De visie van psychiaters op stoppen van AD bij de oudere populatie: een kwalitatief onderzoek

Dr. Peter Van Bogaert, UGent
Dr. Olivia Debeuckelaere, UGent
HAIO's fase 3

Promotor: Dr. Ellen Van Leeuwen, UGent
Co-promotor: Dr. Joke Pauwelyn, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2024 – 2025

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

Met genoegen willen wij van deze gelegenheid gebruikmaken om iedereen te bedanken die heeft bijgedragen aan het tot stand komen van onze thesis.

In het bijzonder gaat onze dank uit naar onze promotor, Dr. Ellen Van Leeuwen, voor haar vlotte bereikbaarheid en steeds constructieve feedback. Ook onze co-promotor, Dr. Joke Pauwelyn, willen we hartelijk bedanken voor haar enthousiasme en motiverende ondersteuning tijdens het hele traject.

Aangezien we voor deze thesis samengewerkt hebben met een andere onderzoeksgroep, willen we graag ook hen bedanken voor de vlotte samenwerking en de mooie resultaten die hieruit zijn voortgevloeid.

Tot slot willen we ook onze familie en vrienden bedanken voor hun steun, geduld en aanmoediging in deze boeiende, maar soms ook uitdagende periode.

Inhoudsopgave

VOORWOORD **3**

ABSTRACT **5**

Inleiding 5

INLEIDING **6**

METHODIEK **8**

Methodologie literatuuronderzoek 8
Methodologie interviews 9
Studie ontwerp en rekrutering van de psychiaters *9*
Datacollectie *9*
Data analyse *9*

RESULTATEN **10**

Literatuuronderzoek 10
Resultaten interviews 19
Overzicht geïnterviewde psychiaters *20*
Deel 1: Afbouw bij volwassenen *21*
Deel 2: Afbouw bij ouderen *29*

DISCUSSIE OUDEREN **36**

Samenvatting van ons onderzoek 36
Vergelijking met bestaande wetenschappelijke literatuur 36
Sterktes en beperkingen van onze studie 37
Aanbevelingen voor verder onderzoek 38

CONCLUSIE OUDEREN **39**

REFERENTIES **40**

VERPLICHTE BIJLAGEN **43**

Interviewgids 43
Goedkeuring ethisch comité 48

Abstract

Inleiding

Meer dan 1 op 10 Belgen slikt dagelijks een dosis antidepressiva (AD). Een belangrijke reden voor deze hoge prevalentie ontstaat doordat velen hun AD blijven doornemen gedurende meerdere jaren en er dus weinig AD afgebouwd worden. Nochtans brengt het onnodig gebruik van deze medicatie bepaalde risico's en kosten met zich mee. Uit eerder onderzoek bij huisartsen, verpleegkundigen en patiënten is reeds gekend dat de afbouw van een AD geen eenvoudige opgave is. De visie van de psychiater werd echter nog niet geëxploreerd. Als we kijken naar mediane en gemiddelde leeftijd van de gebruikers, ligt deze rond de 58 jaar. We vroegen ons daarom af of er mogelijks verschillen zouden zijn tussen de jongere en oudere populatie op vlak van afbouw AD volgens psychiaters.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de verschillen volgens psychiaters tussen de jongere en oudere populatie (60+) in de afbouw van AD bij een langdurig gebruik hiervan?

Methodologie

Allereerst werd een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd om de bestaande kennis over dit onderwerp in kaart te brengen. Het onderzoek bestond uit een kwalitatieve studie waarbij psychiaters werden geïnterviewd met behulp van een gestandaardiseerde interviewgids. De interviews vonden plaats in de periode van januari 2024 tot januari 2025, totdat datasaturatie werd bereikt (n=20). De verzamelde gegevens werden getranscribeerd, geanalyseerd en gecodeerd met de softwaretool NVIVO.

Resultaten

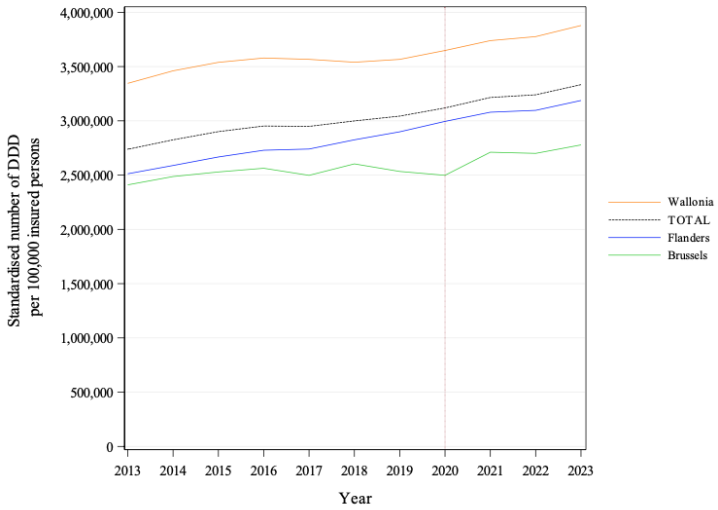
In onze thesis gingen we de visie van psychiater na over het stoppen van AD en de verschillen tussen de jongere en oudere populatie op vlak van (1) redenen voor langdurig gebruik, (2) afwegingen bij beslissing tot stop en (3) manier van afbouwen. (1) Psychische afhankelijkheid en routine prescribing werd in beide groepen gevonden als belangrijke redenen voor langdurig gebruik. Voor de ouderen speelden ook het minder in vraag stellen, hun verminderde mobiliteit en minder openstaan voor psychotherapie een rol. (2) Bij afweging tot stop werd in beide groepen gezien dat een goede individuele inschatting maken, het juiste moment kiezen en rekening houden met bijwerkingen en interacties, belangrijk is. Bij de groep van ouderen werd ook het diagnostisch dilemma tussen depressie en dementie aangehaald. (3) Afbouw gebeurt bij beide partijen best via shared-decision making. Bij ouderen wordt er nog langzamer afgebouwd dan bij de volwassenen en ze worden ook frequenter op consultatie teruggezien.

Conclusie

Bij de groep van ouderen blijkt de afbouw van AD volgens psychiaters moeilijker te verlopen dan bij de volwassen populatie. Er zijn overeenkomsten met de volwassenen, maar bijkomend zijn er nog enkele hindernissen die typisch zijn voor de ouderen. Door hier specifiek aandacht aan te besteden, zou men de kans op een succesvolle afbouw van AD bij ouderen kunnen verhogen. Verder onderzoek hieromtrent is gewenst om dit in de praktijk te kunnen implementeren.

Inleiding

Meer dan 10% van de Belgen gebruikt dagelijks een AD volgens cijfermateriaal van het Intermutualistisch Agentschap (IMA). In België worden er jaarlijks bijna 400 miljoen dagdosissen terugbetaald door het RIZIV. Dit komt overeen met een maatschappelijke kost van ongeveer 90 miljoen euro. AD worden voornamelijk gegeven voor de indicaties depressie en angst, en in mindere mate bij andere psychiatrische aandoeningen en chronische pijn. Ten opzichte van 10 jaar geleden is er een toename in verbruik van AD te zien.
(1,2,3)



Figuur 1: aantal dagdosissen over verloop van tijd (IMA)

Hoofdzakelijk wordt deze stijging verklaard doordat AD vaak langer ingenomen worden dan wat de richtlijnen aanbevelen. De aangewezen behandelingsduur voor een eerste depressie bedraagt normaal gezien ongeveer 6 maanden na stabilisatie. Bij recidiverende depressies geeft men de medicatie door tot 2 jaar na stabilisatie. In 2023 nam bijna 75% van de patiënten zijn of haar AD gedurende 1 jaar of langer. Dit is echter niet zonder risico. Het onnodig lang innemen van AD gaat gepaard met meer kans op bijwerkingen en interacties, die kunnen leiden tot verlies in gezonde levensjaren (QALY's), onnodige hospitalisaties, etc. .
(4,5,6,7,8)

Kwalitatief onderzoek toont aan dat het stoppen van antidepressiva voornamelijk wordt bemoeilijkt door de angst voor herval van patiënt. Patiënten staan soms weigerachtig tegenover het afbouwen van AD, omdat ze zich op dat moment goed in hun vel voelen en ze niet opnieuw willen afglijden in hun depressie . Dit argument wordt in kwalitatief onderzoek soms ook aangebracht door de artsen, die inschatten dat sommige patiënten het AD toch nog nodig hebben als ondersteuning voor hun depressie.
(9,10,11)

Vervolgens dient men bij het afbouwen van AD goed een onderscheid te maken tussen het optreden van mogelijke onttrekkingsverschijnselen (hoofdpijn, nausea, duizeligheid, …) en een ziekte recidief. Deze zaken zijn niet altijd eenvoudig van elkaar te onderscheiden. Een traag afbouwschema en adequate opvolging door de arts zijn hierbij essentieel. Uit tijdgebrek en/of onvoldoende ervaring met het afbouwen van een AD, schrijven bepaalde artsen het AD dan toch maar verder voor, om dit dilemma te vermijden.
(13,14)

Als laatste is er ook discussie over wie de afbouw van het AD dient aan te brengen. Sommige patiënten menen dat dit de taak is van de arts. Wanneer de arts de medicatie opnieuw voorschrijft, veronderstellen ze dat hij van mening is dat deze medicatie verder gegeven dient te worden. Daartegenover zijn er ook artsen, die van mening zijn dat de vraag voor stop van een AD vanuit de patiënt moet komen. Ze argumenteren hierbij dat patiënten die geen behoefte of vraag hebben om af te bouwen, ook weinig motivatie aan de dag leggen, om de stop van het AD tot een goed einde te brengen.
(9,10,11)

Om de toenemende trend in gebruik van AD een halt toe te werpen, is het daarom belangrijk om te bestuderen wat de barrières en facilitatoren zijn om tot de afbouw van een AD te komen. Deze zaken werden reeds bestudeerd via kwalitatief onderzoek bij de groep van de huisartsen, verpleegkundigen en patiënten zelf. De visie van psychiaters werd echter nog niet in kaart gebracht. Gezien de psychiaters vaak het AD opstarten en voorschrijven (14% van alle dagdosissen), is het ook relevant om te weten hoe zij denken over een mogelijke afbouw of stop hiervan.
(12,13,14, 15)

Als we kijken naar de karakteristieken van de AD gebruikers, zien we dat de gemiddelde en mediane leeftijd ongeveer op 58 jaar ligt. Het leek ons dan ook interessant om aan de psychiaters te vragen of er een wezenlijk verschil is tussen de afbouw/stop van een AD bij de jongere populatie (< 60 jaar) in vergelijking met de oudere populatie. Ouderen worden gekenmerkt door een veranderde farmacokinetiek en farmacodynamiek, waardoor zij in vergelijking met de volwassen populatie, gevoeliger zouden kunnen reageren op mogelijke bijwerkingen, interacties, etc. die zouden kunnen optreden bij afbouw/stop van het AD.

Methodiek

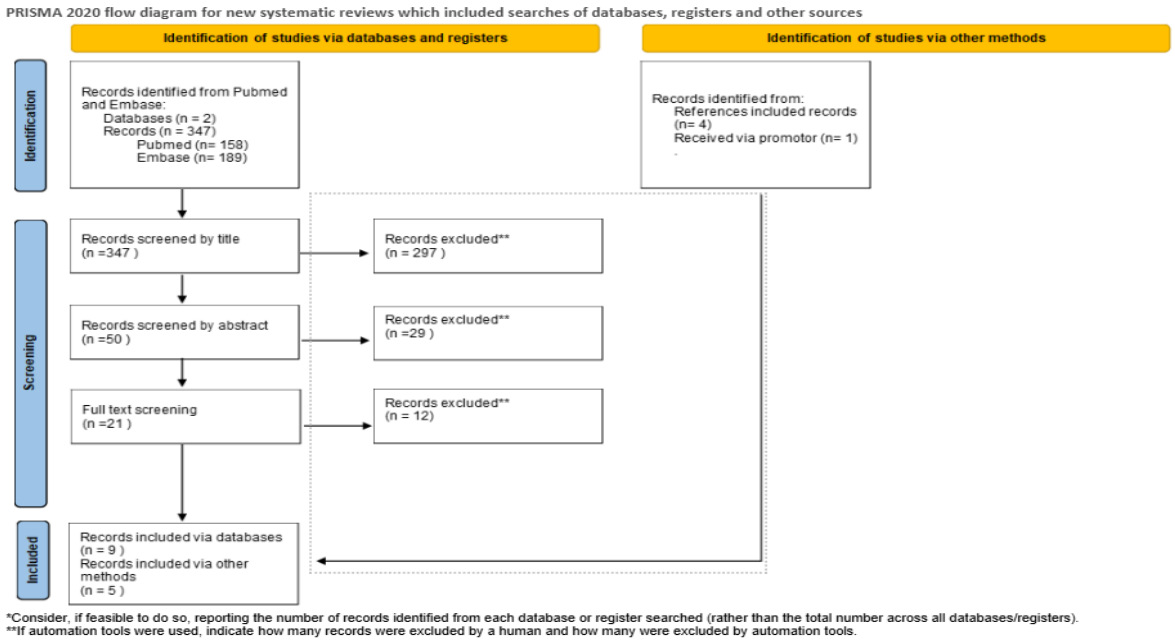
De onderzoeksvraag ‘wat is de visie van psychiaters op stoppen van AD bij de oudere populatie’ werd onderzocht via een literatuuronderzoek en daarnaast aangevuld met een eigen kwalitatief onderzoek.

Methodologie literatuuronderzoek

In november 2023 werd een initiële literatuurstudie uitgevoerd, die werd herhaald in april 2025. Om ons in te lezen in het onderwerp, verzamelden we algemene praktijkrichtlijnen en achtergrondinformatie over AD en de wetenschappelijk onderbouwde aanpak van depressie. Er werd gezocht naar Belgische richtlijnen over depressie op Domus Medica, EPB-net en BCFI. De Nederlandse richtlijnen van NHG werden geraadpleegd. Websites met statistische gegevens werden ook doorgenomen. Tot slot werd ook een artikel aangereikt door onze promotor.

Om literatuur te vinden die specifiek betrekking had op de onderzoeksvraag van deze scriptie (hoe psychiaters aankijken tegen het stoppen van AD na langdurig gebruik van meer dan een jaar), werd een gestructureerde zoekactie uitgevoerd in diverse databases, PubMed en EMBASE. Uiteindelijk leverden de zoektermen (antidepressant) AND ((stop) OR (discontinue) OR (deprescribing)) AND (long) AND ((psychiatrist) OR (GP) OR (primary care)) op beide databases 347 artikels op.

