

Opinie is een vrijplaats voor discussie | Alle stukken zijn op persoonlijke titel.

Artikelen tellen 600 of 400 woorden (opinie@trouw.nl), lezersreacties (lezers@trouw.nl) maximaal 150. De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren, te redigeren of in te korten. Bijdragen worden ook via internet, databank of anderszins verspreid. Eventuele auteursrechten blijven berusten bij de schrijver. Inzendingen voorzien van naam, adres en telefoonnummer, ook de e-mails. In opiniestukken en brieven aan *Trouw* wordt geen gebruik gemaakt van kunstmatige intelligentie, behalve voor tekstcorrectie of vertalingen. Wie artikelen instuurt geeft aan zelf de auteur te zijn en kan hierop worden aangesproken.



FOTO GETTY

Stoppen met antidepressiva wordt te moeilijk gemaakt

Afbouwstrips voor psychofarmaca moeten wél vergoed worden, stellen **Jessika Kersting** en **Jan-Maarten van Sonsbeek**.



Jessika Kersting is econoom en ervaringsdeskundige **Jan-Maarten van Sonsbeek** is econoom bij het CPB (op persoonlijke titel)



In Alfred Hitchcocks klassieker *Psycho* is het Bates Motel een plek waar inchecken eenvoudig is, maar uitchecken heel moeilijk blijkt. Een treffende metafoor voor de psychofarmacologie. In Nederland slikken ruim 1,2 miljoen mensen antidepressiva en 350.000 mensen antipsychotica. Minstens 400.000 van hen doen dit langer dan twee jaar, en een deel levenslang. Niet altijd omdat dat klinisch noodzakelijk is, maar ook omdat stoppen moeilijk is zonder de juiste begeleiding en afbouwmedicatie. In de huidige praktijk is doorslikken de onuitgesproken norm en afbouwen de riskante uitzondering.

Dat ligt niet aan wilskracht. Bij schoksgewijze afbouw – de enige methode die nu beschikbaar is via de reguliere apotheek – zijn onttrekkingsverschijnselen nauwelijks te onderscheiden van een terugval. Duizeligheid, angst, slaapproblemen: is dit de depressie die terugkomt, of het lichaam dat reageert op het wegvallen van de medicatie? Zowel de patiënt als de arts weet het

niet. De veiligste keuze lijkt doorslikken. En dus slikt men door, hoewel lang niet bij iedereen de oorspronkelijke indicatie nog geldt.

Het goede nieuws is dat er een oplossing bestaat. Sinds 2013 zijn er afbouwstrips beschikbaar: op maat gemaakte medicatie waarbij de dosering in zulke kleine stappen wordt afgebouwd dat het lichaam de tijd krijgt zich aan te passen. De onttrekkingsverschijnselen verdwijnen grotendeels, en het succespercentage ligt volgens de medisch-wetenschappelijke literatuur op 55 tot 80 procent. De innovatie kwam niet van de farmaceutische industrie of een universiteit, maar van patiënten zelf, die uitvonden wat werkte en dat documenteerden.

De kosten: circa 750 euro per pa-

De innovatie kwam niet van farmabedrijven maar van patiënten zelf

tiënt. De vergoeding: nul euro. Wie het zich kan veroorloven, betaalt zelf. Wie dat niet kan, slikt door. Dat is sociaal onrechtvaardig én economisch irrationeel. De maatschappelijke baten van stoppen zijn namelijk groot: minder bijkomende ziektes door langdurige bijwerkingen, minder verzuim, minder uitkeringen, minder schuldenproblematiek. Wij berekenden in een recente analyse voor economenplatform *Me Jurdice* dat de maatschappelijke besparing twee tot vier miljard euro per jaar kan bedragen.

Maar als de baten zo groot zijn, waarom worden die afbouwstrips dan niet vergoed? Dat komt door tegenstrijdige belangen en verkeerde prikkels. Farmaceuten hebben geen belang bij het afbouwen van medica-

tie waar ze langdurig aan kunnen verdienen. Verzekeraars moeten eerst de kosten van de afbouwstrips betalen en dan maar hopen dat ze die later kunnen compenseren. De kortetermijnkosten zijn immers zeker, maar de langetermijnbaten niet, want klanten kunnen elk jaar wisselen van zorgverzekeraar. De meeste baten landen bovendien niet bij de zorgverzekeraar die de afbouwstrip zou moeten vergoeden. Ze landen bij gemeenten, werkgevers en het UWV. Vanuit de verzekeraar is niet-vergoeden rationeel. Vanuit de maatschappij bezien is het dom.

Een goede kosten-batenanalyse zou dit kunnen aantonen, maar die vindt niet plaats. Zo'n uitgebreide analyse is alleen verplicht voor medicijnen die heel duur zijn of waarvan de totale kosten per jaar hoog oplopen. De afbouwstrips zijn te goedkoop om te moeten onderzoeken. Maar het aantal mensen dat er wat aan zou hebben, is groot.

De analyse is complex, de conclusie niet. Wie 750 euro heeft, kan vandaag nog beginnen met afbouwen. Veel mensen slikken echter door, omdat de uitweg te duur of niet bekend is. Dat is niet allen wrang voor de patiënten, maar ook nog eens kostbaar voor de maatschappij.

Er zijn meerdere routes naar een oplossing. Onderzoek ook de kosten en baten van goedkope medicijnen die voor veel mensen van belang zijn. Kijk daarbij niet alleen naar de korte termijn, waar de kosten zitten, maar ook naar de verdere toekomst. En kijk niet alleen naar het eigen domein, maar naar de effecten voor de maatschappij als geheel. Maar begin hier: vergoed deze medicatie, in ieder geval voor mensen die haar niet zelf kunnen betalen. Het Bates Motel heeft een uitgang. We hoeven die alleen maar te openen.

Dit stuk is gebaseerd op een analyse van de auteurs op *Me Jurdice*.