# DE VISIE VAN MANTELZORGERS OP HET STOPPEN VAN ANTIDEPRESSIVA BIJ THUISWONENDE OUDEREN EN OUDEREN VERBLIJVEND IN WOONZORGCENTRA

Bryssinck Laure, Universiteit Gent

Viroux Margot, Universiteit Gent

Promotor: dr. Van Leeuwen Ellen, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2023 – 2024

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*

*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

# Voorwoord

In dit voorwoord bedanken wij graag de personen die ons geholpen hebben bij het realiseren van deze masterproef.

Eerst en vooral bedanken wij onze promotor, dr. Ellen Van Leeuwen. Haar begeleiding en vertrouwen waren ontzettend waardevol bij het schrijven en tot stand brengen van deze masterproef, evenals haar kennis en expertise over dit onderwerp. We zijn haar dankbaar om ons de kans te geven om verder onderzoek te doen naar antidepressiva, een geneesmiddelengroep die de laatste jaren met reden meer aandacht krijgt en regelmatig voorgeschreven wordt in de huisartsenpraktijk.

Verder bedanken wij niet alleen de huisartsen die mogelijke deelnemers gezocht en geselecteerd hebben, maar ook de mantelzorgers zelf die bereid waren hun verhaal te delen. Tot slot willen we onze familie en vrienden bedanken voor de steun tijdens het schrijven van deze masterproef.

UNIVERSITEIT GENT

# Abstract

**Achtergrond en doelstelling**: Het langdurig gebruik van antidepressiva, langer dan aanbevolen volgens richtlijnen, neemt toe. Ouderen vertegenwoordigen de grootste groep van gebruikers van antidepressiva, hoewel zij omwille van hun leeftijd en polyfarmacie heel wat ongewenste effecten en interacties kunnen ervaren. Om het - langer dan noodzakelijk - antidepressivagebruik bij ouderen te kunnen stoppen moet er eveneens aandacht zijn voor de mantelzorger die vaak een belangrijke rol op zich neemt in de zorg voor de oudere, inclusief het medicatieproces. We onderzochten de visie van mantelzorgers op het stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva en de mogelijke facilitatoren en barrières hierbij.

**Methodologie**: Er werden elf semi-gestructureerde face-to-face interviews afgenomen bij mantelzorgers van 75-plussers (thuiswonend of verblijvend in woonzorgcentra) die reeds meer dan een jaar antidepressiva namen in kader van een depressie, klinisch stabiel waren en van wie de behandelende huisarts oordeelde dat het antidepressivum gestopt kon worden. De interviews werden getranscribeerd en nadien thematisch geanalyseerd.

**Resultaten**: Mantelzorgers geven meerdere barrières en facilitatoren aan bij het stoppen van antidepressiva bij de oudere. Deelnemers zijn minder geneigd om antidepressiva te stoppen omwille van het ervaren positieve effect bij de oudere. Ze zijn bovendien angstig voor een mogelijk herval dat niet alleen een negatieve impact kan hebben op de oudere en zijn functioneren, maar ook op zichzelf door de mogelijke nood aan extra zorg voor de oudere. De kennis van deelnemers over antidepressiva en een depressie is beperkt. Het stopproces lijkt voor hen moeilijk, waardoor er volgens hen nood is aan bijkomende ondersteuning van de huisarts en andere hulpverleners voor de oudere. Een goed sociaal netwerk en stabiele levensomstandigheden zouden het stopproces volgens mantelzorgers eveneens kunnen faciliteren.

**Conclusie**: De visie van mantelzorgers op het stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva wordt beïnvloed door meerdere factoren. Er is nood aan meer kennis om de noodzaak van een stop te begrijpen. Mantelzorgers zijn potentiële partners voor huisartsen bij het stoppen van antidepressiva. Om die reden is het noodzakelijk dat huisartsen, met akkoord van de patiënt, mantelzorgers betrekken bij het stopproces.

# Inhoudstafel


1. Inleiding 5
    1.1 Probleemstelling 5
        1.1.1 Antidepressivagebruik 5
        1.1.2 Indicatie van antidepressiva 5
        1.1.3 Behandeling van depressie 5
        1.1.4 Effectiviteit van antidepressiva bij depressie 7
        1.1.5 Risico's van antidepressiva bij ouderen 7
        1.1.6 Stoppen van antidepressiva 8
    1.2 Factoren die de afbouw van langdurig antidepressivagebruik beïnvloeden 9
        1.2.1 Patiënt gerelateerde factoren 9
        1.2.2 Arts gerelateerde factoren 11
2. Doelstelling 14
3. Methodologie 15
    3.1 Literatuuronderzoek 15
    3.2 Kwalitatief onderzoek 16
4. Resultaten 18
    4.1 Resultaten literatuuroverzicht 18
        4.1.1 Visie van mantelzorgers op het stoppen van psychofarmaca 19
        4.1.2 Visie van mantelzorgers op het stoppen van medicatie in het algemeen 19
    4.2 Resultaten kwalitatief onderzoek 22
        4.2.1 Kenmerken van de mantelzorgers en de ouderen 22
        4.2.2 Visie van de mantelzorger op antidepressiva en een depressie 26
            Effect van antidepressiva 26
            Veiligheid van antidepressiva 26
            Kennis over antidepressiva van de oudere en zijn depressie 28
        4.2.3 Visie op het gebruik van antidepressiva bij ouderen 29
            Perceptie van de oudere 29
            Levensomstandigheden 30
            Polyfarmacie en routine 31
        4.2.4 Angst bij de mantelzorger voor herval van de depressie bij de oudere 31
            Impact op de mantelzorger en de omgeving 31
            Negatieve ervaringen van de mantelzorger zelf of anderen met stoppen 32
        4.2.5 Rol van de mantelzorger bij het stoppen 33
            Beslissing om te stoppen 33
            Ondersteuning tijdens de afbouw 33


UNIVERSITEIT GENT

4.2.6 Rol van de huisarts en andere hulpverleners bij het stoppen 34
Vertrouwen in de huisarts 34
Rol van de huisarts 35
Ondersteuning door andere hulpverleners 36
5. Discussie 37
5.1 Samenvatting 37
5.2 Vergelijking met bestaande literatuur 38
5.2.1 Visie van de mantelzorger op antidepressiva en een depressie 38
5.2.2 Visie op het gebruik van antidepressiva bij ouderen 39
5.2.3 Angst bij de mantelzorger voor herval van de depressie bij de oudere 40
5.2.4 Rol van de mantelzorger bij het stoppen 41
5.2.5 Rol van de huisarts en andere hulpverleners bij het stoppen 41
5.3 Aanbevelingen voor de praktijk 42
5.4 Sterktes en limitaties van de studie 43
5.5 Aanbevelingen voor verder onderzoek 44
6. Conclusie 45
7. Bijlagen 46
7.1 Bijlage 1 - Goedkeuring Ethisch Comité 46
7.2 Bijlage 2 - Interviewgids 47
8. Referentielijst 49

# 1. Inleiding

## 1.1 Probleemstelling

### *1.1.1 Antidepressivagebruik*

Antidepressivagebruik komt in onze populatie, en in het bijzonder bij ouderen, frequent voor. In 2021 nam 13% van de Belgische bevolking een antidepressivum (AD) en het gebruik ervan stijgt met de leeftijd (1-5). De meeste antidepressiva (ADa) worden voorgeschreven aan ouderen (75-plussers) en voornamelijk aan degenen die verblijven in een woonzorgcentrum (WZC) (antidepressivagebruik bij ouderen verblijvend in een WZC versus thuiswonende ouderen: 49% versus 19%) (6).

Zowel in België als internationaal neemt het dagelijks gebruik van ADa toe (1,3,7). Studies tonen aan dat dit niet zozeer te wijten is aan een toename van het aantal depressies of meer personen die ADa voorgeschreven krijgen, maar eerder door een toename in het langdurig gebruik van ADa (8). IMA-data tonen dat het percentage van langdurig antidepressivagebruik (langer dan één jaar) tussen 2008 en 2020 in België steeg van 66% naar 74%. In 2020 nam 42% van alle Belgische antidepressivagebruikers deze medicatie langer dan drie jaar. Specifiek bij de 65-plussers is deze groep van gebruikers die langer dan drie jaar ADa innemen nog groter, met name 50% (1). Ook internationaal stijgt het percentage patiënten met een langdurige behandeling (2,7,9).

### *1.1.2 Indicatie van antidepressiva*

De belangrijkste indicatie voor de inname van een AD is een depressieve stoornis (10,11). Bij deze stoornis bestaat vaak overlap met een angststoornis: studies suggereren dat bij tot 60% van de patiënten met depressie ook een angstproblematiek aanwezig is (12,13). Naast depressies en angststoornissen worden ADa in mindere mate gebruikt voor andere psychologische en pijngerelateerde aandoeningen (14,15). In deze masterproef ligt de focus op het gebruik van ADa bij ouderen voor een depressie. Andere indicaties worden buiten beschouwing gelaten.

### *1.1.3 Behandeling van depressie*

Zoals hierboven beschreven is een depressie de belangrijkste indicatie voor ADa. De diagnose van een depressie kan gesteld worden op basis van de DSM V criteria die verschillende

symptomen in rekening brengen (16). Deze criteria bevatten echter een subjectieve component, wat de diagnosestelling in de eerste lijn kan bemoeilijken (17). Bovendien is de diagnose van een depressie bij ouderen moeilijker te stellen vanwege de brede differentiaaldiagnose met somatische aandoeningen (waaronder dementie) en veranderingen of gebeurtenissen gerelateerd aan de levensfase (bv. geconfronteerd worden met het overlijden van leeftijdsgenoten) (18).

Bij een depressieve stoornis ontraadt de Belgische richtlijn het routinematig voorschrijven van ADa aan patiënten met een milde en matige depressie. Bij deze patiënten genieten niet-medicamenteuze behandelwijzen de voorkeur: psycho-educatie, dagstructurering en slaaphygiëne tot doorverwijzing voor (hoog intensieve) psychotherapeutische begeleiding (18). Indien bij ouderen vroege symptomen van een depressie opgemerkt worden, blijkt een multidisciplinaire aanpak met psychologische begeleiding of een stapsgewijs interventiemodel werkzaam ter preventie van een ernstige depressie. Antidepressiva komen in dit stadium nog niet aan bod en blijven behouden voor het behandelen van een ernstige vorm (19).

Bij een ernstige depressie worden ADa wel aanbevolen in combinatie met psychotherapie. Ook bij een persisterende depressie (een milde tot matige depressie die langer dan twee jaar duurt) of bij het falen van niet-medicamenteuze therapie bij een milde tot matige depressie zijn ADa aangewezen. Richtlijnen raden aan om in de eerste lijn te kiezen voor een selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) of een tricyclisch antidepressivum (TCA), waarbij de keuze afhankelijk is van de aanwezigheid van comorbiditeiten, co-medicatie en te vermijden bijwerkingen. Indien er bij ouderen met een depressie nood is aan een AD, heeft de Belgische richtlijn voor huisartsen (HAn) een lichte voorkeur voor een SSRI gezien de grotere comorbiditeit bij ouderen en deze minder ernstige ongewenste effecten geven dan TCA's (18,19). TCA's zijn wel te verkiezen boven SSRI's bij inname van ontstekingsremmers of anti-aggregantia, bij patiënten met een voorgeschiedenis van gastro-intestinale bloedingen of met (risico op) hyponatriëmie (19).

De Belgische richtlijn raadt aan om een behandeling met ADa ten minste zes maanden aan dezelfde dosering verder te zetten na een goede respons, om herval te vermijden. Bij ouderen wordt aangeraden om het AD na remissie zes tot twaalf maanden aan te houden. Daarenboven worden ADa bij personen met een groot risico op herval aanbevolen tot twee jaar na remissie. Patiënten met een verhoogd risico op herval zijn diegenen met een ernstige of langdurige depressie in de voorgeschiedenis, een recente recidiverende depressie of personen bij wie herval ernstige gevolgen kan hebben (bv. een suïcidepoging) (18).

### *1.1.4 Effectiviteit van antidepressiva bij depressie*

Uit een meta-analyse blijkt dat ADa bij volwassenen (gem. leeftijd 44 jaar) met een ernstige depressie bewezen effectief zijn (20). Er is echter geen evidentie voor de werkzaamheid van ADa bij volwassenen met een milde of matige depressie (19). Over het gebruik van ADa bij ouderen zijn minder studies beschikbaar, in het bijzonder over de meest kwetsbare ouderen en 80-plussers (21). Aangezien er bij de oudere populatie vaak sprake is van polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen) en multimorbiditeit (de aanwezigheid van meerdere aandoeningen) kunnen studieresultaten op basis van jonge, gezonde deelnemers niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar de zorg voor ouderen (22).

De effectiviteit van ADa wordt bij ouderen vermoedelijk niet alleen bepaald door de ernst van de depressie, maar ook door de leeftijd, comorbiditeiten (bv. dementie) en de setting (bv. ouderen verblijvend in een WZC) (18,23). Antidepressiva op oudere leeftijd (65-plussers) zijn mogelijk minder werkzaam, in het bijzonder bij ouderen met een eerste depressie (19). Een systematische review van Mallery et al. (2019) toonde aan dat er bij ouderen geen significant verschil was in respons op tweede-generatie ADa, waaronder SSRI's, versus placebo. Remissie trad op in 33% met ADa versus 31% met placebo (24). In een review van Boyce et al. (2021) werd gesuggereerd dat ouderen verblijvend in een WZC slechts een geringe respons vertonen op het gebruik van ADa (23). Bij ouderen met dementie is de onderbouwing van antidepressivagebruik nog beperkter. Uit een cochrane van Dudas et al. (2018) blijkt dat ouderen met dementie die een AD of een placebo krijgen in de ernst van hun depressie (bijna) hetzelfde scoren. Vermoedelijk was er ook (bijna) geen verschil na zes tot negen maanden behandeling. Daarentegen leken mensen met een AD meer in remissie te komen dan degene die een placebo namen (40% versus 22%) (25).

Wat betreft het langdurig gebruik van ADa, is er geen evidentie dat gebruik voor een langere periode herval van een depressie kan voorkomen (17,18,26,27). Hoewel sommige patiënten nood hebben aan een langdurige behandeling wordt deze medicatie vaak langer voorgeschreven dan aanbevolen in de richtlijnen (1,7). Dit wordt door Mangin et al. (2018) aangeduid met de term 'legacy prescribing' (28). Deze thesis focust op het langdurig gebruik van ADa bij ouderen met een depressie, langer dan de richtlijnen aanbevelen, en zonder een duidelijke indicatie om het AD verder te zetten.

### *1.1.5 Risico's van antidepressiva bij ouderen*

Antidepressiva hebben talrijke gekende bijwerkingen die een belangrijke impact kunnen hebben op het dagelijks leven van de patiënt (29). Ten eerste kunnen centrale ongewenste

effecten optreden waaronder slaapproblemen, hoofdpijn en sedatie. Daarnaast kan er sprake zijn van maagdarmklachten, gewichtstoename en seksuele stoornissen die ook na het stopzetten van het ADa kunnen resteren. Antidepressiva kunnen daarnaast ook beven, overmatig zweten, compulsief gedrag (bv. gokverslaving), bloedingen en een verlaging van de convulsiedrempel als bijwerking geven. Specifiek bij citalopram (SSRI) en escitalopram (SSRI) is er een risico op een verlenging van het QT-interval (14). Tot slot zijn afvlakking van emoties, psychische afhankelijkheid van de medicatie en suïcidale gedachten mogelijk, dit laatste hoofdzakelijk bij de start van de behandeling (9,14). Hierbij dient vermeld te worden dat het risico op bijwerkingen persisteert bij langdurig gebruik van ADa (26).

Bij ouderen is er in het bijzonder een verhoogde kans op [1] hyponatriëmie met risico van angst en agitatie, [2] het optreden van orthostatische hypotensie, [3] ritmestoornissen met een mogelijke fatale afloop en [4] het optreden van anticholinerge ongewenste effecten (duizeligheid, delirium, maagdarmstoornissen en urineretentie) (14). Daarenboven verhoogt elk AD de kans op vallen en bijgevolg het optreden van osteoporotische fracturen (18).