De gevonden publicaties werden vervolgens gescreend volgens titel, abstract, en volledige tekst. Enkel kwalitatief onderzoek of mixed studies werden weerhouden. Het werd al snel duidelijk dat er over de visie van de psychiater nog weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar was. Uiteindelijk voldeden 8 artikelen aan onze criteria in 2023 en werd nog een extra artikel in 2025 toegevoegd.



Figuur 2: Prisma flow diagram literatuuronderzoek

Methodologie interviews

Studie ontwerp en rekrutering van de psychiaters

Om een antwoord te kunnen verkrijgen op onze onderzoeksvraag, voerden we een kwalitatieve studie uit bij psychiaters in Vlaanderen. We stelden hiervoor een tabel op met contactgegevens van alle psychiaters uit West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Vlaams Brabant. Vervolgens contacteerden we hen telefonisch of per mail met de vraag of ze wilden meedoen aan ons onderzoek. Enkel de geïnteresseerde psychiaters gingen hierop in en werden aan de hand van semi-gestructureerde interviews bevraagd. In totaal werden er 20 psychiaters in ons onderzoek geïncludeerd. Er was een goede variatie in leeftijd, geslacht, aantal jaren werkervaring, tewerkstelling in hospitaal of privé praktijk en behandelde populatie in onze steekproef. Goedkeuring van het ethische comité werd verkregen op 16/11/2023.

Datacollectie

Tijdens de periode van januari 2024-januari 2025 werden 20 psychiaters geïnterviewd door huisartsen in opleiding met betrekking tot hun visie op het stoppen van langdurig AD gebruik bij ouderen. De interviews werden afgenomen aan de hand van een zorgvuldig opgestelde gestandaardiseerde interviewgids, gebaseerd op de bestaande literatuur. Hierbij werden open vragen aangevuld met bijvragen. Deze interviews werden opgenomen en getranscribeerd.

Data analyse

De verwerking van onze onderzoeksdata verliep via thematische analyse. Elk interview werd door 2 codeerders onafhankelijk overlopen waarbij mogelijke onderwerpen werden aangeduid in de tekst. Vervolgens werden deze codes door een derde persoon geverifieerd en samengevoegd in NVIVO. De codeerboom die hierbij ontstond, werd door het volledige team aanschouwd en ontleed.

Wij hebben ons bij de analyse van de codeerboom toegespitst op de verschillen volgens psychiaters tussen de jongere en oudere populatie op vlak afbouw van AD. De andere onderzoeksgroep heeft zich uitsluitend gericht op de afbouw van AD bij volwassenen, en heeft hierbij ook gekeken naar de mogelijke rol die andere zorgverleners (zoals huisartsen, apothekers en psychologen) hierbij zouden kunnen hebben.

Resultaten

Literatuuronderzoek

We stelden vast dat er in de wetenschappelijke wereld geen publicaties zijn over de verschillen in afbouw van AD volgens psychiaters tussen de jongere en oudere populatie na langdurig gebruik hiervan.

Om die reden besloten we om onze zoektocht naar publicaties uit te breiden naar andere zorgverleners, waarbij er uiteindelijk 14 artikelen geïncludeerd werden in ons literatuuronderzoek. De samenvatting van elk van deze artikelen kan men terugvinden in de tabel hieronder.

Om deze blinde vlek van de visie van de psychiater op te helderen, hebben wij aan de hand van semi-gestructureerde interviews proberen achterhalen wat deze visie net inhoudt voor de Belgische populatie van psychiaters.

Auteur	Studie design	Doel	Resultaten
Van Leeuwen et al., België 2021 (8)	Kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews bij huisartsen (n=20)	Visie van huisartsen op drempels en facilitatoren voor afbouw van AD.	Voor huisartsen is het optreden van onttrekkingsverschijnselen geen probleem, als je de patiënt hierover goed informeert. Graduele afbouw is van belang. Belangrijke punten die afbouw succesvol kunnen maken zijn: 1/ gezondheid van de patiënt, 2/ vraag van de patiënt en 3/positieve levensgebeurtenissen. Langdurig gebruik van AD is voor de huisartsen veilig en effectief. Het stoppen van het AD zou daarom voor onnodige problemen kunnen zorgen voor sommige huisartsen. Vandaar dat sommige huisartsen voorkeur gaven aan routine prescribing. De artsen merken weinig bijwerkingen op, en zijn van mening dat moesten er bijwerkingen zijn, het AD al gestopt zou zijn. Huisartsen proberen jaarlijks het gebruik van het AD te evalueren. Hierbij wordt er voornamelijk gekeken of het AD nog werkzaam is en niet of er afgebouwd kan worden. Huisartsen hebben schrik voor herval bij hun patiënt en vermijden daarom om afbouw voor te stellen. Door het AD door te geven, erkent men de situatie in welke de patiënt zich bevindt. De meeste huisartsen schrijven het AD voor zonder altijd de patiënt te zien. De afbouw van AD vraagt veel energie en sommige huisartsen stellen zich de vraag of het de moeite waard is. Het is voor huisartsen niet de eerste prioriteit. Sommige huisartsen vragen zich af of het hun verantwoordelijkheid is om de afbouw te initiëren. Ze kijken hierbij naar andere artsen of naar de patiënt. Wanneer de patiënt niet vraagt om af te bouwen, gaan sommige huisartsen de afbouw ook niet voorstellen. Als een patiënt ook door de psychiater wordt opgevolgd, vinden huisartsen het moeilijk om afbouw voor te stellen.
Van Leeuwen et al., België,2022 (9)	Semigestructureerde interview bij patiënten (n=14)	Onderzoeken van de ervaringen van patiënten en visie op het stoppen van AD na langdurig gebruik.	De voornaamste reden voor patiënten om niet te stoppen met langdurig gebruik van AD is de vrees voor een herval. Patiënten ervaren een blijvend positief effect bij langdurig gebruik. Sommigen beschouwen depressie als een chronische aandoening die blijvende medicamenteuze behandeling vereist. Het gebruik van AD voorkomt volgens hen een herval of het terugkeren van depressieve gevoelens. AD worden niet als schadelijk ervaren op lange termijn. De voornaamste bijwerkingen zijn concentratieproblemen, gewichtstoename, libidoverlies, emotionele afvlakking, het gevoel zichzelf niet te zijn en verminderde visus. De meeste patiënten aanvaarden deze bijwerkingen vanwege de ernst en nadelen van een depressie. Andere patiënten zien AD wel als een tijdelijke oplossing.

			Een belangrijke reden om te stoppen is dan ook de bezorgdheid over bijwerkingen en mogelijke schadelijke effecten op lange termijn. Het zelfvertrouwen van de patiënt in het afbouwen speelt een cruciale rol. Ook timing en persoonlijke of externe factoren zijn bepalend. Ontwenningsverschijnselen tijdens de afbouw kunnen leiden tot een herstart van het gebruik. Voor patiënten is het onderscheid tussen ontwenningsverschijnselen en een herval niet altijd duidelijk. Het advies van de huisarts om te stoppen werd beschouwd als een belangrijke motiverende factor. Sommige patiënten haalden herhaalvoorschriften af zonder op consultatie te komen. Regelmatige opvolging door de huisarts, evenals steun van familie en vrienden, blijken van groot belang voor de patiënt tijdens het afbouwproces.
Van Leeuwen et al., België 2022 (10)	Kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews bij huisartsen (n=20)	Visie van huisartsen over langdurig gebruik van AD in RVT.	Huisartsen zijn terughoudend om AD stop te zetten bij oudere patiënten, uit vrees voor verstoring van hun fragiele balans. Het stopzetten brengt een risico op verergering van depressieve klachten met zich mee. AD worden gezien als een doeltreffende oplossing voor depressieve symptomen. Hoewel huisartsen twijfelen aan de effectiviteit van AD bij ouderen in een RVT, merken sommigen toch een verbetering van de algemene toestand. De emotionele toestand van ouderen wordt als moeilijk te evalueren ervaren. AD-gebruik bij ouderen wordt vaak als veilig beschouwd, waardoor het stopzetten eerder als een risicovolle interventie wordt gezien. Een medicatiereview bij ouderen wordt ervaren als tijdsintensief, wat leidt tot frequenter routinematig voorschrijven. In woonzorgcentra is er minder psychologische ondersteuning beschikbaar, wat het afbouwen bemoeilijkt. Daarnaast geven huisartsen aan dat ouderen minder openstaan voor psychologische begeleiding, hoewel dit net belangrijk is tijdens het afbouwproces. Huisartsen ervaren de afbouw van AD als complex, zeker in RVT's. Ze voelen druk vanuit familie en verplegend personeel om de medicatie te behouden. Daarnaast bestaat de angst verantwoordelijk te worden gehouden indien de patiënt hervalt na afbouw. Zolang er geen klachten of bijwerkingen zijn, komt het gebruik zelden ter sprake. Een betrokken familie en verpleging vergemakkelijken het afbouwproces. Daarom achten huisartsen het zinvol om voorafgaand aan een eventuele afbouw het gesprek aan te gaan met zowel familie als verzorgend personeel.

			Het stopzetten van AD krijgt doorgaans geen prioriteit boven andere medicatie, gezien het gunstige veiligheidsprofiel. Toch wordt het moment van opname in het woonzorgcentrum vaak als een geschikt moment beschouwd om de medicatie te herevalueren en eventueel af te bouwen.
Kelly et al., 2020, Ierland (17)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde diepte-interviews bij huisartsen (N=10)	Onderzoek naar de percepties en ervaringen van huisartsen bij het stopzetten van AD.	Shared decision making. Huisartsen vinden overleg met patiënt essentieel. Indien een patiënt niet wenst af te bouwen werd het gesprek later hervat. Huisartsen hadden schrik voor herval bij patiënten die zelfstandig afbouwen. Indien een AD werd opgestart door een psychiater bemoeilijkt dit een stop. Gepersonaliseerde therapie. De huisarts doet een medicatiereview. Een gemiddelde stop is na 6m – 1j. Deze duur is patiëntafhankelijk, een belangrijke factor is een eerdere depressie in de voorgeschiedenis. Bij sommige patiënten werd besloten om nooit af te bouwen. Afbouwschema's dragen bij tot minder onttrekkingsverschijnselen alsook minder herval. Snelheid van afbouw is afhankelijk van dosis, respons patiënt, soort medicatie en duur van therapie. Algemeen werd een trage afbouw beschreven. Huisartsen missen concrete richtlijnen bij moeilijkere casussen zoals, polyfarmacie, chronische zieken en polypathologie. Huisartsen beschrijven een ondersteunende rol van een psycholoog bij afbouw van AD. Ze vragen overleg bij psychiaters bij moeilijke casussen. Sommige patiënten bezoeken verschillende huisartsen binnen hun opvolging. Er is onvoldoende tijd om een adequate opvolging te voorzien. Een gebrek aan regelmatige review van AD ontbreekt. Dit draagt bij tot langdurig gebruik van AD. Artsen hebben schrik voor herval, zeker bij een eerdere depressie in de voorgeschiedenis.
Johnston et al., 2007, VK (18)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde interviews bij huisartsen (n=32), en patiënten (n=61)	Het identificeren van aandachtspunten voor huisartsen, patiënten en de ondersteuners van patiënten m.b.t. aanpak van depressie.	Huisartsen stimuleren de patiënt om de depressie als neurobiologisch ziektebeeld te zien. Huisartsen proberen de patiënten te identificeren die levenslang AD gaan moeten nemen ter preventie van herval. Huisartsen kunnen frustratie en onzekerheid ervaren wanneer depressie niet betert ondanks AD. Huisartsen zien een depressie als chronische aandoening en zien zichzelf goed geplaatst voor de opvolging ervan. De huisarts heeft een persoonlijke band met de patiënt, waardoor een individuele aanpak mogelijk is. De belangrijkste rol van de huisarts is luisteren naar de patiënt. Echter tijd en werkdruk zijn een belemmerende factor.

Dickinson et al., 2010, VK (19)	Kwalitatief onderzoek semigestructureerde interviews bij huisartsen (n=10), en patiënten (≥75j) (n=36)	Verkennen van de opvattingen van oudere patiënten en hun huisartsen omtrent een langdurige behandeling met AD. Peilen naar ervaringen, het identificeren van de factoren die het langdurig gebruik van AD beïnvloeden.	Huisartsen vinden AD een werkzaam product en er is weinig bezorgdheid over de bijwerkingen. Huisartsen vinden het moeilijk om de diagnose van depressie te stellen. Ook het vinden van de onderliggende oorzaak vinden ze niet eenvoudig. Huisartsen merken dat sociale en emotionele factoren kunnen bijdragen tot depressie, en dat een psychologische ondersteuning hiervoor nodig is. Huisartsen gaan reeds bij het begin van AD de afbouw aankondigen, om makkelijker te kunnen afbouwen. Afbouw gebeurt vaak rond de lente. Belangrijke drempels tot afbouw zijn voor de huisarts: angst voor herval, negatieve verwachtingen van het verloop van de afbouw, negatieve blik naar depressie en de wens naar stabiliteit. Een verouderende patiënt is ook een drempel tot afbouw. Oudere patiënten zijn minder weerbaar en krijgen ook meer fysieke klachten. Oudere patiënten hebben volgens de huisartsen ook minder de vraag naar afbouw. Huisartsen merken op dat patiënten wel te overtuigen zijn tot afbouw, maar dat het moeite vraagt. De artsen kiezen dan soms voor de makkelijkere oplossing en dat is verder schrijven. De artsen leggen de keuze bij de patiënt om het AD al dan niet verder te nemen. Bij het voorschrijven analyseren artsen de risico's ten opzichte van de voordelen van het gebruik van AD. Anderzijds wordt het AD ook soms verder voorgeschreven zonder het te evalueren, net omdat het als veilig werd beschouwd.
Iden et al., 2011, Noorweg en (20)	Een kwalitatieve studie van bij huisartsen (n=16) en VPK (n=8)	Het bestuderen van de besluitvorming bij artsen en verpleegkundigen in woonzorgcentra omtrent de behandeling van patiënten met depressie.	Artsen hadden moeite om onderscheid te maken tussen levensmoeheid, rouw omwille van verlies van naasten en depressie. Ze vertrouwden vaak op observaties van verpleegkundigen, die op hun beurt een gebrek aan expertise toegaven. AD werden vaak als enige behandeling voorgeschreven. Drempels voor bijkomende therapie zijn kostprijs en tijdsdruk op het personeel. Een AD wordt gezien als een gemakkelijke optie. Routine prescribing is gangbaar omwille van angst voor negatieve effecten bij stopzetting. Artsen ervaren een druk van verpleegkundigen en ondersteunend personeel om AD voor te schrijven. Gebrek aan follow-up: Er werden zelden systematische diagnostiek of jaarlijkse gezondheidscontroles uitgevoerd om de effectiviteit van AD te evalueren.

