UNIVERSITEIT GENT

BARRIERES EN FACILITATOREN BIJ HET STOPPEN VAN LANGDURIG ANTIDEPRESSIVAGEBRUIK BIJ PATIENTEN VAN 65 JAAR EN OUDER

Michiel Bos, Universiteit Gent

Rayna Mevi, Universiteit Gent

Lukas Vandenberghe, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Ellen Van Leeuwen

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(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Abstract

Het gebruik van antidepressiva is de afgelopen decennia toegenomen, voornamelijk door een verlenging van de behandelduur eerder dan een stijging van het aantal nieuwe gebruikers. In België gebruikt ongeveer 12–13% van de bevolking antidepressiva, waarbij een substantieel aandeel deze medicatie langdurig inneemt. Nochtans suggereert de literatuur dat 30–50% van de langdurige gebruikers geen duidelijke evidence-based indicatie meer heeft voor voortzetting van de behandeling. Dit is vooral relevant bij patiënten van 65 jaar en ouder, gezien hun verhoogde kwetsbaarheid voor bijwerkingen, polyfarmacie en een complexere diagnostiek van depressieve klachten.

Deze masterproef heeft als doel de barrières en faciliterende factoren bij het stoppen van langdurig antidepressivagebruik bij oudere patiënten in kaart te brengen. Hiervoor werd een gecombineerde methodologie gehanteerd, bestaande uit een systematische literatuurstudie en een kwantitatief onderzoek via een vragenlijst. De literatuurstudie bouwt voort op de systematische review van Maund et al. (2019) en omvat een update met studies gepubliceerd tussen 2018 en 2025. De geïdentificeerde determinanten werden geanalyseerd binnen negen thematische domeinen. In het kwantitatieve luik werd een vragenlijst ingevuld door 157 patiënten met langdurig antidepressivagebruik, waarvan 59 patiënten 65 jaar of ouder waren.

Uit de literatuurstudie blijkt dat het stoppen van antidepressiva een complex proces is dat beïnvloed wordt door factoren op patiënt-, arts- en omgevingsniveau. De oorspronkelijke thema's en determinanten van Maund et al. bleven grotendeels relevant, maar konden worden aangevuld met onder meer het moeilijk onderscheiden van onttrekkingsverschijnselen en herval, het belang van vertrouwen in de huisarts, duidelijke communicatie bij het initiële voorschrift, steun of gebrek aan steun vanuit de omgeving, ervaringen van anderen met stoppen, de normalisering van langdurig gebruik en het onvermogen om met externe stressoren om te gaan zonder antidepressiva.

Het kwantitatieve onderzoek toont dat psychologische factoren een centrale rol spelen in het voortzetten van antidepressivagebruik. Vooral gevoelens van afhankelijkheid, angst voor herval en onzekerheid over het afbouwproces vormen belangrijke barrières. Daarnaast draagt een positieve perceptie van antidepressiva bij tot verder gebruik: veel patiënten ervaren voordelen, weinig nadelen en weinig bijwerkingen. Ook het behoud van stabiliteit, dagelijks functioneren en sociale rollen blijkt voor veel patiënten belangrijker dan het streven naar volledige stopzetting. In deze studie werd geen duidelijke facilitator voor het afbouwen van antidepressiva gevonden.

Deze studie benadrukt dat het stoppen van antidepressiva een complex en multidimensioneel proces is, waarbij zowel patiëntgebonden, artsgebonden als contextuele factoren een rol spelen. Een gestructureerde, gepersonaliseerde aanpak met voldoende begeleiding en gedeelde besluitvorming is essentieel om veilige en succesvolle afbouwtrajecten te realiseren. De bevindingen van deze studie kunnen bijdragen aan het optimaliseren van deprescribingstrategieën in de eerstelijnszorg en het bevorderen van rationeel antidepressivagebruik, in het bijzonder bij oudere patiënten.

Dankwoord

Wij willen graag onze oprechte dank betuigen aan iedereen die heeft bijgedragen aan het tot stand komen van deze masterproef.

In het bijzonder wensen wij onze promotor, Dr. Ellen Van Leeuwen, te bedanken voor haar begeleiding, kritische tussentijdse feedback en betrokkenheid gedurende het volledige proces. Haar inzichten en ondersteuning waren een grote meerwaarde.

Daarnaast willen wij ook elkaar bedanken voor de constructieve samenwerking, het wederzijds engagement en de motivatie om onze laatste thesis tot een goed einde te brengen.

Tot slot gaat onze dank uit naar alle personen die de tijd hebben genomen om deze masterproef na te lezen en waardevolle opmerkingen te formuleren. Hun feedback heeft bijgedragen aan de verdere verfijning en verduidelijking van dit werk.

INHOUDSOPGAVE

1 Inleiding 1

1.1 Depressieve stoornis en diagnosestelling 1

1.2 Behandelmogelijkheden 2

1.3 Behandelduur 3

1.4 Probleemstelling: chronische (en soms onnodige) inname 3

1.4.1 Bijwerkingen 4

1.4.2 Kosten 5

1.4.3 Risico-batenafweging bij oudere personen 5

1.5 Afbouw antidepressiva 6

1.5.1 Aanpak 6

1.5.2 Moeilijkheden bij afbouwen van antidepressiva 7

1.6 Barrières en faciliterende factoren bij patiënten volgens Maund et al. 10

2 Studiedoel 12

3 Methode 13

3.1 Literatuurstudie 13

3.1.1 Studieopzet en gegevensverzameling 13

3.1.2 Zoekstrategie 14

3.1.3 Flowchart met inclusie- en exclusiecriteria 17

3.2 Kwantitatief onderzoek 19

3.2.1 Studieopzet 19

3.2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst 19

3.2.3 Studiepopulatie en rekrutering 21

3.2.4 Data-analyse 22

3.2.5 Gegevensrapportering 22

3.3 Gebruik van AI-ondersteuning 23

4 Resultaten 24

4.1 Literatuurstudie 24

4.1.1 Psychologische en fysieke mogelijkheden 28

4.1.2 Perceptie van antidepressiva 28

4.1.3 Angsten 28

4.1.4 Intrinsieke motivatie en doelen 29

4.1.5 De arts als navigator voor het verdere beleid van antidepressiva 29

4.1.6 Gepercipieerde oorzaak van de depressie 30

4.1.7 Informatieaspecten ter ondersteuning van besluitvorming 30

4.1.8 Naaste omgeving: een hulp of een hindernis 30

4.1.9 Steun van andere gezondheidsbeoefenaars 31

4.2 Kwantitatief onderzoek 32

4.2.1 Kenmerken van de studiepopulatie 32

4.2.2 Barrières 36

4.2.3 Facilitatoren 39

5 Discussie 43

5.1 Samenvatting van de resultaten 43

5.1.1 Kenmerken van de studiepopulatie 43

5.1.2 Barrières 44

5.1.3 Facilitatoren 44

5.2 Sterktes van de studie *44*

5.3 Beperkingen van de studie *45*

5.4 Implicaties voor de klinische praktijk *46*

5.5 Toekomstig onderzoek *47*

6 Conclusie 48

7 Bijlagen 50

8 Referentielijst 67

1 Inleiding

1.1 Depressieve stoornis en diagnosestelling

Depressie is een van de belangrijkste ziektebeelden binnen de volksgezondheid in vele landen (1,2). Uit studies blijkt dat de life-time prevalentie van depressie 13% tot 16% bedraagt over de gehele wereldbevolking en 9,2% in België (2). Daarenboven is het een van de meest voorkomende problemen in de hoge inkomstlanden, meer bepaald in de eerste lijn, waar deze aandoening in zijn milde tot matige vorm het vaakst gediagnosticeerd en behandeld wordt (3,4).

De diagnose van een depressie wordt gesteld volgens de DSM-criteria. Volgens deze criteria is er sprake van een depressie wanneer er gedurende meer dan twee aaneengesloten weken ten minste vijf symptomen aanwezig zijn, waarvan minimaal één een kernsymptoom betreft: een sombere stemming of een duidelijk verlies van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten. Overige symptomen zijn veranderingen in gewicht of eetlust, slaapproblemen, psychomotorische agitatie of remming, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid of buitensporige schuld, concentratieproblemen en terugkerende doods- of suïcidegedachten.

De ernst wordt bepaald op basis van het aantal criteriumsymptomen, de ernst (intensiteit) van die symptomen en de mate van functionele beperking.

- Mild: er zijn weinig of geen symptomen aanwezig boven op het minimum dat vereist is om de diagnose te stellen. De intensiteit van de symptomen is belastend maar hanteerbaar, en de symptomen veroorzaken slechts een beperkte beperking in sociaal of beroepsmatig functioneren.
- Matig: het aantal symptomen, de intensiteit van de symptomen en/of de functionele beperking bevindt zich tussen wat beschreven wordt voor “licht” en “ernstig”.
- Ernstig: het aantal symptomen ligt duidelijk boven het minimum dat vereist is om de diagnose te stellen. De intensiteit van de symptomen is ernstig belastend en moeilijk hanteerbaar, en de symptomen interfereren uitgesproken met het sociaal en beroepsmatig functioneren.

Wanneer depressieve klachten gedurende minstens twee jaar het grootste deel van de dag aanwezig zijn en naast de sombere stemming nog minstens twee andere DSM-symptomen optreden, spreekt men van een persisterende depressieve stoornis (5).

1.2 Behandelmogelijkheden

De behandeling van depressie wordt in zowel de Belgische als de Nederlandse richtlijnen opgebouwd volgens een stepped-care model, waarbij de ernst van de klachten het behandeltraject bepaalt. Het is belangrijk om bij elke patiënt de lijdensdruk, het dagelijks functioneren en het suïciderisico goed in te schatten, en om een psychotische depressie of een bipolaire stoornis uit te sluiten (6,7,8).

Bij milde depressieve klachten ligt de nadruk op niet-medicamenteuze interventies. Zowel de Belgische richtlijn (Domus Medica, BCFI) als het Nederlandse NHG adviseren in deze fase psycho-educatie, dagstructurering, activering en kortdurende psychologische begeleiding. Leefstijladviezen en motivatie van de patiënt spelen een centrale rol in het herstelproces. Omdat de kosten-batenverhouding van antidepressiva bij milde depressie ongunstig is, wordt aangeraden om deze niet routinematig voor te schrijven (6,7,8).

Wanneer de depressie matig tot ernstig is, verschuift de behandeling naar intensievere vormen van therapie. Psychotherapie, zoals cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie, wordt sterk aanbevolen, vaak in combinatie met medicamenteuze behandeling. Zowel in België als Nederland gelden SSRI's als eerstekeuzemiddelen. Er is geen overtuigend bewijs dat andere klassen van antidepressiva, zoals TCA's, SNRI's of bupropion, klinisch betere resultaten opleveren. De keuze van het middel hangt vooral af van comorbiditeit, eerdere behandelingen, bijwerkingen, interacties, kostprijs en de voorkeur van de patiënt. TCA's vragen bijzondere voorzichtigheid, aangezien ze bij overdosering potentieel fataal kunnen zijn (6,7,8).

Bij ernstige depressie of een verhoogd suïciderisico is een gecombineerde behandeling met medicatie en psychotherapie de standaard. In uitzonderlijke situaties kunnen benzodiazepines tijdelijk worden gebruikt om acute klachten te verlichten, maar het risico op afhankelijkheid en bijwerkingen beperkt hun inzet sterk (6,7,8).

Verbetering kan soms al binnen twee weken merkbaar zijn, maar het volledige effect van antidepressiva wordt vaak pas na vijf tot acht weken duidelijk. Een goede respons na twee weken voorspelt meestal een gunstig verloop. Zowel het NHG als Domus Medica benadrukken het belang van nauwgezette opvolging, vooral in de beginfase van de behandeling. Jongvolwassenen worden bij voorkeur wekelijks geëvalueerd,

en bij alle patiënten wordt het beloop systematisch opgevolgd (6,8). Meerdere studies stellen dat gedeelde besluitvorming en regelmatige opvolging hierbij centrale principes vormen (9,10,11).

1.3 Behandelduur

Volgens het BCFI en de richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica wordt aanbevolen om, bij een gunstige respons op een antidepressivum, de behandeling minstens zes maanden voort te zetten na herstel om het risico op herval te beperken. Bij patiënten met een verhoogd recidiefrisico, zoals bij terugkerende depressieve episodes, kan een langere behandelduur aangewezen zijn, bijvoorbeeld tot twee jaar (6,7). Daarnaast benadrukt het BCFI dat langdurig gebruik jaarlijks geëvalueerd moet worden in overleg met de patiënt, waarbij baten en risico's van verdere voortzetting expliciet worden afgewogen (7).

De NHG-Standaard over depressie adviseert eveneens om antidepressiva na herstel doorgaans zes maanden voort te zetten bij een eerste episode en één jaar of langer bij recidiverende depressies. Bij gebruik langer dan één jaar wordt een jaarlijkse herbeoordeling van nut en noodzaak aanbevolen (8).

Hoewel richtlijnen in detail verschillen, bestaat er consensus dat antidepressiva na een adequate eerste respons gedurende 6 tot 12 maanden moeten worden voortgezet. Bij patiënten met recidiverende depressie, doorgaans gedefinieerd als twee of meer episodes, kan langdurige of zelfs levenslange onderhoudsbehandeling, farmacologisch en/of psychotherapeutisch, overwogen worden. Ook bij aanwezigheid van bijkomende risicofactoren voor terugval kan onderhoudstherapie aangewezen zijn (6,7,8).

1.4 Probleemstelling: chronische (en soms onnodige) inname

Sinds de introductie van de SSRI's eind jaren tachtig is het aantal antidepressivavoorschriften aanzienlijk toegenomen (12). De belangrijkste indicaties voor het gebruik van antidepressiva zijn depressieve stoornis, angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen, posttraumatische stressstoornis en chronische pijn. Cijfers van het RIZIV bevestigen dat huisartsen de belangrijkste voorschrijvers zijn: in 2022 waren zij verantwoordelijk voor 73% van de voorschriften (13).

Belangrijk is dat de toename in gebruik hoofdzakelijk wordt verklaard door langduriger inname bij bestaande patiënten, en minder door een stijging van het aantal personen dat start met een

antidepressivum (4,11,14,15). Hoewel de prevalentie van depressieve stoornissen is toegenomen, onder meer door betere herkenning en diagnostiek, verklaart dit slechts een beperkt deel van de globale stijging in voorschriften (16).

Volgens gegevens nam in 2022 in België 12% van de bevolking een antidepressivum waarvan 30% langer dan een jaar (11). Hoewel voor een deel van de patiënten langdurige behandeling klinisch geïndiceerd is, bijvoorbeeld bij recidiverende depressieve episodes of persisterende klachten, tonen cijfers uit 2009 aan dat naar schatting 30-50% van de langdurige gebruikers geen duidelijke actuele indicatie meer heeft voor voortzetting van de behandeling (4,12,14,17).

1.4.1 Bijwerkingen

Langdurige inname van antidepressiva wordt geassocieerd met een breed spectrum aan ongewenste effecten, waaronder slaapproblemen (met slaperigheid overdag), gewichtstoename, seksuele disfunctie, mucosale bloedingen (bijvoorbeeld gastro-intestinaal), xerostomie, hyperhidrose, hyponatriëmie, valincidenten, osteoporose en fracturen, alsook een verhoogd risico op diabetes mellitus. Daarnaast worden emotionele afvlakking, verminderde ervaren autonomie over het eigen emotioneel functioneren en een vorm van afhankelijkheid, die ook na langdurig gebruik kan persisteren, beschreven (10,11,12,17).

Bij oudere patiënten (cfr infra) is het risico op deze bijwerkingen verhoogd ten gevolge van leeftijdsgebonden veranderingen in farmacokinetiek en farmacodynamiek, zoals verminderde renale klaring, gewijzigde distributievolumes en verhoogde gevoeligheid voor centrale en cardiovasculaire effecten. Dit verhoogt onder meer het risico op hyponatriëmie, orthostatische hypotensie en valincidenten, met belangrijke morbiditeit tot gevolg (18).

Kwalitatief onderzoek suggereert bovendien dat de potentieel schadelijke bijwerkingen van antidepressiva bij sommige huisartsen onvoldoende gekend zijn, mede doordat deze medicatie vaak wordt beschouwd als relatief veilig en effectief. Daarnaast speelt therapeutische inertie een rol: artsen vrezen dat het stopzetten of afbouwen van antidepressiva een stabiele klinische situatie kan destabiliseren (10). Patiënten zelf blijken doorgaans weinig bezorgd over mogelijke bijwerkingen, wat het gezamenlijke besluitvormingsproces rond herevaluatie en afbouw bijkomend kan bemoeilijken (11).

