Kwalitatief onderzoek naar de visie van huisartsen-in-opleiding over het stoppen van antidepressiva na langdurig gebruik en de ervaren facilitatoren en barrières

Decock Céline, Demetter Tine, Grammens Charles, Martens Heleen

Promotor: dr. Ellen Van Leeuwen, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

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

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

Abstract

Inleiding

Het gebruik van antidepressiva (AD) in België is aanzienlijk. In 2023 gebruikte 13,7% van alle Belgen een antidepressivum. Een stijgend cijfer, dat vooral te wijten is aan een toename van langdurig gebruik. 73% van alle voorschriften voor AD wordt door huisartsen voorgeschreven. Huisartsen-in-opleiding (HAIO's) zijn verantwoordelijk voor 5% van de voorschriften. Depressie is de voornaamste indicatie om AD op te starten. Richtlijnen raden om AD niet langer dan zes tot twaalf maanden te gebruiken na het bereiken van remissie. AD langer gebruiken dan nodig is, kan leiden tot bijwerkingen en complicaties alsook tot onnodige kosten voor de gezondheidszorg. In België werd reeds onderzoek gevoerd naar de ervaringen van patiënten en huisartsen rond het stoppen van AD. Literatuur rond AD-afbouw bij HAIO's bestaat nog niet in België noch internationaal.

Onderzoeksvraag

Wat is de visie van HAIO's op het stoppen van AD, bij indicatie depressie, bij langdurig gebruik in België, welke barrières komen HAIO's hierbij tegen en welke factoren faciliteren dit net?

Methode

Huidige richtlijnen omtrent het gebruik en de afbouw van AD werden geraadpleegd en er werd een verkennend literatuuronderzoek gevoerd naar ervaringen rond het stoppen van AD na langdurig gebruik bij zowel hulpverleners als patiënten. Om de ervaringen van HAIO's in beeld te brengen werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. De data werd verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews tot saturatie van de resultaten bereikt werd (n=16). De interviews werden uitgetypt via Microsoft Word en vervolgens onafhankelijk van elkaar, gecodeerd door 2 onderzoekers via NVivo, een softwarepakket voor kwalitatieve data-analyse.

Resultaten

HAIO's zijn zich bewust van de discrepantie tussen de frequentie van langdurig gebruik van AD en de aanbevolen behandelduur. Vooral bij ouderen wordt het risico op bijwerkingen en interacties erkend. Daarnaast wordt getwijfeld aan het positief effect van de medicatie na langdurig gebruik. Hoewel HAIO's aangeven over de juiste kennis en bronnen te beschikken, lijkt een gebrek aan ervaring en vertrouwen in de eigen vaardigheden een grote barrière te vormen om langdurig gebruik te bespreken. Daarnaast lijken HAIO's ook terughoudend om medicatie aan te passen die door hun praktijkopleider (PO) of een andere arts werd opgestart. Frequent overleg met de PO kan de afbouw faciliteren. Omgekeerd durft de HAIO soms niet in discussie te treden met de PO. Naar de patiënt toe kan de HAIO-rol een nadeel zijn door het ontbreken van een vertrouwensband wat het bespreken van gevoelige thema's bemoeilijkt. Anderzijds wordt dit ook net als voordeel benoemd aangezien er geen angst is om een vertrouwensrelatie te schenden. HAIO's beschouwen hun 'frisse blik' als meerwaarde om langdurig gebruik te herkennen en benoemen.

Conclusie

HAIO's erkennen het langer dan aanbevolen gebruik van AD bij depressie als een probleem. Ze beschrijven gelijkaardige drempels en facilitatoren bij het stoppen als huisartsen. Hun specifieke rol brengt zowel voor- als nadelen met zich mee. De organisatie van de praktijk maar ook de invloed van de PO heeft een grote impact op het voorschrijfgedrag van de HAIO. Interventies op verschillende niveaus kunnen het stoppen van AD door HAIO's stimuleren. Meer specifiek worden maatschappelijke sensibilisering, stimuleren van diepgaand HAIO-PO overleg en feedback door het RIZIV benoemd. Ook het versterken van het verantwoordelijkheidsgevoel van de HAIO tijdens de opleiding zou een positief effect kunnen hebben.

Afkortingen

HAIO = Huisarts-in-opleiding

AD = Antidepressivum/Antidepressiva

TCA = Tricyclische antidepressiva

SSRI = Selectieve serotonineheropnameremmers

MAO = Monoamineoxidase

BCFI = Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie

RIZIV = Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

PO = Praktijkopleider

WZC = Woonzorgcentrum

WGC = Wijkgezondheidscentrum

ICHO = Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding

UGent = Universiteit Gent

KUL = Katholieke Universiteit Leuven

KULAK-KUL = Katholieke Universiteit Leuven Afdeling Kortrijk

VUB = Vrije Universiteit Brussel

UA = Universiteit Antwerpen

Inhoudstafel

Abstract i
Afkortingen ii
Inhoudstafel iii
1. Inleiding 1
1.1. Probleemstelling 1
1.2. Motivatie voor het project 1
1.3. Doelstelling 2
2. Literatuurstudie 2
2.1. Methode 2
2.2. De antidepressiva 3
2.3. Richtlijnen omtrent het gebruik van antidepressiva 4
2.4. Richtlijnen omtrent de afbouw van antidepressiva 5
2.5. Barrières en facilitatoren voor het stoppen van antidepressiva 6
2.5.1. Kwalitatief onderzoek bij patiënten 6
2.5.2. Kwalitatief onderzoek bij zorgverleners 6
2.6. Opleiding tot huisarts in Vlaanderen 7
3. Methodologie kwalitatief onderzoek 7
3.1. Onderzoeksopzet 7
3.2. Rekrutering 7
3.3. Dataverzameling 7
3.4. Data-analyse 8
3.5. Vertrouwelijkheid en ethiek 8
4. Resultaten kwalitatief onderzoek 8
4.1. Karakteristieken geïnterviewde HAIO's 8
4.2. HAIO-gerelateerde facilitatoren en barrières voor de afbouw van antidepressiva 10
4.2.1. Visie HAIO op langdurig gebruik van antidepressiva 10
4.2.1.1. Prevalentie langdurig gebruik 10
4.2.1.2. Perceptie van een al dan niet langdurig effect van antidepressiva 10
4.2.1.3. Veiligheid bij langdurig gebruik 10
4.2.2. Kennis en ervaring HAIO 10
4.2.2.1. Ervaring 10
4.2.2.2. Kennis 11
4.2.2.3. Bronnen 12
4.2.3. Gesprek over antidepressiva 13

4.2.3.1. Geen hulpvraag 13
4.2.3.2. Actieve hulpvraag 13
4.2.4. Opvolging 13
4.2.4.1. Lost to follow up 13
4.2.4.2. Opvolging na verlaten praktijk 14
4.2.5. Opstart door andere arts 15
4.2.5.1. Opgestart door HAIO 15
4.2.5.2. Opgestart door psychiater 15
4.2.5.3. Opgestart door andere huisarts 16
4.2.6. Verantwoordelijkheidsgevoel HAIO 16
4.2.6.1. Eerste aanzet 16
4.2.6.2. Voorbeeldfunctie voor oudere artsen 17
4.2.6.3. Niet mijn patiënten 17
4.2.7. Geloofwaardigheid in HAIO 17
4.2.7.1. Niet de vaste arts 17
4.2.7.2. Vertrouwensband tussen HAIO en patiënt 18
4.2.8. Angst voor herval 19
4.3. Patiëntgerelateerde facilitatoren en barrières 19
4.3.1. Leeftijd patiënt 19
4.3.2. Ervaren bijwerkingen door de patiënt en medicatie-interacties 19
4.3.3. Afgesloten depressieve episode 20
4.3.4. Eerdere stoppoging 21
4.3.5. Patiënt in stabiele situatie 21
4.3.6. Rol omgeving van de patiënt bij afbouw 21
4.3.7. Socio-economische status van patiënt 21
4.3.8. Taalbarrière 22
4.3.9. Weerstand van de patiënt volgens HAIO's 22
4.3.10. Kennis en verwachtingen van de patiënt 22
4.4. Organisatiegebonden facilitatoren en barrières 23
4.4.1. Praktijkorganisatie 23
4.4.1.1. Voorschrijfgedrag en medicatiereviews 23
4.4.1.2. Huisbezoeken in woonzorgcentra 24
4.4.1.3. Tijdsdruk 25
4.4.2. Multidisciplinaire samenwerking 25
4.4.2.1. Psychiater 25
4.4.2.2. Apotheker 26

4.4.2.3. Psycholoog 26
4.4.2.4. Praktijkverpleegkundige 27
4.4.2.5. Thuisverpleegkundige 27
4.4.3. Praktijkopleider en collega-huisartsen 28
5. Discussie 30
5.1. Samenvatting van de resultaten 30
5.2. Vergelijking met bestaande literatuur 31
5.3. Implicaties 32
5.3.1. Implicaties voor de praktijk 32
5.3.2. Suggesties/implicaties voor verder onderzoek 33
5.4. Sterktes en beperkingen van het kwalitatief onderzoek 34
6. Besluit 35
7. Referenties 36
8. Bijlagen 38
Bijlage 1: Tabellen 38
Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité 48
Bijlage 3: Interviewgids 49
Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier deelnemers 52

1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

Uit een rapport uit 2023 blijkt dat het gebruik van antidepressiva (AD) in België aanzienlijk is. Net iets minder dan 14% van de Belgische bevolking neemt een AD. Het gebruik stijgt met de leeftijd. Sinds 2021 wordt er een lichte stijging gezien in het gebruik van AD. In andere landen wordt er wel een grotere toename gezien in het gebruik. (1)
De stijging van dit gebruik is voornamelijk toe te schrijven aan de toename van langdurig gebruik. (1,3)
Het grootste deel van de AD wordt voorgeschreven in de eerste lijn. Huisartsen blijken de grootste voorschrijvers te zijn, goed voor 73% van alle voorschriften. Huisartsen-in-opleiding (HAIO's) vormen de derde grootste groep voorschrijvers en zijn verantwoordelijk voor 5% van de voorgeschreven AD.
AD beïnvloeden, net als andere psychofarmaca, de werking van neurotransmitters zoals serotonine, noradrenaline en dopamine. Deze stoffen spelen een belangrijke rol in verschillende cognitieve processen en hersenfuncties, waaronder geheugen, motoriek en emoties. Doordat ze een brede invloed hebben op het cognitief functioneren, kunnen er ook ongewenste bijwerkingen optreden. Voorbeelden hiervan zijn sufheid, duizeligheid, slaapproblemen maar ook maagdarmklachten en gewichtstoename of -afname. (1)
Naast bijwerkingen brengt dit (langdurig) gebruik een grote kost met zich mee, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij. (2)

1.2. Motivatie voor het project

Als HAIO's merken wij op dat een groot aantal patiënten langdurig AD gebruiken, vaak zonder dat er nog een duidelijke indicatie bestaat of zonder dat er regelmatig een evaluatie plaatsvindt. Tijdens onze opleiding worden we ons steeds meer bewust van ons voorschrijfgedrag. Problemen van onterecht langdurig gebruik zien we ook bij andere medicatie, zoals benzodiazepines en protonpompinhibitoren, waarvoor in België ondertussen beleidsmaatregelen worden genomen om onnodig gebruik tegen te gaan. Er bestaan bovendien al succesvolle afbouwschema's die in samenwerking met apothekers worden toegepast voor benzodiazepines.

Toch valt op dat er nog geen even grootschalige en georganiseerde aanpak bestaat voor het langdurig gebruik van AD, ondanks duidelijke cijfers die aantonen hoe relevant dit probleem is voor de volksgezondheid. Precies daarom spreekt dit project ons sterk aan: het sluit aan bij onze visie op huisartsgeneeskunde waarin de huisarts een cruciale rol speelt in rationeel voorschrijven, het bewaken van medicatieveiligheid en het begeleiden van patiënten in afbouwprocessen.

Bovendien wordt ons door de dagdagelijkse praktijk duidelijk dat je ook als HAIO een belangrijke rol speelt in deze zorg. Sommige patiënten zie je slechts één keer, maar anderen volg je ook langer op. Beiden bieden mogelijkheden om de medicatie na te kijken, zo ook de AD. Deze unieke rol als HAIO brengt mogelijkheden, maar ook moeilijkheden met zich mee die we aan de hand van dit onderzoek beter in kaart willen brengen.

1.3. Doelstelling

Het doel van dit project is om na te gaan wat de barrières en facilitatoren zijn bij HAIO's voor het stoppen van AD na langdurig gebruik. Dit onderzoek sluit aan bij de onderzoekslijn 'Stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva' van dr. Ellen Van Leeuwen. Vergelijkbaar kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd bij Belgische huisartsen, patiënten, mantelzorgers van personen met AD, verpleegkundigen en apothekers.

Tot op heden bestaat er echter geen literatuur die de visie van HAIO's heeft onderzocht met betrekking tot dit thema. Dit onderzoek beoogt deze leegte op te vullen door te peilen naar de visie van HAIO's rond langdurig AD-gebruik en de barrières en facilitatoren die zij ervaren bij de afbouw ervan. Deze data kunnen helpen bij het ontwikkelen van interventies voor deze doelgroep om zo de afbouw van AD te faciliteren.

2. Literatuurstudie

2.1. Methode

In de literatuur werd vooreerst gezocht naar wat geweten is over het correct gebruik van AD. Hiervoor werd de CDLH-databank geconsulteerd. Er werd gezocht met de zoekterm "antidepressiva". Hierbij werd de folia van het BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) rond het afbouwen van AD geïncludeerd. Verder werden de NHG-richtlijn en Domus Medica richtlijn over AD toegevoegd en de BCFI folia over de behandeling van een depressie geïncludeerd.

In de literatuur werd aanvullend gezocht naar wat gekend is over de ervaring van HAIO's met het afbouwen van medicatie. In de databank PubMed leverden de zoektermen "GP trainees" and "medication discontinuation" op 26/03/2024 geen resultaten op. De databank Embase leverde met dezelfde zoektermen eveneens geen artikels op.

Bijkomend werd op 26/03/2024 in de databank PubMed gezocht met de zoektermen 'antidepressants' AND 'discontinuation' AND 'general practitioners'. Studies recenter dan tien jaar geleden gepubliceerd werden geïncludeerd. Deze zoektermen leverden 48 artikels op waarvan er na screening van de titels en abstracten zes overbleven. In de databank Embase leverden dezelfde zoektermen 55 resultaten op waarvan er na screening van de titels tien overbleven. Zes hiervan bleken een duplicaat van de reeds gevonden artikels in PubMed. Na het lezen van de abstracten van de geselecteerde artikels werd één artikel weggelaten aangezien het enkel de ontwenningsverschijnselen beschreef. Daarnaast werden twee extra artikels bekomen via de promotor, tevens de hoofdonderzoeker van deze artikels. Deze werden niet gevonden via de eigen zoektocht, maar brachten wel extra relevante informatie met zich mee. Tevens werd de thesis omtrent de kijk van huisartsen op dit thema verkregen via de promotor en geïncludeerd.

2.2. De antidepressiva

We beperken ons tot het bespreken van het gebruik van AD bij depressie aangezien dit de focus van het kwalitatief onderzoek is.

AD worden onderverdeeld in verschillende klassen op basis van hun werkingsmechanisme (tabel 1).

Selectieve heropnameremmers - Selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) - Selectieve noradrenaline-heropnameremmers
Niet-selectieve heropnameremmers - Tricyclische antidepressiva (TCA's) en aanverwanten - Serotonine- en noradrenaline-heropnameremmers (SNRI's) - Noradrenaline- en dopamine-heropnameremmers
Monoamineoxidase (MAO)-inhibitoren
Antidepressiva direct werkend op de neuroreceptoren
Vortioxetine
Esketamine
Sint-janskruid
Middelen bij bipolaire stoornissen

Tabel 1. Verschillende klassen antidepressiva; volgens BCFI; antidepressiva; via bcfi.be. (3)

In de eerstelijnspraktijk zijn er twee belangrijke groepen, namelijk de tricyclische antidepressiva (TCA's) en de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's).

De keuze voor een AD wordt voornamelijk bepaald door contra-indicaties, ongewenste effecten, een eventuele eerdere behandeling, voorkeur van de patiënt en interacties met andere middelen. Er is geen bewijs dat TCA's noch SSRI's meer doeltreffend zijn, maar TCA's zijn bij overdosering potentieel letaal wegens onomkeerbare geleidingsstoornissen, waardoor de eerste keuze uitgaat naar het gebruik van een SSRI. (4, 5)

Zowel de SSRI's als de TCA's kennen diverse bijwerkingen. Gastro-intestinale ongewenste effecten en centrale ongewenste effecten (hoofdpijn, slapeloosheid, duizeligheid, agitatie, sedatie, ...) zijn frequente bijwerkingen van de SSRI's. Af en toe worden ook priapisme, langdurige seksuele stoornissen, compulsief gedrag, serotoninesyndroom bij associatie met andere serotonerge middelen, bloedingen, en voor paroxetine ook anticholinerge effecten gerapporteerd. (4) Gewichtstoename, orthostatische hypotensie, anticholinerge effecten, sedatie, agitatie en slapeloosheid zijn gekende bijwerkingen van de TCA's. (4)

Het uitlokken van een manische fase bij patiënten met een bipolaire stoornis en een verhoogd risico op agressief gedrag en suïcidegedachten, vooral bij de start van de behandeling, zijn bijwerkingen die bij alle verschillende AD worden gezien. (4)

2.3. Richtlijnen omtrent het gebruik van antidepressiva

De twee belangrijkste indicaties voor het gebruik van AD zijn een depressie en angststoornissen.

De diagnose van depressie kan gesteld worden aan de hand van de DSM-5-criteria (tabel 2).