Niettemin ouderen een verhoogde kans hebben op specifieke bijwerkingen, is er bij deze leeftijdsgroep hoe dan ook een toegenomen gevoeligheid voor geneesmiddelen wegens een veranderde farmacokinetiek en -dynamiek. Op farmacokinetisch vlak zijn de processen van absorptie, distributie, metabolisme en excretie verschillend van deze bij jongere personen. Zo is er bij ouderen onder meer een verminderd hepatisch metabolisme en een wijziging in de lichaamssamenstelling met als gevolg een andere distributie en een gedaalde renale klaring. Op farmacodynamisch niveau zijn veranderingen te wijten aan wijzigingen in de gevoeligheid van receptoren, minder efficiënte regulatiemechanismen (o.a. van temperatuur en bloeddruk) en een gedaalde orgaanfunctie (14,22). Daarnaast is er specifiek bij ouderen frequent sprake van polyfarmacie, waardoor interacties kunnen optreden tussen het AD en andere geneesmiddelen (18,22,29).

### *1.1.6 Stoppen van antidepressiva*

Zoals eerder beschreven is er bij langdurig gebruik van ADa een groter risico op ongewenste effecten. Antidepressiva kunnen bovendien op zichzelf bijdragen tot onnodige polyfarmacie indien ze niet gestopt worden na de aanbevolen periode. Op die manier kan deze medicatie een belangrijke maatschappelijke kost teweegbrengen, zowel door de kosten van de medicatie zelf, als door de kosten in het kader van de medische follow-up (29).

Hoewel in richtlijnen het afbouwen en stoppen na de aangewezen behandelduur aanbevolen wordt, blijkt het stoppen van een AD niet vanzelfsprekend. Dit stopproces kan bemoeilijkt

worden door het optreden van onttrekkingsverschijnselen bij eender welk AD. Bijna 50% van de patiënten die stoppen ervaart klachten die de patiënt in de helft van de gevallen als ernstig ervaart. Met name griepachtige symptomen, maagdarmstoornissen, evenwichtsproblemen, psychische klachten, slaapstoornissen en/of extrapiramidale symptomen kunnen optreden. De klachten treden hoofdzakelijk op bij het plots stoppen of te snel afbouwen van de medicatie en kunnen weken tot zelfs maanden aanhouden (14). Deze onttrekkingsverschijnselen lijken op depressieve symptomen, wat kan leiden tot onzekerheid bij patiënten die reeds een grote angst voor herval hadden. Hierdoor kunnen patiënten uit angst voor herval het AD alsnog herstarten, ervan uitgaande dat ze deze medicatie nodig hebben (17). Om het risico op onttrekkingsverschijnselen te verkleinen wordt een geleidelijke afbouw over minimum vier weken aanbevolen onder nauwgezette opvolging door de (huis)arts (14,18).

## 1.2 Factoren die de afbouw van langdurig antidepressivagebruik beïnvloeden

Zoals hierboven beschreven zijn er verscheidene redenen om ADa al dan niet te stoppen na de aanbevolen periode. In de afgelopen jaren werden verschillende kwalitatieve studies uitgevoerd in België, maar ook in andere Westerse landen waaruit blijkt dat het al dan niet stoppen van langdurig antidepressivagebruik zowel voor de arts als de patiënt een moeilijke beslissing is (30-33). Bovendien blijkt uit Belgisch onderzoek bij HAn over het stoppen van ADa bij ouderen in WZC dat de mening van de mantelzorger (MZ) belangrijk is voor hen, al is hierover nog weinig bekend (32). Gezien de visie van artsen en patiënten nauw aansluit bij het thema van deze masterproef beschrijven we verder de patiënt- en arts gerelateerde factoren die een rol spelen bij het stoppen van langdurig gebruik van ADa.

### *1.2.1 Patiënt gerelateerde factoren*

Een systematische review van Maund et al. (2018) bood inzicht in de perceptie van patiënten over (het stoppen van) ADa en hun barrières en motieven voor het stoppen van langdurig gebruik (34). Daarnaast werd in 2021 een kwalitatieve studie gepubliceerd over de ervaring van Belgische patiënten met het stoppen van langdurig antidepressivagebruik (30). In het algemeen werden in België dezelfde barrières en facilitatoren gerapporteerd als in de andere Westerse landen (30).

In het kader van deze thesis dient echter vermeld te worden dat ouderen ondervertegenwoordigd waren. In de systematische review van Maund et al. (34) werden 75-plussers geïncludeerd in vijf van de 22 studies en richtte één studie van Dickinson et al.

(33) zich specifiek op ouderen. In de Belgische studie waren de geïnterviewde patiënten 26 tot 69 jaar oud (30).

De perceptie van een depressie, van ADa en de mogelijke ongewenste effecten ervan kan sterk verschillen. Sommige patiënten beschouwen ADa als veilig en effectief, zelfs na jarenlange inname. Ze voelen zich goed met hun AD en stellen het gebruik ervan niet in vraag. Ze beschrijven hierbij het AD als een minimaal nadeel. Andere patiënten trekken de nood tot continuatie en de effectiviteit van het AD in twijfel. Daarnaast wordt een depressie door sommigen beschouwd als een chronische aandoening met een biochemische oorzaak die een jarenlange behandeling vereist, terwijl andere patiënten een depressie zien als iets voorbijgaand of veroorzaakt door een levensgebeurtenis. In de studies rapporteren de geïnterviewde patiënten uiteenlopende bijwerkingen. Deze worden veelal geaccepteerd, gezien het positieve effect voor de patiënt groter lijkt dan de nadelige gevolgen (34). Onaanvaardbare bijwerkingen kunnen daarentegen een doorslaggevende factor zijn voor het stoppen van ADa (30).

Terwijl angst voor verslaving of toekomstige negatieve effecten wordt aangehaald als reden om te stoppen, blijkt angst voor herval van de depressie een belangrijke reden om het AD te continueren. Het ervaren van onttrekkingsverschijnselen tijdens eerdere stoppogingen kan voor sommigen de angst voor herval vergroten en resulteren in een herstart van het AD. Ook kan het onderscheid tussen herval en onttrekking moeilijk zijn waardoor ADa herstart worden (30,34). Daarnaast geven patiënten aan dat vertrouwen in de eigen capaciteit om het AD te stoppen belangrijk is voor het al dan niet continueren van dit geneesmiddel. Het volgen van psychotherapie kan volgens patiënten het zelfvertrouwen versterken en vaardigheden aanreiken om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan. Daarnaast blijken de context en timing een belangrijke rol te spelen in de motivatie om ADa te staken. Hoewel ondersteuning van familie en/of vrienden het stoppen van ADa kan faciliteren, beschouwen deelnemers een gebrek aan steun vanuit de omgeving ook als een barrière. Verder kunnen ervaringen van anderen de motivatie om te stoppen vergroten, maar ook verminderen (30,34).

De meeste patiënten achten de huisarts (HA) verantwoordelijk om het stoppen van ADa aan bod te brengen tijdens de consultatie. Een HA die een stop ondersteunt door het aan te bevelen of door regelmatige opvolging tijdens en na het afbouwen van het geneesmiddel, blijkt een belangrijke factor in de motivatie van de patiënt om te stoppen. In de praktijk worden bij verscheidene patiënten echter herhaalvoorschriften afgeleverd door de HA zonder over het stopproces te spreken (30,34).

### *1.2.2 Arts gerelateerde factoren*

Net zoals patiënten ondervinden ook artsen barrières en facilitatoren bij het stopzetten van ADa. In het algemeen vindt men in kwalitatief onderzoek bij artsen weinig enthousiasme om ADa te stoppen. Ze beschouwen dit stopproces als het geven van slecht nieuws, waarbij ze het gevoel hebben iets weg te nemen van hun patiënt (31). Bovendien betwijfelen ze of zij dit onderwerp moeten aanbrengen: meerdere HAn uit een studie van Van Leeuwen et al. (2021) veronderstellen immers dat patiënten hun AD kunnen continueren, zolang ze zelf niet vragen om te stoppen (31). De artsen zijn daarnaast bang om door het stoppen een herval te veroorzaken bij hun patiënt die stabiel is (31,34). Stoppen brengt volgens hen immers onvoorspelbare risico's met zich mee, terwijl er steeds onvoorziene, negatieve levensgebeurtenissen kunnen optreden in het leven van de patiënt. Ze willen hun patiënt daarenboven niet herinneren aan een moeilijke periode in hun leven door tijdens de consultatie het antidepressivagebruik aan te halen. Sommige HAn zeggen net empathie te tonen aan hun patiënt door het AD te continueren. Herhaalvoorschriften voor ADa worden frequent opgesteld zonder klinische evaluatie en op die manier worden ADa vaak routinematig verder voorgeschreven na de acute depressieve episode, zonder hierbij stil te staan (31).

Huisartsen zien ADa als effectief, zelfs indien het bij patiënten enkel toegeschreven kan worden aan een placebo-effect. Antidepressiva worden beschouwd als veilig en goed getolereerd, waarbij weinig bijwerkingen vermeld worden. Huisartsen vinden het om die reden niet nodig om het AD te stoppen (31). Daarentegen geven meerdere HAn aan dat stoppen voorgesteld kan worden, op voorwaarde dat er een goede kennis is van het dossier van de patiënt. Ook dan durft men het onderwerp vaak niet aan te halen uit angst om de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Bovendien zijn heel wat patiënten onder ADa ge-erfd van een andere HA, wat het des te moeilijker maakt om stoppen te bespreken. In dergelijke situaties willen HAn eerder trouw blijven aan de vorige HA en zijn ze geneigd om de verantwoordelijkheid tot het initiëren van een stop van zich af te schuiven (31). Zowel het afbouwproces als psychologische consulten werden bovendien beschouwd als energie- en tijdrovend (31,32,34).

In bepaalde situaties schat de HA de kans op succesvol stoppen echter zeer groot in. Dit is bijvoorbeeld in geval van een gezondheidsprobleem bij de patiënt: een bijwerking gerelateerd aan ADa, zwangerschap of een contra-indicatie door nieuwe aandoeningen of recent opgestarte medicatie. Huisartsen zijn eveneens enthousiast om ADa te stoppen indien de patiënt hier zelf om vraagt. Het stellen van deze vraag getuigt immers van motivatie bij de patiënt en zo ontsnapt de arts aan het zelf moeten aanbrengen van dit onderwerp. Tot slot

wachten HAn graag het ‘ideale’ moment af om het AD te stoppen. Dit moment wordt door hen gedefinieerd als een positieve levensgebeurtenis of een positieve verandering in de levensstijl van de patiënt (31). Een moeilijke periode in het leven van de patiënt wordt daarentegen beschouwd als een barrière voor discontinuatie van ADa (34). Ook in winterperiodes of rond kerst- en feestdagen willen HAn het AD niet stoppen (31).

Een aantal HAn geeft aan hulp te willen bij de discontinuatie van ADa. Een samenwerking met de psycholoog zou voor hen bijkomende steun bieden en zorgen voor een gedeelde verantwoordelijkheid in het stopproces. Daarnaast wordt aangehaald dat de huidige richtlijnen geen stappenplan voorzien voor het afbouwen van ADa, wat voor hen wel nuttig kan zijn (31).

In een kwalitatieve studie van Van Leeuwen et al. (2022) werd de visie van HAn nagegaan op het stoppen van ADa bij ouderen in WZC (32). Hieruit blijkt dat HAn twijfelen om ADa te stoppen na de vooropgestelde duur, omdat ze deze stop beschouwen als een onvoorspelbaar risico waarvan de voordelen onduidelijk zijn. Huisartsen beschouwen ADa bij ouderen als veilig en zijn zich niet bewust van de mogelijke gevaren. Het stoppen van ADa wordt ervaren als een negatieve interventie waarvan het nut op oudere leeftijd in twijfel wordt getrokken en de bezorgdheid heerst om de oudere patiënt te destabiliseren (32).

Verschillende HAn vermelden een gebrek aan een alternatief voor ADa. De beschikbaarheid van psychologen is vaak ontoereikend en bovendien denken sommige HAn dat ouderen psychotherapie zouden weigeren of niet in staat zijn om hieraan deel te nemen. Bij gebrek aan psychologische ondersteuning wordt soms gevraagd aan het zorgpersoneel in het WZC om de oudere te observeren, meer tijd samen door te brengen of hem/haar te stimuleren om deel te nemen aan activiteiten. Door tijdsgebrek en de hoge werkdruk in WZC kan het zorgpersoneel deze niet-medicamenteuze interventies echter moeilijk uitvoeren (32).

Een opname in een WZC wordt door HAn gezien als een belangrijk moment voor een medicatienazicht en een potentiële stop van het AD. Ernstige en acute gezondheidsproblemen worden gezien als een facilitator om ADa te stoppen. Ook bij patiënten met cognitieve achteruitgang en dementie zijn HAn gemotiveerd om het AD te stoppen. Bij ouderen met dementie wordt immers gestreefd naar een minimaal aantal medicijnen en wordt de zinvolheid van ADa als lager inschat. Het stopproces wordt als makkelijker ervaren omdat er geen weerstand is bij de oudere zelf. Bovendien aanvaarden mantelzorgers (MZs) en het zorgpersoneel een stop van ADa wanneer ze geaccepteerd hebben dat het dementieproces irreversibel is en andere zorgdoelen worden gesteld (32).

Verschillende HAn geven aan dat ze druk voelen van het zorgpersoneel in WZC en de MZs om ADa te continueren. Ze verwachten weerstand bij de MZs en het zorgpersoneel, omdat het AD gezien wordt als een hulpmiddel om gelukkig te zijn. Bovendien komt de vraag voor opstart van ADa vaak vanuit MZs omwille van eenzaamheid of somberheid bij de oudere. Een stop aanbrengen zou de vertrouwensrelatie met de familie en het zorgpersoneel kunnen beschadigen waardoor HAn dit risico niet willen nemen. Ze zijn bovendien angstig om zich schuldig te voelen of verantwoordelijk gesteld te worden bij herval van de oudere. Huisartsen geven aan weinig gesprekken te hebben met de oudere zelf over het langdurig gebruik van ADa. Dit omwille van cognitieve achteruitgang of omdat ze veronderstellen dat de oudere niet geïnteresseerd is in het medicatiegebruik. Nochtans denken sommige HAn dat slechts een aantal ouderen een stop van ADa zou weigeren, indien dit voorgesteld zou worden (32).

Tussen HAn, MZs en het zorgpersoneel heerst een soort onuitgesproken verbintenis met als primair doel om de precaire gezondheid van de oudere stabiel te houden. Tijdens het stopproces worden bijkomende inspanningen van het zorgpersoneel gevraagd om de evolutie en het gedrag van de oudere te observeren. Bij herval zijn de gevolgen voor het zorgpersoneel nog groter, gezien de zorgnood toeneemt bij een depressie. Huisartsen zijn zich hier goed van bewust. Hoewel de beslissing over een stop voor hen snel gemaakt kan zijn, komt de zorg voor de oudere hoofdzakelijk op de schouders van het zorgpersoneel terecht (32).

Huisartsen rapporteren dat er zelden een gesprek plaatsvindt over het AD met het zorgpersoneel of met de MZ. Het AD wordt als gepast beschouwd wanneer er geen klachten zijn over het gedrag van de oudere. Hoewel HAn de mening van de MZs en het zorgpersoneel belangrijk vinden in de beslissing rond het stoppen van ADa, geven ze ook aan dat het energie- en tijdrovend is om hen te betrekken. Daarom bouwen sommige HAn het AD af wanneer alleen de patiënt hiervan op de hoogte is en hiermee akkoord gaat. Het stopproces kan echter bemoeilijkt worden door het ontstaan van weerstand bij de MZ (32).

In andere situaties kan de samenwerking met het zorgpersoneel en de MZ het stopproces vergemakkelijken. Dit kan bijvoorbeeld doordat ze de oudere meer zouden observeren of doordat er meer tijd wordt gespendeerd met de oudere als alternatief voor het AD. Sommige HAn geloven dat MZs overtuigd kunnen worden van het nut van het afbouwen van ADa. Gezien MZs mogelijke partners zijn in het stopproces vinden de HAn een overleg over ADa de tijdsinvestering waard (32). Tot op heden is er in België nog geen onderzoek uitgevoerd naar de visie van MZs op het gebruik en het stoppen van ADa en hun ervaring hiermee.

# 2. Doelstelling

Door middel van literatuur- en kwalitatief onderzoek willen we in deze thesis nagaan wat de visie is van MZs op het stoppen van langdurig gebruik van ADa.

Mantelzorgers worden gedefinieerd als personen die op regelmatige en niet-professionele basis een persoon met een verhoogde zorgbehoefte bijstaan. De zorgontvanger kan ondersteuning nodig hebben omwille van zijn/haar hoge leeftijd, gezondheidstoestand of handicap. Mantelzorgers hebben een affectieve band met de zorgontvanger en kunnen, maar moeten geen familie zijn. Ook buren, partners of vrienden kunnen de rol van een MZ vervullen (26,31).

