De visie van psychiaters op de afbouw van antidepressiva na langdurig gebruik: een kwalitatief onderzoek

Vincent Delens, UGent

Franne Fouvry, UGent

Wannes Maertens, UGent

Promotor: Dr. Ellen Van Leeuwen, UGent

Co-promotor: Dr. Joke Pauwelyn, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 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.

Psychiater 5, man, 53 jaar: "En ja, in een ideale wereld zijn er richtlijnen die écht evidence based zijn rond afbouw..."

Voorwoord

Deze thesis dient ter afronding van onze opleiding tot huisarts. Het is het resultaat van een intense samenwerking tussen 5 verschillende HAIO's. Hoewel het werk niet altijd eenvoudig was, was het een leerrijke ervaring om dit samen te maken.

Wij willen graag de volgende personen bedanken die een bijdrage leverden voor dit werk:

Onze promotor dr. Ellen Van Leeuwen en co-promotor dr. Joke Pauwelyn voor hun begeleiding en enthousiasme bij elke meeting. Bedankt aan dr. Van Leeuwen voor de kans om onze resultaten voor te stellen op het congres van de Vlaamse Vereniging van Psychiaters.

De tijd nemen voor een interview is niet vanzelfsprekend tijdens het drukke klinische werk. Bij deze, een oprechte dankuwel aan alle psychiaters die bereid waren om een interview in te plannnen.

Tot slot bedanken we graag nog enkele personen uit onze dichte omgeving. Onze praktijkopleiders voor de flexibiliteit, onze familie en vrienden voor advies en de mentale support.

Lijst met afkortingen

AD = antidepressivum/-a

TCA = tricyclische antidepressiva

SNRI = serotonine- en noradrenaline-heropnameremmers

SSRI = selectieve serotonine receptor inhibitoren

RVT = Rust- en verzorgingstehuis

ELP = Eerstelijnspsycholoog

PZ = Psychiatrisch ziekenhuis

VPK = verpleegkundige

DM-II = Diabetes Mellitus type 2

AB = Antibiotica

Abstract

Inleiding

Zowel de prevalentie van depressieve stoornissen als het langdurig gebruik van AD stijgt in België. AD wordt vaak langer gebruikt dan klinisch noodzakelijk. Huisartsen zijn de grootste voorschrijvers van AD, maar initieel wordt de behandeling vaak door psychiaters opgestart. Deze masterproef onderzoekt de visie van psychiaters ten opzichte van de afbouw van AD na langdurig gebruik.

Methodologie

Een literatuuronderzoek over de bestaande inzichten over AD-stopzetting bij langdurig gebruik bij psychiaters en hulpverleners werd uitgevoerd. Het onderzoek bestond uit een kwalitatieve studie waarbij psychiaters werden geïnterviewd met behulp van een semigestructureerde 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

Psychiaters beschouwen langdurig gebruik van AD als effectief en veilig. De evaluatie van een mogelijke afbouw van AD is complex en vereist een individuele aanpak. Bij de afweging of afbouw van AD mogelijk is, zijn er 5 patiënt-gerelateerde factoren van belang om in acht te nemen: 1) de persoonlijkheid van de patiënt, 2) het ziektebeeld, 3) de ernst van het ziektebeeld, 4) de psychiatrische voorgeschiedenis en 5) aanwezigheid van suïcidepogingen. Daarnaast beïnvloeden ook context gebonden factoren de beslissing: 1) thuissituatie, 2) sociale omkadering, 3) socio-economische status. Barrières voor afbouw zijn onder meer psychische afhankelijkheid, het tijdsintensieve karakter van afbouwschema's en de re-integratie in het werkproces. Afbouw gebeurt doorgaans via een geleidelijke, stapsgewijze aanpak ("go low, go slow"). De rol van andere hulpverleners is beperkt, hoewel strikte opvolging tijdens afbouw als een faciliterende factor wordt gezien. Het onderscheid tussen onttrekkingsverschijnselen en herval is cruciaal.

Conclusie

De afweging om AD te stoppen is een complexe kosten-baten analyse, op maat van de patiënt. Afbouw van AD verloopt volgens de psychiaters over het algemeen vlot, maar vraagt tijd. Bij afbouw is het algemene principe: go low and go slow. Een concrete richtlijn voor het afbouwen van langdurige AD is er momenteel niet. Er is nood aan verder onderzoek naar welke patiënten precies geschikt zijn voor afbouw, én hoe zorgverleners hierin beter ondersteund kunnen worden.

Inhoudsopgave

Inleiding 1

Methodiek 3

1. Methodologie literatuuronderzoek 3

2. Methodologie interviews 4

2.1 Studie ontwerp en rekrutering van deelnemers 4

2.2 Datacollectie 4

2.3 Data-analyse 5

Resultaten 6

1. Literatuuronderzoek 6

2. Resultaten interviews 14

2.1. Langdurig gebruik AD 15

2.1.1 Effectiviteit van AD op lange termijn 15

2.1.2 Veiligheid van AD op lange termijn 15

2.1.3 Nadelen van AD op lange termijn 16

2.1.4 Percentage patiënten onder langdurig gebruik AD 17

2.1.5 Langdurig gebruik AD in de huidige maatschappij 18

2.2 Afwegingen bij de keuze tot eventuele afbouw van AD 18

2.2.1 Risico-baten analyse indicatie AD 18

2.2.2 Drempels bij afbouw AD 20

2.2.3 Trial en error 21

2.2.4 Polyfarmacie 21

2.2.5 Tijdstip van stop 22

2.2.6 Wie stopt het AD? 22

2.3 Verloop afbouw 23

2.3.1 Afspraken bij start AD 23

2.3.2 Duur afbouw en dosis AD 24

2.3.3 Opvolging bij afbouw 24

2.4 Heropstart na afbouw 26

2.5 Samenwerking andere zorgverleners 27

2.5.1 Samenwerking met de huisarts 27

2.5.1.1 Rol huisarts 27
2.5.1.2. Opvolging met huisarts 28
2.5.1.4 Moeilijkheden samenwerking huisarts 29
2.5.1.5. Communicatie huisarts - psychiater 30
2.5.1.6. Verbeterpunten samenwerking huisarts - psychiater 30
2.5.2 Samenwerking met de psycholoog 31
2.5.3 Samenwerking apotheek 32
Discussie 33
1. Samenvatting resultaten 33
2. Vergelijken met literatuuronderzoek 34
3. Sterktes en beperkingen 35
4. Aanbevelingen praktijk 35
Conclusie 37
Bronvermelding 38
Bijlages 41
Bijlage 1: Persoonlijke reflectie Vincent Delens 41
Bijlage 2: Interviewgids 43

Inleiding

Berekeningen van het Intermutualistisch Agenschap (IMA) tonen dat in 2021 ongeveer 1 op de 10 de volwassen Belgen (13%) antidepressiva (AD) gebruikte (1). De meest voorkomende indicatiestellingen zijn depressie, posttraumatische stressstoornis en angststoornissen (2) Het gebruik in België is de laatste 10 jaar licht gestegen (1,3%) (1). In de hoge inkomenslanden is het gebruik van AD blijven stijgen (3–5). Er zijn verschillende redenen voor deze stijging. Een beperkte verklaring voor deze stijging is te vinden in de lichte stijging van prevalentie van depressie en angststoornissen. In 2013 ervaarden 14.8% van de Belgen ouder dan 15 jaar symptomen van een depressieve stoornis. Hiervan was 1 op de 10 personen mannelijk en 1 op de 5 vrouwelijk (5). Mede door de pandemie, financiële crisis en de oorlog in Oekraïne stegen deze cijfers in 2022 tot 17% (6). Depressie is van groot maatschappelijk belang. Belgisch onderzoek uit 2022 toonde aan dat depressie zorgt voor een groter verlies aan gezonde levensjaren dan coronair hartlijden of longkanker (7).

De belangrijkste reden voor de stijging in AD gebruik is het langdurig gebruik van AD (3,4,8). De aangewezen behandelingsduur bedraagt ten minste 6 maanden na stabilisatie en bij hoog risico depressie bedraagt deze 2 jaar na stabilisatie (9). Studies uitgevoerd door het IMA tonen echter aan dat deze medicatie langer wordt ingenomen dan de richtlijnen voorschrijven (1). Daarenboven hebben studies aangetoond dat bij 30 tot 50 procent van de mensen die langdurig AD innemen, er geen duidelijke indicatie is om de AD verder te gebruiken (3,4). In 2021 nam bijna 75% van de patiënten zijn of haar AD gedurende 1 jaar of langer. Dit is een stijging van 6 % ten opzichte van 10 jaar geleden (1). Driekwart (73,5%) van de voorschriften voor AD in België wordt door de huisarts voorzien en nog eens vier procent door de HAIO's. Slechts 14% procent van de voorschriften van AD afkomstig van de psychiaters (10).

Het langdurig innemen van AD verhoogt de kans op (ernstige) bijwerkingen, verhoogd geneesmiddelen verbruik en heeft een belangrijke maatschappelijke gezondheidskost (3,4,8,11). De kostprijs van het AD gebruik bedroeg in 2022 voor de Belgische verzekeringen 84 miljoen euro (10).

Kwalitatief onderzoek bij Belgische patiënten identificeerde verschillende factoren die het stoppen met AD bemoeilijken. Deze bevindingen worden bevestigd door internationaal onderzoek.

- Een belangrijk argument is de angst voor herval, bij zowel patiënt als arts. Enerzijds staan de patiënten weigerachtig tegenover het afbouwen van de AD, gezien ze zich op dat moment goed in hun vel voelen en niet opnieuw willen afglijden in hun depressieve stemming (12,13). Anderzijds is er ook angst bij de arts voor het herval. Indien de arts voorstelt om het AD te stoppen, draagt hij hierbij verantwoordelijkeid. Wanneer de patiënt dan later hervalt in zijn depressie, kan dit leiden tot een wrang gevoel bij de arts en misnoegdheid bij de patiënt (8,14,15).

- Een ander belangrijk argument dat het stoppen van AD bemoeilijkt is het optreden van onttrekkingsverschijnselen (hoofdpijn, nausea, duizeligheid, angst, somberheid…). Deze zijn soms moeilijk te onderscheiden van herval of een andere medische aandoening (3,4,16). Tot 50 procent van de patient ervaart deze onttrekkingsverschijnselen (16). Omwille van deze reden wordt het aangeraden om de AD af te bouwen over minimum 4 weken, met regelmatige opvolging bij de arts (5,9,11,17–19).

Daarnaast zijn er nog andere arts-patiënt factoren die het stoppen van AD bemoeilijken:

1. Patiënten gaven in onderzoek aan dat ze het stoppen van AD de taak van de arts vinden. Patiënten zien de noodzaak niet in om hun AD te stoppen als hun arts dit niet zelf ter sprake brengt tijdens de consultatie. Ze veronderstellen dat wanneer de arts de medicatie opnieuw voorschrijft, hij van mening is dat deze medicatie verder gegeven dient te worden en dat dit bij uitbreiding veilig is voor hun lichaam (12,13).

2. Onderzoek bij huisartsen toonde aan dat de artsen van mening zijn dat het stoppen van AD vanuit de patiënt moet komen. Indien de patiënt geen actieve hulpvraag heeft om de AD af te bouwen of die hier zelf niet over begint, veronderstellen sommige artsen dat deze hier geen behoefte aan heeft. Artsen zijn dan ook niet geneigd hier zelf over te beginnen (8,15,18).

Het stoppen van AD is een belangrijk thema binnen de eerstelijnszorg aangezien huisartsen de grootste voorschrijvers zijn van AD. Psychiaters starten regelmatig AD op omdat zij vaker acute, ernstigere en therapieresistente depressies zien. Dit is eigen aan de tweede lijn en zorgt voor een ander voorschrijfgedrag. Eenmaal de patiënt stabiel is bij de psychiater, gebeurt de follow-up vaak door de huisarts. Huisartsen in de eerste lijn zien meer milde en chronische depressies (5,11,19).

De moeilijkheden bij het stoppen van AD bij zowel patiënt als huisarts werden reeds onderzocht in voorgaande onderzoeken. Echter blijft de visie van de psychiater over het eventueel stoppen van AD te weinig gekend.