Depressie: aanwezigheid van 5 van onderstaande symptomen, waarvan ≥ 1 kernsymptoom, gedurende ≥ 2 aaneengesloten weken Kernsymptomen - sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag - duidelijke vermindering van interesse of plezier in (vrijwel) alle activiteiten, bijna dagelijks en gedurende het grootste deel van de dag Overige symptomen - duidelijke gewichtsvermindering of -toename - slapeloosheid of overmatig slapen - psychomotorische 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
De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen
De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een andere somatische aandoening

Tabel 2. DSM-5 criteria depressie; volgens Declercq T. et al.; Domus Medica; Depressie bij volwassenen; 2016; p. 14. (6)

Om te bepalen of er al dan niet een AD moet opgestart worden, is het belangrijk de ernst van de depressie in te schatten. Dit kan bepaald worden door het inschatten van de ernst van het sociaal disfunctioneren, de lijdensdruk en eventuele comorbiditeiten. De eerste stap als huisarts is steeds het geven van voorlichting en niet-medicamenteus advies over onder andere dagstructurering en activiteitenplanning. Bij een depressie met matig disfunctioneren/lijden wordt er meestal doorverwezen naar een psycholoog. Bij onvoldoende effect hiervan kan het opstarten van een AD overwogen worden. Bij een ernstige depressie moet naast psychotherapie ook opstart van AD bij het initieel beleid overwogen worden (tabel 3). (5)

Diagnose	Initieel beleid	Vervolgbeleid
Depressieve klachten	Voorlichting Dagstructurering en activiteitenplanning	Kortdurende psychologische behandeling
Depressie zonder ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige comorbiditeit Persisterende depressieve stoornis	Voorlichting Dagstructurering en activiteitenplanning Kortdurende psychologische behandeling	Psychotherapie of antidepressivum
Depressie met ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychische comorbiditeit	Overweeg verwijzing en start met: Voorlichting Dagstructurering en activiteitenplanning Overweeg antidepressivum of psychotherapie	Verwijzing Combinatie psychotherapie en antidepressivum Ander antidepressivum

Tabel 3. Samenvattende tabel aanpak depressie in de huisartsenpraktijk; volgens Claassen N. et al.; NHG Standaard Depressie; 2024; p. 11. (6)

Bij de opstart van een AD is het belangrijk goede toelichting te geven aan de patiënt over het te verwachten effect, het beloop en de mogelijke bijwerkingen. Het effect kan pas beoordeeld worden na vier tot zes weken. Er wordt gestart aan de laagste dosering en stapsgewijs verhoogd tot de maximale goed verdragen dosering. Men dient ook te bespreken dat de meeste bijwerkingen verdwijnen na een paar dagen of weken. Een goede opvolging na de opstart van een AD houdt in dat er één tot tweewekelijks een controle wordt ingepland. Verder is het ook belangrijk de behandelduur reeds bij de opstart te bespreken.

Bij een eerste depressie wordt een AD bij voorkeur ten minste zes maanden verder gegeven na het bereiken van remissie. Wanneer het gaat over een recidief, wordt een AD een jaar verder gegeven. (5)

2.4. Richtlijnen omtrent de afbouw van antidepressiva

Het is belangrijk dat het afbouwen van AD in onderling overleg met de patiënt gebeurt en er voldoende voorlichting wordt gegeven.

Acuut stoppen wordt sterk afgeraden aangezien dit kan leiden tot onttrekkingsverschijnselen. FINISH is het Engelse acroniem dat gebruikt wordt voor het herkennen van onttrekkingsverschijnselen: flu-like symptoms (griepachtige symptomen), insomnia (slapeloosheid), nausea (misselijkheid), imbalance (evenwichtsstoornissen), sensory disturbances (zintuiglijke stoornissen) en hyperarousal (overprikkeling). Personen verschillen onderling sterk in hun gevoeligheid voor het ervaren van deze verschijnselen.

Er wordt aanbevolen om een duidelijk schema aan de patiënt mee te geven en tussendoor de patiënt op te volgen om eventuele problemen bij het afbouwen op te sporen.

Er is momenteel nog te weinig evidentie rond het optimaal afbouwen van een AD. Het courante schema is de dosis te halveren per week en zo te staken na vier weken. Van dit “standaard” schema kan afgeweken worden naargelang onttrekkingsverschijnselen die eventueel optreden tijdens het afbouwen. Afbouwschema’s per type medicatie zijn voorhanden via o.a. het BCFI. (7)

2.5. Barrières en facilitatoren voor het stoppen van antidepressiva

Volgens huidige richtlijnen dient men, bij een eerste episode van depressie, zes maanden na remissie het AD te proberen staken (zie 2.4.). Dit wordt niet steeds vertaald naar de praktijk. Verschillende barrières maar ook facilitatoren hiervoor werden reeds in beeld gebracht bij zorgverleners en bij patiënten.

2.5.1. Kwalitatief onderzoek bij patiënten

Kwalitatief onderzoek en interviews bij Belgische patiënten maar ook internationaal tonen aan dat veel patiënten de voordelen van langdurig gebruik van AD groter inschatten dan de nadelen. Angst voor herval en mogelijke ontrekkingsverschijnselen spelen mee als barrière voor afbouw. Andere barrières die patiënten beschrijven zijn weinig geloof in het eigen kunnen, weinig uitleg over de behandelduur bij de opstart van het AD en een laag vertrouwen in de kennis van de huisarts om de afbouw te initiëren. Faciliterende factoren die door patiënten werden aangehaald zijn bijwerkingen die zijn ondervinden door het AD, angst voor verslaving, zich stabiel voelen, reeds een goede stoppoging in het verleden hebben meegemaakt of voldoende ondersteuning hebben van zorgverleners en omgeving. Tabel 5 (zie bijlage) vat de voornaamste barrières en facilitatoren bij patiënten samen volgens De Beir R. (3,8,9)

2.5.2. Kwalitatief onderzoek bij zorgverleners

Kwalitatief onderzoek bij Belgische en internationale zorgverleners suggereert dat ook voor zorgverleners de barrières soms groter zijn dan de faciliterende factoren. Vooral de angst voor herval en het geloof in de veiligheid en effectiviteit van AD spelen een belangrijke rol. Onder factoren die de afbouw belemmeren worden volgende elementen genoemd: de afbouw van AD is een tijdrovend en intensief proces, zorgverleners voelen zich er te weinig mee vertrouwd, herhaalvoorschriften worden geschreven zonder herevaluatie van de noodzaak van het AD en een andere zorgverlener heeft de medicatie opgestart. Ook een negatief life-event bij de patiënt, gebrek aan zelfvertrouwen in de eigen capaciteiten van de arts en onvoldoende ondersteuning van richtlijnen en andere zorgverleners worden als barrières aangehaald. Wanneer de zorgverlener betrokken was bij het initieel voorschrijven van medicatie, zich verantwoordelijk voelt, er multidisciplinair overlegd kan worden, er richtlijnen bestaan of er een melding verschijnt hoe lang deze medicatie al genomen wordt, wordt de afbouw van AD vergemakkelijkt. Andere facilitatoren die beschreven worden: de zorgverlener kent de patiënt goed, er is een positief life-event bij de patiënt geweest en de patiënt zelf vraagt naar de afbouw van de AD en is hiervoor gemotiveerd. Tabellen 6, 7 en 8(zie bijlage) geven een overzicht van barrières en facilitatoren bij zorgverleners weer volgens Van Leeuwen E. et al. (3,8,11–15)

2.6. Opleiding tot huisarts in Vlaanderen

De huisartsenopleiding in Vlaanderen wordt georganiseerd door het Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding (ICHOvzw) in samenwerking met vier Vlaamse Universiteiten, namelijk Universiteit Gent (UGent), Katholieke Universiteit Leuven (KUL), Vrije Universiteit Brussel (VUB), Universiteit Antwerpen (UA). Na het afronden van de zesjarige basisopleiding geneeskunde kunnen artsen starten met deze vervolgopleiding tot huisarts.

Deze masteropleiding duurt drie jaar en omvat een combinatie van praktijkstages, seminaries, theoretische lessen en het schrijven van een masterproef. Het stageprogramma is opgedeeld in drie delen waarbij de HAIO gedurende achttien maanden stage loopt in één huisartsenpraktijk, twaalf maanden stage in een andere huisartsenpraktijk en zes maanden stage op een ziekenhuisafdeling.

Tijdens de huisartsenstages wordt de HAIO begeleid door een praktijkopleider (PO). De rol van deze PO bestaat erin de HAIO te begeleiden in het opleidingstraject door dagelijkse patiëntenrapportering en een wekelijks casusoverleg. Om als huisarts erkend te worden als PO door het ICHO, dient men in het eerste aanstellingsjaar drie trainingen te volgen. Om de aanstelling nadien te behouden is het vereist dat de PO per kalenderjaar minstens twee halve opleidingsdagen volgt.

3. Methodologie kwalitatief onderzoek

3.1. Onderzoeksopzet

Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign om een diepgaand inzicht te verkrijgen in de bedenkingen en ervaringen van HAIO's rond dit onderwerp. Het onderzoeksprotocol werd op 30 juli 2024 goedgekeurd door de Ethische Commissie Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en het Universitair Ziekenhuis Gent (zie bijlage 2).

3.2. Rekrutering

Deelnemers werden gerekruteerd via e-mail en sociale media (onder andere HAIO-Facebookgroepen). Er werd gezocht naar een zo divers mogelijke groep Vlaamse HAIO's wat betreft geslacht, leeftijd, opleidingsjaar, universiteit van basisopleiding, praktijkvorm (solo-/groepspraktijk/wijkgezondheidscentrum) en geografische ligging (landelijk/stedelijk gebied en provincie).

In totaal werden zestien interviews afgenomen. Na herhaaldelijke analyse van de resultaten werd vastgesteld dat saturatie was bereikt, aangezien in de laatste twee interviews geen nieuwe thema's of inzichten meer naar voren kwamen.

3.3. Dataverzameling

De interviews werden semigestructureerd afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde interviewgids (zie bijlage 3). Deze interviewgids werd opgesteld op basis van de bestaande literatuur en verfijnd in overleg met promotor dr. Ellen Van Leeuwen.

De gesprekken vonden plaats tussen september 2024 en augustus 2025. Dertien interviews werden online afgenomen via Microsoft Teams en drie interviews face-to-face in de huisartsenpraktijk. De duur van de gesprekken varieerde tussen de twintig en vijftig minuten.

Na de eerste reeks van vier interviews werd geëvalueerd of de interviewgids bijgestuurd moest worden om in te spelen op nieuwe thema's of inzichten. Na twaalf interviews werd deze evaluatie opnieuw uitgevoerd. Voorafgaand aan elk interview werd een informed consent ondertekend (zie bijlage 4).

3.4. Data-analyse

De interviews werden getranscribeerd in Microsoft Word. De analyse gebeurde met behulp van NVivo. Na het opstellen van een codeboom splitsten de onderzoekers zich op in twee teams die de interviews onafhankelijk van elkaar codeerden. Nadien werden de codes vergeleken en waar nodig geherstructureerd.

3.5. Vertrouwelijkheid en ethiek

Alle gegevens werden anoniem verwerkt. De opnames en transcripties werden enkel toegankelijk gemaakt voor de onderzoekers en promotor. In de rapportering werden geen gegevens opgenomen die deelnemers identificeerbaar maken.

4. Resultaten kwalitatief onderzoek

4.1. Karakteristieken geïnterviewde HAIO's

In totaal werden zestien HAIO's geïnterviewd. De meerderheid van de deelnemers was vrouwelijk (n = 11), vijf deelnemers waren mannelijk. De leeftijd van de HAIO's varieerde tussen 25 en 39 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 27,5 jaar.

Vijf HAIO's bevonden zich in het eerste opleidingsjaar, acht HAIO's in het tweede opleidingsjaar en drie in het derde opleidingsjaar van de Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde. De basisopleiding Master of Medicine in de geneeskunde werd door de geïnterviewde HAIO's gevolgd aan de UGent (n = 11), KUL (n = 4) (waarvan twee aan de afdeling Kortrijk (KULAK-KUL)) en VUB (n = 1).

Er werden zowel HAIO's geïnterviewd die hun stage liepen in groepspraktijken (n = 10), solopraktijken (n = 3) als wijkgezondheidscentra (WGC) (n = 3). De meeste stagepraktijken waren landelijk gelegen (n = 9). Zeven praktijken waren stedelijk gelegen. De praktijken bevonden zich verspreid over verschillende Vlaamse provincies: Oost-Vlaanderen (n = 8), West-Vlaanderen (n = 4), Vlaams-Brabant (n = 2) en Antwerpen (n = 1). Eén praktijk was gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (n = 1).

De details van de karakteristieken van de zestien geïnterviewde HAIO's worden weergegeven in onderstaande tabel (tabel 4).

	Geslacht	Leeftijd	Opleidingsjaar	Universiteit basisopleiding	Praktijkvorm	Geografische ligging
HAIO 1	Man	25	1	KULAK-KUL	Groepspraktijk	Landelijk West-Vlaanderen
HAIO 2	Man	28	3	KULAK-KUL	Groepspraktijk	Landelijk Oost-Vlaanderen
HAIO 3	Vrouw	26	1	KU Leuven	Groepspraktijk	Landelijk West-Vlaanderen
HAIO 4	Man	27	3	UGent	Groepspraktijk	Landelijk Oost-Vlaanderen
HAIO 5	Vrouw	25	2	UGent	Groepspraktijk	Stedelijk Vlaams-Brabant
HAIO 6	Vrouw	34	3	UGent	Groepspraktijk	Landelijk West-Vlaanderen
HAIO 7	Vrouw	25	2	UGent	Solopraktijk	Landelijk Oost-Vlaanderen
HAIO 8	Man	27	2	KU Leuven	Solopraktijk	Landelijk Antwerpen
HAIO 9	Vrouw	26	2	UGent	Groepspraktijk	Stedelijk Brussel
HAIO 10	Vrouw	26	1	UGent	WGC	Stedelijk Oost-Vlaanderen
HAIO 11	Man	30	2	UGent	Solopraktijk	Stedelijk West-Vlaanderen
HAIO 12	Vrouw	26	2	UGent	WGC	Stedelijk Oost-Vlaanderen
HAIO 13	Vrouw	26	2	VUB	Groepspraktijk	Stedelijk Vlaams-Brabant
HAIO 14	Vrouw	25	1	UGent	Groepspraktijk	Landelijk Oost-Vlaanderen
HAIO 15	Vrouw	39	2	UGent	Groepspraktijk	Landelijk Oost-Vlaanderen
HAIO 16	Vrouw	25	1	UGent	WGC	Stedelijk Oost-Vlaanderen

Tabel 4. Karakteristieken geïnterviewde HAIO's.

4.2. HAIO-gerelateerde facilitatoren en barrières voor de afbouw van antidepressiva

4.2.1. Visie HAIO op langdurig gebruik van antidepressiva

4.2.1.1. Prevalentie langdurig gebruik

HAIO's merken in hun praktijk op dat AD vaak te lang wordt voorgeschreven. Vooral bij ouderen komt langdurig gebruik vaker voor dan bij jongere mensen. (HAIO 13, 14, 15)

> *'Ik denk, in mijn vorige praktijk hadden we een iets wat meer oudere populatie en ik vond eigenlijk dat er redelijk veel van die ouderen daar veel te lang op stonden. Bij de jongeren werd dat wat meer opgevolgd en bekeken. Maar ik had de indruk van die iets oudere, ik wil zeggen zestigjarigen, zeventigjarigen, dat er daar wel heel veel heel lang op staan. Om daar nu een hoeveelheid op te plakken... Ik denk de meerderheid eigenlijk dat daar een beetje te lang op stond, maar ja.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

4.2.1.2. Perceptie van een al dan niet langdurig effect van antidepressiva

Over de effectiviteit van AD bij langdurig gebruik komen verschillende meningen naar voren. Zo wordt aangehaald dat AD na langdurig gebruik nauwelijks nog effect hebben, met uitzondering van patiënten met een chronische depressie. Ook het placebo-effect wordt benoemd: patiënten voelen zich psychisch veiliger doordat ze het middel blijven nemen. Deze opvatting kan het stoppen van de medicatie bevorderen. (HAIO 13)

> *'Maar ik stel me daar soms ook vragen bij, na zes maanden, doet dat nog veel buiten het placebo-effect? Ik weet het niet.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

4.2.1.3. Veiligheid bij langdurig gebruik

Over de veiligheid van langdurig AD-gebruik zijn de meningen verdeeld. Omwille van bijwerkingen, die niet verder gespecifieerd worden, wordt langdurig gebruik als nadelig omschreven. Dit vooral bij de oudere patiëntenpopulatie aangezien het risico op bijwerkingen en medicatie-interacties bij hen groter is in tegenstelling tot bij de jongere populatie waar langdurig gebruik niet zorgt voor nadelige effecten. (HAIO 13, 15)

> *'Ja, goed zal het niet zijn, hè. Ik heb het gisteren nog gezegd tegen een patiënt, het zijn geen snoepjes hè? Je moet het niet zomaar nemen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

4.2.2. Kennis en ervaring HAIO

4.2.2.1. Ervaring

De ervaring omtrent afbouw van AD bij patiënten door HAIO's is beperkt. (HAIO 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 16) Dit gebrek aan ervaring leidt tot minder zelfvertrouwen, wat een drempel vormt in het aanbrengen en bespreken van de afbouw van AD. (HAIO 12, 13)

> *'Ik denk op dit moment gewoon medische onzekerheid of te weinig ervaring. Ik denk als er een collega zou zeggen "Oh, ik zou dat nog niet stoppen." of de psychiater wil dat ik het niet stop, dan denk ik dat ik vanuit mijn kennis gewoon nog een beetje angstig zou zijn om*

dan zelf te gaan zeggen van "Ah, maar ik vind van wel.". Dus ik denk de ervaring dat ik die wel nog ga kweken op dit moment.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

Echter worden er ook enkele succesvolle casussen aangebracht. (HAIO 1, 4, 7, 12, 13, 14, 15) Dit wordt vooral opgemerkt bij de groep HAIO's die reeds in hun tweede of derde jaar van de opleiding zitten. Communicatief gezien schatten ze zich vaardig sterk genoeg in. De redenen van de al dan niet succesvolle casussen worden verder beschreven, cfr. infra.

