De visie van huisartsen op de afbouw van langdurig antidepressivagebruik: een kwantitatieve vragenlijststudie

Edith Belpaire, Katholieke Universiteit Leuven

Leen Parijs, Katholieke Universiteit Leuven

Jeroen Wyckmans, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: dr. Van Leeuwen Ellen, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2023 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Dankwoord

Bij het afronden van deze master-na-master thesis wensen we graag enkele mensen te bedanken die op verschillende manieren hebben bijgedragen aan het tot stand komen van dit werk.

In de eerste plaats willen we onze promotor, Dr. Van Leeuwen Ellen, bedanken voor de begeleiding gedurende ons onderzoeksproces. Zij voorzag ons van constructieve feedback, snelle bereikbaarheid en opvolging wat een grote meerwaarde bood tijdens de verschillende fasen van deze thesis. Zij gaf bij de opstart reeds belangrijke richtinggevende studies, relevante literatuur en inzage in haar systematische review die volop in publicatieproces was. Dit vormde reeds een waardevolle basis voor het verder uitwerken van ons onderzoek. Zij zorgde verder ook voor het opstellen en indienen van het onderzoeksprotocol bij de Ethische Commissie.

Daarnaast wensen we ook alle deelnemende huisartsen hartelijk te bedanken voor hun vrijwillige deelname aan onze studie. Door het invullen van de vragenlijsten hebben zij een essentiële bijdrage geleverd aan de realisatie van ons onderzoek. Zonder hun tijd en praktijkervaring was deze thesis niet stand kunnen komen.

Tot slot bedanken we ook graag onze praktijkopleiders en onze families voor hun steun en aanmoediging tijdens het volledige proces.

Bedankt!

Edith, Leen & Jeroen

Abstract

Achtergrond: Depressie is een belangrijk gezondheidsprobleem in België met een prevalentie van 13.5% en een aanzienlijke ziektelast. De behandeling van depressie is afhankelijk van de ernst van de klachten, eerdere behandelervaringen en de voorkeur van de patiënt, en kan bestaan uit psychologische interventies en/of antidepressiva (AD). België behoort tot één van de grootste gebruikers van AD in Europa: meer dan één op acht Belgen gebruikt deze medicatie. Bovendien gebruikt bijna drie kwart van de patiënten AD langer dan één jaar, wat de aanbevolen behandelingsduur overschrijdt. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het merendeel van de voorschriften.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek heeft als doel om enerzijds in kaart te brengen welke barrières en facilitatoren zorgverleners ervaren bij het afbouwen van langdurig AD gebruik. Anderzijds wordt onderzocht in welke mate deze factoren een rol spelen bij huisartsen en welke het meest bepalend zijn in het afbouwproces.

Methode: De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Gent. Er werd een update uitgevoerd van een systematische review uit 2024. Op basis hiervan werd een online vragenlijst ontwikkeld in LimeSurvey, bestaande uit een reeks barrières en facilitatoren (beoordeeld via een Likertschaal), attitudes ten aanzien van antidepressivagebruik (schaal 1–10) en demografische gegevens. We bereikten huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) via LOK-groepen, online verspreiding, nieuwsbrieven en persoonlijke netwerken. De gegevens werden descriptief geanalyseerd.

Resultaten: Het literatuuronderzoek, aangevuld met drie recente studies, identificeerde diverse barrières en facilitatoren die werden gecategoriseerd in acht thema's: opvattingen over AD, angsten, rol en verantwoordelijkheid, opvattingen over het stoppen, vertrouwen in eigen kunnen, patiëntbereidheid tot stoppen en de steun van naasten en de steun van andere zorgverleners. De vragenlijst werd door 151 huisartsen en HAIO's ingevuld. De belangrijkste facilitatoren zijn patiëntgebonden: een expliciete vraag tot stoppen (94,04%), vertrouwen van de patiënt in eigen kunnen (91,39%) en een klinisch stabiele psychosociale context (86,75%). Ook samenwerking met andere zorgverleners (73,51%), kennis van de psychosociale context (75,50%) en steunfiguren (66,89%) worden frequent als ondersteunend ervaren. De meest uitgesproken barrières zijn weerstand van de patiënt (74,17%), angst voor herval (68,88%) en een moeilijke psychosociale context (68,87%). Huisartsen hebben meer vertrouwen in effectiviteit en veiligheid bij volwassenen dan bij ouderen, met een hogere afbouwprioriteit bij ouderen. Ondanks een hoog gevoel van bekwaamheid (76,82%), blijft zelfzekerheid (53,64%) en training (45,70%) beperkter.

Discussie en conclusie: Deze bevindingen benadrukken dat het succesvol afbouwen van AD voornamelijk wordt bepaald door factoren binnen de thema's bereidheid van de patiënt om te stoppen, angsten, vertrouwen in eigen kunnen en de steun van naasten en zorgverleners. Toekomstige interventies dienen zich te richten op patiënteducatie, versterking van psychosociale ondersteuning en het verhogen van de competenties en zelfzekerheid van huisartsen, waarbij de arts-patiëntrelatie en gedeelde besluitvorming centraal staan.

Inhoudstafel

Dankwoord 3
Abstract 4
Inhoudstafel 5
Inleiding 7
Epidemiologie 7
Depressie 10
Behandeling van depressie 11
Antidepressiva 12
Methoden 15
Literatuuronderzoek 15
Dataverzameling 15
Data-analyse 15
Kwantitatief onderzoek 16
Opstellen van de vragenlijst 16
Dataverzameling 17
Data-analyse 17
Resultaten 18
Literatuuronderzoek 18
Barrières en facilitatoren die zorgverleners ervaren bij het stoppen van AD 18
Kwantitatief onderzoek 22
Demografische gegevens 22
Facilitatoren die huisartsen ervaren bij het stoppen van antidepressiva 23
Barrières die huisartsen ervaren bij het stoppen van antidepressiva 24
Houding van huisartsen ten opzichte van langdurig antidepressiva gebruik 27
Respons op open vraag 28
Discussie 29
Samenvatting van de resultaten 29
Vergelijking met literatuur 30
Sterktes en beperkingen 31
Literatuuronderzoek 31
Kwantitatief onderzoek 31
Implicaties voor de praktijk 32
Conclusie 34
Bibliografie 35

Bijlagen 38
Bijlage 1. Goedkeuring Ethische Commissie 38
Bijlage 2. 2023 Pubmed zoekstrategie 44
Bijlage 3. Vragenlijst thesisonderzoek 47
Bijlage 4. Informatiefiche thesisonderzoek 53
Bijlage 5. Geïnformeerde toestemming alvorens deelname aan thesis onderzoek 54

Inleiding

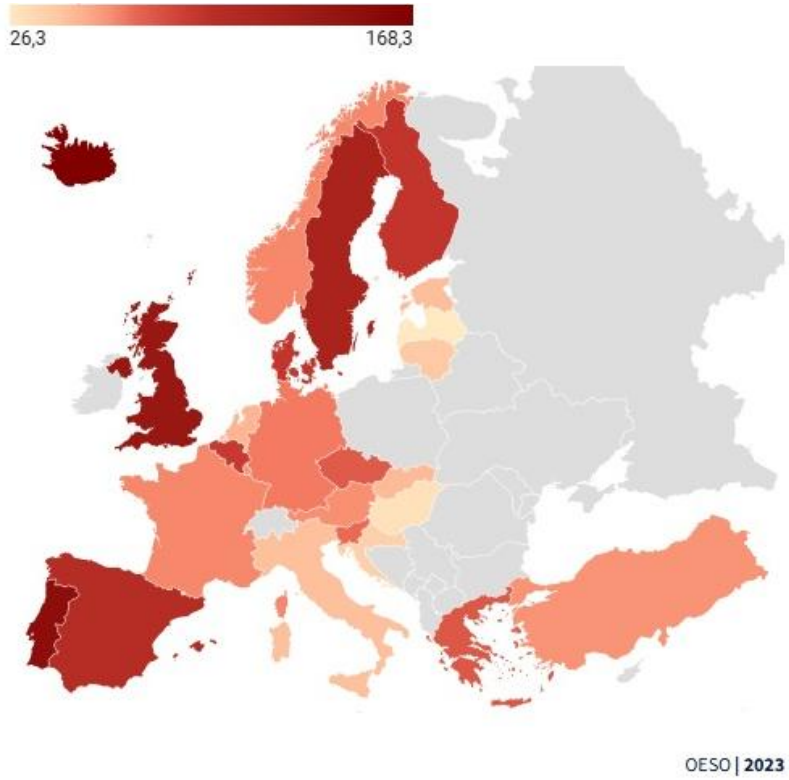
Dit thesisonderzoek werd uitgevoerd in het kader van een master-na-master opleiding in de huisartsgeneeskunde. Het onderzoekt de houding van huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) in België ten aanzien van het afbouwen en stoppen van langdurig antidepressivagebruik in de eerstelijnszorg. Facilitatoren en barrières werden reeds geïdentificeerd aan de hand van kwalitatief onderzoek. Via een vragenlijst wordt nagegaan in welke mate huisartsen en HAIO's deze barrières en facilitatoren in de praktijk ervaren.

Epidemiologie

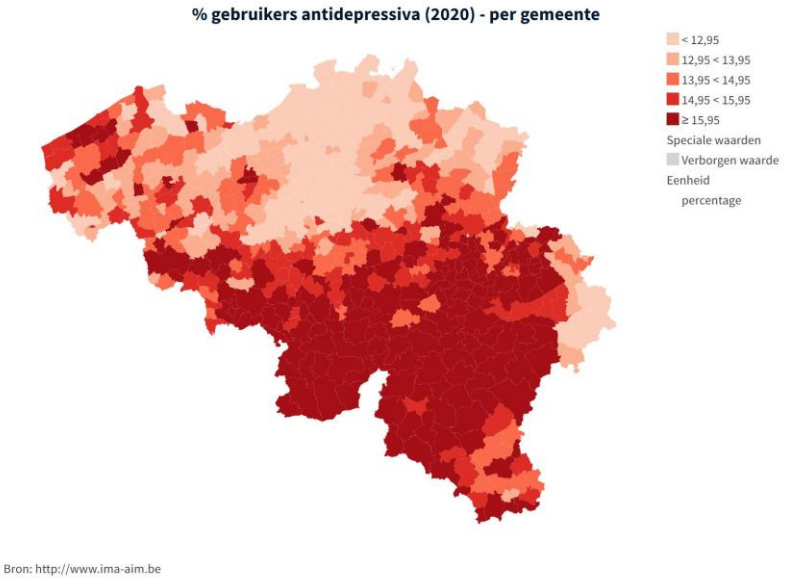
Depressie is een belangrijk gezondheidsprobleem in België. Volgens gegevens uit de achtste Belgische Gezondheids- en welzijnscohort (BELHEALTH), gepubliceerd in maart 2025, bedraagt de prevalentie van depressie 13,5% (1). De Wereldgezondheidsorganisatie schat de wereldwijde prevalentie op 4% (2). Binnen de BELHEALTH-cohort rapporteerde 10% van de deelnemers hun subjectieve geestelijke gezondheid als slecht tot zeer slecht. Eerdere analyses tonen aan dat depressie vaker voorkomt bij vrouwen, bij personen tussen 18 en 29 jaar, bij mensen met een laag opleidingsniveau en bij inwoners van het Waalse en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. Daarnaast vertonen patiënten met multipele comorbiditeiten (d.i. minstens 2 chronische aandoeningen) vaker hogere niveaus van depressie in vergelijking met patiënten zonder of met maximum één chronische aandoening (3). Volgens de huisartsendatabank Intego bedroeg in 2024 de prevalentie van een depressieve stoornis (ICPC-2 code: P76) 27,55 per 1.000 patiënten met een incidentie van 11,50 per 1.000 patiënten (4). De ziektelast, uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY's), toont dat depressie in 2022 de grootste bijdrage levert aan verloren gezonde levensjaren in België, gevolgd door longkanker, ischemisch hartlijden, lage rugpijn en overmatig alcoholgebruik (5).

Antidepressiva (AD) zijn geïndiceerd voor de behandeling van depressie, angststoornissen en andere aandoeningen, zoals neuropathische pijn, boulimia nervosa, etc (6). Volgens het OESO-rapport ("Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling") bedraagt de standaard dagdosis ("Defined Daily Dose" of DDD) in België 90,2 per 1000 inwoners. Enkel IJsland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk noteren hogere cijfers (zie fig. 1) (7). Volgens gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) gebruikt 13,7% van de Belgische volwassenen (≥ 18 jaar) minstens één keer een antidepressivum. Er is een hoger gebruik van AD in het Waals Gewest (16,5%) in vergelijking met het Vlaamse (13,1%) en het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest (11,3%) (zie fig. 2). Het gebruik van AD ligt in alle leeftijdscategorieën hoger bij vrouwen dan bij mannen. Bij personen ouder dan 65 jaar bedraagt het gebruik 19,7%. Van deze gebruikers verblijft 48,6% in een woonzorgcentrum. De afgelopen tien jaar is de groep die AD langer dan 12 maanden gebruikt met bijna 6% gestegen, terwijl de groep met een zeer korte behandelingsduur (korter dan 3 maanden) afneemt. In 2020 gebruikte 74,0% van de AD-gebruikers de medicatie langer dan 12 maanden, hetgeen een toename is ten opzichte van 2010 (zie fig. 3). Dit langdurig gebruik wordt vaker vastgesteld bij 65-plussers en in het Waalse Gewest (zie fig. 4) (7,8).

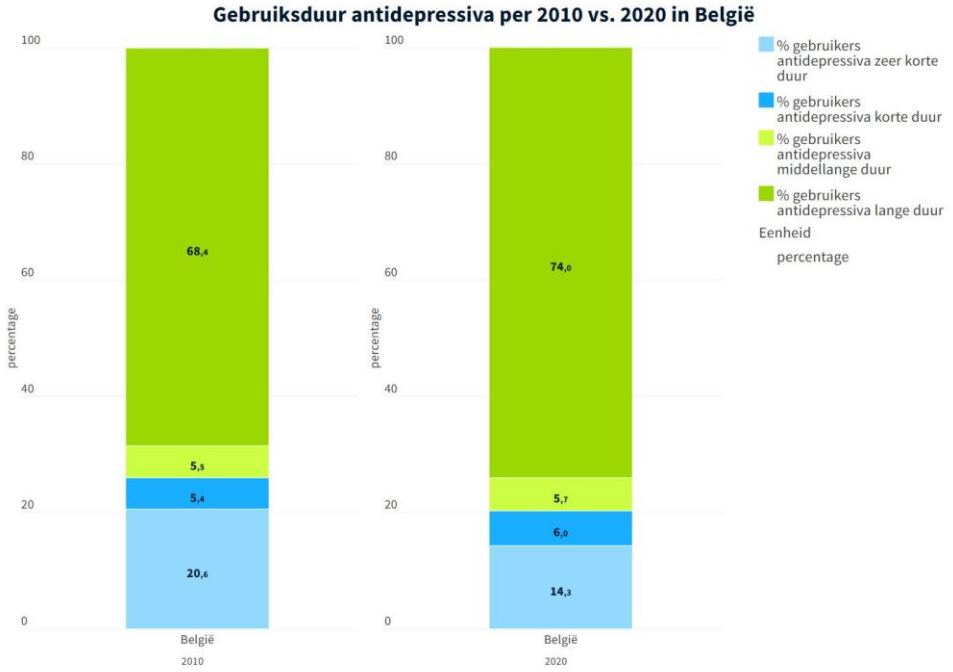
Figuur 1. Gebruik van antidepressiva in Europa in 2023 (in DDD per 1.000 rechthebbenden) (7). *"De DDD is een benadering van de hoeveelheid werkzame stof die een volwassene met een lichaamsgewicht van 70kg gemiddeld per dag krijgt (als onderhoudsdosis bij chronische therapie) wanneer het geneesmiddel voor de hoofdindicatie is voorgeschreven"* (9).



Figuur 2. Percentage gebruikers van AD per gemeente in 2020 (8).

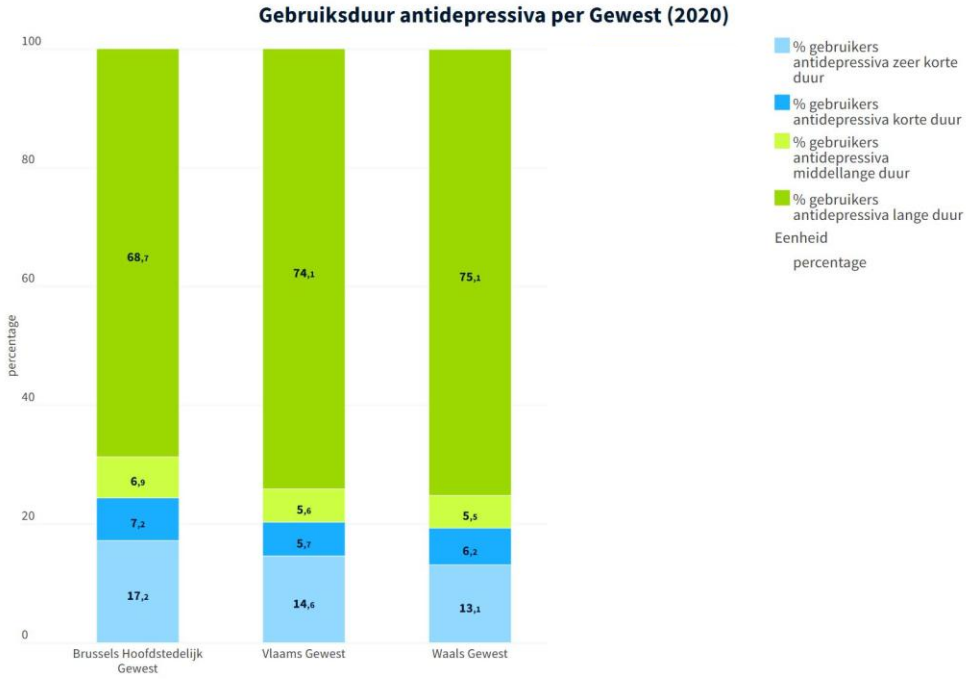


Figuur 3. Gebruiksduur van antidepressiva in België in 2010 vs. 2020. Het percentage AD gebruikers met een zeer korte, korte, middellange en lange therapieduur betreffen respectievelijk een therapieduur korter dan drie maanden, tussen 3 tot 6 maanden, tussen 6 tot 12 maanden en langer dan 12 maanden (8).