Deze masterproef probeert dan ook een antwoord te bieden op de vraag wat de visie van de psychiaters is het afbouwen of stoppen van AD na langdurig gebruik.

Eerder onderzoek bracht al moeilijkheden in kaart waarmee zowel de patiënten als de huisartsen te maken krijgen bij het stoppen met AD. De visie van psychiaters hierover is echter nog weinig onderzocht. Deze masterproef gaat na hoe psychiaters kijken naar het stopzetten van AD na langdurig gebruik.

Methodiek

1. Methodologie literatuuronderzoek

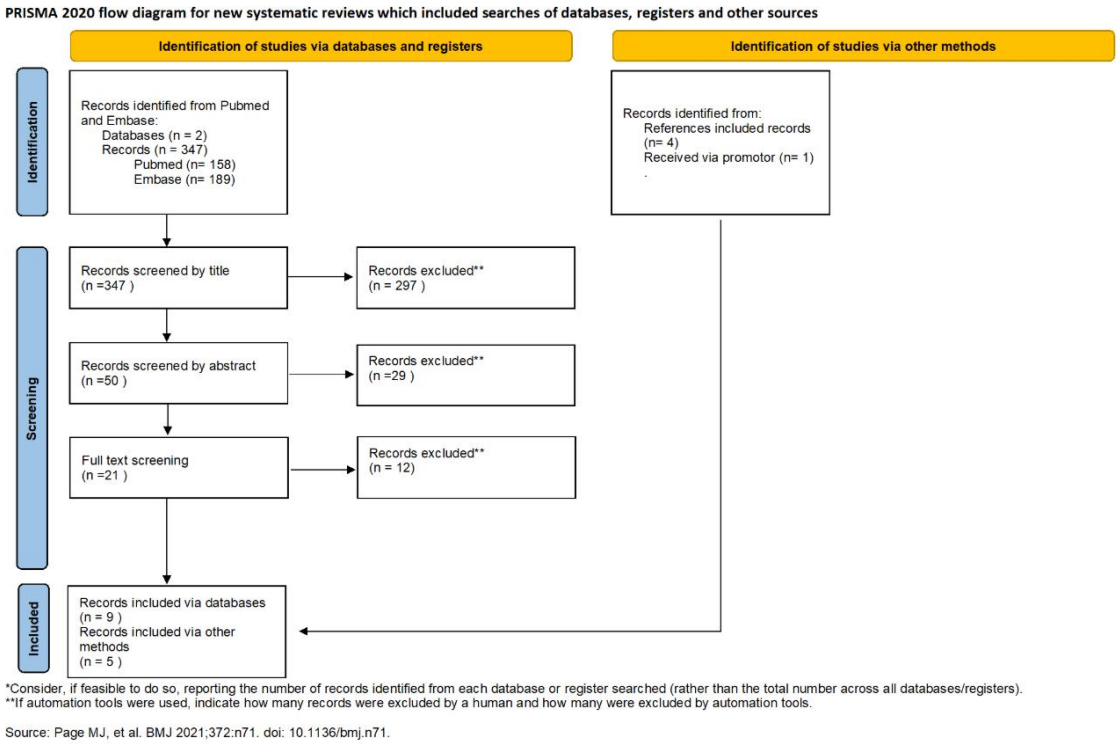
Wat is de visie van psychiaters ten opzichte van de afbouw van AD na langdurig gebruik?
Om ons in te lezen in het onderwerp, verzamelden we algemene praktijkrichtlijnen en achtergrondinformatie over AD en de wetenschappelijk onderbouwde aanpak van depressie. Er werd gezocht naar Belgische richtlijnen over depressie op Domus Medica, EBPnet en BCFI. Ook Nederlandse richtlijnen van NHG werden geraadpleegd. Tot slot werden ook enkele artikels aangereikt door onze promotor.

Voorafgaand aan ons eigen kwalitatief onderzoek werd een literatuurstudie uitgevoerd om een antwoord te vinden in bestaand onderzoek. In september 2023 werd een initiële literatuurstudie uitgevoerd. Om literatuur te vinden die specifiek betrekking had op de onderzoeksvraag van deze scriptie, werd een gestructureerde zoekopdracht uitgevoerd in diverse databases, waaronder PubMed en EMBASE. In PubMed werden verschillende combinaties van de volgende MeSH-termen gebruikt: 'antidepressant agents', 'discontinuation', 'deprescriptions' en 'qualitative research'. Voor EMBASE werden vergelijkbare zoektermen gehanteerd: 'antidepressant agent', 'discontinuation', 'qualitative' en 'qualitative research'. De gevonden publicaties werden vervolgens gefilterd op basis van inhoud, waarbij titel en samenvatting als screeningsinstrument dienden. Enkel kwalitatief onderzoek of mixed studies werden weerhouden.

Er bleek slechts beperkte wetenschappelijke literatuur beschikbaar over kwalitatief onderzoek naar de visie van psychiaters op het stoppen met antidepressiva, wat het belang van ons onderzoek onderstreepte. Daarom werd de focus verbreed naar hulpverleners in het algemeen. Na het verbreden van deze onderzoeksvraag werden 9 artikels geïncludeerd. Een Belgisch kwalitatief onderzoek uit 2020 (13) werd geïncludeerd aangezien de studie-opzet zeer nauw aansluit bij onze onderzoeksvraag. Deze studie geeft inzicht op de visie van patiënten op de afbouw van AD bij langdurig gebruik.

Een systematische review van Maund E. et al. (3) werd aangereikt door onze promotor. Deze review geeft een kwalitatieve thematische synthese van 22 studies en onderzoekt de barrières en facilitators bij het stopzetten van AD. De geïncludeerde studies betreffen allen kwalitatief onderzoek die peilen naar attitudes, overtuigingen, gevoelens en percepties van patiënten en/of hulpverleners. Uit deze systematische review selecteerden we 3 extra artikels met onderzoek naar hulpverleners.

Een recentere review van Van Leeuwen et al. uit 2024 (2), biedt een overzicht van de bestaande literatuur over de visie van gezondheidsprofessionals op langdurige antidepressivabehandeling, met focus op barrières en facilitators voor stopzetting. Uit deze review selecteren wij 2 extra kwalitatieve studies toegevoegd in vergelijking met de bestaande review van Maund uit 2019.



Afbeelding 1: PRISMA flowchart literatuuronderzoek

2. Methodologie interviews

2.1 Studie ontwerp en rekrutering van deelnemers

Om een antwoord te kunnen verkrijgen op onze onderzoeksvraag, voerden we een kwalitatieve studie uit bij psychiaters in Vlaanderen. Verschillende psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische diensten en privépraktijken van psychiaters werden telefonisch of via e-mail gecontacteerd met de vraag voor een interview. We contacteerden en selecteerden psychiaters met oog voor variatie in leeftijd, jaren werkervaring, geslacht, en locatie. Uiteindelijk konden we 20 psychiaters includeren. Deelname was vrijwillig.
Goedkeuring van het ethische comité werd verkregen op 16/11/2023.

2.2 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 AD bij langdurig gebruik van AD. De interviews werden afgenomen aan de hand van een zorgvuldig opgestelde semigestructureerde interviewgids, gebaseerd op de bestaande literatuur. De duur van de interviews varieerde tussen 30 minuten en 1 uur. Hierbij werden open vragen aangevuld met bijvragen. Deze interviews werden opgenomen en getranscribeerd.

2.3 Data-analyse

Elk interview werd door 2 codeerders onafhankelijk overlopen waarbij mogelijke thema's werden aangeduid. Vervolgens werden deze door een derde persoon geverifieerd en samengevoegd in NVIVO. De codes werden met het volledig team opgedeeld onder verschillende hoofdthema's. De interviews werden volgens een thematische analyse gecodeerd.

Resultaten

1. Literatuuronderzoek

In onderstaande tabel kan men een samenvatting terugvinden van de relevante literatuurstukken met betrekking tot onze masterproef. We stelden hierbij vast dat er bijna geen studies handelden over de visie van de psychiater op de stop/afbouw van langdurig AD gebruik. In die optiek zullen wij aan de hand van ons kwalitatief onderzoek trachten na te gaan wat deze visie net inhoudt voor de Belgische populatie van psychiaters. De interviewgids, die we zullen hanteren bij het afnemen van de interviews, bevat vragen die gebaseerd zijn op eerdere inzichten die we verworven hebben uit onze literatuurstudie.

Hoofdauteur, jaar van publicatie en land	Studie design	Doel	Resultaten
Pollock et al., 2002, VK, (20)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde 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.
Johnston et al., 2007, VK (21)	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 (22)	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 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 fysische 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, Noorwegen (23)	Kwalitatief onderzoek semigestructureerde interviews 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, Nederland, (24)	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 hoelang 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 drie maandelijks. 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, VK (25)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde diepte-interviews bij huisartsen (N =28)	Het onderzoeken van factoren die van invloed zijn op het gebruik van AD door huisartsen. Het onderzoeken van de doseringen van AD bij de behandeling van depressie.	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)

Kelly et al., 2020, Ierland (14)	Kwalitatief onderzoek, semigestructureerde diepte-interviews bij huisartsen (N=10)	Onderzoek naar de percepties en ervaringen van huisartsen bij het stopzetten van AD.	1) 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. 2) Gepersonaliseerde therapie. De huisarts doet een medicatiereview. Een stop is gemiddeld 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. 3) Afbouwschema's dragen bij tot minder ontrekkingsverschijnselen 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. 4) Huisartsen beschrijven een ondersteunde 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. 5) 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.
Vaswani et al., 2020, VS (26)	Discours-analyse via semigestructureerde interviews bij psychiaters (n= 10)	Onderzoek naar hoe psychiaters patiënten begeleiden bij afbouw van AD.	1)Twee dominante visies op depressie: als medische aandoening of als reactie op levensomstandigheden. 2) Facilitatoren voor succesvol afbouwen zijn: een sterke therapeutische relatie, accepteren van medische onzekerheid, en praktijkervaring. 3)Drempels zijn: psychologische/fysieke afhankelijkheid, drukke agenda's en eenzijdige focus op medicatie. 4)Wat kan beter: richtlijnen, meer ondersteuning binnen de geestelijke gezondheidszorg, en aandacht voor contextuele en patiëntgerichte zorg
Bowers et al.,2019, VK (27)	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 voren: 1) Wie kaart het stopzetten aan? Het merendeel van de HA legt 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. 2) Continu-prescribing werd beschreven als gemakkelijke optie. Het bespreken van een mogelijke afbouw geeft risico op ontregeling van de huidige situatie. 3) 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. 4) 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. 5) 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, 2021, Australië, (28)	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.
Huijbers et al, 2021, Nederland (29)	Kwalitatief en kwantitatief onderzoek bij patiënten in PZ. Kwalitatief onderzoek bij patiënten (n= 15) en artsen (n=7)	Het 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.
Van Leeuwen et al , 2022, België(13)	Semigestructure erde interview bij patiënten (n=14)	Exploreren 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, 2022, België, (15)	Kwalitatieve studie met semigestructure erde interviews bij huisartsen (n=20)	Exploreren van de visie van huisartsen op 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.
Van Leeuwen et al, 2022, , België (8)	Kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews bij huisartsen (n=20)	Exploreren van de visie van huisartsen op het stoppen van langdurige AD, de barrières en facilitoren bij stop en de nodige ondersteuning hiervoor.	Voor huisartsen is het optreden van ontrekkingsverschijnselen 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. Sommigen 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.

Tabel 1: Overzicht literatuurstudie

2. Resultaten interviews

Overzicht geïnterviewde psychiaters.