Het onderzoek bestaat uit twee delen. In het literatuuronderzoek werd gezocht naar artikels over de visie van MZs op het stoppen van langdurig antidepressivagebruik. Daarnaast wordt in het eigen kwalitatief onderzoek de visie van MZs op 75-plussers met langdurig antidepressivagebruik onderzocht, met name gebruik langer dan aanbevolen en zonder indicatie om het AD verder te zetten. Essentieel hierbij is dat de oudere klinisch stabiel is en de behandelende HA oordeelt dat er geen indicatie meer is voor het gebruik van ADa.

Door middel van semi-gestructureerde interviews werd gepeild naar de ervaringen van MZs met het gebruik van ADa bij de oudere, de visie op ADa en het stoppen ervan. Deze studie heeft als doel de rol van MZs in het verderzetten dan wel stoppen van ADa bij ouderen beter in kaart te brengen. Aan de hand van deze inzichten kunnen MZs mee geïntegreerd worden in richtlijnen met als doel het gebruik van ADa bij ouderen langer dan aanbevolen te verminderen.

# 3. Methodologie

## 3.1 Literatuuronderzoek

In de literatuur werd op een systematische wijze gezocht naar onderzoek betreffende de visie van MZs op het stoppen van langdurig antidepressivagebruik. Er werd gezocht naar kwalitatief onderzoek in PubMed en NCBI zonder te filteren op publicatiedatum. De onderzochte doelgroep in de artikels diende te bestaan uit MZs of, bij uitbreiding, familieleden en/of naasten. Verder werd de focus gelegd op het stoppen van langdurig antidepressivagebruik zonder duidelijke klinische indicatie. Artikels geschreven in een andere taal dan Engels, Frans of Nederlands werden geëxcludeerd. In de geselecteerde artikels werd zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van interviews (één op één), focusgroepen of vragenlijsten.

In de databank Pubmed werden de zoektermen “antidepressant [MeSH]” AND “discontinuation” gecombineerd (AND) met respectievelijk “peer”, “family [MeSH]”, “relatives [MeSH]” en “caregivers [MeSH]”. Deze zoekopdracht leverde op 19 april 2022 in totaal 909 resultaten op waarvan 43 artikels geselecteerd werden op basis van de titel. Na het lezen van het abstract kon geen artikel weerhouden worden. Dezelfde zoekopdracht, zoals hierboven beschreven, werd uitgevoerd met de term “deprescribing [MeSH]” in plaats van “discontinuation”. Dit leverde 24 artikels op, waarvan twee geselecteerd werden op basis van de titel. Geen enkel artikel voldeed aan de inclusiecriteria.

Gezien de voorgaande zoekopdrachten geen artikel hadden opgeleverd, werd de zoekstrategie uitgebreid naar onderzoeken waarin de visie van MZs op het stoppen van psychofarmaca aan bod kwam. Op 19 april 2022 werden in Pubmed de zoektermen “psychotropic drugs [MeSH]” AND “discontinuation” gecombineerd (AND) met respectievelijk “peer”, “family [MeSH]”, “relatives [MeSH]” en “caregivers [MeSH]”. Dit resulteerde in 1402 artikels die gescreend werden op basis van de titel. Het abstract van 59 artikels werd nagelezen, maar op basis hiervan kon geen artikel geïncludeerd worden. Voorts werd “psychotropic drugs [MeSH]” AND “deprescribing [MeSH]” gecombineerd (AND) met de termen “peer”, “family [MeSH]”, “relatives [MeSH]” en “caregivers [MeSH]”. Deze zoekopdracht leverde 56 resultaten op, met een selectie van acht artikels op basis van de titel. Uiteindelijk voldeed één artikel van Lai et al. (2022) aan de vooropgestelde selectiecriteria (35).

Vanuit het artikel van Lai et al. (2022) werden door middel van de sneeuwbalmethode vier bijkomende artikels gevonden (35). Deze vier studies onderzochten de visie van MZs op het stoppen van medicatie in het algemeen bij ouderen, zonder focus op psychofarmaca. Omwille van het gebrek aan studies over de visie van MZs op het stoppen van ADa en psychofarmaca, worden deze verder wel besproken gezien dit nauw aansluit bij het thema van deze masterproef. Door de inclusiecriteria uit te breiden naar de visie van MZs op het stoppen van medicatie in het algemeen, kwam een artikel van Gaurung et al. (2021) toch in aanmerking (36). Dit artikel werd gevonden via de eerdere zoekopdracht met behulp van de termen “antidepressant [MeSH]” AND “deprescribing [MeSH]” AND “peer” in Pubmed.

## 3.2 Kwalitatief onderzoek

Er werd een kwalitatieve studie uitgevoerd bij MZs afkomstig uit meerdere regio’s in Oost-Vlaanderen, België. De rekrutering gebeurde in twee landelijke huisartsenpraktijken met drie artsen, een stedelijke huisartsenpraktijk met drie artsen, een landelijke multidisciplinaire praktijk met drie artsen en een stedelijk wijkgezondheidscentrum met zeven artsen. De deelnemers van de studie waren MZs van 75-plussers (thuiswonend of verblijvend in WZC) die reeds meer dan een jaar ADa namen in kader van een depressie. Een bijkomende voorwaarde was dat de oudere klinisch stabiel was en de behandelende HA oordeelde dat het AD gestopt kon worden. Daarnaast werd ook gezocht naar MZs van 75-plussers bij wie ADa reeds succesvol gestopt waren. Het onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité UZ Gent op 27/06/2022 (Referentie ONZ-2022-0149, Belg. Regnr. B6702022000356) (bijlage 1).

In de deelnemende praktijken werd door de vaste HA een lijst van geschikte patiënten en MZs opgemaakt vanuit een zoekopdracht in het medisch dossier. Nadien werden mogelijke deelnemers door de HA of student-onderzoekers telefonisch uitgenodigd voor een gesprek.

Tussen oktober 2022 en augustus 2023 werden semi-gestructureerde interviews door twee student-onderzoekers (LB, MV) uitgevoerd bij MZs die wensten deel te nemen aan de studie. Hierbij werd gebruikgemaakt van een interviewgids gebaseerd op de literatuur (bijlage 2). De interviews vonden face-to-face plaats waarbij de oudere zelf niet noodzakelijk aanwezig was. De MZ was vrij om te beslissen waar het interview plaatsvond: thuis (zes interviews) of in de huisartsenpraktijk (vijf interviews). Bij de aanvang van het interview ondertekenden alle MZs een informed consent. De interviews duurden gemiddeld één tot anderhalf uur. Elke deelname was vrijwillig en zonder compensatie.

De interviews werden opgenomen met de dictafoon van een smartphone, getranscribeerd en geanonimiseerd. Het transcript werd geïmporteerd in Nvivo en door twee student-onderzoekers (LB, MV) gecodeerd. Na de eerste drie interviews werd door de twee student-onderzoekers een codeboom gegenereerd die zou dienen als framework voor het uitschrijven van de resultaten en het opmaken van thema's. De reeds verzamelde data (interviews, codering, codeboom) werden besproken en geanalyseerd in overleg met de promotor waarna het framework verder werd uitgewerkt. Op basis van deze informatie werd de interviewgids geëvalueerd en uitgebreid met bijkomende vragen. Dit proces was cyclisch en wederkerend na elke twee tot vier afgenomen interviews. Het framework werd verder verfijnd in overleg met het onderzoeksteam. De data werden verzameld tot er sprake was van datasaturatie. In totaal vonden elf interviews plaats.

# 4. Resultaten

## 4.1 Resultaten literatuuroverzicht

In de literatuur werd gezocht naar studies over de visie van MZs op het stoppen van medicatie bij ouderen en hun barrières en facilitatoren voor het stoppen. Er werd geen enkele kwalitatieve noch kwantitatieve studie gevonden over de visie van MZs op het stoppen van ADa bij ouderen. Eén studie onderzocht de visie van MZs op het stoppen van langdurig gebruik van psychofarmaca bij ouderen. Vijf studies onderzochten de visie van MZs op het stopproces van geneesmiddelen in het algemeen bij ouderen. De gevonden artikels worden hieronder vermeld in de tabel (tabel 1).

***Tabel 1:*** *Geïncludeerde studies uit de literatuurstudie. GM: geneesmiddel, MZs: mantelzorgers, rPATD: revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing questionnaire, WZC: woonzorgcentrum*

| Titel | Auteur | Jaartal | Land | Studiedesign | Studiepopulatie |
|---|---|---|---|---|---|
| Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing medications: a qualitative focus group study | Reeve et al. | 2016 | Australië | Kwalitatief onderzoek (focusgroepen) | MZs van ouderen (65-plussers met ≥1 chronische ziekte en ≥ 1 GM) die thuis wonen (8 MZs) of in een WZC verblijven (6 MZs) |
| Attitudes of older adults and caregivers in Australia toward deprescribing | Reeve et al. | 2019 | Australië | Kwantitatief onderzoek (vragenlijst rPATD) | 205 MZs (59-76 jaar) van ouderen (75-86 jaar) die ≥1 GM nemen |
| Barricades and brickwalls – a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care | Palagyi et al. | 2016 | Australië | Kwalitatief onderzoek (focusgroepen en interviews) | 16 MZs van ouderen verblijvend in een WZC, focusgroepen met ouderen en werknemers van WZC |
| Psychotropic medication deprescribing in residential aged care facilities: An exploratory study of the knowledge and attitudes of family members of residents with dementia | Lai et al. | 2022 | Australië | Kwantitatief onderzoek (gestructureerde interviews) | 66 MZs van ouderen (gem. 81 jaar) met dementie en ≥1 psychofarmaca, verblijvend in WZC (inclusief psychogeriatrie) |
| Older Patient and Caregiver Perspectives on Medication Value and Deprescribing: A Qualitative Study | Pickering et al. | 2020 | VS | Kwalitatief onderzoek (focusgroepen) | 17 MZs (22-69 jaar) van thuiswonende 65-plussers met ≥5 GM, waarvan 10 MZs onbetaald werk voor familie deden (7 werkten als verpleegkundige/verzorgende) |
| Attitudes and beliefs of patients and primary caregivers towards deprescribing in a tertiary health care facility | Gaurang et al. | 2021 | India | Kwantitatief onderzoek (vragenlijst rPATD) | 156 MZs (18-plussers) van patiënten met een chronische ziekte en ≥1 GM, 26 van hen (16,7%) waren MZs van 65-plussers |

### *4.1.1 Visie van mantelzorgers op het stoppen van psychofarmaca*

In kwantitatief onderzoek van Lai et al. (2022) werd de mening omtrent het gebruik van psychofarmaca onderzocht bij 66 MZs van ouderen met dementie in WZC (35). De ouderen namen gemiddeld vijf psychofarmaca, waarbij 59% onder andere een AD innam. Mantelzorgers kregen allereerst een vragenlijst aangeboden in verband met de medicatielijst van de oudere (zowel psychofarmaca als niet-psychofarmaca). Terwijl MZs meer dan de helft van de geneesmiddelen (55%) op de medicatielijst konden identificeren, bleken psychofarmaca minder vaak herkend te worden: in deze klasse van medicatie werden benzodiazepines en ADa respectievelijk het meest en het minst herkend (63% versus 37%). Niet-psychofarmaca en psychofarmaca werden als even effectief beoordeeld. Bij ongeveer de helft van de medicatie kenden MZs de duur van inname (49%), de reden van inname (52%) en de voorschrijver van de medicatie (51%) (35).

Nadien ontvingen de deelnemers een informatiefiche over psychofarmaca en werden bijkomende vragenlijsten omtrent de bereidheid tot medicatieafbouw en de 'Patients' Attitudes Towards Prescribing' (PATD) afgenomen. De motivatie van MZs voor het afbouwen van psychofarmaca was groter dan voor niet-psychofarmaca. De meeste familieleden waren (sterk) akkoord dat de oudere veel medicatie innam. Ze betwijfelden of alle medicatie vereist was. Indien de HA beaamde dat het mogelijk was om één of meerdere geneesmiddelen af te bouwen, zouden de meeste MZs akkoord gaan. Ze waren het bijkomend grotendeels eens om het aantal geneesmiddelen te reduceren. In het algemeen werd gerapporteerd dat de financiële kost van medicatie geen facilitator was om medicatie te stoppen. Daarentegen werd het ervaren van bijwerkingen door de oudere wel beschouwd als een reden om medicatie te stoppen (35).

### *4.1.2 Visie van mantelzorgers op het stoppen van medicatie in het algemeen*

Naast onderzoek naar de visie van MZs op het stoppen van psychofarmaca werd ook kwalitatief en kwantitatief onderzoek verricht naar de visie op medicatieafbouw in het algemeen.

Er werden verschillende redenen aangehaald om medicatie van de oudere te waarderen en als positief te beschouwen. Zo werd een medicamenteuze behandeling in kwalitatief onderzoek van Reeve et al. (2016) door verschillende MZs als noodzakelijk beschouwd bij aanwezigheid van een aandoening (37). Wanneer MZs nog een huidig voordeel zagen in het medicatiegebruik, zeker wanneer er bij de opstart van het geneesmiddel een positief effect werd opgemerkt, waren ze minder geneigd om medicatieafbouw te steunen (37). Ook in de

kwalitatieve studie van Pickering et al. (2020) werd medicatie voornamelijk gewaardeerd bij een positief effect, in het bijzonder bij een positieve impact op de levenskwaliteit (38). Het kwantitatief onderzoek van Reeve et al (2019) toonde resultaten in dezelfde lijn. Er werd namelijk een sterke correlatie gevonden tussen het vertrouwen van de MZ in de geschiktheid van de medicatie en de algemene tevredenheid erover (39).

De inname van medicatie door de oudere werd door MZs geaccepteerd bij de afwezigheid van (ervaren) nadelen (37). Mantelzorgers in het kwalitatief onderzoek van Palagyi et al. (2016) meldden echter een beperkte kennis van de medicatie en mogelijke bijwerkingen. Soms waren de namen en het aantal geneesmiddelen van de oudere gekend, maar gold dit niet voor de specifieke indicaties waarvoor deze werden voorgeschreven (40). Bovendien hadden verschillende MZs het idee dat een geneesmiddel geschikt bleef, omwille van de langdurige inname ervan. Mantelzorgers gaven aan minder bezorgd te zijn over mogelijke (toekomstige) schade vanwege de beperkte levensverwachting van de oudere. Het al dan niet goedkeuren van een stop werd negatief beïnvloed door angst voor de uitkomst na stoppen van de medicatie. Dit betrof niet alleen angst voor het terugkeren van de aandoening, maar ook voor het eventueel optreden van ontwenningsverschijnselen (37).

Bij afwezigheid van voordelen, bij het verdwijnen van een bepaalde aandoening of tijdens de palliatieve fase zou medicatie daarentegen wel gestopt kunnen worden (37). Bijwerkingen of ongemak gerelateerd aan de inname van bepaalde medicatie kwam eveneens naar voren als reden om een stop goed te keuren (37, 38). In het bijzonder wanneer medicatie verwardheid of een veranderde mentale status kan geven, werd deze door MZs minder gewaardeerd (38). In kwantitatief onderzoek van Reeve et al. (2019) waren toegenomen last en verminderde algemene tevredenheid over de medicatie eveneens gecorreleerd met een grotere bereidheid om medicatie te stoppen (39). Er was een verhoogde kans dat de MZ akkoord was om medicatie te stoppen wanneer de oudere de medicatie zelf beheerde en wanneer de oudere volgens de MZ in goede of excellente fysieke gezondheid verkeerde (39).

Hoewel lagere uitgaven aan geneesmiddelen niet de enige reden zou zijn om een medicatieafbouw of -stop te initiëren, werd dit wel aangehaald als een voordeel (37). In het onderzoek van Pickering et al. (2020) werd aangehaald dat de kost, voornamelijk bij mensen in armoede, wel een belangrijke rol zou kunnen spelen om medicatie te stoppen (38). Indien er een alternatief beschikbaar zou zijn, bijvoorbeeld betere medicatie of een aanpassing van de levensstijl, zou medicatie volgens MZs ook gestopt kunnen worden (37).