Bron: http://www.ima-aim.be

Figuur 4. Gebruiksduur van antidepressiva per Gewest in 2020. Het percentage AD gebruikers met een zeer korte, korte, middellange en lange therapieduur betreffen respectievelijk een therapieduur korter dan drie maanden, tussen 3 tot 6 maanden, tussen 6 tot 12 maanden en langer dan 12 maanden Klik of tik om tekst in te voeren..



Bron: http://www.ima-aim.be

Huisartsen zijn verantwoordelijk voor 74% van alle AD voorschriften en vormen daarmee de belangrijkste voorschrijvers van AD, gevolgd door psychiaters met 14% (10). Om deze reden onderzoeken we de beweegredenen van huisartsen voor het al dan niet afbouwen van langdurig AD gebruik. In deze thesis focussen we specifiek op langdurig AD gebruik voor de indicatie depressie; andere indicaties worden buiten beschouwing gelaten.

Depressie

Over het algemeen wordt screening naar depressie niet aanbevolen. Eerstelijnsrichtlijnen bevelen wel aan om alert te zijn voor signalen van depressie en om aan "casefinding" te doen. Zo nodig, kan diagnostisch getoetst worden of aan de DSM-5 criteria van depressie voldaan wordt (11).

Tabel 1. DSM-5 criteria van een depressieve stoornis (12).

A	Depressie: **aanwezigheid van vijf van onderstaande symptomen, waarvan minstens één kernsymptoom, gedurende minstens twee aaneengesloten weken.**
	Kernsymptomen - Sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag (dysforie), - Duidelijke vermindering van interesse of plezier in (vrijwel) alle activiteiten, bijna dagelijks en gedurende het grootste deel van de dag (anhedonie).
	Overige symptomen - Duidelijke gewichtsvermindering of –toename (minstens 5%) of veranderde eetlust, - Slapeloosheid of overmatig slapen, - Psychomotore agitatie of remming, - Moeheid of energieverlies, - Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, - Verminderd vermogen tot nadenken, concentratieverlies of besluiteloosheid, - Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten, een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.
B	De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode (dus geen tot weinig manische kenmerken).
C	De symptomen veroorzaken klinisch significant lijden of belemmering in sociale, beroepsmatige of andere belangrijke omstandigheden.
D	De symptomen zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van middelengebruik (bijvoorbeeld drugs of medicatie) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).
E	De symptomen kunnen niet beter worden verklaard door rouw, bijvoorbeeld na het verlies van een geliefde persoon, de symptomen van rouw duren langer dan twee maanden of worden gekenmerkt door belemmering in het functioneren, preoccupatie met waardeloosheid, suïcidale gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische retardatie.

Een verdere onderverdeling van de depressieve stoornis is gebaseerd op of het een eerste episode of een recidief betreft, evenals de ernst (licht, matig of ernstig), de aanwezigheid van psychotische kenmerken en de mate van remissie (gedeeltelijk of volledig) (12). De ernstinschatting is een subjectief gegeven in functie van de lijdensdruk die ervaren wordt en de invloed van de depressie op het dagelijks functioneren van de patiënt.

Aanvullend klinisch of technisch onderzoek is in de regel niet nodig, tenzij er een aanwijzing is voor een onderliggende aandoening (bv. symptomen van hypothyreoïdie). Bij ouderen kent depressie veelal een meer ernstig beloop met hoger suïcide risico en meer functioneel verlies. Cognitief verval dient bij deze patiëntenpopulatie uitgesloten te worden alvorens de diagnose van depressie te stellen. Op indicatie kan (beperkt) aanvullend labo onderzoek plaatsvinden, doch hier is geen consensus over (11).

Het beloop van een depressie is afhankelijk van verschillende factoren, maar bij ongeveer 50% van de patiënten is de depressie na een half jaar voorbij (13). Remissie (of herstel) wordt gedefinieerd als een periode van twee maanden of langer waarin zich geen of maximaal twee symptomen in lichte mate hebben voorgedaan. Risicofactoren voor een langzamer herstel van de depressie zitten in de reeds lange duur van de depressieve episode, onderliggende psychiatrische comorbiditeiten (zoals angst, psychose en persoonlijkheidsstoornissen) en de ernst van de symptomen. Er is een hoger risico op recidief bij patiënten die een ernstige episode doormaakten, jongere patiënten en patiënten met een voorgeschiedenis van meerdere voorafgaande depressieve episoden (12).

Behandeling van depressie

Volgens de Belgische huisartsenrichtlijnen (Domus Medica) wordt een stapsgewijze behandelmethode aanbevolen, waarbij de keuze van de interventie afhankelijk is van de ernst van de klachten en de voorkeur van de patiënt. Bij milde tot matige depressieve klachten worden in eerste instantie niet-medicamenteuze interventies ingezet. Antidepressiva worden aanbevolen bij matige tot ernstige depressie of wanneer klachten persisteren ondanks eerdere interventies (11). Dit “stepped-care model” is gebaseerd op de richtlijn van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) uit 2010 (14).

Tabel 2. Beleid depressie volgens het “stepped care model” (11).

Ernstige depressie, hoog suïciderisico	Medicatie, psychotherapie, ECT, crisisteams, combinatiebehandeling en zo nodig ziekenhuisopname
Matig tot ernstige depressie enerzijds, en anderzijds persisterende depressieve klachten, milde tot matige depressie die onvoldoende reageren op voorgaande stappen	Medicatie, (hoogintensieve) psychotherapie, combinatie psychotherapie en medicatie, ‘collaborative care’ en zo nodig verwijzing
Persisterende depressieve klachten, milde tot matige depressie	Laagintensieve psychosociale interventies, psychotherapie en zo nodig verwijzing
Klachten die aan depressie of depressieve klachten doen denken	Diagnostische oppuntstelling, ondersteuning, psycho-educatie, ‘active monitoring’ en zo nodig verwijzing

De Britse NICE-richtlijn werd in 2022 herzien en introduceerde het zogenoemde “matched care model”, waarbij de behandeling wordt afgestemd op de ernst van de klachten, eerdere behandelervaringen en de voorkeuren van de patiënt(15). Dit model vertrekt niet langer vanuit een strikt stapsgewijze benadering, maar legt de nadruk op gedeelde besluitvorming. Bij milde depressie krijgen psychologische interventies de voorkeur boven medicamenteuze behandeling. AD worden niet routinematig als eerstelijnsbehandeling aanbevolen, maar eerder ingezet bij matige tot ernstige depressie, bij onvoldoende effect van psychologische interventies, of wanneer dit aansluit bij de voorkeur van de patiënt (15).

Tabel 3. Beleid depressie volgens het "matched care model" (15).

Klachten die aan depressie of depressieve klachten doen denken	Diagnostische oppuntstelling, doorverwijzing indien nodig, psycho-educatie, actieve monitoring en ondersteuning
Milde depressie	Laag- of hoogintensieve psychologische en psychosociale interventies; medicamenteuze behandeling kan overwogen worden
Matige tot ernstige depressie of milde depressie met beperkte respons op eerdere behandeling	Medicatie, laag- of hoogintensieve psychologische interventies, combinatiebehandeling (psychotherapie en medicatie)
Chronische depressie, psychotische depressie of depressie met comorbiede persoonlijkheidsproblematiek	Medicatie, hoogintensieve psychologische interventies, elektroconvulsietherapie (ECT), crisishulpverlening, combinatiebehandeling, multidisciplinaire en eventueel residentiële of ziekenhuiszorg

Antidepressiva

Volgens de Belgische huisartsenrichtlijnen (Domus Medica) bestaat de medicamenteuze behandeling in de eerste lijn uit selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) of tricyclische antidepressiva (TCA's). De keuze tussen beide wordt onder meer bepaald door het bijwerkingenprofiel en patiëntgebonden factoren (11). De Nederlandse NHG-standaard en de Britse NICE-richtlijn geven de voorkeur aan een SSRI als eerste stap (13,15). De NICE-richtlijn noemt daarnaast een serotonine-noradrenaline-heropnameremmer (SNRI) of een ander antidepressivum als alternatief bij onvoldoende respons (15). Andere klassen van AD, zoals de MAO-remmers of atypische antidepressiva, worden in dit onderzoek niet verder besproken, aangezien zij geen deel uitmaken van de standaard eerstelijnszorg.

Antidepressiva gaan vaak gepaard met nevenwerkingen. Voor SSRI's omvatten deze onder andere hoofdpijn, slapeloosheid, gastro-intestinale bijwerkingen (nausea, diarree, bloedingen), seksuele dysfunctie en hyponatriëmie. Bij TCA's omvatten deze onder andere gewichtstoename, orthostatische hypotensie, hartgeleidingsstoornissen en anticholinerge effecten zoals duizeligheid, constipatie, slaperigheid, droge mond (6).

Na het bereiken van remissie wordt een voortgezette behandeling aanbevolen ter preventie van herval (16,17). Er is weinig beschikbare literatuur over de ideale behandelduur. Richtlijnen baseren zich op consensus, en adviseren om AD minstens 6 maanden na remissie verder te zetten. Bij patiënten met een verhoogd risico op herval of met een ernstig ziektebeloop kan een meer langdurige behandeling overwogen worden (13). Tabel 4 voorziet een overzicht van de normale en langere behandelingsduur per richtlijn, inclusief de indicaties voor een langere behandelingsduur.

Tabel 4. Behandelduur AD volgens richtlijnen.

	Normale behandelingsduur	Langere behandelingsduur	Indicaties voor een langere behandelingsduur
Belgische richtlijn (Domus Medica) (11)	6 maanden na volledige remissie	Ten minste twee jaar	- Verhoogd risico op herval - Restsymptomen - Voorgeschiedenis van ernstige of langdurige episodes - Ernstige gevolgen van herval (suïcidepoging, functieverlies, onmogelijkheid om te werken)
Nederlandse richtlijn (NHG) (13)	> 6 maanden	Ten minste één jaar	- Eerdere, ernstige, persisterende depressie
Britse richtlijn (NICE) (15)	> 6 maanden	Niet vermeld	- Meerdere depressieve episodes, zeker binnen periode van 2 jaar - Onvolledige respons - Slechte coping mechanismen - Andere fysieke of mentale problemen - Persoonlijke, sociale of omgevingsfactoren

Afbouwen van antidepressiva

Na het bereiken van de aanbevolen behandelingsduur wordt aanbevolen antidepressiva geleidelijk af te bouwen. Hoewel wetenschappelijke evidentie over de ideale snelheid, duur en dosisreducties ontbreken, is een geleidelijke afbouw essentieel om onttrekkingsverschijnselen te voorkomen (18). Deze verschijnselen treden op bij ongeveer de helft van de gebruikers, waarbij de helft van die groep de klachten als ernstig ervaart. De symptomen kunnen bovendien enkele maanden tot zelfs een jaar aanhouden (19).

Bovendien worden deze klachten vaak verkeerdelijk geïnterpreteerd als een herval in depressie, wat leidt tot onnodig langdurig AD gebruik (18). Om dit onderscheid te maken, kan het acroniem “FINISH” ("flu-like” symptomen, insomnia, nausea, ”imbalance”, “sensory disturbances” en hyperarousal) helpen bij de herkenning van onttrekkingsverschijnselen (13). Bovendien treden onttrekkingssymptomen meestal binnen enkele dagen na het stoppen of een dosisverlaging op, terwijl een herval in depressie doorgaans na minstens twee tot drie weken optreedt. Alsook verdwijnen de onttrekkingssymptomen meestal binnen enkele dagen bij het herstarten of terug opdrijven van het antidepressivum naar de klachtenvrije dosis (18).

Langdurig gebruik van antidepressiva

Men spreekt van langdurig gebruik wanneer antidepressiva langer worden gebruikt dan de richtlijnen aanbevelen. Dit kan leiden tot onnodige kosten, bijwerkingen en geneesmiddelinteracties (6). Dit terwijl bewijs voor een klinisch belangrijk effect van AD op lange termijn ontbreekt (20). In de Verenigde Staten blijkt dat tot 25% van de patiënten antidepressiva langer dan tien jaar gebruikt, met een mediane voorschrijfduur van ongeveer 5 jaar (21). Zoals eerder vermeld, vertoont ook België een stijgende trend in het langdurig gebruik (8,22). Aangezien huisartsen de belangrijkste voorschrijvers zijn, is er nood aan onderzoek naar hun beweegredenen omtrent het continueren van deze therapie (10).

Uit kwalitatief onderzoek van Van Leeuwen et al. blijkt dat huisartsen terughoudend zijn in het initiëren van het afbouwproces. Belemmerende factoren zijn onder meer angst voor herval, het ontbreken van een duidelijke aanleiding om het behandelplan te herzien, geen vraag tot stoppen van de patiënt en een gebrek aan tijd of expertise om het proces adequaat te begeleiden. Anderzijds zijn er faciliterende factoren, zoals de aanwezigheid van comorbiditeiten bij de patiënt, een actief verzoek tot stoppen van de patiënt of het ervaren van een positieve levensgebeurtenis (23).

Er is ook onderzoek gedaan naar de visie van patiënten. Zij geven aan schrik te hebben voor herval, sterk te geloven in de effectiviteit van AD en weinig hinder te ervaren van bijwerkingen. Daarnaast rapporteren zij een gebrek aan vertrouwen in de eigen coping mechanismen en angst om stressvolle situaties zonder medicatie aan te gaan, vaak gevoed door negatieve ervaringen bij eerdere stoppogingen. Dit kan resulteren in een subjectief gevoel van afhankelijkheid. Anderzijds benadrukken patiënten wel het belang van de steunende en initiërende rol van hun huisarts in dit proces (24).

De doelstelling van dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste wordt via een literatuuronderzoek nagegaan welke barrières en facilitatoren zorgverleners ervaren bij het afbouwen van langdurig AD gebruik. Deze bevindingen vormen de basis voor de ontwikkeling van een vragenlijst. Vervolgens wordt onderzocht in welke mate deze factoren een rol spelen bij huisartsen tijdens het afbouwproces. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is om aanknopingspunten te bieden voor de ontwikkeling van gerichte interventies, richtlijnen en opleidingen, gebaseerd op de meest uitgesproken barrières en facilitatoren.

Methoden

Met dit kwantitatief onderzoeksopzet werd onderzocht in welke mate eerder geïdentificeerde barrières en facilitatoren een rol spelen voor huisartsen bij het stopzetten van langdurig AD gebruik. In een eerste fase werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd om bestaande kennis over dit onderwerp in kaart te brengen. Op basis van deze bevindingen werd een vragenlijst ontwikkeld om de impact van deze factoren bij huisartsen kwantitatief te onderzoeken. Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) met het referentienummer B6702024000405 (zie bijlage 1).

Literatuuronderzoek

We kregen bij de start van ons literatuuronderzoek inzage in de systematische review van Van Leeuwen et al (25). Deze review werd gepubliceerd in april 2024 en biedt een uitgebreid overzicht van de barrières en facilitatoren die zorgverleners ervaren bij het staken van langdurig AD gebruik. De oorspronkelijke review includeerde alle relevante studies gepubliceerd tot en met augustus 2023.

Dataverzameling

Om de bevindingen te actualiseren en eventuele nieuwe barrières of facilitatoren te identificeren, werd een update van de bestaande literatuur uitgevoerd. De zoekstrategie van de oorspronkelijke review werd herhaald in Pubmed (zie bijlage 2). Hierbij werd een filter toegepast om uitsluitend artikels vanaf januari 2023 te selecteren, aangezien het niet mogelijk was op maanden te selecteren. De laatste zoekactie vond plaats op 26 maart 2026. De screening van de artikels gebeurde door één onderzoeker (EB) op basis van titel en abstract en zo nodig op volledige tekst.

Inclusiecriteria

Studies werden geïncludeerd indien zij:

1. Gebruikmaakten van kwalitatieve methoden voor dataverzameling en -analyse (zoals interviews en focusgroepen);
2. Inzichten rapporteerden van zorgverleners over barrières en facilitatoren bij het staken of continueren van langdurig antidepressivagebruik;
3. Engelstalig waren en de volledige tekst beschikbaar was.

Exclusiecriteria

Studies werden geëxcludeerd indien zij:

1. Uitsluitend gebaseerd waren op kwantitatieve gegevens (bijv. enquêtes);
2. Gepubliceerd waren als secundaire literatuur (systematische of scoping reviews). Deze reviews werden enkel gecontroleerd op primaire kwalitatieve studies die nog niet in de basisreview waren opgenomen; dergelijke studies werden vervolgens getoetst aan de bovenstaande inclusiecriteria.

Data-analyse

Uit de gevonden relevante studies werden de resultaten die betrekking hadden op barrières en facilitatoren geëxtraheerd. Deze bevindingen werden vervolgens naast de thematische synthese van

Van Leeuwen et al. gelegd (25). Hierbij werden de resultaten van de nieuwe artikelen ondergebracht binnen de reeds bestaande thema's en subthema's.

Kwantitatief onderzoek

Opstellen van de vragenlijst

Het doel van deze studie was om kwantitatief te onderzoeken in welke mate huisartsen barrières en facilitatoren ervaren bij het afbouwen van langdurig AD gebruik via een vragenlijst.

De ontwikkeling van de vragenlijst startte op 27 februari 2024. Hierbij vertrokken we van de systematische review Van Leeuwen et al. die een overzicht biedt van de belangrijkste barrières en facilitatoren bij het stopzetten van langdurig antidepressiva gebruik door zorgverleners (25). Op basis van deze review werden de geïdentificeerde barrières en facilitatoren geformuleerd als concrete stellingen. De inhoud van de vragenlijst werd gevalideerd en verfijnd onder begeleiding van de promotor, dr. Ellen Van Leeuwen, huisarts en klinisch farmacoloog verbonden aan de UGent en het BCFI ("Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie").

De voorlopige versie van de vragenlijst werd uitgetest bij vier huisartsen uit één opleidingspraktijk van één onderzoeker (LP), met als doel na te gaan of de vragen duidelijk en werkbaar waren. Op basis van hun feedback werden aanpassingen doorgevoerd.