Interview	Leeftijd	Geslacht	Aantal jaren praktijkervaring psychiater	Soort praktijk	Ligging praktijk
1	36	V	11	PZ, AZ, privépraktijk	Perifeer
2	59	M	17	AZ	Perifeer
3	36	M	10	AZ + Forensische	Stedelijk
4	33	M	7	AZ	Perifeer
5	53	M	30	PZ	Randstedelijk
6	54	M	31	PZ	Perifeer
7	52	M	29	AZ + Privé	Randstedelijk
8	32	M	8	AZ	Stedelijk
9	46	V	23	PZ	Perifeer
10	35	M	9	Psychiatrisch centrum	Perifeer
11	61	M	37	PZ + Prive + AZ	Perifeer
12	66	M	32	AZ + Prive + PZ	Stedelijk
13	68	M	34	AZ + Privé	Stedelijk
14	65	M	35	AZ + Privé	Perifeer
15	38	V	13	Psychiatrisch centrum	Stedelijk
16	35	V	10	Tertiair centrum	Stedelijk
17	62	M	36	AZ+ Privé	Perifeer
18	40	V	10	AZ	Stedelijk
19	75	M	50	AZ + privé	Stedelijk
20	36	V	12	Privépraktijk + CGG	Randstedelijk

Tabel 2: overzicht geïnterviewde psychiaters. PZ: psychiatrisch Ziekenhuis, AZ: Algemeen Ziekenhuis, CGG: Centrum Geestelijke Gezondheidszorg.

2.1. Langdurig gebruik AD

2.1.1 Effectiviteit van AD op lange termijn

De meeste psychiaters zijn van oordeel dat het effect van AD tweeledig is.

Enerzijds is er sprake van het biologische effect. Hierbij menen veel psychiaters dat AD hun **biologisch effect behouden** na vele jaren gebruik. Ze beroepen zich hiervoor op het feit dat wanneer ze deze medicatie stoppen bij patiënten, sommigen na langdurig gebruik toch hervallen in hun depressie. Slechts één psychiater meent dat de medicatie na jarenlang gebruik zijn biologisch **effect verloren** heeft.

> *Psychiater 15, vrouw, 38 jaar: "Ik denk niet dat er daar gewenning aan kan komen. Mensen spreken daar wel vaak over van ik denk dat dat niets meer doet. Maar dan leg ik uit dat dat eigenlijk niet kan dat iets niet meer werkt. Dat er misschien een andere reden is, maar dat er biologisch gezien eens dat het werkt, zou je er kunnen vanuit gaan van... zou je verwachten dat het gaat blijven werken."*

Anderzijds is er ook nog sprake van het **placebo-effect**. Het innemen van medicatie vult bepaalde verwachtingen in bij de patiënt volgens verschillende psychiaters: het geeft een gevoel van veiligheid en patiënten krijgen hoop op herstel van hun depressie.

> *Psychiater 19, man, 75 jaar: "Er zijn ook veel onderzoeken gedaan naar placebo. 1/3 kon eigenlijk ook verder met placebo. Dat is een goede waarschuwing; wees niet naïef, wij als arts schrijven het voor, de mens wordt beter, maar is dit persé door het innemen van die medicatie?"*

Het **effect** op lange termijn verschilt **afhankelijk** van welke **soort AD** er ingenomen wordt. Zo beschrijft één psychiater een goed effect op lange termijn met paroxetine, ook met lage dosissen. Dit terwijl de werkzaamheid van escitalopram lijkt af te nemen op lange termijn volgens een andere psychiater. Uit de verschillende interviews blijkt ook dat elke psychiater werkt met zijn eigen voorkeur van AD.

2.1.2 Veiligheid van AD op lange termijn

Alle geïnterviewde psychiaters beschouwen SSRI's als veilig, ook bij langdurig gebruik. De meeste psychiaters menen ook dat deze medicatie weinig bijwerkingen kent. Hier wordt frequent vergeleken met de groep van benzodiazepines alsook antipsychotica, die toch als onveiliger aanzien worden.

> *Psychiater 8, man, 32 jaar: "Mensen hebben geen bijwerkingen, je kunt er 100 jaar mee worden, het is niet gevaarlijk, het is niet verslavend, niet fysisch verslavend, waarom zou je het niet doorgeven?"*

> *Psychiater 13, man, 68 jaar: "Gevaarlijk? Voor zover we weten zijn er daar geen gevaren aan. Nee tuurlijk niet. En het gebruik van SSRI's, als je neemt hoeveel patiëntenjaren, dat gaat tot in de honderdduizenden zijn... Er is eigenlijk voor zover ik weet is er niets gekend over het gevaar van langdurig gebruik van SSRI's."*

Uit de bevraging blijkt dat oudere klassen van AD striktere opvolging vereisen. Niet onbelangrijk is hun grotere risicoprofiel. Enkele psychiaters duiden de evolutie in gebruik van AD. Oudere producten worden steeds minder voorgeschreven. De meest gebruikte klassen zijn de SSRI's en SNRI's.

> *Psychiater 2, man, 59 jaar: "Die TCA's zijn niet zo onschuldig hoewel de dosissen tegenwoordig echt minimaal zijn. Maar prothiaden bijvoorbeeld, dat zou ik al gemakkelijker weglaten omwille van de bijwerkingen, omwille van de overdosis... Als je een hele doos van escitalopram inneemt, moet je me niet wakker bellen maar bij prothiaden ligt dat toch anders."*

2.1.3 Nadelen van AD op lange termijn

Toch geven verschillende psychiaters aan dat er wel risico's verbonden zijn aan het langdurig gebruik van AD. Enerzijds zijn er de **bijwerkingen** gastro-intestinaal, psychologisch, neurologisch, etc. Daarbij halen verschillende psychiaters aan dat er niet altijd voldoende aandacht wordt geschonken aan de seksuele bijwerkingen. Uit de interviews blijkt dat het niet ongewoon is dat patiënten op eigen initiatief een AD gaan afbouwen omwille van de bijwerkingen.

> *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 AD creëren: erectiestoornissen, orgasme stoornissen, libido stoornissen enzovoort."*

Anderzijds zijn er de **interacties** met andere geneesmiddelen. Deze komen meer voor bij ouderen (cfr. Masterproef: visie van psychiater op afbouw AD na langdurig gebruik bij ouderen). Ook hier is de **klasse** van het AD van belang. TCA's kennen hierbij meer risico's dan SSRI's. Eén psychiater haalt hierbij aan dat vooral bij ouderen het anticholinerge effect van de TCA's voor problemen kan zorgen: constipatie, verwardheid, droge mond, urinaire retentie, etc. Ook op vlak van overdosering bij **suïcidepogingen** zijn TCA's risicovoller dan de SSRI's.

> *Psychiater 17, man, 62 jaar: "En natuurlijk als je in die bijsluiter ziet van een AD, daar word je niet gelukkig van, ik zeg altijd van lees die bijsluiters beter niet, elke bijwerking dat je kan bedenken staat erin, dat is ook zo. De meest frequente bijwerkingen kan je natuurlijk wel rekening mee houden, zoals gewichtstoename, vermoeidheid, misselijkheid, maar dat zijn nu niet echt de meest ernstige of levensbedreigende aandoeningen bij mijn weten. Er is soms ook wat interactie met andere medicatie mogelijk, dat bestaat, maar dat moet geval per geval bekeken worden."*

2.1.4 Percentage patiënten onder langdurig gebruik AD

Psychiater	Schatting percentage aantal patiënten dat AD gebruikt
Psychiater 1	50%
Psychiater 2	> 50%
Psychiater 3	50 – 60%
Psychiater 4	> 50%
Psychiater 8	100% (van de patiënten met een depressie)
Psychiater 9	> 50% (33% op dagkliniek, >90% op afdeling)
Psychiater 11	50%
Psychiater 12	60%
Psychiater 13	85 – 90%
Psychiater 14	“Een kleine groep van patiënten.”
Psychiater 15	70 – 80%
Psychiater 16	100%
Psychiater 17	“Merendeel van de patiënten.”
Psychiater 20	70 – 75%

Tabel 3: Schatting percentage aantal patiënten dat AD gebruikt.

Er werd tijdens de interviews systematisch bevraagd; “Heeft u een idee hoeveel van uw patiënten een AD nemen?”. Het percentage van patiënten onder AD varieert van psychiater tot psychiater (zie tabel 1). De meeste psychiaters vinden niet dat het aantal patiënten onder langdurige AD te hoog is. Sommigen stellen net dat er een ondergebruik is van AD binnen hun patiëntenpopulatie. Zij wijzen erop dat psychiaters doorgaans patiënten met ernstigere pathologie behandelen dan collega’s in de eerste lijn. De meerderheid van psychiaters vindt dat er in de eerste lijn een overgebruik van AD is, dit veelal ten gevolge van foutieve indicatiestelling.

> *Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: Ja, ofwel niet opgestart, ofwel ook ondergedoseerd. Maar dat is dan voor de zeer ernstige patiënten natuurlijk die in de derde lijn bij mij terecht komen. Dus ik heb natuurlijk een vertekend beeld, maar wat ik wel denk is dat er voor heel veel lichte pathologie overgedoseerd wordt. Dus je hebt eigenlijk de twee uiterste, je hebt er die te veel pillen nemen... Dus bijvoorbeeld AD geven voor indicaties die eigenlijk niet nuttig zijn... Anderzijds ook veel ouderen die eigenlijk echt onderbehandeld zijn. En dat zijn dan vaak degene die bij mij komen en ik denk: oei maar die mensen zijn eigenlijk echt heel depressief en die krijgen echt niet voldoende medicatie."*

2.1.5 Langdurig gebruik AD in de huidige maatschappij

Verschillende psychiaters halen aan dat er in de algemene bevolking meer aandacht is voor het langdurig gebruik van AD, dit voornamelijk door toegenomen media-aandacht. De meeste psychiaters beschouwen de toegenomen bewustwording als een positieve evolutie. Psychiaters rapporteren meer aandacht bij de patiënt voor mogelijke bijwerkingen, bespreekbaarheid van psychiatrische pathologie en aandacht voor medicatiereviews.

Tegelijkertijd signaleren sommige psychiaters nadelen van deze tendens. Zij wijzen op de invloed van media en overheidsinitiatieven die, hoewel vaak gericht op sensibilisering, kunnen bijdragen aan een negatieve houding ten opzichte van AD. Dit kan interfereren met het voorgestelde behandelplan.

> *Psychiater 11, man, 61 jaar: "Dat we toch niet te veel meegaan met wat in de media gesteld wordt. We moeten hier als artsen toch met onze voeten op de grond staan en daar niet te vaak in meegaan. Het leeft enorm bij patiënten, het anti-AD. Ik denk dat te veel afbouwen, of bij te veel mensen AD stoppen geen goede zaak is. We moeten vooral ons eigen ding doen, focussen op wat wetenschappelijk bewezen is en niet meegaan met de wind. Als je dan ziet hoeveel reclame, ook spots door Vandenbroucke gemaakt, over ELP enzo, die getoond, gepromoot worden. Dit leidt tot minder opstart of sneller stop."*

> *Psychiater 20, vrouw, 36 jaar: "Ja, ik vind dat eigenlijk wel. De opleiding is geen probleem, het is de media en zo die verkeerde informatie geeft die problemen vormt. En je moet dat dan iedere keer weerleggen en dan zeggen ze van ah ja, en deze en deze zijn verdikt van hun pillen..."*

2.2 Afwegingen bij de keuze tot eventuele afbouw van AD

2.2.1 Risico-baten analyse indicatie AD

De evaluatie van een mogelijke afbouw van AD blijkt complex. De meerderheid van psychiaters vindt dat iedere patiënt een individuele aanpak vereist. Bij de vraag over welke factoren een eventuele afbouw mogelijk maken, antwoorden nagenoeg alle psychiaters in twee grote luiken.

1/ Het eerste luik bestaat uit de **patiënt-gerelateerde** factoren. De vijf belangrijkste factoren gerapporteerd in de afgenomen interviews zijn: de persoonlijkheid van de patiënt, het ziektebeeld, de ernst van het ziektebeeld, de psychiatrische voorgeschiedenis en de aanwezigheid van suïcidepogingen. Hierbij dient de psychiater te beoordelen of ondersteuning op biologisch vlak met een AD nodig is. Ook moet er rekening gehouden worden met het effect van de medicatie, de bijwerkingen en het veiligheidsprofiel specifiek voor de patiënt die voor hen zit.