De (huis)arts zou een belangrijke rol spelen in de bereidheid om medicatie af te bouwen. Mantelzorgers gaven aan dat ze bereid zouden zijn om medicatie te stoppen indien de HA dit

mogelijk acht (37). Dit werd bevestigd in verder kwantitatief onderzoek van Reeve et al. (2019) (39). Hieruit bleek dat 84% van de MZs (volledig) akkoord zou zijn om medicatie te stoppen indien de HA aangeeft dat dit mogelijk is. Er kon echter geen significant verband aangetoond worden tussen het vertrouwen in de HA en de bereidheid tot stop door de MZ (39). In kwantitatief onderzoek van Gaurang et al. (2021) was de bereidheid van MZs om te stoppen lager (36). In deze studie was meer dan de helft van de MZs (volledig) akkoord om medicatie van de patiënt te stoppen indien de arts dit mogelijk achtte. Belangrijk is dat deze studie werd afgenomen bij MZs die samen met de patiënt een tertiair gezondheidscentrum in India bezochten. Patiënten met een psychiatrische aandoening werden daarbij geëxcludeerd. Bovendien was slechts 17% van de patiënten ouder dan 65 jaar (36). Deze resultaten zijn bijgevolg minder representatief dan de resultaten uit andere studies.

Hoewel verscheidene MZs in kwalitatief onderzoek van Palagyi et al. (2016) vonden dat de oudere te veel geneesmiddelen innam, waren ze niet gemotiveerd om de medicatie in vraag te stellen (40). Er was weinig ervaring met het bespreken van medicatieproblemen met de HA of het in vraag stellen van beslissingen over medicatie. De MZs gaven aan volledig te vertrouwen op de zorg en beslissingen van de HA. Er heerste zelfs het idee dat het beleid van de HA niet in vraag gesteld moet worden (40). Medicatie voorgeschreven door iemand waarmee de oudere een goede relatie had, werd door de deelnemende MZs meer gewaardeerd. De MZs vertrouwden de voorschrijver, zelfs wanneer er geen direct effect op de symptomen of klinische waarden te merken was (38). Verpleegkundigen in WZC werden kort vermeld, hoewel hun aandeel in het stoppen van geneesmiddelen voor de MZs beperkt was tot het geven van advies aan de HA (37).

Tijdens het stopproces gaven MZs aan voldoende informatie en ondersteuning te willen over de noodzaak en de te verwachten gevolgen van een stop. Er werd verwacht dat HAn zouden aangeven welke monitoring en follow-up noodzakelijk zijn. Mantelzorgers gaven zelf aan in een goede positie te zijn om de ouderen op te volgen gezien het nauwe contact met hen (37). In kwantitatief onderzoek van Gaurang et al. (2021) wou meer dan 60% van de MZs betrokken worden bij beslissingen over medicatie van de patiënt (36). Een grotere betrokkenheid bij het medicatiemanagement van de oudere was in kwantitatief onderzoek van Reeve et al. (2019) ook geassocieerd met een grotere bereidheid om medicatie te stoppen (39).

In kwalitatief onderzoek van Reeve et al. (2016) kwam naar voren dat MZs het soms moeilijk hadden met het maken van beslissingen voor de oudere, in het bijzonder wanneer de oudere nog in zekere mate zou kunnen meebeslissen. Eén MZ gaf aan dat beslissingen over de behandeling van de oudere ook op hem als MZ een impact kunnen hebben (37). In

kwantitatief onderzoek van Gaurang et al. (2021) gaf ongeveer één derde van de MZs aan dat veranderingen in het medicatiegebruik stress zou kunnen veroorzaken (36).

## 4.2 Resultaten kwalitatief onderzoek

### *4.2.1 Kenmerken van de mantelzorgers en de ouderen*

Negen van de elf MZs waren vrouwen met een leeftijd variërend van 49 tot 75 jaar. Drie van hen zorgden voor een oudere die in een WZC verbleef. Alle MZs hadden een familieband met de oudere waarbij ze de partner, zoon of (schoon)dochter waren.

***Tabel 2**: Kenmerken van de deelnemende mantelzorgers en de ouderen. AD: antidepressiva, M: mannelijk, MZ: mantelzorger, V: vrouwelijk, WZC: woonzorgcentrum*

| | **Geslacht van de MZ** | **Leeftijd van de MZ (jaar)** | **Relatie tot de oudere** | **Geslacht van de oudere** | **Leeftijd van de oudere (jaar)** | **Oudere met dementie** | **Woonplaats van de oudere** | **Aantal jaren AD** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MZ 1** | V | 49 | Dochter | V | 77 | Nee | Thuis | 6 |
| **MZ 2** | V | 74 | Partner | M | 78 | Nee | Thuis | 10 |
| **MZ 3** | V | 49 | Dochter | V | 89 | Nee | Thuis | 2 |
| **MZ 4** | V | 75 | Partner | V | 85 | Ja | WZC | 11 |
| **MZ 5** | V | 60 | Dochter | V | 85 | Nee | Thuis | 2 |
| **MZ 6** | M | 53 | Zoon | M | 79 | Nee | Thuis | 4 |
| **MZ 7** | V | 54 | Dochter | V | 81 | Nee | Thuis | 5 |
| **MZ 8** | V | 61 | Dochter | V | 86 | Nee | WZC | 2 |
| **MZ 9** | V | 52 | Dochter | V | 76 | Nee | Thuis | 10 |
| **MZ 10** | M | 69 | Zoon | V | 87 | Ja | WZC | 5 |
| **MZ 11** | V | 51 | Schoondochter | V | 80 | Ja | Thuis | 3 |

Tijdens de interviews met de MZs werden meerdere factoren aangehaald die de visie van MZs op het stoppen van langdurig gebruik van ADa zowel positief als negatief beïnvloeden. Vijf thema's konden hierbij geïdentificeerd worden: visie op ADa en een depressie [1], visie op het gebruik van ADa bij ouderen [2], angst voor herval [3], de rol van de MZ [4] en andere hulpverleners [5] bij het stoppen. Tabel 3 geeft quotes weer die elk subthema bijkomend illustreren.

***Tabel 3**: Quotes uit de interviews die de subthema's illustreren. J: jaar, MZ: mantelzorger, WZC: woonzorgcentrum*

| | | |
|---|---|---|
| **THEMA 1: Visie op antidepressiva en een depressie** | | |
| Effect van antidepressiva | | |
| MZ 3 | Vrouw, 49j | "Ik dacht op dat moment dat het niet meer goed zou komen. Ze zou niet meer kunnen veranderen, maar het is zeker weten door de steun van het antidepressivum dat ze beter is geworden." |
| MZ 4 | Vrouw, 75j, oudere in WZC | "Volgens mij werkt dat niet meer. Ik denk het niet, na al die jaren. Na meer dan 10 jaar weet ik niet of het nog werkt." |
| Veiligheid van antidepressiva | | |
| MZ 2 | Vrouw, 74j | "Zo'n boosdoener denk ik niet dat het is, want er zijn toch mensen genoeg die het moeten nemen." |
| MZ 5 | Vrouw, 60j | "En dan, goh, als ik weet dat ze door het medicijn nu een 'ijskonijn' is - om het met haar woorden te zeggen - dan zou ik er perfect mee kunnen leven, omdat ik weet waarvan het komt. Mij stoort het niet." |
| MZ 9 | Vrouw, 52j | "Bijvoorbeeld dat ze medicatie moet nemen die vecht met dat antidepressivum. Wanneer ze zeggen van: "Oei, dat gaat niet samen". Oké, dan probeer je het af te bouwen. Maar heb je dan een alternatief als het niet lukt?" |
| Kennis over antidepressiva van de oudere en zijn depressie | | |
| MZ 4 | Vrouw, 75j, oudere in WZC | "Ik heb het niet meer in handen. Ik zou het zelf moeten vragen. Ik heb hier [de medicatielijst] hetgeen dat ze nam voordat ze naar het woonzorgcentrum is gegaan. (…) Dus is daar nu iets afgegaan of bijgekomen? Dat weet ik niet. Nee, dat weet ik niet of er iets veranderd is." |
| MZ 6 | Man, 53j | "De bijwerkingen? Nee, die ken ik niet. Wat het wel doet: die gemoedsschommelingen zijn weg. Maar wat de bijwerkingen zijn? Ik veronderstel dat je het dan hebt over fysieke bijwerkingen? Ik zou het echt niet weten." |
| MZ 6 | Man, 53j | "[Antwoord op de vraag of hij ooit zelf een stop zou suggereren] Euhm, na dit interview waarschijnlijk wel (lacht). Maar ik geef eerlijk toe: ervoor had ik er nooit bij stilgestaan." |
| **THEMA 2: Visie op het gebruik van antidepressiva bij ouderen** | | |
| Perceptie van de oudere | | |
| MZ 2 | Vrouw, 60j | "Hij heeft dat echt wel nodig nu, want hij wil iets doen en dat gaat niet meer. En dan is hij wat kalmer. (...) Ja, hij wil met iets bezig zijn." |
| MZ 7 | Vrouw, 54j | "Wat heeft dat voor zin om een antidepressivum te starten bij iemand met beginnende dementie? Wij worden met zoveel situaties geconfronteerd in ons woonzorgcentrum dat ik bij bepaalde zaken wel echt mijn bedenkingen heb. Ik vind dat je dat niet moet doen." |

| | | |
|---|---|---|
| Levensomstandigheden | | |
| MZ 1 | Vrouw, 49j | “Ik heb een broer die alcoholverslaafd is. Dat geeft haar ook veel zorgen. (...) Dus als ze volledig zou stoppen, denk ik dat ze te veel zou piekeren. Nu piekert ze soms ook veel, maar als ze volledig stopt denk ik dat het nog meer zou zijn. En dat dat voor haar niet goed zou zijn.” |
| MZ 9 | Vrouw, 52j | “Als mensen ouder worden, worden ze sowieso meer en meer geconfronteerd met vrienden die plots ziek worden en overlijden. (...) Op een week tijd kunnen ze van meerdere personen horen dat iemand op sterven ligt en de andere persoon met kanker niet lang meer te leven heeft. Maar dat zijn zaken waar ze ook allemaal mee bezig zijn. Laat ze ermee omgaan zoals het nu is.” |
| Polyfarmacie en routine | | |
| MZ 1 | Vrouw, 49j | “Maar ik denk niet dat het zou lukken om volledig te stoppen. Ze neemt het al jaren in.” |
| MZ 4 | Vrouw, 75j, oudere in WZC | “Maar ik zou wel proberen [stoppen]. Hoe minder, hoe beter. Want na een tijd moet ze een hele lijst van medicatie nemen.” |
| **THEMA 3: Angst voor herval** | | |
| Impact op de mantelzorger en de omgeving | | |
| MZ 2 | Vrouw, 74j | “Als hij het moeilijk heeft, dan krijg ik het ook moeilijk. Dat is waar. Dan zou je al snel zeggen dat ze het maar terug geven. Ik wil dat hij rustig is.” |
| MZ 7 | Vrouw, 54j | “De centrale vraag blijft bij mij: ‘Kan ik, met al mijn persoonlijke zorgen die ik al heb, dat er nog bijnemen om mij zorgen te maken of het afbouwen wel zou lukken?’ Want je moet het proberen, maar de vraag is of het zou lukken. En dan is de volgende vraag: ‘Wat als het niet lukt?’ Maar dan heb je alweer problemen gehad. En die angst, daar heb ik het… Misschien is het egoïstisch. Ik weet het niet.” |
| Negatieve ervaringen van de mantelzorger zelf of anderen met stoppen | | |
| MZ 3 | Vrouw, 49j | “De zangeres Selah Sue is dan gestopt en met alternatieve zaken begonnen. En zij is dan volledig ingestort. En dan denk je: ‘Is dat dan de oplossing?’ Ik denk het niet hè.” |
| MZ 11 | Vrouw, 51j | “Ik heb zelf antidepressiva genomen en ik weet ook dat ik er serieus van heb afgezien tijdens de afbouw. Dat is niet te onderschatten, die fysieke symptomen.” |
| MZ 9 | Vrouw, 52j | “En dan zei ik: ‘Je hebt je pillen verminderd hé?’ En zij had gedacht om eens een dag te nemen en dan een dag weer niet, maar dat was geen goed idee. Dan is ze het terug zoals voorheen beginnen nemen en was ze een ander mens.” |
| **THEMA 4: Rol van de mantelzorger bij het stoppen** | | |
| Beslissing om te stoppen | | |
| MZ 3 | Vrouw, 49j | “Dat is niet mijn bevoegdheid. Ik moet daar niet mee bezig zijn. Dat is tussen haar en haar arts. En of dat nu een geneesmiddel voor haar schildklier is... Het is de arts die beslist wat er moet gebeuren. Ik vind niet dat ik mij daarover vragen moet stellen.” |

| | | |
|---|---|---|
| MZ 3 | Vrouw, 49j | “En dat zij zelf zegt: ‘Ja, ik zie het zitten om dat te proberen.’ Dan denk ik dat het voldoende is om dat mogelijk te maken. Maar ik weet ook niet of zij de initiator zou zijn om te zeggen dat ze er vanaf wil. Ik weet het niet.” |
| Ondersteuning tijdens de afbouw | | |
| MZ 8 | Vrouw, 61j, oudere in WZC | “Als ik vind dat het nodig is, zou ik de dokter bellen. Als ik zie dat het stoppen niet vlot verloopt of ze niet is zoals ik haar ken, zou ik dat wel doen. Dan zou ik bellen en vragen wat hij denkt. Ik bel nogal gemakkelijk als het is om te overleggen.” |
| MZ 7 | Vrouw, 54j | “Maar ik weet ook dat naar hier komen wonen voor mij ook druk zou geven, want ze is wel heel vastklampend en ik wil ook niet voor alles wat ik doe verantwoording moeten afleggen. Dat houdt mij nu nog tegen.” |
| **THEMA 5: Rol van de huisarts en andere hulpverleners bij het stoppen** | | |
| Vertrouwen in de huisarts | | |
| MZ 3 | Vrouw, 49j | “Zolang ik vind dat het met haar goed gaat, zie ik niet de noodzaak om een arts of haar behandelend arts daarover vragen te stellen.” |
| MZ 4 | Vrouw, 75j, oudere in WZC | “Dat is mijn gevoel daarover: dat ze eerder iets zouden bijgeven als er zich iets voordoet. Natuurlijk niet als er niets is, zoals nu. Maar als ze bijvoorbeeld veel hoofdpijn zou krijgen, dan zeggen ze: ‘Geef dat maar extra.’ Wegnemen van medicatie doen ze niet.” |
| Rol van de huisarts | | |
| MZ 6 | Man, 53j | “Ik geef toe dat het nog niet geprobeerd is om het te verminderen of te stoppen. Dat is ook nog niet besproken. Dat is ook nog niet door mij voorgesteld, omdat ik denk dat het ergens wel noodzakelijk zal zijn. Natuurlijk, ik herhaal het nog eens, misschien voelt hij zich wel even goed zonder die medicatie. Maar het voorstel of de poging om te verminderen is nog niet aan bod gekomen.” |
| MZ 7 | Vrouw, 54j | “Hij heeft dat opgestart met de duidelijke vermelding om het tijdelijk te proberen en te evalueren hoe het gaat.” |
| MZ 1 | Vrouw, 49j | “Dat moet echt heel langzaam afgebouwd worden in samenspraak met de arts en ook met controles door de arts. (…) Dat ze regelmatig gecontroleerd en onderzocht wordt. Dat er geluisterd wordt naar haar klachten, gedachten en emoties. Ik denk toch dat dat heel belangrijk is. Dat als er iets is het tijdig terug opgemerkt kan worden.” |
| Ondersteuning door andere hulpverleners | | |
| MZ 1 | Vrouw, 49j | “Ik denk dat haar dat wel goed zou doen om bij een psycholoog te gaan. (...) Door de taal is het ook nog eens moeilijk, dus het zou een Turkstalige psycholoog moeten zijn.” |
| MZ 4 | Vrouw, 75j, oudere in WZC | “Dus ik zou niet uit mijzelf zeggen om dat weg te laten. Daar [in het woonzorgcentrum] is er controle en is ze onder de mensen. Hier [thuis], nee, dan weet ik zeker dat het hetzelfde zou zijn als toen. Absoluut. Dat is moeilijk hè.” |

### *4.2.2 Visie van de mantelzorger op antidepressiva en een depressie*

Dit thema belicht verschillende aspecten van de visie van MZs op ADa en een depressie, waarbij het ervaren effect, de veiligheid en de bijwerkingen aan bod komen die allen een invloed hebben op het al dan niet overwegen van het stoppen van het AD. Daarnaast speelt ook de kennis van de MZ over het AD van de oudere een rol.