1.4.2 Kosten

Langdurig gebruik van antidepressiva brengt aanzienlijke kosten met zich mee, zowel voor de individuele patiënt in de vorm van remgeld en de prijs van de medicatie als voor de maatschappij als geheel (14). Volgens gegevens van het RIZIV bedroegen de totale uitgaven aan antidepressiva in 2022 meer dan €84 miljoen, waarvan huisartsen verantwoordelijk waren voor ongeveer €61 miljoen aan voorschriften (13). Anderzijds is het belangrijk deze kosten in een bredere context te plaatsen. Onbehandelde depressie gaat eveneens gepaard met aanzienlijke maatschappelijke en economische lasten, onder meer door verminderde arbeidsparticipatie, ziekteverzuim en een verhoogd gebruik van gezondheidszorg. Daarnaast kunnen ook niet-medicamenteuze behandelingen, zoals psychologische begeleiding of psychotherapie, gepaard gaan met substantiële kosten voor zowel patiënt als gezondheidszorgsysteem. Vanuit dit perspectief kan farmacologische behandeling in bepaalde gevallen ook bijdragen aan het beperken van de totale maatschappelijke kosten van depressie.

1.4.3 Risico-batenafweging bij oudere personen

Volgens het Formularium Ouderenzorg is het essentieel om bij ouderen vóór het opstarten van een antidepressivum eerst een somatische oorzaak van de klachten uit te sluiten. In het bijzonder moet een evaluatie van de cognitieve functie gebeuren, aangezien cognitieve stoornissen (zoals beginnende dementie) zich kunnen presenteren met apathie, somberheid of initiatiefverlies, en zo een depressief beeld kunnen nabootsen. Daarnaast is een grondige medicatiereview noodzakelijk, gezien verschillende geneesmiddelen depressieve symptomen kunnen uitlokken of verergeren, waaronder centraal werkende bètablokkers, benzodiazepines en systemische corticosteroïden. Polyfarmacie verhoogt bovendien het risico op interacties en cumulatieve bijwerkingen (19).

Een artikel van Mallery et al., waarop het BCFI zich baseert, toont aan dat SSRI's en SNRI's bij patiënten ouder dan 65 jaar geen statistisch significant effect hadden bij matige tot ernstige depressie. Daarentegen werd in de behandelde groep ongeveer dubbel zoveel melding gemaakt van ongewenste effecten zoals moeheid, nausea, duizeligheid en constipatie in vergelijking met placebo. Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere resultaten van Tedeschini et al. (2011), waarin ook TCA's werden geëvalueerd en waarbij eveneens geen overtuigend klinisch voordeel bij ouderen werd aangetoond (19).

Daarnaast verdient het zogenaamde depressie-frailty syndroom bijzondere aandacht. Symptomen zoals verminderde energie, gewichtsverlies en afgenomen activiteit kunnen zowel passen bij een depressieve stoornis als bij kwetsbaarheid (frailty). Deze klinische overlap verhoogt het risico op overdiagnose van depressie bij ouderen en kan leiden tot onnodige opstart van antidepressiva, met bijbehorend risico op bijwerkingen (19).

Gelet op de beperkte aangetoonde effectiviteit bij 65-plussers en het verhoogde risico op ongewenste effecten, benadrukt het Formularium Ouderenzorg het belang van een individuele risico-batenanalyse alvorens een antidepressivum te overwegen. Hierbij dienen ernst van de klachten, functionele impact, comorbiditeit, frailty, polyfarmacie, valrisico en patiëntvoorkeur expliciet te worden meegenomen in een gedeeld besluitvormingsproces. Niet-medicamenteuze interventies verdienen bij ouderen vaak de voorkeur als eerste stap, tenzij er sprake is van een ernstige of therapieresistente depressie (19).

1.5 Afbouw antidepressiva

Deprescribing vormt een essentieel instrument om medicatie, en in deze context specifiek antidepressiva, kritisch te herevalueren en waar mogelijk veilig af te bouwen of te stoppen. De implementatie in de praktijk blijft echter uitdagend.

1.5.1 Aanpak

Het afbouwen van antidepressiva dient te worden overwogen na minimaal zes maanden volledige symptoomremissie. Afbouwen is een gepland en begeleid proces van dosisreductie of stopzetting van medicatie die mogelijk geen klinisch voordeel meer oplevert of waarbij de risico-batenverhouding ongunstig wordt (4).

Kwalitatief onderzoek toont aan dat zorgverleners behoefte hebben aan meer ondersteuning en praktische handvatten bij het afbouwen of stopzetten van antidepressiva (10,12,16). Ook patiënten rapporteren onvoldoende informatie en begeleiding tijdens het afbouwproces, met name met betrekking tot mogelijke onttrekkingsverschijnselen en nevenwerkingen (20). Patiënten blijken vooral bereid tot afbouw wanneer dit gestructureerd verloopt, met duidelijke informatie en adequate ondersteuning (17).

Om dit proces te faciliteren publiceerde het BCFI praktische richtlijnen en afbouwschema's. Traditioneel worden vaak lineaire schema's voorgesteld met een afbouwduur van twee tot vier weken, waarbij de dosis in vaste stappen wordt verlaagd (7). Zo worden SSRI's bij voorkeur afgebouwd via vierwekelijkse dosisverlagingen (tenzij er risicofactoren voor onttrekkingsverschijnselen aanwezig zijn), terwijl TCA's doorgaans tweewekelijks kunnen worden verlaagd.

Echter, gezien het feit dat veel patiënten pas enkele weken na stopzetting onttrekkingsverschijnselen ontwikkelen, en rekening houdend met de niet-lineaire relatie tussen SSRI-dosis en bezetting van serotonine-transporters in het centrale zenuwstelsel, is een hyperbolisch afbouwschema farmacodynamisch rationeler dan een lineair schema (7,20). In een hyperbolisch schema wordt de totale afbouwperiode verlengd en worden de dosisreducties progressief kleiner, vooral in de laatste fase van het traject, waardoor abrupte veranderingen in serotonerge transmissie worden vermeden (7,20).

1.5.2 Moeilijkheden bij afbouwen van antidepressiva

1.5.2.1 Onttrekkingsverschijnselen

Ongeveer 50% van de patiënten ontwikkelt bij het afbouwen of stoppen van antidepressiva onttrekkingsverschijnselen, die in sommige gevallen weken tot maanden kunnen aanhouden. (20) Volgens het BCFI bestaan er echter aanzienlijke interindividuele verschillen: waar sommige patiënten probleemloos kunnen afbouwen, ervaren anderen uitgesproken en persisterende klachten, wat het traject aanzienlijk kan bemoeilijken (7).

Het is vaak niet evident om onttrekkingssymptomen te onderscheiden van herval (21). Het BCFI beschrijft drie onderscheidende criteria. Ten eerste is er de snelheid van optreden: onttrekkingssymptomen manifesteren zich doorgaans binnen enkele dagen na dosisverlaging of stopzetting, terwijl een herval meestal pas na twee tot drie weken optreedt. Ten tweede verschilt de respons op herstart van het antidepressivum: onttrekkingsklachten verdwijnen vaak snel, meestal binnen 24 uur na heropstart, terwijl een herval trager reageert. Ten derde is er een verschil in symptoomprofiel: onttrekkingsverschijnselen omvatten typische somatische klachten zoals duizeligheid, nausea en schokachtige sensaties ("electric shocks"), terwijl herval zich primair uit in affectieve en cognitieve depressieve symptomen (7).

Opmerkelijk is dat minder dan 2% van de patiënten zich herinnert vooraf geïnformeerd te zijn over mogelijke onttrekkingsverschijnselen. Gebrekkige psycho-educatie lijkt samen te hangen met een subjectief ernstigere beleving van de symptomen. Daarnaast speelt mogelijk een nocebo-effect een rol: negatieve verwachtingen over het afbouwen kunnen de symptoomperceptie en -intensiteit versterken (21).

De kans op onttrekkingsverschijnselen is mede afhankelijk van de farmacokinetische eigenschappen van het antidepressivum. SSRI's met een korte halfwaardetijd geven frequenter en vaak ernstigere onttrekkingsklachten. Fluoxetine, dat een zeer lange halfwaardetijd heeft, veroorzaakt doorgaans minder en mildere symptomen (21).

Ten slotte blijkt dat patiënten die bij opstart van een antidepressivum meer bijwerkingen ervoeren, tijdens de afbouwfase ook vaker en ernstiger onttrekkingssymptomen rapporteren. Deze groep kan gebaat zijn bij een voorzichtiger, meer geleidelijk afbouwschema en een intensievere klinische opvolging (21).

1.5.2.2 Uitdagingen vanuit het artsenperspectief

Kwalitatief onderzoek en interviews met Belgische huisartsen tonen aan dat het initiëren en begeleiden van antidepressiva-afbouw vaak als complex en belastend wordt ervaren. Een centrale barrière is de vrees voor herval. Veel huisartsen gaan impliciet uit van de veronderstelling dat langdurige behandeling zowel effectief als veilig is, waardoor de risico-batenafweging in het voordeel van verderzetten uitvalt. Daarnaast blijft bij sommige artsen het idee bestaan dat depressie primair het gevolg is van een "tekort" aan neurotransmitters, wat het stopzetten van medicatie conceptueel bemoeilijkt (16).

Praktische drempels spelen eveneens een rol. Afbouw vergt tijd, intensieve opvolging en gedeelde besluitvorming, wat in een drukke huisartsenpraktijk als energie- en tijdsintensief wordt ervaren. Sommige artsen beschouwen het als de verantwoordelijkheid van de patiënt om het onderwerp ter sprake te brengen. Wanneer het antidepressivum oorspronkelijk door een andere zorgverlener werd opgestart (bv. psychiater), kan dit bovendien leiden tot terughoudendheid om het beleid te wijzigen. Een gebrek aan vertrouwen in de eigen expertise rond deprescribing en het ervaren tekort aan concrete ondersteuning of duidelijke richtlijnen versterken deze drempels (16).

Ook de context rond de patiënt beïnvloedt het proces. Familieleden en andere zorgprofessionals kunnen sceptisch staan tegenover afbouw, uit bezorgdheid voor herval of destabilisatie. Deze sociale omgeving kan echter evengoed een faciliterende rol spelen wanneer zij positief staan tegenover een zorgvuldig begeleide afbouw (16).

Succesfactoren voor succesvolle deprescribing omvatten een actieve en doelgerichte inzet van de zorgverlener, bij voorkeur ingebed in een multidisciplinair samenwerkingsmodel. Een sterke en continuïteitsgerichte arts-patiëntrelatie vormt hierbij een essentiële voorwaarde, evenals gerichte vorming rond deprescribing, het systematisch identificeren van potentieel overbodige medicatie en het uitvoeren van periodieke, gestructureerde medicatienazichten. Dergelijke structurele aanpak verhoogt de kans op een veilig en gedragen afbouwtraject (22).

Tegelijkertijd zijn er aanzienlijke barrières. Tijdgebrek en beperkte organisatorische ruimte binnen de eerstelijnszorg bemoeilijken intensieve opvolging. Onvoldoende engagement of terughoudendheid van de zorgverlener, zorgovergangen (zoals bij nieuwe patiënten), tevredenheid van de patiënt met het bestaande medicatieschema en weerstand van andere betrokken zorgprofessionals kunnen het proces verhinderen of drempels vormen. Daarnaast kunnen aanpassingen in andere medicatie, bijvoorbeeld naar aanleiding van hypotensie, gewijzigde glycemiewaarden of een verminderde nierfunctie, enerzijds een bijkomende drempel vormen, maar anderzijds ook een opportuniteit creëren om het volledige medicatieschema kritisch te herevalueren en te optimaliseren (22).

Specifiek voor antidepressiva-afbouw blijken bijkomende faciliterende factoren te zijn: een huisarts die expliciet verantwoordelijkheid opneemt voor het deprescribingproces, het antidepressivum zelf heeft opgestart, de patiënt goed kent binnen een langdurige therapeutische relatie, en een patiënt die gemotiveerd is of zelf het initiatief tot afbouw neemt. Niettemin tonen studies aan dat deze faciliterende elementen in de praktijk vaak onvoldoende gewicht hebben om de ervaren structurele en cognitieve barrières volledig te overwinnen (16).

1.5.2.3 Oudere personen

In België gebruikt ongeveer 40% van de bewoners in woonzorgcentra een antidepressivum, een prevalentie die duidelijk hoger ligt dan bij thuiswonende ouderen en vergelijkbaar is met cijfers in andere Europese landen. Huisartsen zijn bij deze populatie vaak terughoudend om antidepressiva stop te zetten

na de aanbevolen behandelduur (meestal 6-12 maanden na remissie), uit vrees de bestaande, vaak fragiele, klinische stabiliteit te verstoren (16,18).

Hierbij spelen woonzorgcentra en familieleden een belangrijke rol. Woonzorgcentra kunnen zowel een barrière vormen (bijvoorbeeld door bezorgdheid over gedragsveranderingen) als een faciliterende factor wanneer zij het deprescribingproces ondersteunen (16,18). Correct uitgevoerde deprescribing kan leiden tot minder medicatiegerelateerde bijwerkingen, lagere kosten en mogelijk een verbetering van de levenskwaliteit (22).

Polyfarmacie is een uitgesproken probleem binnen de oudere populatie, mede door verhoogde gevoeligheid voor bijwerkingen, farmacokinetische veranderingen en een grotere kwetsbaarheid. Het primaire doel is het reduceren van polyfarmacie, in deze context specifiek antidepressiva, en het beperken van potentiële ongewenste effecten, met behoud of verbetering van de levenskwaliteit (4).

1.6 Barrières en faciliterende factoren bij patiënten volgens Maund et al.

In deze masterproef wordt voortgebouwd op de systematische review van Maund et al. (2019), getiteld “Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis”. Dit artikel vormt het conceptuele en thematische uitgangspunt van onze studie. Maund et al. analyseerde 22 studies en identificeerden via thematische synthese negen overkoepelende thema’s waarin barrières en faciliterende factoren bij het stoppen met antidepressiva bij patiënten kunnen worden onderverdeeld:

1. *Psychologische en fysieke capaciteiten*
2. *Perceptie van antidepressiva*
3. *Angsten*
4. *Intrinsieke motivatoren en doelen*
5. *De rol van de arts als navigator bij voortzetting of beëindiging*
6. *Waargenomen oorzaak van depressie*
7. *Aspecten van informatie die besluitvorming ondersteunen*
8. *Betekenisvolle anderen - een hulp of een hindernis*

9. *Ondersteuning van andere zorgprofessionals*

Deze thematische indeling biedt een gestructureerd kader om de determinanten van het stopzetten van antidepressiva te begrijpen. Gezien de publicatie van Maund et al. dateert van 2019 en de literatuur rond afbouw van antidepressiva bij patiënten sindsdien verder evolueerde, probeert deze masterproef een actualisatie en uitbreiding van dit bestaande kader te bekomen. Door recente literatuur te integreren, werd nagegaan of bijkomende barrières en facilitatoren bij patiënten beschreven werden, en of bestaande thema's verdere verfijning vereisen. Op die manier betreft onze studie een systematische update van het werk van Maund et al., waarbij de oorspronkelijke thematische structuur als leidraad behouden blijft.

2 Studiedoel

In hoge-inkomenslanden is het gebruik van antidepressiva de afgelopen jaren toegenomen, voornamelijk door een verlenging van de behandelduur eerder dan door een toename van het aantal gebruikers (14,15). In België gebruikt ongeveer 13,7% van de bevolking antidepressiva, waarvan meer dan 70% langer dan een jaar (23). Nochtans heeft naar schatting 30-50% van deze langdurige gebruikers geen evidence-based indicatie om de behandeling voort te zetten (13).

Hoewel richtlijnen een beperkte behandelingsduur aanbevelen, ervaren veel patiënten moeilijkheden bij het stoppen, onder meer door angst voor herval en onttrekkingsverschijnselen, en door een gebrek aan adequate begeleiding. Tegelijk brengt langdurig gebruik risico's op bijwerkingen en verhoogde gezondheidskosten met zich mee (11,14,17).

Het doel van deze studie is om de facilitatoren en barrières bij het stoppen met langdurig antidepressivagebruik te identificeren en te analyseren. Op deze manier beoogt dit onderzoek bij te dragen aan een meer gepersonaliseerde en onderbouwde aanpak van afbouwtrajecten binnen de eerstelijnszorg.