> *Psychiater 15, vrouw, 38 jaar: "Ik vond dat een vrouw met weinig biologisch-psychiatrische kwetsbaarheid. Het was dus een tweede depressie, een tweede keer na eigenlijk een tegenslag in haar leven. Nu was er duidelijk een verlieservaring waarbij dat ik denk dat de biologische ondersteuning mogelijks wel misschien op dat moment wel nodig was maar op langere termijn dat ze het ook wel weer zou kunnen zonder."*

Als voorbeeld van het belang van het **soort ziektebeeld** halen verschillende psychiaters angststoornissen aan. Het merendeel rapporteert dat bij mensen met een angst- of paniekstoornis zowel patiënt als psychiater het AD liefst langer behouden, dit omwille van bezorgdheid om herval. Een minderheid van deze patiënten wil echter zo snel mogelijk van hun medicatie af. Psychiaters besluiten dat de kans op succesvolle afbouw kleiner is bij angststoornissen.

> *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."*

Een **uitgebreide voorgeschiedenis** en een **ernstig ziektebeeld** kunnen een drempel zijn voor afbouw. Beide dragen bij tot angst voor herval van de patiënt in hun ziekte. Een doorgemaakte depressie is voor patiënten een dusdanig levensingrijpende gebeurtenis, dat ze dit absoluut nooit meer willen meemaken. Sommige psychiaters volgen de patiënt hierin en stellen afbouw niet voor, andere besluiten om na 1 jaar toch de poging tot afbouw opnieuw te bespreken.

> *Psychiater 9, vrouw, 46 jaar: "Ik had onlangs nog iemand, iemand die kanker had gehad, en een depressie, en die zei: 'echt waar, mocht ik opnieuw kanker hebben, ik zou het niet zo erg vinden, maar die depressie, dan denk ik van, amai dat heeft toch wel een enorme impact op iemand zijn leven, ... ik blijf het nemen'. "*

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "Herval. En vooral de angst voor herval. De angst om opnieuw een depressie door te maken omdat het zo een vreselijke ervaring was. Dit kan bij mensen die slechts één keer herval kenden. 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."*

Uit de interviews blijkt dat bij sommige patiënten een blijvende neurobiologische noodzaak bestaat voor langdurige ondersteuning met AD. Verschillende psychiaters beschrijven depressie bij deze groep als een chronische aandoening, waardoor volledige afbouw niet altijd haalbaar is. De meeste psychiaters streven in dergelijke gevallen naar een minimale 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 depressie 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."*

2/ Het tweede luik van de analyse richt zich op **context gebonden factoren** die een rol spelen bij de beslissing tot afbouw. Gerapporteerde factoren zijn: de thuissituatie, sociale omkadering en socio-economische status. Volgens de geïnterviewde psychiaters vergroot een stabiele context de kans op een succesvolle afbouw. Wanneer uitlokkende omstandigheden gestabiliseerd zijn, ontstaat er meer ruimte om het gebruik van AD te herevalueren.

Enkele psychiaters benadrukken het belang van de betrokkenheid van de familie in dit proces. Zij nodigen de naasten uit op consultatie wat de afbouw kan ondersteunen. Een andere psychiater onderstreept dat het juist de directe omgeving is die als eerste kan opmerken wanneer het minder goed gaat met de patiënt, wat vroegtijdig ingrijpen mogelijk maakt.

Daartegenover staat dat een onstabiele of stressvolle context voor de meeste psychiaters een reden is om de behandeling met AD langer aan te houden.

> *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 + voorkomen van herval."*

> *Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "De thuiscontext, lage sociaal-economische status, dat zorgt er vaak voor dat je moeilijker een AD stopt."*

De eerder besproken context gebonden en patiënt-gerelateerde factoren hangen samen en beïnvloeden gezamenlijk de afbouwmogelijkheden. Binnen het behandeltraject van depressie vormt de afbouw van AD doorgaans de laatste stap.

> *Psychiater 4, man, 33 jaar: "En dus neurobiologisch hebben we daar kunnen ondersteunen met de medicatie in die periode van betere stemming en relatieve rust, en wordt er dan geprofiteerd om de psychosociale factoren, die eigenlijk aan de grondslag lagen, ja, ook aan te pakken. ... En 1 keer dat dat psychotherapeutisch luik wat is afgerond, dat die factoren, dat daar toch wel wat beweging is in gebracht, ja dan zien we dat we dit dan ook wel gemakkelijk konden afbouwen."*

2.2.2 Drempels bij afbouw AD

Eens de beslissing tot afbouw genomen is, komen er verschillende drempels naar voor. Een eerste obstakel is de **psychische afhankelijkheid** van de patiënt aan zijn medicatie. Patiënten die reeds lange tijd hun AD innemen, zijn minder bereid om deze te stoppen. Zij hechten veel belang aan het innemen van een pil op zich. Als die patiënten dan toch een afbouwpoging willen ondergaan, bouwen ze liever af naar een minimumdosis in plaats van volledig te stoppen.

> *Psychiater 8, man, 32 jaar: "Op het vlak van het mechanisme in onze hersenen is er geen enkele reden om bijvoorbeeld twee maanden te wachten met de volgende afbouw, of bijvoorbeeld van die tussenstapjes te nemen met magistrale voorschriften, dat is in principe niet logisch, de richtlijnen raden dat niet aan. Maar als iemand weet, oké, daar zit geen druk achter, er zit geen haast... Je kan nog heel lang, en als het nodig is, pauzeren. Dan zie je zo al die angst minderen."*

Een tweede hindernis is het **tijdrovende karakter** van het opstellen van specifieke afbouwschema's. Het kost veel tijd om de dosis in magistrale bereidingen uit te schrijven en de bijhorende voorschriften hiervoor te voorzien.

Een laatste hindernis zijn 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."*

2.2.3 Trial en error

Een uitgebreide risico-baten analyse blijkt de meest gerapporteerde aanpak in afweging tot afbouw. De meeste psychiaters geven aan dat het verloop van afbouw moeilijk te voorspellen is. Zelfs bij een ongunstige risico-batenanalyse, wordt de afbouw niet per definitie uitgesloten. Een poging tot afbouw valt steeds te proberen: '**trial and error'.**

> *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..."*

2.2.4 Polyfarmacie

Uit de interviews blijkt dat polyfarmacie voor de meeste psychiaters een belangrijke motivatie is om AD af te bouwen. Er bestaat echter discussie over wie de **medicatiereview** zou moeten uitvoeren. Sommige psychiaters beschouwen dit als hun eigen verantwoordelijkheid. Anderen gaan eerder doorverwijzen naar de huisarts, aangezien deze een beter overzicht heeft van de volledige medicatie-inname en mogelijke interacties.

Voor een andere groep psychiaters vormt polyfarmacie juist een **drempel** voor afbouw van antidepressiva. Binnen de psychofarmaca krijgen andere middelen, zoals benzodiazepines een hogere prioriteit in het afbouwproces. Daarnaast wordt opgemerkt dat een grondige medicatiereview tijdsintensief is, wat een bijkomende belemmering vormt.

> *Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "Er kunnen verschillende factoren zijn ofwel gebruikt die patiënt andere medicatie die zwaarder is, dan gaan we niet snel het antidepressivum stoppen. Omdat dat, dat heeft bijwerkingen, maar geen forse bijwerkingen. We gaan eerst antipsychotica of benzodiazepines uiteraard afbouwen. Dat is mijn standaard. Waardoor je vaak niet komt tot het stoppen van antidepressivum omdat dat ja, echt jaren vraagt. En als je dan nog overblijft met 1 of 2 antidepressiva ja dan behouden we die."*

2.2.5 Tijdstip van stop

Uit de bevraging blijkt dat de timing van stopzetting een belangrijke factor is in de afbouw van AD. Over het ideale moment van afbouw bestaan er verschillende visies. Sommige psychiaters menen dat er al afgebouwd kan worden als de patiënt gedurende 6 maanden stabiel is op psychisch vlak. Andere psychiaters geven de medicatie liever 1 tot 2 jaar door en gaan hierna pas denken aan afbouw. Er zou een grotere kans zijn op herval bij te vroeg stoppen van AD. Een andere afweging is opnieuw stabiliteit; zijn er weinig of geen luxerende factoren in de nabije toekomst te verwachten? Zo niet, dan kan in dat geval gemakkelijker afgebouwd worden. Ook het seizoen speelt een rol: afbouw gebeurt bij voorkeur in de lente of zomer, eerder dan 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."*

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "Studies zeggen: als je voor 6 maand afbouwt heb je veel te veel herval, als je na 6 maand afbouwt dan is er niet veel verschil, dus de consensus is we bouwen af na 6 maand. Dus dit doen we met onze patiënt en we zien wat er gebeurt, bij afbouw is er ook noodzaak aan regelmatige opvolging, ik laat die zeker maandelijks terugkomen en dan evalueren we telkens opnieuw."*

2.2.6 Wie stopt het AD?

Het merendeel van de psychiaters beschouwt het als hun verantwoordelijkheid om het stopzetten van AD ter sprake te brengen. Volgens hen dient de arts die de medicatie heeft opgestart ook de afbouw te 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."*

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "Die (verantwoordelijkheid tot afbouw) ligt bij de arts. De patiënt weet van niks hé, ofwel is die angstig om af te bouwen, of te wel wil die absoluut zo snel mogelijk van zijn medicatie af. Je hebt echt wel die twee soorten."*

Een mogelijke aanleiding voor het stopzetten van AD is een systematische medicatiereview. Tijdens deze evaluatie beoordeelt de arts of er nog een geldige indicatie is om de medicatie voort te zetten.

> *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."*

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Ik denk vooral dat we allemaal alert moeten zijn dat we wel eens moeten afbouwen. En of de medicatie er nog voor de juiste reden in staat. Als je eenzaam bent of het is financieel heel zwaar, ok maar een ad zal niet helpen."*

Enkele psychiaters rapporteren patiënten die op **eigen initiatief** gaan afbouwen, dit al dan niet onder begeleiding van een arts. Een vaak voorkomende reden om de afbouw zelfstandig te initiëren, zijn bijwerkingen of een wens om minder medicatie in te nemen. Geen enkele psychiater legt echter de verantwoordelijkheid tot afbouw volledig bij de patiënt zelf.

> *Psychiater 17, man, 62 jaar: "Vaak is dat dan ook geweest omwille van bijwerkingen, bv heel veel toenemen in gewicht, of seksuele stoornissen, dat patiënt dan misnoegd is van het AD, en dan heel plots onmiddellijk stopt met inname daarvan. Waar ik dan ook niet altijd zo in betrokken ben, en waarbij ik dan achteraf hoor dat patiënt gestopt is."*

> *Psychiater 19, man, "75 jaar: Er is ook een invoelbare weerzin tegen het afhankelijk zijn van een pilletje, dat krenkt de mens. Dat geeft verontrusting, ik neem dit, en IK ga veranderen. Mensen willen dus vaak hun behandeling stoppen, hoewel hij wel effectief is zit er toch een belediging in. Een belediging van uw ego, u zelfbeschikking, zelfbestuur. Veel meer dan bv de therapietrouw bij DM II, AB-beleid. Mensen hebben zeer ambivalente houding tegenover medicatie."*

Het merendeel van de psychiaters verkiest echter **shared-decision making**. Hierbij gaan ze in dialoog met de patiënt en wordt er samen beslist of stopzetting van het AD mogelijk is. Belangrijk hierbij is om de patiënt correct te informeren als arts over bijvoorbeeld de tijdsduur, te verwachten onttrekkingsverschijnselen, risico op herval, etc. Sommige psychiaters benoemen shared decision-making als een facilitator voor een succesvolle afbouw. Het betrekken van de patiënt in het besluitvormingsproces wordt genoemd als een factor die therapietrouw bevordert.

> *Psychiater 3, man, 36 jaar: "Waarbij dat je toch aan de patiënt het gevoel geeft: "Jij hebt de regie". En dat verhoogt de compliance ... omdat ik het belangrijk vind om dat minimaal engagement ook te gaan benoemen ... Mensen appreciëren dat en maken dat ook bespreekbaar... Het is eigenlijk wel een gedeelde verantwoordelijkheid. "*

2.3 Verloop afbouw

2.3.1 Afspraken bij start AD

De meeste psychiaters geven aan dat het maken van **afspraken rond stop bij de start** van AD de kans op een succesvolle afbouw vergroot. Zij benadrukken het belang van vroegtijdige betrokkenheid van de patiënt wat therapietrouw en compliance verhoogd. Slechts enkele psychiaters zijn het hier niet mee eens en vinden dat afbouw pas later in het behandeltraject ter sprake moet komen.