'Een heel gelukte casus is eigenlijk iemand die COPD heeft en daardoor heel beperkt is in zijn sociale kring. Hij komt eigenlijk weinig buiten, puur door zijn fysieke beperking en is eigenlijk in een tekstboek depressie gesukkeld vanuit die eenzaamheid. Daarvoor zijn een aantal maatregelen genomen, ook medicamenteus, dus ik heb sertraline opgestart. Uiteindelijk is dat opgedreven tot 100 mg als ik mij niet vergis. Na zes maanden was die eigenlijk beter, voelde zich ook beter en heb ik tegen hem gezegd van "Kijk, we kunnen proberen van dat toch stilaan af te bouwen, want anders blijf je eraan vasthangen.". En met zo'n risicoprofiel. Die interactie is toch niet altijd interessant. Die was daar ook meteen in mee. Hij stond daar zelf voor open, wat ik ook een fijne verrassing vond. En dan heb ik gezegd van "Kijk, stilaan afbouwen.". En ik heb die dan een schemaatje min of meer uitgelegd, maar dat was zelf een heel verstandige man. Die heeft dat dan eigenlijk op zijn eigen tempo een beetje afgebouwd en is dan op eigen initiatief naar 75 mg, vijftig enzovoort gegaan. Op een lage dosis is hij wat langer blijven hangen als de andere en ik heb hem nu toevallig vorige week gezien en dan zei hij "Kijk, ik ben gestopt van 25 mg meteen naar nul." . Ja die heeft nog twee maanden op 25 mg gezeten om nog iets te hebben en is dan op eigen initiatief gestopt en hij voelt zich perfect, dus hij gaat dat nu ook gestopt houden.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.2.2.2. Kennis

HAIO's geven aan dat hun gebrek aan kennis een belemmerende factor is in de afbouw van AD. (HAIO 2, 9) In de basisopleiding worden te weinig handvaten meegegeven. (HAIO 4, 13) Sommigen vermelden genoeg opleiding te hebben vanuit het ICHO, anderen vertellen dat de opleiding vanuit het ICHO niet voldoende is. (HAIO 2, 4, 6, 8, 11, 13, 14, 15)

'*Ik denk als HAIO in het begin de kennis. Heb je er kennis over of niet. Ik denk als je minder kennis erover hebt, dat je minder snel gaat afbouwen.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)*

'Je hebt altijd wel uw eigen medicatie waarvan je kennis hebt. Iedereen gebruikt zijn vaste dingen, als dat medicatie is waar ik niet zo goed mee bekend ben, dan gaat mij dat ook wel meer tegenhouden dan eentje waar ik dagelijks mee bezig ben bijvoorbeeld.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

Andere HAIO's vermelden dan weer dat het recent afgestudeerd zijn een voordeel kan zijn in de afbouw van AD aangezien ze de theorie recent gestudeerd hebben. (HAIO 3, 6, 7, 12)

'Ik denk dat we wel goed opgeleid zijn, dat we op zich wel over veel kennis beschikken en dat de richtlijnen dikwijls nog wat verser in ons hoofd zitten dan bij de andere collega's en

dat het daarom soms wel gemakkelijker is om af te bouwen.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.2.2.3. *Bronnen*

HAIO's halen aan dat ze weten welke bronnen ze doorgaans moeten raadplegen voor het vinden van informatie om de afbouw te initiëren. Door te weten waar de juiste informatie te vinden is, kan de HAIO zich vaardig genoeg voelen. Een vaak terugkerende bron die HAIO's aanhalen is het BCFI). Zowel het afbouwschema als de mogelijke bijwerkingen worden uit deze bron gehaald. (HAIO 2, 4, 5, 6, 9, 10) Andere bronnen zijn START/STOP criteria, documenten van vertegenwoordigers met afbouwschema's, bijsluiters, het farmacotherapeutisch kompas, NHG (Het Nederlands Huisartsen Genootschap), Domus Medica, BMJ (British Medical Journal), Evidence linker, Up to date, huisarts en wetenschap, switching antidepressants (Psychiatrienet.nl) en bijscholingen psychiatrie. (HAIO 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 16)

'De START/STOP criteria, voor de rest... Je kan wel terugvinden in de bijsluiter hoe je het moet afbouwen. Maar voor de rest, zou ik niet direct weten waar ik anders terecht kan.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Eigenlijk alles van medicatie haal ik voor het grootste deel van BCFI. [...] Daar heb je eigenlijk heel duidelijke folia, een heel duidelijke uitleg van wat het verschil is tussen een onttrekkingsverschijnsel of een teken van herval. Ja, die verschillen staan heel duidelijk op BCFI en heb ik daar geleerd.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Ik gebruik altijd een schema van een Webinar van Domus Medica van farmaceutisch overleg. Ik heb dit vorig jaar eens gevolgd en daar staat er mooi een traag en snel schema in.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

'Ja, ik had dat dan een keer gevraagd aan mijn PO en ze hebben hier een boekje liggen in de praktijk van een vertegenwoordiger [...] waar er een heel mooi schema opstaat en als ik dat dan vergelijk met BCFI dat ik voordien gebruikte, klopt dat wel ongeveer. Dat is ook gemakkelijker om te tonen aan de patiënt van kijk, zo gaat het, dan dat je op BCFI die tekst moet gaan tonen. Dus zo gebruik ik dat. Ik heb ook al de NHG-standaard daarvoor een keer doorgenomen.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

Bijscholingen psychiatrie zijn ook een mogelijke bron, maar deze zijn moeilijk te vinden. (HAIO 4)

'Ben ik de grote expert, dat denk ik zeker niet en ik zou daar misschien wel meer van willen weten, want het is medicatie die heel veel genomen wordt. Maar buiten het BCFI of een sporadische bijscholing denk ik niet dat ik meteen een bron kan vinden waar ik mijn informatie haal over zo'n zaken, en een bijscholing psychiatrie, vind die maar een keer, er zijn er niet veel hé.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

Alhoewel de meeste HAIO's de hulp van bronnen inroepen, vermeld een HAIO AD af te bouwen op gevoel. (HAIO 3)

'En heb jij zelf een idee hoe je goed AD afbouwt?' 'Geen idee, ik doe dat op gevoel'. (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.2.3. Gesprek over antidepressiva

4.2.3.1. Geen hulpvraag

De reden van het consult blijkt een cruciale factor te zijn in het al dan niet bespreken van het langdurig gebruik van AD. Verschillende HAIO's gaven aan dat bij een consult voor een andere aanmeldingsklacht doorgaans geen aandacht werd besteed aan de chronische medicatie, omwille van tijdsgebrek, geen actieve hulpvraag, het niet durven aanhalen van het onderwerp aangezien een voor de HAIO nieuwe patiënt.... (HAIO 2, 5, 6, 11)

> *'Ik denk dat als een patiënt voor de eerste keer bij jou komt, voor een verkoudheid of iets totaal anders, en je dan over het AD gaat beginnen, dan denk ik dat het heel moeilijk is om daar een opening te hebben om iets af te bouwen.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)*

> *'De meeste mensen komen niet op consultatie om hun antidepressiva te gaan bespreken. Ze komen op consultatie omdat ze een snotneus hebben of omdat ze een buikgriep hebben. En je hebt dan maar vijftien tot twintig minuten per patiënt en als je dan ook nog tussen de soep en de patatten dat antidepressivagebruik moet aankaarten. Dat gaat niet, want dan denk ik ook, als je dat op een minuut tijd doet, komt het niet serieus over. Dus dan plan ik daar liever een keer een volledig consult in. Maar ja, inderdaad, heb ik dat nog niet gedaan.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

4.2.3.2. Actieve hulpvraag

Voor sommige HAIO's was het noodzakelijk dat de patiënt expliciet kwam met klachten over bijwerkingen of een vraag over stoppen, voordat de afbouw van AD werd besproken. Ook een consult met de vraag naar nieuwe voorschriften biedt een laagdrempelige gelegenheid om het gesprek over de afbouw van AD te initiëren. (HAIO 6, 7, 11)

> *'De keren dat ik over antidepressiva of ook in brede zin psychofarmaca heb gesproken en heb aangepast is echt als mensen daarmee komen om daarover te spreken of een vraag hebben: is dat wel nodig of moet dat veranderd worden? [...] Ik zou er wel wat meer aandacht aan besteden als ze het zelf aanbrengen, als het hun hulpvraag is, dan is het echt uw taak.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke solopraktijk)*

> *'Meestal als ik een herhalingsvoorschrift geef dan probeer ik wel te polsen hoelang ze dat al nemen en of ze dit wouden stoppen.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)*

4.2.4. Opvolging

4.2.4.1. Lost to follow up

Wanneer AD langdurig gebruikt worden, kan de opvolging verloren gaan. Sommige patiënten komen niet meer terug of gaan bij collega's die het AD-gebruik minder goed opvolgen. (HAIO 11, 13)

> *'Ja moeilijk he, als je iemand initieel zelf hebt gezien en hebt beoordeeld dat het een goede indicatie is, traag opgedreven hebt en genoeg terugziet, kan je dat weer afbouwen zoals het moet en volledig stoppen als mensen erna zo veel maanden door zijn. Maar in praktijk komt dat minder voor, je verandert van plaats, je ziet de patiënt niet meer of ze komen niet*

meer bij u terug en gaan bij de collega's die hen minder goed opvolgen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke solopraktijk)

'Vaak is dat iets dat je meerdere keren moet herhalen, een opening creëren, daar verder op ingaan, "Heb je er nog eens kunnen over nadenken?", dit en dat. En die garantie van meerdere consultaties heb ik hier niet, om dat te kunnen proberen. En dat maakt het iets moeilijker voor ons, vind ik.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.2.4.2. Opvolging na verlaten praktijk

Een HAIO staat één of anderhalf jaar in een opleidingspraktijk. Hierdoor is het vaak moeilijk om de opvolging van de afbouw van AD te garanderen. (HAIO 4, 6, 11) De afbouw wordt dan de verantwoordelijkheid van de collega's, waarin de mogelijkheid bestaat dat de patiënt ontglipt aan verdere opvolging en zo de AD niet of niet op tijd afgebouwd worden. (HAIO 5)

'Je bent een jaar of een jaar en een half in een huisartsenpraktijk. Het is niet altijd mogelijk om die patiënt op te volgen. Het kan zijn dat ik al weg ben uit die huisartsenpraktijk en dat de patiënt nog altijd onder zijn antidepressiva staat. En dan is het natuurlijk de taak van de andere artsen om dat verder op te volgen maar ik vrees ervoor dat dat ook wel eens ontglipt en dat we het risico hebben chronisch onder een antidepressivum te staan. Als ik dat opstart in mijn laatste twee maanden bijvoorbeeld als HAIO en ik ben daarna weg. Ja, dan weet ik ook niet goed wat ermee gaat gebeuren, hè? Ik kan dat wel aangeven aan mijn collega's, maar het is nog altijd de patiënt zelf die de stap moet zetten om dan naar de collega's te gaan. Dus ik denk het feit dat we wisselen van praktijken een probleem kan vormen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

'Ik denk dat je de opvolging niet volledig kan doen als arts-in-opleiding omdat je als arts-in-opleiding de patiënten niet meer ziet. […] En als je die niet meer ziet en de opvolging door de collega's wat minder goed loopt, dat het wat praktisch mis loopt.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke solopraktijk)

Verschillende HAIO's proberen deze afbouw in de toekomst te optimaliseren door goede briefing naar de collega's en/of patiënten en het dossier aan te vullen. (HAIO 1, 2, 9, 11, 12, 13, 14, 16)

'Ik geef het wel altijd mee als ik het opstart: antidepressiva moeten drie maanden à een half jaar gegeven worden, daarna is het de bedoeling om te proberen afbouwen. Maar goed, in welke mate de patiënt dat onthoudt tijdens zo'n beladen consult waarin er veel gezegd wordt, kan ik niet zeggen. Je zou bijvoorbeeld kunnen zeggen, ik ben nu hardop aan het denken, dat je iets in een agenda, memo ofzo steekt, maar ik doe het ook niet.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

'We hadden zo'n systeem dat voor alle patiënten belangrijke informatie in een pop-up naar voor kwam en dan was het zo dat er soms in stond "Deze medicatie werd op dat moment gestart en we gaan dat dan stoppen.". Daarnaast ook gewoon mijn overdracht. Ik heb altijd patiëntenrapportering gehad dus mijn collega's waren automatisch op de hoogte van wat ik aan het doen was bij de patiënten. Dus hoop ik dat zij dat verder oppikken als de patiënt terugkomt. En bij complexe patiënten heb ik dat bij het einde van mijn termijn bij de grote overdracht van alle patiënten bij wie er opvolging nodig was vernoemd.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

'Op het einde van dat ik dan wegging, dan hadden we een hele middagpauze voorzien waar ik het echt per patiënt heb opgeschreven. Ik denk dat bij iedereen die verdere opvolging vraagt het belangrijk is, dat je dan echt wijst naar een collega van jij volgt die verder op. Ik denk dat dat heel belangrijk is. Als je dingen bent opgestart voor langdurig gebruik met het plan om dat ooit te stoppen, denk ik dat je dat heel goed aan je collega's moet communiceren op het moment dat je daar dan weg gaat.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

Een HAIO in een solopraktijk geeft aan dat opvolging, na verlaten van de praktijk, geen belemmerende factor vormt voor de afbouw van AD aangezien haar PO steeds op de hoogte is van alle patiënten. (HAIO 7)

'Wel steeds in samenspraak met PO, dus die is wel goed op de hoogte en doordat ze soloarts is kent ze alle patiënten en is ze ook goed op de hoogte en leest ze ook wel vaak nog na.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

4.2.5. Opstart door andere arts

4.2.5.1. Opgestart door HAIO

HAIO's geven aan terughoudend om te gaan met het voorschrijven van AD. Als de ernst van de depressie het toelaat, gaat de voorkeur naar een niet-farmacologische behandeling. Hierdoor zijn er doorgaans weinig patiënten die de HAIO ziet, door henzelf gestart met AD. Wanneer AD door de HAIO zelf zijn opgestart, zijn alle HAIO's het eens dat het hun taak is om deze medicatie af te bouwen. (HAIO 1, 2, 3, 5, 7)

4.2.5.2. Opgestart door psychiater

Wanneer het AD door een psychiater is opgestart, heersen er tegenstrijdige meningen en onduidelijkheden over de opvolging. De ene HAIO is al wat meer terughoudend dan de andere wanneer een patiënt in opvolging is bij een psychiater. Redenen hiervoor zijn het ontbreken van duidelijke afspraken, te weinig kennis als HAIO, complexere problematieken bij patiënten die opgevolgd worden door een psychiater en het ontbreken van een verantwoordelijkheidsgevoel bij de HAIO. (HAIO 1, 6, 11)

'Ik denk dat dat onze taak is. Van mij mogen patiënten altijd, als ze al bezig zijn in een traject van 'we zijn nu zes maand verder, een jaar verder, volledig in remissie, we gaan kijken om af te bouwen', als die patiënt op dat moment nog altijd bij de psychiater langsgaat, mag hij dat gerust daar verder laten doen. Maar dat mag gerust ook bij ons, dat is zeker geen probleem.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Natuurlijk is er ook een beetje de vraag, wie heeft er opgestart? Wie volgt op? Als dat een patiënt is die frequent naar de psychiater gaat, dan denk ik dat dat minder onze taak is dan wanneer het een patiënt is die wij opvolgen en die niet naar de psychiater gaat. Dan weet je dat het dan om een minder complexe problematiek gaat.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Het valt te zien, als er nog een actieve opvolging is bij de tweede lijn. Als dat effectief een patiënt is die naar de psychiater gaat voor zijn behandeling, voor de klachten dat hij heeft, dan ga ik dat niet op eigen houtje afbouwen. Dan is dat iets dat ik minstens zou overleggen. Als ik zie dat patiënt geen opvolging meer heeft, dan maakt dat niet uit. Als dat een

afgesloten hoofdstuk is in tweede lijn, dan is dat mijn verantwoordelijkheid en dan moet ik daar mijn plan mee trekken.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.2.5.3. Opgestart door andere huisarts

Naast opstart in de tweede lijn, wordt medicatie vaak voorgeschreven door een andere huisarts. Sommige HAIO's ervaren een drempel in de afbouw wanneer een behandeling met AD is gestart door een andere huisarts, omdat zij dit niet als hun eigen verantwoordelijkheid/taak zien, de indicatie van opstart vaak onduidelijk is en schrik hebben om de stabiliteit van een patiënt te verstoren. Ze gaan ervan uit dat de arts die het AD heeft opgestart het ook op tijd zal afbouwen. (HAIO 11, 13, 16)

'Als ik dan opeens zeg "We gaan dat eens afbouwen.", zeker als arts-in-opleiding en zeker nu in het eerste jaar, had ik zoiets van ik ga ervan afblijven, zal voor goede indicatie zijn opgestart. En ik geloof in de collega's en is dat nu mijn taak om dat af te bouwen?' (HAIO, 2e jaar, stedelijke solopraktijk)

'Mensen die dat vroeger hebben gestart, die opvolging is vaak verdwenen. Ik weet dan ook niet goed waarom het is gestart of wat de reden was, wat de indicatie was. En ik weet soms ook niet waarom het nog wordt doorgegeven. Ik denk ook wat uit schrik dat als ik het stop dat het hier ineens, bij iemand die nu heel stabiel is, gaat ontsporen en dan heb ik het wel gedaan natuurlijk, dan heb ik het gestopt. Dus daarom denk ik dat ik me daar soms niet zo goed bij voel.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

Anderen geven juist aan hier geen probleem mee te hebben en dat het juist hun taak is om met een frisse blik een medicatiereview te doen en gaan ervan uit dat hun PO akkoord is. (HAIO 1, 12)

'Ik kan enkel maar zeggen dat ik op dit moment daar geen hinder van ondervind. Ik ga ervanuit dat mijn collega's dat op een goede manier besproken hebben. Dat er verwacht wordt dat dat ook afgebouwd wordt na een bepaalde periode van tijd. Dus ja, daarom voel ik daar geen echte drempel voor, omdat dat wel bespreekbaar moet zijn.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Ik denk dat dat soms wel goed is als HAIO omdat je patiënten ziet die al erg lang opgevolgd worden, opnieuw vanaf nul. Je moet ze dus nog helemaal leren kennen en dan kijk je met een frissere blik naar een dossier en kan je kijken als de medicatie nog nodig is of niet. Dus ik denk dat dat wel waardevol is. Ik merk zelf al na achttien maanden ergens gestaan te hebben dat je minder bij elke patiënt denkt wat moet ik hier veranderen aan het beleid terwijl als je als HAIO nieuwe patiënten ziet dat je echt wel helemaal kijkt vanaf nul.' (HAIO, 2e jaar, stedelijk WGC)

4.2.6. Verantwoordelijkheidsgevoel HAIO

4.2.6.1. Eerste aanzet

Uit de interviews blijkt dat HAIO's de afbouw van AD beschouwen als een verantwoordelijkheid van de huisarts, toch zeker als dit door de huisarts is opgestart. Ze vinden dat dit haalbaar is binnen de huisartsenpraktijk. Meerdere HAIO's vinden hun rol hierin even belangrijk als die van een vaste huisarts. Vooral zien ze het als hun taak om het onderwerp voor het eerst aan te kaarten, als een eerste aanzet tot gesprek. De frisse kritische blik op een nieuwe patiënt en zijn/haar medicatie is hierin ook bevorderende factor. (HAIO 1, 6, 9, 15)