Ondanks de groeiende aandacht voor dit onderwerp, is er nog relatief weinig onderzoek dat specifiek focust op de ervaringen en percepties van langdurige gebruikers. Het doel is via literatuuronderzoek en een eigen kwantitatief onderzoek bij langdurige antidepressiva gebruikers inzicht te verwerven in de barrières en facilitatoren die patiënten ervaren bij het stoppen met antidepressiva. Zo kan dit onderzoek bijdragen aan een meer gepersonaliseerde en ondersteunende aanpak binnen de eerstelijnszorg. Het identificeren van deze factoren is essentieel om de communicatie tussen arts en patiënt te verbeteren, onnodig langdurig gebruik te vermijden, en veilige en succesvolle afbouwtrajecten te bevorderen. Op die manier kan dit onderzoek niet alleen bijdragen aan een rationeler gebruik van psychofarmaca, maar ook aan een meer duurzame geestelijke gezondheidszorg.

3 Methode

De onderzoeksvraag van deze thesis is 'Welke barrières en facilitatoren spelen een rol bij het stoppen van langdurig antidepressivagebruik bij patiënten van 65 jaar en ouder?' De thesis bestaat enerzijds uit een literatuuronderzoek om deze barrières en facilitatoren in kaart te brengen en anderzijds uit een kwantitatieve studie aan de hand van een vragenlijst op basis van het voorafgaande literatuuronderzoek. De hiernavolgende methodiek werd dan ook op deze manier opgesplitst.

3.1 Literatuurstudie

3.1.1 Studieopzet en gegevensverzameling

Om de barrières en facilitatoren van langdurig antidepressivagebruik bij patiënten in kaart te kunnen brengen werd er gekozen om een update te maken van een vroegere systematische review van Maund et al.

De oorspronkelijke zoekstrategie van Maund et al., uitgevoerd via Medline en lopend tot juli 2018, werd als uitgangspunt genomen. In deze studie werd aanvullend gezocht naar artikels gepubliceerd vanaf juli 2018 tot en met 26 maart 2025. De kernwoorden en zoektermen uit de oorspronkelijke zoekstrategie werden geëxtrapoleerd naar meerdere databanken (PubMed, Embase, Web of Science en APA PsycNet) om een zo volledig mogelijk literatuuroverzicht te bekomen.

Nieuwe studies die barrières en/of faciliterende factoren bij het stoppen met antidepressiva beschreven, werden systematisch gescreend. De geïdentificeerde determinanten werden vervolgens inhoudelijk geanalyseerd en getoetst aan de negen thema's zoals beschreven door Maund et al. Als bevindingen aansloten bij bestaande thema's, werden zij hierin geïntegreerd ter bevestiging of verdere nuancering. Wanneer nieuwe elementen niet volledig binnen de oorspronkelijke structuur pasten, werden subthema's aangevuld of verfijnd.

Het resultaat van deze werkwijze is een geactualiseerd thematisch overzicht van barrières en facilitatoren, die als basis diende voor de ontwikkeling van een zo volledig mogelijke vragenlijst (cf. infra). Deze vragenlijst werd opgesteld om de geïdentificeerde barrières en faciliterende factoren kwantitatief verder in kaart te brengen.

3.1.2 Zoekstrategie

3.1.2.1 PubMed

26 maart 2024: Voor de zoekopdracht in PubMed werd een combinatie gebruikt van de termen “antidepressive agents”, “discontinuation” en “barriers” of “facilitators”. Aangezien antidepressiva het hoofdonderwerp is werd “antidepressive agents” gekozen als MeSH Major Topic. Synoniemen en vergelijkbare termen werden toegevoegd aan de zoekopdracht aan de hand van de zoekopdracht uitgevoerd door Maund et al. De volgende zoekopdracht (("antidepressive agents"[MeSH Major Topic]) AND (("discontinuation"[All Fields]) OR ("continuing"[All Fields]) OR ("stopping"[All Fields]))) AND (("barriers"[All Fields]) OR ("facilitators"[All Fields]) OR ("attitudes"[All Fields]) OR ("beliefs"[All Fields]) OR ("feelings"[All Fields]) OR ("perceptions"[All Fields])) leverde 48 resultaten op. Aangezien Maund et al. hun studie geüpdatet hebben tot juli 2018 werden onze resultaten gefilterd vanaf deze datum waarna er nog 10 artikels overbleven. Deze zoekopdracht werd opnieuw uitgevoerd op 4 maart 2025 waarna er nog 3 extra hits waren.

3.1.2.2 Embase

Voor de zoekopdracht van Embase werd een combinatie gebruikt van de volgende zoektermen: ‘antidepressant agent’, 'continuation', 'stopping', 'discontinuation', 'barriers', 'beliefs', 'attitudes', 'facilitators', 'feelings', 'perceptions'. Dit gaf 56 resultaten. Na het filteren op datum gaf dit uiteindelijk 27 mogelijke artikels met de volgende zoekopdracht: 'antidepressant agent'/mj AND ('continuation' OR 'stopping' OR 'discontinuation') AND ('barriers' OR 'beliefs' OR 'attitudes' OR 'facilitators' OR 'feelings' OR 'perceptions') AND (2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py).

Zoek ID#	Zoekopdracht	Hits
1	'antidepressant agent'/mj	38.128
2	'antidepressant agent'/mj AND ('continuation' OR 'stopping' OR 'discontinuation')	1295
3	'antidepressant agent'/mj AND ('continuation' OR 'stopping' OR 'discontinuation') AND ('barriers' OR 'beliefs' OR 'attitudes' OR 'facilitators')	48
4	'antidepressant agent'/mj AND ('continuation' OR 'stopping' OR 'discontinuation') AND ('barriers' OR 'beliefs' OR 'attitudes' OR 'facilitators' OR 'feelings' OR 'perceptions')	56
5	'antidepressant agent'/mj AND ('continuation' OR 'stopping' OR 'discontinuation') AND ('barriers' OR 'beliefs' OR 'attitudes' OR 'facilitators' OR 'feelings' OR	27

	'perceptions') AND (2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py)

3.1.2.3 Web Of Science

26 maart 2024: Om de geschikte literatuur te vinden via de databank Web Of Science werden combinaties van de zoektermen ‘antidepressant agents’, ‘continuation’, ‘discontinuation’, ‘stopping’, ‘barriers’, ‘beliefs’, ‘attitudes’ en ‘facilitators’ gebruikt. Er werd literatuur gezocht vanaf juli 2018, aangezien de review Maund et al (2019) alle voorgaande literatuur over dit onderwerp beslaat. ‘Antidepressant agent’ werd als topic aangeduid. Uiteindelijk werd de finale zoekopdracht (TS=(antidepressant agents)) AND (ALL=(continuation) OR ALL=(discontinuation)) AND (ALL=(barriers) OR ALL=(beliefs) AND ALL=(attitudes) OR ALL=(facilitators) OR ALL=(feelings) OR ALL=(perceptions)). Dit leverde 3 potentiële artikels op. Na toepassen van de inclusie- en exclusiecriteria bleven nog 2 artikels over die geïncludeerd werden.

Op 4 maart 2025 werd deze zoekopdracht opnieuw uitgevoerd met dezelfde uitkomst.

Zoek ID#	Zoekopdracht	Hits
1	((TS=(antidepressant agent)) AND ALL=(continuation)) OR ALL=(discontinuation):	24539
2	TS=(antidepressant agents) AND (ALL=(discontinuation) OR ALL=(discontinuation) OR ALL=(stopping))	76
3	TS=(antidepressant agents) AND (ALL=(discontinuation) OR ALL=(stopping)) AND ((ALL=(barriers)) OR ALL=(beliefs) OR ALL=(attitudes) OR ALL=(facilitators))	5
4	(TS=(antidepressant agents)) AND (ALL=(continuation) OR ALL=(discontinuation)) AND (ALL=(barriers) OR ALL=(beliefs) OR ALL=(attitudes) OR ALL=(facilitators) OR ALL=(feelings) OR ALL=(perceptions))	5
5	(TS=(antidepressant agents)) AND (ALL=(continuation) OR ALL=(discontinuation)) AND (ALL=(barriers) OR ALL=(beliefs) AND ALL=(attitudes) OR ALL=(facilitators) OR ALL=(feelings) OR ALL=(perceptions))	3

3.1.2.4 APA psynet

Er werd gefilterd op jaartal, van 2019 tot 2024 (geen filtering op maand mogelijk). In onderstaande tabel worden de Search Query's weergegeven met verdere selectie op relevante zoektermen gerelateerd aan de onderzoeksvraag. In totaal werden 14 artikels bekomen. Echter kon er na verdere selectie op titel en abstract 0 artikels weerhouden worden.

Zoek ID#	Zoekopdracht	Hits
1	Any Field: antidepressant agents	4
2	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: discontinuation	0
3	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: stopping	0
4	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: continuing	0
5	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: barriers	0
6	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: beliefs	1
7	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: attitudes	0
8	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: facilitators	0
9	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: feelings	0
10	Any Field: antidepressive agents AND Any Field: perception	0
11	Any Field: antidepressant	51
12	Any Field: antidepressant AND Any Field: discontinuation	1
13	Any Field: antidepressant AND Any Field: stopping	0
14	Any Field: antidepressant AND Any Field: continuing	0
15	Any Field: antidepressant AND Any Field: barriers	2
16	Any Field: antidepressant AND Any Field: beliefs	3
17	Any Field: antidepressant AND Any Field: attitudes	2
18	Any Field: antidepressant AND Any Field: facilitators	0
19	Any Field: antidepressant AND Any Field: feelings	3
20	Any Field: antidepressant AND Any Field: perception	2

3.1.2.5 Medline

In de databank Medline werd de oorspronkelijke en exacte zoekstrategie van Maund et al. overgenomen. Aangezien in deze review de literatuurzoektocht liep tot juli 2018, werd in deze studie aanvullend gezocht naar publicaties verschenen na juli 2018 tot en met 26 maart 2025. De volledige zoekstrategie, inclusief de gebruikte zoektermen en het aantal hits per zoekterm, is opgenomen in Appendix A.

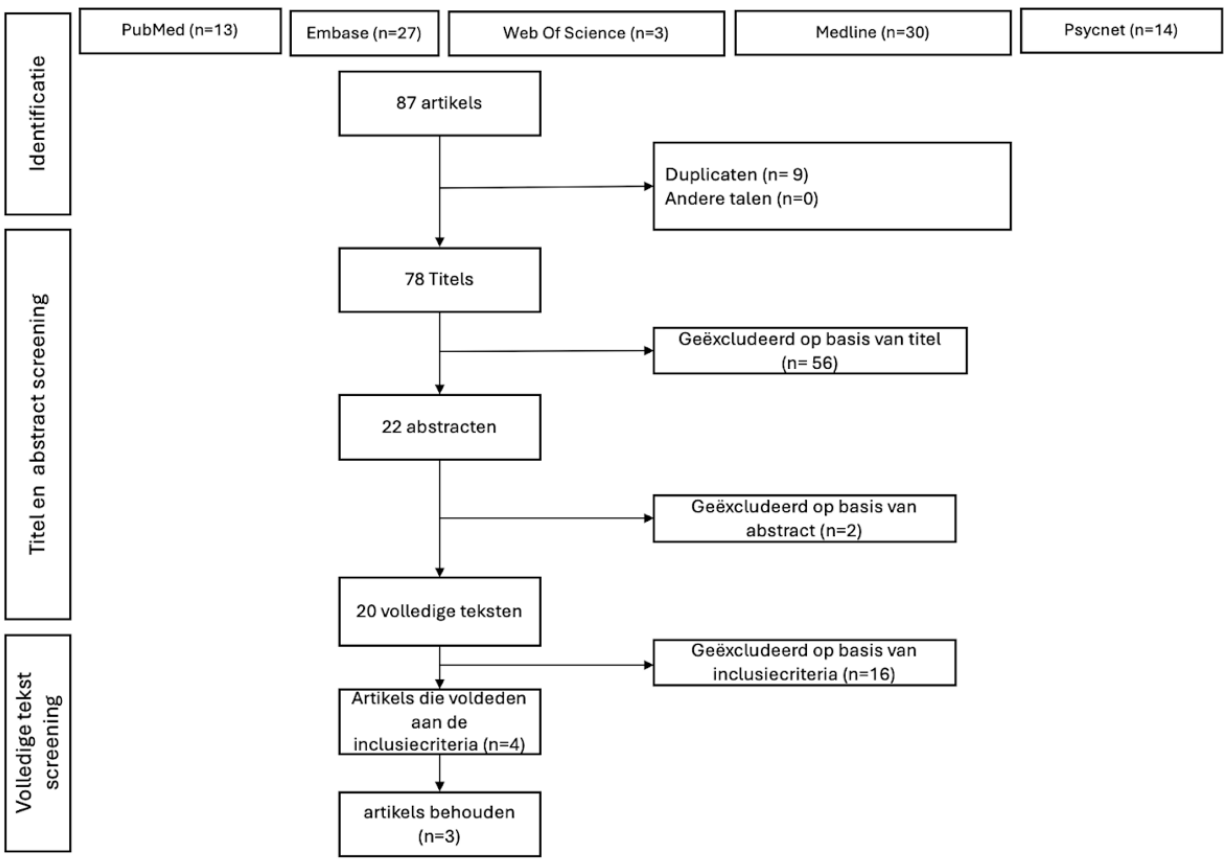
3.1.3 Flowchart met inclusie- en exclusiecriteria

In de update van de zoekstrategie van Maund et al. werden in totaal 87 artikels geïdentificeerd. (Zie flowchart) Na het verwijderen van 9 duplicaten bleven 78 artikels over. Op basis van de titel werden 56 artikels geëxcludeerd. Na screening van de abstracts werden nog 20 artikels weerhouden. Vervolgens werden, op basis van de in- en exclusiecriteria (zie tabel) en na het lezen van de volledige teksten, uiteindelijk 3 artikels geïncludeerd.

Artikels in het Nederlands en Engels werden geïncludeerd. De focus lag op semi-gestructureerde interviews en kwantitatieve studies, terwijl casereports werden geëxcludeerd. Daarnaast werden enkel studies geselecteerd die zich toespitsen op het patiëntenperspectief. Verder werden artikels geëxcludeerd als de patiëntenpopulatie jonger was dan 18 jaar of indien de behandelduur minder dan één jaar bedroeg.

	Inclusiecriteria	**Exclusiecriteria**
Taal	Engels, Nederlands	Andere
Studieopzet	Semi-gestructureerde interview, kwantitatieve studies	Casereports
Duur gebruik	Langdurig gebruik antidepressiva (>1 jaar)	Duur <1 jaar
Leeftijd	>18 jaar	<18 jaar
Perspectief	Perspectief van de patiënt	Perspectief vanuit de zorgverlener
Zoektermen	continuing, discontinuing, stopping, beliefs, attitudes, feelings, perceptions,..	

Tabel 1 Inclusie- en exclusiecriteria


Identificatie
Titel en abstract screening
Volledige tekst screening
PubMed (n=13)
Embase (n=27)
Web Of Science (n=3)
Medline (n=30)
Psycnet (n=14)
87 artikels
Duplicaten (n= 9)
Andere talen (n=0)
78 Titels
Geëxcludeerd op basis van titel (n= 56)
22 abstracten
Geëxcludeerd op basis van abstract (n=2)
20 volledige teksten
Geëxcludeerd op basis van inclusiecriteria (n=16)
Artikels die voldeden aan de inclusiecriteria (n=4)
artikels behouden (n=3)

3.2 Kwantitatief onderzoek

3.2.1 Studieopzet

Deze studie betreft een observationele, cross-sectionele kwantitatieve studie met een exploratief karakter. Aan de hand van een gestructureerde vragenlijst werden gegevens verzameld op één tijdstip per deelnemer, met als doel barrières en faciliterende factoren bij het afbouwen van antidepressiva bij patiënten in kaart te brengen.

De studie werd uitgevoerd in de eerstelijnszorg, meer bepaald binnen vier groepspraktijken in Oost-Vlaanderen. De dataverzameling vond plaats tussen 22 augustus 2025 en 24 februari 2026.

Er werd gebruikgemaakt van een convenience sampling strategie, waarbij deelnemers werden gerekruteerd via de deelnemende huisartsenpraktijken. De datacollectie gebeurde via een mixed-mode aanpak, bestaande uit zelf in te vullen online vragenlijsten (via e-mail en QR-code) en interviewer-geassisteerde afnames (telefonisch en face-to-face). Alle deelnemers kregen dezelfde gestandaardiseerde vragenlijst voorgelegd.

De studie heeft een voornamelijk descriptief karakter, waarbij de frequentie van gerapporteerde barrières en facilitatoren wordt beschreven. Daarnaast wordt een beperkte vergelijkende analyse uitgevoerd tussen de totale studiepopulatie en de subgroep van patiënten van 65 jaar en ouder.