Bosman et al., 2016 (21)	Kwalitatief onderzoek semigestructureerde interviews bij huisartsen (n=14) en patiënten (n=38)	Inzicht krijgen in de mogelijkheden om onnodig langdurig gebruik van AD te voorkomen. Onderzoek naar de motivaties en barrières van patiënten en huisartsen om AD voort te zetten of te stoppen.	Huisartsen ervaren een gebrek aan duidelijkheid over hoe lang een AD moet worden ingenomen en hoe het precies moet worden afgebouwd. Hoewel patiënten soms meerdere keren per jaar op consultatie komen, wordt het gesprek over stoppen vaak niet gevoerd. Sommige huisartsen proberen het gebruik van AD wel jaarlijks met de patiënt te bespreken. Er bestaat onduidelijkheid over wie de afbouw moet initiëren: de arts kijkt naar de patiënt, en de patiënt kijkt naar de arts. Sommige huisartsen zijn van mening dat patiënten bij stabiliteit niet meer actief moeten worden opgevolgd, tenzij er problemen optreden of de patiënt uitdrukkelijk aangeeft te willen stoppen met de medicatie. Het belang van een goed sociaal vangnet tijdens de afbouw wordt regelmatig benadrukt door huisartsen. Voor het afbouwen van AD maken huisartsen gebruik van afbouwschema's. Enkele artsen voorzien ook opvolging na de afbouw, met een frequentie variërend van maandelijks tot driemaandelijks. Huisartsen merken op dat het voorschrijven van AD soms een routinematige handeling wordt. Anderzijds zijn er ook patiënten die niet meer op controle komen, waardoor de medicatie gewoon verder wordt ingenomen. Bij de evaluatie van een mogelijke afbouw worden bijwerkingen vaak aangehaald als doorslaggevend argument. Een stabiele levenssituatie wordt als essentiële voorwaarde beschouwd. Als een patiënt in het verleden meerdere depressieve episodes doormaakte, zijn huisartsen minder geneigd om tot afbouw over te gaan. Sommige artsen signaleren ook een psychologische afhankelijkheid bij hun patiënt, wat hen terughoudend maakt om de medicatie af te bouwen.
Johnson et al., 2017 (22)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde Diepte-interviews bij huisartsen (N =28)	Het onderzoeken van factoren die van invloed zijn op het gebruik en dosering van AD door huisartsen.	Huisartsen beschouwen diagnose en behandeling van AD als complex. Er is interactie met levensgebeurtenissen, relaties, sociale en omgevingsdruk. SSRI's worden beschouwd als veilige en effectieve medicijnen. Veel huisartsen waren zich niet bewust dat hogere doseringen niet meer effect hadden en dat de werking van AD binnen 1-2 weken optreedt, terwijl zij vaak 8-12 weken wachtten voordat ze de dosering verhoogden of overschakelden naar een ander medicijn. Factoren geïdentificeerd die bijdragen aan langdurig AD gebruik: Aanhoudende druk om door te gaan met voorschrijven (bijvoorbeeld angst voor herhaling van depressie), ; Weinig gerapporteerde problemen bij voortzetting; gebrek aan proactieve medicatiebeoordeling (bijvoorbeeld patiënten komen alleen bij crisis)

Huijbers et al., Nederland 2020 (23)	Kwalitatief en kwantitatief onderzoek bij patiënten in PZ. Kwalitatief onderzoek bij patiënten (n= 15) en artsen (n=7)	In kaart brengen van voorspellende factoren voor het stoppen van AD. (kwantitatief) Het in kaart brengen van facilitators en barrières voor het stoppen van AD (kwalitatief)	Voor veel patiënten werd het makkelijker om AD af te bouwen zodra ze begrepen dat negatieve gevoelens deel uitmaken van het leven en dat AD niet altijd de oplossing zijn. Sommige patiënten beschouwen langdurig gebruik als schadelijk, terwijl anderen depressie zien als een chronische aandoening waarvoor blijvende medicatie noodzakelijk is. Het gebruik van duidelijke en gestructureerde afbouwschema's werd door patiënten als een belangrijke facilitator ervaren. De meest voorkomende reden om het afbouwproces stop te zetten, was het optreden van onttrekkingsverschijnselen. De sociale context speelt een grote rol voor patiënten. Een stabiele levenssituatie wordt als bevorderlijk gezien voor het succesvol stoppen met AD. Ook een vlotte toegang tot professionele ondersteuning bleek belangrijk. Daarnaast hechten patiënten veel waarde aan het advies van hun arts over het al dan niet stoppen. Artsen erkennen de meerwaarde van een trage, op maat gemaakte afbouw. Ze beschouwen ongerustheid bij de patiënt over een mogelijk herval of onttrekkingsverschijnselen als belangrijke belemmeringen voor succesvolle afbouw.
Pollock et al., 2002, VK (24)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde diepte-interviews bij patiënten (n=32), huisartsen (n=19) en apothekers (n=15)	Beter begrip van de opvattingen van patiënten en zorgprofessionals over depressie en de behandeling ervan.	Uitgebreid onderzoek naar de overeenstemming tussen patiënt en arts in de opvattingen rond depressie en de behandeling ervan. Patiënten hadden heel weinig invloed op beslissingen over behandeling of de mogelijkheid om hun zorgen over medicatie te bespreken. Veel respondenten beschreven de moeite die ze hadden om zichzelf te laten horen en de frustratie die werd veroorzaakt door de ongevoeligheid van hun artsen voor hun problemen met medicatie. Patiënten beschreven zelden overeenstemmende ontmoetingen, hoewel ze duidelijk teleurgesteld waren in de onpersoonlijke, korte en voorbijgaande contacten met verschillende zorgprofessionals. Patiënten binnen geestelijke gezondheidszorg voelden zich beperkt door een gebrek aan therapeutische keuze en hun onwetendheid over de beschikbare opties. Meer kennis hiervan en transparantie over de zorgprocessen zouden het vermogen van patiënten versterken om de effecten van professionele framing te weerstaan en hun recht op behandelingen en interventies vast te stellen die in overeenstemming zijn met persoonlijke waarden en gezondheidsdoelen.

			Anderzijds waren er toch patiënten die de voorkeur gaven om de verantwoordelijkheid te delegeren aan hun artsen omdat ze zichzelf incompetent vonden om beslissingen te maken over bijvoorbeeld medicatie. De verantwoordelijkheid voor het nemen van beslissingen kan als belastend worden beschouwd. Steeds weer blijkt dat patiënten op zoek zijn naar goede relaties met professionals, geruststelling, het gevoel dat hun problemen zijn begrepen en erkend, dat ze zijn behandeld en gewaardeerd als persoon in plaats van als casus.
Vaswani et al., VS. 2020 (25)	Discours-analyse via semigestructureerde interviews bij psychiaters (n= 10)	Onderzoek naar hoe psychiaters patiënten begeleiden bij afbouw van AD.	Twee dominante visies op depressie werden opgemerkt: als medische aandoening of als reactie op levensomstandigheden. Facilitatoren voor succesvol afbouwen zijn: een sterke therapeutische relatie, accepteren van medische onzekerheid, en praktijkervaring. Drempels zijn: psychologische/fysieke afhankelijkheid, drukke agenda's en eenzijdige focus op medicatie. Wat kan beter: richtlijnen, meer ondersteuning binnen de geestelijke gezondheidszorg, en aandacht voor contextuele en patiëntgerichte zorg
Bowers et al., VK, 2019 (26)	Kwalitatief onderzoek via semigestructureerde diepte-interviews en 4 focusgroepen van huisartsen	Identificeren, beschrijven en verklaren van factoren bij zorgverleners die de besluitvorming rond het stopzetten van antidepressiva beïnvloeden	Uit de data-analyse kwamen vijf thema's naar voor. Over het aankaarten van de stop legt het merendeel van de artsen de verantwoordelijkheid bij de arts. Wanneer men die taak toch bij de patiënt moet dit duidelijk gecommuniceerd worden bij de opstart. Shared decision making werd als volwaardige aanpak beschreven. Continu-prescribing werd beschreven als gemakkelijke optie. Het bespreken van een mogelijke afbouw geeft risico op ontregeling van de huidige situatie. Continuïteit en het kennen van de patiënt maken het mogelijks afbouwen van AD gemakkelijker bespreekbaar. Het aankondigen van een afbouw op termijn bij de opstart van AD werkt als facilitator voor een goede afbouw. Het merendeel van de geïncludeerde zorgverleners ontbrak vertrouwen in zijn of haar expertise. Het ontbreken, niet kennen, of niet gebruiken van bestaande richtlijnen werd besproken. Een nood aan opleidingen voor zorgverleners en informatie voor patiënten werd aangekaart. Organisatorische barrières omvatten: het geven van verschillende, soms tegenstrijdige, adviezen door verschillende zorgverleners. Tijdsgebrek binnen een consultatie, onkunde bij gebruik van medische software.

Donald et al., Australië, 2021 (27)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde interviews bij huisartsen (n=22)	Nagaan van de ervaringen van huisartsen bij het stoppen van AD. Welke factoren ze gebruiken om tot beslissing te komen en hoe ze patiënten ondersteunen.	Huisartsen beschouwen het stoppen van AD niet als een eenvoudige medische beslissing. Het vereist een brede analyse van de persoonlijke en sociale context van de patiënt. Sommige huisartsen merken op dat patiënten het AD als deel van hun identiteit beschouwen, wat het afbouwen bemoeilijkt. Een eerdere mislukte afbouwpoging vormt vaak een drempel. Indien volledige afbouw niet haalbaar is, streven sommige huisartsen naar een dosisverlaging als alternatief. Vertrouwen tussen arts en patiënt is een cruciale factor. Wanneer de relatie minder sterk is, verloopt het afbouwproces doorgaans moeizamer. Overleg en gezamenlijke besluitvorming zijn essentieel. Hoewel langdurig gebruik van AD vaak als veilig wordt beschouwd, is het belangrijk om afbouw te overwegen wanneer dat mogelijk is. Er bestaat echter geen standaardmethode om te bepalen of een patiënt klaar is voor afbouw. Dit vergt overleg en afstemming met de patiënt. Trage afbouw is de norm. Bij klachten of problemen schakelen huisartsen over op een nog langzamer schema. Het proactief benoemen van mogelijke moeilijkheden wordt als belangrijk ervaren. Tijdens het afbouwtraject proberen huisartsen de patiënt regelmatig te zien en bij te sturen waar nodig. Veel huisartsen geven aan dat het makkelijker is om een herhaalvoorschrift uit te schrijven dan het gesprek over afbouw aan te gaan. Door echter van bij de start te benoemen dat AD gebruik tijdelijk is, wordt het gesprek over afbouw later gemakkelijker. Goede toegang tot psychologische ondersteuning wordt als een belangrijke facilitator voor succesvolle afbouw beschouwd.

Tabel 1: Samenvatting artikelen literatuuronderzoek

Resultaten interviews

In totaal werden 20 psychiaters bevraagd. De gemiddelde leeftijd bedroeg 49 jaar. De man/vrouw ratio bedroeg 3:1. De duurtijd van de interviews bedroeg gemiddeld 32 minuten (interval 18 mins - 67 mins).

Er werden 9 psychiaters bevraagd, die werkzaam waren in hun privépraktijk en 11 psychiaters die enkel in een (psychiatrisch) ziekenhuis werkten. In totaal waren er 9 psychiaters die in een stedelijke omgeving werkten, en 11 psychiaters die eerder regionaal/landelijk gevestigd waren.

In onderstaande tabel kan men de volledige beschrijving van de psychiaters terugvinden.

Overzicht geïnterviewde psychiaters

Interview	Leeftijd	Geslacht	Aantal jaren ervaring	Tewerkstelling	Populatie
1	36	V	11	psychiatrisch en algemeen ziekenhuis privépraktijk	Regionaal
2	59	M	17	algemeen ziekenhuis	Regionaal
3	36	M	10	Algemeen ziekenhuis forensische psychiatrie	Stedelijk
4	33	M	7	algemeen ziekenhuis	Regionaal
5	53	M	30	psychiatrisch ziekenhuis	Stedelijk
6	54	M	31	psychiatrisch ziekenhuis	Regionaal
7	52	M	29	algemeen ziekenhuis privépraktijk	Stedelijk
8	32	M	8	algemeen ziekenhuis	Stedelijk
9	46	V	23	psychiatrisch ziekenhuis	Regionaal
10	35	M	9	psychiatrisch ziekenhuis	Regionaal
11	61	M	37	psychiatrisch en algemeen ziekenhuis privépraktijk	Regionaal
12	66	M	32	psychiatrisch en algemeen ziekenhuis privépraktijk	Stedelijk
13	68	M	34	algemeen ziekenhuis privépraktijk	Stedelijk
14	65	M	35	algemeen ziekenhuis privépraktijk	Regionaal
15	38	V	13	psychiatrisch ziekenhuis	Stedelijk
16	35	V	10	universitair ziekenhuis	Stedelijk
17	62	M	36	algemeen ziekenhuis privépraktijk	Regionaal
18	40	V	10	algemeen ziekenhuis	Stedelijk
19	75	M	50	algemeen ziekenhuis privépraktijk	Stedelijk
20	36	V	12	psychiatrisch ziekenhuis privépraktijk	Stedelijk

Tabel 2: Overzicht geïnterviewde psychiaters

Deel 1: Afbouw bij volwassenen

1.1 Redenen langdurig gebruik

Psychiaters benoemden dat er een algemene toename is in langdurig gebruik van antidepressiva bij volwassenen. Hiervoor haalden ze verschillende redenen aan.

(1) Om te beginnen zijn patiënten volgens de psychiaters vaak gewend aan hun 'pilletje' en willen ze dit niet zomaar stoppen. Veel patiënten zijn bang dat wanneer ze hun AD zouden stoppen, ze zouden hervallen in hun depressieve klachten en willen dit risico liever niet nemen. Ze verkiezen stabiliteit boven de eventuele nadelen van het onnodig gebruik van het AD. Er is dus sprake van een belangrijke **psychische afhankelijkheid.**

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "De angst om opnieuw een depressie door te maken omdat het zo een vreselijke ervaring was. De schrik om het medicament af te geven omdat men voelt hoe goed men hiermee gekomen is. Ik vind dat we ze dan nog altijd moeten overtuigen om het te proberen afbouwen."*

> *Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: "Als mensen al 30 jaar 's morgens een pilletje voor 'de courage' nemen en jij gaat dan in één keer zeggen dat dat niet meer moet. Dat is ook voor die mensen emotioneel wel een beetje aanpassen."*

(2) Een tweede belangrijk argument is het fenomeen van **'routine prescribing'**. Hierbij wordt de medicatie steeds verlengd, zonder dat hierbij kritisch nagedacht wordt of deze nog altijd noodzakelijk is.