> *Psychiater 7, man, 52 jaar: "Bij de start ga ik normaal nog maar enkel spreken over de bijwerkingen die bij de opstart kunnen optreden. Ik ga nog niet spreken over ontrekkingsverschijnselen. Tot nu toe doe ik dat niet eigenlijk."*

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "In de tijd die je hebt voor een consultatie, bespreek je veel andere zaken als hoop geven en dan ben ik meestal nog niet bezig bij de opstart met afbouwen. ... Vaak zie ik het over het hoofd, om afbouw van bij het begin al te bespreken."*

2.3.2 Duur afbouw en dosis AD

Over het algemeen hanteren psychiaters een **trage afbouw**, zowel in duur als in dosisreductie, variërend van zes maanden tot meer dan een jaar. De afbouwsnelheid wordt niet alleen **bepaald door de patiënt**, maar ook door de **beschikbaarheid van de psychiater** (cfr. 2.3.3. Opvolging tijdens afbouw). Sommige psychiaters reduceren de dosis volgens deelbaarheid van het medicijn, terwijl anderen voorkeur geven aan magistrale bereidingen. Daarnaast speelt het **type medicatie** een rol; venlafaxine en paroxetine worden als uitdagender beschouwd, waardoor psychiaters hier met kleinere stappen gaan afbouwen.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "Maar wat ik altijd zelf aanbeveel is om het traag te doen. Dus om geen onmiddellijke stops te doen van AD. Bij sommigen of bij een beperkt aantal zou dat wel kunnen dat je plots stopt. Maar bij sommige absoluut niet, als je een middel hebt gelijk venlafaxine of Efexor®, als je dat plots stopt dan heb je een probleem hé. Dus ik beveel altijd aan om het traag te doen."*

> *Psychiater 13, man, 68 jaar: "Ja ja, maar mensen die dat jaren nemen, ik zou dat over een half jaar doen. Ik heb nog niet zo lang geleden iemand gehad, over een half jaar afgebouwd en dan doen we dat per 10% hé. Magistraal hé, 10% per 2-3 weken en eventueel zelfs 4 weken als ze twijfelen. Echt heel voorzichtig."*

> *Psychiater 19, man, 75 jaar "Die protocollen, die spreken van 6 maand, 5 jaar,.. Zijn dat de richtlijnen of is dat gewoon niet verder onderzocht?"*

2.3.3 Opvolging bij afbouw

De **opvolging** tijdens afbouw varieert van psychiater tot psychiater, maar is zeker ook patiëntafhankelijk. Hierbij zien sommigen de patiënt op regelmatige basis terug en oordelen ze dan of de afbouw al dan niet verdergezet kan worden. Sommige psychiaters doen de opvolging tijdens de afbouw voornamelijk via telefonisch contact. Opvolging kan ook via de huisarts verlopen (cfr. 2.5. Samenwerking met andere zorgverleners). De frequentie van follow-up varieert van maandelijkse opvolging tot 6-maandelijkse controle.

Verschillende psychiaters stellen zich telefonisch beschikbaar tijdens een afbouw van AD. Dit doen ze om een gevoel van veiligheid te creëren bij de patiënt.

> *Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "Ik heb geen specifiek schema en ik bouw afhankelijk van wie er voor mij zit anders af. Als dat iemand zeer angstig is dan maak ik echt een uitgebreid schema met meerdere consultaties tussendoor. Zodat die persoon zich begeleid en veilig voelt. Bij de afbouw zijn mijn eerste stappen altijd groter en dan alsmaar kleiner."*

> *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."*

> *Psychiater 17, man, 62 jaar: "Het is niet realistisch om een algemeen model op te zetten om het AD gebruik te verminderen, het is te complexe materie."*

Opvolging na afbouw varieert eveneens van psychiater tot psychiater. De meeste psychiaters verwijzen de patiënt hierbij **terug naar de huisarts**. Sommige volgen hun patiënten ook **zelf** nog op, afhankelijk van de initiële ernst van het ziektebeeld en voorgeschiedenis van de patiënt. Op vlak van opvolgfrequentie na de afbouw is er geen vaste regel of schema.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "Omdat de drempel bijvoorbeeld om een nieuwe afspraak te maken, opnieuw te zeggen: "Oei oei oei, ik moet terugkomen", is veel groter dan te moeten zeggen "ik zet binnen drie maanden of binnen zes maanden, nog een afspraak en dan kom ik nog wel eens om het verder op te volgen... Maar een opvolgconsult, de mensen vragen dat vaak. Ik ben daar geen vragende partij voor."*

2.3.4 Herval versus onttrekking

Eens de beslissing tot afbouw wordt genomen, na grondig evaluatie van de situatie, geven zo goed als alle psychiaters aan dat afbouw vlot verloopt.

Tijdens en na de afbouw kunnen echter **herval- en/of onttrekkingssymptomen** voorkomen. Psychiaters benadrukken het verschil tussen deze twee bovenstaande. Onttrekking vindt typisch plaats kort na het stoppen binnen enkele dagen, waar herval zich eerder presenteert weken tot maanden na het stoppen van het AD. Deze zijn niet met elkaar te verwarren. Patiënteducatie is hier belangrijk voor een geslaagde afbouw.

> *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."*

> *Psychiater 15, vrouw, 38 jaar: "Ik merk na 1 of 2 weken, en ik zeg dat ook zo, dit kan nog zijn door de afbouw. 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. 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."*

2.4 Heropstart na afbouw

De belangrijkste reden voor heropstart van AD tijdens of na (poging tot) afbouw blijkt **recidief van de klachten** (depressieve klachten, angststoornissen, etc.). Hiervoor is er vaak een luxerende factor, veelal een nieuwe levensgebeurtenis, maar het kan ook spontaan optreden. Een recidief kan jaren na stop optreden.

> *Psychiater 10, man, 35 jaar: "Ik zeg ook altijd tegen mensen: "kijk dit is een eerste of tweede episode, procentueel zijn er verschillen in kans tot herval." Als je in een eerste episode zit, benoem ik het al, als we nadenken over afbouw, dan is er wel 50% kans, sommige studies spreken tot 85% kans op herval. Dus ik spreek dat wel heel duidelijk door, waarbij dat ik dan ook in de meeste gevallen echt wel een stuk duid: je moet echt depressie ook durven zien als een chronische aandoening."*

Psychiaters vinden het belangrijk om een recidief tijdig te herkennen. Een vertraagde diagnose gaat vaak gepaard met een ernstiger ziektebeeld. Vroege detectie maakt het mogelijk de behandeling met een lagere dosis AD te hervatten. Bij ernstigere recidieven wordt echter herhaaldelijk gerapporteerd dat AD bij heropstart een verminderd effect lijken te hebben, waardoor een **hogere dosering** nodig is. Ook bij een heropstart duurt het enkele weken tot een AD zijn therapeutisch effect opnieuw bereikt.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "Ze wachten heel lang voor dat ze terug contact opnemen. Waardoor dat ze natuurlijk in een forse depressieve fase zitten en dat je dan terug moet opstarten."*

> *Psychiater 17, man, 62 jaar: "Maar het is zeker vaak een goede eerste reflex om het AD dan terug op te starten. Patiënt zelf is hier meestal ook vragende partij voor, wilt ook een oplossing die toch wel vrij gemakkelijk toegankelijk is, in vergelijking met soms andere zaken."*

Wanneer een patiënt meermaals hervallen is, kan er besloten worden om niet meer volledig te stoppen, maar om een **zo laag mogelijke dosis door te geven**. Herval kan dus een reden zijn voor langdurig gebruik van AD.

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "Maar, als ik, toch zeker bij recidivisten, na enkele malen herval, ja dan zie ik niet goed waarom ik nog verder zou afbouwen, dan blijven we op de functionele dosis. Als mensen al twee of drie keer hervallen, ja dan is dat bijna misdadig, dan doen we dat niet meer, dan gaan we niet meer afbouwen."*.

2.5 Samenwerking andere zorgverleners

2.5.1 Samenwerking met de huisarts

2.5.1.1 Rol huisarts

De huisartsen hebben verschillende taken die een rol kunnen spelen bij de afbouw van AD volgens de psychiater.
1/ Een eerste functie is die van **ondersteuning van de patiënt tijdens afbouw.** De huisarts kan een afbouwproces mee opvolgen, heeft zicht op het verloop en mogelijke moeilijkheden. Indien nodig kan hij tijdig doorverwijzen naar een psychiater.

> *Psychiater 17, man, 62 jaar: "Ja ik vind het moeilijk om alle patiënten die een AD slikken zelf te moeten zien als psychiater...we zitten nu al met onze handen in het haar, dat is gewoon onmogelijk. Ik zie vooral patiënten die slecht gaan, doorverwezen zijn door de huisarts, die dan al zelf met de handen in zijn haar zit en er zelf niet uit geraakt, waarbij ik dan vaak het AD dien aan te passen of te verhogen. Het is niet echt mijn takenpakket, om patiënten op te volgen als ze dan goed gaan."*

2/ Een aanvullende rol van de huisarts is het behouden van een **globaal overzicht** van de gezondheidstoestand van de patiënt. De huisarts heeft doorgaans een bredere expertise in het herkennen en beheren van geneesmiddeleninteracties, vooral bij polyfarmacie en multimorbiditeit. Daarnaast verwijzen sommige psychiaters naar de huisarts om somatische en psychiatrische klachten beter van elkaar te onderscheiden.

> *Interview 15, vrouw, 38 jaar: "Dat dat wel echt een vertrouwensfiguur is en ook al komen ze bij mij als psychiater, dat die huisarts wel nog altijd de persoon is met wie dat ze het waarschijnlijk wel nog eens gaan overleggen wat dat hier besproken is of dat de huisarts dat ook wel een goed idee vindt."*

3/ Een rol voor de huisarts is inzicht bieden **in de thuiscontext.** Aangezien de huisarts de naasten van de patiënt en de socio-economische status beter kent, heeft hij hierdoor ook een vollediger beeld van de patiënt.

> *Psychiater 9, vrouw, 46 jaar: "want op zich is dat wel echt een meerwaarde. Huisartsen die hebben info die wij vaak niet hebben, mensen komen hier wel in opname of dagtherapie, maar we hebben niet zoveel zicht op de thuissituatie, en dat hebben huisartsen wel, want die horen ook de familieleden, dus die hebben echt wel veel info."*

De rol die de huisarts opneemt bij de afbouw is volgens de psychiaters sterk afhankelijk van de **huisarts en zijn/haar band met de patiënt.**

2.5.1.2. Opvolging met huisarts

Daarbij komt dat als de psychiater inschat dat de huisarts dit kan opvolgen, deze de patiënt kan overlaten aan de **huisarts**. Een kleine groep psychiaters ziet dan weer een aanvullende werking, waarbij de patiënt **alternerend** bij de huisarts en de psychiater op consultatie gaat. Andere psychiaters volgen de patiënt liever **autonoom** op, waarbij er geen opvolging is via de huisarts. Op **kritieke** momenten is er onder de psychiaters discussie, of de huisarts dan zelf kan ingrijpen of dat dit een taak voor de psychiater blijft.

> *Psychiater 8, man, 32 jaar: "Die 1-2, alternerend werken, ga je dat voorstellen op het moment dat iemand stabiel is? Of wanneer je dat voelt? Nee, juist niet. Ook als het juist heel moeilijk gaat, omdat het agendagewijs niet altijd gemakkelijk is. Omdat er 2 mensen soms ook meer ideeën hebben dan 1 iemand alleen."*

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "Oh nee, ik vind niet dat er een territoriale strijd is. Ik bedoel dus van ik heb dat gedaan en gij moet daar afblijven. Dat vind ik absoluut niet. Maar ik denk wel als ge weet als huisarts van die psychiater heeft dat opgestart, dat middel, de patiënt is daar in behandeling. Dan vind ik wel dat ze iets moeten laten weten van ik zou dat doen of dat ze eens overleggen."*

2.5.1.3 Algemene samenwerking huisarts

Uit onze interviews blijkt dat de samenwerking tussen psychiater en huisarts op vlak van afbouw van AD eerder minimaal is. Verschillende psychiaters halen aan dat ze nagenoeg geen vragen omtrent afbouw van AD krijgen van de huisarts. In tegendeel, een doorverwijzing of vraag gaat vaker over de verderzetting of start van de behandeling.