'Ik denk dat ik vooral belangrijk ben om die opening te creëren. Dat ik de mensen moet aanzetten om na te denken daarover. En ze mogen gerust bij mij komen maar de kans is eerder groter dat ze bij de collega zullen gaan om dat dan effectief in gang te zetten.' (HAIO, 1e jaar, stedelijke groepspraktijk)

4.2.6.2. Voorbeeldfunctie voor oudere artsen

HAIO's vermelden het belang van het hebben van een HAIO in de praktijk om de afbouw van AD te initiëren. Een HAIO is meer op de hoogte van de richtlijnen en kan deze zo doorgeven aan een PO. (HAIO 13)

'Ik denk wel dat wij als HAIO, want ik vond dat hetzelfde voor antibiotica, dat wij daar misschien een grotere rol in spelen dan de oudere collega's. Wat ook normaal is. Zij hebben een andere soort opleiding gehad, zij hebben veel op eigen ervaring moeten doen, minder op richtlijnen. En ik denk dat wij daar veel meer mee bezig zijn, ook tijdens de opleiding dat daar veel voorzichtiger mee wordt omgesprongen en dat wij daar wat meer op gewezen worden. Dus ik denk dat, als wij als HAIO in de praktijken staan met oudere collega's dat wij daar wel een rol in moeten spelen om hun daarop te wijzen of er iets van te maken dat de praktijk daar iets mee kan gaan doen. Dus dat dat zeker niet onbelangrijk is een HAIO in de praktijk op zo'n vlak bijvoorbeeld.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

4.2.6.3. Niet mijn patiënten

Anderzijds halen er ook HAIO's aan dat het niet hun verantwoordelijkheid is om AD af te bouwen aangezien het niet hun 'eigen' patiënten zijn, ze deze vaak onvoldoende kennen en de medicatie vaak niet door hen wordt voorgeschreven. (HAIO 4, 11, 16)

'En ik heb daar als HAIO nu ook weinig neiging toe om dat actief te gaan doen. Waarom? Het zijn niet mijn patiënten, het is niet mijn praktijk. En je voelt je dan zo opdringerig als je dat aanhaalt dat dat kan.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.2.7. Geloofwaardigheid in HAIO

4.2.7.1. Niet de vaste arts

Een HAIO is in de meerderheid van de gevallen niet de vaste huisarts van de patiënt. Patiënten wensen de afbouw van AD te bespreken met hun vaste huisarts. (HAIO 1, 4, 6)

'Maar als ik dan vertel, ik ga eens aftoetsen bij de collega, want ik ben nog in opleiding, dan zeggen ze "Ah ben jij nog in opleiding.". Maar als patiënten het wel weten dan durven zo ook wel zeggen van "Ik ga het eens bespreken met een ander.". Dus je krijgt niet altijd evenveel autoriteit omdat je nog in opleiding bent.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

Ook HAIO's voelen dit aan. Wanneer ze niet de vaste huisarts zijn van de patiënt en de patiënt niet kennen, is dit voor hen een drempel om het gesprek aan te gaan. Ze gaan er van uit dat de patiënt dit met de vaste huisarts wenst te bespreken. (HAIO 2, 3, 11, 12, 13)

'Ik denk dat als ik zoiets zou zeggen, de mensen al rap zoiets zullen hebben van, ik zie je voor de eerste keer en jij gaat mij nu vertellen dat de medicatie dat ik al zo lang neem fout is. Ja, de mensen pikken dat natuurlijk niet.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Ik vind dat wel moeilijk als HAIO omdat je die mensen vaak niet zo heel veel hebt gezien of niet zo lang opvolgt, zeker nu dat ik daar nog maar twee weken ben. Dat ze je dan wat minder serieus nemen in het begin, pas als ze een paar keer zijn geweest, zou ik daar pas durven over beginnen of mij daar goed bij voelen om daarover te beginnen na enige tijd of als ik die patiënten een beetje ken. Dat ze ook wel vertrouwen hebben in wat je doet of wat je voorstelt, dat ze daar ook wel in mee gaan. Ik denk wel dat dat een gesprek is dat we allemaal kunnen voeren en ik denk ook dat dat niet per se iets heel delicaat is.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

4.2.7.2. Vertrouwensband tussen HAIO en patiënt

Omwille van de beperkte ervaring en meestal jonge leeftijd geven HAIO's aan minder geloofwaardig over te komen. Ze hebben het gevoel dat patiënten minder vertrouwen hebben in hun kunnen en weten. Hierdoor veronderstellen ze dat de patiënt de afbouw van AD niet met hen wenst te bespreken. Deze veronderstelling zorgt voor een drempel in het bespreekbaar maken van de afbouw van AD. (HAIO 2, 5, 6, 7, 10)

'Ja, ik denk dat wij als HAIO, omdat wij altijd die titel dragen van in opleiding te zijn en nog niet volwaardig huisarts te zijn, dat ik altijd het gevoel heb dat ze niet helemaal geloven wat wij zeggen. En als een collega dat zegt of een oudere collega die ze langer kennen, dan gaan ze dat veel beter accepteren of veel beter oppakken dan wanneer wij dat zeggen. Dus ik denk dat dat ook gewoon de jonge leeftijd is. Ik denk soms misschien ook vrouw zijnde, dan zijn ze soms al wat minder happig om echt te doen wat je zegt, vind ik. Dat dat toch ook wel een rol speelt. Niet per se het vertrouwen, maar ook dat ze denken "Goh, die is nog heel jong, onervaren.", dat ze liever iets aannemen van iemand die wat meer ervaring heeft.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

'En dat ik er nog misschien jong uitzie. Mensen onderschatten mijn leeftijd elke keer opnieuw en daar verlies ik dan ook weer credibiliteit door, je voel dat he. Je verliest daar echt credibiliteit door.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)

'Ik denk als ik ze minder zie, vind ik het moeilijker. Omdat ik dan ook denk van, ik heb hun vertrouwen nog niet genoeg gewonnen met dingen dat ik heb kunnen doen, dus die gaan daar ook niet echt op vertrouwen dat ik dat nu een goed idee vind om dat af te bouwen. En die gaan dan ook denken, ja, die jonge dokter, die gaat het hier eens zeggen of veranderen. Ik denk bij de jongeren die heel vaak komen of die je vaker hebt gezien, daar heb je dan toch een klein beetje het vertrouwen al van gewonnen, dus daar vind ik dat een beetje gemakkelijker om iets aan te kaarten.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

Anderzijds vermelden HAIO's dat de beperkte vertrouwensband een faciliterende invloed kan hebben op de afbouw van AD. Er wordt aangegeven de patiënt juist beter te leren kennen door het langdurig gebruik na te vragen. Angst voor het schenden van de vertrouwensband, bij het stellen van deze vraag, wordt niet aangegeven. (HAIO 1, 7, 15)

'Veranderd dit de vertrouwensband?' 'Nee helemaal niet, want ik heb dat ook aangehaald bij iemand. Van je neemt wel veel antidepressiva, en dan zei die, ja, dat is waar. En misschien moeten we eens kijken om dat af te bouwen en dat alleen op zijn tempo. En dan gaf hij aan van ja, misschien kunnen we het nu afbouwen. Dus nee, helemaal niet. Dat heeft zelfs eigenlijk gezorgd voor een betere vertrouwensband tussen ons. Daarom niet

van eerste keer dat zeggen, hè, maar dan bekeek ik dat en overloop ik dan een keer. We gaan een keer in de medicatielijst kijken wat we zelf gestart hebben en zo leerde ik de patiënt beter kennen. En als hij dan blijft bij mij komen, dan kan ik dat wel aanhalen van die antidepressiva. Ik heb dat nog nooit van in het begin gedaan. Er is wel een minimale vertrouwensband al nodig om het aan te halen vind ik.' (HAIO, 2e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Onze taak hierin is beetje dubbel. Enerzijds zijn wij net de persoon die het heel bespreekbaar kunnen maken omdat we de patiënt toch niet kennen: wat hebben we te verliezen? Anderzijds hebben we wel de opvolging niet die we kunnen bieden die soms ook wel nodig is voor het afbouwen ervan.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Op zich ken ik ze nog niet zo lang, dus als je ze als huisarts al langer kent en je weet wat hun mening is, denk ik dat het soms moeilijker is om het aan te brengen. Als HAIO ken je ze wat minder goed, toch vooral de voorgeschiedenis, dus kan je het maar opbrengen. En ook omdat je de patiënten niet super goed kent, is het soms gemakkelijker om zo uit de spontaniteit, onwetendheid er een keer naar te polsen. Het is soms minder ongemakkelijk dan als de vaste huisarts erover begint.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

4.2.8. Angst voor herval

Angst voor herval is een struikelblok in de afbouw van AD die door HAIO's wordt vermeld, zeker in het begin van hun HAIO-schap. (HAIO 14)

'Maar eigenlijk wel een nadeel in het begin als HAIO vooral omdat ik angst had voor herval. Dat mensen al sceptisch zijn en zeggen, van goh, ja, ga ik niet hervallen, dan moet je eigenlijk overtuigend zeggen, ja, dat kan, maar we kunnen het wel afbouwen.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.3. Patiëntgerelateerde facilitatoren en barrières

4.3.1. Leeftijd patiënt

De leeftijd van de patiënt wordt weinig genoemd als facilitator of drempel voor het afbouwen van AD. Er wordt wel aangehaald dat het eenvoudiger is om het gesprek rond AD aan te gaan met patiënten die in dezelfde leeftijdsklasse als de arts zitten aangezien er meer herkenning is. (HAIO 10)

'Ik denk dat ik meer empathie kan opbrengen omdat ik het meer kan begrijpen met welke struggles dat ze zitten, vooral bij jonge mensen dan. [...] Je zit wat meer in dezelfde leefwereld dus misschien is er langs hun kant wat meer opening om daarover te babbelen en ik kan het ook meer aanvoelen en begrijpen waardoor dat zij misschien dan ook sneller geneigd zijn om er meer over te babbelen. Dus ik denk dat dat misschien ook wel een voordeel is.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)

4.3.2. Ervaren bijwerkingen door de patiënt en medicatie-interacties

Bijwerkingen van AD worden herhaaldelijk benoemd als facilitator om AD te stoppen. Bijwerkingen kunnen gebruikt worden als motivator om een gesprek over AD-afbouw aan te gaan.

Daarnaast kunnen klachten die mogelijks veroorzaakt worden door AD ook een reden zijn om als arts een medicatielijst te herbekijken. (HAIO 3, 5, 10, 11, 16)

> *'Veel mensen hebben daar redelijk wat bijwerkingen door. Zo die nachtelijke zweetbuien, libidoverlies, … dat zijn wel zaken dat je veel hoort terugkomen. En ik denk dat dat ook net zaken zijn dat we dan extra veel moeten benadrukken. Waarom dat dat goede beweegredenen zijn om die medicatie wel af te bouwen, omdat dat voor hun een directe impact heeft op hun welzijn en op hun leven. Dat is beter dan globaal te zeggen "Het is niet goed om langdurig medicatie te pakken.". Want dat is waar en dat zegt weinig en als je dan zo heel praktische zaken kunt benoemen waar dat ze ook echt onder lijden, dat ze last van hebben, dan kan dat zo een extra facilitator zijn om mee te pakken.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)*

> *'Ja, sowieso, als ze daar veel bijwerkingen van hebben, dan merk ik ook gewoon dat patiënten zelf liever willen stoppen of zelf liever willen afbouwen. Als ze bijkomen in gewicht, maag-darmklachten… dat zijn zo degene dat ik het meeste hoor van hen, dan zijn ze zelf veel gemotiveerder om het te doen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

Daarnaast vormen mediatie-interacties een aanleiding om het gebruik van AD te herevalueren. (HAIO 1, 5, 8)

> *'Dat gaat dan vooral over de oudere patiënten: risico op vallen en zo. En ja, eventueel interacties. Daar probeer ik wel naar te kijken. Dat is ook wel gemakkelijk met het bewakingssysteem van medicatie dat in CareConnect zit. Daar maak ik dan ook wel gebruik van.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)*

> *'Ja, ik zeg maar iets, QT-verlenging ofzo dat zijn wel redenen bij mij om te zeggen van "Kijk, eigenlijk is dat niet zo goed, want je neemt daar twee medicijnen en misschien moeten we een keer proberen om dat af te bouwen.". Dat denk ik wel, dat creëert een opening hè en dat creëert een opening om daarover te gaan beginnen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

4.3.3. Afgesloten depressieve episode

Wanneer er één duidelijk afgesloten depressieve episode bij de patiënt heeft plaatsgevonden, vindt men het gemakkelijker om de afbouw van AD aan te halen bij het aflopen van deze periode dan bij patiënten met recidiverende depressieve episodes die minder duidelijk zijn afgebakend in de tijd. (HAIO 1, 4)

> *'Als je mensen hebt die inderdaad een heel duidelijk afgebakend probleem hebben meegemaakt, een periode van depressie, dat ook heel duidelijk hebben weten eindigen, en je zegt van "Oké, dat was in het jaar 2021 en die staat nu nog onder antidepressiva.", ja, dan kun je als arts aanhalen van "Kijk, die periode is voorbij.". De medicatie is logischerwijs ook voorbij en dat begrijpen ze dan veel beter.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)*

'Als iemand eigenlijk al heel zijn leven zo op het randje sukkelt en dan ook het gevoel heeft van "Ik moet ook heel mijn leven die antidepressiva nemen.". Ik denk dat dat gevoel bij artsen er ook heel vaak inzit. Dat sommige mensen heel hun leven lang antidepressiva moeten nemen omdat ze heel hun leven het emotioneel wat moeilijker hebben.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.3.4. Eerdere stoppoging

Een voorafgaande stoppoging die mislukt is, wordt benoemd als drempel om een nieuwe afbouw ter sprake te brengen. Men heeft de indruk dat deze patiënten niet meer open staan om dit gesprek opnieuw aan te gaan. (HAIO 5, 10)

'De uitspraak dat mensen doen dat ze het al hebben geprobeerd. Ik heb soms het gevoel dat mensen dat gebruiken om zo hun voet achter de deur te zetten. Zo van, "Ik wil het niet.". Je merkt dat dan direct aan hun defensieve gedrag van "Nee, ik sta er niet voor open.". [...] En dat ze dan zeggen van "Ja, maar ja, ik heb het al verschillende keren geprobeerd en ik word dan weer volledig uit mijn balans gehaald als ik dat doe. Dus nee, ik sta er niet voor open.". En dan is dat ook gewoon einde gesprek.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)

4.3.5. Patiënt in stabiele situatie

HAIO's beschrijven stabiliteit bij de patiënt als een van de belangrijkste factoren om afbouw van AD te initiëren. Onder deze noemer vallen onder andere de werksituatie, steunfiguren en het ziekteverloop van de patiënt. (HAIO 1, 2, 3, 4, 7, 11)

'Jongeren vind ik wel vaak moeilijker, ik bedoel dat begin twintigers waar hun leven nog minder stabiel is, nog zeer zoekend zijn, dat vind ik dan wel heel moeilijk.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Een stabiele periode, een goed moment om af te bouwen. Dat ze bijvoorbeeld niet tegelijk met een rookstop bezig zijn, dat het niet te veel tegelijk is om af te bouwen.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

4.3.6. Rol omgeving van de patiënt bij afbouw

Ook de omgeving van de patiënt speelt een rol. Waar een ondersteunende omgeving beschouwd wordt als facilitator, worden het ontbreken daarvan, bijvoorbeeld bij relatieproblemen, benoemd als een drempel om AD af te bouwen. (HAIO 3, 7, 8)

'Als hun omgeving er ook voor openstaat. Want stel dat ze zich minder goed voelen tijdens de afbouw, dan denk ik dat de omgeving dat ook wel merkt en dat die dan kunnen ondersteunen.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

4.3.7. Socio-economische status van patiënt

HAIO's geven aan dat ook de socio-economische status van de patiënt meespeelt. Socio-economische kwetsbaarheid kan het afbouwtraject bemoeilijken door beperktere mogelijkheden tot educatie en begeleiding. (HAIO 8, 13)

'Socio-economische situatie van de patiënt natuurlijk. Iemand die wat op de marge van de maatschappij leeft, daarbij is het al een pak moeilijker. Bij een hoogopgeleide persoon is het veel makkelijker afspraken te maken. Je kan hen meer opleiden in het ziektebeeld eigenlijk. Dus dat is voor mij ook weer een beschermende factor.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

Ik denk soms ook, nu in België gezondheidszorg kost niet super veel natuurlijk, maar mensen die het niet breed hebben thuis kunnen die extra tien euro de maand wel gebruiken. Dus ik denk dat dat bij sommige mensen ook wel eventjes een rol speelt.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

4.3.8. Taalbarrière

Men geeft aan dat een taalbarrière de afbouw van AD sterk bemoeilijkt doordat je geen nuances in het gesprek kan leggen. (HAIO 10)

'Dat is denk ik ook het moeilijke in de populatie die ik heb. Er is een heel grote taalbarrière met heel veel patiënten, als in: ze spreken geen Nederlands, Frans, Engels, ... gewoon echt met handen en voeten en consultaties met zo enkele woorden. Begin dan maar een keer zo een psychosociaal consult te doen of over antidepressiva dat je dat wilt afbouwen; dat is heel moeilijk want je kunt niet nuanceren. En dat is wel een struikelblok dat ik ook wel opmerk in ons WGC.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)

4.3.9. Weerstand van de patiënt volgens HAIO's

Een patiënt die zelf niet openstaat voor medicatie-afbouw wordt beschreven als een grote drempel om AD af te bouwen. Patiënten kunnen volgens HAIO's om uiteenlopende redenen terughoudend zijn voor deze afbouw, bijvoorbeeld uit angst voor herval, het gevoel goed te functioneren onder de huidige behandeling of een algemene defensieve houding voor veranderingen. (HAIO 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11)

'Als de patiënt zelf zegt "Ik ben daar goed mee." of de patiënt heeft zelf angst om dat te stoppen, of ziet het niet zitten, dan moet je echt al gaan overtuigen. Dat maakt het zeker ook moeilijker'. (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Ik vind dat veel ook van de patiënt moet komen. Dus als zij daar al heel weigerachtig tegenover staan of daar absoluut niet voor openstaan, ja, dan ga ik dat ook wel niet pushen. Dan ga ik ook geen pleidooien houden om het wel te doen, denk ik.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