Verschillende psychiaters suggereren dat het uitvoeren van een medicatie review hierbij zou kunnen helpen om dit te voorkomen. Deze kan zowel door de psychiater als door de huisarts gebeuren.

> *Psychiater 5, man, 53 jaar: "Ik heb eigenlijk de gewoonte om bij elk contact met mijn patiënt alle medicatie te overlopen. Altijd kijken: "oké, waarom nemen we het, wanneer zijn we het gestart". En dan kan je eigenlijk al aankondigen, als het zo blijft verdergaan, dan kunnen we binnenkort stoppen."*

Het tijdrovende karakter hierbij is echter het grootste struikelblok. Nagaan of patiënt voldoende stabiel is om een afbouw te initiëren, ziekte educatie geven over onttrekking tegenover herval, het opstellen van een afbouwschema (al dan niet met magistrale bereidingen), ... Gezien de tijd om dit alles grondig te doen niet altijd voorhanden is, wordt in de praktijk de medicatie review soms uit het oog verloren, en wordt de medicatie gauw weer voorgeschreven, hetgeen het fenomeen van 'routine prescribing' in de hand werkt.

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Er moet meer op ingezet worden van waarom neemt die persoon dat nog? Maar ik denk ook als je weinig tijd hebt en ze vragen die medicatie, het is snel voorgeschreven en je hebt niet altijd tijd om het in vraag te stellen. Zeker patiënten die je dan overneemt van een andere huisarts als je net start. Je kan moeilijk bij elke consultatie bij iedereen dat in vraag gaan stellen."*

(3) Een derde en laatste reden wordt gevormd door een groep van patiënten die **langdurig arbeidsongeschikt** verklaard zijn in kader van hun depressie. Afbouw van medicatie wordt hierbij gezien als een eerste stap richting werkhervatting en kan dus een onverwachte drempel vormen.

> *Psychiater 2, man, 59 jaar: "Ja we hadden het net over effectiviteit, er zijn ook wel veel mensen waarbij je hun ziekte afneemt als je geen medicijnen geeft. Ja dat is moeilijk. Zeker als er nog een arbeidsongeschiktheid is omwille van ernstige depressie. Ja als je dan begint over pillen afbouwen dan is het volgende hun naar het werk sturen dus daar moet je wel allemaal bij nadenken bij de dynamieken die er allemaal optreden."*

1.2 Afwegingen bij de keuze tot eventuele afbouw

(1) Over het algemeen vinden psychiaters dat de evaluatie van een mogelijke afbouw van AD een **individuele aanpak** vereist.

Ze kijken hierbij naar de patiënt die voor hen zit en maken vervolgens een risico-baten analyse op van de voor- en nadelen van een mogelijke stop van het AD. De factoren waarop de psychiaters zich hiervoor op baseren, vallen uiteen in 2 grote groepen. Enerzijds heeft men de biologische factoren en anderzijds zijn er de psychosociale factoren. Door beide in beschouwing te nemen, maken de psychiaters een beslissing of een afbouw AD mogelijk lijkt voor hen of niet.

Onder de eerste groep van biologische factoren benoemen psychiaters het soort ziektebeeld en de ernst hiervan, de voorgeschiedenis, aanwezigheid van suïcidepogingen, reeds eerder doorgemaakte depressies, persoonlijkheid van de patiënt, etc. Bij sommige patiënten zijn deze factoren talrijk aanwezig en oordelen psychiaters dat er een blijvende nood is aan neurobiologische ondersteuning met een AD. Psychiaters zien de depressie dan eerder als een chronische ziekte. Bijgevolg is dit een beperkte groep van patiënten bij wie men niet volledig zal kunnen afbouwen. In dit geval proberen verschillende psychiaters wel af te bouwen tot de minimaal werkzame dosis.

> *Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: "Ja. Mensen voelen dat wel meestal aan. Als ze dan bijvoorbeeld zeiden van: "Ik was dan echt gestopt en dan ben ik eigenlijk snel terug hervallen." Dan denk ik ja, dat heeft eigenlijk geen zin, want dan is er precies toch ook wel een echt organische oorzaak van die depressie. Het is dan niet alleen iets reactief op een situatie, maar is dat ook echt iets organisch. ... Als mensen al 3 - 4 depressies hebben gehad in hun leven, dan zijn die heel gevoelig voor depressies en dan ben ik wel minder geneigd om af te bouwen. En dan zou ik die eigenlijk chronisch op iets zetten, want daar gaan die waarschijnlijk toch hervallen."*

Een voorbeeld van het belang van het soort ziektebeeld zien we bij angststoornissen. De meeste psychiaters geven aan dat bij mensen met een angst- of paniekstoornis zowel patiënt als psychiater het AD liefst behouden, omdat ze bang zijn dat deze patiënten sneller zullen hervallen. Een minderheid van deze patiënten wil net zo snel mogelijk van hun medicatie af. Bij deze groep van patiënten is de kans op een succesvolle afbouw lager dan in vergelijking met andere ziektebeelden.

Psychiater 11, man, 61 jaar: "Bij angstproblemen is het soms toch wat moeilijker, ik zie er ook vaker herval. Daarmee ga ik meestal toch het AD een aantal jaren geven. Ik vergelijk paniekstoornissen soms met een wonde, er moet zich eerst een stevig litteken vormen. Zo leg ik het ook uit aan de mensen dat er dan toch wel redelijk wat tijd over gaat. En daar zie je toch ook wat sneller herval als je te vroeg afbouwt."

De tweede groep van psychosociale factoren omvat onder andere de thuissituatie, het netwerk van patiënt, zijn werkomgeving, hobby's, sociaaleconomische status, relationele gebeurtenissen, etc. De meeste psychiaters proberen in geval van een depressie de uitlokkende gebeurtenissen te identificeren en deze vervolgens aan te pakken met psychotherapie en/of gebruik AD. Als courant voorkomende luxerende factoren bij volwassenen worden voornamelijk relatieproblemen en werk gerelateerde problemen (zoals burn-out) genoemd. Eens deze gestabiliseerd zijn, menen de meeste psychiaters dat er na een voldoende lange periode wel voorgesteld kan worden om een afbouw AD te proberen.

Psychiater 12, man, 66 jaar: "De mate van het herstel, is er voldoende consolidatie, is er voldoende stabiliteit. Werkgelegenheid, relatieproblematiek, Voornamelijk alle zaken rond een patiënt waardoor men in een depressie terechtkwam. Als die kunnen aangepakt worden is er veel meer kans op geslaagde afbouw en het voorkomen van herval."

De thuissituatie en netwerk van patiënt kunnen zowel een facilitator als een barrière zijn voor een afbouw AD. Zo gaan psychiaters bij patiënten die goed omringd zijn, sneller geneigd zijn om een afbouw te proberen. Wanneer de afbouw dan toch niet zo goed zou verlopen zoals gepland, kan het netwerk van de patiënt in eerste plaats ondersteuning bieden. Daarnaast kunnen ze ook aan de alarmbel trekken, wanneer ze de eerste signalen van herval opmerken. Hier tegenover staat dat een woelige of stressvolle context voor de meeste psychiaters een reden vormt om het AD toch nog even te blijven doorgeven.

Psychiater 10, man, 35 jaar: "En voor mij ook een heel belangrijke, want dat heb ik eigenlijk nog niet gezegd, die sociale context he. Het betrekken van een partner, of dochter, iemand die dicht bij de patiënt staat. Zij zijn vaak de eerste die het zien wanneer het niet goed gaat met de patiënt."

(2) Een volgend belangrijk item voor de psychiaters is het zorgvuldig inplannen van het juiste **moment** om de **stop van het AD** voor te stellen en te initiëren. Allen zijn ze hierbij van mening dat het toestandsbeeld van de patiënt hiervoor voldoende gestabiliseerd dient te zijn. Over hoe lang men precies moet wachten om dit te concluderen, bestaat er onenigheid. Sommige psychiaters stellen een afbouw AD voor na 6 maanden stabiliteit, anderen adviseren dan weer om zeker 1 tot zelfs 2 jaar te wachten, alvorens dit te proberen. Zij berusten zich hiervoor op het feit dat wanneer AD te vroeg afgebouwd wordt, er een grotere kans is op herval van de ziekte.

Naast te kijken naar hoe de patiënt zich op dat moment voelt, is het ook belangrijk om een blik te werpen op de toekomst. Zijn er bepaalde luxerende factoren te verwachten, zoals aankomende rechtszaken, onopgeloste financiële problemen, ontslag, etc. Wanneer dit het geval is, is de meerderheid van de psychiaters het erover eens dat men best de stop van het AD nog even kan uitstellen, totdat er meer stabiliteit bekomen is.

> *Psychiater 3, man, 36 jaar: "Stel dat je een precaire familiale situatie hebt of dakloosheid, of er is net een relatiebreuk geweest. Hier voel je dat er heel wat potentieel is tot ontregeling. Dan is het misschien ook niet het moment om dat te gaan voorstellen."*

Als men kijkt naar de seizoenen, zijn de meeste psychiaters ook eerder geneigd om een afbouw voor te stellen in de lente/zomer en de stop eerder uit te stellen in de wintermaanden.

> *Psychiater 12, man, 66 jaar: "Het is zoals de spreuk het zegt, het kan verbonden zijn met, bij het springen of het vallen van het blad kunnen mensen meer geneigd zijn tot neerslachtigheid. In praktijk wacht ik dus vaak tot na de winter."*

(3) Een andere belangrijke afweging om een AD al dan niet te stoppen, zijn de mogelijke **bijwerkingen** die dit met zich mee kan brengen. Zo zijn er bijwerkingen op gastro-intestinaal, psychologisch, neurologisch vlak, etc. . Daarbij halen verschillende psychiaters aan dat er niet altijd voldoende aandacht wordt geschonken aan de seksuele bijwerkingen. Het is belangrijk om dit zelf actief te bevragen bij alle patiënten.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "Ik ben daar altijd een beetje alert voor om ook de seksuele nevenwerkingen op te merken. We leven in een porno maatschappij, maar in de consultatie ruimte is er een heel grote schroom om te spreken over seksuele zaken hè?" En veel antidepressiva creëren: erectiestoornissen, orgasme stoornissen, libido stoornissen enzovoort."*

Psychiaters melden hierbij wel dat de klasse van de tricyclische antidepressiva (TCA's) meer bijwerkingen kennen dan de selectieve serotonine reuptake inhibitoren (SSRI's). Ook op vlak van overdosering (zoals bijvoorbeeld bij suïcidepogingen) zijn TCA's risicovoller dan de SSRI's.

> *Psychiater 2, man, 59 jaar: "Met tricyclische ben ik wel wat actiever. Die zijn niet zo onschuldig. Prothiaden bijvoorbeeld zou ik al gemakkelijker weglaten omwille van de bijwerkingen, omwille van risico bij overdosis.. Als je een hele dosis van escitalopram opeet, moet je mij niet wakker bellen maar bij prothiaden ligt dat toch anders."*

(4) Tevens zijn ook de **interacties** die AD kunnen hebben met andere geneesmiddelen een belangrijk argument in de afweging tot stop. Sommige psychiaters stellen om die reden vaak de afbouw van het AD voor, zeker wanneer patiënten 3 of meer geneesmiddelen innemen. Andere psychiaters nuanceren dit dan weer, en geven binnen de groep van psychofarmaca eerder prioriteit aan antipsychotica en/of benzodiazepines, omdat ze deze medicatie als risicovoller en gevaarlijker achten.

Psychiater 3, man, 36 jaar: "Vaak is het een combinatie van antidepressiva en benzodiazepines. En daar zit je met een veel groter probleem. Wat bij mij betreft, daar krijg je mensen echt moeilijk af. Als ik alprazolam zie staan, mensen die dat nemen in hoge dosissen gedurende jaren, dan ben ik al wat op mijn ongemak. Als je dat vermindert, dan komt er een onrust die weken aansleept; dat soort problemen heb je niet bij antidepressiva. En daar gaat meestal de energie naartoe van kunnen we daar niet iets van afpitsen of stoppen en als dat gelukt zou zijn, ja dan is het misschien al genoeg. Dan is de missie al volbracht. En ja dat antidepressivum dan ja..."

(5) Hoewel de psychiaters zo goed als mogelijk proberen te redeneren of een patiënt in aanmerking zou komen voor een stop AD op basis van bovenstaande elementen, is dit niet altijd een gemakkelijke puzzel om te leggen. Om die reden stelt een selecte groep van psychiaters het mechanisme van **'trial en error'** voor. Hierbij gaan ze de afbouw initiëren en vervolgens opvolgen of dit lukt of niet. Blijkt het dat de patiënt toch hervalt, wordt er opnieuw opgestart met het AD. Blijkt het dat de patiënt zich ook goed voelt zonder het AD, dan is de afbouw geslaagd.

Psychiater 9, vrouw 46 jaar: "Sowieso ben ik voorstander dat als mensen medicatie nemen, dan moet elke medicatie op zich zijn nut hebben, maar natuurlijk bij AD die lang genomen worden, eigenlijk de enige manier om het te ondervinden is het nu echt nuttig of niet, dat is door het te stoppen en we gaan het een aantal maanden opvolgen, als je niet hervalt, dan heb je het waarschijnlijk niet meer nodig, maar als je wel hervalt, ja, dan hadden we het beter niet gestopt, dan had je het toch nog nodig..."

1.2 Verloop afbouw

(1) Om te beginnen gaat het over **wie** het afbouwproces aanbrengt en in gang zet. Dit kan gaan van **de psychiater tot de patiënt, tot beide partijen samen**.

Het merendeel van de psychiaters verkiest de aanpak volgens shared-decision making. Hierbij gaan ze in dialoog met de patiënt en wordt er samen beslist of het AD kan gestopt worden of niet. Belangrijk hierbij is om de patiënt correct te informeren over bijvoorbeeld de tijdsduur, te verwachten onttrekkingsverschijnselen, risico op herval, etc. . Ook het actief laten meebeslissen van de patiënt leidt tot een betere therapietrouw.

Psychiater 7, man, 52 jaar: "Het is een gedeelde verantwoordelijkheid van de patiënt en van de arts. Je doet dat samen, hé. De keuze moet vooral door de patiënt gemaakt worden. Maar je moet wel proberen om juist in te lichten. Dat is dan onze opdracht als arts vind ik. Je hebt mensen, je adviseert hen en ze moeten nog altijd de kans krijgen om er tegenin te gaan vind ik. Ik heb de taak om te informeren, maar jullie beslissen."