De definitieve vragenlijst werd opgesteld op 23 april 2025 in LimeSurvey (d.i. een online enquête software, ondersteund door KU Leuven) en is terug te vinden in bijlage 3. De vragenlijst bestond uit vijf onderdelen:

1. **Barrières:** 29 stellingen over obstakels bij het stopzetten van antidepressiva, gescoord op een 5-punt Likertschaal (1 = helemaal geen barrière, 5 = zeer grote barrière). De stellingen kaderden binnen acht thema's: opvattingen over AD, angsten, rol en verantwoordelijkheid, opvattingen over het stoppen van AD, vertrouwen in eigen kunnen, patiëntbereidheid tot stoppen, steun van naasten en steun van andere zorgverleners.
2. **Facilitatoren:** 17 stellingen over factoren die het afbouwen van antidepressiva bevorderen, eveneens gescoord op een 5-punt Likertschaal (1 = helemaal geen facilitator, 5 = zeer sterke facilitator). De stellingen kaderden binnen acht thema's: opvattingen over AD, angsten, rol en verantwoordelijkheid, opvattingen over het stoppen van AD, vertrouwen in eigen kunnen, patiëntbereidheid tot stoppen, steun van naasten en steun van andere zorgverleners.
3. **Houding van huisartsen** ten opzichte van langdurig AD gebruik**:** drie subthema's, elk gescoord op een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 de hoogste score vertegenwoordigt:
    a. ***Werkzaamheid en veiligheid***: twee stellingen over de werkzaamheid en veiligheid van langdurig antidepressivagebruik;
    b. ***Vertrouwen in eigen kunnen*****:** drie stellingen over het vertrouwen van huisartsen in het afbouwproces;
    c. ***Prioriteit van stoppen met antidepressiva*****:** één beoordeling over de prioriteit die huisartsen hechten aan het stoppen van antidepressiva.
4. **Demografische gegevens:** verzameling van basisinformatie over de respondenten (geslacht, leeftijd, samenwerkingsverband van de praktijk, stedelijke of landelijke praktijk, aantal jaren werkzaam als huisarts, provincie van de praktijk).
5. **Aanvullende opmerkingen:** vrije tekstruimte voor respondenten om extra informatie of ervaringen te delen.

Dataverzameling

De doelgroep van dit onderzoek bestond uit huisartsen en HAIO's. Zij werden bereikt via volgende kanalen:

1. **LOK-meetings ("Lokaal Overleg Kwaliteitsgroep")**:
   18 verschillende LOK-verantwoordelijken werden gecontacteerd via verschillende kanalen (telefonie, e-mail), alsook gebruik makende van een informatiefiche (zie bijlage 4). We bezochten in totaal 15 LOK-groepen. Daar lichtten we eerst het doel van ons onderzoek toe, waarna de deelnemers de tijd kregen om onze vragenlijst in te vullen. Aansluitend kregen zij een presentatie over de actuele richtlijnen rond depressie en het gebruik van antidepressiva in de eerstelijnszorg.
2. **Online verspreiding**:
   De vragenlijst werd daarnaast verspreid via de nieuwsbrieven van Domus Medica (beroepsvereniging voor huisartsen in Vlaanderen) en het ICHO ("Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding").
3. **Persoonlijk contacteren van huisartsen en HAIO's:**
   Huisartsen binnen onze opleidingspraktijken werden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Daarnaast werden collega-HAIO's uit seminariegroepen en persoonlijke netwerken rechtstreeks aangesproken. Ook omliggende huisartspraktijken werden telefonisch gecontacteerd. Deze kregen nadien per e-mail een uitnodiging tot deelname of een praktijkbezoek aangevuld met een presentatie.

We schatten de invultijd op 10-15 minuten.

Data-analyse

De vragenlijst werd definitief afgesloten op 20 januari 2026. Voor de dataverwerking werden uitsluitend de volledig ingevulde vragenlijsten geanalyseerd.

In de resultatensectie wordt per stelling de absolute aantallen en de overeenkomstige percentages weergegeven in tabellen. De begeleidende tekst focust op de meest relevante trends. Om deze trends te identificeren, zijn post-hoc cut-offwaarden vastgelegd op basis van de spreiding van de resultaten. Deze drempels maken het mogelijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen factoren met een hoge consensus en factoren met een beperkte impact.

- Indien ≥80% van de respondenten een factor aanduidde als een "sterke" of "zeer sterke" barrière of facilitator (Likert-score 4 of 5), werd deze factor als zeer belangrijk beschouwd
- Indien ≥60% van de respondenten een factor aanduidde als een "sterke" of "zeer sterke" barrière of facilitator (Likert-score 4 of 5), werd deze factor als belangrijk beschouwd.
- Indien ≥60% van de respondenten een factor aanduidde als "helemaal geen" of een "lichte" barrière of facilitator (Likert-score 1 of 2), werd deze factor als weinig relevant beschouwd.
- Factoren die geen van beide drempels bereikten, werden niet descriptief gerapporteerd.

Voor de interpretatie van de houding van huisartsen ten opzichte van langdurig antidepressivagebruik werd een score van vanaf 7 beschouwd als "akkoord" en een score van 3 of minder als "niet akkoord". Scores tussen 4 en 6 werden geïnterpreteerd als gematigd en werden in deze analyse niet apart besproken.

De respons op de open vraag werd descriptief beschreven zonder verdere analyse.

Resultaten

Literatuuronderzoek

De basis voor dit literatuuronderzoek werd gevormd door de systematische review van Van Leeuwen et al. Deze review includeerde dertien studies die de perspectieven van zorgverleners (huisartsen, psychiaters, psychologen en verpleegkundigen) op langdurig AD gebruik onderzochten. Twaalf studies waren volledig kwalitatief en één studies was een mixed-methods studie, waarbij alleen het kwalitatieve deel werd meegenomen. De resultaten uit deze studies werden samengebracht door middel van een thematische synthese (25).

Om de meest recente evidentie te integreren, werd een aanvullend literatuuronderzoek uitgevoerd. De laatste zoekopdracht, uitgevoerd op 26 maart 2026, leverde 236 artikels op. Drie studies voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Daarnaast werd één scoping review gecontroleerd, deze bevatte geen nieuwe primaire studies die voldeden aan de inclusiecriteria.

De studie "*Healthcare Providers' Perspectives on Antidepressant Discontinuation: A Focus Group Study*" van Bouarfa et al. onderzocht de barrières en facilitators die zorgverleners ervaren bij het stoppen van AD. Hiervoor werden in Nederland twee focusgroepen georganiseerd met in totaal vier huisartsen, zes officina-apothekers en drie psychiaters, aangevuld met een individueel interview met een verpleegkundig specialist. De resultaten werden thematisch geanalyseerd (26).

De studie "*Barriers and facilitators to antidepressant deprescribing - A qualitative interview study with general practitioners in Germany*" van Vukas et al. richtte zich specifiek op huisartsen in Duitsland. Twintig huisartsen namen deel aan semigestructureerde interviews, waarna de data thematisch werden geanalyseerd (27).

De studie "*The missing link? Pharmacists' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants: a qualitative study*" van Van Leeuwen et al. onderzocht de visie van 14 Belgische officina-apothekers op het stoppen van langdurig AD gebruik. Aan de hand van semigestructureerde interviews werd hun perspectief in kaart gebracht, waarna de resultaten thematisch werden geanalyseerd (28).

Barrières en facilitatoren die zorgverleners ervaren bij het stoppen van AD

In de systematische review werden 31 barrières en 18 facilitatoren geïdentificeerd. Deze werden onderverdeeld in acht thema's, namelijk opvattingen over AD, angsten, rol en verantwoordelijkheid, opvattingen over het stoppen van AD, vertrouwen in eigen kunnen, patiëntbereidheid, steun door omgeving en steun van andere zorgverleners (zie figuur 5) (25).

Figuur 5. Barrières en facilitatoren onderverdeeld in 8 thema's (25).

Themes	Barriers(subthemes)	Facilitators (subthemes)
Perception of antidepressant use	Still effective	No added value in older people with dementia/severe health problems
	Ambivalence/uncertainty about effect in older adults, but benefit of the doubt	
	Lack of safety concerns, also about use in older people	Clear harm from the antidepressant: patient experiencing side effects
	Cause of depression – biochemical	Cause of depression- seasonal/intermittent need/life circumstances
Fears	Risk of destabilisation and relapse	Risk of serious harm from continuing the antidepressant due to a new health related issue
	Risk of winter/seasonal impact	
	Risk of suicide	
	Risk of withdrawal symptoms - nocebo effect	
Health Professional role and responsibility	Devolvement of responsibility:	Health Professionals own responsibility to initiate discussions about discontinuation
	1)Health Professional to patient (or trusted person) 2)Health Professional to other prescriber (initial prescriber or practice colleague, psychiatrist)	
	3)Health Professional to beyond clinical practice (pharmaceutical industry, social and policy environment)	
	Split care	Involvement in the initial antidepressant prescription
		Knowledge of the patient and continuity
Health Professionals' perceptions of antidepressant discontinuation	Discontinuation is a low priority	Discontinuation brings benefits for the patient
	Futility of discontinuation at older age	Rewarding task for the health professional
	Stopping is difficult	
	Time and energy demanding process	
	Work practices - Time constraints	
	Work practices - Repeat prescribing without review	Antidepressant review as trigger
		Medication review in nursing homes as opportunity
Health Professionals' confidence in their ability to manage	Lack of confidence in skills and knowledge	Confidence in skills and knowledge
	Lack of information/guidance and evidence that support antidepressant discontinuation	Information/guidance and evidence that support antidepressant discontinuation
Perceived patient readiness to stop by the Health Professional	Patients' difficult personal life circumstances	
	(Assumed) patients' resistance to stop/pressure to continue	Motivated patient- patient request to stop
	Patients' psychological dependence	Patients' confidence in capability to stopping & having effective coping strategies
	Stability (personal, life and social circumstances)	Stability (personal, life and social circumstances)
Support from trusted people	Pressure to continue /resistance to discontinue	Collaboration with trusted people to support discontinuation
Support from other Health Professionals	Limited available and accessible alternatives to support antidepressant discontinuation	Collaboration with other Health Professionals to support discontinuation
	Questioning expertise of other Health Professionals	
	Resistance to discontinue/pressure to continue from other Health Professionals	

De aanvullende studies van Bouarfa et al. (19 barrières, 21 facilitatoren), Vukas et al. (12 barrières, 12 facilitatoren) en Van Leeuwen et al. (7 barrières, 7 facilitatoren) vulden deze inzichten aan (26–28).

Opvattingen over antidepressiva

Zorgverleners ervaren een barrière bij het afbouwen van AD wanneer zij geloven dat deze op lange termijn effectief blijven (25). Vooral bij ouderen wordt behandeling vaak gecontinueerd vanuit het principe van het "voordeel van de twijfel", mede omdat AD als relatief veilig en goed verdragen worden beschouwd (25,28). De overtuiging dat depressie een chronische aandoening is door een biochemisch onevenwicht versterkt de neiging tot langdurige behandeling (25).

Faciliterend werkt de visie dat AD weinig zinvol zijn bij specifieke groepen, zoals bij ouderen met dementie of ernstige comorbiditeiten (25). Ook het optreden van nevenwerkingen of een visie op depressie als een situationeel of seizoensgebonden fenomeen bevordert de beslissing om te staken (25,28).

Angsten

Zorgverleners vrezen voor negatieve uitkomsten van stopzetting zoals destabilisatie, suïcidaliteit, herval en ernstige onttrekkingsverschijnselen (25,26,28). Ook eerdere mislukte stoppogingen, het taboe rond het onderwerp en de invloed van seizoenswisselingen op het mentale welzijn bemoeilijken het initiëren van het gesprek (25,26,28).

Omgekeerd werkt de angst voor negatieve gevolgen van voortzetting, zoals bij een zwangerschap of een nieuwe ziekte, juist faciliterend om de behandeling te heroverwegen (25).

Rol en verantwoordelijkheid

De ervaren verantwoordelijkheid voor het afbouwproces varieert. Barrières worden ervaren wanneer deze verantwoordelijkheid wordt verschoven naar de patiënt of diens naasten, andere zorgverleners of externe factoren, zoals de farmaceutische industrie of maatschappelijke verwachtingen (25,28). Sommige zorgverleners verschuiven de verantwoordelijkheid wanneer er sprake is van gedeelde zorg met wisselende zorgverleners, of wanneer zij weinig inzicht hebben in de medische en sociale voorgeschiedenis van de patiënt (25,26).

Het afbouwen van AD wordt daarentegen bevorderd wanneer de zorgverlener zich verantwoordelijk voelt en gemotiveerd is om patiënten te begeleiden (25,26). Het helpt wanneer de zorgverlener zelf het eerste voorschrift heeft opgesteld en vooraf afspraken maakte over stopzetting (25,26). Continuïteit in zorg en kennis van de psychosociale context van de patiënt ondersteunen dit proces (25). De apotheker ondersteunt de afbouw en fungeert als laagdrempelig aanspreekpunt voor advies en door het maken van magistrale bereidingen voor een persoonlijk afbouwschema. Daarnaast houdt de apotheker een oogje in het zeil bij bijwerkingen, begeleidt de patiënt door het proces en overlegt met de arts om de afbouw goed te laten verlopen (28). Tot slot wordt deze rol extra ondersteund wanneer de apotheker beschikt over een aparte consultatieruimte (26).

Opvattingen over stoppen met antidepressiva

De perceptie dat stopzetting van AD een lage prioriteit heeft of bij ouderen zelfs zinloos is, vormt een barrière voor het afbouwen (25). Daarnaast wordt het afbouwproces als moeilijk, energie- en tijdsintensief beschouwd, waarbij een gebrek aan adequate vergoeding als bijkomende barrière wordt ervaren (25–28). Langdurig gebruik blijft bestaan door een hoge werkdruk en het routinematig herhalen van voorschriften zonder herbeoordeling van de medicatie of de diagnose (25,26,28). Hierbij speelt het ontbreken van systematische procedures voor de identificatie van patiënten die langdurig AD gebruiken een belemmerende rol (26).

Facilitatoren zijn de overtuiging dat afbouwen voordelen biedt voor de patiënt en de voldoening die zorgverleners ervaren bij een succesvolle begeleiding (25). Ook de overtuiging dat het afbouwen van AD niet moeilijker is dan van andere medicatie werkt faciliterend (27). Het uitvoeren van periodieke medicatiereviews vormt een hulpmiddel om AD te staken (25,27,28). Dit kan verder worden ondersteund door actieve ”casefinding” en het uitvoeren van jaarlijkse zoekopdrachten in het elektronisch patiëntendossier. Daarnaast zou het gebruik van teleconsultaties voor de opvolging de toegankelijkheid van de zorg kunnen verbeteren (26).

Vertrouwen in eigen kunnen

Het afbouwproces wordt bevorderd wanneer de zorgverlener beschikt over duidelijke richtlijnen, afbouwprotocollen, patiënten folders, online tools en alerts in voorschrijfsoftware (25,26). Daarnaast dragen ervaring en zelfvertrouwen bij aan de begeleiding (25,27). Ook specifieke kennis over het risico op onttrekkingsverschijnselen en het hanteren van kleine dosisstappen werkt bevorderlijk voor het afbouwproces (26).

Barrières omvatten een gebrek aan kennis, zoals over de langetermijnrisico’s van AD en het onderscheid tussen onttrekkingsverschijnselen en herval (25,26). Daarnaast vormen beperkte (communicatie)vaardigheden en de onzekerheid bij de beslissing om de medicatie te staken barrières (25–28). Ten slotte wordt de afbouw bemoeilijkt door het ontbreken van duidelijke richtlijnen, gestandaardiseerde afbouwschema’s en praktische tools (25,26).

Patiëntbereidheid tot stoppen

De inschatting van de bereidheid van de patiënt beïnvloedt de keuze voor het al dan niet initiëren van de afbouw (25). Moeilijke levensomstandigheden, weerstand en psychologische afhankelijkheid van de patiënt zijn barrières (25,26). Ook kan stabiliteit, door het gebruik van AD, een reden zijn om de behandeling voort te zetten (25).

Daarentegen ondersteunen de eigen motivatie van de patiënt, een expliciete wens om te stoppen, effectieve coping mechanismen en stabiliteit het afbouwproces (25,27). Goede en laagdrempelige communicatie, een sterke vertrouwensrelatie, therapietrouw, gedeelde besluitvorming, zorg op maat en de ruimte voor de patiënt om zelf regie te nemen, zijn hierbij facilitatoren (26–28).

Steun van naasten

De betrokkenheid van naasten (familie of vrienden) kan zowel een faciliterende als belemmerende rol spelen. Enerzijds kunnen zij het proces ondersteunen door samen te werken met de zorgverlener en de patiënt hierin te begeleiden. Anderzijds kunnen zij druk uitoefenen om de medicatie voort te zetten of weerstand bieden tegen het stopzetten ervan (25).

Steun van andere zorgverleners

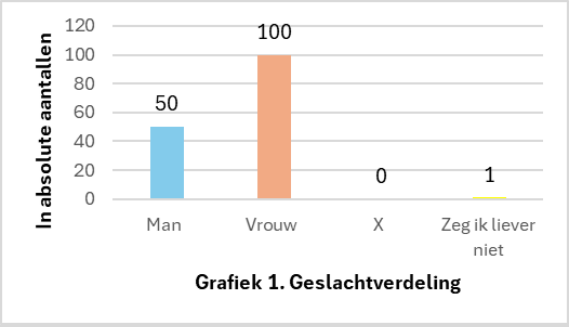
De samenwerking tussen verschillende zorgverleners kan het afbouwproces ondersteunen (25–28). Een sterk netwerk waarin de specifieke rol van elke discipline (zoals huisarts, apotheker en psycholoog) wordt erkend, werkt faciliterend (26). Enerzijds ondersteunt dit de patiënt (25,28). Anderzijds ondersteunt dit de zorgverlener via teamwerk, gedeelde verantwoordelijkheid en overleg, zoals bijvoorbeeld een medisch-farmaceutisch overleg (”MFO”) of via specifieke zorgprogramma’s (25,26,28). Onvoldoende toegankelijkheid van andere zorgverleners kan het afbouwproces bemoeilijken (25–27). Daarnaast kan onzekerheid over elkaars expertise een rol spelen, evenals weerstand of druk van collega-zorgverleners om de behandeling voort te zetten (25,26). Tot slot vormen gebrekkige communicatie, gebrekkige overdracht, en het ontbreken van duidelijke samenwerkingsafspraken barrières (26–28).

Kwantitatief onderzoek

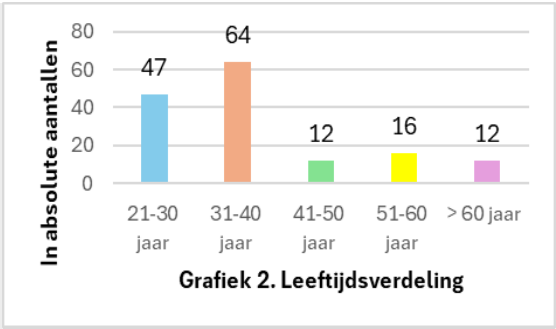
In totaal werden er 197 vragenlijsten ingevuld, waarvan 151 volledig ingevuld werden door de deelnemende huisartsen en HAIO's. Verder hadden we 46 onvolledig ingevulde vragenlijsten, die we niet verwerken in de resultaten. Deelname aan de vragenlijst duurde gemiddeld 12 minuten. Iedereen moest voor deelname zijn/haar geïnformeerde toestemming geven (zie bijlage 5).