Deze kwantitatieve studie maakt deel uit van een breder onderzoeksopzet en bouwt inhoudelijk voort op een systematisch literatuuronderzoek.

3.2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van de negen thema's zoals beschreven in het artikel van Maund, die betrekking hebben op barrières en facilitatoren bij het stoppen van antidepressiva. Deze thema's vormden een basis voor de verschillende determinanten die het beslissingsproces rond voortzetten of stoppen van antidepressiva beïnvloeden.

Aanvullend op dit theoretisch kader werd een literatuurstudie uitgevoerd om na te gaan of binnen deze negen thema's bijkomende relevante barrières en facilitatoren beschreven werden. Op basis hiervan

werden de bestaande thema's verder verfijnd en uitgebreid. Concreet werden extra stellingen geformuleerd binnen de bestaande thematische clusters wanneer uit de literatuur bijkomende determinanten naar voren kwamen. Op deze manier werd de vragenlijst inhoudelijk geüpdatet en versterkt, met behoud van de oorspronkelijke thematische structuur.

In een eerste deel van de vragenlijst werden demografische en klinisch-gerelateerde gegevens verzameld. Hiervoor werd gebruikgemaakt van een combinatie van gesloten meerkeuzevragen (bijvoorbeeld geslacht, duur van antidepressivagebruik, reden van gebruik, begeleiding door zorgverleners) en open vragen (zoals leeftijd en type antidepressivum). Deze combinatie liet toe om enerzijds gestandaardiseerde categoriseerbare data te verzamelen, en anderzijds ruimte te laten voor individuele variatie en nuance.

Vervolgens werd de vragenlijst opgesplitst in twee inhoudelijke delen: (1) barrières voor het stoppen met antidepressiva en (2) facilitatoren om te stoppen. De negen thema's van Maund werden vertaald naar concrete stellingen binnen elk van deze twee domeinen. In totaal omvatte de vragenlijst 23 stellingen met betrekking tot barrières en 26 stellingen met betrekking tot facilitatoren.

Alle stellingen in deze twee delen werden geëvalueerd aan de hand van een 5-punt Likert-schaal, waarbij respondenten konden aangeven in welke mate een bepaalde factor op hen van toepassing was of hoe belangrijk deze was in hun besluitvorming. De schaal liep van 1 ("helemaal niet waar/ helemaal niet belangrijk") tot 5 ("helemaal waar/ heel belangrijk"). Door gebruik te maken van Likertschalen konden subjectieve ervaringen en attitudes op een gestandaardiseerde manier gekwantificeerd worden, wat vergelijkbaarheid tussen respondenten mogelijk maakt.

Tot slot werd een open vraag toegevoegd waarin deelnemers vrij hun ervaringen, twijfels of bijkomende inzichten konden formuleren. Deze kwalitatieve component bood de mogelijkheid om aspecten te capteren die niet volledig door de vooraf gedefinieerde stellingen werden gedekt en draagt bij aan een rijkere interpretatie van de resultaten.

De uiteindelijke vragenlijst bestond uit in totaal 55 vragen en werd zo opgesteld dat deze in 10 tot 15 minuten kon worden ingevuld, om de belasting voor de deelnemers te beperken en de responsgraad te optimaliseren.

Aangezien de studie werd uitgevoerd in een tweetalige context, werd de vragenlijst opgesteld in zowel het Nederlands als het Frans. Hierbij werd gestreefd naar semantische en conceptuele equivalentie tussen

beide taalversies. De vertaling gebeurde aan de hand van een geïntegreerde module in Qualtrics en werd gecontroleerd door twee Franstalige collega-huisartsen.

De finale vragenlijst werd digitaal geprogrammeerd en beheerd via het online surveyplatform Qualtrics. De vragenlijst werd toegevoegd als bijlage: zie appendix C.

3.2.3 Studiepopulatie en rekrutering

De vragenlijst werd afgenomen bij meerderjarige patiënten (≥18 jaar) die gedurende langer dan één jaar antidepressiva gebruikten.

Potentiële deelnemers werden geïdentificeerd via het elektronisch medisch dossier (EMD) van de 5 deelnemende huisartsenpraktijken, voornamelijk via het softwaresysteem CareConnect. Via dit systeem werd een lijst gegenereerd van patiënten ouder dan 18 jaar met een langdurig (≥1 jaar) antidepressivagebruik. Deze lijst vormde de basis voor actieve rekrutering. Daarnaast werden er ook vragenlijsten afgenomen bij patiënten in het revalidatiecentrum “Revales” te Merelbeke.

Tijdens consultaties werd systematisch aandacht besteed aan de actuele medicatielijst van patiënten. Wanneer patiënten aangaven antidepressiva te gebruiken en voldeden aan de inclusiecriteria, werden zij mondeling geïnformeerd over het onderzoek en uitgenodigd om deel te nemen.

Daarnaast werden patiënten uit de via CareConnect gegenereerde lijst telefonisch en via e-mail gecontacteerd. Tijdens dit telefonisch contact werd het doel van de studie toegelicht. Indien de patiënt instemde met deelname, werd de vragenlijst onmiddellijk telefonisch afgenomen in de vorm van een gestructureerd interview. De onderzoekers registreerden de antwoorden rechtstreeks in de digitale vragenlijst.

Voor patiënten woonachtig in een woonzorgcentrum en revalidatiecentrum, werd een bezoek ter plaatse georganiseerd. In deze gevallen namen de onderzoekers de vragenlijst face-to-face samen met de patiënt af, waarbij de antwoorden door de onderzoekers in Qualtrics werden ingevoerd.

Naast deze actieve rekrutering werd ook een QR-code die rechtstreeks linkte naar de online vragenlijst uitgehangen in de wachtzaal van de deelnemende praktijken. Hierdoor konden patiënten de vragenlijst zelfstandig digitaal invullen via hun smartphone.

Door deze combinatie van actieve (telefonisch en face-to-face) en passieve (QR-code en e-mail) rekruteringsstrategieën werd getracht een zo breed mogelijke en diverse groep langdurige antidepressivagebruikers te includeren.

3.2.4 Data-analyse

Bij de data-analyse werden zowel gedeeltelijk als volledig ingevulde vragenlijsten opgenomen. De gegevens met betrekking tot drempels en facilitatoren werden geëxporteerd van Qualtrics naar Excel, waar de dataset werd opgekuist en statistisch geanalyseerd.

Voor de variabelen werden de antwoordcategorieën als volgt gegroepeerd: 'helemaal niet belangrijk' [1] en 'niet belangrijk' [2] werden samengenomen, 'neutraal' [3] werd als afzonderlijke categorie behouden, en 'belangrijk' [4] en 'heel belangrijk' [5] werden eveneens samengevoegd. Deze hergroepering werd toegepast omdat de betreffende antwoordopties inhoudelijk sterk verwant zijn.

Vervolgens werd een opsplitsing gemaakt op basis van leeftijd (≥65 jaar en <65 jaar) om mogelijke verschillen in drempels en facilitatoren tussen beide groepen te analyseren. In deze thesis wordt gefocust op de studiepopulatie van 65 jaar en ouder.

3.2.5 Gegevensrapportering

Eerst worden de kenmerken van de studiepopulatie beschreven, waaronder demografische en behandelingsgerelateerde variabelen. Vervolgens worden de barrières en faciliterende factoren bij het stoppen met antidepressiva besproken.

Alle resultaten worden systematisch weergegeven voor de totale onderzoekspopulatie en vervolgens opgesplitst naar patiënten van 65 jaar en ouder. De bevindingen worden gepresenteerd in tabellen en aangevuld met een beschrijvende synthese. Tot slot wordt een samenvattende tekst voorzien waarin de belangrijkste resultaten worden geïntegreerd.

Binnen de onderzochte populatie komen verschillende duidelijke barrières en facilitatoren naar voren bij het stoppen met antidepressiva. Een barrière of facilitator werd als relevant beschouwd indien een resultaat van meer dan of gelijk aan 60% werd bekomen. Verder worden verschillen van meer dan 10% tussen de totale bevolking en 65-plussers als relevant beschouwd.

3.3 Gebruik van AI-ondersteuning

Om het schrijfproces te ondersteunen werd gebruik gemaakt van ChatGPT (OpenAI). Door te parafraseren werd zo een taalkundige optimalisatie bekomen die de vlotheid en samenhang bevordert. De bekomen resultaten werden persoonlijk nagelezen en waar nodig aangepast alvorens integratie in deze thesis. Verder werd AI gebruikt om dataverwerking te faciliteren (bv. Opstellen tabellen). Er werden geen resultaten gegenereerd door ChatGPT.

4 Resultaten

4.1 Literatuurstudie

Drie kwalitatieve artikels werden geïncludeerd die allen een overzicht geven van de barrières en facilitatoren bij het stoppen van langdurig antidepressivagebruik bij patiënten.

Het Nederlandse kwalitatieve onderzoek van Rhona Eveleigh (2019), getiteld “Patients’ attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators”, exploreerde via semigestructureerde interviews de houding van patiënten die langdurig antidepressiva gebruikten zonder actuele medische indicatie. In dit artikel werd als bijkomende faciliterende factor het vertrouwen in de eigen huisarts duidelijk naar voren geschoven. Wanneer patiënten een sterke therapeutische relatie ervoeren en vertrouwen hadden in het klinisch oordeel van hun huisarts, bleken zij sneller bereid het advies tot stopzetting te overwegen en te aanvaarden. Daarnaast werd het belang benadrukt van duidelijke communicatie bij het initiële voorschrift. Indien reeds bij de opstart van de behandeling expliciet werd gekaderd dat antidepressiva in principe tijdelijk worden voorgeschreven en dat stopzetting op een gepast moment deel uitmaakt van het behandelplan, bleek dit de latere bereidheid tot afbouw te vergroten.

Het Belgische onderzoek van Dr. Ellen Van Leeuwen (2022), getiteld “Should I, can I, dare I? Patients’ view on stopping long-term antidepressant use”, onderzocht via semigestructureerde interviews de ervaringen van patiënten die antidepressiva langer gebruikten dan aanbevolen en zonder blijvende indicatie, na een doorgemaakte majeure depressieve stoornis. Een belangrijke bijkomende barrière die in dit onderzoek werd geïdentificeerd, is het moeilijk kunnen onderscheiden van onttrekkingssymptomen en een herval van de depressieve stoornis. Deze onzekerheid leidde ertoe dat patiënten bij het optreden van klachten tijdens een stoppoging vaak kozen voor heropstart van medicatie. Daarnaast werden meerdere sociale barrières beschreven. Het ontbreken van steun vanuit familie of vrienden bemoeilijkte het stopproces, terwijl negatieve ervaringen van mensen uit de omgeving met antidepressiva-afbouw angst en terughoudendheid versterkten. Wanneer naasten het langdurig gebruik van antidepressiva als vanzelfsprekend of chronisch noodzakelijk beschouwden, werd een stopzetting minder snel overwogen. Daarnaast kunnen belastende omstandigheden in de directe omgeving (zoals relationele stress of zorglast) het ervaren onvermogen om zonder antidepressiva met deze stressoren om te gaan versterken, waardoor

stoppen bemoeilijkt wordt. Als faciliterende factoren werden daarentegen positieve ervaringen van anderen met een succesvol afbouwproces genoemd, evenals opnieuw het vertrouwen in de eigen huisarts, dat de bereidheid tot stoppen significant beïnvloedde.

Het recente Duitse kwalitatieve onderzoek van Carine Meissner (2024), “What helps and what hinders antidepressant discontinuation?”, omvatte semigestructureerde interviews bij patiënten met een herstelde majeure depressieve stoornis en langdurig antidepressivagebruik. In dit artikel werd opnieuw het moeilijk onderscheid kunnen maken tussen onttrekkingssymptomen en herval bevestigd als een belangrijke bijkomende barrière. Ook deze studie bevestigde dat onzekerheid ertoe leidt dat patiënten bij een stoppoging het zekere voor het onzekere namen en hun antidepressivum heropstartten.

Op basis van het literatuuronderzoek werd de tabel uit Maund et al. (2019) aangevuld met nieuwe barrières en faciliterende factoren (cfr. Tabel, aangeduid in vet). De aangevulde tabel bevindt zich hieronder. Vervolgens worden alle thema’s uit het artikel van Maund et al nader toegelicht.

Thema’s	**Barrières**	**Facilitatoren**
1. *Psychologische en fysieke mogelijkheden*	- Afhankelijkheid (11,14) - Voorgeschiedenis mislukte stoppogingen (9,11,14,17) - Moeilijke levensomstandigheden (11,14,17) - Routine inname (11,14) - Intermittente nood aan antidepressiva (11,14) - Ontoereikende coping strategieën (11,14) - **Moeilijk onderscheid tussen onttrekking en herval (11,17)**	- Zelfvertrouwen in vermogen om te stoppen (11,14,17) - Effectieve coping strategieën (11,14,17) - Stabiele levensomstandigheden (11,14,17) - Positieve ervaring met dosisreductie (14) - Kennis in afbouwstrategieën (11,14,17)
2. *Perceptie van antidepressiva*	- Positief effect van antidepressiva (11,14)	- Niet effectief (11,14)

	- Natuurlijke/goedaardige karakteristieken (11,14) - Geen zorgen over bijwerkingen (11,14)	- Ervaring met onacceptabele bijwerkingen (14,17) - Onnatuurlijke/negatieve karakteristieken (14) - Ontevreden over langdurig gebruik (14)
3. Angsten	- Angst voor herval (9,11,14,17) - Angst voor onttrekkingsverschijnselen (14,17) - Gemengde angst (14)	- Angst voor verslaving of afhankelijkheid (9,11,14) - Angst voor potentiële bijwerkingen (11,14)
4. Intrinsieke motivatie en doelen	- Eigen identiteit: bv. zich oud of beperkt voelen (11,14) - Bedreiging van de huidige stabiliteit (14) - Irrationeel (14) - Voordelen van continueren wegen zwaarder door (14) - Doel is symptoommanagement eerder dan genezing (14)	- Eigen identiteit: bv. zich gezond voelen (11,14) - Wens om zonder antidepressiva te kunnen functioneren (14) - Beter voelen (14) - Zelf-stigma rond antidepressivagebruik (14)
5. De arts als navigator voor verdere beleid rond antidepressiva	- Manier van werken van de arts: bv. niet up-to-date zijn of tijd tekort (14) - Arts raadt continueren aan (11,14) - Perceptie dat initiaties tot stoppen bij de arts ligt (14)	- Steun en begeleiding van arts (11,14,17) - Arts raadt stoppen aan (11,14) - **Vertrouwen in huisarts (9,11)**

	- Onvoldoende of inadequate ondersteuning/begeleiding van arts (14)	
6. *De gepercipieerde oorzaak van de depressie*	- Langdurig probleem vereist langdurige behandeling (11,14) - Etiologie/biochemie (9,11,14) vb. serotonineteкort als oorzaak	- Etiologie: omstandigheden in leven, seizoensgebonden (14,17)
7. *Aspecten van informatie dat besluitvorming beïnvloedt*	- Incongruente informatie over stoppen van antidepressiva (14) - Onvoldoende informatie over afbouw, risico's en baten (14)	- Duidelijke informatie over stoppen en verwachtingen (14,17) - **Duidelijke uitleg bij eerste voorschrift (9)**
8. *Naaste omgeving: een hulp of een hindernis*	- Druk om verder te nemen (14) - **Geen steun van naasten (11)** - **(Negatieve) ervaringen van anderen met stoppen (11)** - **Normalisering van langdurig gebruik binnen omgeving (11)** - **Onvermogen om met externe stressoren om te gaan zonder antidepressiva (11)**	- Druk om te stoppen (14) - Begeleiding en steun (11,14) - **(Positieve) ervaringen van anderen met stoppen (11)**
9. *Steun van andere gezondheidsbeoefenaars*	- /	- Steun (14)

Tabel 2 De tabel uit Maund et al. (2019) werd overgenomen en vertaald in het Nederlands. Deze tabel werd aangevuld met de barrières en faciliterende factoren (aangeduid in vet) die gevonden werden bij het literatuuronderzoek.