Enkele psychiaters vinden het dan weer louter hun eigen verantwoordelijkheid om de stop van het AD aan te kaarten. Wie volgens hen de medicatie opstart, moet ook de stop initiëren.

Psychiater 13, man, 68 jaar: "Uiteraard ja, dat is onze verantwoordelijkheid om dat aan te brengen. Ach ja, tuurlijk. Wij stellen de behandeling in dus het is ook aan ons om te bepalen hoe lang iemand behandeld moet worden."

Daarnaast komt het ook voor dat een patiënt zelf op eigen houtje gaat afbouwen of stoppen. Vaak voorkomende redenen hiervoor zijn hinderlijke bijwerkingen of de wens om minder afhankelijk te zijn van medicatie. Gezien de stop van het AD hier vaker plots verloopt, rapporteren de psychiaters wel dat de kans op succesvolle afbouw, wanneer de patiënt dit alleen onderneemt zonder medische begeleiding, eerder laag is.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "En als iemand zegt van: "ik wil daar nu echt van af, ik wil dat echt eens proberen." Ja, wie zijn wij om dan te zeggen: "Nee, ge moogt niet". Ja, ik vind dat we dat niet kunnen doen. En ik denk dan dat je beter de patiënten kan begeleiden dan dat mensen de afbouw zelf doen. Want dat is natuurlijk ook een groep. De mensen die zelf stoppen En daar kan men zich natuurlijk wel wat vragen over stellen. Het je taak als arts om het in het begin ook uit te leggen van: "kijk als we ooit stoppen, moeten we dat ook goed opvolgen."*

(2) Als er besloten is om af te bouwen, kiezen de psychiaters in het algemeen voor een **trage afbouw** van AD. Ze willen hierbij de kans op onttrekkingsverschijnselen verminderen.
Psychiaters benadrukken het verschil tussen onttrekkingssymptomen en ziekte herval. Onttrekking vindt typisch plaats kort na het stoppen van het AD, te wijten aan de gewijzigde bloedspiegel in het lichaam van de patiënt. Herval treedt eerder op weken tot maanden na de stop van het AD, veroorzaakt door het wegvallen van de biologische ondersteuning voor de depressie.

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "Daar moet je opletten, het lichaam valt plots zonder die stof. Dat is niet zoals een dafalgannetje ofzo hé, dat is een heel ander systeem. Je bouwt op voor de werking, ik vergelijk altijd met een batterij, die moet je ook eerst in de prise steken, een tijd laten opladen en pas dan werkt het. Dus het is niet zoals een dafalgan, die werkt direct. Bij afbouw moeten we "een uitboltijd" voorzien vooraleer het lichaam zich terug daarop kan afstellen."*

Psychiaters trachten een onderscheid te maken tussen deze 2 begrippen, gezien ze beide een andere aanpak vereisen. In geval van onttrekking, dient men de dosis opnieuw te verhogen en de afbouw nadien trager te laten verlopen dan oorspronkelijk gepland. Bij ziekte recidief kijken de psychiaters hoe men de depressie het beste kan aanpakken, hetzij door opnieuw te starten met biologische ondersteuning, dan wel door aan de slag te gaan met psychotherapie om vooruitgang te boeken op psychosociaal vlak. Ze vinden het belangrijk om de patiënt hierover te educeren om de kans op een geslaagde afbouw te verhogen.

> *Psychiater 15, vrouw, 38 jaar: "Dat je je minder goed voelt, dat je je wat rustelozer voelt, dat je mogelijks wat meer lichamelijk iets voelt dat je niet gewoon bent. Dat merk ik vaak na 1 of 2 weken, en ik zeg dat ook zo, dit kan nog zijn door de afbouw. Vandaar dat we dat ook heel traag doen. Wat ik dan meestal doe, is zo naar een iets hogere dosis eventjes teruggaan, maar niet de dosis van waar we komen, in de hoop dat het op die manier wel zou gaan. Waarin dat ik ook wel geruststel dat we eigenlijk nu nog niet zoveel effect kunnen verwachten van een afbouw. Wat je nu voelt is waarschijnlijk eerder het effect van het afbouwen op zich. Maar dit is nog niet een herval, dat is nog te vroeg. Waarin dat zo'n gesprek wel belangrijk is."*

Als duurtijd voor de afbouwfase stellen enkele psychiaters als periode 6 maanden voor, echter verkiest het merendeel om dit nog uit te breiden naar een periode van 1 jaar of langer. De duur van afbouw wordt soms ook pragmatisch bepaald afhankelijk van hoe snel de psychiaters de patiënt in hun agenda kunnen terugzien.

Verschillende psychiaters geven ook aan dat de duur van de afbouw stofafhankelijk is. Venlafaxine en paroxetine zijn bijvoorbeeld geduchte producten om af te bouwen, waarbij psychiaters nog kleinere stapjes gaan nemen in vergelijking met bijvoorbeeld (es)citalopram.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "Ja, venlafaxine is moeilijker. Omdat je daar echt wel nevenwerkingen hebt als mensen verminderen. Dat gaat met stapjes van 37,5mg bijvoorbeeld. Wat is ook soms doe, als mensen te veel afzien van het af te bouwen, is om magistrale bereidingen laten maken. Daarmee kan je afbouwen in kleinere stappen, bijvoorbeeld venlafaxine 20 milligram, venlafaxine 15 milligram. Dan is dat wel gemakkelijker om af te bouwen."*

Over de **manier** hoe men dient af te bouwen, bestaan er varianten. Sommige psychiaters werken liever met bestaande producten die ze in 2 of 4 laten delen, omdat dit gemakkelijk voorhanden en goedkoop is. Andere psychiaters verkiezen eerder de afbouw te laten verlopen via magistrale bereidingen, omdat ze hiermee nog kleinere tussenstapjes kunnen inbouwen. De keerzijde is echter wel dat het maken van deze bereidingen duurder is voor de patiënt en soms een drempel kan vormen.

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Over het algemeen probeer ik het gewoon te doen met de pillen die we voorhanden hebben. Dus halveren of ¾ als dat lukt en zo verder. En dan merk je vaak dat die laatste stap de moeilijkste is. Dan heb je en het psychologisch effect van mijn antidepressivum valt weg plus ook die laatste dosis. Nu ja, bij een sertraline valt dat mee je kan naar 12,5 gaan en dan stoppen. Een wellbutrin van 15O naar 0 dat is toch wel veel moeilijker nog."*

(3) De **opvolging** tijdens de afbouw van het AD **varieert** van psychiater tot psychiater. Sommigen zien de patiënt zelf op regelmatige basis terug op consultatie en volgen autonoom het afbouwproces op. Anderen doen het afbouwproces in samenwerking met de huisarts, waarbij de patiënt afwisselend op consultatie bij de psychiater en de huisarts komt, en er een gedeelde verantwoordelijkheid bestaat.

Een beperkte groep van psychiaters doet de opvolging voornamelijk via telefonische consultaties. Tussen de psychiaters onderling bestaat hierover discussie, waarbij sommigen zich afvragen of men het toestandsbeeld wel goed kan inschatten zonder de patiënt klinisch te zien.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "Ik geef soms een schema mee, bouw het zo en zo af. En bel mij na een maand eens om te zien hoe dat gaat en dan kunnen we eventueel ook telefonisch bijsturen."*

> *Psychiater 10, man, 35 jaar: "Als iemand voor u zit is dat een gans ander verhaal. Het gaat om kleine dingen, soms wat bradyfrener voorkomen, zich geremder gedragen, hoe mensen gaan stappen, op hun stoel zitten, hoe mensen tijdens een gesprek reageren. Dat zijn allemaal nuances die je er aan de telefoon niet uithaalt."*

De meeste psychiaters proberen wel om zich telefonisch beschikbaar te stellen voor de huisarts en/of patiënt, voor het geval dat er zich moeilijkheden voordoen bij de afbouw. Dit verhoogt de kans op een succesvolle afbouw volgens hen, omdat ze op die manier snel het beleid kunnen bijstellen.

> *Psychiater 15, vrouw, 38 jaar: "En ze was bereid om dat samen met mij te doen en te kijken en mij ook te contacteren zodra ze zich wat minder goed zou voelen, want dat spreek ik ook altijd af. Als je afbouwt en je voelt van 'hmmm, er beginnen hier toch weer zo wat depressieve symptomen terug te komen dat ik herken van vroeger', om dan eigenlijk niet lang te wachten, om mij gewoon eens op te bellen zodat we eens kunnen kijken van is het nodig om terug naar je huidige dosis te gaan of kunnen we nog enkele weken wachten tot je weer bij mij terugkomt om dan te zien van gaan we verder afbouwen of gaan we het eventjes op deze dosis dan laten, dat we er opnieuw over kunnen spreken."*

De opvolging na de afbouw varieert eveneens van psychiater tot psychiater. De meeste psychiaters verwijzen hun patiënt hierbij terug naar de huisarts, eens het AD succesvol gestopt is en sluiten het behandeltraject af. Enkele psychiaters volgen hun patiënten toch zelf nog op na de afbouw van het AD, zeker wanneer de initiële presentatie zeer ernstig was en patiënt een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis heeft.

> *Psychiater 20, vrouw, 36 jaar: "Ja, meestal als ze zijn gestopt, zie ik hen nog 1, maximum 2 keer erna en dan is het wel de huisarts die opvolgt. Maar ja, dan is er geen medicatie meer dus ja..."*

Deel 2: Afbouw bij ouderen

2.1 Redenen langdurig gebruik

Over het algemeen kwam bij onze bevraagde psychiaters terug dat het AD gebruik bij ouderen veel hoger ligt dan bij de jongere populatie. Hiervoor werden er verschillende redenen aangehaald.

(1) Net zoals dit bij de volwassenen het geval is, is er bij de groep van ouderen ook sprake van **psychische afhankelijkheid.** Gezien oudere patiënten door hun leeftijd meestal al langer hun AD innemen, vermoeden sommige psychiaters dat dit daarom nog meer meespeelt bij de ouderen dan bij de volwassen populatie.

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Soms hangen ze er ook veel meer mentaal aan vast. Van 'ik heb dat nodig om mij goed te voelen en zonder zal het niet gaan'. Maar angst ook, angst om af te bouwen, angst om terug in die zware depressie te komen. Die populatie is iets minder te motiveren om te zakken."*

(2) Tevens wordt ook het fenomeen van '**routine prescribing**' aangehaald bij de oudere populatie. Oudere patiënten komen van tijd tot tijd langs bij hun arts voor verlenging van hun voorschriften voor medicatie, waarbij er niet altijd kritisch nagedacht wordt over de indicatie van wat men voorschrijft.

> *Psychiater 11, man, 61 jaar: "Bij veel huisartsen zie ik dat er, eens het door een psychiater is opgestart, niet veel meer aan verandert. Soms zelfs nooit niets. En dan zie ik wel mensen die onder AD blijven staan omwille van deze reden."*

(3) Daarnaast zijn er ook nog enkele verschillen met de volwassenen. Zo wordt het fenomeen waarbij patiënten een AD nemen in kader van **langdurige arbeidsongeschiktheid** omwille van depressie, en bijgevolg dus niet willen stoppen met hun medicatie uit schrik voor werkhervatting, bijna **niet** gezien bij de groep van **ouderen**. Ouderen zijn vaak al gepensioneerd en niet meer of weinig beroepsactief, waardoor dit minder van toepassing is op hen.

(4) Ook stellen oudere **patiënten minder de vraag** om af te bouwen. Ze zijn minder bezig met de afweging of ze bepaalde medicatie dagdagelijks nog moeten innemen in vergelijking met de volwassen patiënten. Naast de patiënt, geven sommige **psychiaters ook** aan dat zij zelf als arts minder snel geneigd zijn om bij ouderen te gaan denken aan afbouw. De meeste ouderen nemen hun AD al vele jaren, waardoor men dit als 'standaard' medicatie aanschouwt en het nut hiervan onvoldoende in vraag gesteld wordt.

> *Psychiater 20, vrouw, 36 jaar: "Ze zijn minder geneigd om te stoppen, heb ik de indruk. En bij mijzelf is dat eigenlijk ook wel zo. Ik merk dat zelf dat ik bij ouderen rapper het ga behouden en bij jonge mensen, en zeker bij jonge vrouwen die nog zwanger moeten worden en zo, is dat een ander verhaal."*

(5) Een vijfde belangrijk argument is het feit dat ouderen **minder mobiel** zijn en om die reden **moeilijker** in **contact** kunnen komen/ in opvolging blijven bij de **psychiater**. Het vergt vaak een grote inspanning om zo'n patiënt op consultatie te laten komen, waardoor deze patiënten ook minder opgevolgd worden, en een mogelijke afbouw bijgevolg niet voorgesteld kan worden.

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Eigenlijk vertroebelt het contact dan een beetje, omdat het vervoer niet georganiseerd geraakt. Ik heb het een paar keer gehad dat iemand, maar die was dan nog relatief goed, vanuit het rusthuis op consultatie kwam. Maar de meeste ouderen geraken niet tot bij ons, wat jammer is."*

Enkele psychiaters geven hierbij wel aan dat het invoeren van nieuwe nomenclatuur, waarbij psychiaters op huisbezoek zouden kunnen gaan in het woonzorgcentrum, hiervoor wel een goede oplossing zou kunnen zijn. Andere psychiaters benadrukken dan weer de rol van de huisarts als persoon om deze patiënten goed op te volgen.

> *Psychiater 7, man, 52 jaar: "Ik ben van plan om ook naar rusthuizen te gaan omdat minister Vandenbroucke daar een speciale nomenclatuur voor zal voorzien. Hij wil vermijden dat er veel mensen vanuit een WZC in een ziekenhuis belanden."*

(6) Als laatste verloopt het afbouwen of stoppen van AD in deze leeftijdsgroep ook moeilijker doordat alternatieve behandelingsmogelijkheden zoals **psychotherapie minder** aangewend kunnen worden. Omdat men op psychosociaal vlak weinig vooruitgang kan boeken, is men dan als arts vaak genoodzaakt om het AD te blijven doorgeven om toch enige ondersteuning op biologisch vlak te bieden aan patiënt.

> *Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "Psychologen en psychotherapie is daarbij ook nog eens iets dat in die generatie wat moeilijker valt."*

2.2 Afwegingen bij de keuze tot eventuele afbouw AD

(1) Over het algemeen zijn alle psychiaters het erover eens dat bij de oudere patiënt de keuze tot afbouw AD een **individuele kwestie** blijft, net zoals dit het geval is bij de volwassenen.