#### *Effect van antidepressiva*

De opinie van de MZ wordt beïnvloed door het waargenomen effect van het AD. De meeste geïnterviewde MZs hebben na de opstart van dit geneesmiddel een positief effect bij de oudere ervaren, wat hun overtuiging van de effectiviteit van het AD versterkt en een barrière vormt om later het AD te stoppen (MZ 1-7,9).

Mantelzorgers die zelf een AD innemen, hebben ook bij zichzelf een positief effect van het AD ervaren, wat een bijkomende barrière vormt om de oudere aan te moedigen tot een stop (MZ 3,11).

> *"Voor mij is dat een medicijn zoals een ander. Uw vooroordeel daarover valt grotendeels weg, omdat je zelf weet wat voor een verschil het kan maken. En zelfs wanneer je u door andere zaken beter voelt opdat je uw antidepressivum zou kunnen afbouwen, ben ik er niet van overtuigd dat dit altijd kan." - (MZ 3, vrouw 49j)*

Echter, niet alle MZs zijn overtuigd dat het AD zijn positieve werking behoudt en uiten twijfels over een blijvend positief effect na langdurig gebruik. Als gevolg daarvan staan ze ervoor open een stop van het AD bij de oudere te overwegen (MZ 4).

#### *Veiligheid van antidepressiva*

Ook de perceptie van de veiligheid van ADa speelt een rol om het AD te stoppen. Sommige MZs beschouwen de dosis van het AD als licht en onschadelijk en minimaliseren het gebruik ervan (MZ 2,3,5,7). Bovendien is er door het frequent gebruik ervan in de populatie vertrouwen in het geneesmiddel (MZ 2). Daarnaast worden ADa vergeleken met andere psychofarmaca die omwille van het risico op verslaving of sederende bijwerkingen negatiever beoordeeld worden dan ADa (MZ 5,7).

> *"En als het niet verslavend is, dan is het ook niet zoals een 'slaperke': dat ze op de grond vallen als ze er te veel van nemen. Dat was eigenlijk mijn geruststelling. En dan heb ik mij er verder ook geen vragen bij gesteld." - (MZ 5, vrouw 60j)*

Anderen beschouwen het AD echter niet als ongevaarlijk en zijn bezorgd over het optreden van gewenning (MZ 6,9-11), wat de kans op succesvol stoppen kan verkleinen en de bereidheid om het AD stop te zetten beïnvloedt (MZ 9).

> *"Dat zal een stuk zijn met de medicatie die opbouwt in uw bloed, denk ik. En als je dat niet meer neemt, dan verval je opnieuw in uw oude manier van zijn. En dat je daar zodanig aan gewoon bent dat het in uw bloed zit en je eigenlijk dat stukje nodig hebt." - (MZ 9, vrouw 52j)*

De perceptie van de veiligheid van het AD wordt eveneens beïnvloed door het al dan niet optreden van ongewenste effecten van ADa bij ouderen. De meerderheid van de MZs rapporteren bijwerkingen, met name emotionele vervlakking (MZ 5,6,9), slaperigheid (MZ 1,8), gewichtstoename (MZ 7) en duizeligheid (MZ 11). Deze bijwerkingen vormden voor sommigen een reden om het AD te proberen stoppen (MZ 7,9) of het stoppen te overwegen. (MZ 6,11).

> *"En zij [de oudere] zei heel categoriek: 'Ik ben ongelukkig aan het worden, want ik begin het ene na het andere voorbeeld in mijn geest op te roepen. En het doet mij precies allemaal niets meer. Ik ben een…' Het woord 'ijskonijn'. Dat heeft ze drie keer genoemd, denk ik." - (MZ 5, vrouw 60j)*

Anderzijds zijn er MZs die geen ongewenste effecten bij de oudere opmerken (MZ 2-4,10), hoewel ze het niet evident vinden om bijwerkingen van ADa te herkennen. Zo schreef één van de MZs de emotionele vervlakking initieel toe aan de ouderdom (MZ 5). Een andere MZ vindt het moeilijk om bijwerkingen vast te stellen, omdat haar partner in een WZC verblijft en ze daardoor haar gezondheid minder goed kan inschatten (MZ 4).

Optreden van bijwerkingen bij de oudere is niet altijd een reden voor de MZ om het stoppen van het AD te overwegen. In sommige gevallen worden de bijwerkingen van het AD getolereerd, omdat de oorzaak gekend is (MZ 5) of de voordelen groter lijken dan de mogelijke nadelen die verbonden zijn aan het stoppen van het AD (MZ 6,9).
Eén van de MZs geeft aan dat ze indien mogelijk wel zou opteren voor een geneesmiddel met eenzelfde effect, maar minder bijwerkingen dan een AD (MZ 9).

Bepaalde MZs halen daarbij ook aan dat de levenskwaliteit en de gemoedstoestand van de oudere van groter belang zijn dan de mogelijke ongewenste effecten van het AD (MZ 7,9). Voor de MZs primeert het dat de oudere zich goed voelt.

> *"Oké, ja, die paar kilo's. (...) Maar ze is 81 geworden hè? Ze kan nog alles. Ze geniet ongelooflijk van op restaurant te gaan. Ze kan mee op reis. Wie kan dat?" - (MZ 7, vrouw 54j)*

Eén van hen is er bovendien van overtuigd dat de voorgeschreven medicatie noodzakelijk is om de levenskwaliteit van de oudere te vrijwaren (MZ 6).

> *"Ik denk altijd dat medicijnen gegeven of voorgeschreven worden om de levenskwaliteit goed te houden of beter te maken, zeker niet om het omgekeerde te bereiken. Dus ergens denk ik dat er wel een bepaalde noodzaak zal zijn waarom het er nog in zit." - (MZ 6, man 53j)*

Daarentegen werd een mogelijke interactie met een ander, levensnoodzakelijk geneesmiddel wel beschouwd als een reden om het AD te stoppen (MZ 9).

*Kennis over antidepressiva van de oudere en zijn depressie*

Het is echter opvallend dat de kennis van de MZs over ADa en een depressie zeer beperkt is. Slechts enkele MZs kennen de naam van het AD dat de oudere inneemt (MZ 7,11). Andere MZs zijn niet (meer) op de hoogte van de startdatum van het AD, mede door het jarenlang gebruik ervan (MZ 1,2,4-7,11). Ook blijkt de actuele medicatielijst niet altijd gekend, zeker wanneer de oudere in het WZC verblijft (MZ 2-4,8,10). Sommigen zijn zelfs niet op de hoogte van het feit dat de oudere een AD neemt wanneer deelname aan deze studie wordt voorgesteld (MZ 5,8,10).

> *"Ik wist dat hij haar een pilletje had gegeven voor die onrustigheid. Want ik vroeg het hem: 'Zeg dokter, dat interview van uw collega, wat kan ik erover zeggen? Mama neemt toch geen AD?'" - (MZ 5, vrouw 60j)*

Ook geven verschillende MZs aan de mogelijke negatieve effecten van ADa niet te kennen (MZ 1,2,4-6,8-10). Eén MZ staat hier bewust niet bij stil, tenzij klachten optreden na inname van de medicatie (MZ 9).

> *"Ik begin pas te kijken naar de bijsluiter als ik iets voel: 'Zou dat eventueel een bijwerking kunnen zijn?' Omdat ik anders de neiging heb om alles te voelen als ik het op voorhand lees." - (MZ 9, vrouw 52j)*

Een opvallend contrast is zichtbaar bij een andere MZ die - vanuit haar achtergrond als geriatrisch verpleegkundige - wel de mogelijke bijwerkingen van ADa kent (MZ 11).

Verder is ook de kennis over een depressieve stoornis beperkt (MZ 1). Mantelzorgers hebben uiteenlopende ideeën over de oorzaak ervan, wat de mogelijkheid van een succesvolle stoppoging van het AD beïnvloedt. Sommigen beschouwen een depressie als een biochemisch onevenwicht waarop men geen invloed kan uitoefenen (MZ 3). Anderen schrijven de oorzaak eerder toe aan negatieve levensgebeurtenissen zoals sociale isolatie tijdens de Covid-19 pandemie (MZ 3) of het verlies van een partner (MZ 6), waarbij volgens één van hen het AD gestopt kan worden na die gebeurtenis (MZ 6).

*"Want je weet dat veel van die zaken chemische processen in uw hoofd zijn. Mocht ik het anders kunnen regelen in mijn hoofd, zou ik het onmiddellijk doen. En één van die manieren is om medicijnen te gebruiken. En het is gewoon een proces zoals een ander op een andere plaats in uw lichaam." - (MZ 3, vrouw 49j)*

Er zijn ook MZ's die denken dat het karakter van de oudere bijdraagt aan het ontstaan van de depressie. Volgens één MZ lijkt een stop hierdoor onmogelijk gezien bepaalde persoonskenmerken niet veranderd kunnen worden (MZ 9). Voor een andere MZ maakt het een medicamenteuze behandeling met ADa juist overbodig (MZ 5).

*"Mama heeft veel kronkels in haar hoofd en piekert veel. Eigenlijk is ze meer voer voor de psycholoog dan voor antidepressiva, moest ze jonger zijn. Om te leren om minder te piekeren, want dat zou haar al veel helpen." - (MZ 5, vrouw 60j)*

Bijkomend zijn niet alle MZs zich bewust dat het AD gestopt kan worden. Na het interview overwogen enkele MZs (MZ 5,6) en één van de ouderen (MZ 5) een stop. Voorafgaand aan het interview had deze oudere de wens om te stoppen geuit. Omdat de MZ niet zelf wou beoordelen of dit mogelijk was, had ze de oudere gestimuleerd om haar HA te contacteren (MZ 5).

### *4.2.3 Visie op het gebruik van antidepressiva bij ouderen*

Dit thema onderstreept dat MZs bij het overwegen van een stop van ADa rekening houden met de kenmerken van de oudere, met name hun afhankelijkheid en fysiek en psychisch welzijn. De beslissing om ADa verder te zetten of te stoppen wordt ook beïnvloed door de levenskwaliteit, levensomstandigheden en polyfarmacie bij de oudere.

#### *Perceptie van de oudere*

De manier waarop de MZ de afhankelijkheid en het welzijn van de oudere inschat, beïnvloedt of een stop van het AD overwogen wordt. Eén van de ouderen is in het dagelijks leven sterk afhankelijk van de MZ voor zijn dagelijks functioneren, waardoor het AD als essentieel wordt beschouwd om met deze fysieke achteruitgang om te gaan (MZ 2).

Ook het cognitief functioneren van de oudere beïnvloedt of een MZ een afbouw overweegt. Sommige ouderen zijn cognitief nog sterk en beheren daardoor (gedeeltelijk) hun eigen medicatie. Ze zijn zich dus mogelijk meer bewust van het stopproces (MZ 3,5,7,9) en zouden als gevolg daarvan meer stress kunnen ervaren bij een stoppoging (MZ 7).

Daarentegen zou bij een oudere met dementie stoppen gemakkelijker zijn volgens één van de MZs, gezien de oudere niet meer op de hoogte is van haar medicatie en ze geen weerstand zou bieden wanneer een stoppoging wordt voorgesteld (MZ 4). Anderzijds wordt het beoordelen van het welzijn van ouderen met dementie als moeilijker beschouwd (MZ 4).

> *"Zaken die zouden helpen? Het haar gewoon niet meer geven, want ze weet niet wat ze krijgt." - (MZ 4, vrouw 75j, oudere in WZC)*

Zoals eerder aangehaald is de levenskwaliteit op oudere leeftijd voor sommige MZs van groot belang en speelt dit ook een rol bij het stoppen van het AD (MZ 7,9). Ze vinden het belangrijk dat de ouderen in goede gezondheid kunnen genieten van de resterende levensjaren. Echter, wanneer de levenskwaliteit als laag wordt ingeschat, zoals bij ouderen met dementie, wordt de zinvolheid van het AD door één MZ betwijfeld (MZ 7).

*Levensomstandigheden*

Ouderen worden vaak geconfronteerd met moeilijke levensomstandigheden zoals (chronische) medische aandoeningen, rouw, familiale problemen en/of (sociale) isolatie in hun eigen leven of in het leven van hun naasten. Hierdoor wordt het stoppen van ADa door sommige MZs als moeilijk of zelfs onmogelijk beschouwd. Het AD zou de ouderen helpen omgaan met deze negatieve ervaringen (MZ 1,2,11). Eén van de MZs deelde dat het stoppen van ADa waarschijnlijk zou leiden tot overmatig piekeren bij de oudere, gezien haar zorgen over een familielid met een alcoholverslaving (MZ 1). Een andere MZ benoemde de noodzaak van het AD voor zijn vader omwille van de confrontatie met zijn eigen verminderd fysiek functioneren na het krijgen van een beroerte (MZ 6).

Gezien ouderen frequent geconfronteerd worden met verlieservaringen zoals ziekte en sterfte in hun omgeving, beschouwt een andere MZ het AD als een hulpmiddel om met deze negatieve emoties om te gaan (MZ 9). Ze merken op dat praten over emoties en gevoelens bij deze gebeurtenissen niet gemakkelijk lijkt voor deze oudere generatie (MZ 7,11).

> *"Door wat ze heeft meegemaakt in het verleden is het voor haar heel moeilijk om over gevoelens te praten. Er mag niet veel gebeuren of ze is uit evenwicht." - (MZ 7, vrouw 54j)*

Andere MZs geven daarentegen aan dat lijden en bepaalde negatieve emoties normaal zijn op oudere leeftijd en medicatie daarvoor niet altijd nodig is (MZ 6,7).

> *"Maar het normaal reageren op slecht nieuws is geen reden om terug te grijpen naar die antidepressiva, want dan zullen er veel mensen dat moeten nemen denk ik." - (MZ 6, man 53j)*

Om een stop van het AD te overwegen vinden MZs het essentieel dat er sprake is van een stabiele situatie zonder negatieve levensgebeurtenissen (MZ 1,3,9).

Ze benadrukken ook het belang van een goede sociale omkadering van de oudere (MZ 1,3,6,7,9) en een gezonde financiële situatie (MZ 9). Zelfs het vinden van een nieuwe partner na een rouwproces kan als bevorderende factor voor het stoppen worden beschouwd (MZ 9). Mogelijke nieuwe ernstige ziekten bij de oudere of nieuwe lockdowns worden als belemmerende factoren beschouwd door de MZ voor het overwegen van het stoppen van AD (MZ 3).

*Polyfarmacie en routine*

Volgens MZs zijn ouderen het gewoon om dagelijks meerdere medicijnen in te nemen waardoor er weinig tot geen vragen gesteld worden over de inname ervan (MZ 2,3). Het AD wordt als even vanzelfsprekend en noodzakelijk beschouwd als de inname van andere preventieve chronische medicatie, zoals bloeddrukverlagende medicijnen (MZ 3). Bovendien is de inname van het AD langdurig en wordt de dagelijkse inname een routine (MZ 2-3). Daarom denken MZs dat hoe langer het geneesmiddel ingenomen wordt, hoe moeilijker het lijkt om ermee te stoppen (MZ 1,2).

Eén MZ staat eerder negatief ten opzichte van polyfarmacie en wilt een vermindering van het aantal medicijnen op oudere leeftijd, wat hem stimuleert om het stoppen van ADa te overwegen (MZ 4). Ook een andere MZ lijkt niet tevreden over de langdurige inname van allerlei medicatie, wat eveneens een reden kan zijn om te stoppen (MZ 11).

### *4.2.4 Angst bij de mantelzorger voor herval van de depressie bij de oudere*

De angst voor een mogelijke terugval, die de stabiele situatie zou kunnen verstoren, weerhoudt MZs vaak van een (nieuwe) stoppoging. Deze angst kan om diverse redenen ontstaan.

*Impact op de mantelzorger en de omgeving*

De angst voor herval kan gedeeltelijk worden verklaard doordat de depressieve episode van de oudere vaak grote gevolgen bleek te hebben voor de MZs en hun gezin (MZ 1,6-8). Eén MZ geeft zelfs aan dat het AD aanvankelijk werd gestart, omdat zijn draagkracht als MZ overschreden werd (MZ 6).

> *"In begin ben je een spons. Je neemt dat allemaal op, maar je kan dat niet. En ik heb dat bewust losgelaten. (...) Dat klinkt misschien egoïstisch, maar ik heb gezegd van 'Dit kan ik niet volhouden.'" - (MZ 6, man 53j)*

Een stoppoging zou daardoor opnieuw deze spanning kunnen veroorzaken bij MZs, wat ze liever willen vermijden (MZ 2,7,9). Sommigen geven daarbij aan dat hun draagkracht voor de stoppoging en een eventueel herval op dit moment onvoldoende is (MZ 7,9). Het optreden van een herval zou zowel voor de oudere, maar zeker ook voor de omgeving en de MZ grote gevolgen hebben. Volgens de MZ zou de impact op de omgeving hierbij zelfs groter kunnen zijn dan de impact op de oudere zelf (MZ 6). Mantelzorgers zouden ook schuldgevoelens kunnen krijgen bij een herval, omdat ze zich hiervoor mede verantwoordelijk voelen (MZ 7).