Demografische gegevens

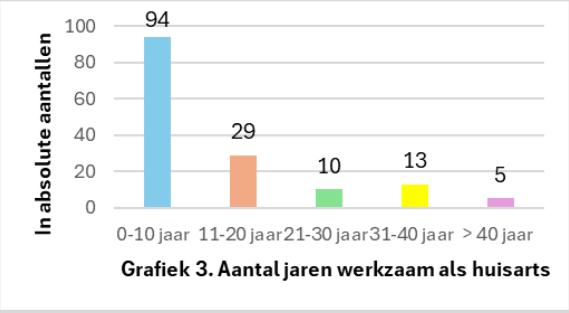
Er namen meer vrouwen deel aan de enquête (66,23%; N = 100) dan mannen (33,11%; N = 50) (zie grafiek 1). Eén respondent gaf aan dit liever niet te zeggen. De meerderheid van de huisartsen was jonger dan 40 jaar (73,51%; N = 111) (zie grafiek 2). Wat de werkervaring betreft, had de meerderheid minder dan 10 jaar ervaring (62,25%; N = 94) (zie grafiek 3). De meeste huisartsen werkten in een groepspraktijk (63,58%; N = 96), gevolgd door multidisciplinaire groepspraktijken (23,18%; N = 35), forfaitaire praktijken of wijkgezondheidscentra (7,95%; N = 12) en solopraktijken (5,30%; N = 8) (zie grafiek 4). Wat de ligging betreft, werkte het grootste deel in een dorpspraktijk (70,9%; N = 107) tegenover de stadskern (29,1%; N = 44) (zie grafiek 5). Regionaal was de steekproef voornamelijk geconcentreerd in Antwerpen (62,91%; N = 95) en Vlaams-Brabant (32,45%; N = 49) (zie grafiek 6). De demografische gegevens werden verzameld in onderstaande staafdiagrammen.



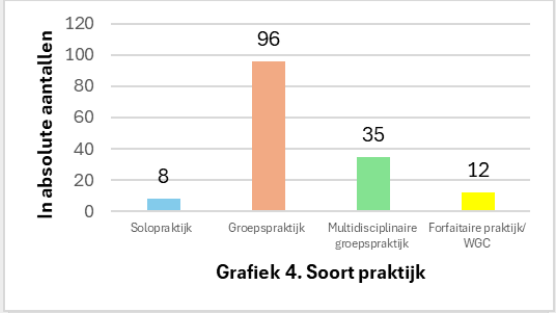
Grafiek 1. Geslachtverdeling



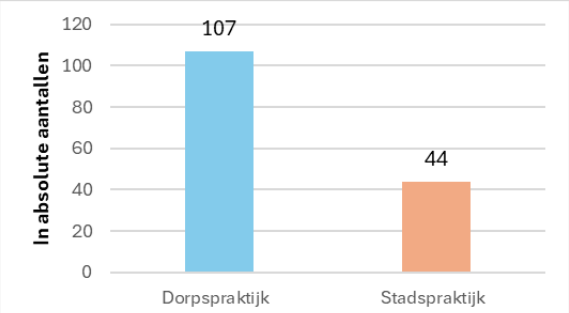
Grafiek 2. Leeftijdsverdeling



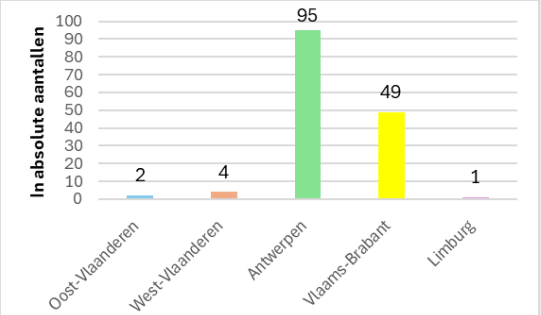
Grafiek 3. Aantal jaren werkzaam als huisarts



Grafiek 4. Soort praktijk



Grafiek 5. Ligging van de praktijk



Grafiek 6. Provincie van de praktijk

Facilitatoren die huisartsen ervaren bij het stoppen van antidepressiva

Huisartsen werden gevraagd de facilitator te scoren van één tot en met vijf, van respectievelijk "helemaal geen facilitator" naar een "zeer sterke facilitator" (zie bijlage 3). De mate waarin huisartsen verschillende factoren als faciliterend ervaren bij het stoppen van antidepressiva, is weergegeven in onderstaande tabel 5.

Tabel 5. Facilitatoren bij huisartsen in het stoppen van langdurig AD gebruik. In respectievelijk absolute en relatieve aantallen.

Aantal huisartsen (in %)				
Helemaal geen facilitator (1)	**Zwakke facilitator (2)**	**Matige facilitator (3)**	**Sterke facilitator (4)**	**Zeer sterke facilitator (5)**
Stelling 1: De patiënt is vragende partij om te stoppen met het AD.				
0 (0,00%)	0 (0,00%)	9 (5,96%)	22 (14,57%)	120 (79,47%)
Stelling 2: Het vertrouwen van de patiënt in zijn eigen kunnen om AD te stoppen.				
0 (0,00%)	0 (0,00%)	13 (8,61%)	31 (20,53%)	107 (70,86%)
Stelling 3: Een klinisch stabiele patiënt (sociaal, persoonlijk, levensomstandigheden).				
0 (0,00%)	5 (3,31%)	15 (9,93%)	49 (32,45%)	82 (54,30%)
Stelling 4: Aanwezigheid van bijwerkingen van het AD.				
1 (0,66%)	8 (5,30%)	23 (15,23%)	66 (43,71%)	53 (35,10%)
Stelling 5: Het risico op interacties/bijwerkingen bij verandering in gezondheidstoestand.				
3 (1,99%)	5 (3,31%)	34 (22,52%)	59 (39,07%)	50 (33,11%)
Stelling 6: Diagnose dementie of ernstige gezondheidsproblemen bij ouderen.				
15 (9,93%)	44 (29,14%)	58 (38,41%)	27 (17,88%)	7 (4,64%)
Stelling 7: Aanwezigheid van steunfiguren (partner, kind…).				
3 (1,99%)	16 (10,60%)	31 (20,53%)	58 (38,41%)	43 (28,48%)
Stelling 8: Samenwerking met andere zorgverleners om het stopproces te ondersteunen.				
4 (2,65%)	14 (9,27%)	22 (14,57%)	59 (39,07%)	52 (34,44%)
Stelling 9: De verantwoordelijkheid als arts om het gesprek omtrent stoppen aan te gaan.				
9 (5,96%)	23 (15,23%)	52 (34,44%)	49 (32,45%)	18 (11,92%)
Stelling 10: Het zelf opgestart hebben van het AD.				
12 (7,95%)	19 (12,58%)	35 (23,18%)	51 (33,77%)	34 (22,52%)
Stelling 11: Het kennen van de psychosociale context van de patiënt.				
3 (1,99%)	6 (3,97%)	28 (18,54%)	58 (38,41%)	56 (37,09%)
Stelling 12: De voordelen voor de patiënt door het stoppen van het AD.				
3 (1,99%)	19 (12,58%)	36 (23,84%)	59 (39,07%)	34 (22,52%)
Stelling 13: De voldoening voor de arts bij het stoppen van het AD.				
33 (21,85%)	41 (27,15%)	38 (25,17%)	23 (15,23%)	16 (10,60%)
Stelling 14: Vertrouwen in mijn eigen kennis en kunnen om het stoppen van AD op te nemen.				
9 (5,96%)	19 (12,58%)	58 (38,41%)	45 (29,80%)	20 (13,25%)
Stelling 15: Beschikbare richtlijnen en informatie over het stoppen van AD.				
12 (7,95%)	23 (15,23%)	38 (25,17%)	51 (33,77%)	27 (17,88%)
Stelling 16: Herevaluatie van het AD.				
8 (5,30%)	17 (11,26%)	60 (39,74%)	53 (35,10%)	13 (8,61%)
Stelling 17: Een medicatienazicht in het WZC als opportuniteit tot stoppen.				
11 (7,28%)	13 (8,61%)	47 (31,13%)	57 (37,75%)	23 (15,23%)

De resultaten laten zien dat bijna alle stellingen door huisartsen als helpend worden ervaren, met enkele factoren die duidelijk als zeer helpend worden gezien.

Drie stellingen werden door meer dan 80% van de huisartsen beoordeeld als een sterke of zeer sterke facilitator. Deze stellingen worden als zeer belangrijke facilitatoren beschouwd (geordend volgens afnemende relevantie):

- Stelling 1: De patiënt is vragende partij om te stoppen met het AD (94,04%; N = 142).
- Stelling 2: Het vertrouwen van de patiënt in het eigen kunnen om het AD stop te zetten (91,39%; N = 138).
- Stelling 3: Een klinisch stabiele patiënt (sociaal, persoonlijk, levensomstandigheden) (86,75%, N = 131).

Zes stellingen werden door meer dan 60% van de huisartsen beoordeeld als een sterke of zeer sterke facilitator. Deze stellingen worden als belangrijke facilitatoren beschouwd (geordend volgens afnemende relevantie):

- Stelling 4: Aanwezigheid van bijwerkingen van het AD (78,81%; N = 119).
- Stelling 11: Het kennen van de psychosociale context van de patiënt (75,50%; N = 114).
- Stelling 8: Samenwerking met andere zorgverleners om het stopproces te ondersteunen (73,51%; N = 111).
- Stelling 5: Het risico op interacties/bijwerkingen bij verandering in gezondheidstoestand (72,18%; N = 109).
- Stelling 7: Aanwezigheid van steunfiguren (partner, kind, ...) (66,89%; N = 101).
- Stelling 12: De voordelen voor de patiënt door het stoppen van het AD (61,59%; N = 93).

Er waren geen stellingen die door minstens 60% van de huisartsen als helemaal geen of zwakke facilitator werden beoordeeld.

Barrières die huisartsen ervaren bij het stoppen van antidepressiva

Huisartsen werden gevraagd de barrières te scoren van één tot en met vijf, van respectievelijk “helemaal geen barrière” naar een “zeer sterke barrière” (zie bijlage 3). De mate waarin huisartsen barrières ervaren in het afbouwen van langdurig AD gebruik, is terug te vinden in tabel 6.

Tabel 6. Barrières bij huisartsen in het stoppen van langdurig antidepressiva gebruik. In respectievelijk absolute en relatieve aantallen.

Aantal huisartsen (in %)				
Helemaal geen barrière (1)	**Lichte barrière (2)**	**Matige barrière (3)**	**Sterke barrière (4)**	**Zeer sterke barrière (5)**
Stelling 1: Het blijvende effect van AD, ook na jaren gebruik.				
26 (17.22%)	37 (24.50%)	37 (24.50%)	40 (26.49%)	11 (7.28%)
Stelling 2: De twijfel om het AD te stoppen door een mogelijk effect bij ouderen.				
33 (21.85%)	56 (37.09%)	31 (20.53%)	29 (19.21%)	2 (1.32%)
Stelling 3: Risico’s geassocieerd met langdurig gebruik van AD.				
53 (35.10%)	58 (38.41%)	22 (14.57%)	13 (8.61%)	5 (3.31%)
Stelling 4: Het AD is nodig voor het biochemisch evenwicht.				
62 (41.06%)	31 (20.53%)	30 (19.87%)	25 (16.56%)	3 (1.99%)
Stelling 5: Het risico op terugkeer van symptomen en herval in depressie door het stoppen met het AD.				

8 (5.30%)	13 (8.61%)	26 (17.22%)	69 (45.70%)	35 (23.18%)
Stelling 6: De impact van seizoensgebonden factoren (bv. winter, feestdagen, ...) op de stemming				
17 (11.26%)	32 (21.19%)	35 (23.18%)	51 (33.77%)	16 (10.60%)
Stelling 7: Het risico op suïcidaliteit bij het stoppen van het AD.				
19 (12.58%)	57 (37.75%)	43 (28.48%)	23 (15.23%)	9 (5.96%)
Stelling 8: Mogelijke onttrekkingsverschijnselen bij het stoppen.				
18 (11.92%)	52 (34.44%)	35 (23.18%)	39 (25.83%)	7 (4.64%)
Stelling 9: Stoppen van het AD is de verantwoordelijkheid van de arts die het opgestart heeft.				
67 (44.37%)	46 (30.46%)	21 (13.91%)	12 (7.95%)	5 (3.31%)
Stelling 10: Stoppen van AD is de verantwoordelijkheid van de patiënt.				
63 (41.72%)	50 (33.11%)	18 (11.92%)	15 (9.93%)	5 (3.31%)
Stelling 11: Externe invloeden, zoals maatschappelijke verwachtingen en de farmaceutische industrie.				
98 (64.90%)	32 (21.19%)	10 (6.62%)	6 (3.97%)	5 (3.31%)
Stelling 12: De opvolging van de patiënt door verschillende huisartsen binnen 1 praktijk.				
31 (20.53%)	43 (28.48%)	31 (20.53%)	34 (22.52%)	12 (7.95%)
Stelling 13: De opvolging van de patiënt door verschillende zorgverleners (psycholoog, psychiater, huisarts, maatschappelijk werker, ...).				
26 (17.22%)	41 (27.15%)	29 (19.21%)	48 (31.79%)	7 (4.64%)
Stelling 14: Stoppen van AD is geen prioriteit.				
28 (18.54%)	43 (28.48%)	45 (29.80%)	31 (20.53%)	4 (2.65%)
Stelling 15: Stoppen van AD is niet meer zinvol op oudere leeftijd.				
62 (41.06%)	35 (23.18%)	24 (15.89%)	25 (16.56%)	5 (3.31%)
Stelling 16: Stoppen van AD is moeilijk.				
20 (13.25%)	39 (25.83%)	41 (27.15%)	42 (27.81%)	9 (5.96%)
Stelling 17: Stoppen van AD is een energie- en tijdintensief proces.				
26 (17.22%)	43 (28.48%)	37 (24.50%)	38 (25.17%)	7 (4.64%)
Stelling 18: Voorschriften voor AD worden automatisch herhaald (herhaal voorschriften).				
50 (33.11%)	29 (19.21%)	24 (15.89%)	38 (25.17%)	10 (6.62%)
Stelling 19: Beperkte eigen kennis en/of vertrouwen voor het begeleiden van het stoppen van het AD.				
34 (22.52%)	43 (28.48%)	39 (25.83%)	27 (17.88%)	8 (5.30%)
Stelling 20: Onvoldoende informatie/richtlijnen over het stoppen van AD.				
41 (27.15%)	46 (30.46%)	29 (19.21%)	29 (19.21%)	6 (3.97%)
Stelling 21: Moeilijke psychosociale context van de patiënt.				
4 (2.65%)	14 (9.27%)	29 (19.21%)	68 (45.03%)	36 (23.84%)
Stelling 22: Geen vraag van de patiënt om het AD te stoppen.				
7 (4.64%)	29 (19.21%)	40 (26.49%)	54 (35.76%)	21 (13.91%)
Stelling 23: Weerstand van de patiënt bij het aanhalen van het stoppen van het AD.				
3 (1.99%)	16 (10.60%)	20 (13.25%)	53 (35.10%)	59 (39.07%)
Stelling 24: Afhankelijkheid aan het AD bij de patiënt.				
9 (5.96%)	26 (17.22%)	42 (27.81%)	49 (32.45%)	25 (16.56%)
Stelling 25: Een klinisch stabiele patiënt (sociaal, persoonlijk, levensomstandigheden) met antidepressiva.				
43 (28.48%)	46 (30.46%)	27 (17.88%)	24 (15.89%)	11 (7.28%)

Stelling 26: Weerstand voor het stoppen van het AD van steunfiguren (zoals partner, kind, ...) van de patiënt.				
9 (5.96%)	44 (29.14%)	34 (22.52%)	46 (30.46%)	18 (11.92%)
Stelling 27: Onvoldoende beschikbaarheid van niet-medicamenteuze behandelingen die het stoppen van het AD kunnen ondersteunen.				
17 (11.26%)	37 (24.50%)	29 (19.21%)	49 (32.45%)	19 (12.58%)
Stelling 28: Geen/beperkte kennis over stoppen van het AD van andere zorgverleners van de patiënt.				
35 (23.18%)	63 (41.72%)	33 (21.85%)	15 (9.93%)	5 (3.31%)
Stelling 29: Weerstand voor het stoppen van het AD van de andere zorgverleners van de patiënt (bv. verpleegkundigen).				
24 (15.89%)	40 (26.49%)	43 (28.48%)	36 (23.84%)	8 (5.30%)

Er werd géén barrière door minstens 80% van de huisartsen gequoteerd als minstens een sterke tot zeer sterke barrière.

Drie stellingen werden door minstens 60% van de huisartsen gequoteerd als minstens een sterke tot zeer sterke barrière. Deze stellingen worden als belangrijke barrières beschouwd (geordend volgens afnemende relevantie):

- Stelling 23: Weerstand van de patiënt bij het aanhalen van het stoppen van het AD (74.17%; N=112).
- Stelling 5: Het risico op terugkeer van symptomen en herval in depressie door het stoppen met het AD (68.88%; N=104).
- Stelling 21: Moeilijke psychosociale context van de patiënt (68.87%; N=104).

Bij zeven stellingen waren meer dan 60% van de huisartsen het erover eens dat de barrière geen rol speelt voor hen in het afbouwen van langdurig AD gebruik. Dit betekent dat huisartsen volgende barrières weinig belangrijk vonden (geordend volgens afnemende relevantie):

- Stelling 4: Het AD is nodig voor het biochemisch evenwicht (61,59%; N=93).
- Stelling 15: Stoppen van AD is niet meer zinvol op oudere leeftijd (64,24%; N=97).
- Stelling 28: Geen/beperkte kennis over stoppen van het AD van andere zorgverleners van de patiënt (64,90%; N=98).
- Stelling 3: Risico's geassocieerd met langdurig gebruik van AD (73,51%; N=111).
- Stelling 10: Stoppen van AD is de verantwoordelijkheid van de patiënt (74,83%; N=113).
- Stelling 9: Stoppen van het AD is de verantwoordelijkheid van de arts die het opgestart heeft (74,83%; N=113).
- Stelling 11: Externe invloeden, zoals maatschappelijke verwachtingen en de farmaceutische industrie (86,09%; N=130).