We kunnen ook niet alle ouderen over één kam scheren. Zo zijn er bijvoorbeeld ouderen van 80 jaar die medisch nog kern**gezond** zijn tegenover ouderen van 65 jaar met al een hele **waslijst** aan co-morbiditeiten en medicatie. Daarnaast zijn sommige ouderen sociaal nog heel actief en participeren mee in de gemeenschap, anderen zijn dan weer eerder vereenzaamd en hebben geen familie meer die hen nog kan bezoeken of ondersteunen.

> *Psychiater 10, man, 35 jaar: "Als ik, om nu bij de ouderenpsychiatrie te blijven, een 74-jarige patiënt voor mij heb die er biologisch uitziet alsof hij nog 60 is die nog dag en nacht helpt bij zijn zoon, die op zijn kleinkinderen let, die altijd gelukkig getrouwd is, die een depressieve episode heeft gehad omwille van pensioen, zeg maar iets.. Dat is voor mij een veel geruststellender verhaal dan dezelfde persoon die altijd te gewerkt heeft, maar dan met zijn pensioen depressief geworden is, gescheiden is, geen kinderen heeft. Ja, dat heeft voor mij veel minder slaagkans."*

Psychiaters stellen dat een afbouw van AD kan voorgesteld worden indien er **voldoende stabilisatie** bekomen is. De duur van deze stabiele periode moet hierbij langer zijn dan voor volwassenen, al is er geen eenduidigheid over hoeveel langer deze termijn dan exact moet zijn. Ook bij ouderen is een goede sociale omkadering belangrijk om een afbouw van AD te faciliteren.

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Als dat iemand is die goed ondersteund is, waar een vangnet is, daar ga veel sneller proberen om af te bouwen, dan bij iemand die ganse dagen eenzaam en alleen thuis zit. Want dan weet je ook niet goed, zal die wel effectief hulp roepen als het niet goed gaat?"*

Eén psychiater meldt wel dat hij het bij ouderen moeilijker vindt om een volledig beeld te krijgen van de sociale situatie van de patiënt. Ouderen kunnen zich soms **moeilijker communicatief** uitdrukken, waarbij men niet goed kan inschatten of de mentale toestand reeds gestabiliseerd is. Om die reden wordt het AD dan toch aangehouden als voorzorgsmaatregel.

> *Psychiater 17, man, 62 jaar: "Die patiënten kunnen ook niet zo goed verwoorden wat er allemaal speelt, vaak hebben de kinderen daar wat meer zicht op, maar die zijn natuurlijk niet altijd mee op raadpleging. Als je kijkt naar een jongere persoon, daar heb ik wel de indruk dat ik volledig mee ben in het verhaal, terwijl ik bij een oudere soms het idee heb dat ik maar de helft weet. Dan kan ik ook moeilijker inschatten of de patiënt al volledig zijn depressie te boven is, en dan ben ik ook niet zo snel geneigd om het AD volledig te stoppen."*

(2) Ook bij ouderen blijkt het belangrijk om het **moment van afbouw** AD goed in te plannen. Men kiest hierbij best voor een rustige periode waarin weinig luxerende factoren verwacht worden. De luxerende factoren zijn wel verschillend tussen de volwassenen en de ouderen. Zo spelen werk gerelateerde gebeurtenissen en relationele problematieken veel minder een rol bij ouderen.

Ook zijn er bepaalde psychosociale stressoren die typischer zijn voor de oudere populatie, zoals de transfer richting een woonzorgcentrum, ontspoorde mantelzorg bij het zorgen voor de aftakelende partner, en ander lopende zorgpaden, zoals bijvoorbeeld geplande ingrepen, oncologische trajecten, revalidatieprogramma's, etc. . Hier wordt best rekening mee gehouden, wil men een succesvolle afbouw AD beogen.

> *Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: "Als de partner net geplaatst is in rusthuis of de partner heeft dementie en ze moet ervoor zorgen, of ze moeten zelf naar het rusthuis,... Als er zo heel veel verandert in de omgeving, dan ben ik ook minder geneigd om antidepressiva af te bouwen. "*

Opvallend voor de oudere populatie, geven meerdere psychiaters aan dat een opname een goed moment kan zijn om het AD af te bouwen. Dit in tegenstelling tot de jongere populatie, waarbij een opname vaak de start van een AD betekent.

Psychiater 2, man 59 jaar: "Als ze echt met een waslijst aan medicatie komen en het gaat toch niet goed, en dan vaak is er ook discussie na een paar dagen van 'ik heb mijn pilletjes niet gekregen.' Het moet zijn dat het niet werkt he als je hier bent beland. Maar na enkele dagen aanvaarden ze dat dan vaak."

(3) Op vlak van de mogelijke bijwerkingen, geven de psychiaters aan dat men bij de oudere populatie rekening moet houden met **andere bijwerkingen** dan bij de volwassenen. Zo gaan ouderen sneller last hebben van de centrale bijwerkingen, zoals verwardheid, vermoeidheid, futloosheid, daar waarbij de jongere populatie meer struikelt over de seksuele bijwerkingen. Toch nuanceren enkele psychiaters dit laatste, en delen ze mee om dit thema wel altijd bespreekbaar te maken met de oudere patiënt.

Psychiater 13, man, 68 jaar: "Mensen kunnen bijwerkingen hebben bij de SSRI's, sommigen zijn heel vermoeid. Zeker bij ouderen gaat dat veel meer impact hebben. Dus dan gaan we eerder geneigd zijn om de dosis te verminderen of eventueel af te bouwen."

Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: "Je hebt ook de seksuele bijwerkingen, waarvan je zou denken dat dat bij ouderen minder belangrijk is, maar dat is niet altijd zo. Dus dat is wel een belangrijke."

Daarnaast moet je bij ouderen sneller bedacht zijn op ernstige, **levensbedreigende bijwerkingen** in vergelijking met de volwassenen. Doordat de lever- en nierfunctie achteruitgaan, kan je veranderingen krijgen in de farmacokinetiek, waardoor ze sneller toxische spiegels bereiken. Aangehaalde bijwerkingen zijn hartritmestoornissen, elektrolytstoornissen (hyponatriëmie), ... Om die reden raden verschillende psychiaters bij ouderen aan voor een jaarlijks bloedonderzoek en/of monitoring met ECG.

Psychiater 9, vrouw, 46 jaar: "Nu, naar ouderen toe, zie ik wel nog regelmatig, vooral bij SSRI's, dat dat natrium toch wel verstoord durft te geraken, dat mensen hyponatriemie beginnen doen, en dat zien we niet bij de volwassenen."

(4) Oudere patiënten hebben door de band genomen een uitgebreidere lijst van medische aandoeningen en nemen hiermee geassocieerd ook meerdere geneesmiddelen voor in. Ze worden dus gekenmerkt met **meer co-morbiditeit en polyfarmacie** in vergelijking met de jongere populatie.

Dit maakt de behandeling van een depressie bij een oudere patiënt complexer, omdat je als arts meer moet rekening houden met de bestaande ziektes en/of mogelijke medicamenteuze interacties. Veel psychiaters geven wel aan dat dit ook een belangrijke drijfveer is bij ouderen om de afbouw van het AD voor te stellen, net om deze incompatibiliteit met de rest van de medicatie te voorkomen.

Psychiater 15, vrouw, 38 jaar: "Co-morbiditeiten, van ja gaat dat medicijn wel passen want hij heeft ook wel prostaatproblemen he dokter. Moet ik naar een specifiek AD die daar minder problemen gaat geven?"

Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: "Maar denk ook aan interacties. AD hebben wel heel wat interacties met andere medicatie. En als mensen dan ook nog een diureticum nemen of

iets voor de bloeddruk en van alles en nog wat. Ja dan geeft dat natuurlijk een cocktail van alles tesamen."

(5) Het mechanisme van **'trial en error'**, zoals beschreven bij de volwassenen, wordt bij de oudere populatie **in veel mindere mate** toegepast. Als reden hiervoor halen de psychiaters aan dat ouderen fragieler zijn en hun systeem makkelijker ontregeld kan worden bij medicatiewijzigingen. Bij ouderen trachten de psychiaters meer op een rationele basis te beslissen of een stop AD gepoogd kan worden of niet.

Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Toch een stuk schrik wat het zal teweegbrengen. Omdat ouderen toch iets minder makkelijk met die schommelingen om kunnen, als zij daar eigenlijk niet klaar voor zijn, kan het zijn dat je wel terug een depressie hebt. Allez biologisch gezien minder veerkracht, minder reserve dan bij een jonger iemand."

(6) Specifiek voor de groep van de ouderen, wordt het diagnostisch dilemma aangehaald tussen **dementie en depressie**. Hierbij is het bij ouderen niet eenvoudig om de correcte diagnose te stellen, gezien er soms overlap is tussen de symptomen.

Sommige psychiaters menen hierbij dat wanneer men enkel een dementieel beeld heeft, het AD afgebouwd kan worden. Andere psychiaters zijn hierbij dan weer net voorzichtiger, omdat ze net vinden dat het **brein** van de oudere patiënt **kwetsbaarder** is.

Psychiater 11, man, 61 jaar: "Toch geven we bij ouderen vaak te veel medicatie. Als het bijvoorbeeld blijkt een zuiver dementieel beeld te zijn dan ga ik het AD wel afbouwen."

Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: "Bij iemand van 80, met eerste depressie, moet je ook nadenken. 'Heeft die ook dementie of alzheimer?' Waarschijnlijk is dat een beetje van alles op een hoop, hè? Vaak zijn er geen zuivere depressies meer bij die echt heel oude mensen hè? Vaak hebben die ook wel wat schade, vasculair van alles en nog wat. Met dat soort mensen is het sowieso moeilijker om dat dan echt af te bouwen, omdat die hun hersenen zo fragiel zijn."

2.3 Verloop afbouw

(1) Afbouw gebeurt, net zoals bij de volwassenen, best **in samenspraak met de patiënt**. Echter zijn de meeste psychiaters van mening dat de oudere generatie **volgzamer** is. Ze stellen het voorgesteld beleid van de arts minder in vraag en accepteren het gemakkelijker dan de jongere generatie. Echter merken enkele psychiaters op dat dit toch niet altijd het geval is, en dat er ook bij de oudere populatie **patiënten** zijn die graag hun **eigen beleid** opstellen en niet altijd even goed luisteren naar wat je als arts vraagt om te doen.

Psychiater 2, man, 59 jaar: "Oudere mensen zijn docieler, ik bedoel als je ze zegt dat het moet, dan gaan ze zeggen "nou, als de dokter het zegt, dan zullen we dat maar doen."

Psychiater 20, vrouw, 36 jaar: "Dus zij zijn daar ietsje vlotter in, maar ze luisteren minder goed, heb ik wel de indruk. Terwijl dat je zou denken van die zijn zo 'den doktoor' gewoon. Maar ze zeggen 'ja' en ze doen dan toch hun eigen gedacht."

(2) Net zoals bij de volwassen populatie, wordt er door alle psychiaters voorgesteld om het AD traag af te bouwen. De meeste psychiaters geven zelfs aan om bij **ouderen** nog **langzamer af te bouwen.** Deze psychiaters stellen dat ouderen heviger reageren op mogelijke onttrekkingsverschijnselen bij afbouw door een verminderd recuperatievermogen. Daarom gaan ze kleinere stapjes nemen bij de dosisreductie en houden ze deze ook voor langere periode aan.

> *Psychiater 10, man, 35 jaar: "Waarin dat het adagium, zeker in de gerontopsychiatrie, is van start low and go slow, geldt het omgekeerde voor mij ook, als je dan afbouwt, ga dan traag en doet het in kleine stappen."*

(3) Bepaalde psychiaters stellen een **striktere follow-up frequentie** voor tijdens en na het afbouw proces bij ouderen. Op die manier kunnen ze kort op de bal spelen mochten ze toch last ervaren van onttrekkingsverschijnselen. Daarnaast helpt het ook om de patiënt regelmatig te zien om zo een goede inschatting te kunnen maken van zijn psychische toestand, of er sprake is van ziekte recidief of niet.

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "Bij afbouw is er noodzaak aan regelmatige opvolging, ik laat die zeker maandelijks terugkomen en dan evalueren we telkens opnieuw."*

Wat echter opvallend is tegenover de volwassen populatie, is dat verschillende psychiaters aangeven dat het moeilijker is om het traject af te ronden bij de ouderen. Zij blijven graag nog in opvolging bij de psychiater, zelfs wanneer het AD al geruime tijd gestopt is. Sommige psychiaters lossen dit op door meer tijd tussen de vervolgafspraken te zetten. Anderen delen mee dat patiënten altijd kunnen terugkomen, moesten ze toch hervallen of zich niet goed voelen.

> *Psychiater 15, vrouw, 38 jaar: "En nu zie ik haar nog om het half jaar en probeer ik dat iedere keer zo een beetje te verlengen. Iedere keer als ze komt weer een beetje meer tijd tussen de consultaties te laten. Want ik merk bij de oudere populatie is het belangrijk dat ze merken dat je er bent. Dat ze eens kunnen bellen als het moeilijker gaat, of dat ze vroeger een afspraak nodig hebben. Maar op die manier lukt het wel om onze afspraken een beetje te verlengen."*

2.4 Eenzaamheid bij ouderen

Er wordt vaak gezien dat AD bij ouderen opgestart worden in kader van een eenzaamheidsproblematiek. Nagenoeg alle geïnterviewde psychiaters waren het erover eens dat **eenzaamheid op zich geen goede indicatie** is voor de opstart van een AD.

Eenzaamheid kan een luxerende psychosociale factor zijn, die kan bijdragen tot het ontstaan van een depressief toestandsbeeld. Enkel wanneer er volgens de DSM-criteria voldaan is aan de definitie van een depressie, kan een AD mogelijks ondersteuning bieden.

> *Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "Zeker, dat is opnieuw zo'n externe factor waarbij mensen graag ook iets willen doen maar er bestaat geen pilletje tegen eenzaamheid."*

Wanneer men enkel en alleen vaststelt dat een oudere patiënt wat meer teruggetrokken is en minder deelneemt aan activiteiten, is dit voor de meeste psychiaters onvoldoende basis om een AD op te starten. Ze vinden het hierbij dan vooral belangrijk om in te zetten op niet-farmacologische interventies, zoals bijvoorbeeld de patiënt stimuleren via activiteiten in een dagcentrum. Ze nuanceren wel dat dit in de praktijk niet altijd even gemakkelijk toepasbaar blijkt te zijn.