4.3.10. Kennis en verwachtingen van de patiënt

Een correcte kennis over het depressief ziektebeeld en de werking van AD wordt benoemd als facilitator voor de afbouw van de medicatie na de ziekte-episode. Vooral wanneer deze informatie duidelijk werd gebracht bij de opstart van de AD, verloopt de afbouw later vlotter. (HAIO 1, 3, 9)

'Goede verwachtingen. Als een patiënt op voorhand echt weet waarom het opgestart wordt en dat het ook effectief afgebouwd gaat worden, dan merk je dat dat gewoon veel vlotter gaat.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Ja, shared decision making dat is belangrijk denk ik. Patiënt goed betrekken in voordelen, nadelen, in alle medische informatie. Dat de patiënt sowieso goed op de hoogte is, denk ik dat belangrijk is.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

Daartegenover worden misvattingen bij patiënten over het werkingsmechanisme van AD benoemd als drempel voor het afbouwen. Bij sommige patiënten leeft het idee dat medicatie een soort 'bescherming' is tegen depressieve episodes, wat hen angstig kan maken om te stoppen. (HAIO 4)

'Ik heb zo'n beetje het gevoel dat er ook wel een beetje een misconceptie is bij de patiënt over wat een antidepressivum is. Ik denk dat veel mensen nog denken van "Oké, zolang dat ik dan die medicatie neem, ben ik beschermd, ben ik veilig.". En dat is een soort barrière die je opwerpt tegen de depressie en slechte dingen. Terwijl het natuurlijk een hulpmiddel is. Dat is geen bescherming hé. Het is geen "antidepressivum" eigenlijk hé.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

Enkele HAIO's suggereren dan ook dat maatschappelijke sensibilisering kan helpen om het brede publiek te educeren rond AD-gebruik. Een beter geïnformeerde populatie zou de afbouw van AD in de toekomst kunnen vergemakkelijken. (HAIO 1, 3)

'Betere verwachting bij het groot publiek van antidepressiva. Minder taboe rond antidepressiva. Omdat ik ook merk dat dat onrechtstreeks nog een rol speelt. Dat blijft een onderwerp waar mensen heel weinig over weten ook al maken ze er gebruik van.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Op grotere niveau denk ik informatiefiches online of zo. Of zo een keer, hoe moet ik dat zeggen, een dag, gelijk de "Wereldantidepressivumdag". Dat dat gewoon een keer in het nieuws komt. Dat dat bespreekbaar gemaakt wordt. Dat er daar vragen over gesteld kunnen worden. Meer open, dat de mensen beter geïnformeerd worden in het algemeen.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.4. Organisatiegebonden facilitatoren en barrières

4.4.1. Praktijkorganisatie

4.4.1.1. Voorschrijfgedrag en medicatiereviews

Uit de interviews komt duidelijk naar voor dat er frequent herhaalvoorschriften worden voorgeschreven via e-mail of telefonisch contact. Dit wordt als tijdbesparend ervaren maar leidt tegelijk tot een gevoel van ongemak omtrent de kwaliteit van medicatie-opvolging. Doordat de patiënten niet op consultatie worden gezien voor de herhaalvoorschriften, ontbreekt een evaluatiemoment om het effect en de mogelijke afbouw van AD te bespreken. (HAIO 1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12,14, 16)

'Als de patiënt minder dan drie maanden geleden is geweest en voorschriften nodig heeft voor geen rare middelen, dus geen benzo's, geen zware pijnstilling, dan schrijven we dat voor zonder dat we de patiënten in kwestie gezien hebben. Dat heeft denk ik heel wat voordelen, maar langs de andere kant zie je de patiënt ook niet voor een keer een eenvoudig consult van voorschriftjes waarbij je inderdaad zo geen extra aandacht hebt

voor de medicatielijst. Dus ik denk dat dat misschien voor de antidepressiva een valkuil is omdat dat een automatisme is van we gaan eens voorschrijven.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Bij ons belden patiënten voor voorschriften en dan komt dat in een taakje en schreven we de medicatie voor. Dat is een goed systeem omdat de patiënten zo medicatie krijgen en dat vermindert de werklast wat omdat we patiënten minder moeten zien of minder moeten bellen, maar dat zorgt er natuurlijk ook voor dat als het druk is, dat ik veel minder nadenk van "Misschien moeten we die medicatie eens stoppen.". Het zorgt ervoor dat we veel minder medicatienazicht doen, wat wel gebeurt als iemand fysiek komt.' (HAIO, 2e jaar, stedelijk WGC)

Sommige HAIO's proberen de medicatielijst tijdens een consultatie wel te bespreken als de tijd dit toelaat, maar dit gebeurt niet systematisch. (HAIO 4, 6, 7)

'En wat ik dan soms doe als ik tijd heb, is de medicatielijst eens bekijken. Omdat er dan soms dingen in de lijst staan, typisch antidepressiva, die al heel lang gegeven worden. Altijd maar, vaak ook telefonisch, verlengd en verlengd en verlengd worden op vraag van de patiënt. Maar dat je eigenlijk, als je begint te scrollen in het dossier, niets van depressie of duidelijke indicatie ziet. En dan vraag ik dat na.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

Anderen gaven toe dat deze medicatiereviews weinig plaatsvonden en patiënten dan maar langdurig hun medicatie, waaronder ook AD, verder innamen. (HAIO 5, 8)

'Nee dat werd niet systematisch gedaan. Af en toe suggereerde ik wel iets aan mijn PO van "Zouden we dat er niet uithalen.", maar nee systematisch niet.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)

4.4.1.2. Huisbezoeken in woonzorgcentra

Bij navraag naar de houding ten opzichte van AD bij ouderen die in het WZC (woonzorgcentrum)verblijven, blijken grote verschillen te zitten tussen de geïnterviewde HAIO's.

Sommige HAIO's beschouwen een verblijf in het WZC als een facilitator om AD af te bouwen omdat men hier meer systematisch een medicatiereview gaat doen. (HAIO 1, 4, 16)

'Ik heb wel nog in het begin van het jaar, heb ik alle medicatiefiches van patiënten opgevraagd om dan in functie van de START/STOP criteria beetje gekeken wat we kunnen doen.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Soms komen ze daartoe met de medicatielijst met twintig verschillende pillen. Ik probeer die eigenlijk zo goed als allemaal te schrappen in de mate van het mogelijke.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

Anderzijds geven verschillende HAIO's ook aan dat het stoppen van AD in een WZC te weinig of niet gebeurt. (HAIO 1, 5, 6, 11, 12, 13, 14) Redenen die hiervoor worden aangehaald zijn het vervallen in routine bij een controlebezoek (HAIO 1), het ontbreken van een hulpvraag van de patiënt of omgeving (HAIO 6, 11, 12, 14) of de veronderstelling dat de patiënt het goed stelt onder

de huidige therapie en men zal zorgen voor destabilisering bij aanpassingen ervan. (HAIO 1, 5, 12, 13, 14).

> *'Goh, deel van de gewoonte. We gaan tweemaal per week naar het rusthuis waar wij naartoe gaan voornamelijk. Dus ja, je passeert daar iedere week, soms twee keer per week. Je staat daar misschien iets te weinig bij stil op dat moment.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)*

> *'Zeker op vlak van medicatie. Als een patiënt goed is, dan is er geen reden om te veranderen. Meer die insteek waarschijnlijk.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)*

> *'Ik denk dat bij veel van mijn patiënten in het woonzorgcentrum, die laat je daarop staan hè? Ik denk dat je een beetje schrik hebt voor een te grote verandering. En ik denk, ik weet dat niet hè, ik heb het gevoel dat je bij die patiënten in het woonzorgcentrum, dat je soms zegt "Als het werkt, dan ga ik het erop laten staan en ik ga er niet te veel aan veranderen.".' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

> *'In een woonzorgcentrum moet je al overleggen met de verpleegkundige, eigenlijk ook al met eventueel kinderen of anderen. En de mensen zelf staan daar vaak heel sceptisch tegenover. En dan hoor je vaak van "Ja, ze zijn nu toch al zo oud, laat ze hen dat blijven nemen, ze moeten nu niet verslechteren.". Dat is voor mij wel een drempel. Dat is echt van "Oké, ja, ik ga dat jullie nu niet afpakken.". Terwijl, eigenlijk weet je wel van: dit heeft niet veel baat.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)*

4.4.1.3. Tijdsdruk

Ook tijdsdruk was een vaak aangehaalde belemmerende factor om de afbouw van AD ter sprake te brengen. Men beschrijft dat de beperkte consultatieduur vaak onvoldoende ruimte laat om een diepgaand gesprek te voeren rond medicatiegebruik. (HAIO 1, 2, 5, 10, 11, 12, 13,14)

> *'Want ja, je hebt er ook wel wat tijd voor nodig. Je kan dat niet op twee minuutjes uitleggen, zeggen van "Ja, je antidepressiva, je zou dat beter stoppen.".' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)*

> *'En je hebt dan maar 15 tot 20 minuten per patiënt en als je dan ook nog tussen de soep en de patatten dat antidepressivagebruik moet aankaarten, ja, dat gaat niet, want dan denk ik ook, als je dat op een minuut tijd doet komt dat niet serieus over.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

> *'Ja, ik denk dat de organisatie van je praktijk een zeer grote invloed heeft, omdat in een zeer drukke praktijk ga je aandacht geven aan de acute hulpvraag en ga je dan niet aan antidepressiva aandacht geven, dus de drukte puur praktisch.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke solopraktijk)*

4.4.2. Multidisciplinaire samenwerking

4.4.2.1. Psychiater

Sommige HAIO's gaven aan dat ze sneller AD zouden durven afbouwen indien er overleg mogelijk is met een psychiater. In de huidige praktijk blijkt het echter moeilijk deze arts-specialisten te

bereiken voor overleg. Ook het gebrek aan concrete adviezen in brieven van psychiaters aan huisartsen wordt als belemmerende factor voor afbouw benoemd. (HAIO 4, 6, 8, 13, 14, 16)

> *'Een psychiater, tegen dat je die aan de telefoon krijgt ben je drie jaar verder. [...] De psychiater waar ik eigenlijk het meest mee overleg over zaken is een psychiater-in-opleiding, een vriend van mij, maar dat is natuurlijk informeel. Dus die psychiater als hulpverlener zou interessant zijn, maar is in de praktijk niet zo evident.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)*

> *'Korte lijn met expertise; dus makkelijk een collega psychiater kunnen bereiken die advies geeft als we makkelijk kunnen stoppen of niet. Zodat ik de casus kan bespreken; als die zijn fiat geeft om ermee te stoppen zou het voor mij ook al makkelijker zijn.' (HAIO, 2e jaar, landelijke solopraktijk)*

> *'Ja, een psychiater misschien. De grote schrik bij artsen is denk ik dat ze niet weten hoe af te bouwen en geen afbouwschema's hebben. Moest er misschien meer zo... moesten de psychiaters nu een keer gewoon deftige brieven schrijven.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)*

4.4.2.2. Apotheker

Er wordt door sommige HAIO's aangegeven dat apothekers een grotere rol mogen krijgen in de samenwerking met huisartsen om AD af te bouwen. Zo zouden zij het langdurig gebruik van AD kunnen signaleren bij de patiënt en/of de huisarts. (HAIO 1, 5, 8, 13, 14)

> *'Net zoals je bijvoorbeeld met die afbouw van benzo's kunt samenwerken met apotheken is misschien dat ook iets in de toekomst dat eventueel met antidepressiva kan.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

> *'Ik denk zeker ook bij de apotheek, absoluut, wat meer uitleg erover of daar ook een keer op wijzen. Zij zien dat natuurlijk hè, wanneer dat die voorschriften binnenkomen daar ook nog eens naar vragen "Hoe gaat het daarmee? Heb je veel last? Hoe lang neem je dat nu al?". Als die daar ook een beetje mee bezig zijn en ons daarop zouden kunnen wijzen, zou dat ook niet slecht zijn denk ik.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)*

> *'Ja ze (cfr. apothekers) zouden mij zeker sneller mogen opbellen. Medicatie die wordt meegegeven zonder voorschrift met de boodschap "Ga maar bij de arts nadien.". Zo bij sommige patiënten denk ik wel "Dat mocht wel een keer overlegd worden.". Een kort belletje is rap gedaan.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)*

4.4.2.3. Psycholoog

In verschillende praktijken wordt er samengewerkt met psychologen. De mogelijke afbouw van AD wordt echter niet met deze zorgverleners besproken. (HAIO 4, 10, 15)

> *'Soms gebeurt het wel dat je regelmatig een update vraagt van de psycholoog of omgekeerd. Maar tegen dat je komt bij het afbouwen van medicatie gaat het meestal goed, en dan bel ik die mensen ook niet meer.' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)*

'Zij spreken zich daar (cfr. afbouw antidepressiva) duidelijk niet over uit, die ELP (Eerstelijns Psycholoog). Ja, dus zij gaan niet over die medicatie heen. Ze leggen daar heel bewust altijd de verantwoordelijkheid bij de arts.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)

'Ik denk sowieso een psycholoog in de praktijk is een meerwaarde, omdat die andere skills heeft dan een huisarts. Maar nu puur om te beslissen al dan niet af te bouwen, zou voor mij niet afhangen van de psycholoog.' (HAIO, 2de jaar, landelijke groepspraktijk)

Enkele HAIO's gaven wel aan dat verdere opvolging bij de psycholoog een faciliterende factor kan zijn bij het succesvol stoppen van AD. Deze verdere psychologische begeleiding zorgt ervoor dat patiënten zich ondersteund blijven voelen tijdens het afbouwproces. (HAIO 2, 5, 7)

'Stel dat er dan toch een terugval is of dat ze daar toch moeilijkheden mee ervaren, dat we dat dan een beetje kunnen opvangen ook door weer naar de basis van de hulp bij depressieve klachten, namelijk meer het psychologische en het mentale dan het medicamenteuze.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

4.4.2.4. Praktijkverpleegkundige

Er wordt ook aangekaart dat praktijkverpleegkundigen een rol zouden kunnen spelen in het faciliteren van de afbouw van chronisch AD-gebruik. Zij zouden voorafgaand aan het consult relevante informatie kunnen verzamelen over het AD-gebruik, zoals de duur van het gebruik, de oorspronkelijke voorschrijver van het AD en de indicatie ervoor. Op die manier kan het consult bij de arts vlotter en meer gestructureerd verlopen. (HAIO 5)

'Ik denk dat daarin misschien ook de rol van een praktijkverpleegkundige wel kan helpen. [...] Misschien is dat ook een optie om mensen die langdurig antidepressiva gebruiken, dat die ook een keer op consult kunnen komen bij een verpleegkundige, zodat die ook al een beetje in kaart kan brengen bijvoorbeeld "Hoelang neemt ze dat al? Door wie is dat opgestart? Wat was de indicatie voor opstart?". Want dat zijn allemaal zaken die voor ons als arts veel tijdsverlies zijn. [...] Dus dat zou wel handig zijn moest daar zo al een voorbereidend consult kunnen gebeuren. [...] Zodat jij eigenlijk met die informatie ook concreet naar de patiënt kunt gaan en kunt een afspraak geven. [...] En dat je dan voorstelt om te proberen afbouwen en die frequenter op te volgen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

4.4.2.5. Thuisverpleegkundige

Ook thuisverpleegkundigen worden door sommige HAIO's gezien als een mogelijke partner in het faciliteren van het afbouwproces. Doordat zij de medicatie klaarzetten kunnen zij langdurig gebruik signaleren en een gesprek rond afbouw op gang brengen. Daarnaast kunnen zij ook helpen bij de correcte uitvoering van het voorgestelde afbouwschema. (HAIO 13, 14)

'De thuisverpleging die de pilletjes klaarzet. Als die ziet dat dat al jaren wordt gegeven, dat die misschien ook eens zegt "Hmm, misschien is dat toch niet allemaal nodig?". Dat die medicatielijst eens bekeken wordt. Ik denk dat zij ja, dat zij daar ook wel een grote rol in zouden kunnen spelen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

'Ik heb éénmalig een keer een thuisverpleegkundige betrokken, dat was bij een patiënt die medicatie onder toezicht kreeg en dat werd klaargelegd en de medicatie werd in een box

gestopt. Dus dan heb ik hier een thuisverpleegkundige gecontacteerd om te zeggen van "Kijk, we gaan dat afbouwen. Dat gaat niet zo gemakkelijk zijn, maar ik ga een mooi schemaatje maken.".' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

4.4.3. Praktijkopleider en collega-huisartsen

Alle HAIO's krijgen tijdens hun opleiding een PO toegewezen. Deze ervaren huisarts werkt in dezelfde praktijk als de HAIO en is medeverantwoordelijk voor diens opleiding. Er vindt geregeld overleg plaats tussen de HAIO en PO. In groepspraktijken vindt er vaak ook overleg plaats met de andere collega-huisartsen. Verschillende HAIO's gaven aan dat er meer AD zouden afgebouwd worden indien hier vaker overleg rond gebeurt. Door deze casussen te bespreken ontstaat meer aandacht voor het afbouwen van langdurig AD-gebruik en kunnen collega's elkaar stimuleren om het gesprek rond afbouw aan te gaan. (HAIO 1, 2, 14)

'Ik denk inderdaad, als je zelf ook collega's erover aanspreekt van "Kijk deze patiënt neemt nu al zo lang antidepressiva.", dan kunnen zij het misschien die patiënt stimuleren om bij mij langs te komen om het dan verder te stoppen. [...] Ja, overleg kan zeker geen kwaad hè.' (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

'Stel dat je dan ziet dat er iemand een antidepressivum neemt, al lang en dat is nog niet afgebouwd, dan zou ik wel eens bij die collega gaan die dat gestart heeft en vragen "Is er een mogelijkheid om dat af te bouwen, ja of nee?". Zo ja, doe ik dat of doet die collega dat?' (HAIO, 3e jaar, landelijke groepspraktijk)

De HAIO's geven aan dat de visie van hun PO en/of andere collega's invloed heeft op hun eigen voorschrijfgedrag. Sommigen worden aangemoedigd om kritisch en evidence-based om te gaan met medicatievoorschriften, terwijl anderen opmerken dat ze soms medicatie opstarten of behouden omdat de collega's dit voorstellen. (HAIO 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14)