> *"Voor wie [moet je afbouwen]? Voor hem of voor ons? Da's de eerste vraag die je u moet stellen." - (MZ 6, man 53j)*
>
> *"Je ziet natuurlijk niemand graag achteruit gaan. En als het gebeurt door de natuur is dat helemaal anders dan wanneer je zelf een ingreep doet in een medicatiebeleid." - (MZ 7, vrouw 54j)*

Bovendien zien ze het stoppen als een moeilijk proces dat veel ondersteuning vraagt (MZ 6,9). Ze zouden tijdens deze periode meer tijd willen besteden aan de zorg en hun rol als MZ, wat niet voor iedereen haalbaar of combineerbaar is met hun dagelijks leven (MZ 6,9).

*Negatieve ervaringen van de mantelzorger zelf of anderen met stoppen*

Mantelzorgers aarzelen ook om te stoppen vanwege persoonlijke negatieve ervaringen (MZ 3,11), negatieve ervaringen van anderen in hun omgeving (MZ 1) of negatieve verhalen in de media (MZ 3) over het stoppen van AD. Eén van de MZs ervaarde zelf belangrijke onttrekkingsverschijnselen na het stoppen van een AD, wat een barrière vormt om een stoppoging bij de oudere te stimuleren (MZ 11).

Door sommigen wordt bovendien verondersteld dat stoppen van het AD bij ouderen minder gunstig is (MZ 7,9) of moeilijker kan zijn dan bij jongere volwassenen (MZ 11).

> *"Een jong persoon heeft nog een heel leven voor zich. Als hij dat niet nodig heeft, zijn het zoveel jaren dat hij zonder die medicatie kan. Maar iemand die ouder is met de jaren die hem nog resten? Waarom die jaren slecht maken als ze goed kunnen zijn? Als je ouder wordt, is het de bedoeling dat je ook van je leven kan genieten."- (MZ 9, vrouw 54j)*

De angst voor herval kan worden verklaard door eerdere mislukte pogingen om ADa te stoppen. Deze negatieve ervaring vormt een belangrijke hindernis voor de MZ (MZ 7,9). Door het opnieuw optreden van depressieve klachten hebben twee MZs ontdekt dat de oudere op eigen houtje het AD gestopt was (MZ 7,9). Daarenboven is er soms een duidelijke verbetering in de symptomen na het herstarten van het AD, wat de noodzaak van het AD bevestigt voor de MZ (MZ 9).

*"En op een bepaald moment voelde ik dat het precies niet meer ging. Dat het bergaf ging. En dan ben ik haar medicatie gaan controleren en zag ik dat dat pilletje daar niet meer in lag." - (MZ 7, vrouw 54j)*

### *4.2.5 Rol van de mantelzorger bij het stoppen*

Dit onderwerp behandelt hoe MZs hun rol zien bij het stoppen en hoe dit hun perspectief op stoppen beïnvloedt.

*Beslissing om te stoppen*

Niet alle MZs willen betrokken worden bij de beslissing om te stoppen. Redenen hiervoor zijn dat ze weinig betrokken zijn sinds de oudere in het WZC verblijft (MZ 4) of omdat ze zichzelf onvoldoende bekwaam voelen om deze beslissing te maken (MZ 4-6,10).

*"Ik zie haar twee keer een uur in de week. Dan zie je niets aan haar. (...) Dus welke medicatie heeft zij nog nodig? Wat mag er bij of af? Geen flauw idee. Dat moeten de dokters weten." - (MZ 4, vrouw 75j, oudere in WZC)*

Bij ouderen die cognitief sterk genoeg zijn om zelf te beslissen, wensen verschillende MZs deze autonomie te respecteren en laten ze de beslissing liever aan de oudere en de arts over (MZ 3,5,9). Anderzijds kan er ook bij nog cognitief goed functionerende ouderen weinig interesse zijn in de medicatie waardoor de MZ wel verantwoordelijk wordt voor de beslissing (MZ 6).

*"Dat is zo een balans waarop je zit. Want hij zou zelf niet zeggen tegen de dokter om opnieuw antidepressiva voor te schrijven. Dat ligt dus eigenlijk bij mij en de thuisverpleging, die ook wel zal opletten. Maar de beslissing om contact te nemen met de huisarts en de signalen die wij zien door te geven, ligt volledig bij mij." - (MZ 6, man 53j)*

Andere MZs willen daarentegen actief betrokken worden bij de beslissing tot stop (MZ 3,6,9,11). Sommigen willen dit doen om te kunnen inschatten of het stoppen haalbaar is (MZ 6,9). Enkele MZs vinden dat een stop door de oudere zelf voorgesteld mag worden, maar betwijfelen of dit wel verwacht kan worden van de oudere (MZ 3,7,9).

*Ondersteuning tijdens de afbouw*

Mantelzorgers zien voor zichzelf een rol tijdens het stoppen van ADa en geven aan de oudere te willen helpen (MZ 8,9,11). Ze vinden het belangrijk om op de hoogte te zijn van het stoppen (MZ 1,3,4,6,9,11) om de toestand van de oudere te kunnen opvolgen en gedragsveranderingen te kunnen melden aan de arts (MZ 3,4,8,9,11). Bovendien willen ze

aandachtig zijn voor het optreden van onttrekkingsverschijnselen (MZ 6,11) of herval (MZ 9,11).

> *"Mijn rol bij het stoppen? Gewoon mee in de gaten houden of iets verandert. Ik zou het wel graag willen weten als ze gestopt is. Niet om extra bij haar langs te gaan, maar gewoon om er bewust van te zijn dat het [antidepressivum] weg is." - (MZ 3, vrouw 49j)*

Echter, volgens MZs is herval moeilijk te herkennen, aangezien het onderscheid met een depressie moeilijk is en veranderingen na stoppen niet direct zichtbaar zijn (MZ 3). Bovendien haalt een MZ - wiens partner in een WZC verblijft - aan dat ze de oudere tijdens een stoppoging moeilijk kan opvolgen (MZ 4).

> *"En met dat soort zaken is het ook heel subjectief en duurt het soms lang voor je beseft wat er verandert. Terwijl je bij andere zaken, voor haar bloeddruk bijvoorbeeld, op twee dagen tijd ziet wat het betekent. Maar bij een antidepressivum is dat niet. Alé, toch voor zover ik het weet." - (MZ 3, vrouw 49j)*

Daarom zijn er zelfs overwegingen om de oudere in huis te nemen om de toestand te kunnen opvolgen (MZ 1,7), ook al zou dit een belangrijke impact hebben op het eigen mentaal welzijn van de MZ (MZ 7).

### *4.2.6 Rol van de huisarts en andere hulpverleners bij het stoppen*

De MZs benadrukken niet alleen hun eigen rol, maar ook de rol van de HA en andere hulpverleners bij het al dan niet succesvol stoppen van AD.

#### *Vertrouwen in de huisarts*

Verschillende MZs hebben een goed contact met de HA van de oudere. Sommigen gaan mee op consultatie (MZ 2,9) of zijn aanwezig bij huisbezoeken (MZ 6,11), terwijl anderen beperkt contact hebben vanwege een opname in het WZC (MZ 4,10) of het nog zelfstandig functioneren van de oudere (MZ 3,5).

Bijna alle MZs geven aan vertrouwen te hebben in de HA (MZ 1-3,6,10,11). Ze lijken zich geen vragen te stellen over de huidige medicatielijst zolang alles goed gaat (MZ 1-3). Hoewel MZs een regelmatige evaluatie van de medicatielijst door de arts verwachten, weten ze niet of deze effectief plaatsvindt (MZ 1,5). Daarnaast vertrouwen ze erop dat de HA kan beoordelen wanneer een stop mogelijk is en zijn ze bereid een stop te overwegen als de HA dit voorstelt (MZ 1,3,4). Mantelzorgers benadrukken hierbij dat artsen - en niet zijzelf - verantwoordelijk zijn om te bepalen of het AD kan gestopt worden (MZ 1-5,8,10,11).

*"Maar ik zou daarop wel volledig vertrouwen op het oordeel van de huisarts. Als die zegt om te stoppen, dan ga ik daarin mee." - (MZ 3, vrouw 49j)*

Andere MZs hebben daarentegen het gevoel dat artsen eerder terughoudend zijn om medicatie af te bouwen of te stoppen (MZ 3). Ze merken op dat het gebruik van ADa door sommige HAn geminimaliseerd wordt (MZ 5,7,8).

*"Want ik vroeg aan de dokter: 'Dat interview van uw collega, wat kan ik daarover zeggen? Mama neemt toch geen antidepressiva?' 'Jawel', zei hij, 'maar in de lichte vorm, want ook zwangere vrouwen mogen dat nemen. Dat is geen Temesta of Valium, maar een totaal andere categorie, de niet-verslavende categorie.'" (MZ 5, vrouw 60j)*

*Rol van de huisarts*

Veel ouderen krijgen hulp bij de medicatie. Zo vraagt de MZ bijvoorbeeld de herhaalvoorschriften aan tijdens de raadpleging (MZ 2,5-7,9,11), telefonisch bij het onthaal (MZ 1,6,9,11) of gebeurt dit via de verpleging van het WZC (MZ 4,8,10). Een MZ haalt hierbij aan dat het verlengen van medicatie zeer gemakkelijk kan verlopen zonder dat er een evaluatie van de oudere of een gesprek over het afbouwen volgt (MZ 6).

*"De medicijnen worden genomen en geraken op. Sommige zijn op voorschrift. Dan wordt er contact genomen met de dokter en wordt dat op de identiteitskaart gezet. Dus eigenlijk kan je vrij vlot, begrijp mij niet verkeerd, om uw voorgeschreven medicatie gaan door te bellen. - (MZ 6, man)*

Ook wanneer de arts bij de start vermeldde dat het AD slechts tijdelijk gegeven zou worden, wordt niet meer geëvalueerd of stoppen haalbaar is (MZ 7).

Als er toch een gesprek plaatsvindt over het afbouwen van het AD gaat de MZ er niet altijd op in omwille van de stabiele situatie bij de ouderen of omwille van een eerdere negatieve stoppoging (MZ 9).

*"Ja, ze hebben al verschillende keren gevraagd in de praktijk of zij niet zou proberen stoppen. Maar ik heb zoiets van: 'Nee.' Ik zie niet in waarom ze dat zou moeten doen als ze er goed mee is." - (MZ 9, vrouw 52j)*

Meerdere MZs halen hierbij aan dat het beschikbaar zijn van een alternatief geneesmiddel stoppen gemakkelijker zou maken (MZ 5,7,9).

Mantelzorgers zijn duidelijk bezorgd over mogelijke problemen bij het stoppen en wensen daarom begeleiding van de arts door middel van geplande evaluaties, zowel voor, tijdens als na het stoppen (MZ 1,3,4,7-9). Voor MZs lijkt het bovendien belangrijk dat de oudere tijdens het stopproces door één en dezelfde arts opgevolgd wordt (MZ 9).

*Ondersteuning door andere hulpverleners*

Gezien de MZ een stop als moeilijk inschat, wordt ondersteuning van de oudere door andere hulpverleners beschouwd als een bevorderende factor om het AD succesvol te stoppen. Niet alleen de HA, maar ook de psychiater (MZ 1,4) en de psycholoog (MZ 1,4,5,8,11) kunnen hierbij een rol spelen. Psychologische begeleiding kan echter bemoeilijkt worden door een taalbarrière (MZ 1) of omdat de ouderen hier geen ervaring mee hebben (MZ 7).

> *"Omdat dat [een psycholoog] wereldvreemd is voor hen. Die generatie ken dat niet, hè?" - (MZ 7, vrouw 54j)*

Ook van de thuisverpleging en de thuishulp - indien betrokken - wordt verwacht om de oudere mee op te volgen. Inlichting van alle betrokken hulpverleners is dus nodig (MZ 6). Daarnaast wordt de nabije aanwezigheid van verpleging in het WZC als een bevorderende factor voor het stoppen beschouwd (MZ 4). In het WZC kan de oudere voldoende ondersteuning krijgen en kan de verpleging zo nodig terugkoppelen naar de arts (MZ 4,8,10). Eén MZ ziet minder een rol voor andere hulpverleners, omdat de oudere moeilijk zorg toelaat (MZ 3).

> *"Dat het moeilijk kan zijn om haar te laten verzorgen. Tegen dat ze heeft toegegeven dat het met haar niet goed ging. Er zal wel wat tijd over zijn gegaan. Omdat ze nooit diegene wil zijn die zeurt." - (MZ 3, vrouw 49j)*

# 5. Discussie

## 5.1 Samenvatting

Hierboven worden verschillende factoren aangehaald die de visie van MZs op het stoppen van langdurig gebruik van ADa zowel positief als negatief beïnvloeden. Ten eerste zijn MZs minder bereid om ADa te stoppen gezien het ervaren positieve effect ervan bij de oudere. Hoewel ADa meestal als veilig worden beschouwd, zijn sommigen bezorgd over het optreden van verslaving. Er worden weinig bijwerkingen opgemerkt, maar de kennis van MZs over ADa, de bijwerkingen ervan en ook van een depressie blijkt beperkt.

De visie van MZs wordt daarnaast beïnvloed door de fysieke en psychische toestand van de oudere. Een goede levenskwaliteit primeert, waarbij de inname van een AD essentieel kan lijken volgens de MZ. Bovendien lijkt stoppen bij ouderen moeilijker en minder belangrijk dan op jonge leeftijd. Bij het overwegen van een stoppoging vinden MZs een goed sociaal netwerk en stabiele levensomstandigheden belangrijk, wat volgens hen bij ouderen niet altijd het geval is.

Mantelzorgers zijn niet geneigd om ADa te stoppen uit angst voor herval van de oudere met een mogelijke impact op zichzelf en hun omgeving. Ze beschouwen stoppen als een moeilijk proces dat veel ondersteuning vraagt. Hoewel ze hierbij graag willen helpen en een ondersteunende rol willen opnemen, zou niet elke MZ deze zorg op zich nemen. Daarenboven willen sommigen mee beslissen om al dan niet te stoppen met het AD, terwijl anderen de beslissing aan de arts en de oudere laten. De meeste MZs wensen wel geïnformeerd te worden om de oudere mee te kunnen opvolgen.

Omdat het stopproces als moeilijk wordt beschouwd, wenst men hierbij goede begeleiding van de HA en andere hulpverleners, zoals een psycholoog. Bijna iedereen heeft vertrouwen in de HA en acht hem/haar verantwoordelijk om een stop voor te stellen. Hoewel MZs ervan uitgaan dat de voorgeschreven medicatie noodzakelijk blijft en geëvalueerd wordt door de arts, was slechts één MZ op de hoogte van een evaluatiegesprek over het gebruik van AD.

## 5.2 Vergelijking met bestaande literatuur

### *5.2.1 Visie van de mantelzorger op antidepressiva en een depressie*

Onze studie toont aan dat MZs - evenzeer als HAn (31,32) en patiënten (30,34) - langdurig gebruik van ADa als veilig en effectief beschouwen waardoor stoppen niet nodig lijkt. Ook uit eerder kwalitatief onderzoek bleek dat MZs minder geneigd zijn om medicatie af te bouwen indien hiervan een positief effect werd ervaren (37).

Mantelzorgers hebben vertrouwen in ADa, mede omwille van het frequent gebruik ervan in de populatie. Reeve et al. voerden in 2016 een onderzoek uit naar de afbouw van medicatie in het algemeen bij ouderen. Hierbij beoordeelden MZs dat medicatie geschikt bleef mede omwille van het langdurig gebruik ervan (37). Hoewel sommige MZs in onze studie dezelfde mening hadden over het gebruik van ADa, werd het langdurig gebruik ervan ook in vraag gesteld.