Houding van huisartsen ten opzichte van langdurig antidepressiva gebruik

Huisartsen werden gevraagd hun houding ten opzichte van langdurig AD gebruik te scoren op een schaal van 0 tot 10 (zie bijlage 3). De resultaten hiervan zijn terug te vinden in tabel 7.

Tabel 7. Houding van huisartsen ten opzichte van langdurig antidepressiva gebruik. In respectievelijk absolute en relatieve aantallen.

Aantal (in %)									
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Hoe evalueert u de werkzaamheid op lange termijn van AD? (algemeen bij volwassenen)									
1 (0,66%)	1 (0,66%)	4 (2,65%)	8 (5,30%)	13 (8,61%)	25 (16,56%)	54 (35,76%	38 (25,17%)	7 (4,64%)	0 (0,00%)
Hoe evalueert u de werkzaamheid op lange termijn van AD? (specifiek bij ouderen)									
3 (1,99%)	3 (1,99%)	16 (10,60%)	16 (10,60%)	25 (16,56%)	51 (33,77%)	25 (16,56%)	9 (5,96%)	2 (1,32%)	1 (0,66%)
Hoe evalueert u de veiligheid op lange termijn van AD? (algemeen bij volwassenen)									
0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,32%)	9 (5,96%)	15 (9,93%)	32 (21,19%)	47 (31,13%)	38 (25,17%)	8 (5,30%)	0 (0,00%)
Hoe evalueert u de veiligheid op lange termijn van AD? (specifiek bij ouderen)									
2 (1,32%)	14 (9,27%)	26 (17,22%)	26 (17,22%)	26 (17,22%)	32 (21,19%)	15 (9,93%)	7 (4,64%)	3 (1,99%)	0 (0,00%)
Hoe goed geplaatst vindt u zich voor de aanpak van stoppen van AD?									
0 (0,00%)	1 (0,66%)	2 (1,32%)	5 (3,31%)	7 (4,64%)	20 (13,25%)	44 (29,14%)	43 (28,48%)	19 (12,58%)	10 (6,62%)
Hoe goed getraind vindt u zich voor de aanpak van stoppen van AD?									
3 (1,99%)	3 (1,99%)	11 (7,28%)	18 (11,92%)	21 (13,91%)	26 (17,22%)	35 (23,18%)	20 (13,25%)	11 (7,28%)	3 (1,99%)
Hoe zelfzeker voelt u zich voor de aanpak van stoppen van AD?									
1 (0,66%)	6 (3,97%)	9 (5,96%)	12 (7,95%)	16 (10,60%)	26 (17,22%)	33 (21,85%)	31 (20,53%)	10 (6,62%)	7 (4,64%)
Hoe prioritair vindt u het stoppen van langdurig gebruik? (algemeen bij volwassenen)									
0 (0,00%)	2 (1,32%)	4 (2,65%)	15 (9,93%)	17 (11,26%)	39 (25,83%)	42 (27,81%)	25 (16,56%)	6 (3,97%)	1 (0,66%)
Hoe prioritair vindt u het stoppen van langdurig gebruik? (specifiek bij ouderen)									
0 (0,00%)	3 (1,99%)	4 (2,65%)	9 (5,96%)	19 (12,58%)	24 (15,89%)	30 (19,87%)	37 (24,50%)	19 (12,58%)	6 (3,97%)

Werkzaamheid en veiligheid van antidepressiva op lange termijn

Het merendeel van de huisartsen (65,57%; N = 99) acht AD effectief op lange termijn bij volwassenen, terwijl 3.97% (N = 6) van mening is dat ze niet effectief zijn op lange termijn. Specifiek voor de oudere populatie is dit vertrouwen lager: 24,50% (N = 37) van de huisartsen beschouwt AD als effectief op lange termijn, tegenover 14,58% (N = 22) die hier niet van overtuigd is.

Bij volwassenen acht 61,60% (N = 99) van de huisartsen AD veilig op lange termijn, terwijl slechts 1,32% (N = 2) dit niet vindt. Voor ouderen is het vertrouwen in de veiligheid lager: slechts 16,56% (N = 25) acht AD veilig, terwijl 27,81% (N = 42) dit als onveilig ervaart.

Vertrouwen in eigen kunnen

Het merendeel van de huisartsen voelt zich goed geplaatst om AD af te bouwen (76,82%; N = 116), terwijl een klein aandeel (1,98%; N = 3) aangeeft zich hiervoor niet goed geplaatst te voelen.

Wat betreft zelfzekerheid rapporteert 53,64% (N = 81) van de huisartsen dat zij zich voldoende zelfzeker voelen om het afbouwproces te begeleiden, terwijl 10,59% (N = 16) aangeeft zich niet zelfzeker te voelen.

Op het gebied van training geeft 45,70% (N = 69) aan zich goed getraind te voelen, tegenover 11,26% (N = 17) die aangeeft zich onvoldoende getraind te voelen voor deze taak.

Prioriteit van stoppen van antidepressiva

Bij volwassen patiënten beschouwt bijna de helft van de huisartsen (49,00%; N = 74) de afbouw van AD als een prioriteit, tegenover slechts 3,97% (N = 6) die dit geen prioriteit vindt. Bij ouderen is de prioriteit hoger: 60,92% (N = 92) van de huisartsen geeft aan dat het stoppen van AD bij ouderen een prioriteit is, terwijl 4,64% (N = 7) dit niet zo ziet.

Respons op open vraag

23 respondenten (15,2%) maakten gebruik van de open vraag sectie op het einde van de vragenlijst. De helft van de respondenten die feedback verschaften, gaven aan enige moeilijkheid te ondervinden bij de interpretatie van de vragen en/of het scoren van de stellingen. Vooral de stellingen van het eerste deel, waarbij de barrières bevraagd werden, bleken niet altijd even duidelijk om in te vullen. Eén respondent kwam met de suggestie om het belang van de veiligheid van de arts-patiëntrelatie en de kosten te betrekken in de vragenlijst. Als bijkomende barrière gaf een andere respondent aan de gelijktijdige opvolging door de psychiater als meer remmend te ervaren gezien de grotere expertise van deze laatste. Tot slot werd ook aangegeven dat stoppen zeer contextafhankelijk is en niet altijd te reduceren is tot een score.

Discussie

Samenvatting van de resultaten

In dit literatuuronderzoek werd een update uitgevoerd van de systematische review van Van Leeuwen et al. naar de barrières en facilitatoren die zorgverleners ervaren bij het afbouwen van langdurig AD gebruik. Deze factoren kunnen worden onderverdeeld in acht thema's: opvattingen over AD, angsten, rol en verantwoordelijkheid, opvattingen over het stoppen van AD, vertrouwen in eigen kunnen, patiëntbereidheid tot stoppen, steun van naasten en steun van andere zorgverleners. De drie nieuw geïdentificeerde studies bevestigen de eerder beschreven barrières en facilitatoren en vullen deze aan met bijkomende context en voorbeelden.

Via een vragenlijststudie bij huisartsen werd nagegaan in welke mate deze barrières en facilitatoren een rol spelen in het afbouwproces. De meest benoemde factoren situeren zich voornamelijk op patiëntniveau. Weerstand van de patiënt vormt hierbij de belangrijkste barrière, wat nauw aansluit bij de belangrijkste facilitatoren, namelijk de expliciete wens van de patiënt om te stoppen en diens zelfvertrouwen.

In het verlengde hiervan speelt ook de psychosociale context een belangrijke rol. Een moeilijke sociale situatie wordt beschouwd als een belemmering voor afbouw, terwijl een klinisch stabiele toestand als één van de belangrijkste facilitatoren wordt gezien. Deze contextuele factoren hangen samen met de rol van de huisarts, waarbij een goede kennis van de psychosociale situatie van de patiënt als bevorderend wordt ervaren in het afbouwproces.

Daarnaast wordt het proces positief beïnvloed door de steun van naasten en andere zorgverleners. De aanwezigheid van een ondersteunend netwerk en goede interprofessionele samenwerking worden als belangrijke facilitatoren beschouwd.

Ook de opvattingen van huisartsen over AD spelen een belangrijke rol. Zo kunnen het vooruitzicht op voordelen na stopzetting, evenals het ervaren van bijwerkingen of een verhoogd risico op interacties, het afbouwproces stimuleren. Tegelijkertijd blijft bezorgdheid over herval een belangrijke barrière die het initiëren van afbouw kan bemoeilijken.

Verschillende mogelijke barrières werden door huisartsen echter expliciet niet als relevant beschouwd. Deze situeren zich voornamelijk binnen de thema's: rol en verantwoordelijkheid, opvattingen over AD en steun van andere zorgverleners. Zo wordt het idee dat "stoppen de verantwoordelijkheid is van de patiënt" of "van de arts die het opstartte" niet als barrière ervaren. Dit suggereert dat huisartsen de verantwoordelijkheid voor afbouw vooral bij zichzelf situeren. Ook bepaalde overtuigingen die langdurig AD gebruik zouden kunnen ondersteunen, werden door huisartsen verworpen. Zo wordt het idee dat een biochemisch evenwicht noodzakelijk is, niet beschouwd als een rechtvaardiging voor chronisch AD gebruik. Daarnaast wordt de stelling dat stoppen met AD op oudere leeftijd niet langer zinvol is, niet als een relevante barrière gezien.

Daarnaast worden risico's van langdurig AD gebruik niet als belangrijke barrière ervaren, wat kan wijzen op een beperkte bezorgdheid over veiligheid op lange termijn. Het gebrek aan kennis bij andere zorgverleners wordt evenmin als barrière beschouwd, wat de eigen verantwoordelijkheid van de huisarts onderstreept.

Geen van de onderzochte facilitatoren werden als onbelangrijk beoordeeld, wat erop wijst dat deze allen in meer of mindere mate als ondersteunend worden gezien.

Wat betreft de visie op AD heerst bij huisartsen een algemene overtuiging dat deze op lange termijn effectief en veilig zijn bij volwassenen. Bij ouderen is er echter meer terughoudendheid en onzekerheid omtrent deze aspecten, wat mogelijk verklaart waarom afbouw bij deze groep vaker wordt overwogen. Hoewel ongeveer drie vierde van de huisartsen zich bekwaam voelt om AD af te bouwen, geeft slechts de helft aan voldoende zelfvertrouwen en opleiding te hebben om dit proces effectief te begeleiden. Deze kloof tussen verantwoordelijkheid en zelfvertrouwen kan het afbouwproces bemoeilijken.

Vergelijking met literatuur

Zoals beschreven in ons literatuuronderzoek, zijn er reeds verschillende kwalitatieve studies verschenen over de barrières en facilitatoren die zorgverleners en patiënten ervaren bij het stoppen van antidepressiva. Deze studies rapporteren gelijkaardige resultaten onder verschillende zorgverleners, zoals huisartsen, verpleegkundigen, psychologen, psychiaters en apothekers.

Tot op heden is er geen kwantitatief onderzoek uitgevoerd dat specifiek de barrières en facilitatoren bij huisartsen met betrekking tot het stoppen van antidepressiva in kaart brengt. Onze studie is het eerste kwantitatieve onderzoek specifiek bij huisartsen.

Een recent Belgisch onderzoek bij apothekers van Verhe et al. met een gelijkaardig studie-opzet toont enkele parallellen en verschillen (29). Bij zowel apothekers als huisartsen wordt het afbouwen van AD het meest gefaciliteerd wanneer de patiënt zelf vragende partij is. De klinisch stabiele patiënt is bij huisartsen een sterke facilitator, terwijl dit bij de apothekers eerder een matige is. Omgekeerd zijn de volgende drie stellingen sterke facilitatoren voor apothekers, waar ze eerder matig zijn voor huisartsen: aanwezigheid van bijwerkingen van het AD, potentieel klinisch relevante interacties met comedicatie en samenwerking met andere zorgverleners tijdens het afbouwproces. Het kennen van de psychosociale context van de patiënt wordt door zowel huisartsen als apothekers als een matige facilitator beschouwd. De grootste barrière bij apothekers is de weerstand die ze ervaren bij huisartsen wanneer ze hen contacteren in verband met het afbouwen van AD. Huisartsen geven echter de samenwerking met andere zorgverleners net aan als een matige facilitator in het afbouwproces. Apothekers en huisartsen gaven beiden de weerstand bij de patiënt en het risico op herval aan als een matige barrière. Verder zien apothekers het als hun voornaamste taken om patiënten te informeren over de bijwerkingen van AD, het maken van magistrale bereidingen ter ondersteuning van een geleidelijke afbouw, contact op te nemen met de arts bij problemen en patiënten te informeren over de mogelijke gevolgen en voordelen van afbouw (29).

De masterpaper van Vangrieken waarop het artikel van Verhe et al. gebaseerd is, toont aan dat apothekers vinden dat het de rol van de arts is om het initiatief te nemen bij het afbouwen van langdurig AD gebruik (30). Huisartsen geven aan dat zij deze verantwoordelijkheid ook voelen.

Er bestaan daarentegen wel kwantitatieve studies die de barrières bij het stoppen van benzodiazepines bij huisartsen hebben onderzocht. In de studie van Shapoval et al. werd nagegaan welke de belangrijkste barrières waren voor huisartsen bij het afbouwen van benzodiazepines bij patiënten van 65 jaar en ouder (31). Zoals in ons onderzoek naar voren kwam, is de sociale context van de patiënt hierbij ook een grote barrière. Huisartsen ervaren druk van patiënten en hun omgeving om benzodiazepines verder te zetten en geven aan dat veel oudere patiënten terughoudend zijn om te stoppen. De terughoudendheid tot stoppen bij patiënten blijkt ook in ons onderzoek een belangrijke barrière te zijn. De druk die ervaren wordt van de omgeving uit dan weer minder. Daarnaast ervaren huisartsen ook barrières binnen hun eigen competenties, met name het gebrek aan training in het afbouwen van benzodiazepines, in het bespreken van afbouw met patiënten en in het implementeren van alternatieve behandelstrategieën. Bij de afbouw van AD werd dit als een matige barrière

beschouwd. Een faciliterende factor is dat huisartsen zich verantwoordelijk voelen voor de afbouw van benzodiazepines. Dit werd bij de afbouw van AD als een matige facilitator gezien.

In de literatuur vinden we ook beperkte kwantitatieve data over percepties van patiënten over het afbouwen van langdurig AD gebruik. In de studie van Dewar-Haggart et al. kwam als sterkste overtuiging naar voren dat circa 85% van de patiënten denken dat een depressie een chronische aandoening is waarvoor medicatie noodzakelijk wordt geacht voor behoud van een biochemisch evenwicht ter hoogte van de hersenen. Dit in tegenstelling tot de huisartsen in onze studie die de noodzaak tot het behoud van het biochemisch evenwicht niet als een barrière beschouwen. Verder waren de meeste patiënten het (sterk) oneens dat ze de medicatie langer innamen dan nodig of dat de medicatie bijwerkingen met zich meebracht. Huisartsen beschouwden bijwerkingen van antidepressiva in onze studie niet als een barrière, maar zagen ze wel als een belangrijke facilitator voor afbouw wanneer ze zich voordeden. Verder gaven patiënten aan (zeer) goed te begrijpen waarvoor ze de AD innamen en comfortabel te zijn met de inname ervan. Minder dan 40% van de patiënten waren bereid om hun AD gebruik af te bouwen wanneer hun huisarts het gesprek hierover aanging. Dit kan het initiëren van een gesprek tot afbouwen bemoeilijken, gezien huisartsen de weerstand van de patiënt enerzijds als belangrijkste barrière beschouwen, maar anderzijds een actieve vraag van de patiënt ook als een belangrijke facilitator in het afbouwproces beschouwen. Circa 60% van de patiënten gaf wel aan zich comfortabel te voelen indien hun huisarts betrokken werd in het afbouwproces, bij voorkeur via een fysieke raadpleging. Dewar-Haggart et al. concludeerden dat zowel patiënten als artsen onzeker zijn over wie het gesprek over afbouw moet initiëren (32). In onze studie blijkt echter dat huisartsen dit als hun eigen verantwoordelijkheid beschouwen en de verantwoordelijkheid niet bij de patiënt of bij de initieel voorschrijvende arts leggen.

Als we kijken naar veiligheid en werkzaamheid van AD op langere termijn bij volwassenen is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs over de werkzaamheid van langdurig AD gebruik om herval te voorkomen (11,33,34). Ook bij ouderen is er onvoldoende bewijs dat AD op de lange termijn effectief zijn in het voorkomen van herval (35). Er zijn ook weinig studies van hoge kwaliteit over de veiligheid van AD op de lange termijn. De observationele cohortstudie van Bet et al. in Nederland toonde aan dat bijwerkingen vaak voorkomen en aanwezig blijven tijdens langdurig AD gebruik. Het aantal gerapporteerde bijwerkingen ligt hoger bij jongere patiënten, ernstiger depressies, multipele psychiatrische comorbiditeiten, hogere dosis van AD en langdurig gebruik (36).

Sterktes en beperkingen

Literatuuronderzoek

Ons literatuuronderzoek vertrekt vanuit een eerdere systematische review die door een multidisciplinair internationaal team met een zoekexpert werd uitgevoerd. Door een update uit te voeren, bieden we een volledig overzicht van de meest recente wetenschappelijke data. Een beperking is dat de zoekopdracht beperkt bleef tot één database (PubMed), waardoor het risico bestaat dat relevante studies uit andere zoekmachines niet in de analyse zijn opgenomen.

Kwantitatief onderzoek

De voornaamste sterkte is dat dit het eerste kwantitatief onderzoek is dat barrières en facilitatoren bij Vlaamse huisartsen kwantificeert. Hierdoor kan er op lokaal niveau gekeken worden naar toekomstige interventies rond het thema van afbouw of stoppen van langdurig AD gebruik. Daarnaast hebben we een grote steekproef van huisartsen bereikt, met uiteindelijk 151 volledig ingevulde vragenlijsten. Door de vragenlijsten af te nemen tijdens LOK-vergaderingen werd een breder en meer representatief

publiek van huisartsen bereikt, ongeacht hun specifieke interesse in depressie of het gebruik van AD, aangezien deelname aan LOK's vereist is voor accreditering.

Een beperking van dit onderzoek is de uitval, waarbij 23% van de deelnemers de vragenlijst niet voltooide. Een mogelijke verklaring hiervoor kan het nodige tijdsbestek voor de vragenlijst zijn. Verder is de respons ratio niet gekend gezien ook huisartsen persoonlijk werden uitgenodigd en via nieuwsbrieven van Domus Medica en het ICHO, waardoor het onduidelijk is hoeveel artsen uiteindelijk bereikt werden.