'Ja, zij is een persoon die het net aanmoedigt zo jong en leergierig zijn en zo heel kritisch zijn ten opzichte van medicatie dus dat is de juiste persoon daarvoor. En dat stimuleert dan mijn gedrag om kritisch ten opzichte van medicatie te staan enorm hard. En ik denk, moest ik een andere collega als PO hebben, zou dat een heel ander verhaal zijn.' (HAIO, 1e jaar, stedelijk WGC)

'We hebben een redelijk jonge praktijk, met redelijk jonge artsen die heel evidence-based werken. Ik vind de begeleiding super, je moet alles verantwoorden wat je hebt gedaan. Die stellen ook veel in vraag, wat je doet eigenlijk, op een goede manier, zodat je er heel hard over nadenkt. En ik moet wel zeggen, ik ben ook in vergelijking met vorig jaar, heel anders gaan voorschrijven.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

'Een deel is evidence-based maar ook practice-based wat je leert. En daardoor word je, of werd ik alleszins, beïnvloed door mijn opleiders.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke solopraktijk)

'Wij hadden heel veel overleg, zowel in de gang als, we hadden echt wel, elke woensdag, waren er heel veel casussen dat we bespraken en je ziet ook als iemand anders met een casus komt en je ziet ook hoe de collega's daarop reageren, als je dan diezelfde casus hebt zelf ga je geneigd zijn om een beetje het idee van de collega's over te nemen.' (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

‘Als zij dan zeggen van “Ik zou dat en dat en dat doen.”, ga ik niet rap zeggen dat ik het niet ga doen. En zo heb ik al eens medicatie opgestart waarbij ik dacht van “Hmm, is dat hier wel 100% de indicatie?”.’ (HAIO, 1e jaar, landelijke groepspraktijk)

Er wordt benoemd dat het lastig kan zijn wanneer verschillende collega’s binnen een groepspraktijk een verschillende visie hebben rond AD-gebruik. Tegenstrijdige adviezen zorgen voor verwarring bij de patiënt en kunnen ertoe leiden dat de patiënt zich sneller aansluit bij de arts die de voortzetting van de AD ondersteunt. Overleg rond een uniforme manier van aanpak lijkt cruciaal voor een vlot afbouwtraject. (HAIO 5)

‘Het uniform zijn in een groepspraktijk denk ik ook; dat iedere arts daar op dezelfde manier tegenover staat is ook niet gemakkelijk. Want als ze bij mij komen en ik zeg “A” en ze gaan daarna een andere dag naar een dokter en die zegt “B” over de afbouw van hun antidepressiva. Dat creëert alleen maar verwarring bij de patiënt en gaat hij ook denk ik sneller aansluiten bij de dokter die zegt van “Van mij mag je dat verder nemen.” dan bij de dokter die zegt “Ik ga het afbouwen.” Dus eigenlijk denk ik dat dat heel belangrijk is dat binnen een huisartsenpraktijk, als je een groepspraktijk bent, dat er ook wel een beetje een uniforme manier van denken is daarover en dat dat ook op die manier wordt toegepast.’ (HAIO, 2e jaar, stedelijke groepspraktijk)

5. Discussie

5.1. Samenvatting van de resultaten

Uit dit kwalitatief onderzoek blijkt dat HAIO's het langdurig gebruik van AD als een frequent en relevant probleem in de huisartsenpraktijk ervaren, vooral bij oudere patiënten. Hoewel HAIO's aangeven dat ze de richtlijnen goed kennen die een beperkt gebruik in de tijd aanbevelen, geven zij aan dat AD in de praktijk vaak jarenlang gebruikt worden.

Een opvallende bevinding is de kijk van de HAIO's op het effect en de veiligheid van het langdurig AD-gebruik. Verschillende HAIO's vermoeden dat er enkel nog een placebo-effect is na langdurig gebruik, wat een facilitator kan zijn voor de afbouw. Anderzijds beschrijven ze toch het risico op herval bij stoppen, wat dan weer een barrière vormt. De HAIO's erkennen dat langdurig gebruik gepaard gaat met bijwerkingen en interacties. Dit ervaren zij vooral als een probleem bij oudere patiënten, niet bij jongere patiënten.

De onzekerheid over de werking van AD weerspiegelt het gebrek aan goede ervaring en ook kennis, die expliciet door de HAIO's benoemd wordt. HAIO's geven aan dat ze nog te weinig ervaring hebben wat leidt tot minder vertrouwen in hun eigen vaardigheden. Dit houdt hen tegen het gesprek over de afbouw van AD actief aan te gaan, wat vooral opvalt in de eerste opleidingsjaren. In de latere opleidingsjaren worden er meer succesvolle afbouwtrajecten beschreven. Ook geven enkele HAIO's aan dat er op de universiteit en bij het ICHO te weinig informatie wordt meegeven. Ze geven wel aan te weten waar de nodige informatie over het afbouwproces teruggevonden kan worden. De voornaamste barrière lijkt eerder te liggen bij de beperkte praktische kennis en/of ervaring dan bij de theoretische kennis.

Daarnaast speelt de context van de consultatie een belangrijke rol. Wanneer patiënten zich niet expliciet aanmelden met vragen over hun AD, wordt dit vaak niet actief aangehaald door de HAIO. Zowel tijdsdruk als het ontbreken van een actieve hulpvraag spelen hierin een rol. Daarentegen vormt een consultatie voor een herhaalvoorschrift of een expliciete vraag van de patiënt rond AD een duidelijke facilitator om het gesprek over afbouw te openen. Ook opvolgconsultaties worden als essentieel beschouwd, zowel bij de start van AD als bij de afbouw. HAIO's ervaren dat continuïteit van zorg bemoeilijkt wordt door hun tijdelijke aanwezigheid in een praktijk en omdat de patiënten vaak toch terugkeren naar de vaste arts. Dit proberen ze op te vangen door duidelijke notities te maken in het dossier.

HAIO's voelen zich duidelijk verantwoordelijk voor AD die zij zelf hebben opgestart, maar zijn vaker terughoudend wanneer de medicatie door een andere huisarts of psychiater werd voorgeschreven. Bovendien ervaren zij hun positie als HAIO soms als een belemmering: het ontbreken van een vaste arts-patiëntrelatie en een beperkte vertrouwensband maken het moeilijker om gevoelige thema's zoals afbouw van AD te bespreken. Tegelijkertijd beschouwen sommige HAIO's hun 'frisse blik' net als een meerwaarde, die hen toelaat kritisch naar chronische medicatie te kijken en het gesprek hierover op gang te brengen.

Een lagere sociaal-economische status, beperkte kennis bij de patiënt, een eerdere mislukte stoppoging, weerstand om te stoppen en een taalbarrière worden ervaren als patiënt-specifieke

drempels. Daartegenover worden bijwerkingen van de AD, goede omkadering van de patiënt, een stabiele situatie en een afgebakende depressieve episode beschouwd als patiëntgerelateerde facilitatoren.

De unieke band van een HAIO met een PO heeft ook invloed op het voorschrijfgedrag en zo ook op de aandacht voor het stoppen van medicatie. HAIO's merken op dat er een duidelijke invloed is van hun PO en collega's op hun voorschrijfgedrag. Vaker overleg over dergelijke casussen en het in vraag stellen van de noodzaak voor het AD zou het afbouwen kunnen faciliteren.

5.2. Vergelijking met bestaande literatuur

Vergelijking met huisartsen

Zowel arts-, patiënt-, als medicatiegerelateerde factoren hebben invloed op de afbouw van AD. De medicatie- en patiëntgerelateerde factoren die in dit onderzoek over HAIO's aan bod komen zijn gelijklopend met deze van huisartsen die we terugvinden in de literatuur (Van Leeuwen E. et al. 2021 en Kelly D. et al. 2021). Details worden beschreven in de vergelijkende tabellen 7 en 8. Tussen de artsgerelateerde factoren, HAIO versus huisarts, worden zowel verschillen als gelijkenissen weergegeven.

Een grote tegenstrijdigheid die de aandacht trekt, gaat over de relatief korte stageperiode van een HAIO in de praktijk in tegenstelling tot de gevestigde huisartsen. De stageperiode duurt één tot maximum anderhalf jaar. Door deze korte stageperioden ervaren HAIO's in de meerderheid van de casussen een minder sterke vertrouwensband tussen HAIO en patiënt, wat een drempel vormt om de afbouw van AD bespreekbaar te maken.

Eenmaal de afbouw geïnitieerd is, merken HAIO's enkele struikelblokken op bij de verdere opvolging in de afbouw van AD. Patiënten gaan voor de verdere opvolging vaak naar een collega en ook wanneer een patiënt wel trouw blijft aan de HAIO, kan de HAIO door de korte stageperiode niet altijd in de verdere opvolging voorzien. Deze bevinding suggereert dat continuïteit van zorg een cruciale voorwaarde is voor succesvolle AD-afbouw, een aspect dat in studies bij gevestigde huisartsen (Van Leeuwen E. et al. 2021 en Kelly D. et al. 2021) minder prominent naar voren komt.

Huisartsen hebben reeds meer ervaring opgedaan dan HAIO's. Het minder hebben van die ervaring en kennis belemmert de afbouw van AD. HAIO's zijn op zoek naar opleidingen die aan de wensen voldoen, wat door Van Leeuwen E. et al. 2021 en Kelly D. et al. 2021 ook wordt omschreven bij huisartsen.

Zowel in het onderzoek van Van Leeuwen E. et al. 2021 bij huisartsen als in dit onderzoek wordt opgemerkt dat er ruimte is voor verbetering in de multidisciplinaire samenwerking met psychologen, apothekers en psychiaters om de afbouw van AD verder te optimaliseren.

Over de afbouw van AD in WZC vinden we tegenstrijdige meningen. De systematische medicatiereviews kunnen een opportuniteit vormen om de afbouw van AD te initiëren, terwijl de angst om de patiënt te destabiliseren en het ontbreken van een expliciete hulpvraag een barrière vormen. Gelijkaardige resultaten worden teruggevonden in het onderzoek bij huisartsen in een WZC van Van Leeuwen E. et al, 2019.

Vergelijking met andere zorgverleners

Het onderzoek bij zorgverleners van Bowers H. et al. 2019 en Van Leeuwen E. et al. 2024 toont aan dat de afbouw van AD gepaard gaat met veel moeilijkheden, waarbij de angst voor herval als dominante barrière naar voren komt. Ook in dit kwantitatief onderzoek bij HAIO's kwam de angst voor herval als mogelijke barrière aan bod. Het optimaliseren van de samenwerking tussen zorgverleners onderling kan volgens Van Leeuwen E. et al. 2024 en dit onderzoek het afbouwproces bevorderen.

Vergelijking met patiënten

Het hebben van een hulpvraag bij patiënten maakt het voor HAIO's gemakkelijker om de afbouw van AD te initiëren. Dit staat in contrast met het onderzoek van Van Leeuwen E. et al. 2022 bij patiënten waar patiënten het de verantwoordelijk vinden van de arts om het onderwerp op tafel te leggen. Bosman R. et al. 2016 beschrijft gelijkaardige resultaten in hun vergelijkend onderzoek tussen patiënt en huisarts.

5.3. Implicaties

5.3.1. Implicaties voor de praktijk

Hoewel HAIO's zich grotendeels wel bewust zijn van de problematiek rond langdurig AD-gebruik, blijkt uit dit kwalitatief onderzoek dat zij hier in de praktijk niet vaak actief mee aan de slag gaan. Er is nog meer aandacht nodig voor het belang van een correcte afbouw van AD alsook lijkt het nodig een duidelijker overzicht te krijgen welke patiënten langdurig AD innemen en of dit effectief geïndiceerd is bij de patiënten in kwestie.

Het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering in België) zou hierin een mogelijke rol kunnen spelen door individuele feedback te geven aan HAIO's (en huisartsen) over hun voorschrijfgedrag met betrekking tot AD. Het RIZIV onderneemt reeds gelijkaardige initiatieven, zoals de sensibiliseringsbrief die huisartsen in 2024 ontvingen over hun antibioticavoorschriften. Verschillende HAIO's geven aan dat dergelijke feedback hen zou kunnen helpen om bewuster om te gaan met het voorschrijven van deze medicatie. Men haalt aan dat deze feedback niet als controlemiddel mag worden ervaren, maar louter als ondersteuning.

Daarnaast kunnen ook bijscholingen nuttig zijn. Meerdere HAIO's geven aan dat langdurig AD-gebruik en afbouwstrategieën onvoldoende aan bod kwamen tijdens de basisopleiding geneeskunde. Het lijkt aangewezen om hier binnen de Master-Na-Masteropleiding huisartsgeneeskunde meer aandacht aan te besteden, met focus op concrete casuïstiek en praktische handvaten die toepasbaar zijn in de klinische praktijk. Dit zou zowel tijdens de lessen als tijdens de seminariegroepen aan bod kunnen komen. Op die manier kunnen HAIO's meer kennis rond het onderwerp vergaren en met meer zelfvertrouwen het afbouwproces opstarten.

Hoewel er reeds waardevolle hulpmiddelen beschikbaar zijn via het BCFI, zoals afbouwschema's en een e-learningmodule rondom afbouw van AD, blijken deze nog niet alle HAIO's te bereiken. Een bredere verspreiding van deze tools is wenselijk.

Eenmaal de HAIO's zich voldoende bewust zijn van het probleem van langdurig AD-gebruik en voldoende kennis en zelfvertrouwen hebben om hiermee aan de slag te gaan, is het ook van belang dat deze patiënten gemakkelijker geïdentificeerd kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld door een pop-up in het elektronisch patiëntendossier te voorzien of lijsten te trekken in het medisch softwareprogramma. Daarnaast lijkt het ook een meerwaarde de patiënten steeds te vragen om op consultatie te komen voor hun herhaalvoorschriften. Op die manier wordt er tijd gemaakt om de medicatielijst te evalueren en een eventuele afbouw te bespreken.

Ook sensibiliseren van de maatschappij lijkt een stap voorwaarts te kunnen bieden. Wanneer patiënten goed geëduceerd zijn over een correcte behandelduur van AD, de te verwachten effecten en bijwerkingen en de nadelen van langdurig gebruik, zou het voor de HAIO's gemakkelijker zijn het gesprek rond afbouw van AD te voeren. Hierbij kunnen ook andere zorgberoepen zoals verpleegkundigen en apothekers het gesprek en denkproces reeds opentrekken door het langdurig AD-gebruik bij de patiënt aan te kaarten.

Tot slot zou ook frequenter overleg met de collega-artsen kunnen helpen. HAIO's geven aan dat ze AD soms niet durven afbouwen uit schrik voor meningsverschillen met hun PO of andere collega's. Regelmatig overleg waarop deze casussen kunnen besproken worden, zouden zowel de HAIO als de vaste artsen kunnen helpen om vaker AD af te bouwen. Uiteraard is het hiervoor dan noodzakelijk dat ook de vaste artsen goed op de hoogte zijn van de huidige richtlijnen rond AD-gebruik.

5.3.2. Suggesties/implicaties voor verder onderzoek

De resultaten van dit kwalitatief onderzoek zijn niet te kwantificeren noch te generaliseren. Verder kwantitatief onderzoek is nodig om na te gaan hoe frequent de verschillende barrières en facilitatoren voorkomen, zodat gerichte interventies voor de praktijkvoering van HAIO's kunnen worden ontwikkeld. Gezien het wijdverspreide langdurige gebruik van AD is er bovendien een grote nood aan de ontwikkeling en implementatie van (laag intensieve) interventies die het afbouwen van AD kunnen ondersteunen.

Ook multidisciplinaire samenwerking kan een succesvolle afbouw van AD bevorderen. Verder onderzoek is nodig bij deze andere zorgverleners (apothekers, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, ...) om hun facilitatoren en barrières aan te kaarten en hun mogelijke rol binnen het afbouwproces verder te exploreren.

De meeste richtlijnen adviseren om een behandeling met AD stop te zetten na minimaal zes maanden remissie bij een eerste depressieve episode. De mogelijkheid om in sommige situaties AD levenslang door te geven in kader van terugvalpreventie wordt steeds besproken. Dit advies berust echter op consensus omdat bewijs over een optimale behandelduur ontbreekt. Aanvullend onderzoek omtrent de optimale behandelduur, met een zo laag mogelijke kans op recidief, zou meer houvast kunnen bieden om AD evidence-based af te bouwen en onzekerheid weg te nemen bij artsen en patiënten.

5.4. Sterktes en beperkingen van het kwalitatief onderzoek

Dit kwalitatief onderzoek naar de houding van HAIO's t.o.v. het afbouwen van AD is uniek. Er bestaat internationaal amper onderzoek waarbij de rol van HAIO's onderzocht wordt bij het afbouwen van medicatie, en geen die zich richt op AD. Niettemin is dit relevant, HAIO's zijn namelijk verantwoordelijk zijn voor 5% van de voorschriften voor AD in België. Bovendien zijn HAIO's ook de huisartsen van morgen.

Bij de selectie van HAIO's voor dit kwalitatief onderzoek werd getracht om de selectiebias te minimaliseren door de groep van geïnterviewde HAIO's zo divers mogelijk te maken. Er werd zo breed mogelijk gerekruteerd bij HAIO's uit verschillende provincies. Er werd ook rekening gehouden met geslacht, leeftijd, opleidingsjaar, universiteit van basisopleiding en organisatie van de opleidingspraktijk. Er zijn enkel Nederlandstalige HAIO's geselecteerd. Er neemt geen HAIO-deel die zijn/haar basisopleiding genoot aan de Universiteit Antwerpen ondanks contactname met meerdere HAIO's via sociale media. Hoewel geografische spreiding nagestreefd werd, zijn HAIO's uit Oost- en West-Vlaanderen ruimer vertegenwoordigd en hebben er geen HAIO's uit Limburg deelgenomen.

Na herhaaldelijke analyse van de resultaten werd datasaturatie bereikt (n=16). Hiermee werd een breed beeld van ervaringen en indrukken van HAIO's verzameld.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is dat de vier onderzoekers zelf ook HAIO's zijn en dus zelf ook AD voorschrijven. Daarnaast volgden zij allen opleiding aan dezelfde universiteit wat kan zorgen voor eenzelfde referentiekader. Dit bracht als voordeel dat de doelgroep, HAIO's, makkelijk te contacteren was. Om de interpretatiebias te minimaliseren hebben de onderzoekers geen directe peers geïnterviewd en opleidingen rond kwalitatief onderzoek gevolgd.