Mantelzorgers beschouwen ADa als veiliger dan andere psychofarmaca zoals benzodiazepines, die een groter verslavend of sederend effect hebben. Zo bleek uit eerder onderzoek dat MZs minder waardering hebben voor geneesmiddelen met als bijwerking verwardheid of een veranderde mentale status (38). In onze studie worden weinig bijwerkingen gerapporteerd. De meeste ongewenste effecten worden door MZs, net zoals door patiënten (31) geaccepteerd, omdat de voordelen van het AD voor hen opwegen ten opzichte van de nadelen. Ook HAn zagen bij langdurig gebruik slechts een beperkt aantal ongewenste effecten (31,32). Desalniettemin hadden twee ouderen van MZs in onze studie omwille van de ervaren bijwerkingen reeds een niet-succesvolle stoppoging ondernomen. Ook in eerder onderzoek bij MZs (37,38), patiënten (30) en HAn (31) waren onaanvaardbare bijwerkingen een belangrijke reden voor een stop van een geneesmiddel.

Een mogelijke reden voor het beperkt aantal gerapporteerde ervaren bijwerkingen is een beperkte kennis. Een aantal MZs was zelfs niet op de hoogte van de inname van het AD, maar ook de werking en mogelijke bijwerkingen zijn weinig gekend. In eerder onderzoek naar de visie van MZs op het stoppen van psychofarmaca (35) en medicatieafbouw in het algemeen (40) werd reeds een beperkte medicatiekennis gerapporteerd. Ook bij HAn (32) is de kennis beperkt. Uit een studie van Lai et al (2022) bij MZs van ouderen met dementie blijkt echter dat MZs - na het ontvangen van informatie over psychofarmaca - eerder bereid zijn om psychofarmaca te stoppen dan andere medicatie (35).

Een andere reden om ADa te stoppen is het optreden van interacties met andere, levensnoodzakelijke geneesmiddelen. Huisartsen halen dezelfde reden aan en willen ADa bovendien ook stoppen bij een contra-indicatie voor ADa door het optreden van een nieuwe aandoening (31). Mantelzorgers en patiënten geven bovendien aan dat het beschikbaar zijn van een ander geneesmiddel met minder bijwerkingen het stoppen zou vergemakkelijken (30).

Het idee over de oorzaak van een depressie verschilt onderling. Sommigen MZs beschouwen een depressie, net zoals patiënten in eerder onderzoek (34), als een chronische ziekte met een biochemische oorzaak, terwijl anderen negatieve levensomstandigheden als oorzaak zien. Het idee over de oorzaak beïnvloedt de mate waarin de MZ geneigd is om afbouw van ADa te ondersteunen.

### *5.2.2 Visie op het gebruik van antidepressiva bij ouderen*

De visie van MZs op het gebruik van ADa wordt beïnvloed door de oudere leeftijd en de gezondheid van hun familielid. Indien de oudere fysiek of psychisch afhankelijk is van anderen wordt het AD als essentieel beschouwd om met deze verhoogde afhankelijkheid om te gaan. Daarentegen willen MZs van ouderen met een goed fysiek en cognitief functioneren het AD niet stoppen uit angst om het evenwicht te verstoren. Bovendien wordt stoppen op oudere leeftijd ingeschat als minder zinvol dan bij jongere personen. In een eerder onderzoek over het afbouwen van medicatie in het algemeen bleken MZs weinig bezorgd te zijn over mogelijke (toekomstige) schade door medicatie, net omwille van de beperkte levensverwachting van de oudere (37).

De zinvolheid van het AD wordt in vraag gesteld bij ouderen met dementie. Volgens een MZ van een oudere met dementie, verblijvend in een WZC, zou het AD gemakkelijker gestopt kunnen worden omdat de oudere zich niet bewust is van het stopproces. Bovendien beschouwt deze MZ een kleiner aantal medicijnen als positief. Zo bleek ook uit een studie van Lai et al. (2022) over het afbouwen van psychofarmaca bij ouderen met dementie dat de meeste MZs vonden dat de oudere veel medicatie innam (35). Dit sluit aan bij bevindingen van een studie van Van Leeuwen et al. (2022) waaruit blijkt dat HAn ervaren dat MZs van ouderen met dementie in een WZC vlotter akkoord gaan om ADa te stoppen (32). Ook zijn HAn meer geneigd om ADa te stoppen bij ouderen met dementie in een WZC, omdat de zorgdoelen verschillen van ouderen zonder dementie en de medicatielijst bij voorkeur zo kort mogelijk is (32). In onze studie gaf de MZ van een oudere met dementie aan dat zij niet akkoord zou gaan met het stoppen van ADa in een thuissituatie. Indien de zorg voor de oudere wordt overgenomen, zoals bij een opname in een WZC, lijkt een stop wel mogelijk.

Terwijl de aanwezigheid van dementie het stoppen van ADa lijkt te vergemakkelijken, stoppen HAn en patiënten daarnaast het gebruik van ADa bij voorkeur op een 'ideaal' moment, met name wanneer een positieve levensgebeurtenis of een positieve verandering plaatsvindt (30,31). Een aantal MZs in ons onderzoek halen echter aan dat ouderen vaker met verlieservaringen, zoals rouw of gezondheidsproblemen, geconfronteerd worden waardoor stoppen moeilijker lijkt. Ook HAn van ouderen in een WZC hebben het gevoel empathie te tonen door ADa verder te blijven voorschrijven, omdat ze het verblijf in een WZC associëren met verdriet, rouw en de laatste levensfase van de oudere (32). Sommige MZs blijken in een studie van Van Leeuwen et al. (2022) zelf vragende partij voor opstart van ADa bij ouderen in WZC, voornamelijk in het kader van eenzaamheid of somberheid (32). In onze studie worden deze negatieve emoties op oudere leeftijd door sommige MZs echter genormaliseerd en vinden ze medicatie hiervoor niet altijd vereist.

### *5.2.3 Angst bij de mantelzorger voor herval van de depressie bij de oudere*

Angst voor herval blijkt voor MZs de belangrijkste reden om af te zien van een stop. Ook HAn en patiënten zijn bang om ADa af te bouwen en daardoor de huidige stabiliteit te verstoren (30-32,34).

Meerdere MZs geven aan dat de depressieve episode van de oudere grote gevolgen had, zowel voor henzelf als voor hun gezin. Eén van hen vermeldt bovendien dat het AD werd gestart, omdat de draagkracht van de MZ overschreden werd. Ook patiënten zelf halen de belasting van hun omgeving aan als reden om het AD verder te zetten (30). Daarnaast zouden MZs zich schuldig voelen indien de oudere hervalt, gezien ze zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van de oudere. In een eerdere studie over het stoppen van ADa geven ook HAn aan dat ze deze schuldgevoelens zouden ervaren (32).

Net zoals bij patiënten (30,34) wordt de visie van MZs op het stoppen van ADa positief of negatief beïnvloed door eigen ervaringen of ervaringen van anderen. In ons onderzoek hebben twee ouderen op eigen initiatief het AD gestopt en zijn ze herstart na het optreden van symptomen. Het is onduidelijk of deze te kaderen waren binnen onttrekkingsverschijnselen dan wel herval. De betreffende MZs waren omwille van deze ervaring minder geneigd om een nieuwe stoppoging te ondernemen. Ook in eerder onderzoek gaven patiënten aan dat het onderscheid tussen onttrekkingsverschijnselen en herval moeilijk is (30,34).

### *5.2.4 Rol van de mantelzorger bij het stoppen*

Mantelzorgers spelen op verschillende manieren een rol bij het gebruik van ADa bij ouderen. De mate waarin ze betrokken willen worden bij de beslissing over een stop varieert. Eerder onderzoek toont aan dat MZs het maken van beslissingen omtrent de medicatie van de ouderen moeilijk vinden (37). Dit stemt overeen met bevindingen in ons onderzoek, waarbij één van de MZs aangeeft dat hij het moeilijk vindt om een beslissing te maken over de medicatie van zijn vader. In eerder kwantitatief onderzoek van Reeve et al. (2019) was een grotere betrokkenheid bij het medicatiemanagement geassocieerd met een grotere bereidheid om te stoppen (39).

Daarnaast kunnen MZs een belangrijke ondersteunende rol opnemen gezien het nauwe contact met de oudere. Eerder onderzoek over het gebruik van ADa bij patiënten toonde aan dat ondersteuning van familie of vrienden het stoppen van ADa kan vergemakkelijken. Bij gebrek aan ondersteuning vanuit de omgeving blijkt de drempel om ADa te stoppen groter (30,34). Mantelzorgers geven bovendien aan dat ze in een goede positie zijn om de oudere op te volgen, net zoals geconstateerd wordt in voorgaand onderzoek over het stoppen van medicatie in het algemeen (37). Het nauwe contact met de oudere maakt dat ze de gevolgen van het stoppen van medicatie mee kunnen monitoren. Ook HAn gaven aan dat MZs van ouderen in een WZC een belangrijke rol kunnen spelen in het opvolgen en ondersteunen van de ouderen tijdens een stop. Dit kan bijvoorbeeld door meer tijd met de oudere te spenderen om hem/haar mee te observeren en het sociaal contact te vergroten (32).

### *5.2.5 Rol van de huisarts en andere hulpverleners bij het stoppen*

Niet alleen de MZ, maar ook de HA speelt een belangrijke rol bij het stoppen van AD. Eerder onderzoek bij MZs (35,37,39) en patiënten (30,34) toonde reeds aan dat de bereidheid om te stoppen mee bepaald wordt door de HA. Hoewel MZs in eerder onderzoek een grote bereidheid tonen om het advies van de HA omtrent het stoppen van medicatie te volgen, lag de focus in die studies niet op het stoppen van ADa (35,37,39). Ons onderzoek bevestigt echter dat ook bij ADa de mening van de HA van sterk belang is. Mantelzorgers verwachten, zoals in eerder onderzoek over medicatieafbouw in het algemeen (37), informatie en opvolging van de HA tijdens het stopproces.

Desalniettemin blijkt uit studies dat HAn weinig gemotiveerd zijn om ADa te stoppen en het stopproces als energie- en tijdrovend beschouwen (30,32). Sommige HAn bouwen het AD af zonder akkoord van de MZ, maar hebben hierdoor reeds weerstand ervaren van de MZ (32). Daarnaast zijn ze angstig om de vertrouwensrelatie met de MZ te verstoren door het stoppen

van ADa aan te brengen en om verantwoordelijk gesteld te worden bij herval van de oudere (32).

Meerdere MZs bemerken dat de medicatie van de oudere vlot verder voorgeschreven wordt. Herhaalvoorschriften worden dikwijls afgeleverd zonder dat de HA een medicatiereview doet of een stopproces bespreekt (30,32,34). In lijn met voorgaand onderzoek (40) hebben de MZs weinig ervaring met het bespreken of in vraag stellen van de huidige medicatielijst. Daarenboven blijken HAn te veronderstellen dat patiënten het AD willen continueren zolang er geen actieve vraag is om te stoppen (31).

Bij het stoppen van ADa is een grote rol weggelegd voor de HA, die op zijn beurt zelf hulp wil krijgen tijdens het stopproces, bijvoorbeeld van een psycholoog (30,31,34). Ook bij ouderen in WZC wordt de ondersteuning van een psycholoog als positief ervaren, maar is er een beperkte beschikbaarheid. In ons onderzoek stonden MZs eveneens positief ten opzichte van psychologische begeleiding, hoewel ze - net zoals sommige HAn (32) - niet overtuigd zijn dat de oudere hiervoor zou openstaan.

In eerder onderzoek bij MZs hadden verpleegkundigen in WZC eveneens een rol bij het stopproces, voornamelijk bij het geven van advies aan de HA (37). De MZs uit ons onderzoek zien echter een grotere rol voor de verpleegkundigen, gezien zij de oudere dagelijks zien en de toestand beter kunnen opvolgen. Ook HAn benadrukten de meerwaarde van het zorgpersoneel in een WZC, maar benoemden tegelijkertijd dat een hoge werkdruk en tijdgebrek weinig ruimte bieden om ouderen voldoende te kunnen begeleiden (32). Bovendien leidt herval van een oudere tot een grote impact op het zorgpersoneel, gezien zij instaan voor de zorg (32).

## 5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Mantelzorgers kunnen - mits toestemming van de oudere - een belangrijke rol spelen bij het medicatiebeheer van de oudere, zo ook bij de afbouw van AD. De beperkte kennis van MZs over (de inname van) ADa is echter opvallend. Het actief betrekken en informeren van MZs over ADa kan leiden tot een beter begrip van de voor- en nadelen van langdurig gebruik van ADa en het stoppen ervan, wat op zijn beurt een geïnformeerde beslissing over het stoppen van ADa mogelijk maakt. Door dit aan te brengen bij de oudere of de HA kan een medicatiereview geïnitieerd worden. Zo spoorde onze studie een aantal MZs aan een gesprek te hebben rond het antidepressivagebruik bij de oudere. Dit is in het bijzonder belangrijk, omdat HAn de neiging hebben om te wachten op een signaal van de oudere om een afbouw van ADa voor te stellen.

Tijdens het stopproces van ADa bij ouderen is het belangrijk dat HAn - met akkoord van de oudere - de MZ inlichten. De meerderheid van de MZ's in dit onderzoek wil namelijk betrokken worden bij het stopproces en kan een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van de oudere. Verschillende MZs zijn bereid meer tijd te investeren in de zorg voor de oudere tijdens de afbouw. Het niet betrekken en onvoldoende informeren van de MZ kan mogelijk een negatief effect hebben en een afbouw bij de oudere juist verhinderen.

Bovendien geven MZs aan dat stoppen ook voor hen belangrijke gevolgen kan hebben. Het wordt daarom aangeraden dat HAn de draagkracht van de MZ nagaan om eventueel herval van de oudere bij een stop van ADa te kunnen ondersteunen. Uit deze studie blijkt dat de opname van ouderen in een WZC daarentegen een opportuniteit kan zijn om ADa af te bouwen. Dit gezien de ouderen omringd zijn door professionele zorgverleners en de belasting van de MZ hierdoor beperkter is.

Verder is het belangrijk om de kennis van HAn over ADa te vergroten en het belang van afbouwen aan te kaarten. Mantelzorgers geven namelijk aan dat ze de mening van de HA zeer belangrijk vinden bij de beslissing om te stoppen. Reeds bij de opstart van het AD zou een innameduur en de noodzaak tot afbouw in de toekomst besproken moeten worden. Bij de verlenging van het AD vindt bovendien zelden een evaluatie van de medicatie plaats. Een medicatiereview met de patiënt of een medisch-farmaceutisch overleg (MFO) zijn opportuniteiten om de indicatiestelling, bijwerkingen en interacties van het AD na te gaan.

Om HAn en MZs te ondersteunen tijdens het afbouwproces zou psychologische begeleiding ingeschakeld kunnen worden. Ook verpleegkundigen in de thuissetting of in WZC kunnen een rol spelen bij het beoordelen van de evolutie van de oudere.

## 5.4 Sterktes en limitaties van de studie

Deze kwalitatieve studie is het eerste onderzoek naar de visie van MZs op langdurig antidepressivagebruik bij ouderen. Er werden MZs van thuiswonende ouderen en ouderen verblijvend in WZC gerekruteerd in ruraal en stedelijk gebied. Deze rekrutering gebeurde door HAn die beoordeelden of het AD van de oudere gestopt kon worden. Gezien deze beoordeling subjectief is, kan dit de aanwerving beïnvloed hebben.

Hoewel een relatief klein aantal MZs (n=11) werd geïnterviewd, kon datasaturatie bereikt worden. Desondanks gezocht werd naar MZs van ouderen bij wie ADa succesvol gestopt werden, voldeed geen enkele MZ aan dit criterium. De resultaten van deze studie bevatten

bijgevolg geen informatie over de ervaringen van MZs met de begeleiding tijdens en na het succesvol stoppen van AD.

Ten slotte werden de interviews afgenomen door twee huisartsen-in-opleiding die de resultaten interpreteren vanuit hun eigen denkkader en vanuit hun eigen ervaring als voorschrijver van deze medicatie in een huisartsenpraktijk.

## 5.5 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Op basis van onze literatuurstudie en ons kwalitatief onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen gevormd worden voor verder onderzoek. Antidepressiva worden vaak onterecht langdurig gebruikt, maar literatuur omtrent de optimale behandelingsduur van een depressie met ADa is beperkt. Op heden zijn de richtlijnen hieromtrent gebaseerd op een experten consensus, bij gebrek aan bewijs. Verder onderzoek is nodig om de optimale behandelingsduur van ADa bij ouderen te bepalen, maar ook om het effect (na langdurig gebruik) na te gaan. Het bestaande onderzoek naar de effectiviteit van ADa bij ouderen - vaak gekend met multimorbiditeit en polyfarmacie - is schaars, terwijl de prevalentie van inname van ADa bij deze kwetsbare populatie hoog is.