We maakten gebruik van een digitale vragenlijst. Dit bleek soms de dataverzameling te bemoeilijken in functie van het gebruikte mobiele toestel (moeite met scannen via QR-code of URL in te geven in webbrowser op een mobiel toestel, de vragenlijst al dan niet duidelijk te lezen op een klein scherm, ...).

Verder vonden deelnemers het scoren van de stellingen in de enquête soms onduidelijk, zoals blijkt uit de feedback ontvangen via de enquête. Dubbelzinnig verwoorde vraagstelling (bv. dubbele ontkenning) waarbij de respondenten moeite hadden met de vraag correct te interpreteren. Alsook werden de subcategorieën tussen "helemaal geen barrière" en "zeer sterke barrière" onvoldoende gedefinieerd.

In de deelnemers van de studie zien we vooral een representatie van de jonge vrouwelijke arts met minder dan 10 jaar werkervaring. Dit terwijl de gemiddelde leeftijd van de voltijdse huisarts 48 jaar is met een relatief gelijke verdeling over verschillende leeftijdscategorieën (37). Verder werd geen differentiatie gemaakt tussen huisartsen en HAIO's.

Bij de beschrijving van de resultaten werd gebruik gemaakt van cut-offwaarden om de meest uitgesproken trends te identificeren. Hierdoor werden voornamelijk factoren met een duidelijke meerderheid aan uitgesproken antwoorden besproken, terwijl factoren met meer verspreide of gematigde antwoorden minder aan bod kwamen. Hierdoor kunnen bepaalde nuances in de resultaten onderbelicht blijven. De cut-offwaarden werden pas na het bekijken van de resultaten vastgelegd, wat als een selectieve rapportering bias aanzien kan worden.

Ons thesis onderzoek heeft zich toegespitst op huisartsen werkzaam in de Vlaamse Gemeenschap. Bij het betrekken van de Franse Gemeenschap zouden de resultaten mogelijks anders kunnen zijn gezien de hogere gebruikscijfers van AD in het Waals Gewest (cfr. supra).

Implicaties voor de praktijk

Uit ons onderzoek en feedback van de deelnemende huisartsen blijkt het afbouwen van langdurig AD gebruik een relevant onderwerp te zijn. Het kwantificeren van barrières en facilitatoren, meer bepaald wat huisartsen nu écht belangrijk vinden (maar ook wat niet), maakt dat we gericht interventies kunnen opstellen.

De psychosociale context van de patiënt en voornamelijk patiëntgebonden factoren kwamen naar voren als barrière en facilitator in het afbouwen van langdurig AD gebruik. Dit benadrukt het belang van (psycho-)educatie omtrent het te verwachten beloop van de depressie en de gebruiksduur van AD voor de opstart van de behandeling. Psychologische interventies met inbegrip van begeleiding door psychologen en/of huisartsen, bevorderen van eigen coping mechanismen en zelfzorg, psycho-educatie, etc. kunnen hierbij de nodige ondersteuning bieden. Patiënten verwijzen naar correcte en wetenschappelijk gebaseerde patiëntenadviezen kan het afbouwproces en het vertrouwen bij de patiënt ten goede komen. Herhaalvoorschriften die plaatsvinden tijdens een raadpleging, geven de mogelijkheid voor de arts om de patiënt en zijn psychosociale context beter te leren kennen. Dit versterkt de arts-patiënt relatie, waardoor op termijn een gesprek kan geïnitieerd worden om

langdurig AD gebruik af te bouwen. Telefonische medicatie verlengingen of het niet uitvoeren van een medicatienazicht zijn hierbij gemiste kansen. Voor deze laatste kunnen ook apothekers ingezet worden.

Een klinische beslisboom zou in toekomstig onderzoek kunnen ontwikkeld worden om mee te kunnen inschatten of een patiënt klaar is voor afbouw van langdurig AD gebruik. Hierin kunnen factoren zoals psychosociale context, intrinsieke of extrinsieke motivatie, actueel zijn van levensgebeurtenissen, duur van AD gebruik, ... betrokken worden.

Steeds meer onderzoek richt zich op barrières en facilitatoren die spelen bij zorgverleners in het afbouwen van langdurig AD gebruik. Ook meerdere masterpapers van collega-HAIO's werden reeds toegewijd aan kwalitatieve onderzoeken binnen hetzelfde onderwerp bij psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, apothekers en verpleegkundigen. Omdat weerstand bij de patiënten een heel belangrijke barrière is voor huisartsen en apothekers, kan een gelijkaardig kwantitatief studie-opzet bij de patiëntenpopulatie in Vlaanderen die langdurig AD gebruikt een belangrijke meerwaarde bieden. Zo kan gerichter vergeleken worden met de visie van hun huisartsen en zorgverleners opdat hier met gerichte interventies op ingezet kan worden.

Aangezien slechts de helft van de deelnemende huisartsen zich voldoende zelfzeker en opgeleid voelt om langdurig AD gebruik af te bouwen en de kennis over de veiligheid en effectiviteit suboptimaal blijkt, is er nood aan gerichte educatie en ondersteuning voor huisartsen. In ons onderzoek werd na het afnemen van de vragenlijst een presentatie gegeven aan de LOK-groepen rond de huidige eerstelijnsrichtlijnen van depressie en adequaat AD gebruik. De masterpaper van Crabbé et al toonde reeds een positieve en duurzame impact aan van een LOK-training over depressie voor huisartsen. De onderzoekers deden bij 186 huisartsen in België een pre-test voor een LOK-training en een post-test 6 maanden nadien. Zij zagen dat huisartsen op vlak van kennis, attitude en zelfeffectiviteit met betrekking tot de zorg voor patiënten met een depressie zich significant beter inschatten na een LOK-training. Verder werden positieve opvattingen over depressie en de opvolging ervan versterkt (38). Toekomstig onderzoek of interventies kunnen zich ook richten op het ontwikkelen van een LOK-training of een MFO-pakket op de visie van huisartsen op depressie en AD. Een MFO betreft een "Medisch Farmaceutisch Overleg" waarbij apothekers en huisartsen samenkomen en in discussie treden over casussen over een bepaald onderwerp. Op een MFO-overleg kan een rolverdeling besproken worden tussen apothekers en huisartsen over de beide standpunten om ambiguïteit in verantwoordelijkheid te voorkomen. Anderzijds worden op een MFO-overleg vooral zorgverleners bereikt met een meestal vooraf bestaande interesse in het onderwerp van depressie en AD. Zowel een LOK- als MFO-training is een manier om veel huisartsen in Vlaanderen te kunnen bereiken. Verder zou een kwalitatief onderzoek zich kunnen richten op wat huisartsen zelf aangeven te missen in hun opleiding betreft het afbouwen van langdurig AD gebruik. Toekomstig onderzoek zou zich ook kunnen focussen op de vaardigheden van huisartsen. Meer bepaald hoe huisartsen de communicatie aanpakken rond het afbouwen van langdurig AD gebruik. Een interventie kan dan een training in motivationele gespreksvoering inhouden. Het ontwikkelen van een (interactieve) beslishulp zou zowel arts als patiënt kunnen ondersteunen in de gedeelde besluitvorming omtrent het afbouwen van AD.

In de toekomst kan er meer ingezet worden op het vergemakkelijken of ondersteunen van multidisciplinaire samenwerking. Het laagdrempelig maken van overleg met andere betrokken zorgverleners (zoals bv. psychotherapeuten) kan het afbouwen van langdurig AD gebruik ten goede komen.

Conclusie

Deze masterproef brengt in kaart in welke mate eerder geïdentificeerde barrières en facilitatoren een rol spelen bij huisartsen bij het stoppen van langdurig AD gebruik. Recente cijfers tonen aan dat 13.5% van de Belgen met een depressie te kampen krijgt. In de afgelopen tien jaar is het aantal mensen dat langer dan één jaar AD gebruikt gestegen, terwijl dat niet gelijkloopt met wat richtlijnen aanbevelen. Eerder onderzoek heeft al verschillende barrières en facilitatoren bij zorgverleners geïdentificeerd die een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het langdurig antidepressiva gebruik.

Dit onderzoek biedt een eerste kwantitatief inzicht in de barrières en facilitatoren die huisartsen ervaren bij het afbouwen van langdurig AD gebruik. De resultaten tonen dat vooral patiëntgebonden factoren een centrale rol spelen. De belangrijkste facilitatoren blijken motivatie van de patiënt, vertrouwen in zijn kunnen en een stabiele levenssituatie. De belangrijkste barrières zijn de verwachte weerstand van de patiënt, angst voor herval en een complexe psychosociale context. Dit benadrukt dat het succes van het afbouwen sterk afhankelijk is van de patiënt en zijn context. Toekomstige initiatieven kunnen zich toespitsen.

Ondanks de ervaren barrières is het belangrijk om de kostbare arts-patiënt relatie in te zetten in het afbouwen van langdurig AD gebruik. Met de nodige tijdsinvestering, motivationele gespreksvoering en gedeelde besluitvorming kan rationeel gebruik van antidepressiva bekomen worden.

Bibliografie

1. Duveau C, Hermans L. Bulletin n°8 - BELHEALTH [Internet]. 2025 Oct. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/belhealth_wave_8_.pdf
2. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
3. Duveau C, Hermans L, Gisle L, Charafeddine R, Demarest S. BELGISCHE GEZONDHEIDS- EN WELZIJNSCOHORTE (BELHEALTH) [Internet]. 2024 Jun. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/bulletin_5_belhealth_nl_final.pdf
4. Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde. Intego epi-tool [Internet]. 2025. Available from: https://www.intego.be/epitool/tool
5. Sciensano. Ziektelast: Verloren gezonde levensjaren, Health Status Report [Internet]. Brussel; 2025 Jun. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren
6. BCFI. Repertorium [Internet]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters
7. InterMutualistisch Agentschap. Antidepressiva [Internet]. Available from: https://atlas.ima-aim.be/mosaic/nl-nl/ima-atlas/geneesmiddelengebruik/antidepressiva
8. Intermutualistisch Agentschap. Atlas - Antidepressiva - België [Internet]. Available from: https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl
9. Wat uitleg over het ATC/DDD-systeem [Internet]. 2006 [cited 2026 Apr 12]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/articles/1498?folia=1471
10. Meeus P, Grypdonck L, Benjamin S, De Falleur M, Declercq K, Opdebeeck C, et al. Geneesmiddelen-Antidepressiva. INAMI-RIZIV [Internet]. 2025 Nov 8. Available from: https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Antidepresseurs_2024.pdf
11. Declercq T, Habraken H, Van Den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H. Depressie bij volwassenen. Domus Medica. 2017 Feb.
12. American Psychiatric Association. Depressive disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013. p. 155–88.
13. Claassen N, Groeneweg B, Heineman H, Kool M, Kurver M, Magnee T, et al. NHG-Standaard Depressie (M44). 2024 Jan.
14. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Economist. 2010;705. PubMed PMID: 22132433.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management [Internet]. 2022. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

16. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet. 2003 Feb 22;361(9358):653–61. doi:10.1016/S0140-6736(03)12599-8 PubMed PMID: 12606176.

17. Kaymaz N, Van Os J, Loonen AJM, Nolen WA. Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry. 2008;69(9):1423–36. doi:10.4088/JCP.v69n0910 PubMed PMID: 19193343.

18. Handvaten voor het afbouwen van antidepressiva (update 2024) [Internet]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/articles/4239?folia=4237

19. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addictive Behaviors. 2019 Oct 1;97(3):111–21. doi:10.1016/j.addbeh.2018.08.027 PubMed PMID: 30292574.

20. Hengartner MP. How effective are antidepressants for depression over the long term? A critical review of relapse prevention trials and the issue of withdrawal confounding. Ther Adv Psychopharmacol. 2020;10:2045125320921694. doi:10.1177/2045125320921694 PubMed PMID: 32435449.

21. Ward W, Haslam A, Prasad V. Antidepressant Trial Duration Versus Duration of Real-World Use: A Systematic Analysis. American Journal of Medicine. 2025 Oct 1;138(10):1400-1407.e10. doi:10.1016/j.amjmed.2025.04.037 PubMed PMID: 40324551.

22. InterMutualistisch Agentschap. Internet [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 25]. Antidepressiva in België. Available from: https://ima-aim.be/Antidepressiva-in-Belgie?lang=nl

23. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter A, van den Branden E, Christiaens T. 'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. Scand J Prim Health Care. 2021;39(4):533–42. doi:10.1080/02813432.2021.2006487 PubMed PMID: 34895003.

24. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter A, De Beir R, Christiaens T. Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term antidepressant use, a qualitative study. Acta Clin Belg. 2022;77(6):962–9. doi:10.1080/17843286.2021.2024384 PubMed PMID: 35007191.

25. 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. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.060

26. Bouarfa S, Göttgens W, Ligthart SA, Maarsingh OR, Vinkers CH, Ruhé HG, et al. Healthcare Providers' Perspectives on Antidepressant Discontinuation: A Focus Group Study. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2025 Jun 1;137(1):e70051. doi:10.1111/BCPT.70051 PubMed PMID: 40415723.

27. Vukas J, Brisnik V, Sanftenberg L, Henningsen P, Gensichen J, Dreischulte T. Barriers and facilitators to antidepressant deprescribing – A qualitative interview study with general

practitioners in Germany. Eur J Gen Pract. 2025;31(1):2531879. doi:10.1080/13814788.2025.2531879 PubMed PMID: 40704912.

28. Van Leeuwen E, Mehuys E, Johnson CF, De Keyzer AS, Boussery K, Christiaens T. The missing link? Pharmacists' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants: a qualitative study. Ther Adv Psychopharmacol. 2025 Jan 1;15:20451253251333976. doi:10.1177/20451253251333977 PubMed PMID: 40302918.

29. Verheye K, Vangrieken I, De Pril K, Mehuys E, Boussery K, Christiaens T, et al. Community Pharmacists' Role in Antidepressant Discontinuation: A Survey of Barriers and Facilitators. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2026 Apr 1;138(4). doi:10.1111/BCPT.70226 PubMed PMID: 41859775.

30. Vangrieken I. Onderzoek naar attitude, barrières en facilitatoren van apothekers bij het stoppen van langdurig antidepressivagebruik. UGent; 2024.

31. Shapoval V, de Saint Hubert M, Evrard P, Sibille FX, Aubert CE, Bolt L, et al. Barriers to Deprescribing Benzodiazepines in Older Adults in a Survey of European Physicians. JAMA Netw Open. 2025 Mar 3;8(3):e2459883–e2459883. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.59883 PubMed PMID: 40029661.

32. Dewar-Haggart R, Muller I, Bishop F, Geraghty AWA, Stuart B, Kendrick T. Predicting intentions towards long-term antidepressant use in the management of people with depression in primary care: A longitudinal survey study. PLoS One. 2025 Mar 1;20(3):e0299676. doi:10.1371/journal.pone.0299676 PubMed PMID: 40036220.

33. Machmutow K, Meister R, Jansen A, Kriston L, Watzke B, Härter MC, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 May 20;2019(5). doi:10.1002/14651858.CD012855.pub2 PubMed PMID: 31106850.

34. Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, Kendrick T, Donald M, De Sutter AIM, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021 Apr 15;2021(4). doi:10.1002/14651858.CD013495.pub2 PubMed PMID: 33886130.

35. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 Sep 9;2016(9). doi:10.1002/14651858.CD006727.pub3 PubMed PMID: 27609183.

36. Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BWJH, Hoogendijk WJG. Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. Eur Neuropsychopharmacol. 2013 Nov;23(11):1443–51. doi:10.1016/j.euroneuro.2013.05.001 PubMed PMID: 23726508.

37. Meeus P, Khalil A, De Pril S, Declercq K, Daïnou K, Maton V. Health Professionals Report : Capacity, Accessibility and Production. 2025.

38. Crabbé S, Nys E, Vanassche M, Vermeulen N. De impact van een LOK-training op de aanpak van depressie door huisartsen: pre-en postmeting studie. 2025.

Bijlagen

Bijlage 1. Goedkeuring Ethische Commissie

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Dr. Ellen Van Leeuwen
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	02/09/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
ONZ-2024-0324		B6702024000405

Betreft:
Onderzoek naar Attitude en Barrières van Huisartsen ten aanzien van het Stoppen van Langdurig Gebruik van Antidepressiva.
Protocolcode:
General Practitioners' barriers to discontinuation of long-term AD

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

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 27/08/2024.

EC geeft daarom op 29/08/2024 een gunstig advies over deze studie.

Voor de beoordeling van dit dossier is rekening gehouden met documenten ingediend op 08/08/2024.

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

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

CC: FAGG

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

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 27/08/2024.

EC therefore gives on 29/08/2024 a favourable opinion on this study.

For the assessment of this dossier, documents submitted on 08/08/2024, have been taken into account.