6. Besluit

AD worden in België frequent en vaak langdurig ingenomen. Het grootste aantal voorschriften voor AD voor indicatie depressie wordt voorgeschreven in de eerste lijn. HAIO's zijn verantwoordelijk voor 5% van de voorschriften voor AD in België en komen door hun unieke rol op korte tijd in verschillende huisartspraktijken terecht. In dit kwalitatief onderzoek werd de visie van HAIO's op het stoppen van AD, opgestart voor indicatie depressie, onderzocht; in het bijzonder de drempels en facilitatoren die zij ervaren bij dit proces. Om dit te achterhalen werden zestien HAIO's geïnterviewd a.d.h.v. semigestructureerde interviews.

Dit onderzoek toont aan dat veel HAIO's zich bewust zijn van het overmatig gebruik van AD en dit als een probleem ervaren. Ze hebben hun twijfels bij het positieve effect na langdurige inname en zijn zich bewust van de potentiële risico's. Toch bespreken zeker niet alle HAIO's de afbouw van AD met hun patiënten. Hiervoor beschrijven zij gelijkaardige drempels en facilitatoren als huisartsen, maar ook enkele factoren eigen aan de specifieke rol als HAIO.

De voornaamste barrières die men als HAIO ervaart bij het afbouwen van AD zijn een gebrek aan ervaring en het ontbreken van een verantwoordelijkheidsgevoel aangezien zij meestal niet zelf de behandelende arts of opstarter van het AD zijn. Daarnaast beschrijven zij minder vertrouwen te ervaren van de patiënt bij het ontbreken van een langdurige arts-patiëntrelatie.

De HAIO-rol wordt ook soms als voordeel gezien. Net het ontbreken van die arts-patiëntrelatie kan het makkelijker maken om langdurig gebruik van AD bespreekbaar te maken. Zij werpen namelijk een nieuwe frisse blik op elke patiënt.

De verschillen tussen HAIO's onderling zijn groot, zowel wat betreft eigen ervaring, vertrouwen in de eigen kennis en vaardigheden alsook hun verantwoordelijkheidsgevoel. Bovendien wordt aangegeven dat de PO en overige collega's een grote impact hebben op het voorschrijfgedrag van de HAIO.

Mogelijke aangrijpingspunten waarop interventies zich kunnen richten om afbouw door HAIO's te stimuleren zijn: empowerment en versterking van het verantwoordelijkheidsgevoel van de HAIO via de huisartsenopleiding, het blijvend ondersteunen en opvolgen van laagdrempelig overleg tussen HAIO en PO door het ICHO, gepersonaliseerde feedback over het voorschrijfgedrag van HAIO's en huisartsen vanuit het RIZIV en bevolkingsbrede sensibilisering.

Bijkomend kwalitatief onderzoek bij overige zorgverleners zoals psychologen, apothekers en psychiaters kan leiden tot nieuwe inzichten en interventies. Kwantitatief onderzoek naar de beschreven drempels bij patiënten, huisartsen en HAIO's kan nuttig zijn om de effectiviteit van mogelijke interventies te verhogen. Daarnaast kan bijkomend onderzoek naar de optimale behandelduur met AD leiden tot een betere onderbouwing van de huidige richtlijnen die grotendeels op consensus gebaseerd zijn. Dit kan helpen om twijfel weg te nemen bij zowel patiënten als zorgverleners, alsook om laagdrempelige interventies te ontwikkelen om de patiënt te helpen ondersteunen bij de afbouw.

7. Referenties

1. Antidepressiva in België [Internet]. [cited 2025 Dec 2]. Available from: https://ima-aim.be/Antidepressiva-in-Belgie?lang=nl

2 Pascal Meeus, Geneesmiddelenverbruik in openbare officina's: Antidepressiva [Slide Presentation]. Inami-Riziv, 2024. Available from: https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Antidepresseurs_2024.pdf

3. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. J Affect Disord [Internet]. 2019 Feb 15 [cited 2025 Dec 2];245:38–62. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718317208?via%3Dihub

4. BCFI | Folia [Internet]. [cited 2025 Dec 2]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/articles/query?number=F45N07B

5. Depressie | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2025 Dec 2]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie

6. Declercq T, Habraken H, Van Den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens Richtlijn H, et al. DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN.

7. BCFI. Handvaten voor het afbouwen van antidepressiva (update 2024) [Internet]. 2024. Available from: https://www.bcfi.be/nl/folias/4237

8. Bosman RC, Huijbregts KM, Verhaak PFM, Ruhé HG, Van Marwijk HWJ, Van Balkom AJLM, et al. Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. Br J Gen Pract [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2024 Mar 26];66(651):e708–19. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27528709/

9. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter A, De Beir R, Christiaens T. Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term antidepressant use, a qualitative study. Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine. 2022;77(6):962–9.

10. De Beir R. Masterthesis-ervaringen_van_patiënten_met_stoppen_van_AD, 2021.

11. Bowers HM, Williams SJ, Geraghty AWA, Maund E, O'brien W, Leydon G, et al. Helping people discontinue long-term antidepressants: views of health professionals in UK primary care. BMJ Open [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2024 Mar 26];9(7). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31278099/

12. Donald M, Partanen R, Sharman L, Lynch J, Dingle GA, Haslam C, et al. Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GPs' views on

discontinuation. Br J Gen Pract [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Mar 26];71(708):E508–16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33875415/

13. Ellen VL, Anthierens S, van Driel ML, Sutter A De, Branden E van den, Christiaens T. “Never change a winning team”: GPs’ perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. Scand J Prim Health Care [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 26];39(4):533–42. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34895003/

14. 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. Vol. 356, Journal of Affective Disorders. Elsevier B.V.; 2024. p. 616–27.

15. Van den Branden-Cools E. Masterthesis “Never change a winning team.” Kwalitatief onderzoek naar de visie van huisartsen over het stoppen van antidepressiva (AD) na langdurig gebruik en de facilitatoren en barrières die ze ervaren bij het stoppen van AD, 2020.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Tabellen

Tabel 5: Barrières en facilitatoren bij Belgische patiënten onderverdeeld volgens thema		
Thema	**Barrières**	**Facilitatoren**
"Meer voordelen dan nadelen"	Positief ervaren effect van AD	Twijfel over effect op lange termijn
	- Geen/weinig bijwerkingen of minimaliseren ervan - Geen/weinig bezorgdheid over veiligheid op lange termijn - Routine geworden om AD te nemen	- Ervaren van significante bijwerkingen - Bezorgdheid over mogelijke negatieve effecten op lange termijn (bv. afhankelijkheid) - Bezorgdheid over mogelijke interactie met andere medicatie - 'Onnatuurlijk middel'
	Angst voor negatieve gevolgen bij stoppen (herval, aantal weken te moeten wachten op effect van AD bij heropstart)	
	Angst voor/ervaren van ontwenningsverschijnselen	Geen onttrekkingsverschijnselen bij vroegere stoppogingen/ vergeten innemen van tabletten
	Negatieve vroegere ervaringen met afbouw/stop van AD	Positief verlopen afbouw/stoppogingen in het verleden
	- Personen uit omgeving die 'AD nog steeds nemen' - Personen uit omgeving bij wie stopzetting niet lukte	Personen uit omgeving waar stopzetting van AD goed verliep
'Ik kan het niet'	Geen/weinig geloof in eigen kunnen om met succes te stoppen ('self-efficacy')	'Tussenstap' nodig, alternatief middel nodig
	- Psychologische afhankelijkheid van AD: gevoel niet zonder AD met problemen in het leven te kunnen omgaan -Ineffectieve/onvoldoende copingmechanismen - Het al dan niet hebben van een job - Ontbreken van betekenisvolle activiteiten/bezigheden	- Niet afhankelijk willen zijn van AD om zich goed te voelen - Aanwezigheid van adequate copingmechanismen o.a. praten met anderen bij problemen in het leven - Positieve/stabiele levensomstandigheden - Het al dan niet hebben van een job
		Hulp van psycholoog
	Taboe omtrent AD gebruik	

	- Onvoldoende steun/begrip van omgeving - Omgeving ontraadt stoppen met AD	- Terecht kunnen bij 'anderen' tijdens/na het stoppen (steun) - Omgeving stimuleert om AD te stoppen
Rol huisarts	- Onvoldoende voorlichting over van AD - Nadruk op biochemische hypothese als oorzaak van de klachten - Bij aanvang geen info gegeven over vermoedelijke behandelduur	Reeds bij aanvang specificeren dat de duur van AD gelimiteerd is in tijd
	- Onvoldoende evalueren van AD door de arts (incl. initiatief om te stoppen) - Incongruente/onvoldoende info over stopzetting	Adequate en voldoende info via de arts over hoe te stoppen
	- Arts stimuleert verder nemen van AD - Psychiater praat niet over AD stoppen	Arts stimuleert stoppen met AD
	Onvoldoende steun en begeleiding door arts tijdens afbouw/stop van AD	Adequate steun en begeleiding tijdens afbouw/stop van AD

Tabel 5. Barrières en facilitatoren bij Belgische patiënten onderverdeeld volgens thema; volgens De Beir R. et al., Ervaringen van patiënten met stoppen van antidepressiva: een kwalitatief onderzoek naar barrières en facilitatoren; 2021; p. 24. (11)

Tabel 6. Barrières en facilitatoren bij zorgverleners onderverdeeld in thema's		
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
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 Professional to patient (or trusted person) Health Professional to other prescriber (initial prescriber or practice colleague, psychiatrist) Health Professional to beyond clinical practice (pharmaceutical industry, social and policy environment)	Health Professionals own responsibility to initiate discussions about discontinuation
	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	
	Tima 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 & 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	

Tabel 6. Barrières en facilitatoren bij zorgverleners onderverdeeld in thema's; volgens Van Leeuwen E. et al.; Health care professional barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis; Vol. 356; Journal of Affective Disorders; Elsevier B.V.; 2024; p. 619. (14)

Tabel 7: Barrières voor (huis)artsen bij het afbouwen van AD na langdurig gebruik		
Resultaten kwalitatief onderzoek bij Vlaamse huisartsen		**Resultaten kwalitatief onderzoek bij HAIO's**
Het belang van het startmoment van het AD	– AD opgestart door een andere zorgverlener: geen actieve follow-up van patiënt, HA weet niet waarom AD gestart – AD opgestart door andere HA – AD opgestart in tweede lijn – Geen goede alternatieven voor een AD bij opstart – Indicatie van AD: psychiatrische voorgeschiedenis, slaapstoornissen, middelenmisbruik, ingrijpende levensgebeurtenis, depressie met genetische belasting, interne depressie, foutieve indicatie voor start AD	– Geen duidelijke afspraken meegegeven door HA bij opstart AD (HAIO 1, 3, 10, 14) – Opstart door andere arts/ psychiater (HAIO 2, 3, 11, 13, 15, 16) – Opstartreden niet kennen als HAIO, niet duidelijk in dossier (HAIO 3, 6, 7, 16) – Opstart door verkeerde indicatie (HAIO 4, 6)
Routine herhaal-voorschriften	– Herhaalvoorschriften door verschillende artsen in een groepspraktijk – Herhaalvoorschriften aan het einde van de consultatie meegeven	– Routine herhaalvoorschriften/ telefonische voorschriften zonder kritische reflectie/voorschriften voor patiënten die je als HAIO niet kent (HAIO 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 16) – Herhaalvoorschriften aan het einde van de consultatie meegeven (HAIO 3, 10, 14) – Voorschrift door andere arts – Mogelijkheid telefonische voorschriften (HAIO 2, 3, 4, 5, 16)
Angst van de HA	– Angst voor herval – HA wil stabiliteit niet verstoren	– Minder zelfvertrouwen/ oncomfortabel als HAIO (HAIO 2, 5, 9, 12) – Eerdere onsuccesvolle ervaringen bij afbouw AD (HAIO 9)

		– Niets verkeerd willen doen (HAIO 11) – Angst voor herval (HAIO 13, 14, 16) – Als HAIO niet durven bespreekbaar maken, angst vertrouwen te verliezen (HAIO 10) – Angst om stabiele patiënt uit zijn balans te brengen (HAIO 8, 13)
Communicatieve vaardigheid van de HA en de arts-patiënt relatie	– HA weet niet hoe patiënt te overtuigen en motiveren – HA heeft angst om patiënt te confronteren met oud verdriet – Taalbarrière – HA wil niet in conflict gaan met patiënt – Vertrouwensband tussen patiënt-arts onvoldoende	– Onvoldoende vertrouwensband tussen HAIO - patiënt, patiënt te weinig kennen als HAIO (HAIO 1, 2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14) – Taalbarrière (HAIO 10)
Attitude/haalbaar-heid ten aanzien van afbouwen van AD	– AD afbouwen geen prioriteit – Geen actieve follow-up van patiënt met AD – Geen actieve medicatie beoordeling – AD starten kost minder energie dan praten – AD afbouwen vraagt tijd en energie – Uit 'gemak' niet afbouwen – HA geeft bespreken van AD op	– PO laat AD afbouwen bij psychiater (HAIO 9) – Andere visie PO, PO niet durven tegenspreken (HAIO 3, 12, 14 15) – Minder aanpakken als HAIO: niet mijn patiënten, niet mijn praktijk, niet mijn verantwoordelijkheid (HAIO 4, 5, 11)
Tijdsgebrek	– Tijdsgebrek tijdens de consultatie – Overvolle agenda (workload)	– Tijdsgebrek tijdens consultatie (HAIO 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14) – Andere aanmeldingsreden (HAIO 2, 5, 6, 11) – Tijdsgebrek om ondersteunende functies medisch softwaresysteem te gebruiken (HAIO 4)
Perceptie van de HA	– HA maakt veronderstellingen over het gedrag van de patiënt: patiënt verwacht medicatie, patiënt wil niet afbouwen, patiënt heeft onvoldoende draagkracht – Meningen van de HA: éénmalig AD-gebruik zorgt voor frequenter nood aan AD, verslavend effect van AD, soort praktijkpopulatie, …	– Veronderstelling dat patiënt goed is met de medicatie (HAIO 2) – Patiënten nemen liever medicatie dan moeite te doen om naar psycholoog te gaan (HAIO 3) – AD als houvast patiënt (HAIO 5)
Kennis van de HA over AD en indicaties voor AD	– Langdurig AD is minder problematisch dan andere geneesmiddelen – Perceptie van een langdurig effect van een AD: verhogen weerbaarheid, aanvullen chronisch neurotransmitter-tekort in de hersenen – Geen bijwerkingen van langdurig AD gebruik	– Minder kennis/ervaring als HAIO (HAIO 2, 5, 8, 9, 11, 13, 16) – Beperkte opleiding AD/depressie in opleiding geneeskunde (HAIO 4, 12, 14) – Weinig bijscholingen psychiatrie (HAIO 4) – Over sommige AD minder kennis (HAIO 6)

	– AD is een chronisch geneesmiddel – Gebrek aan richtlijnen en opleidingen omtrent afbouwen van AD, opleidingen beantwoorden niet aan de wensen van de HA	
Patiënt-gerelateerde factoren	– Angst van de patiënt voor herval – Weerstand bij de patiënt: patiënt staat niet open voor gesprek over afbouwen van AD, patiënt begrijpt het nut van afbouwen niet (ervaart geen nadelen van AD, AD biedt houvast, geen medicatie- of ziekte-inzicht, voelt zich goed met AD, afbouwen zal patiënt slechter maken, placebo-effect) – Omgevingsfactoren van de patiënt: omgeving ziet afbouwen van patiënt niet zitten; niet stabiele omgevingsfactoren/geen sociaal vangnet – Gewoonte van de patiënt om medicatie te slikken – Oudere patiënten zijn moeilijker om af te bouwen – Psychiatrische voorgeschiedenis of combinatie van AD	– Weerstand patiënt, angst voor verandering/afbouw, angst voor herval (HAIO 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) – Verandering in medicatie is moeilijker bij ouderen (HAIO 1) – Recidiverende depressies (HAIO 1, 6, 8) – Niet stabiele situatie (HAIO 2, 4, 6, 10, 12) – Twintigers moeilijkere afbouw, meer zoekend in het leven (HAIO 3) – Verkeerde perceptie patiënt: AD als bescherming i.p.v. hulpmiddel (HAIO 4) – Aanvaarden advies van HAIO minder dan van vaste arts, zien HAIO als minder geloofwaardig (HAIO 4, 5, 6, 10, 13) – Complexe psychiatrische voorgeschiedenis, multimorbiditeit (HAIO 6, 7, 12) – Verkeerde kennis patiënt: laag opleidingsniveau, denken dat effect AD langdurig blijft (HAIO 5, 12) – Voorgaande mislukte stoppogingen (HAIO 5, 10) – Sterkere eigen mening patiënt (HAIO 5, 10) – Voorkeur patiënt om medicatie te nemen in plaats van opvolging psycholoog (HAIO 10) – Andere cultuur (praten over mentaal welzijn meer taboe…) (HAIO 10)
Medicatie-gerelateerde factoren		– Ontrekkingsverschijnselen bij afbouw (HAIO 4, 7, 15) – Polyfarmacie (HAIO 8)
Rol psycholoog en psychotherapie	– Hoge kostprijs en weinig terugbetaling – Lange wachttijden – Drempel voor patiënt om psychotherapie te starten – Goede relatie tussen patiënt en psycholoog belangrijk – Psychotherapie geeft geen snel resultaat – Patiënt heeft zekere mentale capaciteit nodig voor psychotherapie – Twijfel over de rol van psychologen	– Hoge kostprijs psycholoog (HAIO 3) – Te weinig ELP/reguliere psychologen (HAIO 3, 5, 16) – Te weinig overleg met psycholoog (HAIO 3) – Lange wachttijden (HAIO 5, 6, 14, 16) – Taalbarrière bij psycholoog (HAIO 10)
Rol andere zorgverleners	– Medicatie bij de apotheker zonder voorschrift – Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking – Psychiater schrijft te veel AD, combinaties van AD, slechts	– Nog in opvolging bij psychiater (HAIO – Slechte bereikbaarheid psychiater (HAIO 4) – Psychiater wenst niet volledig af te bouwen (HAIO 6)

	korte follow-up en bespreekt afbouwen van AD niet met patiënt	– Psychiater schrijft onvolledige brief (HAIO 10, 15, 16)
Externe factoren	– Drukke maatschappij als oorzaak van langdurig gebruik van AD – Overheid investeert niet in psychotherapie – Medicatie is goedkoper dan psychotherapie – Geen controle op het voorschrijfgedrag van artsen	– Taboe rond AD, er wordt minder gesproken over AD (HAIO 3)
WZC		– Bewoners in een WZC, te weinig pogingen ondernemen, te weinig stilstaan bij mogelijkheid tot afbouw, indien geen problemen dan geen reden om medicatie aan te passen (HAIO 1, 11, 13, 14) – WZC: patiënt minder vragende partij (HAIO 6) – WZC: verpleegkundigen wensen medicatie voor hanteerbaarheid patiënt (HAIO 6) – Te weinig medicatiereview in WZC (HAIO 5, 6, 7, 14)
Follow-up		– Geen garantie op opvolging door HAIO, opvolging door vaste arts (HAIO 1, 6, 10, 11, 14) – Beperkte stageperiode in praktijk (HAIO 2, 5, 10) – Patiënten komen vervolgafspraken niet na (HAIO 5, 10, 11)