4.1.1 Psychologische en fysieke mogelijkheden

Maund et al. (2019) beschrijft in deze categorie zowel barrières als faciliterende factoren die verband houden met de psychologische en fysieke mogelijkheden die mensen hebben om te stoppen met antidepressiva (14). De twee belangrijkste barrières zijn afhankelijkheid (fysiek, psychisch of gemengd) (11,14) en eerdere ervaringen met mislukte stoppogingen (9,11,14,17). Andere barrières zijn moeilijke levensomstandigheden (i.e. minder stabiele fasen in het leven), (11,14,17) routinematig innemen van antidepressiva, (11,14) een intermittente nood aan antidepressiva (11,14) en ontoereikende copingstrategieën (11,14). **In twee artikels vanuit de update van de literatuurstudie werd nog een bijkomende barrière gevonden voor deze categorie: het moeilijk onderscheiden van onttrekking en herval bij patiënten, waardoor mensen bij een eventuele stop het zekere voor het onzekere nemen en de antidepressiva opnieuw opstarten (11,17).**

Facilitators zijn het zelfvertrouwen van patiënten om te kunnen stoppen, het ontwikkelen van effectieve copingstrategieën, stabiele levensomstandigheden, (11,14,17) ervaring met verlagen van antidepressiva (14) en ook de kennis ervan (i.e. de patiënt weet dat het antidepressiva traag moet afgebouwd worden zodat dit veilig kan gebeuren) (11,14,17).

4.1.2 Perceptie van antidepressiva

In deze categorie wordt gefocust op hoe patiënten antidepressiva percipiëren. Barrières om te stoppen kunnen zijn: positief effect van ingenomen antidepressiva, patiënten die antidepressiva beschouwen als iets natuurlijks, goedaardigs en patiënten die geen zorgen hebben over de mogelijke bijwerkingen (11,14). In Van Leeuwen et al. (2024) werd dit laatste vooral waargenomen bij de oudere patiëntenpopulatie (11).

Faciliterende factoren voor een antidepressivastop zijn de perceptie dat het antidepressiva niet (meer) effectief is, (11,14) ervaringen van te storende bijwerkingen, (14,17) patiënten die antidepressiva beschouwen als iets onnatuurlijks/negatiefs (1) en patiënten die ontevreden zijn over hun langdurig gebruik van antidepressiva (14).

4.1.3 Angsten

Angsten die verband houden met antidepressiva kunnen zowel een barrière als een faciliterende factor zijn. Een van de grootste barrières hierbij is angst voor herval (9,11,14,17). Andere zijn angst voor

onttrekkingssymptomen (14,16) of andere (gemengde) angsten (bv angst voor effect op zwangerschap, relaties, …). Faciliterende factoren voor een antidepressivastop zijn angst voor verslaving en voor bijwerkingen (14).

4.1.4 Intrinsieke motivatie en doelen

Hierbij wordt vooral gedoeld op bepaalde factoren die volledig vanuit de patiënt zelf komen. Als barrières wordt weerhouden: eigen identiteit bv. zich oud of beperkt voelen in mogelijkheden (11,14), de mogelijkheid of dreiging dat de huidige (stabiele situatie) zou ontwrichten, irrationele gedachten (i.e. blijvende inname van antidepressiva, wetende dat er eigenlijk geen bijkomend goed effect te verwachten is), voordelen van continueren wegen zwaarder door en het doel van de patiënt is om de depressieve klachten te controleren en niet te genezen (14).

Faciliterende factoren zijn de eigen identiteit, bv. mensen die zich zelfstandig of gezond voelen, (11,14) de wens van patiënten om zonder antidepressiva te kunnen functioneren, patiënten die zich beter voelen en het stigmatiseren van het eigen antidepressiva-gebruik (14).

4.1.5 De arts als navigator voor het verdere beleid van antidepressiva

In dit topic wordt vooral gekeken naar de rol van de voorschrijvende arts in het proces om antidepressiva te continueren of te stoppen. Geïdentificeerde barrières zijn onderhevig aan het evidence based handelen en ervaring van de arts (bv niet meer up-to-date zijn van de arts), beperkingen bij de manier van werken van de arts (bv. tijdtekort), (14) de arts die het continueren van antidepressiva aanraadt, (11,14) het idee van patiënten dat de verantwoordelijkheid voor een eventuele stop bij de arts ligt en een gebrek aan gepaste ondersteuning/begeleiding van de arts (14).

Faciliterende factoren zijn een goede ondersteuning en begeleiding van de arts (11,14,17) en het advies van de arts om antidepressiva te stoppen (11,14). **Een bijkomende faciliterende factor werd gevonden in de geselecteerde literatuur: vertrouwen in de eigen huisarts, want dan wordt het advies voor een antidepressivastop doorgaans sneller aanvaard door de patiënt (9,11).**

4.1.6 Gepercipieerde oorzaak van de depressie

Hierbij wordt in kaart gebracht welke oorzaak de patiënt toeschrijft aan zijn depressie. Barrières hierbij zijn dat sommige mensen denken dat een lange termijn toestand (i.e. de depressie) een lange termijn behandeling nodig heeft (11,14). Verder kan het biochemisch model (waarbij de patiënt gelooft dat er een biochemisch tekort aan serotonine in de hersenen is en dat dit continu moet gesupplementeerd worden met antidepressiva) een barrière vormen (9,11,14).

Een faciliterende factor is dat de patiënt beseft dat de etiologie ergens anders kan liggen, bv omstandigheden in het leven, seizoensgebonden schommelingen in de stemming, … (14,17).

4.1.7 Informatieaspecten ter ondersteuning van besluitvorming

Dit topic verwijst naar informatie die verstrekt wordt bij een stopproces. Barrières hierbij zijn onsamenhangende informatie over een antidepressivastop of onvoldoende informatie over hoe te stoppen en over risico's en voordelen van een stop (14).

Een faciliterende factor is goede informatie verschaffen over hoe te stoppen en wat er te verwachten valt (14,17). **Een bijkomende factor die gevonden werd in een nieuw artikel is een duidelijke uitleg bij het eerste voorschrift, waarbij men aangeeft bij het eerste voorschrift dat dit tijdelijke medicatie is en dat dit op het juiste moment onderbroken moet worden (9).**

4.1.8 Naaste omgeving: een hulp of een hindernis

De naaste omgeving van de patiënt kan zowel een barrière als faciliterende factor vormen. Een barrière bij dit topic is dat sommige patiënten druk ervaren van hun naasten om antidepressiva verder te nemen (14). **Andere barrières die gevonden worden in een nieuw artikel zijn patiënten die geen steun krijgen van familie/vrienden, negatieve ervaringen van mensen uit de omgeving omtrent stoppen en de acceptatie van de naasten dat de patiënt chronisch antidepressiva inneemt. Daarnaast kunnen belastende omstandigheden in de directe omgeving (zoals relationele stress of zorglast) het ervaren onvermogen om zonder antidepressiva met deze stressoren om te gaan versterken, waardoor stoppen bemoeilijkt wordt (11).**

Faciliterende factoren uit Maund et al. (2019) zijn druk ervaren vanuit de naaste omgeving om te stoppen (14) en begeleiding/ondersteuning (11,14). **Een andere faciliterende factor kan de positieve ervaringen van mensen uit de omgeving bij een stopproces (11).**

4.1.9 Steun van andere gezondheidsbeoefenaars

Andere zorgprofessionals hebben ook een rol te spelen in de afbouw van antidepressiva namelijk vooral ondersteuning aanbieden bij dit proces (14).

4.2 Kwantitatief onderzoek

4.2.1 Kenmerken van de studiepopulatie

4.2.1.1 Geslacht

De studiepopulatie bestond uit in totaal 157 respondenten, waarvan de meerderheid vrouw was (73,9%; n=116). Mannen vertegenwoordigden 24,8% (n=39) van de populatie, terwijl bij 1,3% (n=2) het geslacht niet werd gerapporteerd.

Binnen de subgroep van 65-plussers (n=59) was het aandeel vrouwen nog hoger, namelijk 79,7% (n=47). Mannen maakten in deze groep 20,3% (n=12) uit van de respondenten. In deze subgroep werd het geslacht voor alle deelnemers gerapporteerd.

	Totaal n (%)	**65-plussers n (%)**
Vrouw	116 (73,9%)	47 (79,7%)
Man	39 (24,8%)	12 (20,3%)
Niet gerapporteerd	2 (1,3%)	0 (0%)
Totaal	157 (100%)	59 (100%)

Tabel 3 Geslacht

4.2.1.2 Duur van antidepressivagebruik

De cijfers betreffende de duur van antidepressivagebruik binnen de studiepopulatie tonen aan dat een aanzienlijk deel van de deelnemers langdurig medicatie gebruikt. Meer dan de helft van de respondenten (54,8%; n=86) geeft aan antidepressiva langer dan vijf jaar te gebruiken. Daarnaast gebruikt 27,4% (n=43) deze medicatie gedurende twee tot vijf jaar, terwijl 17,8% (n=28) een gebruiksduur van één tot twee jaar rapporteert.

Wanneer specifiek gekeken wordt naar de subgroep van 65-plussers (n=59), valt op dat langdurig gebruik nog prominenter aanwezig is. In deze groep gebruikt 67,8% (n=40) antidepressiva langer dan vijf jaar. Kortere gebruiksduren komen minder frequent voor: 20,3% (n=12) gebruikt antidepressiva twee tot vijf jaar en slechts 11,9% (n=7) één tot twee jaar.

	Totaal n (%)	65+ n (%)
Langer dan 5 jaar	86 (54,8%)	40 (67,8%)
2 – 5 jaar	43 (27,4%)	12 (20,3%)
1 – 2 jaar	28 (17,8%)	7 (11,9%)
Totaal	157 (100%)	59 (100%)

Tabel 4 Duur van antidepressivagebruik

4.2.1.3 Indicatie voor antidepressivagebruik

De indicatie werd in 124 van de 157 afgenomen enquêtes ingevuld, bij de personen van 65 jaar of ouder zijn dit er 45 van de 59. De meest voorkomende indicatie voor antidepressivagebruik binnen de studiepopulatie is depressie, goed voor 36,5% (n=45) van de respondenten. Daarnaast komt een combinatie van depressie en angst frequent voor (21,2%; n=26), gevolgd door angst als afzonderlijke indicatie (12,2%; n=15). Andere redenen worden gerapporteerd bij 11,4% (n=14) van de deelnemers. Minder frequent voorkomende indicaties zijn depressie in combinatie met slaapproblemen (7,3%; n=9), depressie gecombineerd met angst en slaapproblemen (5,7%; n=7) en slaapproblemen als enige indicatie (5,7%; n=7).

Binnen de subgroep van 65-plussers (n=45) blijft depressie eveneens de belangrijkste indicatie, met een hoger aandeel van 44,1% (n=26). Opvallend is dat combinaties van depressie en angst in deze groep minder frequent voorkomen (8,5%; n=5) in vergelijking met de totale populatie. Angst als afzonderlijke indicatie is eveneens minder vertegenwoordigd bij 65-plussers (3,4%; n=2).

Depressie in combinatie met slaapproblemen komt bij 65-plussers relatief iets vaker voor (8,5%; n=5) dan in de totale populatie. Combinaties van depressie, angst en slaapproblemen, evenals slaapproblemen als enige indicatie, werden in deze leeftijdsgroep niet gerapporteerd.

	Totaal n (%)	65+ n (%)
Depressie	45 (36,5%)	26 (44,1%)
Depressie + angst	26 (21,2%)	5 (8,5%)
Angst	15 (12,2%)	2 (3,4%)
Andere reden	14 (11,4%)	4 (6,8%)
Depressie + slaapproblemen	9 (7,3%)	5 (8,5%)
Depressie + angst + slaapproblemen	7 (5,7%)	0 (0%)
Slaapproblemen	7 (5,7%)	0 (0%)
Reden niet gekend	0 (0%)	3 (5,1%)
Totaal	123 (100%)	45 (100%)

Tabel 5 Indicatie voor antidepressivagebruik

4.2.1.4 Type antidepressiva

Het totale aantal geregistreerde antidepressiva (n=166) ligt hoger dan het aantal respondenten, wat wijst op het gelijktijdig gebruik van meerdere antidepressiva bij een deel van de deelnemers. Dit fenomeen lijkt zich niet voor te doen binnen de subgroep van 65-plussers (n=59), waar het aantal antidepressiva overeenkomt met het aantal respondenten.

Binnen de totale studiepopulatie domineren de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), met escitalopram als meest frequent gebruikte middel (25,3%; n=42), gevolgd door sertraline (21,1%; n=35) en paroxetine (10,8%; n=18). Andere frequent gebruikte antidepressiva zijn trazodon (9,6%; n=16) en duloxetine (7,8%; n=13). Minder frequent voorkomende antidepressiva zijn fluoxetine, citalopram en mirtazapine (elk 4,8%; n=8), gevolgd door venlafaxine (3,6%; n=6) en bupropion (3,0%; n=5). Tricyclische antidepressiva en andere middelen zoals amitriptyline (1,8%; n=3), melitracen + flupentixol (1,2%; n=2), clomipramine en dosulepine (elk 0,6%; n=1) worden slechts sporadisch gerapporteerd.

Binnen de subgroep van 65-plussers blijft het gebruik van SSRI's prominent, met sertraline als meest voorgeschreven middel (32,2%; n=19), gevolgd door escitalopram (25,3%; n=15). Paroxetine, trazodon en duloxetine worden elk door 8,5% (n=5) van de ouderen gebruikt. Fluoxetine komt voor bij 5,1% (n=3), terwijl citalopram en mirtazapine elk bij 3,4% (n=2) worden gerapporteerd. Venlafaxine, melitracen + flupentixol, clomipramine en dosulepine worden in deze leeftijdsgroep niet gerapporteerd.

	Totaal n (%)	**65+ n (%)**
Escitalopram	42 (25,3%)	15 (25,3%)
Sertraline	35 (21,1%)	19 (32,2%)
Paroxetine	18 (10,8%)	5 (8,5%)
Trazodone	16 (9,6%)	5 (8,5%)
Duloxetine	13 (7,8%)	5 (8,5%)
Fluoxetine	8 (4,8%)	3 (5,1%)
Citalopram	8 (4,8%)	2 (3,4%)
Mirtazapine	8 (4,8%)	2 (3,4%)
Venlafaxine	6 (3,6%)	0 (0%)
Bupropion	5 (3%)	1 (1,7%)
Amitriptyline	3 (1,8%)	2 (3,4%)
Melitracen + Flupentixal	2 (1,2%)	0 (0%)
Clomipramine	1 (0,6%)	0 (0%)
Dosulepine	1 (0,6%)	0 (0%)
Totaal	166 (100%)	59 (100%)

Tabel 6 Type antidepressiva

4.2.1.5 Psychologische of psychiatrische begeleiding

De minderheid van de respondenten ontvangt psychologische of psychiatrische begeleiding. In de totale studiepopulatie betreft dit 33,1% (n=52) van de deelnemers. Binnen de subgroep van 65-plussers is dit aandeel nog duidelijk lager, namelijk 11,9% (n=7).

Van de respondenten die begeleiding krijgen, gebeurt dit in de meeste gevallen door een psycholoog. In de totale populatie wordt 13,3% (n=21) uitsluitend door een psycholoog begeleid, tegenover 6,8% (n=4) bij de 65-plussers. Begeleiding door een psychiater alleen komt minder frequent voor, met respectievelijk 9,6% (n=15) in de totale groep en 3,4% (n=2) bij de ouderen.

Een combinatie van begeleiding door zowel een psycholoog als een psychiater wordt gerapporteerd bij 10,2% (n=16) van de totale populatie, maar is zeldzaam bij 65-plussers (1,7%; n=1).

	Totaal n (%)	**65+ n (%)**
Geen begeleiding	105 (66,9%)	52 (88,1%)
Psycholoog	21 (13,3%)	4 (6,8%)
Psychiater	15 (9,6%)	2 (3,4%)
Psycholoog + psychiater	16 (10,2%)	1 (1,7%)
Totaal	157 (100%)	59 (100%)

Tabel 7 Psychologische of psychiatrische begeleiding

4.2.2 Barrières

Een eerste belangrijke thema (volgens Tabel 2) betreft psychologische afhankelijkheid en angst. Zo geeft een meerderheid van de respondenten aan zich afhankelijk te voelen van hun medicatie (60% totaal; 61% bij 65-plussers), en bestaat er tevens een uitgesproken angst voor herval in depressieve klachten (63% totaal; 67% bij 65-plussers). Daarnaast ervaart een aanzienlijk deel onzekerheid over het stopproces zelf, waarbij 60% van de totale populatie en 65% van de 65-plussers aangeeft niet goed te weten wat er zal gebeuren bij het stoppen.

Naast deze psychologische drempels speelt ook de perceptie van de medicatie een belangrijke rol. Een grote meerderheid van de respondenten ervaart een positief effect van antidepressiva (71% totaal; 74% bij 65-plussers). Bovendien geeft een aanzienlijk deel aan geen last te hebben van bijwerkingen, wat vooral uitgesproken is bij de oudere groep (53% totaal versus 67% bij 65-plussers).