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

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

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- Ellen Van Leeuwen

Categorie: GCP certificaat
- Ellen Van Leeuwen

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- DMP, dd. 15/07/2024

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 1 dd. 06/08/2024 (nl)

Categorie: Vragenlijsten
- vragenlijst stoppen van AD, versie 1 dd. 06/08/2024 (nl)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

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

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

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bijlage 2. 2023 Pubmed zoekstrategie

(((((("cease"[Title/Abstract] OR "cessation*"[Title/Abstract] OR "continuation"[Title/Abstract] OR "discontinu*"[Title/Abstract] OR "dropout"[Title/Abstract] OR "drop out"[Title/Abstract] OR "interrupt"[Title/Abstract] OR "interruption"[Title/Abstract] OR "taper*"[Title/Abstract] OR "reduce"[Title/Abstract] OR "drug holiday"[Title/Abstract] OR ("stop taking"[Title/Abstract] OR "stop using"[Title/Abstract]) OR "withdraw*"[Title/Abstract] OR "terminat*"[Title/Abstract] OR "deprescrib*"[Title/Abstract] OR "de prescrib*"[Title/Abstract] OR "deprescrip*"[Title/Abstract] OR "de prescrip*"[Title/Abstract]) AND ("antidepress*"[Title/Abstract] OR "anti depress*"[Title/Abstract] OR "psychotropic"[Title/Abstract] OR "SSRI"[Title/Abstract] OR "serotonin inhibitor*"[Title/Abstract]) AND ("acceptance"[Title/Abstract] OR "adherence"[Title/Abstract] OR "nonadherence"[Title/Abstract] OR "compliance"[Title/Abstract] OR "attitude*"[Title/Abstract] OR "belief*"[Title/Abstract] OR "satisfaction"[Title/Abstract] OR "preference*"[Title/Abstract] OR "choice"[Title/Abstract] OR "perspective*"[Title/Abstract] OR "perception*"[Title/Abstract] OR "suspicio*"[Title/Abstract] OR "reservation"[Title/Abstract] OR "doubt"[Title/Abstract] OR "trust*"[Title/Abstract] OR "distrust*"[Title/Abstract] OR "mistrust*"[Title/Abstract] OR "barrier*"[Title/Abstract] OR "enabler*"[Title/Abstract] OR "facilitat*"[Title/Abstract])) OR (("antidepressive agents"[MeSH Terms] OR "neurotransmitter uptake inhibitors"[MeSH Terms] OR ("psychotropic*"[Title/Abstract] OR "antidepress*"[Title/Abstract] OR "anti depress*"[Title/Abstract] OR (("serotonin"[Title/Abstract] OR "norepinephrine"[Title/Abstract] OR "noradrenaline"[Title/Abstract] OR "nor epinephrine"[Title/Abstract] OR "nor adrenaline"[Title/Abstract] OR "neurotransmitt*"[Title/Abstract] OR "dopamine*"[Title/Abstract]) AND ("uptake"[Title/Abstract] OR "reuptake"[Title/Abstract] OR "re-uptake"[Title/Abstract])) OR "noradrenerg*"[Title/Abstract] OR "antiadrenergic"[Title/Abstract] OR "anti adrenergic"[Title/Abstract] OR "ssri*"[Title/Abstract] OR "snri*"[Title/Abstract] OR "tca"[Title/Abstract] OR "tricyclic*"[Title/Abstract] OR "tetracyclic*"[Title/Abstract] OR "heterocyclic*"[Title/Abstract]) OR ("Agomelatine"[Title/Abstract] OR "Alaproclate"[Title/Abstract] OR "Alnespirone"[Title/Abstract] OR "Amoxapine"[Title/Abstract] OR "Amersergide"[Title/Abstract] OR "Amfebutamone"[Title/Abstract] OR "Amiflamine"[Title/Abstract] OR "Amineptine"[Title/Abstract] OR "amitriptylin*"[Title/Abstract] OR "Amitriptylinoxide"[Title/Abstract] OR "Amoxapine"[Title/Abstract] OR "Aripiprazole"[Title/Abstract] OR "Atomoxetine"[Title/Abstract] OR "Tomoxetine"[Title/Abstract] OR "Befloxatone"[Title/Abstract] OR "Benactyzine"[Title/Abstract] OR "Brofaromine"[Title/Abstract] OR "Bupropion"[Title/Abstract] OR "butriptylin*"[Title/Abstract] OR "Caroxazone"[Title/Abstract] OR "Cianopramine"[Title/Abstract] OR "Cilobamine"[Title/Abstract] OR "Cimoxatone"[Title/Abstract] OR "Citalopram"[Title/Abstract] OR ("chlorimipramin*"[Title/Abstract] OR "clomipramin*"[Title/Abstract] OR "chlomipramin*"[Title/Abstract] OR "Clorimipramine"[Title/Abstract]) OR "Clorgyline"[Title/Abstract] OR "Clovoxamine"[Title/Abstract] OR "Dapoxetine"[Title/Abstract] OR "Deanol"[Title/Abstract] OR "Dibenzepin"[Title/Abstract] OR "demexiptilin*"[Title/Abstract] OR "Deprenyl"[Title/Abstract] OR "Desipramine"[Title/Abstract] OR "Desvenlafaxine"[Title/Abstract] OR "Dibenzepin"[Title/Abstract] OR "diclofensin*"[Title/Abstract] OR "dimetacrin*"[Title/Abstract] OR ("Dosulepin"[Title/Abstract] OR "Dothiepin"[Title/Abstract]) OR "Doxepin"[Title/Abstract] OR "Duloxetine"[Title/Abstract] OR "dvs 233"[Title/Abstract] OR "Eptapirone"[Title/Abstract] OR "Escitalopram"[Title/Abstract] OR "Etoperidone"[Title/Abstract] OR "Femoxetine"[Title/Abstract] OR "fenfluramin*"[Title/Abstract] OR "Fluotracen"[Title/Abstract] OR "Fluoxetine"[Title/Abstract] OR "Fluparoxan"[Title/Abstract] OR "Furazolidone"[Title/Abstract] OR "Fluvoxamine"[Title/Abstract]) OR ("Harmaline"[Title/Abstract] OR

"Harmine"[Title/Abstract] OR "Hyperforin"[Title/Abstract] OR "Hypericum"[Title/Abstract] OR "john wort"[Title/Abstract] OR "Idazoxan"[Title/Abstract] OR "imipramin*"[Title/Abstract] OR "Iprindole"[Title/Abstract] OR "iproniazid*"[Title/Abstract] OR "Ipsapirone"[Title/Abstract] OR "isocarboxazid*"[Title/Abstract] OR "Lesopitron"[Title/Abstract] OR "Levomilnacipran"[Title/Abstract] OR "Lithium"[Title/Abstract] OR "lofepramin*"[Title/Abstract] OR ("lu aa21004"[Title/Abstract] OR "Vortioxetine"[Title/Abstract]) OR "LY2216684"[Title/Abstract] OR "Maprotiline"[Title/Abstract] OR "Medifoxamine"[Title/Abstract] OR "Melitracen"[Title/Abstract] OR "Metapramine"[Title/Abstract] OR "Methylphenidate"[Title/Abstract] OR "Mianserin"[Title/Abstract] OR "Milnacipran"[Title/Abstract] OR "Minaprine"[Title/Abstract] OR "Mirtazapine"[Title/Abstract] OR "Moclobemide"[Title/Abstract] OR "Monocrotophos"[Title/Abstract] OR "Nefazodone"[Title/Abstract] OR "Nialamide"[Title/Abstract] OR "Nitroxazepine"[Title/Abstract] OR "Nomifensine"[Title/Abstract] OR "Norfenfluramine"[Title/Abstract] OR "Nortriptyline"[Title/Abstract] OR "noxiptilin*"[Title/Abstract]) OR ("Opipramol"[Title/Abstract] OR "Oxaflozane"[Title/Abstract] OR "Paroxetine"[Title/Abstract] OR "Phenelzine"[Title/Abstract] OR "Pheniprazine"[Title/Abstract] OR "pipofezin*"[Title/Abstract] OR "Pirandamine"[Title/Abstract] OR "Piribedil"[Title/Abstract] OR "Pirlindole"[Title/Abstract] OR "Pivagabine"[Title/Abstract] OR "Pizotyline"[Title/Abstract] OR "Propizepine"[Title/Abstract] OR ("protriptylin*"[Title/Abstract] OR "Pertofrane"[Title/Abstract]) OR "Quinupramine"[Title/Abstract] OR "Quipazine"[Title/Abstract] OR "Reboxetine"[Title/Abstract] OR "Ritanserin"[Title/Abstract] OR "Rolipram"[Title/Abstract] OR "Scopolamine"[Title/Abstract] OR "Selegiline"[Title/Abstract] OR "Sertraline"[Title/Abstract] OR "Setiptiline"[Title/Abstract] OR "Tandospirone"[Title/Abstract] OR "Tetrindole"[Title/Abstract] OR "Thiazesim"[Title/Abstract] OR "Thozalinone"[Title/Abstract] OR "tianeptin*"[Title/Abstract] OR "Toloxatone"[Title/Abstract] OR "Tranylcypromine"[Title/Abstract] OR "Trazodone"[Title/Abstract] OR "Trimipramine"[Title/Abstract] OR "5 hydroxytryptophan"[Title/Abstract] OR "5 ht"[Title/Abstract] OR "Tryptophan"[Title/Abstract] OR "Hydroxytryptophan"[Title/Abstract] OR "Venlafaxine"[Title/Abstract] OR "Viloxazine"[Title/Abstract] OR "Vilazodone"[Title/Abstract] OR "Viqualine"[Title/Abstract] OR "Zalospirone"[Title/Abstract] OR "Zimeldine"[Title/Abstract])) AND ("long term"[Title/Abstract] OR "over time"[Title/Abstract] OR ("cease"[Title/Abstract] OR "cessation*"[Title/Abstract] OR "continuation"[Title/Abstract] OR "discontinu*"[Title/Abstract] OR "dropout"[Title/Abstract] OR "drop out"[Title/Abstract] OR "interrupt"[Title/Abstract] OR "interruption"[Title/Abstract] OR "taper*"[Title/Abstract] OR "reduce"[Title/Abstract] OR "drug holiday"[Title/Abstract] OR "stop"[Title/Abstract] OR "stopping"[Title/Abstract] OR "withdraw*"[Title/Abstract] OR "terminat*"[Title/Abstract]) OR ("stop using"[Title/Abstract] OR "stop taking"[Title/Abstract] OR "stopping treatment"[Title/Abstract]) OR "deprescriptions"[MeSH Terms:noexp] OR "inappropriate prescribing"[MeSH Terms:noexp] OR ("deprescrib*"[Title/Abstract] OR "de prescrib*"[Title/Abstract] OR "deprescrip*"[Title/Abstract] OR "de prescrip*"[Title/Abstract])) AND ("attitude to health"[MeSH Terms:noexp] OR "health knowledge, attitudes, practice"[MeSH Terms:noexp] OR ("patient acceptance of health care"[MeSH Terms:noexp] OR "patient compliance"[MeSH Terms:noexp] OR "medication adherence"[MeSH Terms:noexp] OR "patient participation"[MeSH Terms:noexp] OR "patient satisfaction"[MeSH Terms:noexp] OR "patient preference"[MeSH Terms:noexp] OR "treatment refusal"[MeSH Terms:noexp]) OR "community participation"[MeSH Terms:noexp] OR ("decision making"[MeSH Terms:noexp] OR "choice behavior"[MeSH Terms] OR "uncertainty"[MeSH Terms:noexp]) OR "professional patient relations"[MeSH Terms:noexp] OR "social stigma"[MeSH Terms:noexp] OR ("self concept"[MeSH Terms:noexp] OR "self efficacy"[MeSH Terms:noexp] OR "sense of coherence"[MeSH Terms:noexp]) OR ("barriers"[Title/Abstract] OR "facilitat*"[Title/Abstract]) OR (("patient*"[Title/Abstract] OR "consumer*"[Title/Abstract] OR "clinician*"[Title/Abstract] OR "physician*"[Title/Abstract] OR "psychiatrist*"[Title/Abstract] OR "GP"[Title/Abstract] OR "GPs"[Title/Abstract] OR

"therapist*"[Title/Abstract] OR "nurse*"[Title/Abstract] OR "pharmacist*"[Title/Abstract] OR "practitioner*"[Title/Abstract]) AND ("acceptance"[Title/Abstract] OR "adherence"[Title/Abstract] OR "nonadherence"[Title/Abstract] OR "compliance"[Title/Abstract] OR "attitude*"[Title/Abstract] OR "belief*"[Title/Abstract] OR "satisfaction"[Title/Abstract] OR "preference*"[Title/Abstract] OR "choice"[Title/Abstract] OR "perspective*"[Title/Abstract] OR "perception*"[Title/Abstract] OR "suspicio*"[Title/Abstract] OR "reservation"[Title/Abstract] OR "doubt"[Title/Abstract] OR "trust*"[Title/Abstract] OR "distrust*"[Title/Abstract] OR "mistrust*"[Title/Abstract])))) AND ("attitude to health"[MeSH Terms:noexp] OR "health behavior"[MeSH Terms:noexp] OR ("empirical research"[MeSH Terms:noexp] OR "grounded theory"[MeSH Terms:noexp] OR "qualitative research"[MeSH Terms:noexp] OR "hermeneutics"[MeSH Terms:noexp]) OR ("interviews as topic"[MeSH Terms:noexp] OR (("person s"[All Fields] OR "personable"[All Fields] OR "personableness"[All Fields] OR "personal"[All Fields] OR "personalisation"[All Fields] OR "personalise"[All Fields] OR "personalised"[All Fields] OR "personalising"[All Fields] OR "personality"[MeSH Terms] OR "personality"[All Fields] OR "personalities"[All Fields] OR "personality s"[All Fields] OR "personalization"[All Fields] OR "personalize"[All Fields] OR "personalized"[All Fields] OR "personalizes"[All Fields] OR "personalizing"[All Fields] OR "personally"[All Fields] OR "personals"[All Fields] OR "persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "person"[All Fields]) AND "narration"[MeSH Terms:noexp])) OR (("focus groups"[MeSH Terms:noexp] OR "interviews as topic"[MeSH Terms:noexp] OR ("survey s"[All Fields] OR "surveyed"[All Fields] OR "surveying"[All Fields] OR "surveys and questionnaires"[MeSH Terms] OR ("surveys"[All Fields] AND "questionnaires"[All Fields]) OR "surveys and questionnaires"[All Fields] OR "survey"[All Fields] OR "surveys"[All Fields])) AND "surveys and questionnaires"[MeSH Terms:noexp]) OR ("qualitative"[All Fields] OR "qualitatively"[All Fields] OR "qualitatives"[All Fields]) OR ("questionnaire*"[All Fields] OR "survey*"[All Fields] OR "focus group*"[All Fields]) OR ("ethnological"[All Fields] OR "ethnograph*"[All Fields]) OR ("purposiv*"[All Fields] AND "sampl*"[Title/Abstract]) OR ("life stor*"[Title/Abstract] OR "life experience*"[Title/Abstract]) OR ("patient experience*"[Title/Abstract] OR "patient account*"[Title/Abstract] OR "consumer experience*"[Title/Abstract] OR "consumer account*"[Title/Abstract]) OR ("narrative*"[Title/Abstract] OR "discours*"[Title/Abstract]))) NOT ("rodent*"[Title] OR "rat"[Title] OR "rats"[Title] OR "mous"[Title] OR "mice"[Title] OR "animal model*"[Title] OR ("smoking"[Title] OR "tobacco"[Title] OR "nicotine"[Title] OR ("smoking cessation"[MeSH Terms] OR ("smoking"[All Fields] AND "cessation"[All Fields]) OR "smoking cessation"[All Fields])) OR ("antibiotic*"[Title] OR "antimicrob*"[Title] OR "antifung*"[Title] OR "statin*"[Title]))) AND "English"[Language]

Bijlage 3. Vragenlijst thesisonderzoek

Sectie A: Barrières bij het stoppen van antidepressiva (AD)

Uit gesprekken met huisartsen uit vroeger onderzoek bleek dat er een aantal situaties zijn die een drempel/barrière vormen voor de aanpak van afbouwen en stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva. We willen graag weten hoe u zelf deze drempels ervaart.

A1.

Scoor deze van helemaal geen barrière (1) tot zeer sterke barrière (5) om het AD te stoppen.

	1 - helemaal geen barrière	2	3	4	5 - zeer sterke barrière
Het blijvende effect van AD, ook na jaren gebruik	☐	☐	☐	☐	☐
De twijfel om het AD te stoppen door een mogelijk effect bij ouderen	☐	☐	☐	☐	☐
Risico's geassocieerd met langdurig gebruik van AD	☐	☐	☐	☐	☐
Het AD is nodig voor het biochemisch evenwicht	☐	☐	☐	☐	☐
Het risico op terugkeer van symptomen en herval in depressie door het stoppen met het AD	☐	☐	☐	☐	☐

	1 - helemaal geen barrière	2	3	4	5 - zeer sterke barrière
De impact van seizoensgebonden factoren (bv. winter, feestdagen, …) op de stemming	☐	☐	☐	☐	☐
Het risico op suïcidaliteit bij het stoppen van het AD	☐	☐	☐	☐	☐
Mogelijke onttrekkingsverschijnselen bij het stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Stoppen van het AD is de verantwoordelijkheid van de arts die het opgestart heeft	☐	☐	☐	☐	☐
Stoppen van AD is de verantwoordelijkheid van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Externe invloeden, zoals maatschappelijke verwachtingen en de farmaceutische industrie	☐	☐	☐	☐	☐
De opvolging van de patiënt door verschillende huisartsen binnen 1 praktijk	☐	☐	☐	☐	☐
De opvolging van de patiënt door verschillende zorgverleners (psycholoog, psychiater, huisarts, maatschappelijk werker, …)	☐	☐	☐	☐	☐
Stoppen van AD is geen prioriteit	☐	☐	☐	☐	☐
Stoppen van AD is niet meer zinvol op oudere leeftijd	☐	☐	☐	☐	☐
Stoppen van AD is moeilijk	☐	☐	☐	☐	☐
Stoppen van AD is een energie- en tijdintensief proces	☐	☐	☐	☐	☐
Voorschriften voor AD worden automatisch herhaald (herhaalvoorschiften)	☐	☐	☐	☐	☐
Beperkte eigen kennis en/of vertrouwen voor het begeleiden van het stoppen van het AD	☐	☐	☐	☐	☐
Onvoldoende informatie/richtlijnen over het stoppen van AD	☐	☐	☐	☐	☐
Moeilijke psychosociale context van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Geen vraag van de patiënt om het AD te stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Weerstand van de patiënt bij het aanhalen van het stoppen van het AD	☐	☐	☐	☐	☐
Afhankelijkheid aan het AD bij de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Een klinisch stabiele patiënt (sociaal, persoonlijk, levensomstandigheden) met antidepressiva	☐	☐	☐	☐	☐
Weerstand voor het stoppen van het AD van steunfiguren (zoals partner, kind..) van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Onvoldoende beschikbaarheid van niet-medicamenteuze behandelingen die het stoppen van het AD kunnen ondersteunen	☐	☐	☐	☐	☐
Geen/beperkte kennis over stoppen van het AD van andere zorgverleners van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Weerstand voor het stoppen van het AD van de andere zorgverleners van de patiënt (bv. Verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐

LimeSurvey

Sectie B: Facilitatoren bij het stoppen van antidepressiva (AD)

Omgekeerd zijn er uit gesprekken met huisartsen ook situaties/factoren voortgekomen die stimuleren tot het afbouwen en stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva (AD).

B1.

In welke mate ervaart u volgende situaties/factoren als helemaal geen facilitator/bevorderende factor (1) tot zeer sterke facilitator/zeer sterke bevorderende factor om het AD te stoppen (5).