Tabel 7. Barrières voor (huis)artsen en HAIO's bij het afbouwen van AD na langdurig gebruik

Tabel 8: Facilitatoren voor (huis)artsen bij het afbouwen van AD na langdurig gebruik		
Resultaten kwalitatief onderzoek bij Vlaamse huisartsen		**Resultaten kwalitatief onderzoek bij HAIO's**
Indicatie van het AD	– Life-event: scheiding, problematiek werk, overlijden, ... – Trigger van depressie is voorbij	– Duidelijke indicatie bij opstart (HAIO 4, 12) – Duidelijk eindpunt trigger depressie (HAIO 4, 5, 11, 12, 15) – Verkeerde opstartindicatie, zorgt voor vlottere afbouw (HAIO 15)
Minder starten met AD	– Vermijden om AD te starten – Preventie van depressie	– PO sterk weigerachtig ten opzichte van opstart AD (HAIO 9, 12) – Jonge artsen meer weigerachtig opstart AD (HAIO 13)
HA heeft AD zelf gestart	– Gesprek over afbouwen in opstartfase – HA kent patiënt beter – HA volgt patiënt beter op – HA heeft meer verantwoordelijkheidsgevoel – Gemakkelijker in gesprek gaan met patiënt	– Duidelijke afspraken over afbouw bij opstartfase (HAIO 1, 2, 3, 5, 10, 14) – Zelf opgestart: kennis over starttijdsstip, indicatie (HAIO 7)

Attitude van de HA/HAIO	– Kritische beoordeling van medicatielijst (jaarlijks, bij nieuwe patiënten, bij opstarten van nieuwe medicatie) – Verantwoordelijkheid van de HA om medicatie af te bouwen – Actieve follow-up door de HA tijdens afbouwproces	– Afbouw durven bespreekbaar maken, ook bij patiënten die de HAIO niet kent (HAIO 1, 2, 4, 6, 7, 10, 15) – Vertrouwensband als HAIO minder waardoor deze minder kan geschaad worden (HAIO 7) – Actieve opvolging door HAIO bij afbouw (afbouwschema meegeven) (HAIO 2, 13, 15) – Zelfde visie in groepspraktijk/PO (HAIO 5, 6, 12) – PO werkt EBM, PO kritisch over voorschrijven medicatie (HAIO 7, 10, 13) – HAIO nog groen achter de oren, nog energie om alles aan te pakken (HAIO 10) – Frisse blik op medisch dossier (HAIO 12)
Praktische en organisatorische aspecten	– Aparte consultatie (herbeoordeling van medicatielijst, afbouwen bespreken, voor herhaalvoorschriften) – Concrete tools voor het afbouwproces van een AD (afbouwschema, communicatieve vaardigheden, begeleiding afbouwproces, informatiebronnen voor patiënt)	- Toegankelijkheid HA (HAIO 1) - Medicatiereviews in praktijk/WZC (HAIO 1, 4, 8, 12, 13, 15, 16) - Praktijkoverleg (HAIO 1, 2, 9, 10, 13, 14, 16) - Toekomstgericht: meer praktijkoverleg en stimuleren patiënt door PO om vervolgconsult bij HAIO in te plannen (HAIO 1) - Consult voor voorschriftmedicatie: meer tijd, indien telefonisch kleine doos voorschrijven (HAIO 6, 7, 13) - Toekomstgericht: protocollen (HAIO 10)
Communicatie-vaardigheden van de HA en de arts-patiënt relatie	– Goede arts-patiënt relatie – Goede communicatie arts-patiënt	– Shared decision making (HAIO 9) – Duidelijk bijwerkingen uitleggen (HAIO 10) – Omwille van jonge leeftijd HAIO betere patiëntrelatie bij jongere patiënten, beter inlevingsvermogen (HAIO 10) – Goede arts-patiënt relatie (HAIO 12, 13, 14)
Patiëntenkenmerken	– Leeftijd patiënt – Motivatie van de patiënt – Gunstige omgevingsfactoren – Overig: Ziekte-inzicht, patiënt neemt niet graag medicatie	– Leeftijd patiënt: oudere leeftijd als facilitator (HAIO 1, 5, 7, 15) – Correcte kennis patiënt (verwachtingen, kennis over opstartreden,) (HAIO 1, 3, 12) – Comorbiditeit (HAIO 1, 4, 5) – Gunstige omgevingsfactoren, stabiele omgeving (HAIO 2, 3, 6, 7, 15) – Hoogopgeleide patiënt (HAIO 8) – Zelfvertrouwen/motivatie/eigen hulpvraag patiënt (HAIO 3, 5,7, 12, 13, 14) – Gedeelde verantwoordelijkheid arts - patiënt (HAIO 3, 6) – Eerdere succesvolle stoppogingen (HAIO 9)

Medicatie-gerelateerde factoren	– Bijwerkingen – Interacties – Zwangerschap	– Onduidelijke effect AD (HAIO 1, 5, 11) – Interacties/ polyfarmacie (HAIO 1, 4, 5, 7, 13, 14, 15) – Bijwerkingen (HAIO 3, 5, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16) – Zwangerschapswens (HAIO 6) – Kostprijs magistraal voorgeschreven afbouwmedicatie (HAIO 13)
Rol van andere zorgverleners	– Rol van de apotheker: signaalfunctie; kritische medicatiereview – Rol van de psycholoog: overleg arts-psycholoog; follow-up tijdens afbouwproces; begeleiding tijdens depressie; geschikt moment van afbouwen aangeven. – Multidisciplinaire aanpak: verschillende zorgverleners starten een gesprek over afbouwen van een AD; rol van verpleging, afbouwcoach, kinesist, psychiater, …	– Toekomstgericht: Rol van de apotheker: – Overleg met HAIO (HAIO 1, 12, 13, 14) – Medicatiereview door apotheker (HAIO 1) – Signaalfunctie bij herhaalvoorschriften (HAIO 1, 13, 14) – Afbouwcontract AD (HAIO 5, 7) – Opvolging door apotheek (HAIO 8, 13) – Rol van de psycholoog: – Overleg arts-psycholoog (HAIO 2, 6, 12, 13, 16) – Ondersteuning patiënt door psycholoog (HAIO 7, 9, 14) – ELP in de praktijk (HAIO 9, 10) – Signaalfunctie psycholoog indien zij afbouw aanraden (HAIO 13) – Toekomstgericht: Rol praktijkverpleegkundige: verzamelen informatie over opstartreden, hoelang gebruik… (HAIO 5) – Rol psychiater: – Overleg HAIO-psychiater (HAIO 13, 14, 16) – Advies in brief over afbouw AD (HAIO 6) – Toekomstgericht: toegankelijkheid psychiater voor overleg (HAIO 8) – Rol verpleegkundige in WZC, opvolging bij afbouw (HAIO 12, 15) – Rol thuisverpleegkundige: – Signaalfunctie (HAIO 13) – Klaarleggen medicatie volgens afbouwschema (HAIO 14)
Feedback op voorschrijfgedrag	– Feedback van het RIZIV op voorschrijfgedrag – Feedback van collega-huisartsen	– Toekomstgericht: Feedback RIZIV op voorschrijfgedrag (HAIO 13, 14)
Opleidingen	– Opleiding met concrete afbouwtools – Onafhankelijke artsenvertegenwoordigers over rationeel geneesmiddelengebruik – Opleidingsmomenten met de HAIO – Literatuur	– Kennis/hulpbronnen: Informatiedocument afbouwen AD gekregen van vertegenwoordiger, folia BCFI, e-learnings bijsluiter medicatie, NHG, farmacotherapeutisch kompas, Webinar domus medica, BMJ, podcast thuisarts en wetenschap,

		richtlijnendatabase.nl, switch antidepressants – psychiatrienet, document gekregen van psychiater (HAIO 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) – Toekomstgericht: meegeven correcte bronnen vanuit ICHO, op focussen in seminariegroep, les vanuit ICHO (HAIO 2, 11) – Frisse kennis HAIO's (HAIO 3, 5, 7) – Toekomstgericht: e-learnings meer promoten (HAIO 4) – Toekomstgericht: tools om effect AD te evalueren (HAIO 11)
Externe factoren	– Mediacampagne over bewustzijn rondom langdurig medicatiegebruik – Forfaitair betalingssysteem – Kostprijs AD verhogen	– Toekomstgericht: Informatiefiches in praktijk (HAIO 1) – Toekomstgericht: Bespreekbaar maken in maatschappij, sensibilisering (HAIO 1, 3, 15) – Duidelijke notities in medisch dossier (HAIO 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16))
Overige	– Medisch softwareprogramma: o Melding van langdurig AD gebruik o Afbouwen in planning zetten o Lijst maken van patiënten die langdurig AD nemen – Traag afbouwen – Kleine verpakkingen voorschrijven	– Bewakingssysteem medicatie-interacties CareConnect (HAIO 1) – Toekomstgericht: Medisch softwaresysteem: - o Mogelijkheid tot lijsten trekken/meldingen geven van langdurig gebruik AD (HAIO 4) o Versturen automatische mails (HAIO 4) – Verdere opvolging bij weggaan uit praktijk duidelijk doorgeven aan collega (HAIO 9, 12, 16)

Tabel 8. Facilitatoren voor (huis)artsen en HAIO's bij het afbouwen van AD na langdurig gebruik

Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité

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	30/07/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
ONZ-2024-0220		B6702024000336

Betreft:
Kwalitatief onderzoek bij huisartsen-in-opleiding (haio's) over hun visie op stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva.
Qualitative research of GP trainees' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants.

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

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 30/07/2024.

EC geeft daarom op 30/07/2024 een gunstig advies over deze studie.

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

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



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

Bijlage 3: Interviewgids

Interviewgids

Vooreerst wil ik u bedanken om vandaag dit gesprek met mij te voeren. Het doel van dit onderzoek is te weten te komen wat de visie is van huisartsen in opleiding op het langdurig gebruik van antidepressiva, het stoppen ervan en wat dit proces vergemakkelijkt en bemoeilijkt.

Het wereldwijd gebruik van antidepressiva neemt toe en dit is voornamelijk toe te schrijven aan een toegenomen langdurig gebruik. In het Verenigd Koninkrijk wordt een antidepressivum gemiddeld twee jaar genomen en in de Verenigde Staten zelf vijf jaar. Hier in België nemen 12,7% van de mensen een antidepressivum, waarvan 30% dit langer dan één jaar gebruikt. Nochtans heeft het antidepressivagebruik in vele van deze situaties geen meerwaarde meer, maar kunnen ze wel leiden tot bijwerkingen. Ze zouden gestopt kunnen worden zonder herval, indien deze patiënten goed begeleid worden.

Er werden ondertussen reeds studies gedaan naar de visie van huisartsen op dit langdurig gebruik en de facilitatoren en barrières om deze te stoppen. Er werd echter nog geen onderzoek gevoerd naar de visie van huisartsen in opleidingen hierover. Hieruit volgt dan ook het doel van dit onderzoek.

Om beter inzicht te krijgen in het proces van het al dan niet stoppen van AD zijn we geïnteresseerd in jouw ervaringen, behoeften en verwachtingen hier omtrent. Dit interview is vertrouwelijk. We nemen dit interview op, maar enkel leden van het onderzoeksteam en niemand anders zal de opname kunnen beluisteren. Uw naam en contactgegevens zullen niet vermeld worden op deze opname en we zullen u niet persoonlijk identificeren in eender welk schriftelijk bestand of rapport over dit onderzoek.

Deelname aan dit onderzoek is steeds vrijwillig en kan u op elk moment stoppen. Heeft u vragen voor we starten?

Deel 1: Eigen ervaring

Probeer je een casus te herinneren waarbij:

1) Antidepressiva gestopt zijn na langdurig gebruik.
2) Waarbij antidepressiva langdurig gegeven worden en eigenlijk gestopt mogen worden maar dit niet gebeurt.

   Prompts: Vertel eens over deze ervaring. Hoe verliep dit? Wie startte het proces? Wat ging goed? Wat ging minder goed? Wie was allemaal betrokken? Wat heeft jou geholpen? Wat hield jou tegen?

Deel 2: Algemeen

- Hoe sta je tegenover het gebruik van antidepressiva in de behandeling van depressie?

  Prompts: Vind je dat er te veel/te snel AD voorgeschreven worden?

- Hoe sta je tegenover het stoppen van antidepressiva in de huisartsenpraktijk?
  Prompts: Vind je dit haalbaar in de huisartspraktijk? Is dit jouw verantwoordelijkheid? Gebeurt dit consequent?

- Merk je een verschil bij het stoppen van AD bij patiënten in een WZC t.o.v. je andere patiëntenpopulatie?
  Prompt: Wat maakt dit makkelijker? Wat maakt dit moeilijker?

- Welke omstandigheden en factoren maken het volgens jou mogelijk om antidepressiva succesvol te stoppen?

  Prompts: Comorbiditeiten, bijwerkingen, medicatie-interacties, continue vs intermittente nood antidepressiva, levensomstandigheden, vraag van de patiënt vs vraag van de arts, rol van de patiënt vs arts, kennis patiënt, zelfvertrouwen patiënt, motivatie patiënt, coping strategieën patiënt, stabiliteit levensomstandigheden patiënt, sociale omgeving patiënt, medicatie zelf opgestart, zelfvertrouwen arts, verantwoordelijkheidsgevoel arts, kennis arts, richtlijnen, medicatiereview, samenwerking andere zorgverleners,...

  (Health Care Professional Barriers and Facilitators to Discontinuing Antidepressant Use: A Systematic Review and Thematic Synthesis, n.d.)s*)*

- Welke omstandigheden en factoren belemmeren het succesvol stoppen van AD volgens jou?

  Prompts: effectiviteit, veiligheid, oorzaak depressie, angsten (herval - suïcide - seizoensgebondenimpact – withdrawal), verantwoordelijkheidsgevoel (arts - patiënt - voorschrijver van de medicatie – farmaceutische industrie – sociale omgeving – politieke omgeving), prioriteiten, moeilijkheidsgraad, tijd, energie, voorschrijven zonder consultatie, zelfvertrouwen arts, kennis arts, richtlijnen, informatiebronnen, weerstand patiënt, levensomstandigheden patiënt, stabiliteit levensomstandigheden patiënt, psychologische afhankelijkheid medicatie, sociale omgeving patiënt, rol andere zorgverleners,...

  (Health Care Professional Barriers and Facilitators to Discontinuing Antidepressant Use: A Systematic Review and Thematic Synthesis, n.d.)

Deel 3: Specifieke haio-rol

- Hoe zie je je rol als HAIO bij het stoppen van antidepressiva?

- Wat maakt het voor jou als haio makkelijker om AD te stoppen?

- Wat maakt het voor jou als haio net moeilijker om AD te stoppen?

- Heb je zelf reeds antidepressiva opgestart? En hoe zorg jij ervoor dat de AD die je als haio gestart bent of zal starten, ook weer afgebouwd wordt nadat jij de opleidingspraktijk verlaat?

- Hoe beïnvloedt de organisatie van de praktijk waar je nu werkt jouw voorschrijfgedrag?

- *Prompts: telefonische herhaalvoorschriften, MDP praktijk, aanwezigheid psycholoog, tijdsdruk, wordt er hier veel AD voorgeschreven? Wordt in jouw praktijk vaak te lang AD voorgeschreven?*

- Hoe beïnvloedt jouw PO jouw voorschrijfgedrag?
  Prompts: Evidence based, laagdrempelig overleg, visie PO (medicatiereview, samenwerking apotheek)

Deel 4: Bronnen en suggesties

- Op welke bronnen val je terug bij concrete vragen rond het afbouwen van AD?

- Wat zou jou in de toekomst helpen om vaker antidepressiva te stoppen en waarom?

  Prompts: overleg met praktijkopleider/ andere collega's in de praktijk, overleg met andere HAIO's, opleiding Icho, extra bijscholingen/e-learnings, samenwerking met andere zorgverleners/familie, externe factoren?

Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier deelnemers

INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER

Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemers

Titel van de studie: Kwalitatief onderzoek bij huisartsen-in-opleiding (haio's) over hun visie op het stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva

Beste,

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

Beschrijving en doel van de studie

U zal binnenkort in uw rol als huisarts-in-opleiding deelnemen aan een onderzoek over het stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva. Ongeveer drie vierde van het totaal aantal antidepressiva is voorgeschreven door huisartsen inclusief huisartsen in opleiding (haio's), waardoor haio's een belangrijke schakel vormen in de zorg bij patiënten met depressie behandeld met ondermeer antidepressiva. De visie van haio's is belangrijk voor het ontwikkelen van interventies voor goed gebruik van antidepressiva en de opleiding van de haio's.

De dienst Unit Klinische Farmacologie van de vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische wetenschappen van de Universiteit Gent voert een onderzoek uit naar de visie van huisartsen-in-opleiding op het stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om aan een interview deel te nemen. Dit zal ongeveer 30-45 min van uw tijd in beslag nemen.

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.

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

Toestemming en weigering

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

Voordelen

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

Kosten

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

Aan dit onderzoek is geen enkel risico verbonden.

Er wordt geen vergoeding of beloning voorzien voor de deelnemers.

Verwerking van persoonsgegevens

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

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

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

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Ellen Van Leeuwen (UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks

toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens:Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

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

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

Verzekering

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

Contact

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

Naam: Ellen Van Leeuwen

Contact: ellen.vanleeuwen@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: ☐

- Deelnemen aan een interview

UNIVERSITEIT GENT

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

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

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

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