> *Interview 20, vrouw, 36 jaar: "Ja, die mensen voelen zich minder goed. De huisarts gaat langs en de huisarts denkt 'ik kan hier niets doen behalve een pilletje starten'. En dat doen ze dan, terwijl het inderdaad rouw is of mensen die gewoon niets om handen hebben. Maar huisartsen hebben gewoon niet de tijd en ook niet de middelen om daar ganse dagen te zijn, of een dagcentrum op te starten en weet ik veel wat. Of mensen willen dat dan niet. Dus dat heeft daar zeker mee te maken. Eenzame mensen gaan veel sneller AD krijgen."*

Verschillende psychiaters geven wel aan dat het niet eenvoudig is om het onderscheid te maken tussen een depressie en zuivere eenzaamheid. Om die reden zijn sommigen wat terughoudend om het AD af te bouwen.

Discussie ouderen

Samenvatting van ons onderzoek

In deze masterthesis werden de gelijkenissen en de verschillen omtrent de afbouw van AD bij de volwassen en oudere populatie volgens de visie van de psychiaters in kaart gebracht. Er werd gekeken naar redenen voor langdurig gebruik, afwegingen in de keuze tot afbouw en het verloop van het afbouwproces.

Zowel bij de volwassenen als de ouderen vormen de psychische afhankelijkheid en het fenomeen van 'routine prescribing' belangrijke drijfveren om een AD langdurig door te geven. Voor de ouderen werden ook nog enkele nieuwe redenen gevonden, met name het gebruik AD minder in vraag stellen door patiënt en arts, verminderde mobiliteit met moeilijkere psychiatrische opvolging tot gevolg en het minder openstaan voor psychotherapie in deze populatie.

Om de afweging tot stop te kunnen maken, maken de psychiaters zowel bij de jongere als oudere populatie graag een risico-baten analyse op aan de hand van biologische en psychosociale factoren. Ook besteden ze veel aandacht aan het juiste moment voor de stop te kiezen. Hierbij spelen er andere factoren mee bij ouderen dan bij de volwassenen. Ook houdt men rekening met bijwerkingen en interacties, die kunnen verschillen in soort en ernst tussen de ouderen en jongeren. Specifiek voor de groep van de ouderen haalt men ook het diagnostisch dilemma tussen depressie en dementie aan, wat de afweging tot afbouw AD kan bemoeilijken bij hen.

Eens de afbouw ingezet wordt, geven de psychiaters de voorkeur bij beide populaties aan shared-decision making, om zo de kans op een geslaagde afbouw te verhogen. Ook adviseren ze om dit traag te doen en met regelmatige opvolging door psychiater of huisarts. Voor de ouderen stellen ze voor om de afbouw trager te doen en ze vaker terug te zien dan de volwassenen.

Vergelijking met bestaande wetenschappelijke literatuur

Onze studie biedt nieuwe inzichten omtrent de verschillen tussen de jongere en oudere populatie. Gezien er geen direct vergelijkend materiaal voorhanden is, hebben we onze bevindingen getoetst aan bestaande wetenschappelijke literatuur over andere zorgverleners.

Zo zien we de argumenten van psychische afhankelijkheid en 'routine prescribing' als belangrijke reden voor langdurig gebruik ook terugkomen bij onze resultaten. (15,16,17,19,22,23)

Daarnaast zien we ook in onze studie dat in de afweging tot afbouw de individuele inschatting van de psychische toestand van patiënt, de juiste timing van moment van stop, bijwerkingen en interacties belangrijke facilitatoren kunnen zijn om AD af te bouwen.

(11,15,19,20,21)

Als laatste komt in ons onderzoek ook naar voor dat de afbouw best in samenspraak met de patiënt gebeurt. In onze studie gaven de psychiaters aan, in tegenstelling tot eerder onderzoek, dat ze niet de indruk hebben dat de patiënt de bal hiervoor volledig in hun kamp legt. Afbouw kan zowel geïnitieerd worden door de psychiater als door de patiënt zelf. Gemeenschappelijk met eerder onderzoek verhoogt een regelmatige opvolging door de psychiater de kans op een succesvolle afbouw van het AD.
(11,12,17,18,21,22,23)

Opvallend is wel dat onze psychiaters beduidend trager afbouwen dan wat de richtlijnen voor huisartsen suggereren.
(4,5,6,7,8)

De psychiaters doen dit vooral, om de kans op onttrekkingsverschijnselen te verminderen. Soms worden deze verkeerdelijk geïnterpreteerd als een ziekte recidief, en wordt het AD vervolgens (onterecht) terug herstart, wat dan het afbouwproces teniet doet.
(15,16,17,18,20,22,23)

Sterktes en beperkingen van onze studie

Als voornaamste troef kan gezegd worden dat ons onderzoek het eerste kwalitatieve onderzoek is in België, dat de visie van psychiaters op afbouw van AD, specifiek voor de groep van ouderen gaat bekijken. Dankzij deze inzichten kan men beter begrijpen waarom afbouw in deze groep moeilijker verloopt, en kan men vervolgens in een verder onderzoek nagaan hoe men deze hindernissen het beste onder handen kan nemen.

Om onze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, werd een kwalitatief onderzoek opgezet, waarbij psychiaters geïnterviewd werden totdat geen nieuwe ideeën meer werden aangebracht. Datasaturatie werd bereikt na 20 interviews. In onze steekproef was er voldoende variatie op vlak van leeftijd, geslacht, aantal jaren werkervaring, tewerkstelling in hospitaal of privépraktijk en behandelde populatie. De interviews werden afgenomen op basis van een gestandaardiseerde semi-gestructureerde interview gids.

Alle interviews werden dubbelblind gecodeerd en vervolgens door een derde onafhankelijke persoon samengevoegd. Nadien werden de resultaten ook in groep geanalyseerd en besproken tot een consensus werd bereikt.

Op vlak van beperkingen, dient men in onze studie zeker bedacht te zijn voor een selectie bias, gezien louter geïnteresseerde en gemotiveerde psychiaters deelnamen aan onze bevraging. Het is mogelijk dat dit een bepaalde niche van psychiaters betreft, en hun mening niet door allen gedeeld wordt.

Idealiter had ook een psychiater deel uitgemaakt van onze auteursgroep om de bevindingen beter te kunnen kaderen bij verwerking en analyse van onze resultaten.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Verder onderzoek omtrent de afbouw van AD bij ouderen is zeker wenselijk. Het opzetten van een observationele studie, waarbij bestudeerd wordt bij hoeveel oudere patiënten het lukt om af te bouwen, en bij hoeveel oudere patiënten niet en om welke redenen, zou een meerwaarde kunnen betekenen. Ook zouden onze bevindingen beter gekaderd kunnen worden naar hoe doorslaggevend bepaalde elementen net zijn in het afbouwproces.

Daarnaast is het zeker ook wenselijk dat er bepaalde interventieplannen ontwikkeld worden om de afbouw van AD bij ouderen te stimuleren. Hiervoor kunnen onderzoeksgroepen zich baseren op onze bevindingen, zodat ze alvast rekening kunnen houden met specifieke hindernissen gelinkt aan de oudere populatie, bij het opstellen van een nieuwe evidence-based afbouwrichtlijnen. In een verdere fase zou het effect van deze interventies ook gecontroleerd kunnen worden door middel van een RCT.

Conclusie ouderen

Ons onderzoek naar de visie van psychiaters over de afbouw van AD bij volwassenen en ouderen heeft belangrijke inzichten opgeleverd die van waarde kunnen zijn voor de klinische praktijk. Hoewel er overeenkomsten zijn tussen beide leeftijdsgroepen, blijkt de afbouw bij ouderen complexer te zijn en vraagt deze om een meer genuanceerde aanpak.

Voor zowel volwassenen als ouderen spelen psychische afhankelijkheid en 'routine prescribing' een cruciale rol bij langdurig gebruik AD. In beide groepen is een individuele aanpak, juiste moment van afbouw en aandacht voor bijwerkingen en interacties essentieel bij de afweging tot afbouw. Shared decision making wordt universeel aanbevolen als de beste benadering om het afbouwproces te initiëren.

Bij ouderen komen echter aanvullende factoren naar voren die de afbouw kunnen compliceren en vragen om specifieke aandacht. Er is een verminderde neiging om AD gebruik in vraag te stellen, zowel bij de patiënt als bij de arts. Daarnaast kan beperkte mobiliteit het contact met de psychiater bemoeilijken. Bovendien staat deze leeftijdsgroep vaak minder open voor psychotherapie als alternatief of aanvulling op medicatie.

Vervolgens speelt het diagnostisch dilemma tussen depressie en dementie een rol, wat de besluitvorming rond afbouw kan compliceren. De fysiologie van ouderen vraagt ook om een nog voorzichtiger afbouwtraject. Voor ouderen wordt daarom voorgesteld om de afbouw trager te doen en hen vaker op consultatie terug te zien dan volwassenen.

Hoewel ons onderzoek waardevolle inzichten biedt, is verder onderzoek gewenst om deze bevindingen te vertalen naar concrete, evidence-based richtlijnen voor de klinische praktijk. Met gerichte aandacht voor de unieke uitdagingen bij ouderen kunnen we streven naar een meer effectieve en veilige afbouw van antidepressiva in deze kwetsbare populatie.

Referenties

1. Intermutualistisch Agenschap (IMA). Antidepressiva in België. Antidepressiva in België [Internet]. [cited 2023 Oct 10]; Available from: https://ima-aim.be/Antidepressiva-in-Belgie?lang=nl
2. Healthy Belgium. Antidepressants. Healthy Belgium [Internet]. [cited 2024 Jan 23]; Available from: https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/medications/nervous-system/antidepressants
3. Gezond België. Verloren gezonde levensjaren. Gezond België [Internet]. [cited 2023 Nov 7]; Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren.
4. Declercq T. Depressie bij volwassen. Domus Medica [Internet]. [cited 2023 Oct 10]; Available from: https://domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen.
5. NHG. Angst. Nederlanse Huisartsen Genootschap [Internet]. [cited 2023 Oct 9]; Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-angst.
6. NHG. Depressie. NHG standaard [Internet]. [cited 2023 Oct 10]; Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie
7. EBPnet. Depressie [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0071
8. Ellen VL, Anthierens S, van Driel ML, Sutter AD, Branden E van den, Christiaens T. "Never change a winning team": GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. Scand J Prim Health Care. 2021 Dec 11;39(4):533–42.
9. 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 Dec;77(6):962–9.
10. 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 Dec;28(1):23–31.
11. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Handleiding voor het afbouwen van antidepressiva. BCFI [Internet]. [cited 2023 Oct 17]; Available from: https://www.bcfi.be/nl/articles/3038?folia=3037.
12. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Afbouw van antidepressiva: extra aandacht voor onttrekkingsverschijnselen. Folia Pharmacotherapeutica september 2019 [Internet]. [cited 2023 Oct 9]; Available from: https://www.bcfi.be/nl/articles/3160folia=3159&matches=onttrekkingsverschijnselen.
13. Nice guideline. Depression in adults: treatment and management. Nice Guideline [Internet]. 2022 Jun 29 [cited 2024 Feb 6]; Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

14. De Beir R. Ervaringen van patiënten met stoppen van antidepressiva: een kwalitatief onderzoek naar barrières en facilitatoren [Master thesis]. Universiteit Gent;
15. Maund E, Stuart B, Moore M, Dowrick C, Geraghty AWA, Dawson S, et al. Managing antidepressant discontinuation: A systematic review. Ann Fam Med. 2019 Jan;17(1):52–60.
16. 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 Feb 15;245:38–62.
17. Kelly D, Graffi J, Noonan M, Green P, McFarland J, Hayes P, et al. Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants: a qualitative study. BMJ Open. 2021 Apr 5;11(4):e046054.
18. Johnston O, Kumar S, Kendall K, Peveler R, Gabbay J, Kendrick T. Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening. Br J Gen Pract. 2007 Nov;57(544):872–9.
19. 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 Apr;60(573):e144-55.
20. Iden KR, Hjørleifsson S, Ruths S. Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: a qualitative study. Scand J Prim Health Care. 2011 Dec;29(4):252–6.
21. Bosman RC, Huijbregts KM, Verhaak PF, Ruhe HG, van Marwijk HW, van Balkom AJ, et al. Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. British Journal of General Practice. 2016 Oct 1;66(651):e708–19.
22. Johnson CF, Williams B, MacGillivray SA, Dougall NJ, Maxwell M. "Doing the right thing": factors influencing GP prescribing of antidepressants and prescribed doses. BMC Fam Pract. 2017 Jun 17;18(1):72.
23. Huijbers MJ, Wentink C, Simons E, Spijker J, Speckens A. Discontinuing antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy: a mixed-methods study exploring predictors and outcomes of different discontinuation trajectories, and its facilitators and barriers. BMJ Open. 2020 Nov 11;10(11):e039053.
24. Pollock K, Grime J. Meeting the treatment information needs of users of specialist mental health services. A study of users' experience of information provision within a complex system of care: Final Report of the Concordance Research Fellowship. Department of Medicines Management Keele University; 2004 Jan.
25. Vaswani bye a. psychiatrists' accounts of helping patients discontinueantidepressant medication: a discourse analysis [Doctoral dissertation]. University of Massachusetts Boston; 2020.
26. Bowers HM, Williams SJ, Geraghty AWA, Maund E, O'brien W, Leydon G, et al. Helping people discontinue long-term antidepressants: views of health professionals in UK primary care. BMJ Open. 2019 Jul 4;9(7):e027837.

27. Donald M, Partanen R, Sharman L, Lynch J, Dingle GA, Haslam C, et al. Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GPs' views on discontinuation. Br J Gen Pract. 2021 Jan 17;
28. Van Leeuwen E, Maund E, Woods C, Bowers H, Christiaens T, Kendrick T. Health care professional barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. J Affect Disord. 2024 Jul 1;356:616–27.

Verplichte bijlagen

Interviewgids

De visie van psychiaters over stoppen van antidepressiva: kwalitatief onderzoek (versie 08/2024)

Inleiding:

Eerst en vooral wensen wij u heel uitdrukkelijk te bedanken om mee te werken aan dit kwalitatief onderzoek omtrent de visie van psychiaters over stoppen van antidepressiva na jarenlang gebruik. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de vakgroep Klinische Farmacologie Universiteit Gent o.l.v. Dr. Ellen Van Leeuwen. Met dit kwalitatief onderzoek willen we echter nagaan wat de visie van psychiaters is op het stoppen van langdurig gebruik.

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. Werkt u graag mee aan dit interview? Hebt u vragen voor we starten?

Dit onderzoek behandelt specifiek het stoppen van antidepressiva bij depressie na minstens 1 jaar, bij personen die stabiel zijn waar geen indicatie meer is om medicatie verder te zetten.