In de toekomst zouden onderzoekers kunnen focussen op thuiswonende ouderen versus ouderen in WZC. De mening van de ouderen over de noodzaak van het stoppen van ADa en de rol die hierbij is weggelegd voor de MZ, dient verder onderzocht te worden. Ook de aanwezigheid van dementie bij ouderen zou verder onderzocht kunnen worden, aangezien deze ziekte een beïnvloedende factor kan zijn. Het zou eveneens waardevol zijn om onderzoek uit te voeren bij MZs van ouderen die succesvol gestopt zijn met ADa, aangezien hun ervaringen een beter inzicht kunnen bieden in de ondersteunende en belemmerende factoren tijdens een stopproces.

Mantelzorgers willen duidelijk betrokken worden bij het stoppen van ADa en kunnen een waardevolle partner zijn in de opvolging en ondersteuning van de oudere. Er is echter nog bijkomend onderzoek nodig naar hoe MZs optimaal betrokken kunnen worden en de barrières en facilitatoren van HAn over het betrekken van de MZs tijdens dit proces. Op basis van de verworven inzichten kunnen aanbevelingen tot stand komen over het stoppen van ADa bij ouderen en de mogelijke rol die MZs hierin kunnen opnemen.

# 6. Conclusie

Het antidepressivagebruik neemt toe, voornamelijk door gebruik langer dan de aanbevolen behandelduur en dit in het bijzonder bij ouderen. Hoewel er weinig evidentie is over het effect van ADa bij ouderen, vormen zij de grootste groep gebruikers in België.

Bij de zorg voor ouderen zijn vaak MZs betrokken die een belangrijke rol kunnen spelen bij het medicatiebeheer. Uit eerder onderzoek bij HAn blijkt dat MZs het stopproces van ADa bij ouderen in WZC kunnen bemoeilijken, dan wel vergemakkelijken. In deze thesis werd de visie van MZs onderzocht op het stoppen van ADa bij ouderen verblijvend in een WZC en thuiswonende ouderen.

Uit dit kwalitatief onderzoek blijkt dat de kennis van MZs over een depressie en ADa beperkt is. Het AD wordt door meerdere mantelzorgers als onschuldig beschouwd. Bovendien werd in veel gevallen een positief effect ervaren na opstart van het AD. Niet alle MZs willen betrokken worden bij de beslissing om te stoppen, in het bijzonder wanneer de oudere hierover zelf kan en wil beslissen. Desalniettemin willen ze ervan op de hoogte zijn indien het AD gestopt wordt.

De angst voor herval en de mogelijke impact op zichzelf met mogelijk extra nood aan zorg voor de oudere zijn belangrijke redenen om een stop tegen te houden. Aangezien ze dit stopproces als moeilijk beschouwen, wensen ze hiervoor ondersteuning voor zowel de oudere als zichzelf. Huisartsen kunnen hierin, met akkoord van de patiënt, een belangrijke rol spelen door de MZ te betrekken en de oudere te begeleiden in het stopproces. Ook verpleegkundigen en psychologen kunnen de oudere tijdens het stopproces ondersteunen.

De ouderen van onze deelnemende MZs hebben nog geen of een niet-succesvolle stoppoging ondernomen. Het zou waardevol zijn om verder onderzoek uit te voeren naar de visie van ouderen op het stoppen van AD en de rol die zij hierbij zien voor hun MZ. Deze informatie kan gebruikt worden om richtlijnen over het stoppen van ADa voor HAn op punt te stellen. Bijkomend onderzoek is eveneens vereist naar de effectiviteit van ADa bij ouderen, in het bijzonder bij degenen met multimorbiditeit en polyfarmacie. Daarnaast is verder onderzoek nodig naar de barrières en facilitatoren van HAn over het betrekken van MZs bij dit stopproces.

# 7. Bijlagen

## 7.1 Bijlage 1 - Goedkeuring Ethisch Comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Thierry Christiaens
vakgroep Toegepaste en Fundamentele Medische Wetenschappen
Alhier

| contact | telefoon | e-mail |
|---|---|---|
| Commissie voor medische ethiek | +32 (0)9 332 33 36 | Ethisch.comite@uzgent.be |
| **Aanvrager** | **datum** | **pagina** |
| Ellen Van Leeuwen | 28/06/2022 | 1/6 |
| **Onze referentie:** | **EudraCT-nr:** | **Belg. Regnr:** |
| ONZ-2022-0149 | | B6702022000356 |

Betreft:

**kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van ouderen en mantelzorgers met het stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva (AD) en hun barrières en facilitatoren voor het stoppen van langdurig gebruik van AD**
**qualitative research on older people's (and their relatives) perceptions of discontinuation of long-term use of AD and their barriers and facilitators for discontinuing long-term AD**

**Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon**

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 14/06/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 27/06/2022 een gunstig advies over deze studie.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

UNIVERSITEIT GENT

## 7.2 Bijlage 2 - Interviewgids

Versie 1.0 – 11/02/2022

**Ervaringen van mantelzorgers omtrent antidepressiva, het stoppen van antidepressiva en facilitatoren en barrières bij het stoppen van antidepressiva, een kwalitatief onderzoek.**

**Interviewgids**

**Inleiding:**

*Eerst en vooral wensen wij u heel uitdrukkelijk bedanken om vandaag een gesprek met ons te willen voeren. Met dit onderzoek willen we graag te weten komen wat de ervaringen zijn van de mantelzorgers omtrent langdurig gebruik van bepaalde geneesmiddelen gebruikt bij onder andere depressie, angst en sommige lichamelijke klachten. Die geneesmiddelen worden als groep 'antidepressiva' genoemd. We willen uw ervaringen omtrent antidepressiva, het stoppen van antidepressiva en facilitatoren en barrières bij het stoppen van antidepressiva bevragen.*

*Om in het ingewikkelde verhaal van al dan niet stoppen van antidepressiva meer inzicht te krijgen zijn uw ervaringen, behoeften en verwachtingen hieromtrent belangrijk. We zijn geïnteresseerd in uw ervaringen en mening. Er zijn dus geen foute antwoorden. Dit interview is strikt vertrouwelijk. We nemen het gesprek op, maar enkel leden van het onderzoeksteam zullen de opname kunnen beluisteren en niemand anders. Uw naam en contactgegevens zullen nergens vermeld worden op deze opname en niemand zal u persoonlijk kunnen herkennen in eender welk schriftelijk bestand of rapport over dit onderzoek.*

*Deelname aan het interview is steeds vrijwillig en kan u op elk moment stopzetten. Bent u bereid mee deel te nemen aan dit interview? Hebt u vragen voor we starten?*

**Er zijn twee versies van vragenlijsten**

**Versie 1: mantelzorgers van huidige AD gebruikers**

-Deel 1 eigen ervaring:

Vertel eerst eens over je rol als mantelzorger. Hoe verloopt dit? Hoe loopt je rol bij de medicatie? Hoe verloopt de samenwerking met de arts ? in RH: en hoe met de verpleging in het rusthuis?

Vertel eens over het gebruik van die antidepressiva bij de oudere? Hoe verloopt dit? Welke vragen heb je hierbij? Hoe vind je je het dat dit blijft doorgegeven? Hoe zie je het gebruik later?

Heb je al eens gesuggereerd om te stoppen? En hoe verliep dat? Wat maakt dat er nu nog niet kan stopt worden?

Wat zou er moeten gebeuren dat de oudere kan stoppen?

**Indien mantelzorger van rusthuisbewoner:** tegenover de thuissetting, hoe is de rol verschillend in het rusthuis? welke factoren in het rusthuis maken dat het AD niet kan gestopt worden? Hoe verloopt het gesprek met de arts over het AD? Hoe is de rol van je arts? Hoe verloopt het gesprek met de verpleging over het AD? Hoe is de rol van de verpleging bij je medicatie? Hoe bespreek je dit met je mantelzorger/ familielid? Hoe is hun rol hierbij?

-Deel 2 algemeen:

Wat denk je zelf over die pillen?

Versie 1.0 11/02/2022

UNIVERSITEIT GENT

Versie 1.0 – 11/02/2022

Welke factoren en welke omstandigheden zorgen ervoor dat moeilijk kan gestopt worden met die pillen? Hoe komt dit?

Wat is de rol van de arts hierbij? De verpleging? De mantelzorger?

**Indien mantelzorger van rusthuisbewoners:** wat maakt het verschillend om te stoppen in het rusthuis tegenover stoppen in de thuissetting? Wat zou u specifiek in het rusthuis helpen om te stoppen? Wat hindert om een AD te stoppen in het rusthuis?

Algemene gegevens: leeftijd, geslacht, etniciteit, woonplaats, band met degene voor wie gezorgd wordt

"Prompts"

1. *Fysieke en psychologische mogelijkheden: ervaringen van stoppogingen, levensomstandigheden, coping strategie, afhankelijkheid*
2. *Perceptie van behandeling met antidepressiva: effect, OE, beeld van AD*
3. *Angst: herval, ontwenningssymptomen*
4. *Intrinsieke motivatoren en doelen: zelfidentiteit, behandeldoel (genezing of onderhoud)*
5. *De arts als navigator: steun, tijd, beleid praktijk, opvolging en vs*
6. *Oorzaak voor depressie: etiologie, prognose*
7. *Informatie over AD stoppen*
8. *Significante anderen (niet zorgverleners): familie, mantelzorger, vrienden*
9. *Rol van zorgverleners*
10. *Rol van het rusthuis-rusthuispersoneel (verpleging, verzorging, kinesist...)*

Referenties voor vragen en prompts


1. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: a systematic review and thematic synthesis. J Affect Disorders 2018;245:38-62.
2. Bosman, R.C., Huijbregts, K.M., Verhaak, P.F.M., Ruhe, H.G., Van Marwijk, H.W.J., Van Balkom, A.J.L.M., et al., 2016. Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. Br. J. Gen. Pract. 66, e708–ee19.
3. Dickinson, R., Knapp, P., House, A.O., Dimri, V., Zermansky, A., Petty, D., et al., 2010. Long-term prescribing of antidepressants in the older population: a qualitative study. Br. J. Gen. Pract. 60, 257–259.
4. Johnston, O., Kumar, S., Kendall, K., Peveler, R., Gabbay, J., Kendrick, T., 2007. Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening. Br. J. Gen. Practice 57, 872–879.
5. Ellen Van Leeuwen, Sibyl Anthierens, Mieke L. van Driel, An De Sutter, Evelien van den Branden & Thierry Christiaens (2021) 'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 39:4, 533-542
6. Ellen Van Leeuwen, Sibyl Anthierens, Mieke L van Driel, An De Sutter, Rani De Beir & Thierry Christiaens (2022) Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term

   antidepressant use, a qualitative study, Acta Clinica Belgica, DOI: 10.1080/17843286.2021.2024384
7. Ellen Van Leeuwen, Sibyl Anthierens, Mieke L van Driel, An De Sutter, Rani De Beir & Thierry Christiaens (2022) It takes at least three to tango: General Practitioners' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants in nursing homes. Accepted for publication in European Journal of General Practice


UNIVERSITEIT GENT

# 8. Referentielijst


1. IMA-AIM. Intermutualistisch agentschap. Antidepressiva - België. Geraadpleegd op 12/04/2023 van: https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl.
2. Mars B, Heron J, Kessler D, Davies NM, Martin RM, Thomas KH, Gunnell D. Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(2):193-200.
3. (OECD) Organistation of Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2021 - Pharmaceutical consumption. Online 09/11/2021. Geraadpleegd op 07/08/2022 van: https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en.; 2021.
4. Gusmão R, Quintão S, McDaid D, Arensman E, Van Audenhove C, Coffey C, et al. Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study. PLoS One. 2013;8(6):e66455.
5. RIZIV Infospot Polyfarmacie bij ouderen. 2014. Geraadpleegd op 14/08/2022 van: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot-2014-01-nl.pdf.
6. KCE. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - rapport 2019. . Geraadpleegd op 12/04/2023 van De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019 (fgov.be); 2019.
7. Lockhart P, Guthrie B. Trends in primary care antidepressant prescribing 1995-2007: a longitudinal population database analysis. Br J Gen Pract. 2011;61(590):e565-72.
8. Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. Bmj. 2009;339:b3999.
9. Kendrick T. Strategies to reduce use of antidepressants. British Journal of Clinical Pharmacology. 2021;87(1):23-33.
10. Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. The use of antidepressants in Belgian nursing homes: focus on indications and dosages in the PHEBE study. Drugs Aging. 2012;29(9):759-69.
11. Gardarsdottir H, Heerdink ER, van Dijk L, Egberts AC. Indications for antidepressant drug prescribing in general practice in the Netherlands. J Affect Disord. 2007;98(1-2):109-15.
12. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). J Clin Psychiatry. 2011;72(3):341-8.
13. Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. PeerJ. 2013;1:e98.
14. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) - Antidepressiva. Geraadpleegd op 16/08/2022 van: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11.
15. Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). NHG-Standaard Angst. mei 2019. Geraadpleegd op 07/08/2022 van: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association.2013.
17. Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, Kendrick T, Donald M, De Sutter AI, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2021;4(4):Cd013495.

18. Declercq T, Habraken H, Van Den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J. Depressie bij volwassenen. Domus Medica. 2017.
19. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. (BCFI) Formularium Ouderenzorg: depressieve stoornissen Geraadpleegd op 01/05/2023 van: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165#main.
20. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018;391(10128):1357-66.
21. Benraad CE, Kamerman-Celie F, van Munster BC, Oude Voshaar RC, Spijker J, Olde Rikkert MG. Geriatric characteristics in randomised controlled trials on antidepressant drugs for older adults: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(9):990-1003.
22. Chung J-Y. Geriatric clinical pharmacology and clinical trials in the elderly. Translational and Clinical Pharmacology. 2014;22:64.
23. Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, Kloke J, Saleh A, Handler SM. A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(4):326-31.
24. Mallery L, MacLeod T, Allen M, McLean-Veysey P, Rodney-Cail N, Bezanson E, et al. Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty. BMC Geriatr. 2019;19(1):306.
25. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2018;8(8):Cd003944.
26. Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). NHG-standaard Depressie 2019. Geraadpleegd op 07/08/2022 van: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie.
27. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. Cochrane Database Syst Rev. 2016;9(9):Cd006727.
28. Mangin D, Lawson J, Cuppage J, Shaw E, Ivanyi K, Davis A, Risdon C. Legacy Drug-Prescribing Patterns in Primary Care. Ann Fam Med. 2018;16(6):515-20.
29. Cassano P, Fava M. Tolerability issues during long-term treatment with antidepressants. Ann Clin Psychiatry. 2004;16(1):15-25.
30. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter A, De Beir R, Christiaens T. Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term antidepressant use, a qualitative study. Acta Clin Belg. 2022;77(6):962-9.
31. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, Sutter A, Branden EVD, Christiaens T. 'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. Scand J Prim Health Care. 2021;39(4):533-42.
32. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter AIM, van den Branden E, Christiaens T. General practitioners' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants in nursing homes. Eur J Gen Pract. 2022;28(1):23-31.
33. Dickinson R, Knapp P, House AO, Dimri V, Zermansky A, Petty D, et al. Long-term prescribing of antidepressants in the older population: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2010;60(573):e144-55.
34. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. J Affect Disord. 2019;245:38-62.
35. Lai R, Withiel TD, Angelone M, Redpath C, O'Connor DW, Plakiotis C. Psychotropic medication deprescribing in residential aged care facilities: An exploratory study of the knowledge and attitudes of family members of residents with dementia. Australas J Ageing. 2022;41(4):e356-e63.

36. Gaurang N, Priyadharsini R, Balamurugesan K, Prakash M, Reka D. Attitudes and beliefs of patients and primary caregivers towards deprescribing in a tertiary health care facility. Pharm Pract (Granada). 2021;19(3):2350.
37. Reeve E, Low LF, Hilmer SN. Beliefs and attitudes of older adults and carers about deprescribing of medications: a qualitative focus group study. Br J Gen Pract. 2016;66(649):e552-60.
38. Pickering AN, Hamm ME, Dawdani A, Hanlon JT, Thorpe CT, Gellad WF, Radomski TR. Older Patient and Caregiver Perspectives on Medication Value and Deprescribing: A Qualitative Study. J Am Geriatr Soc. 2020;68(4):746-53.
39. Reeve E, Low LF, Hilmer SN. Attitudes of Older Adults and Caregivers in Australia toward Deprescribing. J Am Geriatr Soc. 2019;67(6):1204-10.
40. Palagyi A, Keay L, Harper J, Potter J, Lindley RI. Barricades and brickwalls--a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. BMC Geriatr. 2016;16:15.