Verder blijkt dat het behoud van stabiliteit een belangrijke factor is. Het merendeel van de respondenten geeft aan goed te willen blijven functioneren voor anderen (75% totaal; 74% bij 65-plussers) en stabiliteit te verkiezen boven genezing (62% totaal; 72% bij 65-plussers). Ook het zelfbeeld en sociale rollen spelen hierin een rol, waarbij 69% van de totale populatie en 72% van de 65-plussers aangeeft stabiel te willen blijven omwille van hun rol als bijvoorbeeld partner of ouder.

Wanneer gekeken wordt naar verschillen tussen de totale populatie en de groep van 65 jaar en ouder, vallen enkele relevante tendensen op. Oudere patiënten beschouwen antidepressiva vaker als een veilig of natuurlijk middel (44% totaal versus 63% bij 65-plussers; verschil +19%). Daarnaast rapporteren zij vaker geen bijwerkingen (verschil +14%) en leggen zij meer nadruk op stabiliteit als behandeldoel (verschil +10%).

Deel 1: Waarom blijf je jouw antidepressivum gebruiken?	NIET (1-2)		NEUTRAAL (3)		WEL (4-5)	
	Tot.	**65+**	Tot.	**65+**	Tot.	**65+**
Psychologische en lichamelijke redenen						
Ik voel me afhankelijk van mijn medicatie, ik ben bang dat het anders misgaat	17%	**19%**	23%	**20%**	60%	**61%**
Mijn leven is nu stressvol of moeilijk (werk, relatie, geld), en ik heb het gevoel dat ik de medicatie nodig heb.	22%	**24%**	27%	**41%**	51%	**35%**
Zonder medicatie denk ik dat ik het psychisch niet aan kan.	22%	**17%**	30%	**39%**	48%	**44%**
Ik ben eerder gestopt, dat was erg zwaar, en ik wil dat niet opnieuw meemaken.	39%	**43%**	22%	**24%**	40%	**33%**
Wat ik van antidepressiva vind						

De medicatie helpt me echt (ik voel me minder somber of stabieler).	8%	**0%**	21%	**26%**	71%	**74%**
Ik zie het als een veilig of natuurlijk middel, dus ik maak me weinig zorgen.	29%	**13%**	26%	**24%**	44%	**63%**
Ik heb geen last van bijwerkingen, dus ik zie geen reden om te stoppen.	26%	**20%**	21%	**13%**	53%	**67%**
Angsten of zorgen over stoppen						
Ik ben bang dat ik weer depressief word als ik stop.	17%	**15%**	20%	**19%**	63%	**67%**
Ik ben bang voor symptomen door het stoppen zoals hoofdpijn, slapeloosheid of onrust.	29%	**31%**	21%	**24%**	50%	**44%**
Ik weet niet goed wat er zal gebeuren als ik stop – dat maakt me onzeker.	25%	**19%**	16%	**17%**	60%	**65%**
Persoonlijke motivaties						
Mijn rol of zelfbeeld (bv. als ouder, partner) maakt dat ik stabiel wil blijven.	14%	**13%**	17%	**15%**	69%	**72%**
Ik wil goed blijven functioneren voor anderen en ik wil geen risico nemen dat mijn klachten terugkomen.	12%	**13%**	12%	**13%**	75%	**74%**
Mijn doel is vooral stabiel blijven, niet per se genezen.	19%	**17%**	19%	**11%**	62%	**72%**
Wat mijn huisarts zegt of doet						
Mijn arts zegt dat ik best kan doorgaan met de medicatie.	14%	**17%**	29%	**24%**	57%	**59%**
Mijn arts geeft me weinig begeleiding of uitleg over afbouwen.	44%	**37%**	23%	**20%**	33%	**43%**
Ik voel me niet echt gehoord of gesteund door mijn arts als ik wil praten over stoppen.	57%	**48%**	19%	**17%**	23%	**35%**
Hoe ik mijn depressie zie						

Ik geloof dat mijn depressie komt door iets in mijn hersenen (stofjes te kort), dus ik blijf de medicatie innemen.	23%	**24%**	28%	**35%**	49%	**41%**
Mijn depressie hangt samen met de moeilijke periodes of seizoenen en ik wil me daartegen beschermen.	33%	**31%**	22%	**28%**	44%	**41%**
Informatie over stoppen of doorgaan en begeleiding						
Ik weet niet goed hoe ik veilig kan afbouwen.	43%	**37%**	25%	**22%**	32%	**41%**
Ik krijg tegenstrijdige informatie (van internet, vrienden, zorgverleners).	58%	**52%**	25%	**28%**	17%	**20%**
Wat anderen vinden						
Mijn omgeving (bijv. partner, familie, vrienden) zegt dat ik beter kan blijven nemen.	33%	**28%**	35%	**31%**	32%	**41%**
Mensen om me heen zien dat het beter met me gaat en steunen me om door te nemen.	38%	**33%**	29%	**28%**	33%	**39%**
Andere hulpverleners						
Andere hulpverleners, zoals mijn psycholoog of psychiater, adviseren me om door te gaan.	43%	**52%**	29%	**28%**	28%	**20%**

Tabel 8 Barrières

4.2.3 Facilitatoren

Binnen de bevraagde facilitatoren werd slechts één factor geïdentificeerd waarbij meer dan 60% van de respondenten aangaf dat deze aanwezig was. De stelling *"Mijn leven is momenteel stabiel (werk, thuis, sociaal)"* werd door 71% van de patiënten van 65 jaar en ouder als facilitator aangeduid, tegenover 51% in de totale populatie. Dit verschil van 20 procentpunten wijst erop dat levensstabiliteit een duidelijk belangrijkere rol speelt bij 65-plussers.

Daartegenover staat dat verschillende potentiële facilitatoren door een meerderheid van de respondenten expliciet als afwezig werden beschouwd. In de totale populatie gaf 66% aan dat eerdere stoppogingen

gefaald zijn en dat zij wel een positief effect van de medicatie ervaarden (63%). Verder valt op te merken dat hun arts hen niet aanmoedigde om af te bouwen (61%) en bovendien geen duidelijke reden zag om te stoppen met de medicatie (61%). Ook gaf 78% aan dat hun depressie niet seizoensgebonden is.

In de groep van 65-plussers werden nog meer facilitatoren als afwezig gerapporteerd. Zo gaf een meerderheid aan dat zij geen gebrek aan effect van de medicatie ervaarden (67%), geen last hadden van bijwerkingen (73%), en zich geen zorgen maakten over langetermijnschade (69%). Ook emotionele afvlakking werd door 67% niet als reden gezien om te stoppen. Opvallend is bovendien dat factoren gerelateerd aan professionele ondersteuning vaak ontbraken: 78% gaf aan dat hun arts hen niet aanmoedigde om af te bouwen, 63% dat hun arts geen reden zag om te stoppen, en eveneens 78% dat hun psycholoog of psychiater niet aangaf dat stoppen mogelijk was of dat ze geen psychiatrische of psychologische begeleiding kregen. Daarnaast rapporteerde 84% dat zij geen (vertrouwen gevend) afbouwschema hebben, en 75% dat zij geen alternatieve vormen van hulp kregen die stoppen zouden ondersteunen. Net zoals in de totale populatie gaf 82% aan dat hun depressie niet seizoensgebonden is.

Wanneer gekeken wordt naar verschillen tussen de totale populatie en de 65+ groep (≥10 procentpunten), valt vooral op dat ouderen vaker aangeven dat facilitatoren ontbreken. Dit geldt met name voor externe ondersteuning, zoals aanmoediging door de arts (78% vs. 61%), begeleiding door een psycholoog of psychiater (78% vs. 66%) en het beschikken over een afbouwschema (84% vs. 73%). Ook medicatiegerelateerde factoren, zoals bijwerkingen (73% vs. 58%) en zorgen over langetermijnschade (69% vs. 53%), worden door ouderen vaker niet als reden gezien om te stoppen.

Deel 2: Waarom zou je willen stoppen met je antidepressivum?	NIET (1-2)		NEUTRAAL (3)		WEL (4-5)	
	Tot.	**65+**	Tot.	**65+**	Tot.	**65+**
Ik denk dat ik het kan zonder medicatie						
Mijn depressieve klachten zijn (bijna) weg.	29%	**22%**	33%	**33%**	39%	**45%**
Ik voel me sterk genoeg om het zonder medicatie te proberen.	55%	**61%**	26%	**22%**	19%	**16%**
Mijn leven is momenteel stabiel (werk, thuis, sociaal).	33%	**12%**	16%	**16%**	51%	**71%**
Ik wil weten hoe ik me echt voel zonder medicatie.	51%	**67%**	18%	**12%**	31%	**20%**
Ik ben eerder gestopt en dat ging toen goed.	66%	**59%**	24%	**35%**	10%	**6%**

Wat ik van de medicatie vind						
Ik voel weinig of geen positief effect van de medicatie.	63%	**67%**	17%	**14%**	20%	**18%**
Ik heb last van vervelende bijwerkingen (bijv. gewicht, seksuele problemen, sufheid).	58%	**73%**	18%	**12%**	24%	**14%**
Ik maak me zorgen over schade op lange termijn.	53%	**69%**	19%	**20%**	29%	**10%**
Ik voel me emotioneel afgevlakt (ik voel niet meer écht blij of verdrietig).	56%	**67%**	23%	**14%**	21%	**18%**
Zorgen over afhankelijkheid						
Ik wil niet afhankelijk zijn van medicatie.	36%	**49%**	21%	**24%**	43%	**27%**
Persoonlijke doelen						
Ik wil weer mezelf zijn, zonder medicatie.	42%	**63%**	21%	**20%**	36%	**16%**
Ik streef naar een gezonder of medicatievrij leven.	37%	**57%**	22%	**20%**	41%	**22%**
Ik voel me beter en denk dat ik het zonder kan.	56%	**67%**	25%	**20%**	19%	**12%**
Ik vind het moeilijk om aan anderen te zeggen dat ik antidepressiva gebruik.	33%	**39%**	25%	**20%**	42%	**41%**
Wat mijn arts zegt of doet						
Mijn arts moedigt me aan om af te bouwen.	61%	**78%**	31%	**14%**	8%	**8%**
Mijn arts ziet geen duidelijke reden om door te gaan.	61%	**63%**	33%	**24%**	6%	**12%**
Hoe ik mijn depressie zie						
Mijn depressie kwam door een situatie die nu veranderd is.	38%	**43%**	16%	**14%**	46%	**43%**
Mijn depressie was seizoensgebonden.	78%	**82%**	14%	**10%**	8%	**8%**
Ik geloof dat het nu niet meer 'iets in de hersenen (tekort van stofjes)' is, ik ben weer in balans.	57%	**53%**	27%	**29%**	16%	**18%**

Informatie en begeleiding						
Ik heb goede uitleg gekregen over afbouwen.	53%	**67%**	21%	**18%**	26%	**14%**
Ik heb een afbouwschema dat me vertrouwen geeft.	73%	**84%**	17%	**12%**	10%	**4%**
Ik weet wat ik moet doen als het weer moeilijk wordt.	44%	**47%**	20%	**20%**	36%	**33%**
Wat anderen zeggen						
Mijn partner/familie vindt dat ik het zonder kan.	57%	**65%**	31%	**29%**	12%	**6%**
Ik krijg steun van mijn omgeving.	28%	**31%**	25%	**24%**	47%	**45%**
Andere hulp of therapie						
Mijn psycholoog/psychiater zegt dat ik kan stoppen.	66%	**78%**	26%	**20%**	8%	**2%**
Ik krijg andere vormen van hulp (therapie, coaching, mindfulness), waardoor ik durf te stoppen.	75%	**75%**	17%	**23%**	8%	**2%**

Tabel 9 Facilitatoren

5 Discussie

5.1 Samenvatting van de resultaten

5.1.1 Kenmerken van de studiepopulatie

De resultaten van deze studie tonen aan dat antidepressivagebruik binnen de onderzochte populatie vaak een langdurig karakter heeft, waarbij meer dan de helft van de respondenten de medicatie langer dan vijf jaar gebruikt. Dit patroon is nog uitgesprokener bij 65-plussers, wat wijst op een belangrijke mate van chronisch gebruik in deze leeftijdsgroep. Dit sluit aan bij bestaande literatuur die aangeeft dat antidepressiva in de praktijk frequent langer worden voortgezet dan initieel voorzien volgens richtlijnen.

Depressie blijkt de dominante indicatie voor antidepressivagebruik, zowel in de totale populatie als bij ouderen. Tegelijkertijd valt op dat angstgerelateerde indicaties minder vaak gerapporteerd worden bij 65-plussers. Daarnaast wordt bij een deel van de oudere patiënten de oorspronkelijke indicatie niet meer gekend, wat mogelijk een weerspiegeling is van langdurig gebruik zonder regelmatige herevaluatie.

Wat betreft het type antidepressiva domineren SSRI's duidelijk in beide groepen, met escitalopram en sertraline als meest voorgeschreven middelen. Bij ouderen is er een relatieve voorkeur voor sertraline, wat in lijn ligt met richtlijnen die rekening houden met het gunstiger bijwerkingenprofiel en lagere interactiepotentieel.

Een opvallende bevinding is dat een klein deel van de patiënten bijkomende psychologische of psychiatrische begeleiding ontvangt, en dat dit nog meer uitgesproken is bij ouderen. Aangezien niet-farmacologische interventies een belangrijke rol spelen in de behandeling en vooral in het afbouwen van antidepressiva, kan het ontbreken hiervan een relevante barrière vormen voor het stoppen van langdurig gebruik.

5.1.2 Barrières

De bevindingen tonen aan dat psychologische factoren een centrale rol spelen in het voortzetten van antidepressivagebruik. Vooral gevoelens van afhankelijkheid, angst voor herval en onzekerheid over het stopproces vormen belangrijke drempels om medicatie af te bouwen.

Daarnaast draagt een overwegend positieve perceptie van antidepressiva bij aan het blijvend gebruik. Veel patiënten ervaren duidelijke voordelen en weinig nadelen, waardoor de motivatie om te stoppen beperkt blijft. Het uitblijven van negatieve ervaringen, zoals bijwerkingen, versterkt deze houding.

Ook het streven naar stabiliteit blijkt doorslaggevend. Patiënten geven prioriteit aan het behouden van hun dagelijks functioneren en het vervullen van sociale rollen, waarbij stabiliteit vaak belangrijker wordt geacht dan volledige genezing. Dit wijst op een eerder behoudsgerichte benadering van behandeling.

Ten slotte suggereren de resultaten dat oudere patiënten in het bijzonder een meer positieve en risicomijdende houding aannemen ten aanzien van antidepressiva. Zij lijken meer waarde te hechten aan stabiliteit en ervaren het gebruik als veilig, wat het stopproces extra bemoeilijkt.

5.1.3 Facilitatoren

De resultaten tonen aan dat er weinig facilitatoren zijn die duidelijk aanwezig zijn, met levensstabiliteit als enige uitschieter, voornamelijk bij ouderen. Tegelijkertijd blijkt dat veel potentiële facilitatoren, en in het bijzonder die rond professionele begeleiding en ondersteuning, door een meerderheid van de respondenten als afwezig worden ervaren, wat mogelijk een belangrijke barrière vormt voor het afbouwen van antidepressiva.

5.2 Sterktes van de studie

Een belangrijke sterkte van deze studie is de combinatie van een literatuurstudie met een kwantitatieve analyse van patiëntgegevens. Door beide methodes te combineren kon enerzijds een theoretisch kader worden opgebouwd op basis van bestaande literatuur, en anderzijds worden nagegaan in welke mate deze factoren ook in de praktijk worden ervaren door patiënten. Daarnaast werd in deze studie voortgebouwd op het bestaande thematische kader van Maund et al., maar werd dit kader geactualiseerd met recentere

literatuur. Hierdoor kon een actueler overzicht worden verkregen van de determinanten die een rol spelen bij het stoppen van antidepressiva.

Een bijkomende sterkte is dat de studie zich richt op patiënten gerekruteerd in de eerstelijn, waar het merendeel van de antidepressivavoorschriften wordt opgevolgd. Hierdoor zijn de resultaten relevant voor de dagelijkse klinische praktijk van huisartsen. Bovendien werd er specifiek aandacht besteed aan patiënten van 65 jaar en ouder, een populatie waarin langdurig antidepressivagebruik frequent voorkomt en waarin de risico-batenafweging vaak complexer is.