Deel 1: Eigen ervaringen

A. Probeer u te herinneren: een casus bij wie u antidepressiva na langdurig gebruik gestopt hebt?

1.Hoe is dat verlopen? Waarom was de patiënt een kandidaat om te stoppen? Wie had dit aangebracht? Hoe was dit proces verlopen? Welke stappen waren nodig? Wat ging er goed? Wat ging minder goed? Welke problemen ontstonden hierbij en wat deed u toen? Was de huisarts betrokken in deze casus? Speelden andere hulpverleners (psychologen, apothekers) een rol?

2.Heeft u de ervaring dat dit ook bij andere patiënten die gestopt zijn zo loopt? Zien jullie mensen die langdurig op AD staan en stabiel zijn eigenlijk nog? Bij kwetsbare mensen bv, ziet u deze patiënten dan levenslang? Wat is de opvolging precies als AD gestart wordt?

3.Welke factoren en omstandigheden maken het mogelijk om te stoppen met antidepressiva volgens u? Kan je uitleggen waarom dit zo is?

B. Probeer u te herinneren: een casus bij wie je oordeelde dat het antidepressivum gestopt kan worden maar je het stoppen niet geprobeerd hebt?

1.Hoe is dat verlopen? Hoe was je ervaring hierbij? Waarom was de patiënt een kandidaat om te stoppen. Waarom heb je niet overwogen om het aan te brengen om AD te stoppen? Waarom ben je niet geprikkeld om het te bevragen?

2.Heb je de ervaring dat dit ook bij andere patiënten zo loopt?

3.Welke factoren en omstandigheden maken het moeilijk om te stoppen met antidepressiva volgens u? Kunt u uitleggen waarom dit zo is?

C. Probeer je te herinneren: een casus waarbij langdurig gebruik van antidepressiva (>1jaar) gestopt en terug gestart werd.

1. Vertel eens; hoe verliep dit?

(Prompts: Waarom werd er gestopt of afgebouwd? Van wie kwam het initiatief om de medicatie af te bouwen of te stoppen? Wat ging goed? Wat ging minder goed? Verloopt dit steeds zo? Speelde de huisarts een rol in deze casus? Speelden andere hulpverleners (psychologen, apothekers) een rol?, etc.)

2.Heeft u de ervaring dat dit ook bij andere patiënten zo loopt? Wat als patienten zich na 1-2 weken niet goed voelen, of na 1-2 maanden? Mogen ze bellen, verwijst u ze door naar de huisarts,..? Willen jullie in zo'n situatie gecontacteerd worden door de huisarts of altijd?

3.Welke factoren en omstandigheden maken het dat herstart moet worden met antidepressiva na eerst gestopt te zijn volgens u? Kunt u uitleggen waarom dit zo is?

Deel 2: Algemeen

1.Heeft u een idee hoeveel van jouw patienten een AD nemen? Vindt u dat goed? Denkt u dat we onterecht te weinig behandelen met AD en waarom? Of eerder onterecht te veel behandelen met AD en waarom?

2.Wat denk je over jarenlang gebruiken van AD door patiënten? Denk je dat dit nog effect heeft na jaren? Denk je dat jarenlang gebruik iets gevaarlijk is?

- Als je gelooft dat dit effect er na jaren nog is, waarom zou je het dan stoppen?

3. Hoe kijkt u naar het stoppen? Hoe verloopt dit stoppen meestal? Hoe voert u een afbouwconsult? Is dat iets dat u veel doet, en waarom (niet)? Als er risicofactoren zijn (en dewelke), moet je dan sowieso levenslang AD geven of trager afbouwen of...? Ziet u stoppen als jouw verantwoordelijkheid? Kunt u uitleggen wat bepaalt dat je gaat stoppen? Kunt u uitleggen wat je soms tegenhoudt?

- Voorstellen van afbouw

* Bij welke patientengroepen gaat u afbouw voorstellen, bij welke niet? En waarom?

* Wat zijn de drempels om afbouw voor te stellen?

* Patienten die psychisch afhankelijk zijn van hun AD pil, gaan jullie daarbij afbouw bespreken of er niet over beginnen?

- Duur van afbouw

* Wordt traag afbouwen beinvloedt door het feit dat jullie de patienten om de 3 maand kunnen zien?

* Hoe volgen jullie je patient op bij de afbouw?

- Op welke manier beinvloedt de aan of afwezigheid van een goed netwerk de afbouw? Ga je die mensen betrekken?

- Bij shared decision: wat bedoel je precies? Wat weegt dan het meeste door als de patient bv Twijfelt? Geef je dan gewoon door of ga je dit dan later opnieuw voorstellen?

- Seizoensgebonden afbouw: waarom niet in de winter afbouwen?

Deel 3: Andere zorgverleners

A. Huisarts

Vertel eens; hoe verloopt meestal de samenwerking met huisartsen ikv opvolging van en stoppen van AD?

Contacteert u hen zelf, en waarom?

Contacteren zij u soms, zo ja waarom?

Wat loopt goed, wat loopt minder goed? Wat is een goede samenwerking voor jullie?

Gaat het soms ook anders?

Welke rol ziet u voor hen bij het stoppen? Hoe zou die rol beter kunnen? Hoe kan de samenwerking leiden tot meer stopppen?

B. Psycholoog

Vertel eens hoe verloopt meestal de samenwerking met psychologen ikv opvolging van het AD en het stoppen ervan.

Contacteert uhen zelf, en waarom?

Contacteren zij u soms, zo ja waarom?

Wat loopt goed, wat loopt minder goed?

Gaat het soms ook anders?
Welke rol ziet u voor hen bij het stoppen? Hoe zou die rol beter kunnen?
Kan een psycholoog helpen bij afbouw in de toekomst?

C. Apotheek

Vertel eens; hoe verloopt meestal de samenwerking met apothekers ikv opvolging en het stoppen van AD.
Contacteert u hen zelf, en waarom?
Contacteren zij u soms, zo ja waarom?
Wat loopt goed, wat loopt minder goed?
Gaat het soms ook anders?
Welke rol ziet u voor hen bij het stoppen? Hoe zou die rol beter kunnen? Zijn er rollen die een aptoheek zou kunnen opnemen? Kunnen apothekers helpen bij het afbouwschema?

Deel 4: Ondersteuning

Wat zou u helpen om bij meer patiënten het langdurig gebruik van AD te stoppen? En waarom?
Alsook in ZH/ groepspraktijk: **w**at zou u en uw collega's ondersteunen in jullie praktijk om meer AD gebruik te stoppen?
Hoe zou opleiding u meer kunnen ondersteunen in het stoppen van AD?

Deel 5: Ouderen

1. Waarin verschilt het stoppen van langdurig gebruik van AD bij ouderen t.o.v. het stoppen bij jongere volwassenen?

2. Welke factoren en welke omstandigheden maken het, volgens u, mogelijk om AD te stoppen bij ouderen? Hoe komt dit?

3. Welke factoren en welke omstandigheden belemmeren u om AD te stoppen bij ouderen? Hoe komt dit? Speelt eenzaamheid bij ouder worden mee bij het voorschrijven van AD? In welke mate denkt u dat het antidepressiva bij eenzaamheid werkt?

> *Prompts: Bij barrières: vragen naar waarom houdt u dat nu tegen om er iets aan te doen? Wat zou er u helpen om deze moeilijkheid te overkomen? Vindt u het nog relevant om af te bouwen bij ouderen? Als huisartsen gemoedelijk zijn in routine prescribing, hoe zien de psychiaters zichzelf dan? Wat is de rol van familie bij ouderen? Verandert het iets als een patient in een rusthuis zit, betrek je de patient zelfd an of de familie? Gaan mensen uit het rusthuis nog naar de psychiater?*

4. Wat zou u ondersteunen en helpen om langdurig gebruik van AD bij meer ouderen te stoppen? En waarom?

Deel 6: Slot

Is er nog iets dat u kwijt wil over “het stoppen van AD” dat nog niet aan bod gekomen is?

Deel 7: Algemene info

- Leeftijd:
- Geslacht:
- Aantal jaren praktijkervaring:
- Soort praktijk (en):
- Ligging praktijk: Stedelijk-regionaal-landelijk

“Prompts”

1. Vaardigheden, kennis en attitude psychiater: motivatie, attitude, zelfvertrouwen, vroegere ervaringen, voorschrijfgedrag, opleiding verantwoordelijkheid, weerstand tegen stoppen

2. Depressie: visie over oorzaak, diagnose en behandeling, doel van antidepressiva behandeling, niet medicamenteuze behandeling, prognose

3. Perceptie van behandeling met antidepressiva: effectiviteit, veiligheid (interacties, OE), geschiktheid, kostprijs, verschil tussen theorie en praktijk

4. Opvolging van depressie: behoud van stabiele patiënten - fysiek contact- routine

5. Psychologische en fysieke mogelijkheden patiënt: motivatie (intrinsieke motivatoren en doelen), coping strategie, reacties van de patiënt, levensomstandigheden, ouderen, polyfarmacie, prognose

6. Angst: herval, ontwenningssymptomen, vertrouwensrelatie

7. Vaardigheden en kennis om te stoppen: perceptie over initiatiefnemer, informatie om stoppen van AD te ondersteunen, richtlijnen, reviewtools

8. Significante anderen (niet zorgverleners): familie, vrienden, druk van anderen

9. Rol van zorgverleners: huisartsen, (toegankelijkheid) psycholoog, apotheker, verpleegkundige die medicatie klaarzet, initiatiefnemer, samenwerking en communicatie

10. Middelen: tijd, energie, praktijkfactoren, onvoldoende financiering, onvoldoende beschikbaarheid van alternatieven

11. Externe factoren: overheid, voorschrijffeedback, voorschrijfcultuur België, farmaceutische industrie, media

Goedkeuring ethisch comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Thierry Christiaens
Vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische Wetenschappen
Ugent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Ellen Van Leeuwen	11/08/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
ONZ-2023-0344		B6702023000466

Betreft:
Kwalitatief onderzoek naar de visie van psychiaters op antidepressiva, het stoppen van antidepressiva en facilitatoren en barrières bij het stoppen van antidepressiva
Qualitative study of psychiatrists' view on antidepressants, discontinuation of antidepressants and their facilitators and barriers to discontinuation

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 08/08/2023.

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 11/08/2023 een gunstig advies over deze studie.

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

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

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 08/08/2023.

After consulting the additional information and/or modified documents related to this dossier, the CME is of the opinion that the proposed study, as described in the protocol, is scientifically relevant and ethically justified.
EC therefore gives on 11/08/2023 a favourable opinion on this study

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

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

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- Thierry Christiaens, dd. 18/10/2022 (NDL)

Categorie: GCP certificaat
- Thierry Christiaens, dd. 24/10/2022 (ENG)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- Data Management Plan Psychiaters: GDPR Record, dd. 17/07/2023 (NDL)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF psychiaters, versie 1.0 dd. 12/07/2023 (nl)

Categorie: Interview Guide
- Interviewsgids, versie 1.0 dd. 12/07/2023 (NDL)

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- uitnodigingsemail, versie 1.0 dd. 12/07/2023 (NDL)

Categorie: Verzekeringscertificaat
- Allianz Insurance Clinical Experiments, dd. 23/01/2023 (ENG)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer Ugent - statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits Ugent - statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern - huisarts, ♂	nog aan te stellen Externe - huisarts, ?
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent - kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent - kinder gastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent - psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent - psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent - verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent - verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent - verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent - verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent - apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent - apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent - Ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent - Ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent - jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent - jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent - nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent - geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent - internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent - neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent - hartchirurg, ♂	Dr. H. Eker UZ Gent - algemene en hepatobiliaire chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent - fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent - verloskunde, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent - kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent - anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent - [kinder - jeugd]psychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent - [kinder - jeugd]psychiater, ♀

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

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek ten aanzien van de privacy van de persoons-/patiëntgegevens in contacten met patiënten, of bij het inzien van patiëntgegevens, inclusief de juiste uitvoering daarvan door collega's en studenten. De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/ 8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst op haar website naar de ICH/GCP-richtlijnen en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft. De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat de CME verwacht dat haar eerste opmerkingen ab initio in aanmerking worden genomen bij de volgende indiening door dezelfde sponsor.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek en bepaalde studies met "medical devices" dienen door de klant (PI of sponsor) te worden ingediend bij het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek mogen enkel uitgevoerd worden op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaar maakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art. 13 van de Belgische wet van 7/5/2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon en in art. 21 van de Belgische wet van 7/05/2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Bepaalde onderzoeken met medische hulpmiddelen vallen ook onder wettelijke termijnen (KB van 17/3/2009). Raadpleeg de website van het FAGG voor meer informatie: www.fagg-afmps.be .

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek. U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijk verband met de studie onduidelijk is.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Indien het onderzoek niet binnen een jaar wordt beëindigd, eist de ICH-GCP dat jaarlijks een voortgangsrapportage aan de CME wordt verstrekt.

Tot slot verzoeken wij u de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Houd er in het geval van een klinische proef (EudraCT) rekening mee dat de resultaten moeten worden gepubliceerd in het European Clinical Trial Register. Het rapport van deze resultaten kan als CSR naar de EC worden gestuurd.

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contacts with patients, or when viewing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students. The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.
We would like to draw your attention to the fact that the EC expects her initial comments to be taken into account ab initio at the next submission by the same sponsor.

*Provided that there is a **Clinical Trial Agreement**, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).*

Studies with investigational medicinal products and certain studies with "medical devices" should be submitted by the client (PI or sponsor) to the FAMHP (Federal Agency for Medicines and Health Products).
Studies with investigational medicinal products are only allowed to be conducted, provided that the minister (FAMHP) does not state objections within legal deadlines as described in art. 13 of the Belgian law of 7/5/2004 concerning experiments on the human person and art. 21 of the Belgian law of 7/5/2017 concerning clinical trials with medicines for human use.

Certain studies using medical devices are also covered by legal deadlines (KB of 17/3/2009). Please consult the FAMHP website for more information: www.fagg-afmps.be.

Research on embryos in vitro is covered by the law of May 11, 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice of the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in vitro.

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This favorable advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study. You are reminded that concerning clinical studies, any observed serious event needs to be reported immediately to the sponsor and the ethics committee, even if the causal relationship with the study is unclear.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

*If the study will not be terminated within a year, the ICH-GCP demands that an **annual progress report** will be provided to the EC.*

*Finally, we request you to report the termination (early or planned) of the study within the legal deadlines and provide the **Clinical Study Report** (CSR) to the EC.*

In case of a clinical trial (EudraCT), please be informed that the results must be published in the European Clinical Trial Register. The report of these results can be sent to the EC as the CSR.

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