

Aanbevelingen voor het starten, monitoren en afbouwen van psychofarmaca

Momenteel wordt er veel psychofarmaca voorgeschreven en gecontinueerd binnen de ggz-instellingen en de huisartsenpraktijken. Het is echter de vraag of dit altijd noodzakelijk is. De keuze voor het slikken van deze medicatie ligt bij de hulpvrager, maar de hulpvrager is zich hier niet altijd van bewust en volgt daarom soms kritiekloos het advies van de voorschrijver. Om als hulpvrager een goed afgewogen keuze te kunnen maken dient deze over objectieve onafhankelijke informatie te beschikken, die door de voorschrijver verstrekt dient te worden. De voorschrijver beschikt zelf echter niet altijd over betrouwbare en objectieve kennis over de werking, de bijwerkingen en de langetermijneffecten. Daarnaast is er (te) weinig adequate hulp om mensen van deze medicijnen af te helpen. Sommige mensen kunnen zonder al te veel problemen stoppen met de medicatie, maar een deel van deze groep lukt dit niet, vanwege (ernstige) ontwenningproblemen. Het miskennen van deze problematiek heeft als gevolg dat ontwenning vaak wordt gezien als terugkeer van de ziekte en hierdoor slikken mensen onnodig lang (en soms zelfs levenslang) medicatie. Aangezien er op korte en zeker op lange termijn nogal wat nadelen kleven aan medicatiegebruik, is dit geen wenselijke situatie.

Online zijn er inmiddels verschillende forums en peersupportgroepen ontstaan van mensen die elkaar helpen met het afbouwen en stoppen met de medicatie. Er is hierdoor veel collectieve ervaringskennis beschikbaar. Binnen de reguliere hulpverlening ontbreekt het nog vaak aan goede kennis over afbouwen en ontwenning van psychofarmaca.

Inmiddels zijn er goede initiatieven waarin onderzoek en ervaringskennis samenkomen, zoals het IIPDW (International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal). Echter, er is een gebrek aan degelijke kennis in de dagelijkse praktijk van de reguliere hulpverlener, waardoor er aan hulpvragers die willen stoppen met psychofarmaca zeer uiteenlopende en soms zelfs gevaarlijke adviezen worden gegeven.

De tekst in richtlijnen en bijsluiters en de aandacht van voorschrijvers is tot nog toe vooral gericht op het starten met medicatie en veel minder op de langetermijneffecten, wanneer er gestopt moet/kan worden, hoe er afgebouwd moet worden, wat de ontwenningverschijnselen zijn, hoelang de ontwenning duurt, wat het verschil is tussen ontwenning en terugval, wat je moet doen om ontwenningverschijnselen zo veel mogelijk te voorkomen en hoe je moet omgaan met ontwenningproblemen.

Ik heb getracht om de inmiddels bestaande kennis te bundelen en hieronder in een aantal aanbevelingen weer te geven. Hopelijk biedt dit een leidraad voor hulpvragers en hulpverleners die willen starten of afbouwen en/of stoppen met psychofarmaca.

Het starten met psychofarmaca

De hulpvrager:

1. Vraag of medicatie wel echt nodig is en welke alternatieven er zijn (er leiden vele wegen naar herstel).
2. Ga voor jezelf na welke alternatieven het beste bij jou passen (voor- en nadelen afwegen).
3. Vraag naar de kosten (bijwerkingen, langetermijneffecten, afbouw en ontwenning) en de baten (te verwachten korte- en langetermijneffect op de huidige klachten) van de voorgestelde medicatie.
4. Maak voor jezelf een afweging (eventueel samen met je eigen netwerk) of de kosten opwegen tegen de baten.
5. Bij het starten met medicatie: start met een lage dosering en houd goed bij wat het met je doet.
6. Vraag je eigen netwerk om op te letten op veranderingen in je gedrag en functioneren.
7. Bespreek bij de start hoelang je het gaat gebruiken en hoe je gaat afbouwen.

8. Bij (te) veel bijwerkingen: ga de dosering niet verhogen of andere medicatie toevoegen, maar bouw af en ga op zoek naar alternatieven.
9. Onderzoek bij een gunstig effect van de medicatie alsnog de mogelijke onderliggende problemen. De oorzaken kunnen zeer breed zijn en dus moeten de oplossingen ook breed bekeken worden.

De hulpverlener:

1. Kijk of medicatie wel echt noodzakelijk is en bespreek alternatieven voor medicatie met de hulpvrager (volgens de NHG-richtlijnen).
2. Verkrijg meer expertise over bijwerkingen en ontwenning (onafhankelijke onderzoeken/literatuur en luister goed naar de ervaringen van de eigen hulpvrager).
3. Geef goede en volledige voorlichting over de kosten en baten (risico's op bijwerking, langetermijneffecten en ontwenning en te verwachten effect op de bestaande klachten).
4. Laat de keuze van wel of geen medicatie zoveel mogelijk bij de hulpvrager (eigen regie). Kan, of wil, de hulpvrager de regie zelf niet dragen, ondersteun deze dan bij het leren regie te nemen.
5. Houd de werking/bijwerking goed bij (via monitoring, eventueel via het zelfmonitoringsformulier, beschikbaar bij de tapering/stabilisatiestrips).
6. Betrek het netwerk van de hulpvrager bij de beslissing en de monitoring van de effecten.
7. Wees alert op een verslechtering van de situatie door de medicatie (verhoog bij verslechtering niet de dosis en voeg geen andere medicatie toe, maar bouw af en exploreer alternatieven).
8. Wees alert op polyfarmacie en voorkom dit zoveel mogelijk.
9. Bespreek hoelang de medicatie gebruikt gaat worden en hoe deze afgebouwd moet worden.
10. Bied goede begeleiding bij het afbouwen en stoppen.

Het afbouwen/stoppen met psychofarmaca

De hulpvrager:

1. Overweeg of je taperingstrips en/of stabilisatiestrips kunt en wilt gebruiken (www.taperingstrip.nl).
2. Betrek je netwerk bij je afbouwplannen en geef ze voorlichting over afbouw en ontwenning zodat zij je kunnen steunen als het moeilijk wordt.
3. Bouw langzaam af op eigen tempo (gun je lichaam de tijd om tussen de dosisreducties te stabiliseren).
4. Bouw hyperbool af. Dit betekent: hoe lager je komt in de doseringen, hoe kleiner de dosisreducties worden en hoe langer de tijd tussen dosisreducties (stabilisatiefase) wordt (wees voorzichtig met de laatste stapjes van een beetje naar 0, het venijn zit vaak in de staart).
5. Begin met een kleine dosisreductie (maximaal 10% van de gehele dosering) en wacht minimaal vier tot zes weken af welk effect dit geeft (mits er geen directe medische noodzaak is tot snel afbouwen).
6. Bij weinig tot geen ontwenningssverschijnselen kun je met vertrouwen doorgaan met afbouwen zoals je dat samen met je behandelaar gepland had, of mogelijk de dosisreducties iets groter maken (dit laatste alleen als er een noodzaak tot sneller afbouwen is).
7. Bij veel en hevige ontwenningssverschijnselen kun je kort na de laatste dosisreductie teruggaan naar de vorige dosering en later beginnen met een nog kleinere dosisreductie, of langer wachten tot de volgende dosisreductie (de volgende dosisreductie dan bij voorbaat kleiner maken). Bij gebruik van afbouwmedicatie kan een afbouwschema flexibel worden aangepast.
8. Zoek lotgenoten (online peersupport).
9. Zoek zoveel mogelijk afleiding.
10. Eet zo gezond mogelijk (mogelijk kun je tijdelijk bepaalde voedingsstoffen niet goed verdragen).
11. Blijf, liefst in de buitenlucht, bewegen, maar pas op voor overbelasting.
12. Vermijd spanning en stress zoveel mogelijk.
13. Pas op met alcohol, tabak en andere gifstoffen (inclusief supplementen en medicijnen).

14. Zoek, eventueel gelijktijdig met de afbouw, psychologische hulp bij het hervinden van een nieuw evenwicht, het weer leren voelen, het verwerken van de mogelijke schadelijke effecten van de medicatie en onbehandelde onderliggende problemen.

De hulpverlener:

1. Vergaar expertise over afbouwen en ontwenning en geef erkenning aan ontwenningssymptomen.
2. Verdiep je in het verschil tussen ontwenning en relaps (bij ontwenning horen vaak allerlei lichamelijke klachten die de hulpvrager voor het medicatiegebruik niet had).
3. Geef goede voorlichting aan de hulpvrager over manieren om af te bouwen en over eventuele ontwenningverschijnselen.
4. Bereid je hulpvrager voor op het afbouwen (lichaam in goede conditie brengen, supportsysteem opzetten).
5. Ontwikkel samen met de hulpvrager een noodplan, waarin direct contact met de hulpverlener mogelijk is, voor als het afbouwen tot een crisissituatie leidt.
6. Bied een afbouwprogramma op maat, langzaam uitsluipen met genoeg stabilisatie tussen de stappen (regie ligt bij de hulpvrager). Afbouwmedicatie maakt dit op een flexibele manier praktisch mogelijk.
7. Evalueer regelmatig (eventueel via de zelfmonitoringsformulieren bij de tapering/stabilisatiestrips) en stel bij waar nodig (hogere of lagere dosisreducties, meer of minder stabilisatietijd tussen dosisreducties).
8. Bied bemoediging en hoop.
9. Bied, naast hulp bij het afbouwen, waar nodig psychologische hulp met het verwerken van de mogelijk schadelijke effecten van de medicatie, het opnieuw leren omgaan met emoties, het hervinden van de identiteit en onbehandelde onderliggende problemen.

Meer informatie over het afbouwen van medicatie is te vinden op psychosenet.nl:

<https://www.psychosenet.nl/medicatie/medicatie-afbouwen/tips-voor-het-afbouwen-van-medicatie/>

Disclaimer: Afbouwen van psychofarmaca is een persoonlijk proces dat van tevoren niet te voorspellen valt. De genoemde aanbevelingen zijn gebaseerd op gemiddelde ervaringskennis en hoeven niet op uw persoonlijke situatie van toepassing te zijn. Er zijn geen standaardafbouwschema's, omdat dit bij iedereen weer anders uitpakt. Over het algemeen lijken de duur van het gebruik, de hoogte van de doseringen, hoe oud u was bij het starten met de medicatie en hoeveel wisselingen er zijn geweest van invloed op de hevigheid en de duur van de ontwenning (dit is echter geen wetmatigheid).

ⁱ Wie is er nou eigenlijk gek? Auteur: Ewout Kattouw ISBN 978-94-93127-15-9, uitgeverij de Graaff