> *Psychiater 10, man, 35 jaar: "Ik ga soms herverwijzen naar de huisarts met melding van: als er gedacht wordt aan afbouw, ben ik steeds bereid om een overleg te hebben… Ik heb nog nooit iemand gehoord."*

Hoewel de gerapporteerde **samenwerking** minimaal is, wordt deze als goed ervaren. Het al dan niet beheersen van psychiatrische ziektebeelden is huisarts-afhankelijk. Psychiaters merken op dat sommige huisartsen meer de psychiatrische pathologie beheersen. Dit bevordert de samenwerking in die zin dat deze huisartsen meer open staan voor overleg en er meer vertrouwen is tussen psychiater en huisarts. Wanneer de huisarts mee is in het verhaal en de adviezen goed opvolgt, zien de psychiaters dit als een vlotte samenwerking.

> *Psychiater 3, man, 36 jaar: "Ik kan maar communiceren en er zijn huisartsen die dat heel goed opvolgen en die ook echt mee op die tandem springen. En dat is dan wel tof. En dat werkt toch vaak constructief."*

> *Psychiater 18, vrouw, 40 jaar: "Als alles goed verloopt, mag dat ook via de huisarts gebeuren. En als de huisarts zich daarbij comfortabel voelt, de ene durft het wel de andere stuurt ze liever terug."*

2.5.1.4 Moeilijkheden samenwerking huisarts

Een minderheid van de psychiaters vindt dat de **samenwerking moeilijk verloopt.** Hier worden verschillende struikelblokken aangehaald.

Een eerste probleem is het **gebrek aan kennis** bij de huisarts. Een unicum stelt dat de huisartsen niet competent genoeg zijn om een kwalitatieve opvolging van AD te voorzien en dat ze hiervoor beter zouden doorverwijzen naar de psychiater. Volgens deze psychiater was het ook door de heersende macho-cultuur bij de oudere generatie huisartsen dat doorverwijzingen stroef verlopen.

> *Psychiater 14, man, 65 jaar: "Toen ik begon, dat was verschrikkelijk. Het waren allemaal macho's, nu is dat anders. ... Vroeger was dat ieder voor zich, ook dag en nacht paraat staan, een soort gekte was dat eigenlijk. Maar goed, die huisartsen zijn heel boos dat veel mensen naar de psychiater gaan, vinden dat absoluut niet nodig. Maar ik denk dat daar waarheid in schuilt. En dan versta je ook waarom die huisartsen dat niet willen afgeven, omdat dat dus een groot deel van hun cliënteel is."*

Een tweede probleem bestaat uit het **parallelle behandeltraject** van huisarts en psychiater. Zo merken sommige psychiaters op dat de huisarts zonder overleg de medicatie aanpast. Dit kan bijvoorbeeld een switch in AD, een dosis verhoging of het toevoegen van een benzodiazepine of antipsychoticum zijn. Op die manier kan de psychiater de afbouw niet optimaal opvolgen. Psychiaters vinden het moeilijk om dit soms te communiceren naar de huisarts, omdat ze het gevoel hebben dat ze hierdoor de huisarts op de vingers tikken en dit nadelig is voor de samenwerking. Daarnaast merken psychiaters soms **tegenstrijdige adviezen** van de huisarts op. Enkele psychiaters vermelden dat de huisarts verkeerde adviezen geeft over de afbouw van AD, waardoor patiënten niet goed meer weten wat ze nu net moeten doen.

> *Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "Ik ken wel een paar mensen die in opname zijn en die komen zo van de benzo's af zijn en dat wordt dan soms bij de huisarts herstart en ik probeer contact op te nemen dan maar dat is niet altijd evident. Gewoon omwille van eigen werklast maar ook die van de huisarts en dan heb je toch het gevoel dat je iemand op de vingers tikt."*

> *Psychiater 16, vrouw, 35 jaar: "Ik wil dat de huisartsen daar goed over nadenken, dat ze niet zomaar denken "We hebben in de opleiding geleerd dat we moeten alles afbouwen, dus we gaan maar alles afbouwen." Zorgen dat we wel afstemmen op de patiënt. Ik denk dat dat vooral belangrijk is. Omdat dat huisartsen soms te veel willen hé. We moeten zoveel mogelijk afbouwen, maar soms wordt er dan ook een beetje te veel afgebouwd. En zijn mensen dan toch niet meer goed? En dan denk ik, dat is gewoon jammer, want we hebben er zo lang over gedaan om die mensen goed te krijgen en nu heeft er iemand daar afgebouwd en zijn we weer zo een beetje terug bij af."*

Een derde probleem is dat overleg een **tijdrovende activiteit** is. Door de drukke agenda's van beide partijen, is het moeilijk om een gepast moment te vinden om bijvoorbeeld telefonisch te overleggen. Desondanks proberen de psychiaters wel om laagdrempelig bereikbaar te zijn.

> *Psychiater 2, man, 59 jaar: "Maar je komt daar ook niet door hoor, als je naar een huisarts belt daar zit een secretariaat en ja dat is niet zo heel makkelijk. Iemand zo te spreken krijgen is een gedoe, die is er dan niet en dan is het kalf eigenlijk al verdronken he dan zit je vast of belt die terug maar dan zit je zelf met een patiënt. Bellen werkt gewoon niet."*

Psychiater 9, vrouw, 46 jaar: "Natuurlijk, het moet ook allemaal tussen de soep en de patatten gebeuren. Huisartsen hebben een drukke job, wij hebben een drukke job, om mekaar te bereiken, dat is soms echt een ramp. Want op momenten dat het voor mij lukt, lukt het voor de huisarts niet, en omgekeerd, dat is niet zo simpel."

2.5.1.5. Communicatie huisarts - psychiater

Sommige psychiaters proberen de verschillende behandeltrajecten te vermijden door goede instructies te communiceren. De **communicatie** gebeurt hoofdzakelijk uni-directioneel **per brief** van psychiater naar huisarts, of toch minstens via een nota. Dit kan zowel een verslag als adviezen bevatten, maar psychiaters erkennen dat hun briefwisseling niet altijd optimaal is. Zo volgt niet na elk consult een verslag. Echter geven enkele psychiaters wel aan dat, ondanks dat ze frequent een brief proberen op te stellen, ze niet het gevoel krijgen dat de huisarts deze lezen. Enkelen geven aan hun best te doen laagdrempelig telefonisch bereikbaar te zijn. **Telefonisch overleg** kan een meerwaarde zijn bij acutere (bv. psychose of opname) of bij complexe casussen, maar houdt ook nadelen in (cfr. tijdrovende activiteit hierboven besproken).

Psychiater 4, man, 33 jaar: "Ik vind het wat onzinnig om iemand midden in zijn consultatie te storen voor eigenlijk wat dingen die je evengoed ook in een brief kunt zetten."

Een andere psychiater gebruikt de **patiënt als medium** van communicatie naar de huisarts. Eén psychiater probeert om via een **stagiair geneeskunde** de communicatie vlotter te laten verlopen.

Psychiater 6, man, 54 jaar: "Ik vind dat ook de patiënt daar een verantwoordelijkheid in heeft. Ik bedoel de meeste mensen zijn perfect capabel om dat aan hun huisarts te zeggen."

2.5.1.6. Verbeterpunten samenwerking huisarts - psychiater

Menig psychiater geeft echter aan dat er **verbeterpunten** mogelijk zijn voor een goede samenwerking.

Verschillende psychiaters kaarten aan dat **overleg** met de verschillende betrokken zorgverleners het herstelproces zou bespoedigen. Eén psychiater oppert het voorstel voor een **nomenclatuur**. Indien een nomenclatuur voor samenwerking met de psychiater zou bestaan, ook voor psychotherapie, zou deze samenwerking opgewaardeerd worden. Hier is momenteel geen geld, en bijgevolg geen tijd voor. Verder zou het aanscherpen van gedeelde IT er ook voor zorgen dat qua medicatieschema's geen verwarring meer bestaat. **Sumhers** kunnen hiervoor een oplossing bieden, maar ze moeten wel up-to-date zijn.

Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "Ik moet zeggen dat we eigenlijk veel te weinig samenwerken. Er zijn daar ook nog geen enkele incentives voor, ik denk dat dat wel kan vermeerderen als er nomenclatuur voor komt. Niet dat we voor alles geld moeten hebben, zeker niet, maar gewoon dat het tot het takenpakket behoort. En eigenlijk zou dat zo logisch zijn, als psychiater word je nu meer afgestraft als je die contacten probeert te leggen dan als je het niet doet. ... Die opwaarderen vanuit de overheid door middel van nomenclatuur dat zou ook belangrijk zijn."

Interview 20, vrouw, 36 jaar: "De huisarts en ik en dan nog eens een neuroloog en de apotheek, wij hebben allemaal een ander schema. En dan doet de patiënt ook nog eens z'n eigen ding. En we zijn niet meer mee."

2.5.2 Samenwerking met de psycholoog

Psychotherapie is een belangrijke extra factor in de aanpak van een depressie, meestal is dit een traject dat opgestart wordt met de patiënt. De meeste psychiaters zijn het erover eens dat de **combinatie van een AD en psychotherapie** de beste resultaten oplevert.
Eén psychiater legt de meerwaarde van psychotherapie uit aan de hand van het **biopsychosociaal model,** waarbij AD biologische ondersteuning biedt, maar dat de psychosociale context moet aangepakt worden via psychotherapie.

Psychiater 1, vrouw, 36 jaar: "Ja, ik verwacht eigenlijk dat elke patiënt die ik thuiskrijg dat die ook naar een psycholoog gaat... Ik denk dat je dan korter een AD kan innemen."

De **rol van psychologen bij de afbouw van AD** lijkt eerder klein volgens de psychiaters. Zij kunnen de patiënt wel aanmoedigen en ondersteunen bij afbouw of indien iets niet goed verloopt, terugkoppelen naar de behandelende arts.

Psychiater 17, man, 33 jaar: "De rol van de psycholoog is voornamelijk een opvangnet zijn voor patiënten, de helpende hand, een steun en toeverlaat, maar voor het algemeen overzicht en de opvolging en het behandelingstraject van patiënt, zijn wij eerder de aangewezen persoon."

Het merendeel van de psychiaters heeft liever dat de **psycholoog geen advies** uitspreekt over de afbouw van AD. Vaak doen psychologen daar ook geen uitspraak over, volgens een psychiater omdat ze hiervoor **te weinig opgeleid** zijn.

Psychiater 14, man, 65 jaar: "Die afbouw, dat kennen zij niet, dat interesseert hen ook niet dus daar heb ik heel weinig contact over. Ik denk ook niet dat ze daar vragende partij voor zijn om te weten hoe dat precies in elkaar zit. Elk zijn werk zou ik zeggen."

Samenwerking tussen psychiater en psycholoog verloopt volgens verschillende psychiaters goed, maar is eerder minimaal.

Psychiater 13, man, 68 jaar: "Als de patiënt zegt van ga je eens contact opnemen met de psycholoog, dan is dat een hele geruststelling dat we contact gehad hebben met elkaar, de psycholoog en de dokter. ... Ik zou soms iemand contacteren als ik iemand zou verwijzen. En dan als er eens iets speciaals is, dan bellen we eens. We bellen omdat de patiënt dat eens wil. Maar de psycholoog is gerust in wat ik doe en ik ben gerust in wat de psycholoog doet. We komen niet in elkaars vaarwater hé."

Psychotherapie blijft **financieel** echter moeilijk toegankelijk. Een psychiater geeft aan dat het nogal ondergewaardeerd wordt door de overheid.

Communicatie tussen psycholoog en psychiater kan op verschillende manieren gebeuren, gaat meestal via de patiënt, maar blijft beperkt. De communicatie kent echter nog geen vaste vorm zoals bijvoorbeeld brieven. Zoals reeds vermeld is telefonisch contact ook hier absoluut niet vanzelfsprekend. Ook hier is de bereikbaarheid een pijnpunt.