	1 - helemaal geen facilitator	2	3	4	5 - zeer sterke facilitator
De patiënt is vragende partij om te stoppen met het AD	☐	☐	☐	☐	☐
Het vertrouwen van de patiënt in zijn eigen kunnen om AD te stoppen (inclusief effectieve coping strategieën)	☐	☐	☐	☐	☐
Een klinisch stabiele patiënt (sociaal, persoonlijk, en levensomstandigheden)	☐	☐	☐	☐	☐
De aanwezigheid van bijwerkingen van het AD bij de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Het risico op interacties/bijwerkingen door het AD bij een verandering in de gezondheidstoestand bij de patiënt (bvb zwangerschap, nieuwe ziekte, nieuwe medicatie …)	☐	☐	☐	☐	☐
De diagnose van dementie of de aanwezigheid van ernstige gezondheidsproblemen bij ouderen	☐	☐	☐	☐	☐
Aanwezigheid van steunfiguren (zoals partner, kind…) rondom de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Samenwerking met andere zorgverleners (zoals een psycholoog of apotheker..) om het stopproces te ondersteunen	☐	☐	☐	☐	☐
De verantwoordelijkheid als arts om het gesprek omtrent stoppen van AD aan te gaan	☐	☐	☐	☐	☐
Het zelf opgestart hebben van het AD	☐	☐	☐	☐	☐
Het kennen van de psychosociale context van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
De voordelen voor de patiënt door het stoppen van het AD (verdwijnen van bijwerkingen, geen dagelijkse pil meer gebruiken, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
De voldoening voor de arts door het stoppen van het AD bij een patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Vertrouwen in mijn eigen kennis en kunnen om het stoppen van AD op te nemen	☐	☐	☐	☐	☐
Beschikbare richtlijnen en informatie over het stoppen van AD	☐	☐	☐	☐	☐
Een herevaluatie van het AD (bv. bij het afhalen van van het voorschrift)	☐	☐	☐	☐	☐
Een medicatienazicht in het WZC als opportuniteit tot stoppen	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie C: Werkzaamheid en veiligheid van antidepressiva (AD)

C1.

Hoe evalueert u de werkzaamheid op lange termijn van AD? Geef een score van 1 tot 10, met 10 als hoogste score (= zeer werkzaam).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algemeen bij volwassenen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Specifiek bij ouderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C2.

Hoe evalueert u de veiligheid op lange termijn van AD? Geef een score voor de 1 tot 10 met 10 als hoogste score (= zeer veilig).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algemeen bij volwassenen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Specifiek bij ouderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie D: Vertrouwen in eigen kunnen

D1.

Geef een score van 0 tot 10, met 10 als hoogste score.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hoe goed geplaatst vindt u zich voor de aanpak van stoppen van AD?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe goed getraind vindt u zich voor de aanpak van stoppen van AD?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe zelfzeker voelt u zich voor de aanpak van stoppen van AD?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie E: Prioriteit van stoppen met antidepressiva (AD)

E1. **Geef aan hoe prioritair u het stoppen van langdurig gebruik vindt met een cijfer van 0 tot 10, met 10 als hoogste score**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algemeen bij volwassen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Specifiek bij ouderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie F: Demografische gegevens

F1. **Geslacht:**

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ X
- ☐ Zeg ik liever niet

F2. **Leeftijdscategorie:**

- ☐ 21-30 jaar
- ☐ 31-40 jaar
- ☐ 41-50 jaar
- ☐ 51-60 jaar
- ☐ > 60 jaar

F3. **Soort praktijk:**

- ☐ Solopraktijk
- ☐ Groepspraktijk
- ☐ Multidisciplinaire groepspraktijk
- ☐ Forfaitaire praktijk/wijkgezondheidscentrum
- ☐ Overige

Overige

F4. Ligging van de praktijk:

- [ ] Dorpspraktijk
- [ ] Stadspraktijk

F5. Aantal jaren werkzaam als huisarts:

- [ ] 0-10 jaar
- [ ] 11-20 jaar
- [ ] 21-30 jaar
- [ ] 31-40 jaar
- [ ] > 40 jaar

F6. Provincie van de praktijk:

- [ ] Oost-Vlaanderen
- [ ] West-Vlaanderen
- [ ] Antwerpen
- [ ] Vlaams-Brabant
- [ ] Limburg

Sectie G: Aanvullende opmerkingen

G1. Als u nog iets kwijt wilt over het onderwerp of de vragenlijst, kan u dit hier noteren:

Bijlage 4. Informatiefiche thesisonderzoek

KU LEUVEN ICHO vzw UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde

Barrières en facilitatoren bij het stoppen met langdurig antidepressivagebruik

Een kwantitatieve studie

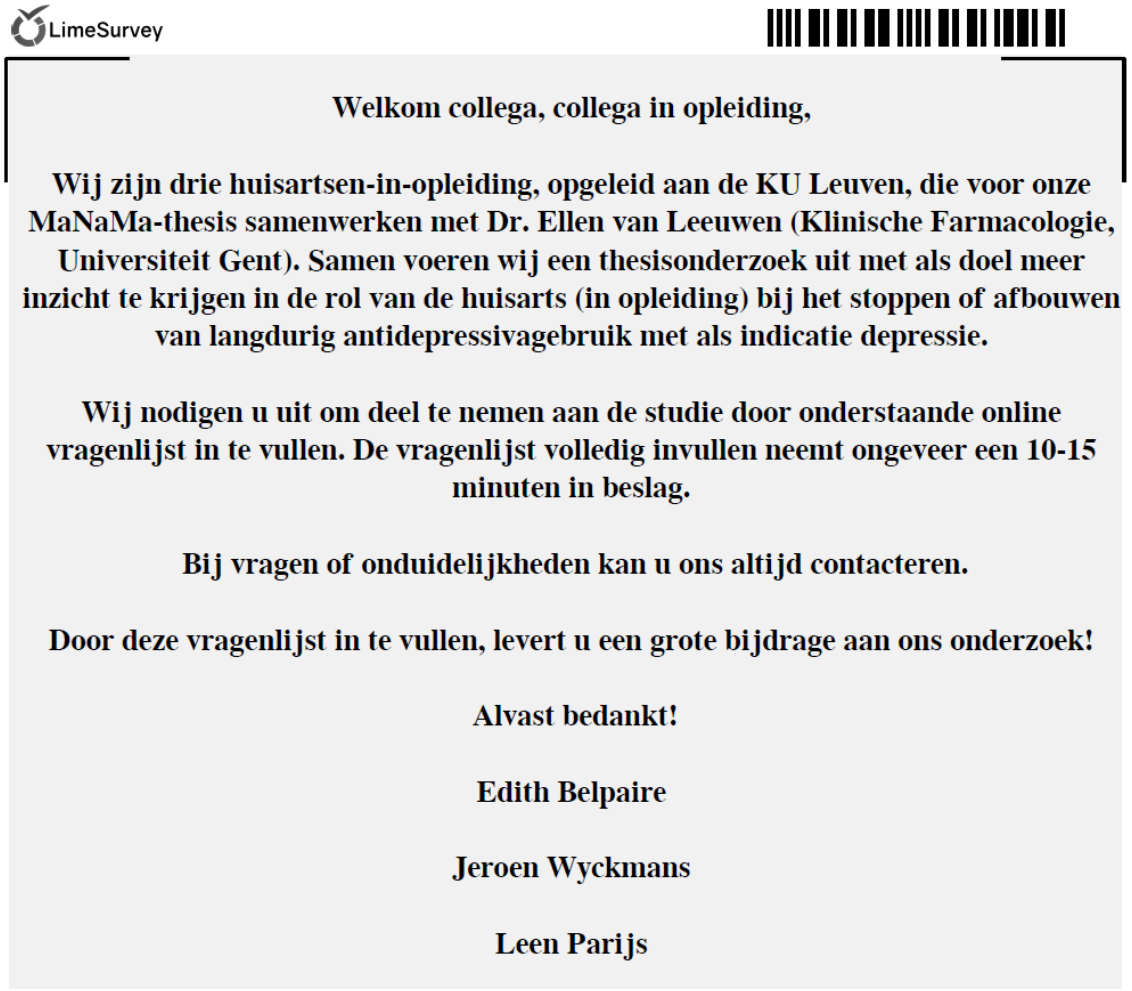
Wij zijn drie huisartsen-in-opleiding, opgeleid aan de KU Leuven, die voor onze MaNaMa-thesis samenwerken met Dr. Ellen van Leeuwen (Huisarts, Klinische Farmacologie, Universiteit Gent). Samen voeren wij onderzoek met als doel meer inzicht te krijgen in de rol van de huisarts (-in-opleiding) bij het stoppen of afbouwen van langdurig antidepressivagebruik (AD) met als indicatie depressie. Het langdurig gebruik van AD neemt toe ondanks de aanbevelingen in richtlijnen. De dienst Klinische Farmacologie UGent voerde reeds een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en de visie van zorgverleners betreft het stoppen van langdurig gebruik van AD. Met dit onderzoek trachten we te achterhalen in welke mate reeds geïdentificeerde factoren een barrière vormen of net stimuleren tot het stopzetten van AD.

U kan aan deze studie deelnemen als u werkzaam bent als huisarts of huisarts-in-opleiding in Vlaanderen. Dit zal ongeveer 10-15min van uw tijd in beslag nemen. Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de UGent. De opdrachtgever van deze studie is het ICHO. Indien gewenst, kunnen na afname van het onderzoek de huidige richtlijnen opgefrist worden in jullie LOK groep.

Wij danken u voor uw interesse & bijdrage aan ons onderzoek.

Edith Belpaire, Jeroen Wyckmans, Leen Parijs

Bijlage 5. Geïnformeerde toestemming alvorens deelname aan thesis onderzoek



Welkom collega, collega in opleiding,

Wij zijn drie huisartsen-in-opleiding, opgeleid aan de KU Leuven, die voor onze MaNaMa-thesis samenwerken met Dr. Ellen van Leeuwen (Klinische Farmacologie, Universiteit Gent). Samen voeren wij een thesisonderzoek uit met als doel meer inzicht te krijgen in de rol van de huisarts (in opleiding) bij het stoppen of afbouwen van langdurig antidepressivagebruik met als indicatie depressie.

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan de studie door onderstaande online vragenlijst in te vullen. De vragenlijst volledig invullen neemt ongeveer een 10-15 minuten in beslag.

Bij vragen of onduidelijkheden kan u ons altijd contacteren.

Door deze vragenlijst in te vullen, levert u een grote bijdrage aan ons onderzoek!

Alvast bedankt!

Edith Belpaire

Jeroen Wyckmans

Leen Parijs

INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER

Doelpubliek: Huisartsen en huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen

Rechtsgrond: toestemming voor deelname

Taal: Nederlands

LUIK 1 – INFORMATIEBRIEF DEELNEMERS ONDERZOEK

Titel van de studie: Stoppen van chronisch antidepressiva gebruik

Dit is een onderzoek dat wordt uitgevoerd door het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) in samenwerking met Dr. Van Leeuwen Ellen (Universiteit Gent). De verantwoordelijke onderzoekers zijn:

Edith Belpaire
Jeroen Wyckmans
Leen Parijs
Universiteit Leuven
E-mail: edith.belpaire@student.kuleuven.be, jeroen.wyckmans@student.kuleuven.be & leen.parijs@student.kuleuven.be
Tel. nr. (resp.): +32 475/53.94.49, +32 472/83.11.41, +32 491/30.40.86

Dr. Van Leeuwen Ellen
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Universiteit Gent
E-mail: ellen.vanleeuwen@ugent.be

A. Informatie over de studie

Wat is het doel van het onderzoek?

U wordt uitgenodigd voor uw rol als huisarts / huisarts-in-opleiding voor deelname aan dit onderzoek van MaNaMa huisarts studenten van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleiding (ICHO) in samenwerking met de Universiteit Gent.

Neem voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen voor u beslist deel te nemen aan deze studie. Aarzel niet om vragen te stellen aan de onderzoeker als er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Zorg ervoor dat u alles begrijpt. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen. Wij vragen of u wilt deelnemen aan een online vragenlijst die peilt naar uw ervaring en visie over het stoppen van langdurig antidepressiva (AD) gebruik bij depressie. Het langdurig gebruik van AD neemt toe ondanks de aanbevelingen in richtlijnen. De dienst Klinische Farmacologie Universiteit Gent voerde reeds een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en de visie van zorgverleners betreft het stoppen van langdurig gebruik van AD. Met dit onderzoek trachten we te achterhalen in welke

mate reeds geïdentificeerde factoren een barrière vormen of net stimuleren tot het stopzetten van AD.

Ethische goedkeuring

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 Ethische Commissie te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie. De opdrachtgever van deze studie is het ICHO. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Ellen Van Leeuwen.

Wat houdt deelnemen aan dit onderzoek in?

U kan aan deze studie deelnemen als u werkzaam bent als huisarts of huisarts-in-opleiding in Vlaanderen. Artsen die niet werkzaam zijn als huisarts of huisarts-in-opleiding kunnen niet deelnemen.

Dit zal ongeveer 10-15min van uw tijd in beslag nemen.

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Indien u weigert om deel te nemen, of wanneer u beslist zich terug te trekken uit een lopende studie, zal dit op geen enkele manier een invloed hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker, uw evaluatie en/of studiebegeleiding (indien u student bent) of uw behandeling (indien u een therapeutische relatie heeft met de onderzoeker).

Wat zijn de risico's en voordelen bij deelname aan dit onderzoek?

Aan dit onderzoek is geen enkel bekend blijvend risico verbonden. Bij deelname aan deze studie helpt u de wetenschap vooruit en kunnen toekomstige onderzoekers inspelen op mogelijke hiaten hierin. U kan ook inzichten verwerven in uw eigen houding omtrent langdurig AD gebruik. Er is geen vergoeding voorzien bij deelname aan dit onderzoek.



B. Informatie m.b.t. Privacy en Persoonsgegevens

Het wettelijk kader voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie in het kader van dit onderzoek wordt bepaald door:

- De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR);
- De Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018

De onderzoekers dienen zich te houden aan de generieke gedragscode voor de verwerking van persoonsgegevens van de UGent[1].

Verwerking van persoonsgegevens

De volgende demografische persoonsgegevens zullen worden verwerkt:

- Beroep, geslacht, leeftijd, soort praktijk, rurale/stedelijke ligging van praktijk, jaren werkervaring, provincie van de praktijk.

De persoonsgegevens zullen verzameld worden met behulp van vragenlijsten via een online LimeSurvey. Deze worden verzameld om demografische gegevens te correleren aan trends in verschillende visies omtrent het stoppen van langdurig AD gebruik.

Op basis van welke rechtsgrond worden de gegevens verwerkt?

Voor het verwerken van uw persoonsgegevens zal uw expliciete toestemming gevraagd worden. Dit gebeurt via het ondertekenen van een 'toestemmingsformulier'. Deze toestemming kan ten alle tijden worden ingetrokken door dit te melden aan de hoofdonderzoeker.

Wie heeft toegang tot mijn (persoons)gegevens?

De onderzoekers verbonden aan het ICHO (Jeroen Wyckmans, Edith Belpaire en Leen Parijs) en het onderzoekersteam van Dr. Van Leeuwen Ellen hebben toegang tot de data. De gegevens zullen in dit kader worden bewaard tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de eventuele opvolging daarvan.

Hergebruik van gegevens

De hier verzamelde onderzoeksgegevens kunnen ook nog nuttig zijn bij het beantwoorden van andere onderzoeksvragen. Daarom bestaat de mogelijkheid dat de onderzoeksgegevens

[1] https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/gedragscode-persoonsgegevens.htm

worden hergebruikt op een later tijdstip voor ander onderzoek. Het hergebruiken van de onderzoeksdata kan zowel gebeuren binnen het eigen onderzoeksteam, als door externe onderzoekers binnen en buiten de Europese Unie. Hiertoe zullen de onderzoeksgegevens op een gecontroleerde wijze ter beschikking worden gesteld via een speciaal daarvoor bedoeld deelplatform voor onderzoeksdata. Hierbij worden alle nodige maatregelen genomen om de vertrouwelijkheid van uw persoonsgegevens te garanderen zoals wordt voorgeschreven in de UGent Generieke Gedragscode voor het omgaan met persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie.

Welke rechten heeft u als deelnemer met betrekking tot uw persoonsgegevens?

In overeenstemming met de Europese en Belgische privacywetgeving[2] wordt uw persoonlijke levenssfeer gerespecteerd. Zoals reeds aangegeven, kan u op elk gegeven moment uw toestemming intrekken en dit zonder opgave van reden. Dit betekent dat uw gegevens niet verder verwerkt zullen worden vanaf het moment van intrekking.

U heeft het recht op inzage van de gegevens die over u verzameld werden en u kan eveneens een kopie vragen, voor zover dit geen afbreuk doet aan de rechten en vrijheden van anderen, waaronder die van de Universiteit Gent. Elk onjuist gegeven over u kan op uw verzoek verbeterd worden. Bovendien heeft u recht op vergetelheid: dit betekent dat u, na het intrekken van uw toestemming, kan vragen om uw persoonsgegevens te laten verwijderen.

Om een van bovenstaande rechten uit te oefenen, kan u contact opnemen met de betrokken onderzoekers via edith.belpaire@student.kuleuven.be, jeroen.wyckmans@student.kuleuven.be of leen.parijs@student.kuleuven.be

Heeft u een klacht?

Als u een klacht wil indienen over de manier waarop uw persoonsgegevens worden behandeld of als u vragen heeft met betrekking tot uw persoonsgegevens in het kader van dit onderzoek, dan kan u contact opnemen met de functionaris voor gegevensbescherming van de Universiteit Gent via privacy@ugent.be of T 09 264 95 17.

U kan ook een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel (e-mail: contact@apd-gba.be) en/of de Vlaamse Toezichtcommissie (e-mail: contact@toezichtscommissie.be)

[2] Dit zijn: de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR); de Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018; de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

UNIVERSITEIT GENT

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

KU LEUVEN

LUIK 2 – TOESTEMMINGSFORMULIER

A. Toestemming m.b.t. deelname aan de studie

Gelieve het juiste bolletje aan te kruisen	**Ja**	**Nee**
Ik neem vrijwillig deel aan deze wetenschappelijke studie.	o	o
Ik weet dat ik me op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker. *[Indien van toepassing]* Wanneer ik deelneem in het kader van mijn opleiding, begrijp ik dat het vroegtijdig stopzetten van mijn deelname geen negatieve invloed heeft op mijn evaluatie en/of studiebegeleiding.		
Ik heb het informatieformulier gelezen en heb voldoende uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de voorziene effecten van de studie. Ik kreeg de gelegenheid om vragen te stellen en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.		

Naam deelnemer	Naam onderzoeker
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening