De visie van psychologen en psychotherapeuten op langdurig gebruik en stoppen van antidepressiva

Devalez Matisse, Gerard Giles, Hermie Jakobien, Hoogstoel Lisa

Universiteit Gent

Promotor: Prof Dr. Christiaens Thierry

Co-promotoren: Dr. Van Leeuwen Ellen, Creupelandt Hanne

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

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

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

Voorwoord

Met genoegen presenteren wij deze masterproef over het stoppen van antidepressiva en de visie van psychotherapeuten. Dit onderzoek is het resultaat van de inzet en samenwerking van velen, en we zijn verheugd om onze bevindingen te delen.

Allereerst willen we onze oprechte dank uitspreken aan Prof. Dr. Thierry Christiaens, onze promotor, en Dr. Ellen Van Leeuwen, onze co-promotor. Hun begeleiding en inzichten hebben een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van dit onderzoek. Hun wetenschappelijke expertise en constructieve feedback zorgden voor een verrijking van dit werk.

Een speciale vermelding verdient co-promotor Creupelandt Hanne, wiens uitgebreide begeleiding heeft bijgedragen aan de algehele kwaliteit van deze masterproef.

Onze oprechte dank gaat uit naar de psychotherapeuten die de tijd hebben genomen om deel te nemen aan de interviews. Zonder hun openhartigheid en bereidheid om hun ervaringen te delen, zou dit onderzoek niet zo waardevol zijn geweest.

Dank aan iedereen die heeft bijgedragen aan het succes van deze masterproef. We hopen dat dit onderzoek bijdraagt aan het wetenschappelijk discours en de praktijk op het gebied van het stoppen van antidepressiva en de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in het traject van deze patiënten.

Abstract

Inleiding: Internationale studies tonen een stijging in het gebruik van antidepressiva (AD), voornamelijk door langdurig gebruik (>1 jaar). In België gebruikt bijna driekwart van de patiënten AD langer dan aanbevolen, ondanks richtlijnen die afbouw adviseren na 6 maanden stabiliteit (bij een eerste depressie). Zowel patiënten als huisartsen ervaren drempels bij de afbouw, waarbij huisartsen aangeven nood te hebben aan extra ondersteuning. Psychologen worden hierbij als waardevolle partners beschouwd. Onderzoek toont aan dat cognitieve gedragstherapie en mindfulness-gebaseerde therapie effectief zijn bij de afbouw zonder verhoogd hervalrisico. Tot op heden is de visie van psychologen en psychotherapeuten (PsT) omtrent het gebruik en de afbouw van AD in België en elders in de wereld weinig onderzocht.

Onderzoeksvraag: Wat is de visie van PsT op het langdurig gebruik en stoppen van AD?

Methodologie: Er werd eerst een oriënterend literatuuronderzoek gevoerd naar de bestaande evidentie over dit thema. Het onderzoeksproject bestond uit een kwalitatief onderzoek bij PsT gerekruteerd uit landelijke en stedelijke gebieden in Vlaanderen. De inclusiecriteria zijn: actief praktiserende psychologen of psychotherapeuten, met ervaring in de behandeling van volwassenen met depressie in een ambulante context in eerste, tweede of derde lijn. Semigestructureerde interviews werden afgenomen tussen november 2023 en januari 2025, tot saturatie van de data optrad (n=20). De data werd getranscribeerd, geanalyseerd via thematische analyse en vervolgens gecodeerd met behulp van de software-tool Nvivo.

Resultaten: Uit het oriënterend literatuuronderzoek bleek dat er geen van de eerdere studies focusten op de visie van PsT op het stoppen van langdurige AD inname. Daarom werd een kwalitatief onderzoek opgezet om dit verder te onderzoeken. Dit kwalitatieve onderzoek identificeerde vier hoofdthema's: (1) kennis en visie van PsT over langdurig gebruik en stoppen van AD, (2) patiëntgerelateerde factoren die de afbouw belemmeren of vergemakkelijken, (3) rolverdeling in de begeleiding, en (4) samenwerking tussen PsT en artsen. (1) PsT erkennen het belang van AD bij ernstige depressies, maar wijzen op overmatig voorschrijfgedrag en symptoomgerichte behandeling. Over langdurig gebruik bestaan uiteenlopende meningen, en de invloed van AD op psychotherapie wordt zowel positief als negatief ervaren. (2) Angst voor herval, onttrekkingsverschijnselen en beperkte copingstrategieën belemmeren de afbouw, terwijl motivatie en sociale steun deze kunnen faciliteren. (3) PsT spelen een sleutelrol in het bespreekbaar maken en begeleiden van afbouw, maar nemen geen medicamenteuze beslissingen. (4) De samenwerking met artsen verloopt vaak indirect via de patiënt, met als voornaamste belemmeringen tijdstekort, gebrekkige communicatiekanalen en een gebrek aan

structureel overleg. Verbeterde samenwerking via overlegmomenten, beveiligde communicatie en een gedeeld patiëntendossier kan bijdragen aan effectievere zorg. De resultaten onderstrepen het belang van een multidisciplinaire aanpak en shared decision-making bij de afbouw van AD.

Conclusie: Onze studie toont aan dat PsT uiteenlopende visies hebben op het langdurig gebruik en afbouwen van AD. Daarnaast blijkt dat onduidelijkheid over de rolverdeling en beperkte samenwerking met huisartsen het proces kunnen bemoeilijken. Aanbevelingen voor de praktijk omvatten het bevorderen van structureel overleg tussen huisartsen en PsT, gedeelde besluitvorming en de educatie van PsT over de afbouw van AD.

Lijst met afkortingen

AD	Antidepressiva
SNRI's	Selectieve noradrenaline-heropname remmers
SSRI's	Selectieve serotonine-heropname remmers
TCA's	Tricyclische antidepressiva
PsT	Psycholoog/psychotherapeut

Inhoudstafel

Inleiding 1

1. Wat zijn antidepressiva 1

2. Indicaties voor antidepressiva 1

2.1 Depressie 1

2.1.1 Diagnose 1

2.1.2 Behandelingsmogelijkheden 1

2.2 Overige indicaties voor antidepressiva 2

3. Problematiek omtrent langdurig gebruik van antidepressiva 2

3.1 Veiligheid en bijwerkingen 2

3.2 Effectiviteit van antidepressiva 3

3.3 Toenemend langdurig gebruik van antidepressiva 3

4. Afbouw van antidepressiva 4

4.1 Werkwijze 4

4.2 Barrières ten opzichte van het afbouwen van AD bij artsen en patiënten 5

Methodologie 6

1. Literatuuronderzoek 6

2. Kwalitatief onderzoek 6

1.1 Studie design en studie populatie 6

1.2 Data verzameling 7

1.3 Data analyse 8

Resultaten 9

1. Literatuuronderzoek 9

1.1 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over stoppen van langdurige antidepressiva 10

1.2 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over psychofarmaca 12

1.3 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over samenwerking met de huisarts en psychiater 14

2. Kwalitatief onderzoek 17

2.1 Karakteristieken van de geïnterviewde deelnemers 17

2.2 Resultaten kwalitatief onderzoek 19

2.2.1 Kennis en visie van PsT over langdurig gebruik en stoppen van AD 19

2.2.2 Patiënt gerelateerde en omgevingsgebonden factoren die de afbouw van AD beïnvloeden volgens PsT 23

2.2.3 Rolverdeling in de begeleiding van patiënt bij de afbouw van AD volgens de PsT 28

2.2.4 Samenwerking tussen PsT en artsen 32

Discussie 37
1. Samenvatting en interpretatie van de resultaten 37
1.1. Literatuurstudie 37
1.2. Visie van PsT op langdurig gebruik en het stoppen van AD 37
1.3. Patiëntgerelateerde en omgevingsgebonden factoren die de afbouw van AD beïnvloeden volgens PsT 37
2. Vergelijking met bestaande literatuur 38
3. Sterktes en beperkingen van het onderzoek 39
4. Praktische implicaties 39
5. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 40
Conclusie 41
Referentielijst 42
Bijlagen I
Bijlage 1: Tabel DSM-V criteria I
Bijlage 2: Interviewgids II
Bijlage 3: Informatiebrief voor deelnemers + informed consent VI
Bijlage 4: Ethisch comité XI
Bijlage 5: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité XII

Inleiding

1. Wat zijn antidepressiva

Antidepressiva (AD) zijn geneesmiddelen die worden gebruikt om stemmingsstoornissen en andere psychiatrische aandoeningen te behandelen. Ze beïnvloeden de balans van neurotransmitters in de hersenen, zoals serotonine, noradrenaline en dopamine. Deze spelen een belangrijke rol bij het reguleren van onze stemming, emoties en slaappatroon.

Er bestaan verschillende klassen van AD, waar in de eerste lijn de voorkeur uitgaat naar selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI). De uiteindelijke keuze van AD wordt bepaald door verschillende factoren zoals het werkingsmechanisme, bijwerkingen, comorbiditeiten, interacties,… (1)

2. Indicaties voor antidepressiva

2.1 Depressie

2.1.1 Diagnose

Depressie is, naast angststoornissen, één van de meest frequente indicaties voor het opstarten van AD. Depressie is een ernstige stemmingsstoornis die het dagelijks leven van een individu aanzienlijk kan beïnvloeden. Om de diagnose te stellen moet de patiënt voldoen aan de DSM V-criteria, namelijk de aanwezigheid van minstens vijf van de negen symptomen, waarvan minimaal één kernsymptoom, gedurende minstens twee weken (zie bijlage 1).

De klachten zijn zeer variabel waardoor depressie zich bij patiënten op een verschillende manier kan uiten. Sommige patiënten vertonen voornamelijk somatische klachten, terwijl anderen eerder emotionele klachten ervaren. Daarnaast kan depressie gepaard gaan met comorbiditeiten, zoals angststoornissen of middelenmisbruik. Verder is het van belang een inschatting te maken van de lijdensdruk, het disfunctioneren in het dagelijks leven, het risico op suïcidaliteit en de aanwezigheid van psychotische kenmerken (2, 3).

2.1.2 Behandelingsmogelijkheden

De behandeling van depressie kan verschillende benaderingen omvatten, afhankelijk van de ernst van de aandoening en de individuele behoeften van de patiënt. De twee belangrijkste zijn psychotherapie en medicamenteuze therapie.

Psychotherapie omvat intensieve gesprekstherapie met een therapeut om de onderliggende oorzaken van depressie te begrijpen, negatieve denkpatronen aan te pakken en copingstrategieën te ontwikkelen. Volgens de huisartsrichtlijnen (Domus Medica en NHG)

wordt psychotherapie aanbevolen als eerste behandelingskeuze voor milde tot matige depressie. De combinatie met AD wordt aangewend bij ernstige depressie of bij milde tot matige depressie zo onvoldoende beterschap van psychotherapie alleen. In deze richtlijnen wordt aanbevolen AD bij een eerste depressie te continueren tot 6 maanden na opklaring van de symptomen. Bij patiënten met een verhoogd risico op herval (zoals bij een recidief) is het aan te bevelen de behandeling ten minste 2 jaar verder te zetten. In deze masterproef ligt de focus op de visie van PsT over het langdurig gebruik en het stoppen van AD. (1-3).

2.2 Overige indicaties voor antidepressiva

Andere bewezen werkzame indicaties voor AD zijn:

- Angststoornissen zoals paniekstoornis, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis
- Posttraumatische stressstoornissen
- Obsessieve compulsieve stoornissen
- Eetstoornissen
- Profylactische behandeling van migraine
- Neuropathische pijn

Bij deze indicaties kan niet elk AD aangewend worden, meestal is er slechts een selectieve groep bewezen werkzaam. Er zijn nog andere pathologieën waarvoor AD off-label voorgeschreven worden, zoals slaapstoornissen. Gezien dit niet de primaire doelgroep is en buiten de klassieke richtlijnen valt, wordt hier niet verder op ingegaan. In deze masterproef focussen we op langdurig gebruik van AD bij depressie (1).

3. Problematiek omtrent langdurig gebruik van antidepressiva

Als patiënten met AD zich terug goed voelen, waarom zou men er dan mee stoppen? Hoewel deze medicijnen effectief kunnen zijn bij de behandeling van depressie en andere psychiatrische aandoeningen, brengen ze ook een reeks problemen en uitdagingen met zich mee. Hieronder worden de belangrijkste consequenties rond het gebruik van AD besproken.

3.1 Veiligheid en bijwerkingen

Zoals alle medicatie brengen ook AD bijwerkingen en risico's met zich mee. Sommige bijwerkingen kunnen mild zijn, zoals misselijkheid, hoofdpijn en seksuele dysfunctie, terwijl andere ernstiger kunnen zijn, zoals gewichtstoename, hyponatriëmie (agitatie, verwardheid), sedatie (valrisico) en een verhoogd bloedingsrisico. Vaak ontstaan de bijwerkingen in de eerste weken na opstart. Ze kunnen later weer verminderen, helemaal verdwijnen, maar ook

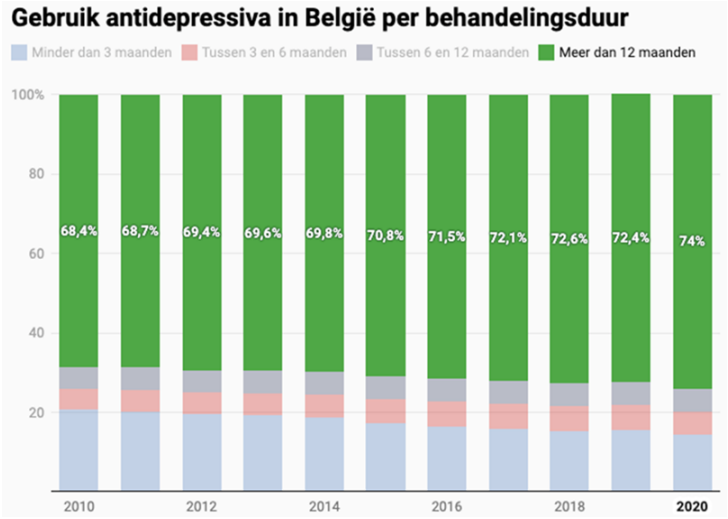
langdurig persisteren. Uit onderzoek blijkt dat 64% van de patiënten na één jaar nog 2.9 bijwerkingen ervaart (4). In de eerste weken na opstart kan de patiënt zich extra somber of onrustig voelen en kunnen suïcidale gedachten tijdelijk sterker worden, vooral bij jonge patiënten. Daarnaast kan er afhankelijkheid optreden waardoor onttrekkingsverschijnselen kunnen ontstaan bij het stoppen van AD. Het nauwlettend opvolgen van deze patiënten is daarom van cruciaal belang, evenals het goed informeren van patiënten over mogelijke risico's en bijwerkingen (1).

3.2 Effectiviteit van antidepressiva

Hoewel deze medicatie bewezen werkzaam is bij ernstige depressie, zijn er studies die aantonen dat hun voordelen, in veel gevallen, niet significant verschillen van psychotherapie bij milde depressie. Ook bij ernstige depressie voelt een derde van de patiënten geen verschil onder behandeling met AD. Dit roept vragen op over het wijdverspreide gebruik van AD voor patiënten met milde symptomen, vooral gezien alternatieve behandelingen zoals psychotherapie even effectief kunnen zijn, zonder risico op bijwerkingen en afhankelijkheid. Daarom is het belangrijk een weloverwogen keuze te maken bij het al dan niet voorschrijven van AD.(2)

3.3 Toenemend langdurig gebruik van antidepressiva

Desondanks de bovengenoemde problemen blijkt uit de IMA Atlas dat 13.5% van de Belgen in 2022 minstens één keer een AD nam. Terwijl de globale cijfers voor AD-gebruik in België de laatste decennia stabiel zijn, hebben verschillende internationale studies wereldwijd een stijging van de consumptie van AD vastgesteld. Een belangrijke oorzaak hiervan is het langdurig gebruik van AD (> 1 jaar), wat in bijna driekwart van de patiënten in België het geval is. Dit in tegenstelling tot de richtlijnen die een afbouw van AD adviseren vanaf 6 maanden na het bereiken van een stabiele situatie bij een eerste depressie, en 2 jaar bij hoger risico op herval. De afgelopen 10 jaar is het percentage langdurige gebruikers gestegen van 68.7% (2012) naar 71.7% (2021). (5)



Figuur 1: gebruik van antidepressiva in België (5)

4. Afbouw van antidepressiva

4.1 Werkwijze

Bij een goede respons op de behandeling met AD wordt in de Belgische en internationale richtlijn depressie aanbevolen deze nog minstens zes maand, en tot twee jaar bij hoger risico op herval, te continueren alvorens af te bouwen. Het proces van afbouwen en stoppen van AD is een belangrijk aspect in de behandeling van depressie. Het gebrek aan onderbouwing omtrent de wijze van afbouwen maakt het echter moeilijk om de optimale duur, snelheid en dosisvermindering per stap te bepalen (1, 3).

Desondanks bestaan er enkele algemene principes om een veilig en effectief afbouwproces te waarborgen. Ten eerste is gedeelde besluitvorming een belangrijk aspect voor het slagen van het afbouwproces. Het is essentieel om de patiënt vooraf, reeds bij de start van het AD, in te lichten over mogelijke onttrekkingsverschijnselen bij het stoppen van de behandeling. Ten tweede is het belangrijk om de patiënt regelmatig op te volgen en een goede begeleiding te verzekeren tijdens en na het afbouwproces. Bij het optreden van onttrekkingsverschijnselen of als de afbouw te moeilijk wordt ervaren, kan de dosis teruggebracht worden naar de vorige dosis waarbij er geen klachten waren. Verder wordt een trage afbouw aangeraden om (ernstige) onttrekkingsverschijnselen te vermijden. Een periode korter dan 14 dagen wordt afgeraden omdat onttrekkingsverschijnselen dan even vaak optreden als bij abrupt stoppen. Er wordt aangeraden nog trager af te bouwen indien de patiënt risicofactoren heeft voor het ontstaan van onttrekkingsverschijnselen, zoals eerder mislukte stoppogingen of inname van hoge doseringen (1).

4.2 Barrières ten opzichte van het afbouwen van AD bij artsen en patiënten

Ondanks de aanbevelingen blijkt uit Belgisch maar ook internationaal kwalitatief onderzoek dat de afbouw van AD zowel voor patiënt als huisarts een complex gegeven is. Een belangrijke barrière voor patiënten is de vrees voor herval. Veel patiënten geloven dat ook na vele jaren AD nog steeds een effect hebben op hun welbevinden en ervaren het niet als problematische medicatie. Vaak ontbreekt bij de patiënten ook het zelfvetrouwen om het gesprek omtrent stoppen met hun huisarts aan te gaan. Ze nemen vaak onterecht aan dat ze er niet klaar voor zijn en beschouwen het als de taak van de huisarts dit gesprek te initiëren (6). Ook voor huisartsen blijkt uit Belgisch en internationaal kwalitatief onderzoek dat de afbouw van AD een beladen onderwerp is. Ook zij hebben schrik voor herval en continueren AD onder het motto 'Never change a winning team'. Bij de huisartsen leeft ook de perceptie dat AD zeer effectief zijn en weinig problemen veroorzaken, integendeel vrezen zij vooral de onttrekkingsverschinselen bij afbouw. Daarnaast vraagt een dergelijke afbouw veel energie en tijd, zeker in periodes van hoge werkdruk. Sommige huisartsen vragen zich af of het wel hun rol is dit gesprek aan te gaan en vinden dat de vraag vanuit de de patiënt moet komen (7, 8). Facilitatoren die de afbouw van AD vergemakelijken waren dan ook gemotiveerde patiënten of patiënten die zelf een afbouw of stop van een AD vroegen. Een patiënt die zelf gelooft in zijn mogelijkheden om te stoppen en goede copingstrategiëen heeft aangeleerd, zijn belangrijke factoren. Ook de angst voor gezondheidsschade door AD bij het optreden van nieuwe gezondheidsproblemen, vormde een belangrijke facilitator voor de afbouw van deze medicatie.(8)

Uit onderzoek naar de visie van huisartsen blijkt dat heel wat huisartsen nood hebben aan extra hulp bij de afbouw van AD. Een belangrijke facilitator voor de afbouw van AD is voor hen de samenwerking met andere health professionals. Zij duiden hierbij psychologen aan als een waardevolle partner die de patiënten mee kan begeleiden in dit proces (7). Daarnaast toont een Cochrane systematische review aan dat cognitieve gedragstherapie of mindfulness gebaseerde cognitieve therapie een effectieve manier is om patiënten te ondersteunen tijdens het afbouwen van AD zonder het risico op herval te verhogen (9). Tot op heden is de visie van PsT omtrent het gebruik en de afbouw van AD in België en elders in de wereld weinig onderzocht. In deze masterproef gaan we hier verder op in.

Methodologie

1. Literatuuronderzoek

Om een antwoord te kunnen bieden op de onderzoeksvraag werd een literatuuronderzoek verricht naar de visie, kennis en attitudes van PsT omtrent het stoppen en afbouwen van AD. Hiervoor werden verschillende databanken geraadpleegd zoals Pubmed, Google Scholar en APA PsycInfo. De relevante artikels werden geselecteerd op basis van titel en abstract. Uitsluitend recente artikels met publicatiedatum na 2005 werden weerhouden (zie tabel 1).

Op 28/03/23 werden de volgende zoektermen ingegeven in Google Scholar: “psychotherapist” OR “therapist” OR “psychologist” AND “view on” AND “antidepressants”. Hieruit werden twee relevante artikels geselecteerd (10, 11). Aangezien er relatief weinig artikels werden gevonden omtrent het stoppen en afbouwen van AD werd de zoekstrategie uitgebreid naar het stoppen en afbouwen van psychofarmaca in brede zin. Hierdoor werd op 04/04/23 bijkomend onderzoek verricht via Google Scholar met de volgende zoektermen: “psychologist” OR “psychotherapist” OR “therapist” AND “perspectives” AND “long-term antidepressant use”. Met deze zoektermen werd één bijkomend relevant artikel weerhouden (12).

Daarnaast ging een deel van het literatuuronderzoek over de visie, kennis en attitudes van PsT omtrent de samenwerking met de huisarts bij de aanpak van depressie. Op 27/06/23 werden 806 hits bekomen via Pubmed met behulp van de volgende zoektermen: “psychotherapist” OR “therapist” OR “psychologist” AND “collaboration” OR “cooperation” AND “general practioner” OR “family doctor”. Hieruit werd één relevant artikel geselecteerd (13). Daarnaast werden twee bijkomende artikels gevonden via Pubmed door middel van de volgende zoektermen: “psychotherapist” OR “therapist” OR “psychologist” AND “collaboration” OR “cooperation” AND “general practioner” OR “family doctor” AND “qualitative research” OR “interviews” OR “surveys” OR “mixed methods” (1196 hits) (14, 15).

Er werd tevens gezocht in de databank APA PsycInfo. Deze zoekopdracht heeft naast de reeds geselecteerde artikels geen bijkomende relevante artikels opgeleverd.

2. Kwalitatief onderzoek

1.1 Studie design en studie populatie

Deze masterproef omvat een kwalitatief onderzoek dat werd uitgevoerd bij psychologen en psychotherapeuten die werkzaam zijn in Vlaanderen.

De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

- Zorgverleners die op heden psychotherapeutisch werk uitvoeren als psycholoog of psychotherapeut.
- Ervaring in de behandeling van volwassenen met depressie in een niet-residentiële context in eerste, tweede of derde lijn.

Deelnemers waarmee de onderzoekers van deze studie een persoonlijke of professionele relatie hebben, werden geëxcludeerd.

Andere criteria die in rekening werden gebracht bij de selectie van de deelnemers zijn leeftijd, geslacht, aantal jaren praktijkervaring, praktijkvorm (solopraktijk, groepspraktijk, CGG, CAW, OCMW), sector (eerste lijn, tweede lijn, derde lijn), psychotherapeutische specialisatie (psychoanalyse, cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie,…), gevolgde opleiding (master klinische psychologie, bijkomende opleidingen omtrent therapie,…).

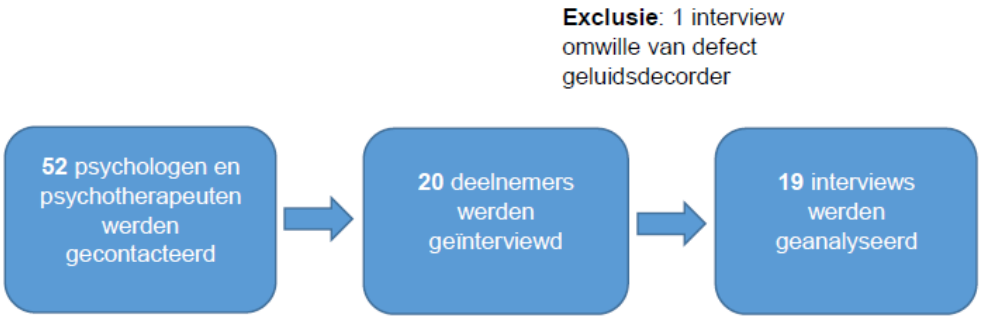
Een belangrijke opmerking om te maken is dat de Belgische context van de geestelijke gezondheidszorg enkele zeer specifieke kenmerken heeft. Vaak zijn de wachtlijsten voor een PsT in België zeer lang. Tevens zorgt een hoge kostprijs voor psychotherapie ervoor dat er bepaalde patiënten groepen niet worden bereikt. Dit probleem wordt ten dele aangepakt met het terugbetalingskader voor eerstelijnspsychologie. In de praktijk zien we dat dit aanbod nog ontoereikend is. Dit maakt dat de antwoorden van de PsT binnen ons kwalitatief onderzoek door deze context gekleurd worden.

De studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent op 17/08/2023 (referentie ONZ-2023-0343) .

1.2 Data verzameling

De deelnemers werden geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst die werd opgesteld op basis van de gevonden literatuurgegevens (zie bijlage 2). Het eerste interview werd als proef beschouwd, waarna de interviewgids werd geoptimaliseerd. Tijdens de data verzameling werden de gegevens van de eerste interviews geanalyseerd, geïnterpreteerd en gecodeerd. Er werd een voorlopig framework van thema's opgesteld en besproken met het onderzoeksteam. Op basis van de bekomen inzichten werden bepaalde thema's verder uitgediept in de volgende interviews en werden subthema's verfijnd. Dit proces werd doorlopen tot de dataverzameling geen nieuwe informatie kon opleveren (saturatie). De interviews werden live of online, via Teams, afgenomen en nadien handmatig getranscribeerd door de onderzoekers. In totaal werden 52 PsT gecontacteerd, dit gebeurde via e-mail of telefoon. De PsT werden gezocht door het raadplegen van enkele overkoepelende websites zoals vindeenpsycholoog.be en vindeentherapeut.be waarbij er specifiek werd gelet of zij werken met patiënten met depressie. Uiteindelijk waren 20 PsT bereid om deel te nemen aan het

onderzoek. De gemiddelde tijdsduur van de interviews bedroeg 48 minuten. Eén interview werd geëxcludeerd omwille van technische redenen (defecte geluidsrecorder).



Figuur 2: flowchart data verzameling.

1.3 Data analyse

De interviews werden geanalyseerd aan de hand van het programma Nvivo (Release 14.23.2). Elk interview werd onafhankelijk gecodeerd door twee onderzoekers, die niet de interviewer waren van het betreffende interview. De gegevens werden geanalyseerd volgens thematische analyse. Hierbij werden codes toegekend aan bepaalde ideeën en overkoepelende thema's geformuleerd. Deze bevindingen werden door de onderzoekers naast elkaar gelegd om een zo divers mogelijk beeld te krijgen van de verschillende standpunten.

Resultaten

1. Literatuuronderzoek

Voor dit literatuuronderzoek werden zes artikels geïncludeerd die antwoord bieden op de drie onderzoeksvragen. Één studie (11) ging in op de visie van PsT over het stoppen van langdurig AD gebruik, doch bestond het grootste deel van de deelnemers in deze studie uit huisartsen. Drie studies (10, 12, 15) onderzochten de visie van PsT over psychofarmaca in bredere zin. Vier artikels (10, 12, 13, 14) behandelden de samenwerking van deze beroepsgroep met huisartsen en psychiaters. De meeste studies vonden plaats in Europese landen (Verenigd Koninkrijk, Zweden, Frankrijk en Duitsland) en gebruikten een kwalitatieve of mixed-methods benadering. De populaties bestonden voornamelijk uit psychologen en psychotherapeuten.

Tabel 1: Overzicht van de geïncludeerde artikels van het literatuuronderzoek.

Auteur	Titel	Jaar	Methode	Populatie
1.1 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over stoppen van antidepressiva				
Bowers et al. (11)	Helping people discontinue long-term antidepressants: views of health professionals in UK primary care.	2019	Kwalitatief onderzoek: focusgroep en interviews	38 deelnemers waarvan 21 huisartsen, 4 huisartsen-in-opleiding, 6 psychotherapeuten en 7 specialistische verpleegkundigen (Zuid-Engeland)
1.2 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over psychofarmaca				
Schubert et al. (10)	Psychotherapy and antidepressant medication: Scope, procedure and interaction: A survey of psychotherapists' experience.	2007	Mixed-methods: kwantitatief en kwalitatief onderzoek: vragenlijst	104 psychotherapeuten en studenten psychotherapie (Stockholm - Zweden)
Blair et al. (12)	Therapists' perspectives on working with clients taking psychiatric drugs: Findings from a mixed-methods survey.	2021	Mixed-methods: kwantitatief en kwalitatief onderzoek: vragenlijst	1230 psychotherapeuten (Verenigd Koninkrijk)
Aston et al. (15)	Do clinical psychologists have a role in clients' use of psychotropic medication? A mixed methods investigation exploring current forms of Involvement	2020	Kwalitatief onderzoek: mixed methods 147 via online vragenlijst en 11 via interviews	158 psychologen (Verenigd Koninkrijk)
1.3 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over samenwerking met de huisarts en psychiater				
Vergès et al. (13)	Collaboration between GPs and psychologists: dissatisfaction from the psychologists' perspective - A cross-sectional study.	2020	Kwalitatief onderzoek: vragenlijst	434 psychologen (Zuid-Frankrijk)

Maehder et al. (14)	Psychotherapists' perspectives on collaboration and stepped care in outpatient psychotherapy - A qualitative study.	2020	Kwalitatief onderzoek: Semi-gestructureerde interviews	20 psychotherapeuten (Hamburg – Duitsland)

1.1 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over stoppen van langdurige antidepressiva

Over de visie van PsT omtrent het afbouwen en stoppen van AD is in de literatuur relatief weinig gekend. Bowers et al. deden een kwalitatief onderzoek naar de visie van psychotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen over de afbouw van AD in de eerste lijn in het Verenigd Koninkrijk. Het grootste deel van de deelnemers in deze studie waren huisartsen. Het standpunt van de PsT lijkt hier dus minder aan bod te komen. Vaak wordt in de studie ook in algemene termen gesproken zoals 'health care professionals', wat het onduidelijk maakt welke standpunten afkomstig waren van huisartsen, welke van PsT en welke van specialistische verpleegkundigen. Wegens gebrek aan andere studies die uitsluitend focussen op de visie van PsT over het stoppen van langdurig AD gebruik en omdat hierbij verschillende belangrijke facilitatoren en barrières in kaart werden gebracht, werd deze studie toch opgenomen in ons literatuuronderzoek (zie figuur 3) (11).

Barrières voor het afbouwen van antidepressiva

1. **Angst voor destabilisatie** werd geïdentificeerd als een belangrijke barrière voor afbouw of stop van AD door Bowers et al. De zorgprofessionals beschouwen het afbouwen van AD soms als risicovoller dan het continueren, met name bij patiënten die een kwetsbaar sociaal vangnet hebben of een complex behandelproces kennen. De angst dat het stoppen van AD kan leiden tot een terugval of destabilisatie weerhoudt hen ervan om het onderwerp aan te kaarten. Daarnaast zijn patiënten zelf vaak terughoudend om AD af te bouwen. Ze vrezen dat ze opnieuw de klachten zullen ervaren zoals voorheen en kiezen daarom voor de veiligheid van het status quo. (11)

2. Onduidelijkheid over wie **verantwoordelijk** is om de conversatie over stoppen van AD aan te kaarten, werd ook gezien als een belangrijke drempel. Enerzijds waren enkele huisartsen van mening dat patiënten zelf mogen aangeven wanneer ze zich klaar voelen om hun AD af te bouwen. Op die manier kunnen patiënten het meest geschikte moment aangeven en behouden ze een gevoel van controle. Anderzijds waren enkele zorgverleners, waaronder huisartsen, verpleegkundigen en psychotherapeuten, van mening dat de verantwoordelijkheid tot afbouw bij de huisarts ligt. Men vreest dat

patiënten de conversatie uit de weg zullen gaan uit angst voor de reactie van de huisarts, omdat sommige patiënten zouden vrezen op die manier hun huisarts te beledigen door hun beleid in vraag te stellen. De rol van andere zorgverleners werd hier ook besproken waarbij het vooral de specialistische verpleegkundigen zouden zijn die een rol spelen in deze discussies, hoewel wordt aangegeven dat hun autoriteit en ervaring over de medicamenteuze beslissingen eerder beperkt zijn, waardoor ze daarvoor doorverwijzen naar de arts. (11)

3. Ook **tijdgebrek** vormt een uitermate belangrijke barrière. Het bespreken van het afbouwproces wordt gezien als tijdrovend. Dit kan artsen ontmoedigen om het onderwerp aan te snijden tijdens reguliere consultaties. (11)

4. Dit onderzoek suggereert ook dat **gebrek aan continuïteit** een belangrijke drempel is bij afbouwen of stoppen van AD. In groepspraktijken zien patiënten vaak meerdere artsen in plaats van steeds dezelfde zorgverlener. Dit kan leiden tot inconsistente adviezen over afbouw en een gebrek aan vertrouwen tussen patiënt en arts. Daarnaast geven huisartsen in het onderzoek zelf ook aan het belangrijk te vinden een nauwe therapeutische band te hebben met hun patiënt alvorens een afbouw te bespreken. Daarnaast waren enkele huisartsen van mening dat de verantwoordelijkheid omtrent afbouw bij de arts ligt die het antidepressivum initieel gestart heeft. (11)

5. Sommige zorgprofessionals geven aan dat een gebrek aan zelfvertrouwen, kennis en vaardigheid wat betreft het stoppen van AD, hun ervan weerhoudt dit thema met de patiënt te bespreken. Zij gaven aan nood te hebben aan meer kennis en ondersteuning over dit onderwerp, zowel voor zichzelf als voor de patiënt. (11)

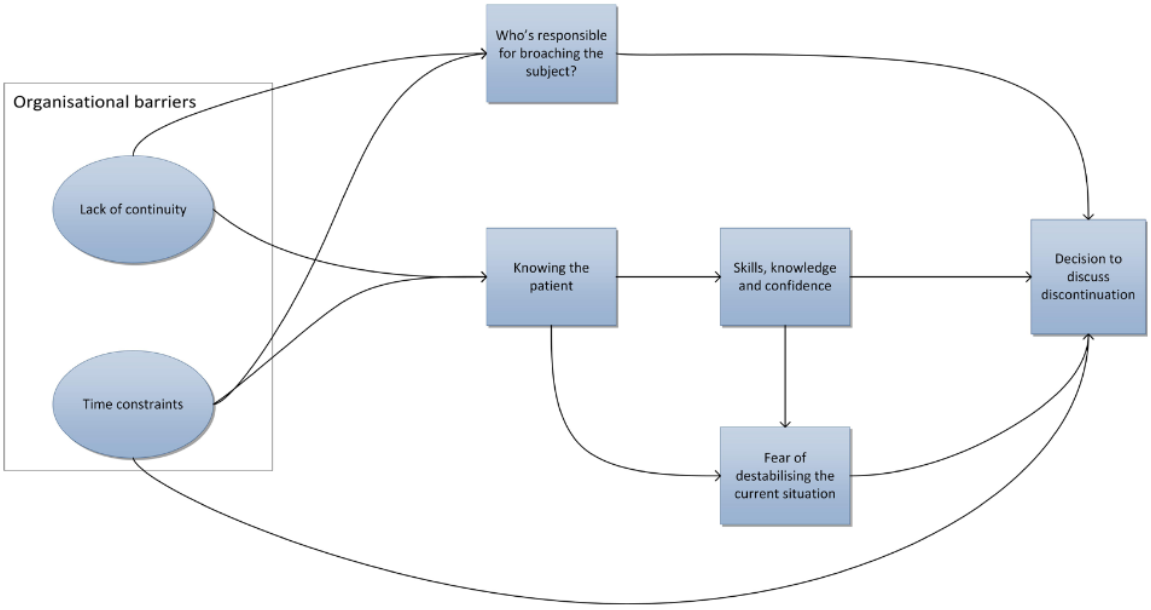
Facilitatoren voor succesvolle afbouw

1. Bowers et al. concluderen dat het opbouwen van een **goede therapeutische relatie met de patiënt** cruciaal is voor een succesvolle afbouw. Deze relatie zorgt voor vertrouwen en continuïteit, waardoor patiënten zich veiliger voelen om het gesprek over afbouw aan te gaan en eventuele uitdagingen samen met hun arts te bespreken. (11)

2. Het onderzoek identificeert ook dat het belangrijk is dat artsen al **bij het starten van AD duidelijk communiceren** dat de medicatie bedoeld is voor een beperkte periode.

Door bij het eerste voorschrift de mogelijkheid tot afbouw te benoemen, krijgen patiënten realistische verwachtingen en wordt het afbouwgesprek in de toekomst eenvoudiger. (11)

3. Het gebruik van **elektronische dossiers** kan het proces ondersteunen. Specifieke vermeldingen en herinneringen over medicatiereviews kunnen artsen helpen om het onderwerp van afbouw niet uit het oog te verliezen en tijdig aan te pakken. (11)



Figuur 3: interactie tussen verschillende factoren die de afbouw van AD beïnvloeden. (11)

1.2 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over psychofarmaca

Omdat er amper studies te vinden waren over de visie van PsT over stoppen van langdurige AD inname, waren we genoodzaakt ons literatuuronderzoek uit te breiden naar de visie van PsT over psychofarmaca in de meer brede zin. Uit onderzoeken van Blair et al. en Schubert et al. blijkt dat PsT gemengde ervaringen hebben met psychofarmaca waaronder AD, en het moeilijk vinden hun rol te vinden in het begeleiden van patiënten die deze medicatie nemen. Beide studies identificeren belangrijke thema's rond patiëntbeleving, kennisgebrek, samenwerking met artsen en de effecten van medicatie op het behandelproces.

1. **Patiëntgerelateerde factoren:** De therapeuten uit de survey maken zich zorgen over de negatieve effecten van psychofarmaca op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van patiënten (zoals slaap, cognitie en emotieregulatie), en de mogelijkheid dat deze bijwerkingen de diagnostiek bemoeilijken (12). Zowel Blair et al. als Schubert et al.

signaleren dat het gebruik van psychofarmaca tot een passieve houding kan leiden bij patiënten. Ze kunnen vertrouwen verliezen in hun eigen vermogen tot verandering, wat de motivatie voor therapie vermindert (12). Uit de survey van Schubert et al. blijken sommige therapeuten ook wel een positieve attitude te hebben ten opzichte van AD. Zij menen onder andere dat AD noodzakelijk kunnen zijn bij ernstige depressies, suïcidale gedachten en angstklachten, omdat patiënten zonder deze medicatie onvoldoende functioneren voor therapie (10).

2. **Therapeutgerelateerde factoren**: Uit de survey van Blair et al. blijkt dat één op vijf therapeuten zich onvoldoende voorbereid voelt om vragen over psychofarmaca te beantwoorden, hoewel 85% van hen wel dergelijke vragen ontvangt. Veel therapeuten voelen zich onvoldoende opgeleid om patiënten goed te begeleiden bij het gebruik van psychofarmaca. Ze ervaren ook dat patiënten van hen verwachten dat zij advies geven, hoewel sommige therapeuten dit buiten hun professionele rol beschouwen. Daarnaast maken therapeuten zich zorgen over de verantwoordelijkheid als er problemen ontstaan bij de afbouw van medicatie, zoals een psychose na het stopzetten van antipsychotica (12). Ook uit de studie van Aston et al. blijkt dat psychologen vaak een rol opnemen binnen het proces van psychofarmaca van hun patiënten, variërend van reflecteren op medicatie-ervaringen met cliënten, het verstrekken van informatie over medicatie, tot het ondersteunen bij gesprekken met voorschrijvers. Zij voelen zich hierbij onvoldoende ondersteund door gebrek aan richtlijnen en training. Ook geven deze psychologen aan dat er onzekerheid is over hoe ver hun rol reikt (15).

3. **De rol van voorschrijvende artsen:** Blair et al. rapporteren dat therapeuten ontevreden zijn over de begeleiding die patiënten ontvangen van artsen, vooral bij het afbouwen van medicatie. Er is vaak onvoldoende informatie over de effecten van medicatie, en therapeuten verwachten meer proactieve betrokkenheid van artsen.
   Schubert et al. en Blair et al. wijzen op een gebrek aan samenwerking tussen therapeuten en voorschrijvers. Therapeuten voelen zich buitengesloten in beslissingen rond medicatie, wat het behandelproces kan belemmeren (10, 12). Zij zouden zich meer omkaderd voelen als er een goede samenwerking zou zijn met de huisarts en/of psychiater, bijvoorbeeld binnen een multidisciplinaire groepspraktijk of een betere ondersteuning door deze professionals (12).

4. **Ideologische en professionele context:** Uit de survey van Blair et al. komt naar voren dat er een gebrek is aan communicatie en samenwerking tussen therapeuten, huisartsen en psychiaters over de voorgeschreven medicatie, zelfs als zij hier expliciet

om vragen. Er wordt een tegenstelling waargenomen tussen therapeuten, die psychofarmaca als falen van hun behandeling zien, en artsen, die medicatie als een noodzakelijke oplossing beschouwen voor mentale gezondheidsproblemen. Therapeuten merken op dat sommige patiënten medicatie ervaren als stigmatiserend, wat hun zelfvertrouwen schaadt en hen minder bereid maakt om therapie verder te zetten (10).

Samengevat blijkt dat therapeuten bezorgd zijn over de rol van psychofarmaca in het behandelproces en zich vaak onvoldoende voorbereid voelen om patiënten hierover te adviseren, terwijl er tegelijkertijd een behoefte is aan meer samenwerking en informatie-uitwisseling tussen therapeuten, artsen en patiënten.

1.3 Visie, kennis en attitudes van psychologen en psychotherapeuten over samenwerking met de huisarts en psychiater

Psychologen en psychotherapeuten erkennen dat samenwerking met huisartsen en psychiaters cruciaal is om integrale zorg te bieden aan patiënten met mentale gezondheidsproblemen. Vooral bij complexe gevallen zoals depressie en angststoornissen wordt samenwerking als waardevol beschouwd. (13, 14) Desondanks ervaren veel psychologen de samenwerking met huisartsen als suboptimaal. (10, 12-14) Uit een cross-sectionele studie van Vergès et al. blijkt dat de samenwerking tussen huisartsen en psychologen door 64% van de psychologen als onbevredigend ervaren wordt. Deze ontevredenheid kwam door verschillende factoren, waaronder communicatieproblemen, onduidelijke verwachtingen en rollen, gebrek aan informatie-uitwisseling en een gebrek aan erkenning van de expertise van psychotherapeuten en psychologen in de gezamenlijke zorgverlening (13). Enkele barrières die werden geïdentificeerd door Maehder et al. zijn tijdsdruk, het gebrek aan middelen en de ontoereikende vergoeding voor samenwerkingsactiviteiten (14).

Er is dus behoefte aan meer interprofessionele communicatie, bijvoorbeeld via gezamenlijke overlegmomenten of digitale platformen (10, 12-14) Ook specifieke richtlijnen over wie verantwoordelijk is voor de initiatie van afbouw kunnen bijdragen aan effectievere samenwerking en betere patiëntenzorg (10, 15).

Tabel 2: Samenvatting resultaten literatuurstudie.

Visie en attitude van PsT over psychofarmaca	Inname van AD dient beperkt te worden in de tijd	(10)
	Langdurige inname wordt bevorderd door routinematig voorschrijven van arts	(10)
	PsT hebben onvoldoende kennis over psychofarmaca om vragen van patiënten te beantwoorden	(10, 12)
	PsT zijn bezorgd over negatieve effecten van psychofarmaca zoals effect op slaap, cognitie, emotieregulatie,...	(12)
	Inname van psychofarmca bemoeilijkt onderscheid tussen bijwerkingen en tekens van recidief depressie	(12)
	PsT hechten belang aan juiste indicatiestelling (vb niet geschikt voor patiënten met milde klachten)	(12)
	PsT zijn bezorgd over onzorgvuldig gebruik van psychofarmca zoals plots stopzetten of inname van overdosis	(12)
	PsT hebben moeite met het “medisch model” waarbij psychofarmaca als “de oplossing” wordt voorgesteld	(12)
Visie en attitude van PsT over afbouw van psychofarmaca	Angst om de schuld te krijgen wanneer problemen optreden bij afbouw	(12)
	PsT vinden dat artsen patiënten onvoldoende begeleiden bij afbouw	(12)
	PsT vinden dat artsen patiënten onvoldoende betrekken bij de behandeling met psychofarmaca	(12)
Invloed van psychofarmaca op psychotherapie	Inname van psychofarmaca bevordert passieve houding van de patiënt	(12)
	Inname van AD bevordert een open houding en diepgaande reflectie	(11)
	PsT beschouwen noodzaak van psychofarmaca soms als falen van hun behandeling	(12)
Facilitatoren voor afbouw AD	Aangeleerde copingstrategieën en probleemoplossend vermogen	(10)
	Opvolging/continuïteit: reeds bij het eerste voorschrift aanhalen dat nadien afbouw/stop aan bod komt, telkens consult bij dezelfde arts	(11)
	Goede arts-patiënt relatie	(11)
Barrières voor afbouw AD	Angst voor herval bij patiënten en artsen	(10, 11)
	Organisatorisch: gebrek aan tijd, afwezigheid van continuïteit	(11)
	Onduidelijk wie verantwoordelijk voor initiatie van afbouw	(11)
Samenwerking met artsen omtrent afbouw psychofarmaca	Meer overleg met de voorschrijver is wenselijk	(10, 12, 14)
	PsT verwachten een meer proactieve houding van artsen wat betreft initiëren van afbouw	(12)
	Er is op heden een gebrek aan samenwerking bij afbouw van AD	(12, 13)
	Angst voor conflict door tegenstrijdige meningen over AD	(12)
Barrières voor samenwerking met de artsen	Communicatieproblemen	(13)
	Gebrek aan informatie-uitwisseling	(13)

	Onduidelijke verwachtingen en rolverdeling	(13)
	Gebrek aan erkenning	(13)
	Gebrek aan tijd	(14)
	Gebrek aan vergoeding voor overlegmomenten	(14)
	Angst om een te grote beslissingsbevoegdheid te dragen	(14)
Rol van de PsT bij afbouw van psychofarmaca	Begeleiding continueren na stopzetting AD	(10)
	PsT voelen zich onvoldoende bekwaam om patiënten met psychofarmaca te begeleiden	(12)
Rol van de arts volgens de PsT bij afbouw van psychofarmaca	PsT beschouwen het advies over inname of stopzetting medicatie als taak van de arts	(12)

2. Kwalitatief onderzoek

2.1 Karakteristieken van de geïnterviewde deelnemers

In totaal werden 20 deelnemers geïnterviewd, waarvan 15 vrouwen (75%) en 5 mannen (25%). Waarvan elke psycholoog minstens in de eerste lijn werkzaam is en 30% ook in de tweede lijn. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde populatie was 40.5 jaar. Één interview (interview 20) werd geëxcludeerd omwille van technische redenen. Hieronder vindt u een gedetailleerd overzicht (tabel 3) van de gegevens van de geïnterviewde psychologen en psychotherapeuten.

De resultaten werden opgedeeld in vier thema's:

- Kennis en visie van PsT over langdurig gebruik en stoppen van AD
- Patiëntgerelateerde en omgevingsgebonden factoren die de afbouw van AD beïnvloeden volgens PsT
- Rolverdeling in de begeleiding van patiënten bij afbouw en stoppen van AD volgens PsT
- Samenwerking tussen PsT en artsen bij stoppen van AD

Tabel 3: Demografische gegevens geïnterviewde deelnemers.

	Geslacht	**Leeftijd (jaren)**	**Opleiding**	**Praktijkervaring (jaren)**	**Praktijkvorm**	**Lijn**	**Specialisatie**	**Regio**
1	Vrouw	26	Psycholoog	3j	Groepspraktijk en OCMW	1e	CGT	Regionaal, landelijk
2	Man	31	Psycholoog	2,5j	Groepspraktijk en CGG	1e en 2e	CGT	Stedelijk, landelijk
3	Vrouw	36	Psycholoog	9m	Multidisciplinaire groepspraktijk	1e	Integratieve therapie	Landelijk
4	Man	59	Psycholoog	30j	Solopraktijk	1e en 2e	CGT	Landelijk
5	Vrouw	41	Psycholoog	7j	Solopraktijk	1e en 2e	Coaching EMDR	Landelijk
6	Vrouw	44	Psycholoog	20j	Solopraktijk	1e	/	Landelijk
7	Vrouw	37	Psycholoog	7j	Solopraktijk	1e	Oplossingsgericht	Stedelijk, landelijk
8	Vrouw	45	Psycholoog en psychotherapeut	18j	Groepspraktijk en CGG	1e en 2e	Integratieve therapie	Stedelijk
9	Vrouw	53	Psychotherapeut	26j	Solopraktijk en CGG	1e en 2e	Systeemtherapie, trauma	Stedelijk, landelijk
10	Man	53	Psycholoog	8j	Solopraktijk	1e	Psychoanalyse en psychotherapie	Landelijk
11	Man	34	Psycholoog	3j	Solopraktijk	1e en 2e	Systeemtherapie	Stedelijk
12	Vrouw	35	Psycholoog	4j	Solopraktijk	1e	Neuropsychologie en cognitieve gedragstherapie	Stedelijk, landelijk
13	Vrouw	46	Psycholoog	12j	Solopraktijk	1e	Contextuele therapie	Stedelijk
14	Vrouw	38	Psycholoog en psychotherapeut	16j	Solopraktijk en multidisciplinaire groepspraktijk	1e	Psycho-oncologie	Landelijk
15	Vrouw	32	Psycholoog	9j	Groepspraktijk	1e	CGT	Stedelijk
16	Man	41	Psycholoog	11j	Multidisciplinaire groepspraktijk	1e	Psycho-analyse	Stedelijk, landelijk
17	Vrouw	38	Psycholoog	7j	Groepspraktijk	1e	/	Stedelijk
18	Vrouw	27	Psycholoog	3j	Groepspraktijk	1e	CGT	Regionaal, landelijk
19	Vrouw	48	Psycholoog	4,5j	Multidisciplinaire groepspraktijk	1e	CGT	Regionaal, landelijk
20	*Vrouw*	*47*	*Psycholoog en psychotherapeut*	*24j*	*Solopraktijk*	*1e*	*CGT*	Landelijk

2.2 Resultaten kwalitatief onderzoek

2.2.1 Kennis en visie van PsT over langdurig gebruik en stoppen van AD

(1) Visie over de indicatiestelling van AD

Verschillende PsT vinden dat ze op de hoogte zijn van de richtlijnen omtrent de indicatie voor het opstarten van AD. Ze geven aan dat het vooral bedoeld is voor patiënten met ernstige depressieve klachten of bij milde depressieve klachten wanneer psychotherapie onvoldoende helpt. Enerzijds vinden enkele PsT dat er te veel AD wordt genomen, anderzijds zijn er sommige PsT die deze mening niet delen. Verschillende PsT geven aan het jammer te vinden wanneer AD gegeven wordt voor verkeerde indicaties, bijvoorbeeld patiënten met burn-out of milde depressie.

> *Quote: Bij een burn-out wil je mensen terug dat evenwicht laten vinden en nadien kleine stapjes laten zetten om te herfunctioneren. Dat is misschien hetgeen waar ik mij het meest aan kan ergeren, dat het vaak bij burn-out wordt voorgeschreven. Depressie, ja. Angst, ja, kan ik in volgen. Maar puur bij burn-out... (interview 7, vrouw, 37j)*

Daarnaast vinden meerdere PsT dat AD door artsen te snel worden voorgeschreven. Volgens sommige PsT kan dit verklaard worden doordat artsen ervan uitgaan dat patiënten ongeduldig zijn of niet gemotiveerd zijn voor levensstijlmaatregelen of psychotherapie. De meeste PsT zijn van mening dat het opstarten van AD op zijn minst gepaard moet gaan met psychologische begeleiding om een duurzaam effect te bekomen. De wetenschappelijke evidentie voor deze combinatie werd door meerdere PsT aangehaald.

> *Quote: Ik merk dat het door artsen nog vaak als enige middel gezien wordt. Ik geloof heel erg in de combinatie medicatie en therapie. En het oplossen met medicatie alleen blijft voor mij enkel symptoombehandeling, maar als je daarnaast niks verandert aan de wortels van de problematiek, dan blijf je er heel lang aan vast hangen en dat is ook niet de beste situatie. Dus het is niet zozeer dat ik ertegen ben, maar het moet ingezet worden op de juiste manier. (interview 5, vrouw, 41j)*

> *Quote: Het is soms een pleister die op de wonde gelegd wordt maar het is niet altijd de juiste benadering. De oorzaak van die wonde wordt inderdaad niet aangepakt. (interview 12, vrouw, 35j)*

(2) Visie en attitude omtrent langdurige inname van AD

PsT hebben uiteenlopende standpunten over de duur van inname van AD. Sommige PsT geven aan dat ze geen voorstander zijn van een langdurige inname. Ze vinden dat het enkel

symptomen onderdrukt, zonder dat de oorzaak van het psychisch lijden wordt aangepakt. Dit zorgt ervoor dat PsT vinden dat AD een plaats heeft in de behandeling, maar niet als monotherapie gebruikt mag worden. Ze uiten hun twijfels over het effect van AD op lange termijn. Onttrekkingsverschijnselen worden in vraag gesteld: is dit werkelijk door de afbouw van AD of is dit een psychologisch effect door onvoldoende zelfvertrouwen bij de patiënt? Ze vinden het moeilijk het effect van AD te beoordelen wanneer patiënten dit langdurig nemen. Volgens enkelen lijkt het effect na jarenlange inname uitgewerkt en betwijfelen ze of de inname nog een meerwaarde biedt.

> *Quote: Dus is het dan de medicatie die minder werkt of de situatie die erger wordt waardoor het minder effect heeft? Alleszins geraakt het onderliggende probleem niet opgelost en gaan mensen niet wezenlijk vooruit op die manier. (interview 5, vrouw, 41j)*

Andere PsT zijn van mening dat genezing van een depressie tijd vraagt en dat het daarom ook niet abnormaal is dat de inname van een AD langer dan een jaar duurt.

> *Quote: Die jarenlange inname van AD, ik vind dat eigenlijk wel oké. Uiteindelijk vind ik het belangrijkste dat de persoon zich comfortabel voelt en dat het leefbaar is. Of een persoon nu antidepressiva neemt of niet, ook al heeft het eigenlijk niet zoveel effect meer en is het maar placebo, ja dan is dat zo. (interview 1, vrouw, 26j)*

Een langdurige inname volgens een cyclisch patroon is tevens aanvaardbaar voor sommige PsT. Hierbij wordt een lagere dosis genomen in de zomer en een hogere dosis in de winter. Het continueren van AD kan volgens enkele PsT minder kwaad dan ermee te stoppen. Sommige PsT vragen zich af of het AD werkzaam zal zijn wanneer men het stopt en nadien herintroduceert.

> *Quote: Bij sommige patiënten met een bepaalde kwetsbaarheid, durf ik soms wel zeggen "misschien moet je uzelf wel een beetje helpen, net zoals iemand met diabetes die insuline nodig heeft, dat het misschien wel belangrijk is om dit te blijven nemen". Want elke keer dat je zakt is dit weer een zoektocht en dat is iets dat ik vaak zie bij mensen. Bepaalde medicatie die jaren heeft aangeslaan en dan vinden ze plots dat ze moeten stoppen. En dan opnieuw beginnen, en dan begint de speurtocht want dat slaat het niet meer aan. (interview 9, vrouw, 53j)*

(3) Visie omtrent invloed van AD op psychotherapie

Een groot aantal van de PsT geeft aan dat de inname van AD invloed heeft op het verloop van psychotherapie, zowel in positieve als negatieve zin. Bij patiënten met ernstige depressieve

klachten kan het functioneringsniveau dermate laag zijn dat het niet mogelijk is therapie te starten. Meerdere PsT zijn van mening dat er een zekere stabiliteit en denkvermogen nodig is voor psychotherapie en dat AD hierbij kunnen helpen, voornamelijk in de acute fase.

> *Quote: Ik merk toch wel vaak dat sommige mensen zo diep zitten dat het zelfs moeilijk is om therapie te doen en dat je veel brandjes moet blussen en dan trigger tot trigger behandelen, maar dat het moeilijk is om op lange termijn dingen te veranderen. Sommigen zijn nog zo geprikkeld of zo afgevlakt dat ook al geef je psycho-educatie, dat het gewoon niet binnenkomt. Patiënten hebben vaak ook problemen met concentratie en dan kunnen antidepressiva wel helpen, soms is het maar een klein duwtje in de rug voor het begin en geeft het toch een beetje stabiliteit. (interview 1, vrouw, 26j)*

Verder geven sommige PsT aan dat de inname van AD demotiverend kan werken. Sommige patiënten denken dat alle problemen zullen opgelost worden door het AD en zien de meerwaarde van psychotherapie hierdoor niet in. Hierdoor stranden ze in een passieve houding, wat een frustratie is die door enkele PsT gedeeld wordt. Daarnaast vinden enkele PsT het moeilijker om hun patiënt in te schatten tijdens de psychotherapie wanneer ze AD nemen, door het afvlakken van hun emoties.

> *Quote: Er zijn soms mensen die in begeleiding komen met de verwachting dat ik een toverstok heb die snel werkt. Maar dat is natuurlijk niet zo. De patiënt moet het natuurlijk zelf doen en dan heb je wel mensen die de motivatie niet kunnen opbrengen om eraan te werken. Dan gebeurt het soms dat die mensen de begeleiding stoppen en zeggen dat ze antidepressiva gaan nemen. (interview 7, vrouw, 37j)*

(4) Kennis over veiligheid en bijwerkingen van langdurig gebruik van AD

Enkele PsT geven aan te weinig kennis te hebben op vlak van veiligheid en bijwerkingen van langdurige inname van AD. Anderen daarentegen zijn zich wel bewust van de meest voorkomende nadelen zoals bijwerkingen, afhankelijkheid en interacties. Verschillende PsT vermelden dat de risico's niet voor alle patiëntengroepen gelijk zijn. Sommige groepen lopen meer risico, zoals ouderen. De veiligheid wordt door de meeste PsT relatief hoog ingeschat, hoewel het risico op verslaving wel erkend wordt. Enkele PsT zijn van mening dat het risico op afhankelijkheid er niet toe lijdt dat AD als onveilig beschouwd worden.

> *Quote: Ja, ik denk, als je het jaren gebruikt, dat het dan moeilijk is om er nog vanaf te geraken en terug zelf al die stofjes aan te maken. Mensen hebben vaak een goede reden om dat jarenlang te nemen. Ik vind dat heel moeilijk om te beoordelen. Ik denk*

dan dat ze wel een goede reden zullen hebben om het te blijven gebruiken. Ik stel het wel in vraag, maar ik vorm daar naar mijn patiënt toe geen mening over. Ik heb dan meer problemen met slaapmedicatie of angstremmende medicatie. Dat vind ik lastiger. (interview 8, vrouw, 45j)

(5) Visie en attitude omtrent afbouw van AD

Wanneer de patiënt AD aan het afbouwen is, voelen sommige PsT zich comfortabel om deze patiënten verder te begeleiden in hun psychisch lijden. Dit is niet altijd het geval bij inname van psychofarmaca voor andere indicaties, zoals een bipolaire stoornis. Wanneer PsT zich onvoldoende bekwaam voelen om patiënten te begeleiden bij de afbouw, kennen enkele PsT dit toe aan een gebrek aan kennis.

Quote: Afbouw van AD, dat vind ik fijn want dat is een teken dat we vooruitgang aan het boeken zijn. Dat is een aspect dat ik graag verwelkom en bij betrokken ben om de patiënt te ondersteunen. (interview 3, vrouw, 36j)

Quote: Als ze antipsychotica nemen vind ik dat wel van een heel andere orde. Bijvoorbeeld patiënten met een bipolaire stoornis, als ze aan die medicatie sleutelen, dan houd ik altijd mijn hart vast. (interview 8, vrouw, 45j)

Sommige PsT benadrukken het belang van stapsgewijs afbouwen. Ze vinden het ook belangrijk dat patiënten de afbouw niet op eigen houtje starten maar hiervoor begeleid worden. Andere PsT ondervinden geen problemen wanneer de patiënt abrupt stopt met AD. Ze geven aan dat er onterecht een angst heerst over het plots stoppen van AD.

Quote: Ik zie die afbouw vooral stapsgewijs, AD stop je niet op één, twee, drie, dus je kan in de tussenfasen wel zien hoe het gaat en afwegen of we nog even wachten voor de volgende dosisverlaging of niet. (interview 3, vrouw, 36j)

Quote: Ik heb liever een patiënt die opeens stopt en dan herstart, aangezien deze iets probeert te veranderen aan zijn situatie. In de plaats van iemand die zich te afhankelijk opstelt tegenover AD of de PsT. (interview 11, man, 34j)

De meeste PsT vinden het beslissingsrecht van de patiënt uitermate belangrijk. Ze geven aan dat de beslissing tot afbouw in samenspraak tussen patiënt en arts dient te gebeuren via shared decision making. Ze vinden het positief wanneer de afbouw op initiatief van de patiënt wordt geïnitieerd. Het merendeel van de PsT geeft aan dat de patiënt hierin de doorslaggevende rol speelt.

Quote: Ik vind het belangrijk dat de cliënt zelf dat beslissingsrecht heeft. Ik kan dan misschien wel liever hebben dat dat afgebouwd wordt en dat ze zelf wat meer leren omgaan met die ups en downs, en daar wat handvaten bij geven. Maar als de cliënt zich daar minder goed bij voelt… Ik ga hen wel proberen motiveren maar ik ga het ook niet doordrijven. Dat is niet hoe ik werk en ook veel van mijn collega's niet meer. Vroeger zat dat richtinggevende er meer in maar nu niet meer. De nadruk ligt op shared decision making. En ik denk dat dit bij artsen ook wat meer hetzelfde elan begint te krijgen. (interview 2, man, 31j)

Verschillende PsT geven aan dat afbouw van AD onderdeel uitmaakt van de therapie. Sommige PsT zien de therapie pas als compleet als mensen opnieuw zonder medicatie kunnen functioneren.

Quote: Maar voor mij is het verhaal pas rond eens ze ook zonder die AD kunnen functioneren, hun stress kunnen reguleren en dat ze veerkrachtig in het leven kunnen staan. Dat is voor mij pas het eindpunt waarbij ik het gevoel heb dat ik goed werk geleverd heb. (interview 5, vrouw, 41j)

2.2.2 Patiënt gerelateerde en omgevingsgebonden factoren die de afbouw van AD beïnvloeden volgens PsT

Het afbouwen van AD wordt door PsT beschouwd als een complex proces dat door verschillende factoren wordt beïnvloed. Uit de interviews met PsT blijkt dat er zowel faciliterende als belemmerende factoren zijn die van invloed zijn op het succes van dit proces. Hieronder volgt een overzicht van de genoemde factoren.

De angst om te hervallen in bekende depressieve gevoelens werd door veel PsT genoemd als een belangrijke afremmende factor. Volgens de PsT kan deze angst bij drie verschillende partijen liggen: de PsT, de patiënt en de arts. De meeste PsT hebben de grootste ervaring met de angst van de patiënt en komen dit vaak tegen in hun eigen praktijk. Enkele PsT denken dat sommige artsen geen risico willen nemen om af te bouwen, zeker niet na een lange periode van AD-gebruik bij een patiënt die stabiel is.

Quote: Ik denk, en ik spreek dan over mensen die dat wel 10-15 jaar nemen, dat het afbouwen vaak door iets psychologisch wordt tegengehouden. Vooral de angst: "ik ben nu 15 jaar redelijk oké, stel dat ik daarmee stop, ga ik dan terug in dezelfde put

belanden van zolang geleden". En ik denk dat dat een angst is die zowel bij de cliënt als bij mij, als bij de huisarts aanwezig is. (interview 2, man, 31j)

Het zich niet goed voelen tijdens het afbouwen van AD wordt door enkele PsT als afremmende factor benoemd, hierdoor zal de patiënt vaker stoppen met het afbouwen van AD.

Quote: Plots twee weken na het vorige gesprek zeggen ze dan "ja, ik ben toch weer vermeerderd, want het ging niet goed of ik voelde me niet goed en ik ga toch blijven nemen". (interview 13, vrouw, 46j)

Verschillende PsT vernoemen het optreden van bijwerkingen als een belangrijke facilitator voor het afbouwen van AD. Patiënten die last hebben van bijwerkingen tijdens het nemen van AD, komen volgens de PsT vaker met de vraag om af te bouwen en te stoppen met de medicatie. Sommige PsT merken op dat voornamelijk jongere patiënten dit een belangrijke factor vinden in de beslissing om te stoppen met AD.

Quote: Ik denk bijvoorbeeld als één van de bijwerkingen op seksueel vlak zit, dat dit wel een impact heeft op de relatie en dat ze de medicatie daardoor niet meer willen nemen. Als er een partner is, ik ken bijvoorbeeld specifiek iemand van 23 jaar, waar dat toch een heel belangrijk aspect is in het leven. En daar is het dan zeer sterk motiveren omdat hij die medicatie wel nodig heeft, omdat hij anders zijn bed niet uitkomt. Maar daar merk je toch dat dat een belangrijke rol begint te spelen en als dat niet weg gaat, hij daar wel begint over te twijfelen. (interview 2, man, 31j)

Verder wordt door veel PsT vermeld dat als de patiënt over de nodige draagkracht en copingstrategieën beschikt, de patiënt gemakkelijker zal kunnen afbouwen. Draagkracht verwijst naar de eigenschappen van de patiënt en de invloed van zijn omgeving die hem steun bieden en emotioneel sterker maken.

Een eigenschap van de patiënt dat door veel PsT vernoemd wordt is een gebrek aan zelfvertrouwen. Patiënten met weinig zelfvertrouwen en een natuurlijke neiging tot angst ervaren volgens de PsT vaak twijfel over hun vermogen om af te bouwen. Ook patiënten die minder stressbestendig zijn, worden door enkele PsT bestempeld als moeilijke afbouwers van AD, mogelijks door een gebrek aan copingstrategieën.

Quote: Je moet ook voldoende gestabiliseerd zijn, vertrouwen hebben in je huisarts, vertrouwen in jezelf, om te geloven dat je dat kunt. Ik denk wel dat je een beetje

afhankelijk bent van het moment om daarmee te stoppen, dat je daar ook op die moment gemotiveerd voor bent om dat te proberen en te geloven dat je dat kunt, want als dat niet het geval is dan... Sommige mensen denken ook gewoon dat ze niet zonder kunnen hé. (interview 18, vrouw, 38j)

Een andere eigenschap dat sommige PsT opmerken, is dat oudere patiënten vaak minder flexibel zijn en minder openstaan voor afbouw, vermoedelijk omdat het nemen van AD een dagelijkse gewoonte is bij deze groep.

Quote: De patiënten waar het misschien eerder blijvend genomen wordt, zijn meestal wel iets oudere personen. En dan merk ik wel, dat er al rapper een keer gezegd wordt, soms van de huisarts ook, dat het dan blijvend genomen mag worden in een kleine dosis. En dan eerder bij jongere mensen, dat er al sneller eens gekeken wordt om het af te bouwen. De oudere mensen zijn precies iets minder flexibel in het idee, die hebben zoiets van, ja, ik ga het wel blijven nemen. (interview 7, vrouw, 37j)

Een laatste eigenschap dat enkele PsT vermelden is de voorgeschiedenis van de patiënt. Ze vermelden dat trauma's in het verleden een belangrijke invloed hebben op de patiënt en dit een afremmende factor is voor de afbouw van AD.

Quote: Ik merk dat patiënten waarbij het moeilijkste is om vooruitgang te maken, de mensen zijn met zware trauma's, die in de kindertijd te veel hebben moeten missen wat ze nodig hadden of te veel hebben gekregen wat ze niet nodig hebben. Zij zijn degene die over het algemeen met alles het moeilijkste hebben. Zij hebben het moeilijkste leven, trekken het meest miserie aan, het gaat moeilijk op het werk, relaties die fout lopen,... (interview 5, vrouw, 41j)

Ook zijn er de omgevingsgebonden factoren van de patiënt die van invloed zijn op de draagkracht. Verschillende PsT geven aan dat als de basisbehoeften van een patiënt niet adequaat zijn, zoals huisvesting of voeding, de afbouw van AD wordt bemoeilijkt. Andere PsT noemen ook de financiële situatie van de patiënt als belemmerende factor. Als deze ontoereikend is en de patiënt van dag tot dag moet overleven, zal hij minder geneigd zijn om af te bouwen. Verder vertellen enkele PsT dat een impactvolle gebeurtenis, zoals een overlijden, ervoor kan zorgen dat AD moeilijker afgebouwd worden. Als een patiënt zich in zo'n situatie bevindt, raden enkele PsT aan om de afbouw uit te stellen tot deze basisbehoeften zijn vervuld.

Quote: Bij een depressie zeg ik altijd dat de vier pijlers vervuld moeten zijn: 1. Sociale contacten 2. Klussen 3. Leuke activiteiten 4. Bewegen. Maar als je elke dag moet zien te overleven, zijn leuke activiteiten het minimum, klussen is dan soms niet meer dan de dagelijkse afwas, bewegen krijg je met moeite in een park en sociale activiteiten zijn vaak ook minimaal. Dus daarin moet je heel erg investeren om ze zover te krijgen. (interview 9, vrouw, 53j)

Verder vertellen veel PsT dat het steunnetwerk van de patiënt de draagkracht kan verbeteren en een belangrijke invloed heeft op de afbouw van AD. Een uitgebreid netwerk van familie en vrienden die begaan zijn met de patiënt en zijn gezondheid kan de therapie bevorderen door veranderingen in het gedrag te benoemen, de patiënt op te vangen wanneer deze zich minder goed voelt en de patiënt motiveren voor therapie. Als een patiënt hierover moeilijk met de omgeving kan praten, vinden enkele PsT dat afbouw moeilijker verloopt. Eveneens vinden ze dat een stabiele werksituatie de kans op afbouw kan verhogen.

Quote: Ja, sowieso mensen die voldoende hulpbronnen en ondersteuning hebben, zoals een goede partner, vrienden en familie... Dat is in het algemeen zo, niet alleen voor afbouwen van AD, maar dat zijn factoren die het succes wel serieus beïnvloeden. Dat is cruciaal natuurlijk hé. En heel vaak is dat bij de patiënten met ernstigere problematiek waarbij het sneeuwbaleffect optreedt, juist niet het geval. Vaak zijn er dan al problemen in de familie of is het niet veilig of ondersteunend. Relaties zijn dan vaak heel moeilijke zaken, een stabiele relatie is er dan ook vaak niet. En alles wordt belemmerd daardoor. (interview 5, vrouw, 41j)

Naast draagkracht vinden verschillende PsT dat de patiënt copingstrategieën nodig heeft om succesvol te kunnen afbouwen. Deze worden tijdens de therapie door de PsT aangeleerd om met stressvolle situaties om te kunnen gaan. Ze zullen de manier waarop een patiënt met een negatieve gebeurtenis in het leven omgaat verbeteren. Dit zorgt ervoor dat patiënten begrijpen wat er in het verleden mis is gegaan en biedt hen een houvast voor toekomstige moeilijke periodes. Enkele PsT merken ook op dat als het behandeltraject bij de PsT moeizaam is verlopen en de patiënt weinig vorderingen heeft gemaakt, ze moeilijker kunnen afbouwen.

Quote: Dat er ook al voldoende coping is geïnstalleerd, zodat als het wat minder gaat, ze daar al een stuk op kunnen terugvallen. Zodanig dat de klachten niet terug escaleren. Ik zorg dus wel dat ze hier al wat dingen hebben meegekregen, dat ze als dat nodig is, een overzicht hebben gekregen van wat er in het leven moeilijk loopt.

Zodat ze daar zicht op hebben en eventueel al aanpassingen hebben gedaan. (interview 2, man, 31j)

Ook de eigen motivatie van de patiënt wordt door enkele PsT genoemd als een beïnvloedende factor. Wanneer de patiënt zelf het initiatief neemt om de afbouw van AD te bespreken met de PsT of de arts, ervaren PsT dat het afbouwproces soepeler verloopt. Verder benoemen enkele PsT dat als patiënten een extra interne motivatie hebben, zoals een zwangerschap, ze sneller de beslissing kunnen maken om af te bouwen.

Quote: Ik heb hier net een mevrouw gezien die ik begeleid, die al jaren AD neemt en waarvan ik denk dat ze zonder kan. En ze is bezig met het afbouwen en stoppen omdat ze graag zwanger wil worden. Dat is ook een beweegreden om te stoppen hé. (interview 9, vrouw, 53j)

Daarnaast wordt door enkele PsT de attitude van de patiënt tegenover AD genoemd als beïnvloedende factor. Als een patiënt vanaf het begin al terughoudend staat tegenover het gebruik van AD, is hij vaak meer gemotiveerd om te stoppen. Eveneens merken enkele PsT op dat de attitude van de omgeving invloed kan hebben op het afbouwproces. Als de directe omgeving negatief staat tegenover het gebruik van AD, zal men eerder geneigd zijn om AD af te bouwen.

Quote: Afhankelijk van hoe de omgeving tegen het gebruik van medicatie staat. Zijn die ervoor of vinden die dat allemaal maar onzin… Ik denk dat dit ook meespeelt in de motivatie van iemand om dit al dan niet te blijven nemen. Als je elke dag van je ouders of partner te horen krijgt, kan je nu nog altijd niet zonder dat pilletje, dan denk ik niet dat je dat met veel plezier blijft nemen, ook al voel je wel dat het helpt. De mening van de mensen die dicht bij je staan, kan een belangrijke invloed hebben. (interview 2, man, 31j)

Verder merken sommige PsT op dat het langdurig innemen van AD een dagelijkse gewoonte kan worden, wat een belemmerende factor kan zijn. Enerzijds omdat het een houvast biedt, anderzijds omdat patiënten die AD langdurig innemen zich niet altijd bewust zijn van de nadelen en bijwerkingen. Verder wordt door andere PsT vermeld dat als AD voor een korte periode worden ingenomen, de patiënt sneller geneigd zal zijn om af te bouwen.

Quote: Maar die mensen staan er soms absoluut niet voor open om dat te proberen stoppen, dat is deel van hun dagelijkse gewoonte, daar mag je niet aankomen. Ik

probeer ze soms dan toch te motiveren maar dat is het heel moeilijk, ik spreek dan echt van mensen die dat al 15 jaar of langer nemen. (interview 1, vrouw, 26j)

Ten laatste vermelden enkele PsT dat het succes van AD afbouw seizoensgebonden kan zijn. Deze PsT vertellen dat er best niet wordt afgebouwd tijdens de wintermaanden aangezien de meeste patiënten dan veel binnenshuis vertoeven en weinig sociaal contact hebben.

Quote: Misschien ook liefst voor de zomer beginnen, dat ze niet beginnen in de wintermaanden. Dat heb ik ook al gezien, dat is echt niet het moment om dan af te bouwen. (interview 13, vrouw, 46j)

2.2.3 Rolverdeling in de begeleiding van patiënt bij de afbouw van AD volgens de PsT

(1) Rol van de PsT

a. Bespreekbaar maken van het afbouwen en stoppen van AD

De meeste PsT zien voor zichzelf een rol weggelegd in het begeleiden van hun patiënten bij het afbouwen of stoppen van AD. Een eerste belangrijke rol die zij hierbij voor zichzelf zien, is het bespreekbaar maken van het thema "afbouwen van AD".

Verschillende PsT nemen zelf het initiatief om dit onderwerp aan te kaarten wanneer ze inschatten dat de patiënt er klaar voor is. De reden hiervoor is dat ze merken dat patiënten het soms moeilijk hebben om de eerste stap hierin te zetten.

Quote: Als iemand voldoende ver staat, dan vind ik het wel belangrijk dat ik het stoppen van AD aankaart. En meestal zeg ik dan, ik denk dat dat wel goed zou zijn. En dan vraag ik om dit eens te bespreken met de huisarts. (interview 7, vrouw, 37j)

Quote: Ik denk dat mijn rol vooral is om het ter sprake te brengen en af te toetsen bij de persoon, wat zij ervan vinden en waarom hij/zij wil stoppen. Het is ook een veilige omgeving waar de patiënt het onderwerp kan opbrengen zonder dat dat iets hoeft te betekenen. Misschien dat dat voor de persoon wel aangenaam is dat hij/zij dat in een ruimte kan bespreken waar er geen verwachtingen of consequenties aan verbonden zijn. Want de patiënt weet ook dat ik dat nooit ga bespreken met een arts wanneer zij dat niet willen. (interview 1, vrouw, 26j)

Andere PsT geven aan het onderwerp niet op te dringen bij de patiënt, maar er wel op in te gaan wanneer de patiënt het zelf aanbrengt. Ze merken soms op dat het onderwerp bij hen ter sprake komt nadat patiënten dit met hun huisarts besproken hebben.

> *Quote: Ik probeer daar niet al te sturend in te zijn, alleen als het moet. ... En dan zeggen ze zelf "ik zou er graag mee willen afbouwen of stoppen". En dan ga ik daar natuurlijk wel op inspringen. (interview 5, vrouw, 41j)*

Een laatste groep PsT geven aan dit onderwerp niet direct met hun cliënten te bespreken. Enerzijds omdat zij niet altijd op de hoogte zijn van het gebruik van AD, anderzijds omdat dit tijdens de therapie niet meer centraal staat. Voor hen is het bij een positieve evolutie vaak logischer om eerst de frequentie van de gesprekstherapie te verminderen.

> *Quote: Het probleem is dat ik daar ook niet altijd aan denk... Ik zie de patiënt voor mij en soms heeft hij dat wel gezegd dat hij antidepressiva neemt, maar vaak ook niet. Dat is inderdaad niet mijn eerste reflex. Ik ga eerder zeggen, zouden we niet het aantal gesprekken wat minderen in plaats van dat ik die antidepressiva zou afbouwen, omdat ik daar ook niet altijd bij stil sta ... (interview 13, vrouw, 46j)*

b. Informeren over de afbouw van AD

Sommige PsT vinden dat ze voldoende informatie over AD en de afbouw hebben om de vragen van patiënten te kunnen beantwoorden. Andere PsT geven aan dat zij deze rol graag zouden vervullen, maar dat zij dit momenteel nog niet doen vanwege een gebrek aan kennis over het afbouwproces. Dit vinden enkele PsT belangrijk omdat zij vaak het eerste aanspreekpunt zijn bij problemen. Deze kennis zou bijvoorbeeld door een brochure, website of via een korte aanbeveling van de huisarts kunnen verkregen worden.

> *Quote: Ik voel een noodzaak meer informatie te hebben over de medicatie en de werking. Het zou handig zijn, bijvoorbeeld in de vorm van een brochure of website of kort meegegeven door de huisarts, info te hebben over de voornaamste bijwerkingen, reden van opstart, verwachte effect... Want ik merk dat veel cliënten, zeker als ze het gevoel hebben "ik ga een domme vraag stellen", dat ze die hier sneller durven stellen. Omdat de drempel toch anders ligt. En ik kan dan niet altijd antwoorden, wat jammer is. Want opnieuw blijft die cliënt dan in de kou staan. (interview 2, man, 31j)*

> *Quote: Nee, ik vind dat ik daar veel te weinig over weet (over AD). Maar ik vind ook niet dat dat mijn opdracht is. Mijn kennis is vooral gegroeid uit mijn werken, en*

opleidingen die je volgt waar je wat medicamenteuze linken krijgt. Maar dat is echt een minimum. Ik weet daar veel te weinig over. Maar ik voel ook niet de nood om daar meer over te weten (interview 9, vrouw, 53j)

c. Ondersteunen en normaliseren van het afbouwproces van AD

Verschillende PsT zien het als hun taak om patiënten te ondersteunen in het afbouwproces door middel van psycho-educatie en het normaliseren van de uitdagingen die zich tijdens het afbouwproces voordoen. Het vergroten van het zelfvertrouwen van de patiënt vormt een belangrijk onderdeel van de psycho-educatie, hierdoor gaan patiënten minder angst hebben voor het afbouwen. Enkele PsT vermelden ook dat ze hun patiënt informeren over de onttrekkingsverschijnselen die tijdens de afbouw kunnen optreden. Patiënten worden aangemoedigd om gebruik te maken van de aangeleerde copingstrategieën om met sombere dagen om te kunnen gaan. Zij benadrukken dat het normaal is om af en toe tegenslag te ervaren en dat dit niet meteen wijst op een terugval in hun psychisch lijden.

Quote: Zeker een ondersteunende rol naar de mensen toe. Als er dan even wat meer gevoeld wordt, om daar steun in te bieden. Om ook te laten zien dat dat eigenlijk wel oké is en dat je dat wel kan. Want dat is waar mensen vaak schrik voor hebben, dat ze het niet gaan kunnen. En dat die gevoelens dan niet weer naar boven komen. Dus hun leren daar mee om te gaan. (interview 2, man, 31j)

Quote: Onder andere het geven van psycho-educatie, wat er gebeurt, soms heel simplistisch, maar uitleggen dat ze die serotonine en dat signaal terug zelf moeten aanmaken, dus dat dat even duurt. Ik spreek alleen over serotonine, ik weet dat het veel complexer is dan dat. Maar ik leg dan ook uit dat alles meer gaat binnenkomen. Ik probeer dat vooral heel erg te normaliseren, dat emoties wat feller kunnen binnenkomen. Ik voel me daar wel comfortabel bij, in deze setting vind ik dat wel oké. (interview 8, vrouw, 45j)

d. Detecteren van problemen en herval tijdens het afbouwen van AD

Enkele PsT besteden tijdens en na de afbouw van AD extra aandacht aan het opvolgen van de patiënt, met als doel een mogelijke herval vroegtijdig te detecteren. Ze volgen hun patiënten tijdens deze periode intensiever op en stimuleren om laagdrempelig contact op te nemen indien het terug slechter gaat. Ze blijven alert op signalen van herval of bijwerkingen en streven ernaar deze te onderscheiden van normale emotionele reacties. Andere PsT geven aan dat er

tijdens de afbouw weinig verandert aan de intensiteit van opvolging. Sommige PsT geven aan dat het afhankelijk is van hoe vaak ze de patiënten reeds zagen voor de afbouw.

> *Quote: Ik zie tijdens mijn begeleiding mensen eerst heel intensief, en dan verlengen die periodes tussen afspraken, en dan bij het afbouwen zal ik ze terug iets intensiever zien. Om alles terug van dichtbij te bekijken en door te verwijzen als het nodig is. (interview 8, vrouw, 45j)*

> *Quote: Dat hangt er een beetje van af. Als ik die patiënt al om de twee weken zie, ga ik niet bijvoorbeeld zeggen "nu wil ik dat je wekelijks komt". Maar als dat een patiënt is die zegt "om de drie maanden een keer een check-up om verder te evalueren hoe dat met mij gaat", zou ik wel zeggen: "ik zou liever hebben dat je in plaats van drie maanden, toch binnen een maand al eens komt". Omdat ik weet dat die eerste weken, dat dat een opdracht gaat zijn. Of binnen twee weken al eens terug komen dat ik het mee met u kan opvolgen. Maar ook dat is eerder een suggestie. (interview 18, vrouw, 27j)*

(2) Rol van de arts volgens de PsT bij de afbouw van AD

Veel PsT zien de arts als de belangrijkste verantwoordelijke bij het afbouwen en stoppen van AD. Zij vinden dat degene die de medicatie voorschrijft ook verantwoordelijk is voor de afbouw ervan, omdat dit een medische beslissing is. Ze verwachten dat de arts hierbij de leiding neemt en de uiteindelijke beslissing maakt. Ook problemen tijdens de therapie zoals bijwerkingen van medicatie, stagnatie van het ziekteproces, vragen over medicatie..., vinden sommige PsT de rol van de arts.

> *Quote: Ik vind dat moeilijk, want bijvoorbeeld dat afbouwschema zie ik ook niet als mijn taak. Ik zie mijn taak vooral als het begeleiden van patiënten, hoe het met hen gaat en of het oké genoeg is om af te bouwen. Maar de medische beslissing of medicamenteuze beslissing ligt bij de huisarts. Dat is een ander domein, ik ga me daar niet mee moeien. (interview 3, vrouw, 36j)*

> *Quote: Moest ik merken dat die onttrekkingsverschijnselen echt niet goed ontvangen worden bij de patiënt, denk ik inderdaad wel dat ik zou doorverwijzen naar een huisarts. Dit is niet iets dat ik kan opvangen, en dan ga ik doorverwijzen. Dat is dan niet iets dat ik op mijn takenpakket zou nemen, maar eerder voor doorverwijs. En ook daar wordt te weinig de reflex gemaakt om dan zelf naar de huisarts te bellen. Het is dan eerder ik die de patiënt zou doorverwijzen naar de huisarts. (interview 18, vrouw, 27j)*

Hoewel de meeste PsT geen beslissingen nemen over het medicamenteuze beleid, hechten zij er wel waarde aan om hun mening te kunnen delen over de vraag of een patiënt klaar is om te stoppen met AD. Dit komt doordat zij nauw betrokken zijn bij de patiënt en diens evolutie goed kunnen volgen. Sommige PsT zouden het daarom op prijs stellen om bij deze beslissing geraadpleegd te worden.

> *Quote: Ik zeg altijd dat dat de hoofdtaak blijft van de dokter, dus dat zeg ik er wel duidelijk bij dat het vooral de huisarts of psychiater is die daarin de lead heeft. Maar ik ga wel vanuit mijn werk met die cliënt mijn invalshoek geven en mijn gedachten en interpretatie over de evolutie meedelen. (interview 5, vrouw, 41j)*

(3) Rol van de patiënt volgens de PsT bij de afbouw van AD

Sommige PsT verwachten dat patiënten deze onderwerpen met hun arts bespreken nadat het thema tijdens de therapie is aangekaart. Ze moedigen patiënten actief aan om deze stap te zetten, omdat ze het zien als een belangrijk onderdeel van het herstel. Daarbij benadrukken ze het belang van eigen verantwoordelijkheid door patiënten aan te sporen zelf contact op te nemen met hun arts wanneer de PsT dit adviseert.

> *Quote: Nee daar neem ik geen contact over met de arts (over AD). Dat is iets dat wij dan meestal willen dat cliënten dan zelf doen. Zodat de patiënt dat eigenaarschap zelf behoudt. (interview 18, vrouw, 27j)*

2.2.4 Samenwerking tussen PsT en artsen

(1) Ervaringen van de PsT over de huidige samenwerking

Het merendeel van de PsT gaf aan dat er in de huidige situatie weinig directe communicatie is tussen arts en PsT omtrent het afbouwen van AD. Meestal gebeurt de communicatie bij zowel de start als afbouw van AD op een indirecte manier, via de patiënt. Verschillende PsT zijn van mening dat rechtstreeks contact met de huisarts zou leiden tot een betere samenwerking. Het zorgt ervoor dat de feedback van de arts de PsT tools biedt om hun therapie te verbeteren. Andere PsT vinden de communicatie met de huisarts minder belangrijk aangezien ze zelfstandig willen werken. Ze zijn minder betrokken bij het afbouwen van AD en zien hun taak eerder in het mentaal sterker maken van de patiënt.

Quote: Anderzijds heb ik wel het gevoel als ze er tijd voor maken, dat het wel een zeer zinvol overleg is. Dat ze ook vaak lange gesprekken hebben met een patiënt, het kan zeker helpen voor mij om hun visie eens te horen. (interview 6, vrouw, 44j)

Enkele PsT gaven aan minder vaak contact te zoeken met de huisarts omdat zij de indruk hebben dat hun input niet voldoende gewaardeerd wordt. Dit gevoel is gebaseerd op negatieve ervaringen uit het verleden waarbij ze de indruk kregen dat huisartsen hen niet als belangrijke samenwerkingspartner beschouwen. Ze geven aan dat ze te veel als een aparte discipline worden beschouwd, terwijl er tussen bijvoorbeeld huisarts en verpleegkundige wel al een geïntegreerde vorm van samenwerking bestaat. Eveneens hebben enkele PsT soms het gevoel dat huisartsen geen direct contact opzoeken, omdat de huisarts hen niet nodig heeft. Andere PsT voelen zich wel gehoord en ervaren de samenwerking als positief.

Quote: Omdat het heel vaak zo is, naar mijn mening, dat veel artsen denken: ik heb die beslissing genomen en dat de input van de therapeut of psycholoog precies niet heel belangrijk is. (interview 2, man, 31j)

Quote: Dan heb ik vaak het gevoel dat de huisarts tegen zichzelf zegt, wij kunnen dat ook beslissen. We hebben de psycholoog niet nodig. (interview 13, vrouw, 46j)

Quote: In mijn idee is er een goede samenwerking met de huisarts en kan ik ook mijn inbreng geven over wat we gaan doen met die medicatie. Dus ik heb wel zeker de indruk in de meeste casussen dat dat wel steeds in overleg gaat. Ja, ik vind eigenlijk dat dat wel goed verloopt. (interview 14, vrouw, 38j)

Sommige PsT merken dat jongere huisartsen over het algemeen meer open staan voor communicatie en samenwerking, terwijl oudere artsen vaak gewend zijn om zelfstandig te werken en minder behoefte hebben aan overleg. Andere PsT ervaren dat leeftijd geen rol speelt in de samenwerking. Zij benadrukken dat de houding en openheid van de arts ten aanzien van samenwerking veel belangrijker zijn.

Quote: Ik heb het gevoel dat je met die jongere huisartsen veel makkelijker kan bellen als psycholoog. De oudere huisartsen, die zo naar de pensioenleeftijd opgaan, die werken minder mee. (interview 7, vrouw, 37j)

Quote: Nog niet meegemaakt. Nee. Het is niet zo dat oudere artsen minder bereikbaar zijn. (interview 18, vrouw, 27j)

Een aantal PsT melden dat contact vaak schriftelijk verloopt, meestal zonder reactie. Ze sturen verslagen via het EPD of e-mail, maar het is vaak onduidelijk of deze worden gelezen. Andere

PsT proberen de huisarts telefonisch te bereiken, terwijl enkele ook applicaties (zoals Doctolib Siilo) gebruiken om contact op te nemen.

(2) Omstandigheden die een invloed hebben op de communicatie

Bij minder complexe problemen voelen sommige PsT zich niet genoodzaakt om te overleggen met de arts. Zij verwachten dan dat de communicatie via de patiënt verloopt. Enkele PsT contacteren de arts wel wanneer ze vermoeden dat de patiënt niet eerlijk is in het overbrengen van informatie. Eveneens nemen de meeste PsT wel contact op met de huisarts wanneer de situatie onveilig is, zoals bijvoorbeeld bij suïcidale ideaties. Verder gaan ze sneller contact opnemen wanneer de patiënt traag evolueert in zijn ziekteproces om te overleggen welke stappen er verder kunnen genomen worden. Ook wanneer patiënten weinig steunfiguren in hun omgeving hebben wordt er door sommige PsT sneller contact opgenomen met de arts.

> *Quote: Mensen die een aantal keer komen ga ik meestal niet een arts contacteren. Omdat dat dat meestal beperkte hulpvragen zijn waar ze rap mee aan de slag kunnen en dan vind ik het niet echt nodig. Vaak bespreken ze het al zelf met de arts of komen ze van de arts tot bij mij. (interview 6, vrouw, 44j)*

> *Quote: Als ik mij zorgen maak over de persoon zijn leven, of als iemand echt suïcidaal is of stel dat hij op een gegeven moment niet meer slaapt. Als er echt superveel gewicht verliest, superveel gewicht bij komt op korte tijd. Als ik merk dat de levenskwaliteit echt niet goed is, dan neem ik nog een keer contact op. (interview 17, vrouw, 38j)*

(3) Barrières en facilitatoren voor de samenwerking

Een veelgenoemde barrière voor rechtstreeks contact tussen huisartsen en PsT is tijdsgebrek. Zowel huisartsen als PsT ervaren dit als een belangrijke hindernis.

> *Quote: Ik denk dat het zowel voor de artsen als voor mij een moeilijk gegeven is om tijd te vinden wanneer het voor allebei past om eens te overleggen." (interview 6, vrouw, 44j)*

Daarnaast heerst bij sommige PsT de angst om de huisarts tijdens een consultatie te storen, wat hen terughoudend maakt om contact op te nemen. Ook geven meerdere PsT aan dat zij vaak niet goed weten op welke manier ze het meest effectief contact kunnen leggen met de huisarts.

Quote: Een telefoontje is snel gedaan maar dan stoor je de consultatie. Ikzelf neem telefonisch niet op tijdens de consultatie en dan bel ik terug en dan zit arts in consult... Dat gaat zeer vaak zo hé. (interview 6, vrouw, 44j)

Een andere belemmerende factor die wordt genoemd, is het ontbreken van verloning voor overlegmomenten. Hoewel de meeste PsT overleg met de arts zien als een deel van hun takenpakket en het gebrek aan verloning geen probleem vinden.

Quote: Dat is iets dat ik niet direct in overweging neem. Maar natuurlijk, het is wel zo dat er soms wel redelijk wat tijd gaat in overlegmomenten. Op dit moment is dat inderdaad onbetaald. Dat zou wel een meerwaarde kunnen zijn (interview 19, vrouw, 48j)

Verschillende PsT geven aan dat een goede persoonlijke band met de huisarts de drempel verlaagt om contact op te nemen. De samenwerking verloopt doorgaans beter met huisartsen die regelmatig naar dezelfde psycholoog verwijzen. Enkele PsT geven aan dat er meer overleg plaatsvindt wanneer de PsT zelf ondernemend is en initiatief toont om de arts te leren kennen.

De meeste PsT hechten er belang aan om eerst toestemming van de patiënt te vragen voordat zij iets met de huisarts overleggen. Hoewel dit een belangrijk aspect is van de ethiek en privacy, kan het een barrière vormen voor directe en efficiënte communicatie.

Quote: Ik ga het altijd aftoetsen met de persoon. Ik ga niet de huisarts bellen zonder dat ik dit besproken heb met de patiënt. Ik vraag ook altijd de huisarts na in het intakegesprek. Maar ik ga nooit spontaan contact opnemen met een huisarts zonder te overleggen met de patiënt." (interview 7, vrouw, 37j)

(4) Aspecten die kunnen verbeteren voor een goede samenwerking volgens de PsT

Enkele PsT vinden dat applicaties met beveiligde communicatie ervoor kunnen zorgen dat het contact laagdrempeliger wordt. Verschillende PsT gaven aan dat een gedeeld patiëntendossier, waarbij de PsT een korte nota voor de arts kan achterlaten en vice versa een grote verbetering voor de samenwerking zou zijn. Daarnaast zorgt werken binnen een groepspraktijk ervoor dat communicatie laagdrempelig kan verlopen, waardoor problemen met medicatieafbouw snel kunnen besproken worden.

Quote: We hebben om de twee weken een overleg met de huisarts in onze praktijk zelf. Dus daarin kunnen wij als we het nodig achten bepaalde casussen bespreken. Ja.

Mocht het heel dringend zijn bel ik die de dag zelf nog op. Dus in ons centrum zelf is die toegankelijkheid er veel meer. Terwijl ik dat niet zou doen bij een privéclient dat ergens bij een andere huisarts gevestigd is. (interview 18, vrouw, 27j)

Verder wordt een regelmatig overlegmoment door de PsT als waardevol gezien. Enkele PsT geven aan dat zij voorstander zijn van een systematisch overlegmoment, bijvoorbeeld één keer per maand, om de samenwerking te verbeteren. Andere PsT zien hier wel heel wat praktische bezwaren in gezien ze veel verwijzende artsen hebben en het niet mogelijk is dit voor elke patiënt te organiseren.

Quote: Ik wil inderdaad eens een vast momentje, om de patiënten van een huisarts die in begeleiding zijn, even te overlopen. Zeker een goed idee, absoluut, ja. Dat gaat ook minder een barrière zijn, dan "ik moet bellen en ik ga storen". (interview 7, vrouw, 37j)

Discussie

1. Samenvatting en interpretatie van de resultaten

1.1. Literatuurstudie

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er weinig tot geen studies bestaan die zich uitsluitend richten op de visie van PsT over het stoppen van AD. Slechts één goede studie werd gevonden over het stoppen van AD, maar daarin werden voornamelijk huisartsen geïnterviewd, waardoor de visie van PsT onvoldoende belicht blijft. Enkele studies bespreken wel de mening van PsT over psychofarmaca in het algemeen. Daaruit blijkt dat PsT vaak bezorgd zijn over de rol van psychofarmaca binnen het behandelproces en zich onvoldoende voorbereid voelen om patiënten hierover adequaat te adviseren.

Daarnaast zijn er enkele onderzoeken die focussen op de samenwerking tussen huisartsen en PsT. Deze tonen aan dat er nood is aan meer interprofessionele communicatie, bijvoorbeeld via gezamenlijke overlegmomenten of digitale platformen. Over het geheel genomen is er echter weinig literatuur beschikbaar over deze thema's. Deze lacune benadrukt dat het perspectief van PsT tot nu toe onderbelicht bleef, wat de relevantie en meerwaarde van deze studie onderstreept.

1.2. Visie van PsT op langdurig gebruik en het stoppen van AD

PsT verschillen in hun houding tegenover langdurig gebruik en het stoppen van AD. Sommigen vinden dat AD slechts een tijdelijke ondersteuning mag zijn, terwijl anderen langdurige inname als aanvaardbaar beschouwen zolang het bijdraagt aan een betere levenskwaliteit. Dit verschil in mening kan verklaard worden door de uiteenlopende ervaringen van PsT met patiënten die succesvol langdurig AD gebruiken versus patiënten die negatieve effecten ervaren.

1.3. Patiëntgerelateerde en omgevingsgebonden factoren die de afbouw van AD beïnvloeden volgens PsT

PsT identificeerden verschillende belemmerende en faciliterende factoren bij de afbouw van AD. Angst voor herval, onttrekkingsverschijnselen en gebrek aan zelfvertrouwen bij de patiënt bleken belangrijke obstakels. Daartegenover staan factoren zoals een goed steunnetwerk, aangeleerde copingstrategieën en een sterke arts-patiëntrelatie, die de afbouw kunnen vergemakkelijken.

1.4. Rolverdeling bij het afbouwen van AD volgens PsT

Daarnaast blijkt uit onze interviews dat de mate van betrokkenheid van PsT bij de afbouw van AD sterk varieert. Sommige PsT voelen zich verantwoordelijk om patiënten actief te begeleiden in het proces, terwijl anderen vinden dat de primaire verantwoordelijkheid bij de huisarts ligt. Dit kan leiden tot onduidelijkheid bij patiënten over wie hen ondersteunt bij de afbouw en kan de effectiviteit van de begeleiding beïnvloeden. Een betere afstemming en duidelijke afspraken tussen zorgverleners kunnen bijdragen aan een meer gestructureerde en succesvolle afbouwbegeleiding.

1.5. Samenwerking tussen huisarts en PsT

Onze resultaten tonen aan dat de samenwerking tussen huisartsen en PsT een cruciale rol speelt bij het gebruik en de afbouw van AD. PsT ervaren vaak een gebrek aan overleg met huisartsen over medicatiegebruik, waardoor er discrepanties kunnen ontstaan in de begeleiding van patiënten. Terwijl huisartsen vooral de medische aspecten van AD beoordelen, richten PsT zich op de psychologische en emotionele impact. Een betere communicatie en samenwerking, bijvoorbeeld via multidisciplinair overleg of gedeelde patiëntendossiers, kan bijdragen aan een meer geïntegreerde en gepersonaliseerde aanpak.

2. Vergelijking met bestaande literatuur

Onze resultaten tonen aan dat PsT gemengde visies hebben op het langdurig gebruik en afbouwen van AD. Dit sluit aan bij eerdere studies, zoals die van Blair et al. en Schubert et al., waarin eveneens werd vastgesteld dat therapeuten worstelen met hun rol binnen medicamenteuze behandelingen en onzekerheid ervaren over hun kennisniveau.(10, 12) Net als in de studie van Aston et al. bleek uit onze interviews dat veel PsT vinden dat ze onvoldoende opleiding kregen over psychofarmaca en de afbouw ervan.(15) Dit heeft invloed op hun betrokkenheid en hun perceptie van verantwoordelijkheid in het afbouwproces.

Onze resultaten tonen ook gelijkenissen met de bevindingen van Bowers et al., die angst voor herval als een belangrijke belemmerende factor bij de afbouw van AD identificeerden.(11) Zowel patiënten, artsen als therapeuten ervaren deze angst, wat ertoe leidt dat afbouwgesprekken vaak worden uitgesteld. Daarnaast bevestigen onze resultaten het in de literatuur beschreven gebrek aan samenwerking tussen PsT en huisartsen, zoals ook door Vergès et al. werd vastgesteld.(13)

Een recente systematische review van Van Leeuwen et al. (2024), brengt barrières en facilitatoren in kaart zoals ervaren door gezondheidszorgverleners bij het stoppen van AD. Deze studie includeerde ook onderzoeken waarin psychologen aan bod kwamen, en bevestigt verschillende van onze bevindingen.(8) Zo komt ook in hun thematische synthese naar voren dat angst voor herval, onzekerheid over kennis en een gebrek aan samenwerking tussen zorgverleners belangrijke obstakels vormen. Daarnaast benadrukt de review de nood aan heldere communicatie, voldoende opleiding en het betrekken van patiënten bij gedeelde besluitvorming, factoren die eveneens in onze interviews naar voren kwamen.

Opvallend is dat de patiëntgerelateerde factoren die PsT noemen, zoals een gebrek aan zelfvertrouwen en het ontbreken van een steunnetwerk, ook bevestigd worden in patiëntonderzoeken, zoals de studie van Van Leeuwen et al. (2022) en Maund et al.(6, 9) Dit onderstreept de overeenkomsten tussen wat PsT observeren in de praktijk en wat patiënten zelf aangeven.

3. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Het literatuuronderzoek was uitgebreid, waarbij verschillende databanken werden geraadpleegd. Toch werd er geen specifiek eerder onderzoek gevonden dat zich richt op de visie van PsT over het stoppen en afbouwen van AD, wat de relevantie van deze studie onderstreept. Er werd een gevarieerde groep PsT geïnterviewd, zowel mannen als vrouwen, representatief volgens de verhouding mannen/vrouwen van de beroepsgroep in België. Daarnaast werd er een diverse groep PsT geïnterviewd, afkomstig uit verschillende regio's en praktijkvormen. Verder werd het interviewen gecontinueerd tot er datasaturatie werd bereikt, wat de waarde van de verkregen gegevens benadrukt.

Daarnaast kunnen de resultaten beïnvloed zijn door de Belgische context, gekenmerkt door unieke kenmerken op vlak van toegankelijkheid en terugbetaling van psychotherapie. Dit kan de generaliseerbaarheid van de bevindingen naar andere landen beperken.

Tot slot is het belangrijk te vermelden dat de interpretatie van de resultaten werd uitgevoerd door huisartsen-in-opleiding, wat hun perspectief op het onderwerp mogelijk heeft gekleurd.

4. Praktische implicaties

Onze bevindingen wijzen op de noodzaak van een betere samenwerking tussen PsT en huisartsen bij het afbouwen van AD. Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door

regelmatige overlegmomenten of het gebruik van gedeelde patiëntendossiers. Het organiseren van LOK-overlegmomenten (lokale kwaliteitsgroep) tussen huisartsen en PsT kunnen nuttig zijn om dit medisch-psychotherapeutisch overleg te faciliteren. Daarnaast kan educatie van PsT over het gebruik en het stoppen van AD bijdragen aan een effectievere begeleiding van patiënten tijdens en na hun therapie. Het is ook belangrijk dat de afbouw van AD niet uitsluitend als een medische beslissing wordt beschouwd, maar dat er meer aandacht komt voor psychologische ondersteuning en shared decision making tussen patiënt, PsT en arts.

5. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Voor toekomstig onderzoek zou het waardevol zijn om de frequentie van de geïdentificeerde barrières en facilitatoren in kaart te brengen door middel van grootschalige vragenlijstonderzoeken bij PsT. Dit zou helpen om de impact van de bevindingen verder te kwantificeren en gerichte interventies te ontwikkelen die het afbouwen van AD kunnen verbeteren. Verder zou er aandacht besteed kunnen worden aan het kwantificeren van de ervaringen van huisartsen en patiënten om beter te begrijpen hoe de samenwerking tussen huisarts en PsT het afbouwproces beïnvloedt. Dit kan inzicht geven in eventuele verschillen in verwachtingen of percepties tussen artsen en PsT.

Daarnaast kan onderzocht worden welke educatieve interventies effectief zijn om PsT beter te ondersteunen in hun rol binnen dit proces. Dit zou kunnen bestaan uit gerichte trainingen over medicatiegebruik en afbouwstrategieën, evenals het bevorderen van interprofessionele samenwerking om de communicatie tussen zorgverleners te verbeteren. Tot slot zou een longitudinale studie inzicht kunnen geven in de langetermijneffecten van tijdig stoppen met AD, met betrekking tot het functioneren van de patiënt, het optreden van recidieven en het vermijden van bijwerkingen.

Conclusie

Deze studie werd uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de perspectieven van PsT over het afbouwen van AD, een onderwerp dat nog relatief weinig onderzocht is. De bevindingen tonen aan dat er onder PsT verschillende visies bestaan op langdurig gebruik van AD en de rol van PsT in het begeleiden van patiënten tijdens de afbouw. Terwijl sommigen AD beschouwen als een tijdelijke ondersteuning, zien anderen langdurig gebruik als gerechtvaardigd, mits dit bijdraagt aan de levenskwaliteit van de patiënt.

Daarnaast werd door de PsT een reeks belemmerende en faciliterende factoren geïdentificeerd die de afbouw van AD beïnvloeden, waaronder angst voor herval en onttrekkingsverschijnselen als belangrijke obstakels. Anderzijds kunnen steunnetwerken en een sterke arts-patiëntrelatie de afbouw vergemakkelijken. De betrokkenheid van PsT varieert sterk, en er blijkt vaak onduidelijkheid te bestaan over de rolverdeling tussen PsT en artsen. Een gebrek aan samenwerking tussen beide disciplines kan leiden tot inconsistenties in de begeleiding van patiënten. Dit onderstreept het belang van een betere multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld door gestructureerd overleg en het gebruik van gedeelde patiëntendossiers.

Op basis van deze resultaten bevelen wij aan om de samenwerking tussen PsT en huisartsen te versterken, bijvoorbeeld via multidisciplinair overleg. Bovendien zouden educatieve initiatieven kunnen bijdragen aan het verbeteren van de begeleiding bij de afbouw van AD, zoals eerder besproken in de discussie. Verder onderzoek is nodig om de effectiviteit van educatieve interventies te beoordelen en de langetermijneffecten van het succesvol afbouwen te onderzoeken. Een geïntegreerde aanpak waarbij zowel medische als psychologische aspecten worden meegenomen, kan bijdragen aan een effectiever afbouwproces en betere patiëntenzorg.

Referentielijst

1. Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie (BCFI): 10.3 antidepressiva 2023. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7997.
2. Claassen N GB, Heineman H, Kool M, Kurver MJ, Magnee T, Oud M, Ruhe HG, Van der Does AMB, Zelst-Wind LA. NHG richtlijn depressie 2022. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie#volledige-tekst.
3. Declercq T, Habraken H, Van Den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J. Depressie bij volwassenen. Domus Medica. 2017.
4. Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BW, Hoogendijk WJ. Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. European neuropsychopharmacology. 2013;23(11):1443-51.
5. (IMA) IA. Antidepressiva in België 2021. Available from: https://aim-ima.be/Antidepressiva-in-Belgie?lang=nl#:~:text=Antidepressiva%20in%20Belgi%C3%AB&text=Iets%20meer%20dan%2013%25%20van,zo%20vaak%20antidepressiva%20als%20mannen.
6. 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 Clinica Belgica. 2022;77(6):962-9.
7. Anthierens S, van Driel ML, Sutter AD, Branden Evd, Christiaens T. 'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2021;39(4):533-42.
8. 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;356:616-27.
9. Maund E, Stuart B, Moore M, Dowrick C, Geraghty AW, Dawson S, et al. Managing antidepressant discontinuation: a systematic review. The Annals of Family Medicine. 2019;17(1):52-60.
10. Schubert J. Psychotherapy and antidepressant medication: Scope, procedure and interaction: A survey of psychotherapists' experience. European Journal of Psychotherapy and Counselling. 2007;9(2):191-207.
11. Bowers HM, Williams SJ, Geraghty AW, 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;9(7):e027837.
12. Blair L, Heydon-Hatchett V, Davies G, Guy A, Davies J. Therapists' perspectives on working with clients taking psychiatric drugs: Findings from a mixed-methods survey. Counselling and Psychotherapy Research. 2021;21(4):1008-20.
13. Vergès Y, Driot D, Mesthé P, Rougé Bugat M-E, Dupouy J, Poutrain J-C. Collaboration between GPs and psychologists: dissatisfaction from the psychologists' perspective—a cross-sectional study. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2020;27(2):331-42.
14. Maehder K, Löwe B, Härter M, Heddaeus D, von dem Knesebeck O, Weigel A. Psychotherapists' perspectives on collaboration and stepped care in outpatient psychotherapy—A qualitative study. PloS one. 2020;15(2):e0228748.
15. Aston A, Smith S, De Boos D, Tickle A. Do clinical psychologists have a role in clients' use of psychotropic medication? A mixed methods investigation exploring current forms of involvement. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2021;94:359-77.

Bijlagen

Bijlage 1: Tabel DSM-V criteria

DSM-V-criteria voor een depressie stoornis*
<u>Kernsymptomen</u> (1) Gevoelens van intense droefheid en wanhoop, die gedurende de meeste dagen en gedurende langere periodes aanhouden. (2) Verlies van interesse in activiteiten die voorheen als leuk werden beschouwd, inclusief hobby's en sociale interacties.
<u>Overige symptomen</u> (3) Gewichtsvermindering of toename (4) Slapeloosheid of overmatig slapen (5) Psychomotorische agitatie of remming. (6) Vermoeidheid of energieverlies. (7) Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige onterechte schuld. (8) Verminderd vermogen tot nadenken, concentratieverlies of besluiteloosheid. (9) Recidiverende gedachten aan de dood, suïcidale gedachten, suïcideplannen of suïcidepoging.

*De diagnose ‘depressieve stoornis’ kan worden gesteld bij aanwezigheid van 5 van de 9 symptomen, waarvan minimaal 1 kernsymptoom, gedurende minstens 2 aaneengesloten weken.

Bijlage 2: Interviewgids

INTERVIEWGIDS

Onderwerp masterproef: visie van psychotherapeuten op antidepressiva, hun rol bij het stoppen van antidepressiva en facilitatoren en barrières bij het proces van stoppen met antidepressiva.

Inleiding:

We willen u eerst en vooral bedanken om vandaag dit interview te willen voeren. Met dit onderzoek willen we graag te weten komen wat de visie is van de psychotherapeuten op antidepressiva, of er een samenwerking met de huisarts is en hoe deze verloopt, welke rol jullie zelf kunnen spelen bij het stoppen van antidepressiva bij een patient en welke faciliterende of remmende factoren jullie ondervinden bij het stoppen van antidepressiva. Ook zijn we benieuwd naar jullie ervaring over de communicatie met de huisarts over dit gegeven.

Om in het complexe proces van al dan niet stoppen van AD meer inzicht te krijgen zijn jouw ervaringen, behoeften en verwachtingen hieromtrent belangrijk. We zijn geïnteresseerd in uw ervaringen en mening. Er zijn dus geen foute antwoorden. Dit interview is vertrouwelijk. We nemen het gesprek op, maar enkel leden van het onderzoeksteam en niemand anders zal de opname kunnen beluisteren. Uw naam en contactgegevens zullen niet vermeld worden op deze opname en we zullen u niet persoonlijk identificeren 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?

DEEL1: casus (bij patiënten in behandeling voor depressie)

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

Vertel eens hoe dit verliep? Wat heeft u ervaren bij dit proces? Wat was uw rol? Hoe verliep de communicatie tussen verschillende zorgverleners (huisarts, psychiater of andere paramedici)?

[“Prompts”: waarom stoppen, wie heeft dit aangebracht, hoe is dit proces verlopen, wat ging er goed, wat ging er minder goed, hoe komt het, rol andere zorgverleners, psychologische en fysieke mogelijkheden patiënt …]

DEEL2: Het gebruik en stoppen van antidepressiva

2. Bent u altijd op de hoogte of uw patiënten AD gebruiken? (Vindt u het belangrijk om te weten of een patiënt AD neemt? Is dit iets wat u systematisch navraagt bij de patiënt? Waarom wel of niet? Hoe krijgt u deze informatie meestal (via arts/patiënt)? Heb je een idee hoeveel van jouw patiënten een AD nemen? Denk je dat dit te weinig of te veel is en waarom? Vindt u het belangrijk om te weten of een patiënt AD neemt? Waarom wel (of niet)?

3. Wat denk je over jarenlang gebruiken van AD door patiënten? Ziet u risico's in het langdurig nemen van AD? Hoe schat u de veiligheid op een schaal van 1-5? (waarbij 1 = niet veilig/effectief, 5 = heel veilig/effectief)
4. Denkt u dat er nog een effect is van AD bij langdurig gebruik? Hoe merkt u dit? Hoe schat u het effect op een schaal van 1-5? (waarbij 1 = niet veilig/effectief, 5 = heel veilig/effectief)

5. Bent u op de hoogte van de bijwerkingen van AD bij langdurig gebruik? Heeft het een invloed op het stoppen van AD volgens u? Zo ja, welke? Gaat u er specifiek naar vragen?

6. Hoe ziet u het afwegen van de risico's van AD tegenover het verderzetten wanneer de patiënt dit vraagt? Vindt u de wens van de patiënt om te continueren belangrijker dan eventuele risico's?

7. Hoe kijk je naar het stoppen van langdurig AD? Is dat iets dat je veel ziet? Hoe verloopt dit meestal?

8. Welke factoren en welke omstandigheden maken het volgens u mogelijk/bevorderend dat een patiënt stopt met AD te nemen? Kan u uitleggen waarom dit een faciliterende factor was?

9. Welke factoren en welke omstandigheden zijn volgens u belemmerend at een patiënt stopt met AD te nemen? (Denk maar aan onttrekkingsverschinselen, karakter van de patiënt, gebeurtenissen in het leven van de patiënt,…) Kan u uitleggen waarom dit een belemmerende factor was?

10. Het gebeurt dat patiënten zich niet goed voelen wanneer ze AD afbouwen, wat is uw ervaring hiermee?

11. Wat weet u over de onttrekkingsverschinselen bij stoppen van AD?

12. Hoe bekwaam voelt u zich bij de begeleiding van een patiënt die met AD stopt? Is dat iets waar je graag bij betrokken bent en waarom? Wilt u graag meer betrokken zijn dan dat nu het geval is? Vindt u dat u genoeg middelen heeft om u hierin te ondersteunen (overleg, financieel, tijd, kennis), en zo niet wat zou beter kunnen?

13. Wanneer kan er volgens u gestopt worden met antidepressiva (volgens de richtlijnen)? Heeft u het gevoel dat u voldoende kennis heeft over hoe en wanneer AD worden gestopt bij een patiënt? Zou u hierover meer kennis willen hebben? Hoe?

14. Ziet u voor uzelf een rol bij het afbouwen/stoppen van AD bij uw patiënten? Zoja: welke? Gaat u problemen bij het afbouwen actief proberen oppikken en communiceren met de arts? Waarom wel/niet? Bespreekt u afbouw of stoppen van AD met uw patiënten?

15. Hoe belangrijk vindt u shared decision making bij de afbouw van AD (arts en patiënt)? Hoe belangrijk schat u daarbij de wens van de patiënt? Wat als de arts een andere mening heeft? Hoe gaat u daar mee om? Ziet u voor u zelf een rol bij dit shared decision proces?

16. Wie ziet u als belangrijke partijen bij het nemen van een beslissing tot stoppen? Wie zijn verantwoordelijkheid is het en wat is uw verantwoordelijkheid?

17. We merken dat verschillende PsT verwachten dat de arts de leiding neemt in de initiatie tot afbouw. Hoe zou dit verklaren? Is de psychosociale context niet beter in te schatten door de PsT?

18. Past u uw therapie aan als u weet dat een patiënt AD aan het afbouwen of gestopt is? Hoe dan?

["Prompts: welke kennis, vaardigheden en attitude nodig voor stoppen, welke perceptie van depressie en opvolging van AD, welke psychologische en fysieke mogelijkheden bij patiënt, toename kennis en attitude (richtlijnen/e-learning, trainingen), invloed gevolgen van stoppen AD, rol andere zorgverleners/familie/vrienden, welke praktijkomstandigheden/middelen, invloed van externe factoren …]

DEEL 3: De communicatie met andere zorgverleners

19. Hoe verloopt het werken met de huisarts als er AD gestopt worden? (prompts samenwerking, communicatie, interactie)

20. Voelt u zich gewaardeerd door de huisarts? Waarom wel of niet?

21. Heeft de leeftijd/ervaring van de arts een invloed op de samenwerking?

22. Als u vindt dat de patiënt met AD kan afbouwen, gaat u dit dan bespreken met de arts? Waarom wel/niet?

23. Welke drempels ervaart u momenteel voor een goede samenwerking tussen psycholoog en arts?

24. Wat zou voor u een ideale samenwerking zijn met de arts (communicatie of samenwerking) hieromtrent? Wat zou daarvoor nodig/helpend zijn?

25. Kan u zich een ervaring herinneren waarbij een goede samenwerking met de arts geleid heeft tot een succesvolle afbouw van AD bij één van uw patiënten?

26. Kan u zich een casus herinneren waarbij er beter contact was opgenomen met de arts omtrent het stoppen van AD? Waarom is dit niet gebeurd? Wat kan beter?

27. Wanneer neemt u zelf contact op met een arts bij patiënten die langdurig AD nemen of aan het afbouwen zijn? Tijdstip, omstandigheden?
28. Wordt je soms zelf gecontacteerd door de arts in verband met het stoppen met AD?

"Prompts"

1. Vaardigheden, kennis en attitude psychotherapeut: 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 in HA praktijk

3. Perceptie van behandeling met antidepressiva: effectiviteit, veiligheid (interacties, ongewenste effecten), geschiktheid, kostprijs, voorschrijver, 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, psychiater, (toegankelijkheid) psycholoog, 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

Bijlage 3: Informatiebrief voor deelnemers + informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers

De visie van psychotherapeuten op antidepressiva bij depressie en het stoppen

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U bent gecontacteerd voor uw rol als psychotherapeut voor deelname aan een onderzoek. De dienst klinische farmacologie van de universiteit Gent voert een onderzoek uit naar de visie van psychotherapeuten over antidepressiva. Psychotherapeuten vormen een belangrijke schakel in de zorg bij patiënten met depressie behandeld met antidepressiva. De visie van psychotherapeuten is belangrijk i.h.k.v. interventies voor goed gebruik van antidepressiva. Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om aan een interview deel te nemen. Dit zal ongeveer 45 minuten van uw tijd in beslag nemen. Het interview zal worden opgenomen voor transcriptie en deze opnames zullen na het uitschrijven verwijderd worden.

Criteria voor deelname zijn:

- Werkzaam zijn als psychotherapeut
- Ervaring hebben met geven van therapie aan personen die een antidepressivum nemen voor depressie

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient U de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

De opdrachtgever van deze studie is de Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Christiaens en Dr Van Leeuwen. Studenten van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om aan het interview deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw of de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van depressie.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt. Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm)

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is

noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Thierry Christiaens (UGent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Ellen Van Leeuwen

Adres: C. Heymanslaan 10 - 9000 Gent

E-mail: ellen.vanleeuwen@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring

van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **<u>verplichte aspecten</u>** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - Deelname aan het interview, dat opgenomen zal worden voor transcriptie	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 4: Ethisch comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

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

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Ellen Van Leeuwen	21/08/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
ONZ-2023-0343		B6702023000460

Betreft:
De visie van van psychotherapeuten op antidepressiva bij depressie en het stoppen ervan

Psychotherapists' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants

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

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 25/07/2023.

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

EC geeft daarom op 17/08/2023 een gunstig advies over deze studie.

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

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

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



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

Unofficial translation in English:

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

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 25/07/2023.

After consulting the additional information and/or modified documents related to this dossier, the CME is of the opinion that the proposed study, as described in the protocol, is scientifically relevant and ethically justified.

EC therefore gives on 17/08/2023 a favourable opinion on this study

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

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

Bijlage 5: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

De visie van van psychotherapeuten op antidepressiva bij depressie en het stoppen ervan

Summary

Hoofdonderzoeker (PI): Thierry Christiaens
Referentienummer: ONZ-2023-0343

Owner Ellen Van Leeuwen

Publication date -

Details

1 Overview study

Reference Number.
ONZ-2023-0343

Study Overview.
Titel onderzoek: De visie van van psychotherapeuten op antidepressiva bij depressie en het stoppen ervan
Protocolcode:
Hoofdonderzoeker: Thierry Christiaens
Opdrachtgever: Universiteit Gent

Phase
Study ongoing, enrollment

Current step HIRUZ/EC
Advies CME gegeven

Current step FAGG/CT college
Niet van toepassing

Current Step FANC
Niet van toepassing

ATTENTION!
Via onderstaande link zal u **na de goedkeuring** de status van het verloop van de studie kunnen bijhouden.
Volgende meldingen dienen verplicht via deze link te gebeuren:
- de start van de rekrutering
- de eerste inclusie
- het einde van de studie
- het indienen van de studieresultaten

Link study status after all approvals are given:
Opvolging studie na goedkeuring

Advice CME
goedgekeurd

Date Approval CME
2023-08-17

EC Number (if applicable):

EU reference number (if applicable): **BC Number (if applicable):**

EUDAMED number (if applicable):

2 Study information

ATTENTION!
Na het invullen van de aanvraag kan u deze **indienen via het tabblad "Algemeen"** door op de knop *"dien aanvraag in"* te klikken. Deze knop verschijnt pas wanneer alle verplichte velden ingevuld zijn.

2.1 General information

Dutch title of the study:
De visie van van psychotherapeuten op antidepressiva bij depressie en het stoppen ervan

English title of the study:
Psychotherapists' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants

Simplified title/acronym of the study:

I wish to submit an application concerning:
Academisch onderzoek

ATTENTION!
Bij studies met **U(Z) Gent opdrachtgever** of **academisch onderzoek** zal de studie na goedkeuring door de hoofdonderzoeker (medisch beheerder en diensthoofd indien van toepassing) **ingediend worden bij HIRUZ** ter nazicht.
De indiening bij de commissie voor medische ethiek verloopt via HIRUZ.

Bij **commercieel onderzoek** zal de studie na goedkeuring door de hoofdonderzoeker (medisch beheerder en/of diensthoofd indien van toepassing) **ingediend moeten worden door de aanvrager**. Zo kan het exacte moment van indienen bij de commissie voor medische ethiek zelf bepaald worden. Deze indiening verloopt niet via HIRUZ.

This application concerns:

Niet-interventioneel prospectief onderzoek (observationeel)

Is this prospective observational study performed with:
Interviews

Will a retrospective data collection be performed next to the prospective study?
No

Is this data collection conducted with the goal of development of a medical device?
No

ATTENTION!
Veel studies worden uitgevoerd met een **Medical Device (medisch hulpmiddel)** en kunnen onder een specifieke wetgeving vallen.
Om u ervan te vergewissen dat deze studie niet met een Medical Device uitgevoerd wordt, kan u de info raadplegen op de website van het FAGG

Opgelet, **AI algoritmes en software** kunnen ook als een medical device (medisch hulpmiddel) beschouwd worden!

Protocol code or number:

Have you received a preliminary advice from the Medical Ethics Committee in the past for this study?
No

Specify the type of study:
Therapeutisch

2.2 Study conduct

Planned start date of the study:
16-08-2023

Planned end date of the study:
30-09-2025

Will this research be conducted at multiple locations? This study is:
Nationaal, monocentrisch

Will this study be conducted at one or more UZ Gent departments?
No

Is the research question nursing related?
No

3 Parties involved

3.1 Sponsor

Who is the sponsor of this study (in Belgium)?
Universiteit Gent

3.2 Contact person sponsor

Information of the contact person of the sponsor (for Belgium):

_____
_____

Name contact person of the sponsor (for Belgium)

Mail contact person of the sponsor (for Belgium)

Phone number of the contact person of the sponsor (for Belgium):

3.4 Principal Investigator

Name Principal Investigator:
Thierry Christiaens
thierry.christiaens@ugent.be

Ugent

Title Principal Investigator:
Prof. dr.

Affiliation of Principal Investigator to conduct the research:
Universiteit Gent

Specify the Ghent University department of the Principal Investigator:
Vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische Wetenschappen

Does the Principal Investigator performs a health care profession?
Yes

Which health care profession?
01, Arts

Upload/select the CV of the Principal Investigator:
CV-kort2022-ThierryChristiaens.pdf

Upload/select the GCP certificate of the Principal Investigator (max 3 years old):
GCP-tc.pdf

3.5 Requestor

Overview of the requestor:

Ellen Van Leeuwen
ellen.vanleeuwen@ugent.be

3.6 Investigator(s)

Overview other investigators:
Joke Lieve Pauwelyn||Hanne Creupelandt
joke.pauwelyn@ugent.be||Hanne.Creupelandt@UGent.be
||
BV Dr Joke Pauwelyn||Universiteit Gent

||
BV Dr Joke Pauwelyn||Universiteit Gent

3.7 Study team member(s)

Overview study team members:

Describe the role and tasks of the study team members in this study:

Are there study team members that are not affiliated with UZ Gent or Ghent University?
No

3.8 Student(s)

Are there students that are going to work on this study?
Yes

Overview students
Giles Gerard||Jakobien Hermie||Lisa Hoogstoel||Matisse Devalez
giles.gerard@uzgent.be||jakobien_hermie@hotmail.com||lisa.hoogstoel@gmail.com||matisse.devalez@ugent.be
Plastische heelkunde|||||
Universiteit Gent||Universiteit Gent||Universiteit Gent||Universiteit Gent

Do you anticipate that there will be students working on this study in the future?
Yes

Are these students in training for a health care profession, as described in KB 78?
Yes

Will the students collect and/or analyze data?
Yes

Are the collected data in the database that the students will receive pseudonymized or anonymized?
De database is gepseudonimiseerd, de link naar de identiteit van de deelnemer wordt bijgehouden apart van de studiedata

5 Research content

5.1 Study and interventions

Please give a (short) summary of the study (Dutch):
Als antidepressiva (AD) bij depressie nodig zijn, beveelt de Belgische richtlijn aan de behandeling om herval te voorkomen verder te zetten tot 6 maanden na verbetering van de klachten en bij hoog risico van herval tot 2 jaar (Belgische richtlijn Depressie 2017). Steeds meer patiënten die zich goed voelen gebruiken AD echter veel langer dan aanbevolen, tot zelfs jarenlang, zonder duidelijke indicatie. 42% van de Belgische AD gebruikers gebruikt AD langer dan 3 jaar in 2020 (Intermutualistisch Agentschap (IMA)-data). Het éénjarig gebruik nam toe van 66% in 2008 tot 73% in 2019 (IMA data). Uit onderzoek blijkt dat bij de grootste groep langdurig gebruikers geen voordeel verwacht wordt van het AD en afbouwen kan overwogen worden (Cruickshank 2008, Mangin 2016).
Langdurig AD gebruik langer dan aanbevolen gaat gepaard met risico's (bijwerkingen, interacties met andere geneesmiddelen) en onnodige kosten voor medicatie en klinische opvolging. Het gebruik van AD langer dan de richtlijnen aanbevelen is een belangrijke reden voor de toenemende consumptie van AD.
Recent kwalitatief onderzoek met (Belgische) patienten en artsen over waarom al dan niet AD afgebouwd worden toont dat afbouwen niet gemakkelijk blijkt in de praktijk (Van Leeuwen 2021, Van Leeuwen 2022, Van Leeuwen 2022).
Patienten en artsen vrezen een herval van de depressie. Een negatieve houding ten aanzien van afbouwen en stoppen maakt dat artsen twijfelen of afbouwen wel de moeite is. Huisartsen vragen meer ondersteuning om het afbouwproces te ondersteunen en geven een nood aan voor naast meer kennis, informatie en tools over afbouwen van AD ook meer samenwerking met andere zorgverleners zoals psychotherapeuten.
Bovendien is er ook bewijs dat psychologische begeleiding sommige mensen kan helpen afbouwen (Cochrane review, Van Leeuwen 2021).
Er is nog geen onderzoek naar de visie van (Belgische) psychotherapeuten op AD en het stoppen ervan.
Met dit onderzoeksproject willen we inzicht verwerven over de visie van de psychotherapeut op AD en het stoppen ervan, en dit via kwalitatief onderzoek en interviews gebaseerd op de literatuur. Bij psychotherapeuten die toestemming voor deelname geven, zal een individueel interview afgenomen worden, dit kan thuis of op een plaats naar keuze van de deelnemer. Psychotherapeuten worden breed gerekruteerd zoals eerstelijnspsychologen, psychologen in centra algemeen welzijnswerk en in het OCMW, en psychotherapeuten van centra geestelijke gezondheidszorg.

Het doel is om richtlijnen, interventies en opleidingen te ontwikkelen voor een beter 'goed gebruik van antidepressiva' en optimaliseren van de samenwerking psychotherapeuten en huisartsen omtrent goed gebruik van AD.

Onderzoeksteam bestaat uit huisartsen en klinisch farmacologen en een psychotherapeut (Hanne Creupelandt) en studenten huisarts in opleiding.

Dit onderzoek sluit aan bij de onderzoekslijn 'stoppen van antidepressiva' van prof Christiaens en Dr Van Leeuwen. Vergelijkbaar kwalitatief onderzoek is uitgevoerd (en al gedeeltelijk gepubliceerd) bij Belgische huisartsen, patienten (volwassenen, 65 plussers zowel thuiswonend als in rusthuis , mantelzorgers van personen met AD, verpleegkundigen en apothekers.

Please give a (short) summary of the study (English):

Was a similar study already (partly) conducted elsewhere?

No

What are the primary objectives and end points of this study?
Het doel is om richtlijnen, interventies en opleidingen te ontwikkelen voor een beter 'goed gebruik van antidepressiva' en optimaliseren van de samenwerking psychotherapeuten en huisartsen omtrent goed gebruik van AD.

What are the secondary objectives and end points of this study?

Is this a randomized study?
No

Is this a blinded study?
No

5.2 Questionnaire & interviews

Which validated questionnaires/interview guides will be used:
-

Which non-validated questionnaires/interview guides will be used:
vragenlijst opgesteld op basis van literatuursearch

In which languages are these taken?
nl

Will the interviews be recorded?
Yes

Were will the recordings be stored?
interviews worden opgenomen (audio) , de opnames worden na uittypen vernietigd

Will the recordings be deleted at the end of the study?
Yes

Upload/select interview guides:
1Interviewgids-psychotherapeut_v1.docx

ATTENTION!
Gelieve per vragenlijst/interview guide de informatie aan te vullen onder het tabblad "documenten".

6 Study subjects, recruitment and informed consent

6.1 Study subjects

Total number of subjects in Belgium for the complete study:
25

-------- Gelieve hieronder de gegevens in te vullen voor **de deelnemers in België**. --------

The study subjects are:
1, Gezonde personen

Number of healthy study subjects in Belgium:
25

Number of healthy study subjects and patients combined in Belgium:
25

Sex of the study subject:
Mannelijk, Vrouwelijk

Estimation of number of study subjects from 0 to 12 years in Belgium:
0

Estimation of number of study subjects from 12 to 18 years in Belgium:
0

Estimation of number of study subjects from 18 to 65 years in Belgium:
25

Estimation of number of study subjects 65+ in Belgium:
0

Total number of study subjects in Belgium:
25

Are the study subjects own students or staff and/or prisoners?
No

6.2 Recruitment, information and consent

Will legally capable adults participate in this study?
Yes

Is consent of legally capable adult study subjects obtained after receiving clear and objective information regarding the goal of the study?
Yes

Upload/select ICF legally capable adult study subjects:
ICF-visie-psychotherapeuten_v1.doc

Will legally incapable adults participate in this study?
No

How will the ICF procedure be conducted?
Psychotherapeuten worden gecontacteerd en geïnformeerd over het onderzoek via email .
Indien interesse wordt gevraagd contact op te nemen met onderzoeker die de psychotherapeut contacteert en verder informeert over de studie. Bij nog steeds interesse wordt mondelinge toestemming gevraagd en wordt een gepast moment voor interview vastgelegd
Schriftelijke toestemming wordt gevraagd juist voor de start van het interview.

Are the most important inclusion criteria listed in the ICF?

Yes

Please list the most important inclusion criteria:
werkzaam zijn als psychotherapeut en ervaring hebben met therapie bij personen met depressie en antidepressiva.

Are the most important exclusion criteria listed in the ICF?
Yes

Please list the most important exclusion criteria:
Psychotherapeut die niet werkzaam zijn in een praktijk en/of geen ervaring hebben met therapie bij personen met depressie en antidepressiva kunnen niet deelnemen.

Are all in- and exclusion criteria clearly listed in the protocol?
Yes

Please describe how study subjects are recruited/contacted?
De onderzoekers zullen psychotherapeuten contacteren via het eigen netwerk van lokale beroepsverenigingen van psychotherapeuten.
Contact verloopt via email en telefoon

Is recruitment material used, e.g. flyer/poster...?
Yes

6.3 Recruitment material

Are flyers being used?
No

Are reminders being used?
No

Are e-mails being used?
Yes

Upload/select e-mails:
email-psychotherapeut.docx

Are advertisements used?
No

Are posters used?
No

Are other recruitment materials used?
No

In which languages are the recruitment materials provided?
1, Nederlands

Particularities:

7 Additional information

7.1 Data Management

Please select the type of the (directly and/or indirectly) identifiable data that will be collected:
Emailadres, Geslacht, Jobpositie en werkplek, Leeftijd, Andere-specifieer AUB

Specify other type of identifiable data:
identificerende gegevens: naam (wordt gepseudonimiseerd)

aantal jaar ervaring

biometric data: opname interview

Specify the type of database that will be used:
Spreadsheet

Are the collected data in the database pseudonymized or anonymized?
De database is gepseudonimiseerd, de link naar de identiteit van de deelnemer wordt bijgehouden apart van de studiedata.

Who is responsible for pseudonimisation of the data?
Hoofdonderzoeker Thierry Christiaens en plaatsvervanger Ellen Van Leeuwen

Who has access to the key of the code?
Hoofdonderzoeker Thierry Christiaens en plaatsvervanger Ellen Van Leeuwen

Will the dataset be shared?
No

Can the collected data be re-used in future scientific research?
Yes

Is this clearly described in the ICF?
Yes

Upload/select the data processing register:
plan20230811.pdf

ATTENTION!
"De GDPR vereist dat alle verwerkingen van persoonsgegevens van wetenschappelijk onderzoek geregistreerd worden in een 'register van verwerkingsactiviteiten'.
Sinds 25-05-2018 is het verplicht om een gegevensverwerkingsregister op te stellen voor elk nieuw onderzoek en voor elk amendement aan een reeds lopend onderzoek (waarvoor eerder nog geen register werd ingediend) waarbij persoonsgegevens van levende personen worden verwerkt.
Voor studies met **opdrachtgever U(Z)Gent** dient een register opgesteld te worden via DMPonline.
Voor studies met een andere opdrachtgever dan U(Z)Gent kan het register van de opdrachtgever ingediend worden (indien beschikbaar) of kan een register opgesteld worden via DMPonline.
Meer informatie over het gegevensverwerkingsregister (alsook FAQ) kunnen teruggevonden worden op intranet of de UGent website ."

7.2 Risks & Benefits

Do you consider this study to be:
1, Waarschijnlijk geen enkel risico inhoudt

7.3 Feasibility

Are there enough study team members to conduct the study?
Yes

7.4 Insurance

Has insurance been taken out for the research in Belgium in accordance with the Belgian law of May 7, 2004, the Belgian law of May 7, 2017 or the Belgian law of December 22, 2020?
Ja

Which insurance policy covers this study?
UZ of UGent

7.5 Financing and budget

Is this study financially or materially supported?
No

What is the estimated cost of the study?
1, < € 20.000

7.6 Statistics

Is there an SAP (statistical analysis plan) available?
No

On what is the number of subjects based in order to fulfill the goals of the study?
Bij kwalitatief onderzoek met purposive sampling zijn over algemeen 10 tot maximaal 30 deelnemers nodig

Is the number of subjects the result of a formal sample calculation?
No

7.7 Archiving

Where will the study documents be archived after the end of the study?
papier: in een kast op bureau hoofdonderzoeker verdiep 1 dienst Klinische Farmacologie, Blok B, Campus UZ Gent, Universiteit Gent
digitaal: 'share' klinische farmacologie - partim onderzoek

How many years will the documents be archived?
10 jaar na einde studie

ATTENTION!
Voor studies met U(Z) Gent opdrachtgever worden volgende bewaartermijnen gehanteerd:
- voor **geneesmiddelenstudies**: 25 jaar na einde studie
- voor **studies met medical devices**: 10 jaar na einde studie
- voor **alle andere experimenten**: 10 jaar na einde studie

Is the duration of archiving of study documents mentioned in the ICF?
Yes

Declaration before submission

ATTENTION!
Na het invullen van de aanvraag kan u deze **indienen via het tabblad "Algemeen"** door op de groene knop *"Dien aanvraag in"* te klikken. Die knop verschijnt pas wanneer alle verplichte velden ingevuld zijn en onderstaande statements werden bekrachtigd.

Tijdens het indieningsproces zijn bepaalde stappen in het ticket enkel uitvoerbaar door de aanvrager. Meer informatie over het indienen en opvolgen van de aanvraag is terug te vinden in de handleiding onderzoeksportaal

Een aanvraag zal pas **ontvankelijk** verklaard worden door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan U(Z)Gent wanneer de noodzakelijke gegevens (naam, categorie, titel, versienummer, versiedatum en taal) werden aangevuld voor de documenten die ingediend worden.
Dat kan **per document** aangevuld worden via het blauw potloodje onder de kolom "actie" in het tabblad "Documenten". Meer informatie alsook een handleiding is terug te vinden in het "handvat documenten in het onderzoeksportaal".

Statements before submission
Alle gegevens bij de documenten werden ingevuld., Deze aanvraag werd naar waarheid ingevuld., De studie zal pas gestart worden nadat alle noodzakelijke goedkeuringen (Commissie voor Medische Ethiek, FAGG , FANC, DAC - welke van toepassing) verkregen werden., De studie zal pas gestart worden nadat alle noodzakelijke contracten getekend zijn (indien van toepassing)., De start en het verdere verloop van de studie zullen doorgegeven worden via het tabblad "Opvolging studie (Life cycle study)".