> *Psychiater 6, man, 54 jaar: "In een ideale wereld zou de communicatie tussen verschillende actoren eigenlijk, met de psycholoog, met de huisarts, met de apotheker, zou die communicatie eigenlijk wat beter verlopen."*

> *Psychiater 7, man, 52 jaar: "De therapeuten die verslagen schrijven, die hebben wel gigantisch veel werk. ... Maar da's voor de patiënt goed, als de huisarts kan zeggen van 'ik heb overleg gehad met de therapeut', hoe content gaat de patiënt wel niet zijn?"*

2.5.3 Samenwerking apotheek

Uit de interviews blijkt dat de samenwerking tussen psychiaters en apothekers **beperkt** is. Het initiatief tot stoppen komt zelden vanuit de apotheek. Toch wordt de apotheker beschouwd als een vertrouwenspersoon en speelt hij een belangrijke rol in het informeren van patiënten en het vervaardigen van magistrale bereidingen. Wanneer er contact is, verloopt dit doorgaans vlot via e-mail of telefoon en betreft het voornamelijk technische kwesties zoals beschikbaarheid en substituties.

> *Psychiater 13, man, 68 jaar: "De apotheker kan eens een bedenking maken van ik zie dat je dat al lang neemt, is dat nodig om dat zo lang te nemen? Heb je al eens aan je dokter gevraagd...? Dat vind ik wel."*

> *Psychiater 17, man, 62 jaar: "Wij kennen als psychiater onze medicatie vrij goed, ik denk dat het belangrijk is dat apotheek erop toeziet dat patiënten hun medicatie correct innemen, dat ze geen overdosissen innemen, en dat ze dat wat bijhouden, maar voor de rest verwacht ik ook niet echt van die mensen dat ze met patiënten daarover in gesprek gaan of over de indicatie gaan oordelen of niet. Ik verwacht dat ze zich houden aan hun rol, en dan zal ik de rest wel doen om alles zoveel mogelijk met de patiënt af te stemmen."*

Discussie

1. Samenvatting resultaten

Zo goed als alle geïnterviewde psychiaters beschouwen langdurig gebruik van AD als werkzaam en veilig. De werkzaamheid, ook op lange termijn, steunt op een biologisch, maar ook op een placebo-effect. Er is een beter veiligheidsprofiel bij SSRI's en SNRI's, ten opzichte van de TCA's. De bijwerkingen van AD op lange termijn zijn beperkt, maar niet te onderschatten. Daarnaast kunnen ze interageren met andere geneesmiddelen. Psychiaters rapporteren zowel een over- als ondergebruik van AD. Enerzijds is er een overgebruik door verkeerde diagnosestelling. Anderzijds merken psychiaters te veel voorzichtigheid om AD op te starten bij ernstigere ziektebeelden. Psychiaters merken de laatste jaren meer aandacht voor AD in de maatschappij. Dit levert zowel voor- als nadelen op. De evaluatie van een mogelijke afbouw van AD is complex en vereist een individuele aanpak. Bij de afweging of een afbouw van AD mogelijk is, zijn er 5 patiënt-gerelateerde factoren met grote invloed: 1) de persoonlijkheid van de patiënt, 2) het ziektebeeld, 3) de ernst van het ziektebeeld, 4) de psychiatrische voorgeschiedenis en 5) aanwezigheid van suïcidepogingen. Daarnaast beïnvloeden context gebonden factoren de beslissing: 1) thuissituatie, 2) sociale omkadering, 3) socio-economische status. Drempels die door de psychiaters ervaren worden om AD af te bouwen zijn de psychische afhankelijkheid van het AD, het tijdrovende karakter van afbouwschema's en de terugkeer naar het werk na langdurige arbeidsongeschiktheid. Polyfarmacie is zowel een drempel als facilitator tot afbouw. Een negatieve afweging sluit een afbouw echter niet per definitie uit *(trial and error*). De timing van de afbouw is van belang, velen geven voorkeur aan afbouw in de lente. De verantwoordelijkheid tot afbouw ligt bij de psychiater, hoewel ook patiënten en huisarts het AD stoppen. Common practice voor afbouw is shared-decision making met de patiënt. Er is geen consensus over de duur van afbouw, de frequentie van opvolging is patiëntafhankelijk. Het algemene principe is traag en stapsgewijs: '*go low, go slow*'. Meestal gebeurt de opvolging tijdens afbouw door de psychiater zelf - zo nodig telefonisch. Bij optreden van negatieve symptomen tijdens afbouw moet een onderscheid gemaakt worden tussen onttrekking en herval. Tijdig herkennen van herval, met eventuele heropstart AD is van belang. Samenwerking met de huisarts verloopt over het algemeen goed, maar is op vlak van afbouw van langdurige AD minimaal. Ondersteuning bieden, het globale overzicht bewaren en inzicht bieden in de thuiscontext zijn verschillende rollen van de huisarts. Het opnemen van deze rollen is huisartsafhankelijk. Tijdens afbouw kan opvolging alternerend met de huisarts verlopen, hoewel vele psychiaters de opvolging autonoom doen. Nadeel van alternerende opvolging is het gebrek aan eenduidig beleid. Na de afbouw wordt de opvolging meestal doorgegeven aan de huisarts. Ook de samenwerking met psychologen en apotheken blijkt uit deze bevraging minimaal. Aanwezigheid van psycholoog tijdens afbouw wordt wel als facilitator tot stop gezien.

2. Vergelijken met literatuuronderzoek

Zoals reeds aangehaald, is er slechts beperkte literatuur over de visie van psychiaters (specialistische populatie) op afbouw van langdurige AD. Onze resultaten lopen echter in grote lijnen gelijk met bestaand onderzoek bij andere hulpverleners (eerstelijnspopulatie).

De literatuur toont een toenemend langdurig gebruik van AD (3–5). Zowel in voorafgaand kwalitatief onderzoek als in deze studie wordt langdurige gebruik als veilig en effectief beschouwd (22,25). Een andere gelijkenis is, dat wanneer er bijwerkingen optreden, deze als facilitator tot stop worden gezien (24). Eén artikel uit het literatuuronderzoek toont echter dat patiënten bijwerking vaak aanvaarden (13). Psychiaters merkten zowel een over- als ondergebruik van AD op. Opvallend is dat de psychiaters het merendeel van overgebruik van AD binnen de eerste lijn situeren. De meest genoemde reden uit onze resultaten blijkt een verkeerde indicatiestelling. Uit de literatuur blijkt dat huisartsen het vaak moeilijk vinden om een correcte diagnose van depressie te stellen (22,23,25) en dat het opstarten van medicatie soms de gemakkelijke optie is (23). Dit kan het overgebruik in de eerste lijn deels verklaren.

Ook in de literatuur wordt naar de diagnose depressie gekeken vanuit het biopsychosociale model (5,21,22,25). Depressie kan optreden als reactie op psychosociale factoren, anderzijds kan een neurobiologische aanleg ook mee aan de basis van het ziektebeeld staan. Onderzoek bij huisartsen toont aan dat patiënten met een depressie met een overwegend neurobiologische oorzaak, juist diegenen zijn die een indicatie hebben voor langdurig, soms levenslang, gebruik van AD (14,21,24,25). Ook in onze resultaten komt deze afweging tussen neurobiologische en context gebonden factoren naar voren bij de evaluatie om het AD al dan niet te stoppen. Bij overwegend neurobiologische kwetsbaarheid, vinden ook zij dat langdurige AD aan de orde zijn.

De geïnterviewde psychiaters zijn het unaniem eens over complexiteit van de afbouw van AD. Uit onze bevraging blijkt een individuele aanpak per patiënt noodzakelijk te zijn (14,20–25). Hoewel de psychiaters een individuele aanpak hanteren, geven ze toch een nood aan concrete algemene richtlijnen bij afbouw van AD aan. Ook in de literatuur vinden we deze contradictie terug (24,26–28).

Zowel de literatuur als deze kwalitatieve studie onderlijnen het tijdrovende karakter van afbouw van AD. Dit zowel omdat een afbouw initiëren tijd en moeite vraagt alsook de afbouw zelf tijdrovend is (8,21–23,26,27). Uit het literatuuronderzoek blijkt dat deze tijdsdruk een reden kan zijn voor routine-prescribing: het verder geven van AD is gewoon gemakkelijker (22,23,27,28). Shared decision-making die de voorkeur heeft bij de psychiaters om tot een succesvolle afbouw van AD te komen, kwam ook in het literatuuronderzoek vaak aan bod (14,20,27,28). Dit is echter een gegeven dat tijd vraagt. Het gesprek aangaan en de patiënt proberen overtuigen tot stop, vraagt zowel bij de huisarts als de psychiater tijd, waarbij tijd de artsen vaak ontbreekt.

Opvallend is dat de psychiaters van mening zijn dat de verantwoordelijkheid tot stop van het AD bij de arts ligt. Uit eerdere onderzoek blijkt dat (huis)artsen eerder naar de patiënt kijken om afbouw of stop te initiëren (22), andere studies geven geen eenduidigheid over bij wie de verantwoordelijkheid tot stop ligt (8,24).

3. Sterktes en beperkingen

Dit is de eerste studie die de visie van Vlaamse psychiaters op afbouw van langdurig gebruik van AD beschrijft. Dit onderzoek biedt inzichten om afbouw van langdurige AD bij patiënten te faciliteren. De interviews werden afgenomen op basis van een semigestructureerde interviewgids, wat uniforme resultaten opleverde. De interviewgids bouwt verder op bestaand kwalitatief onderzoek waarbij verschillende zorgverleners bevraagd werden. Alle interviews werden dubbel gecodeerd en vervolgens door een derde persoon samengevoegd. Nadien werden de resultaten in groep geanalyseerd en besproken tot een consensus werd bereikt. Hiermee werd interpretatiebias tot een minimum beperkt.

Twintig psychiaters werden geïnterviewd, werkzaam in verschillende regio's, met een goede variatie in leeftijd en werkervaring. Het merendeel van de respondenten is mannelijk (6V versus 14M). De steekproef van 20 psychiaters kan als beperkt beschouwd worden, maar de datasaturatie werd echter bereikt. Daarenboven was er een lage responsgraad op vraag naar een interview, wat zorgt voor een selectiebias waarbij louter geïnteresseerde en gemotiveerde psychiaters deelnamen.

Kwalitatief onderzoek laat niet toe om de visie van de geïnterviewde psychiaters te veralgemenen. Dit onderzoek is echter bedoeld om de visie van de psychiaters in beeld te brengen, wat een aanzet kan zijn voor toekomstig onderzoek.

De auteurs van deze scriptie zijn huisartsen-in-opleiding. Het denkkader als huisartsen-in-opleiding zal zeker invloed hebben gehad op het interviewen, rapporteren en interpreteren van de resultaten, dit voornamelijk in het luik 'samenwerking psychiater en huisarts'. Het is mogelijk dat onze resultaten een bias bevatten omwille van de relatie tussen huisartsen en psychiaters. De interviewer was een HAIO en een deel van het onderzoek spitst zich toe op de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. Idealiter had een psychiater deel uitgemaakt van de auteursgroep om de bevindingen beter te kunnen kaderen.

4. Aanbevelingen praktijk

Over het algemeen vinden psychiaters dat afbouw van langdurige AD vlot verloopt. Een nauwere samenwerking tussen psychiaters, huisartsen en psychologen kan bijdragen tot een succesvolle afbouw van het AD voor de patiënt. Door de huidige organisatie van de gezondheidszorg verdwijnt deze samenwerking echter vaak naar de achtergrond. Dit kan de patiënt nochtans meer ondersteuning bieden, herval kan sneller gesignaleerd worden en bepaalde hulpverleners kunnen ontlast worden als ze met een gerust hart hun patiënt kunnen verwijzen naar andere actoren. Duidelijke communicatie is van belang om een eenduidig beleid te hebben. Psychiaters vermelden in de interviews regelmatig dat zij duidelijke instructies schrijven in hun brieven. In onze ervaring als HAIO merken wij echter dat er zelden brieven uit psychiatrie zijn, zeker indien we het vergelijken met andere disciplines. Standaardisatie van de briefwisseling en communicatie is dus nodig. De arts die de beslissing tot afbouw neemt dient volgens ons de betrokken collega's te informeren.