5.3 Beperkingen van de studie

Deze studie kent echter ook enkele beperkingen. Ten eerste werd de vragenlijst afgenomen bij een relatief beperkte steekproef van patiënten, voornamelijk gerekruteerd via huisartsenpraktijken. Ook is er mogelijks een (zelf)selectiebias aanwezig. Hierdoor is er voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten en kunnen geen sterke of veralgemeenbare conclusies getrokken worden.

Bovendien werd er in deze studie voor gekozen om de resultaten louter beschrijvend weer te geven, zonder statistische testen uit te voeren om verschillen tussen jongere en oudere patiënten te analyseren. In combinatie met het beperkte aantal deelnemers in beide subgroepen betekent dit dat eventuele waargenomen verschillen tussen leeftijdsgroepen niet als robuust of significant kunnen worden beschouwd.

Verder is het onderzoek gebaseerd op zelf gerapporteerde gegevens. Dit kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden, waardoor de gerapporteerde attitudes en ervaringen mogelijk niet volledig overeenkomen met het daadwerkelijke gedrag van patiënten.

Een bijkomende beperking betreft de oudere populatie met cognitieve achteruitgang. Doordat deze patiënten niet geëxcludeerd werden uit de studie zijn er mogelijks minder betrouwbare resultaten opgenomen binnen de resultaten. Vermoedelijk betreft dit slechts een zeer klein percentage van de totale steekproef.

Verder moet een mogelijke interpretatiefout bij één van de bevraagde facilitator-stellingen in acht worden genomen. In de resultaten kwam de facilitator *“Mijn leven is momenteel stabiel”* duidelijk naar voren als

belangrijke factor voor het stoppen van antidepressiva. Dit resultaat wijkt echter af van de algemene trend in de andere antwoorden. Het is mogelijk dat een deel van de deelnemers deze stelling anders heeft geïnterpreteerd dan bedoeld. Vermoedelijk hebben sommige patiënten dit opgevat als een reden om hun antidepressiva verder te blijven nemen omdat de medicatie hun leven stabiel houdt, in plaats van als een indicatie dat hun levenssituatie voldoende stabiel is om een afbouwtraject te overwegen. Hierdoor kan het resultaat van deze vraag een vertekend beeld geven van de werkelijke facilitator.

Ten slotte dient opgemerkt te worden dat er in deze studie geen gedetailleerde klinische informatie beschikbaar was over de indicatie voor het gebruik van antidepressiva bij de deelnemers. Hierdoor kan niet worden beoordeeld in welke mate het in deze populatie klinisch aangewezen is om antidepressiva af te bouwen, aangezien de onderliggende reden voor gebruik mogelijk niet steeds toelaat om veilig te stoppen. Hoewel richtlijnen aangeven dat langdurig gebruik van antidepressiva bij een eerste depressieve episode niet altijd noodzakelijk is en afbouw overwogen kan worden, met uitzondering van bijvoorbeeld recidiverende depressies, geldt dit niet uniform voor alle indicaties. In deze studie gaven deelnemers aan antidepressiva te gebruiken om uiteenlopende redenen, waaronder angststoornissen en slaapproblemen, en een klein aandeel wist de oorspronkelijke indicatie niet (meer). Voor bepaalde indicaties, zoals angststoornissen, kan langdurig gebruik wel aangewezen zijn en is het niet steeds geïndiceerd om antidepressiva af te bouwen. Dit bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten en de vertaling ervan naar klinische aanbevelingen.

5.4 Implicaties voor de klinische praktijk

De bevindingen van deze studie hebben verschillende implicaties voor de eerstelijnszorg. In de eerste plaats benadrukken de resultaten het belang van duidelijke communicatie tussen arts en patiënt over het gebruik van antidepressiva. Het expliciet kaderen van antidepressiva als een tijdelijke behandeling bij de initiële opstart kan patiënten helpen om later gemakkelijker een afbouwtraject te overwegen.

Daarnaast blijkt dat patiënten nood hebben aan duidelijke informatie over het afbouwproces en mogelijke onttrekkingsverschijnselen. Goede psycho-educatie kan onzekerheid verminderen en patiënten beter voorbereiden op een stoppoging.

De studie benadrukt ook het belang van actieve begeleiding door de huisarts tijdens het stopproces. Regelmatige opvolging, gedeelde besluitvorming en het aanbieden van ondersteuning bij eventuele klachten tijdens het afbouwen kunnen de kans op een succesvolle stop vergroten.

Tot slot kan het systematisch herbeoordelen van langdurig antidepressivagebruik tijdens consultaties helpen om potentiële kandidaten voor deprescribing te identificeren. In het bijzonder bij oudere patiënten kan een kritische evaluatie van de risico-batenverhouding bijdragen tot een rationeler gebruik van medicatie en het verminderen van polyfarmacie.

5.5 Toekomstig onderzoek

Toekomstig onderzoek kan zich richten op prospectieve studies waarin patiënten tijdens een afbouwtraject worden opgevolgd. Hierdoor kan beter worden nagegaan welke, door ons bekomen, factoren daadwerkelijk bijdragen aan een succesvolle stopzetting van antidepressiva.

Daarnaast zou verder onderzoek zich kunnen focussen op interventies die het deprescribingproces ondersteunen, zoals gestructureerde afbouwprogramma's, digitale hulpmiddelen of multidisciplinaire begeleiding.

Er is ook nood aan meer onderzoek naar deprescribing bij oudere patiënten. Deze groep is vaak kwetsbaarder voor bijwerkingen, heeft vaker te maken met polyfarmacie en bij hen is de diagnose van depressieve klachten soms complexer. Studies die specifiek gericht zijn op ouderen kunnen helpen om betere evidence-based richtlijnen te ontwikkelen voor het veilig afbouwen van antidepressiva in deze populatie.

6 Conclusie

Deze masterproef onderzocht de barrières en faciliterende factoren bij het stoppen van langdurig antidepressivagebruik, met bijzondere aandacht voor patiënten in de eerstelijnszorg en voor de populatie van 65 jaar en ouder. Door een combinatie van een geactualiseerde literatuurstudie en een kwantitatieve vragenlijststudie werd getracht een beter inzicht te verkrijgen in de determinanten die een rol spelen bij het al dan niet stoppen van antidepressiva.

Uit de literatuurstudie blijkt dat het stopzetten van antidepressiva een complex proces is dat beïnvloed wordt door meerdere factoren op patiënt-, arts- en omgevingsniveau. De thematische indeling van Maund et al. (2019) bleef hierbij grotendeels relevant, maar kon verder worden aangevuld met nieuwe barrières en faciliterende factoren, waaronder het moeilijk onderscheid kunnen maken tussen onttrekkingsverschijnselen en een depressief herval, het vertrouwen van de patiënt in de eigen huisarts, het belang van duidelijke communicatie bij het initiële voorschrift, geen steun van naasten, ervaringen van anderen met stoppen, normalisering van langdurig gebruik door patiënt en omgeving, en onvermogen om met externe stressoren om te gaan zonder antidepressiva.

Het kwantitatieve onderzoek bij 157 patiënten die langer dan één jaar antidepressiva gebruiken, waaronder 59 patiënten van 65 jaar en ouder, toont aan dat verschillende factoren een belangrijke rol spelen in de bereidheid om antidepressiva af te bouwen. Psychologische factoren, zoals angst voor een herval, afhankelijkheid van medicatie en onzekerheid over het afbouwproces, vormen belangrijke barrières. Daarnaast hebben percepties over antidepressiva, zoals het ervaren van positieve effecten en het uitblijven van bijwerkingen, een grote invloed. Ook de overtuiging dat de medicatie noodzakelijk is om stabiliteit te behouden en te kunnen functioneren voor anderen, blijkt een belangrijke factor te zijn.

In de studie werd geen duidelijke facilitator gevonden voor het afbouwen van antidepressiva. Tegelijkertijd beschouwde een meerderheid van de respondenten verschillende potentiële facilitatoren als afwezig, waaronder eerdere geslaagde stoppogingen, aanmoediging van stoppen door de arts en een duidelijke reden om te stoppen. Daarnaast werd ook het ontbreken van professionele ondersteuning vaak gerapporteerd, zoals begeleiding door een psycholoog of psychiater en het ontbreken van een afbouwschema. Verder gaven veel respondenten aan dat medicatiegerelateerde factoren, zoals bijwerkingen of zorgen over langetermijnschade, voor hen geen reden vormden om te stoppen.

Deze studie bevestigt dat deprescribing van antidepressiva geen louter farmacologisch proces is, maar een multidimensionaal traject waarin medische, psychologische en sociale factoren samenkomen. Voor huisartsen betekent dit dat een patiëntgerichte aanpak, met aandacht voor gedeelde besluitvorming, duidelijke communicatie en adequate opvolging, essentieel is om veilig en succesvol antidepressiva te kunnen afbouwen.

7 Bijlagen

Appendix A. Zoekstrategie MEDLINE

Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & andere niet-geïndexeerde citaties, Ovid MEDLINE(R) Daily en Ovid MEDLINE(R) juli 2018 tot en met 26 maart 2024.

Zoek ID#	Zoekopdracht	Hits
1	DEPRESCRIPTIONS/	1318
2	*INAPPROPRIATE PRESCRIBING/	3072
3	(deprescrib* or de prescrib* or deprescrip* or de prescrip*).ti,kf.	2569
4	or/1-3	5792
5	(barrier* or enabler* or facilitator*).mp.	1455935
6	(acceptance or adherence or nonadherence or compliance or attitude* or belief* or satisfaction or preference* or choice or perspective* or perception* or suspicio* or reservation or doubt or trust* or distrust* or mistrust*).mp.	7111910
7	or/5-6	7848760
8	4 and 7	1920
9	((cease or cessation* or continuation or discontinu* or dropout or drop out or interrupt or interruption or taper* or reduce or drug holiday or (stop* adj (taking or using)) or withdraw* or terminat* or deprescrib* or de prescrib* or deprescrip* or de prescrip*) and (antidepress* or anti-depress* or psychotropic or SSRI or (serotonin adj2 inhibitor*)) and (acceptance or adherence or nonadherence or compliance or attitude* or belief* or satisfaction or preference* or choice or perspective* or perception* or suspicio* or reservation or doubt or trust* or distrust* or mistrust* or barrier* or enabler* or facilitat*)).ti,ab,kf.	3217
10	exp ANTIDEPRESSIVE AGENTS/	165854
11	exp NEUROTRANSMITTER UPTAKE INHIBITORS/	160555
12	(psychotropic* or antidepress* or anti depress* or ((serotonin or norepinephrine or noradrenaline or nor epinephrine or nor adrenaline or neurotransmitt* or dopamine*) and (uptake or reuptake or re-uptake)) or noradrenerg* or antiadrenergic or anti adrenergic or SSRI* or SNRI* or TCA* or tricyclic* or tetracyclic* or heterocyclic*).ti,kf,hw.	203218

13	(Agomelatine or Alnespirone or Amoxapine or Amersergide or Amfebutamone or Amiflamine or Amineptine or Amitriptylin* or Amitriptylinoxide or Amoxapine or Aripiprazole or Atomoxetine or Tomoxetine or Befloxatone or Benactyzine or Binospirone or Brofaromine or Bupropion or Butriptylin*or Chlopoxiten or Cianopramine or Cilobamine or Cilosamine or Cimoxatone or Citalopram or (Chlorimipramin* or Clomipramin* or Chlomipramin* or Clorimipramine) or Clorgyline or Clovoxamine or Dapoxetine or Deanol or Dibenzepin or Demexiptilin* or Deprenyl or Desipramine or Desvenlafaxine or Dibenzepin or Dimetacrin* or (Dosulepin or Dothiepin) or Doxepin or Duloxetine or DVS 233 or Enilospirone or Eptapirone or Escitalopram or Etoperidone or Femoxetine or Fluotracen or Fluoxetine or Fluparoxan or Furazolidone or Fluvoxamine).ti,kf,hw.	66947
14	(Harmaline or Harmine or Hyperforin or Hypericum or John* Wort or Idazoxan or Imipramin* or Iprindole or Iproniazid* or Ipsapirone or Imipraminoxide or Isocarboxazid*or Lesopitron or Levomilnacipran or Lithium or Lofepramin* or (Lu AA21004 or Vortioxetine) or Lu AA24530 or LY2216684 or Maprotiline or Medifoxamine or Melitracen or Metapramine or Methylphenidate or Mianserin or Milnacipran or Minaprine or Mirtazapine or Moclobemide or Monocrotophos or Nefazodone or Nialamide or Nitroxazepine or Nomifensine or Norfenfluramine or Nortriptyline or Noxiptilin*).ti,kf,hw.	10711
15	(Opipramol or Oxaflozane or Paroxetine or Phenelzine or Pheniprazine or Pipofezin* or Pirandamine or Piribedil or Pirlindole or Pivagabine or Pizotyline or Propizepine or (Protriptylin* or Pertofrane) or Quinupramine or Quipazine or Reboxetine or Ritanserin or Rolipram or Scopolamine or Selegiline or Sertraline or (Setiptiline or Teciptiline) or Tandospirone or Teniloxine or Tetrindole or Thiazesim or Thozalinone or Tianeptin* or Toloxatone or Tranylcypromine or Trazodone or Trimipramine or 5 Hydroxytryptophan or 5 HT or Tryptophan or Hydroxytryptophan or Venlafaxine or Viloxazine or Vilazodone or Viqualine or Zalospirone or Zimeldine).ti,kf,hw.	100180
16	(Alaproclate or Caroxazone or Diclofensin* or Fenfluramin*).ti,kf,hw.	3791
17	or/10-16	495446
18	long term.ti,kf,hw. or ("long term use" or over time).ab.	1976646
19	TIME FACTORS/	1247281
20	(cease or cessation* or continuation or discontinu* or dropout or drop out or interrupt or interruption or taper* or reduce or drug holiday or stop or stopping or withdraw* or terminat*).ti,kf,hw.	311205
21	(stop using or stop taking or stopping treatment).ti,ab,kf.	25799
22	DEPRESCRIPTIONS/	1318
23	INAPPROPRIATE PRESCRIBING/	5070
24	(deprescrib* or de prescrib* or deprescrip* or de prescrip*).ti,ab,kf.	3884
25	or/18-24	3448511
26	ATTITUDE TO HEALTH/	85575
27	HEALTH KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE/	135052

28	"PATIENT ACCEPTANCE OF HEALTH CARE"/ or PATIENT COMPLIANCE/ or MEDICATION ADHERENCE/ or PATIENT PARTICIPATION/ or PATIENT SATISFACTION/ or PATIENT PREFERENCE/ or TREATMENT REFUSAL/ or HEALTH PERSONNEL ATTITUDE/	408246
29	CONSUMER PARTICIPATION/	19038
30	DECISION MAKING/ or exp CHOICE BEHAVIOR/ or UNCERTAINTY/	184796
31	PROFESSIONAL-PATIENT RELATIONS/	29017
32	SOCIAL STIGMA/	15257
33	SELF CONCEPT/ or SELF EFFICACY/ or "SENSE of COHERENCE"/	89645
34	(barriers or facilitat*).ti,ab,kf.	1254190
35	((patient* or consumer* or clinician* or physician* or psychiatrist* or GP or GPs or therapist* or nurse* or pharmacist* or practitioner*) adj3 (acceptance or adherence or nonadherence or compliance or attitude* or belief* or satisfaction or preference* or choice or perspective* or perception* or suspicio* or reservation or doubt or trust* or distrust* or mistrust*)).ti,ab,kf.	437691
36	or/26-35	2331218
37	17 and 25 and 36	2613
38	ATTITUDE TO HEALTH/ or HEALTH BEHAVIOR/	138897
39	EMPIRICAL RESEARCH/ or GROUNDED THEORY/ or QUALITATIVE RESEARCH/ or HERMENEUTICS/	105857
40	INTERVIEW/ or PERSONAL NARRATIVES/	38339
41	FOCUS GROUPS/ or INTERVIEWS AS TOPIC/ or "SURVEYS AND QUESTIONNAIRES"/	703577
42	qualitative.af.	1147836
43	(questionnaire* or survey* or focus group*).mp.	3826518
44	(ethnological or ethnograph*).mp.	44624
45	(purpos* adj4 sampl*).ti,ab,kf.	37275
46	(life adj (story or stories or experience*)).ti,ab,kf.	14821
47	OBSERVATIONAL STUDY/ or OBSERVATIONAL STUDIES AS TOPIC/	179722
48	((patient* or consumer*) adj2 (experience* or account*)).ti,ab,kf.	245190
49	(narrative* or discours*).ti,ab,kf.	171239
50	observational.mp.	1026621
51	exp SOCIOLOGICAL FACTORS/	7999685
52	(social* or societ* or cultural* or transcultural*).af.	9035426
53	or/38-52	12473741
54	8 or ((9 or 37) and 53)	4163
55	remove duplicates from 54	3646
56	(rodent* or rat or rats or mouse or mice or animal model*).ti.	1946845
57	(smoking or tobacco or nicotine).ti. or smoking cessation.mp.	256941
58	(antibiotic* or antimicrob* or antifung* or statin*).ti.	333012

