Afz.: Vereniging Afbouwmedicatie,

Driehoek 24,

7312 CP Apeldoorn.

Onderwerp; vragen over P4Care-onderzoek

Geachte onderzoekers en andere betrokkenen,

Wij zijn blij met de aandacht voor verbetering van de inzet van antidepressiva, maar...

1. vragen we ons af waarom er bij het P4Care-onderzoek niet uitsluitend pas gestart wordt met een antidepressivum als de uitslag van farmacogenetisch testen kan helpen bij de keuze.

Vooraleerst omdat we patiënten een switch willen besparen als ze pas weken nadien een aangepast advies krijgen op basis van het DNA-paspoort.

We weten uit ervaring dat switchen voor (onttrekkings)klachten kan zorgen. Zeker als dat gebeurt volgens onvoldoende onderbouwde commerciële switchschema's.

2. vragen we ons af waarom er niet eerst een grootschalig onderzoek gedaan wordt bij de groep patiënten die bovenstaand risico niet meer lopen, omdat ze al diverse medicamenteuze opties hebben geprobeerd. (Ze worden 'therapieresistent' genoemd)
3. Zo kan vastgesteld worden of de in-effectiviteit veroorzaakt werd door een mismatch met farmacogenetische eigenschappen en in het verlengde daarvan; Voor welk percentage patiënten had deze informatie verschil gemaakt?

De schattingen van in-effectiviteit lopen uiteen van 70 tot 85%. Hoeveel procent verbetering vinden we noodzakelijk om de enorme uitgaven aan farmacogenetisch testen te rechtvaardigen?

Belangrijk; de enorme kosten die gepaard gaan met eventuele toekomstige brede toepassing van farmacogenetisch onderzoek; is het P4Care onderzoek wel doelmatig?

4. Het onderzoek bij patiënten die overstapten op een tweede antidepressivum is al gedaan; daaruit bleek het aanvankelijk grotere positieve effect na verloop van tijd gelijk te zijn aan dat van niet-overgestapte patiënten*.
5. Verder voorzien we dat er een onderzoek gedaan gaat worden waarin door diverse factoren t.g.v. reeds starten met een antidepressivum, geen helder beeld kan ontstaan van eventueel voordeel van farmacogenetisch testen.

We schetsen een paar situaties waarin al gestart wordt met een antidepressivum zónder rekening te houden met het farmacogenetisch profiel;

1. Patiënt heeft klachten;
 - als die verdwijnen na switch; hoe wordt vastgesteld dat dat een gevolg is van de switch of van het verdwijnen van opbouwklachten?
2. Patiënt heeft klachten en krijgt een benzo;
 - als die verdwijnen na switch; is dat vast te stellen als gevolg van de switch?
 - als die afgebouwd worden; en dat geeft klachten; hoe wordt vastgesteld dat het ligt aan onttrekking van de benzo en niet aan de tweede soort antidepressivum?
3. Als het tweede middel lijkt aan te slaan; zijn inmiddels aantal weken verstreken
 - In die tijd kan ook spontaan herstel hebben plaats gevonden (50% in 3 maanden)
 - Hoe stel je vast waar het herstel aan ligt?
4. Als het goed is, heeft patiënt al psychotherapie gehad of is daar nog mee bezig;
 - Hoe stel je vast wat de verbetering gaf?
5. Als patiënt ondanks achteraf vastgestelde mismatch geen klachten heeft, wordt die dan wél geïncludeerd?
6. De follow-up van het P4Care onderzoek zal zich onzes inziens moeten uitstrekken over een periode van meer dan 10 jaar nadat het 'juiste' antidepressivum is toegepast. M.a.w. wat is de voorspellende waarde voor effectiviteit door de jaren heen? Wordt het effect op den duur nog steeds bepaald door de goede 'match'?

Onderzoeksvragen:

- Is het nog steeds effectief? Immers, we zien dat een aantal patiënten geen baat meer heeft door wat 'poop-out' of tachyfylaxie wordt genoemd.
- En hoe komt het dat een voorheen werkend middel na herstart niet altijd meer effectief is?
- Hoe wordt de werking/bijwerking 'numbing' ondergebracht? Er zijn patiënten die dit als positief ervaren, en anderen negatief. Of in eerste instantie positief en later negatief (belangrijkste reden voor afbouwen).

- Evenzo bij de seksuele disfunctie; positief indien het middel gegeven wordt tegen hyperseksualiteit en negatief bij ongewenst libido-verlies of impotentie (en later PSSD)
7. Welke invloed gaat P4Care hebben op de keuze a.d.h.v.: richtlijnen, biomarkers, EEG, MRI's enz. ?

Kortom; wij zien vooralsnog geen rechtvaardiging van een onderzoek à 8 miljoen belastinggeld, waaraan de beschreven nadelen kleven en vraagtekens over doelmatigheid bestaan.

Laten we beginnen met verbeteren van toegankelijkheid van psychotherapie, het onderzoek bij patiënten met 'TRD' en op de punten waarover onduidelijkheid bestaat, zoals die betrekking hebben op effecten op langere termijn.

Wij zien uw reactie graag tegemoet,

Pauline Dinkelberg, voorzitter Vereniging Afbouwmedicatie

*<https://madinthenetherlands.org/geen-betere-resultaten-na-testen-op-interacties/>
<https://www.psychosenet.nl/online-spreekuur/switch-ander-antidepressivum/>