Het zelfstandig stoppen van AD door patiënten wordt aangehaald in ons onderzoek en lijkt toe te nemen. Onbegeleid afbouwen van AD blijkt minder succesvol. Patiënten worden soms angstig gemaakt door media voor gebruik van AD. Hierbij wordt er opgemerkt dat de negatieve patiëntervaringen onevenredig veel aandacht krijgen. Aandacht hebben voor de bezorgheden en correct informeren van de patiënt is cruciaal. Daarnaast is het zorgen voor meer bewustwording en educatie over onttrekkingsverschijnselen en het verschil met herval, zowel bij zorgverleners als patiënten, ook een werkpunt.

De afbouw van AD is complex. Uit ons onderzoek blijkt dat een uitgebreide afweging van belang is om de patiënten te identificeren bij wie je het AD kan stoppen. Psychiaters hebben bepaalde criteria om te bepalen bij welke patiënt een afbouw ingezet kan worden. Een concrete richtlijn die de afbouw beschrijft ontbreekt echter. Bronnen, zoals het BCFI, bieden wel afbouwschema's per medicatiesoort aan, maar wat voornamelijk uit de interviews blijkt is dat de afbouw van AD zeer patiëntspecifiek is. Het gebrek aan richtlijnen komt dus misschien niet door een tekort aan research, het is net moeilijk om iets wat zo patiëntafhankelijk is, in een richtlijn te gieten. Een mogelijk besluit is: doe een grondige analyse voorafgaand aan een stop, bouw traag af en blijf vooral kijken naar de patiënt die voor u zit.

Vervolgonderzoek moet zich richten op: (1) het identificeren van factoren die bepalen bij wie AD veilig kunnen worden gestopt, en (2) het optimaal ondersteunen van patiënt en hulpverlener tijdens de afbouw.

Conclusie

Het langdurige gebruik van AD, langer dan de richtlijnen adviseren, dragen in belangrijke mate mee tot de algemene toename in het gebruik ervan. Er werd in deze scriptie gepeild naar de visie van psychiaters over afbouw van AD na langdurig gebruik.

De afweging om AD te stoppen is een complexe kosten-baten analyse, op maat van de patiënt. Afbouw van AD verloopt volgens de psychiaters over het algemeen vlot, maar vraagt tijd. Psychiaters houden rekening met de neurobiologische en de context gebonden factoren. Bij afbouw is het algemene principe: go low and go slow. Bouw je echter niet af, zijn psychiaters van mening dat langdurig gebruik wel veilig en effectief is. Momenteel is de samenwerking met andere zorgverleners minimaal, maar een betere samenwerking zou wel een bijdrage kunnen betekenen voor de patiënt. Deze resultaten lopen in grote lijnen gelijk met het voorafgaande literatuuronderzoek.

Naar de toekomst toe kan betere samenwerking met andere zorgverleners interessant zijn. Investeren in tijd voor overleg en betere communicatie tussen de verschillende actoren zijn werkpunten. Ook meer bewustwording wat betreft invloed van media is aangeraden. Het is nodig om in te zetten op educatie van patiënt en hulpverleners. Een concrete richtlijn voor het afbouwen van langdurige AD is er momenteel niet, maar gezien dit een zeer patiëntafhankelijk proces is, blijkt dit misschien ook niet eenvoudig. We concluderen: doe een grondige analyse voorafgaand aan een stop, bouw traag af en blijf vooral kijken en luisteren naar de patiënt die voor u zit.

Bronvermelding

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. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Declercq T. Depressie bij volwassen. Domus Medica [Internet]. [cited 2023 Oct 10]; Available from: https://domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen.

6. Sciensano. De geestelijke gezondheid na corona: eerste conclusies van de BelHealth-studie. Sciensano [Internet]. [cited 2024 Jan 9]; Available from: https://www.sciensano.be/nl/pershoek/de-geestelijke-gezondheid-na-corona-eerste-conclusies-van-de-belhealth-studie

7. Gezond België. Verloren gezonde levensjaren. Gezond België [Internet]. [cited 2023 Nov 7]; Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren.

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. 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

10. Healthy Belgium. Antidepressants. Healthy Belgium [Internet]. [cited 2024 Jan 23]; Available from: https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/medications/nervous-system/antidepressants

11. NHG. Angst. Nederlanse Huisartsen Genootschap [Internet]. [cited 2023 Oct 9]; Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-angst

12. De Beir R. Ervaringen van patiënten met stoppen van antidepressiva: een kwalitatief onderzoek naar barrières en facilitatoren [Master thesis]. Universiteit Gent;

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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

17. EBPnet. Depressie [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0071

18. 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.

19. NHG. Depressie. NHG standaard [Internet]. [cited 2023 Oct 10]; Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. VASWANI BYE A. PSYCHIATRISTS' ACCOUNTS OF HELPING PATIENTS DISCONTINUEANTIDEPRESSANT MEDICATION: A DISCOURSE ANALYSIS [Doctoral dissertation]. University of Massachusetts Boston; 2020.

27. 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.

28. 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;

29. 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.

Bijlages

Bijlage 1: Persoonlijke reflectie Vincent Delens

De samenwerking binnen onze groep verliep over het algemeen zeer goed, al verliep het in de beginfase niet altijd even vlot. Het verdelen van taken bleek een uitdaging in het begin, vooral in combinatie met onze drukke agenda's als HAIO. De thesis moest immers geschreven worden tussen de werkuren, wachtdiensten, avondconsultaties en vakanties door. Iedereen had een ander werkrooster, waardoor het niet evident was om momenten van overleg of werk in te plannen die voor iedereen haalbaar waren. Vooral tijdens de winterperiodes met het infectieseizoen, waarin de werkdruk als HAIO extra hoog lag, was het combineren van onze professionele verplichtingen met het schrijven van de masterproef een uitdaging. Om beter structuur te brengen in ons proces en de voortgang te kunnen garanderen, beslisten we in het tweede jaar om wekelijks online samen te komen. Deze regelmatige vergadermomenten hielpen om beter op de hoogte te blijven van elkaars vorderingen, zoals het uitvoeren van interviews, het coderen of het schrijven van teksten. Door bijna wekelijks bij te praten, konden we snel inspelen op obstakels en elkaar motiveren. Deze gewoonte heeft ertoe geleid dat ons project in een stroomversnelling raakte, wat uiteindelijk bijdroeg aan een tijdige en kwalitatieve afronding van de thesis. Daarnaast voelde de masterproef ook meer een groepswerk omdat we elkaar zo intensief zagen.

Ook de samenwerking met onze promotoren verliep vlot. We kwamen gemiddeld om de vier tot acht weken samen, meestal online. Tijdens deze bijeenkomsten werd telkens uitgebreid stilgestaan bij de stand van zaken, de knelpunten en de vooruitgang van het werk. Na elk overleg kregen we duidelijke richtlijnen mee, wat hielp om ons werk gericht verder te zetten. De ondersteuning van onze promotoren werd als bijzonder waardevol ervaren, zowel inhoudelijk als procesmatig. Onze promotoren hebben reeds veel onderzoek gevoerd rond het stoppen van AD, wat maakt dat ook zij heel wat belangrijke literatuur of inzichten konden toevoegen aan onze masterproef. Daarnaast ook speciale bedanking aan Dr. Van Leeuwen om ons de kans te geven onze masterproef voor te stellen op het congres van de Vlaamse Psychiaters. Het was een unieke kans om daar het woord te kunnen nemen.

Het feit dat we deze masterproef met vijf studenten konden uitwerken, was zowel een voor- als nadeel. De interviews afnemen en coderen werd met 5 HAIO's gedaan, het eindelijk schrijven van de masterproef was met 3 personen. Door een taakverdeling in te stellen verliep het werk efficiënter en kon het verdeeld worden over verschillende schouders. Zo was het contact leggen met psychiaters – iets wat door de beperkte responsgraad best veel tijd vroeg – beter beheersbaar omdat we deze taak konden spreiden. Wat betreft de dataverzameling namen we elk vier interviews af en werkten deze ook individueel uit. De eerste analyse van elk interview gebeurde telkens door twee groepsleden afzonderlijk. Vervolgens werden beide sets van codes door een derde student samengelegd tot één geheel. Zelf codeerde ik acht interviews en stond ik bij vier van deze interviews in voor het samenleggen van de codes. Deze structuur zorgde ervoor dat we een grondige en systematische aanpak konden hanteren in de analysefase. Ook tijdens het coderen en analyseren van de interviews kwam de groepsgrootte goed van pas. Het bespreken van de codes en het samenleggen van analyses leidde tot boeiende uitwisselingen. Doordat we elk vanuit een andere invalshoek en ervaring naar de data keken, konden we diepgaandere inzichten verwerven. We stelden telkens vragen bij elkaars

interpretaties, bespraken alternatieve benaderingen en kwamen zo tot genuanceerdere resultaten. Deze collectieve reflectie verhoogde de kwaliteit van de analyse aanzienlijk. Het nadeel van deze werkwijze was wel dat het veel tijd vergde. Het vinden van consensus over de formulering van thema's, codes en tekstfragmenten vroeg langdurig overleg. Ook het schrijven van de resultaten en conclusies nam veel tijd in beslag, omdat iedereen zich moest kunnen vinden in de gekozen woorden en inhoud. Hoewel dit proces niet altijd efficiënt verliep, heeft het zonder twijfel bijgedragen aan de diepgang van onze uiteindelijke thesis.

De verdeling van het schrijfwerk gebeurde deels individueel, deels in groep. De inleiding, methodologie en het literatuuronderzoek werden onderling verdeeld. Zelf heb ik me vooral toegelegd op de inleiding. Ik nam het voortouw bij het schrijven hiervan. Daarnaast werkte ik ook mee aan het samenvatten van de literatuur in de overzichtstabel. De uitwerking van de resultaten, discussie en conclusie gebeurde in nauwe samenwerking met de volledige groep. Hierin werd veel overlegd, herschreven en gesleuteld aan formuleringen tot we tot een tekst kwamen waarin iedereen zich kon vinden. Ondanks de tijdsintensieve aard van dit proces, droeg het bij tot de betrokkenheid van elke student en leidde het tot een gedragen eindresultaat.

In de algemene werking van de thesis heb ik ook op organisatorisch vlak een voortrekkersrol opgenomen. Ik stelde de verschillende deadlines op en volgde regelmatig op hoe het werk vorderde. Zo kon ik erop toezien dat alle taken tijdig werden afgewerkt en dat we de planning nauwgezet konden volgen.

Ik koos ervoor om mijn masterproef te schrijven rond het thema van de afbouw van antidepressiva, omdat ik dit een bijzonder relevant en actueel onderwerp vind. In mijn dagelijkse praktijk als HAIO merk ik hoe vaak patiënten langdurig antidepressiva gebruiken, terwijl de oorspronkelijke indicatie vaak niet meer actueel is. De gesprekken met de psychiaters binnen deze thesis bevestigden dat de afbouw van antidepressiva een genuanceerd en complex proces is, waarin klinisch inzicht, communicatie en contextanalyse samenkomen. Wat ik vooral leerde, is dat een afbouwtraject niet gehaast mag worden. Elk afbouwproces moet aangepast worden aan de individuele patiënt, zijn of haar noden, context en draagkracht. Het belang van een goed overleg met de patiënt, het bespreken van mogelijke bijwerkingen en herval, en het bieden van nazorg kwamen sterk naar voren. Ook bij psychiaters bleek er soms onzekerheid of terughoudendheid te bestaan rond het stoppen van antidepressiva, zeker bij kwetsbare populaties. Dit bevestigt hoe genuanceerd deze problematiek is.

Dankzij het literatuuronderzoek en de inzichten uit de interviews voel ik me nu beter voorbereid om het gesprek over afbouw van antidepressiva aan te gaan met mijn patiënten. Deze masterproef heeft me inhoudelijk verrijkt en gesterkt in mijn rol als huisarts in opleiding. Het is mijn hoop dat de kennis en inzichten uit deze thesis ook op lange termijn bijdragen aan een meer doordacht, patiëntgericht gebruik van antidepressiva in de eerstelijnszorg.

Bijlage 2: Interviewgids

De visie van psychiaters over stoppen van antidepressiva: kwalitatief onderzoek

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