59	or/56-58	254788
60	55 not 59	3122
61	limit 60 to english language	2984
62	*ANTIDEPRESSIVE AGENTS/tu [Therapeutic Use]	14245
63	36 and 53 and 62	620
64	63 not 54	462
65	remove duplicates from 64	462
66	65 not 59	459
67	limit 66 to english language	434
68	From year 2019 until 2024	30

Appendix B. Karakteristieken van geïncludeerde studies

Titel	Hoofdauteur en publicatie-jaar	Land	Doel	Setting	Perspectief (inclusiecriteria)	Populatie (Leeftijd, jaar, gender)	Antidepressiva en depressie details	Datacollectie-methode
Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators	Rhona Eveleigh, 2019	Nederland	Het onderzoeken van barrières en faciliterende factoren van patiënten die langdurig antidepressiva nemen zonder actuele goede indicatie	Semi-gestructureerde interviews werden afgenomen met deelnemers uit de interventie-groep van een eerder uitgevoerde RCT. Patiënten hadden langdurig antidepressiva gebruikt zonder huidige medische indicatie en waren geadviseerd te stoppen.	Langdurig antidepressiva gebruik (9 maand of langer) bij patiënten zonder actuele indicatie	N=16, (12 vrouwen, 4 mannen)	Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine, Fluvoxamine, Clomipramine, Amitriptyline, Venlafaxine, Citalopram	Semi-gestructureerde interviews

Should I, can I, dare I? Patients' view on stopping long-term antidepressant use, a qualitative study	Van Leeuwen, Ellen 2022	België, Vlaanderen	Achterhalen van ervaringen met stoppen van antidepressiva in de kijk op een antidepressiva-stop	Semi-gestructureerde interviews	Participanten die antidepressiva langer dan aangeraden en zonder indicatie voor verdere inname innemen omwille van een MDD	N=14 (26 tot 69 jaar, 10 vrouwen en 4 mannen)	SSRI (escitalopram, sertraline en paroxetine), Venlafaxine, TCA, quetiapine, mirtazapine	Thematische interview-analyse
What helps and what hinders antidepressant discontinuation?	Carine Meissner, 2024	Duitsland	Verwachtingen van patiënten over het stoppen met antidepressiva begrijpen, hun ervaringen met langdurig gebruik en het stoppen ervan documenteren, en de factoren identificeren die het stopproces kunnen bevorderen of belemmeren.	Kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews via de telefoon bij volwassen patiënten	Patiënt (Herstelde majeure depressieve stoornis en langdurig gebruik van antidepressiva.)	N= 32 (21 vrouwen, 10 mannen, 1 Non-binair)	SSRIs (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine) en SNRIs (Venlafaxine, Duloxetine)	Semi-gestructureerde interviews

Appendix C. gestandaardiseerde vragenlijst

Beste deelnemer, dank je wel voor je interesse in dit onderzoek. Met deze vragenlijst willen we beter begrijpen waarom mensen hun antidepressivum blijven verder nemen of juist willen stoppen. Jouw antwoorden helpen ons om de begeleiding bij langdurig gebruik van antidepressiva te verbeteren.

- Je kan deelnemen als u **18 jaar of ouder** bent, en je al **1 jaar of langer een antidepressivum** neemt.
- Je neemt een antidepressivum **voor psychische redenen zoals depressie, angst, en slaapproblemen**.
- Het invullen duurt ongeveer 10-15 minuten.
- Alles wat je invult blijf vertrouwelijk en anoniem.
- Er zijn geen goede of foute antwoorden – we zijn benieuwd naar jouw mening en ervaring

Alvast bedankt voor je medewerking! Huisartsen-in-opleiding Elise De Baets, Michiel Bos, Simon De Vriese, Rayna Mevi, Lukas Vandenberghe

Promotor Dr. Ellen Van Leeuwen Universiteit Gent

Informed consent

Lees hier het volledige informed consent document:
https://ugent.qualtrics.com/ControlPanel/File.php?F=F_hdAaIRrVzgysASW

Hierna mag je laten weten of je hier wel of niet akkoord mee bent (indien akkoord klik beide vakjes aan).

☐ Ik heb de informatie gelezen en ga akkoord om deel te nemen.

☐ Ik ben ouder dan 18 jaar en neem mijn antidepressiva reeds langer dan 1 jaar.

VRAGENLIJST

Algemene vragen

Vraag 1: Wat is je geslacht?

- Vrouw
- Man
- Anders: _____
- Liever niet zeggen

Vraag 2: Hoe oud ben je? (aantal jaren in cijfers)

_____

Vraag 3 Welk antidepressivum gebruik je op dit moment? (Bijvoorbeeld: sertraline, Sipralexa®, fluoxetine, Prozac®, Trazodone®, Serlain®….)

_____

Vraag 4: Hoe lang gebruik je dit antidepressivum al?

- 1 tot 2 jaar
- 2 tot 5 jaar
- Langer dan 5 jaar

Vraag 5: Wat is de reden om het antidepressivum te gebruiken? (meerdere opties mogelijk)

- Depressie
- Angst
- Slaapproblemen
- Pijn
- Andere: _____
- Onbekend
- Ik wens deze vraag niet te beantwoorden

Vraag 6: Krijg je op dit moment begeleiding van een psycholoog of psychiater?

- Ja, van een psycholoog
- Ja, van een psychiater
- Ja, van beiden
- Nee

Deel 1: Waarom blijf je jouw antidepressivum gebruiken?

Voor elke uitspraak hieronder: geef aan hoe belangrijk die reden voor jou is. Gebruik daarvoor de volgende schaal:
1 = Helemaal niet waar / helemaal niet belangrijk
2 = Niet waar / niet belangrijk
3 = Neutraal
4 = Waar / Belangrijk
5 = Helemaal waar / Heel belangrijk
Voorbeeld: “Ik ben bang dat ik terugval als ik stop” → score 4 (belangrijk)

Vraag 7: Psychologische en lichamelijke redenen

	1 2 3 4 5
Ik voel me afhankelijk van mijn medicatie, ik ben bang dat het anders misgaat.	
Mijn leven is nu stressvol of moeilijk (werk, relatie, geld), en ik heb het gevoel dat ik de medicatie nodig heb.	
Zonder medicatie denk ik dat ik het psychisch niet aan kan.	
Ik ben eerder gestopt, dat was erg zwaar, en ik wil dat niet opnieuw meemaken.	

Vraag 8: Wat ik van antidepressiva vind	1 2 3 4 5
De medicatie helpt me echt (ik voel me minder somber of stabieler).	
Ik zie het als een veilig of natuurlijk middel, dus ik maak me weinig zorgen.	
Ik heb geen last van bijwerkingen, dus ik zie geen reden om te stoppen.	

Vraag 9: Angsten of zorgen over stoppen	1 2 3 4 5
Ik ben bang dat ik weer depressief word als ik stop.	
Ik ben bang voor symptomen door het stoppen zoals hoofdpijn, slapeloosheid of onrust.	
Ik weet niet goed wat er zal gebeuren als ik stop – dat maakt me onzeker.	

Vraag 10: Persoonlijke motivaties	1 2 3 4 5
Mijn rol of zelfbeeld (bv. als ouder, partner) maakt dat ik stabiel wil blijven.	

Ik wil goed blijven functioneren voor anderen en ik wil geen risico nemen dat mijn klachten terugkomen.	
Mijn doel is vooral stabiel blijven, niet per se genezen.	

Vraag 11: Wat mijn huisarts zegt of doet	1	2	3	4	5
Mijn arts zegt dat ik best kan doorgaan met de medicatie.					
Mijn arts geeft me weinig begeleiding of uitleg over afbouwen.					
Ik voel me niet echt gehoord of gesteund door mijn arts als ik wil praten over stoppen.					

Vraag 12: Hoe ik mijn depressie zie	1	2	3	4	5
Ik geloof dat mijn depressie komt door iets in mijn hersenen (stofjes te kort), dus ik blijf de medicatie innemen.					
Mijn depressie hangt samen met de moeilijke periodes of seizoenen en ik wil me daartegen beschermen.					

Vraag 13: Informatie over stoppen of doorgaan en begeleiding	1	2	3	4	5
Ik weet niet goed hoe ik veilig kan afbouwen.					
Ik krijg tegenstrijdige informatie (van internet, vrienden, zorgverleners).					

Vraag 14: Wat anderen vinden	1	2	3	4	5
Mijn omgeving (bijv. partner, familie, vrienden) zegt dat ik beter kan blijven nemen.					
Mensen om me heen zien dat het beter met me gaat en steunen me om door te nemen.					

Vraag 15: Andere hulpverleners	1	2	3	4	5
Andere hulpverleners, zoals mijn psycholoog of psychiater, adviseren me om door te gaan.					

Deel 2: Waarom zou je willen stoppen met je antidepressivum?

Voor elke uitspraak hieronder: geef aan hoe belangrijk die reden voor jou is. Gebruik daarvoor de volgende schaal:

1 = Helemaal niet waar / helemaal niet belangrijk

2 = Niet waar / niet belangrijk

3 = Neutraal

4 = Waar / Belangrijk

5 = Helemaal waar / Heel belangrijk

Voorbeeld: “Ik ben bang dat ik terugval als ik stop” → score 4 (belangrijk)

Vraag 16: Ik denk dat ik het kan zonder medicatie	1 2 3 4 5
Mijn depressieve klachten zijn (bijna) weg.	
Ik voel me sterk genoeg om het zonder medicatie te proberen.	
Mijn leven is momenteel stabiel (werk, thuis, sociaal).	
Ik wil weten hoe ik me echt voel zonder medicatie.	
Ik ben eerder gestopt en dat ging toen goed.	

Vraag 17: Wat ik van de medicatie vind	1 2 3 4 5
Ik voel weinig of geen positief effect van de medicatie.	
Ik heb last van vervelende bijwerkingen (bijv. gewicht, seksuele problemen, sufheid).	
Ik maak me zorgen over schade op lange termijn.	
Ik voel me emotioneel afgevlakt (ik voel niet meer écht blij of verdrietig).	

Vraag 18: Zorgen over afhankelijkheid	1 2 3 4 5
Ik wil niet afhankelijk zijn van medicatie.	

Vraag 19: Persoonlijke doelen	1 2 3 4 5
Ik wil weer mezelf zijn, zonder medicatie.	
Ik streef naar een gezonder of medicatievrij leven.	
Ik voel me beter en denk dat ik het zonder kan.	

Ik vind het moeilijk om aan anderen te zeggen dat ik antidepressiva gebruik.	

Vraag 20: Wat mijn arts zegt of doet	1 2 3 4 5
Mijn arts moedigt me aan om af te bouwen.	
Mijn arts ziet geen duidelijke reden om door te gaan.	

Vraag 21: Hoe ik mijn depressie zie	1 2 3 4 5
Mijn depressie kwam door een situatie die nu veranderd is.	
Mijn depressie was seizoensgebonden.	
Ik geloof dat het nu niet meer ‘iets in de hersenen (tekort van stofjes)’ is, ik ben weer in balans.	

Vraag 22: Informatie en begeleiding	1 2 3 4 5
Ik heb goede uitleg gekregen over afbouwen.	

Ik heb een afbouwschema dat me vertrouwen geeft.	
Ik weet wat ik moet doen als het weer moeilijk wordt.	

Vraag 23: Wat anderen zeggen	1	2	3	4	5
Mijn partner/familie vindt dat ik het zonder kan.					
Ik krijg steun van mijn omgeving.					

Vraag 24: Andere hulp of therapie	1	2	3	4	5
Mijn psycholoog/psychiater zegt dat ik kan stoppen.					
Ik krijg andere vormen van hulp (therapie, coaching, mindfulness), waardoor ik durf te stoppen.					

Vraag 25: Je mag hier vrij iets schrijven over jouw ervaring met antidepressiva, twijfels of wat jij belangrijk vindt.

_____

_____

_____

_____

Vraag 26: Deze lijst kan je helpen (samen met je arts) om in kaart te brengen welke factoren voor jou van belang zijn bij het voortzetten/afbouwen en stoppen van antidepressiva. Mocht je nog meer willen delen of bespreken, geef het aan tijdens je volgende afspraak met je arts.

8 Referentielijst

1. Huijbers MJ, Wentink C, Simons E, Spijker J, Speckens A. Discontinuing antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy: A mixed-methods study exploring predictors and outcomes of different discontinuation trajectories, and its facilitators and barriers. BMJ Open. 2020;10(11).

2. Ji N-J, Hong Y-P. Effect of income level on adherence to antidepressant treatment in first onset depression outpatients. PloS one. 2020;15(9):e0238623.

3. Aznar-Lou I, Iglesias-Gonzalez M, Rubio-Valera M, Penarrubia-Maria MT, Mendive JM, Murrugarra-Centurion AG, et al. Diagnostic accuracy and treatment approach to depression in primary care: predictive factors. Family practice. 2019;36(1):3-11.

4. Kelly D, Graffi J, Noonan M, Green P, McFarland J, Hayes P, et al. Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants: A qualitative study. BMJ Open. 2021;11(4).

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5, editor. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

6. Domus Medica. Depressie bij volwassenen 2017 [Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen.

7. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Depressie bij volwassenen: een aanbeveling voor goede medische praktijkvoering en een meta-analyse 2018 [Available from: https://www.bcfi.be/nl/articles/query?number=F45N07B.

8. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Depressie

2024 [Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie.

9. Eveleigh R, Speckens A, van Weel C, Voshaar RO, Lucassen P. Patients' attitudes to discontinuing not-indicated long-term antidepressant use: barriers and facilitators. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2019;9.

10. Van Leeuwen E, Anthierens S, Van Driel M, De Sutter A, Vandenbranden E, Christiaens T. 'Never change a winning team:' GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. European Journal of General Practice. 2023;29(1):8.

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

12. Bowers HM, Williams SJ, Geraghty AWA, Maund E, O'Brien W, Leydon G, et al. Helping people discontinue long-term antidepressants: views of health professionals in UK primary care. BMJ Open. 2019;9(7):e027837.

13. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Antidepressiva. Brussel: RIZIV; 2022.

14. Maund E, Dewar-Haggart R, Williams S, Bowers H, Geraghty AWA, Leydon G, et al. Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. J Affect Disord. 2019;245:38-62.

15. Scholten W, Batelaan N, Van Balkom A. Barriers to discontinuing antidepressants in patients with depressive and anxiety disorders: a review of the literature and clinical recommendations. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2020;10.

16. Van Leeuwen E, Maund E, Kendrick T, Anthierens S, Woods C, Christiaens T. Health professionals' views on discontinuation of long-term antidepressants: a systematic review and thematic synthesis. British Journal of General Practice. 2020;70.

17. Meißner C, Meyrose AK, Nestoriuc Y. What helps, what hinders antidepressant discontinuation? Qualitative analysis of patients' experiences and expectations. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2024.

18. Van Leeuwen E, Anthierens S, van Driel ML, De Sutter AIM, van den Branden E, Christiaens T. General practitioners' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants in nursing homes. European Journal of General Practice. 2022;28(1):23-31.

19. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Formularium Ouderenzorg: Depressieve stoornissen Brussel: BCFI; 2022 [Available from: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165.

20. McDonald S, Wallis K, Donald M, Horowitz M, Mann E, Le V. Acceptability and optimisation of resources to support antidepressant cessation: a qualitative think-aloud study with patients in Australian primary care. British Journal of General Practice. 2024;74(739):E113-E9.

21. McCabe J, Wilcock M, Atkinson K, Laugharne R, Shankar R. General practitioners' and psychiatrists' attitudes towards antidepressant withdrawal. BJPsych Open. 2020;6(4).

22. Dharmarajan TS, Choi H, Hossain N, Munasinghe U, Lakhi F, Lourdusamy D, et al. Deprescribing as a Clinical Improvement Focus. Journal of the American Medical Directors Association. 2020;21(3):355-60.

23. IMA Atlas - Antidepressiva [Internet]. Ima-aim.be. 2026 [cited 2026 Apr 25]. Available from: https://atlas.ima-aim.be/mosaic/nl-nl/ima-atlas/geneesmiddelengebruik/antidepressiva